

Universität Bremen
Fachbereich 11: Human- und Gesundheitswissenschaften

**(De-)Konstruktion von Geschlecht
zur Quantifizierung gesundheitlicher Ungleichheiten**

Entwicklung und Erprobung von theoriegeleiteten quantitativen Datenanalysestrategien zur
Förderung des Gender Mainstreamings durch die Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Kumulative Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Dr. Public Health (Dr. P.H.)

vorgelegt von:
Emily Mena, M.A.

Bremen, November 2023

Betreuerin: Prof.in Dr. Gabriele Bolte

Erstgutachter: Prof. Dr. Benjamin Schüz

Zweitgutachterin: Prof.in Dr. Karin Wolf-Ostermann

Datum des Kolloquiums: 14. Dezember 2023

Zusammenfassung

Die sozioökonomische Benachteiligung von Frauen gegenüber Männern in Deutschland ist auf die häufigere und umfangreichere unbezahlte Sorgearbeit in Form von Hausarbeit, Kindererziehung und informeller Pflege zurückzuführen. Dies verdeutlichen die zentralen Gender Mainstreaming (GM)-Indikatoren *Gender Care Gap*, *Gender Pay Gap* und *Gender Pension Gap*. Mögliche negative Auswirkungen unbezahlter Sorgearbeit auf die Gesundheit werden im Kontext von GM unter dem Aspekt des *Mental Load* diskutiert. GM-Maßnahmen zielen auf die Gleichstellung der Geschlechter und verfolgen damit einen geschlechtertransformativen Ansatz. Weiblich-mütterliches Verhalten wird dabei nicht als natürliche Folge des biologischen Geschlechts verstanden, sondern als veränderbarer Mechanismus, der auf das soziale Geschlecht (Gender) durch die Zuweisung sozialer Geschlechterrollen zurückzuführen ist. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) nutzt bevölkerungsbezogene Daten, um die gesundheitliche Lage der Bevölkerung zu analysieren und Interventionspotenzial zu identifizieren. Neben der üblichen Stratifizierung nach Geschlecht sowie Alter und sozioökonomischem Status findet die Gesundheitsrelevanz von Verhaltensunterschieden, die sich aus der Internalisierung sozialer Geschlechterrollen ergeben, jedoch nur vereinzelt Eingang in die Datenanalysen der GBE. In dieser kumulativen Dissertation wurde untersucht, inwieweit ein an zentralen geschlechtertheoretischen Konzepten orientierter Analyseansatz die Weiterentwicklung einer geschlechtersensiblen zu einer geschlechtertransformativen GBE befördern kann. Zunächst wurde ein konzeptioneller Rahmen für die Datenanalyse entwickelt, der konsequent feministische Perspektiven von Gleichheit, Differenz und Dekonstruktion integriert. Darauf aufbauend wurde ein Scoping Review zur Operationalisierung von Intersektionalität und Gender in der quantitativen Gesundheitsforschung durchgeführt. Der konzeptionelle Rahmen wurde anschließend mithilfe von unterschiedlichen Klassifikationsbaumanalysen sowie der Entwicklung eines „Intersektionalen Genderscores“ erprobt. Die Ergebnisse zeigen, dass 1) Aspekte des sozialen Geschlechts in den intersektionalitäts-informierten quantitativen Analysen nur unzureichend operationalisiert werden, 2) die Abbildung vergeschlechtlichter Lebenswelten entlang mechanismenbezogener Geschlechtervariablen wie familiäre Hausarbeit, informelle Pflege, soziale Unterstützung und finanzielle Verantwortung eine differenziertere Darstellung intervenierbarer Zusammenhänge ermöglicht und 3) die inhaltliche Anschlussfähigkeit der GBE an die geschlechtertransformative Ausrichtung des GM insbesondere im Hinblick auf *Mental Load* gegeben ist. Dies zeigte sich sowohl bei der Verwendung unterschiedlicher statistischer Methoden als auch bei der Verwendung unterschiedlicher bevölkerungsbasierter Daten. Die konzeptionelle Integration feministischer Perspektiven kann zu einer gendersensibleren empirischen Fundierung der GBE beitragen und zugleich verdeutlichen, dass die Verwirklichung von Geschlechtergerechtigkeit das Potenzial hat, gesundheitliche Chancengleichheit in der Bevölkerung zu fördern.

Abstract

Women's socio-economic disadvantage compared to men in Germany stems from more frequent and more substantial unpaid care work in terms of domestic work, childcare and informal care. This is illustrated by the key Gender Mainstreaming indicators *Gender Care Gap*, *Gender Pay Gap* and *Gender Pension Gap*. Possible negative effects of unpaid care work on health are discussed under the aspect of *Mental Load* in the context of Gender Mainstreaming. Gender Mainstreaming measures aim to achieve gender equality and thus pursue a gender-transformative approach. Feminine and maternal behaviour is not understood as a natural consequence of biological sex, but as a socially modifiable mechanism that can be attributed to the assignment of social gender roles. The German Federal Health Monitoring and Reporting (Gesundheitsberichterstattung des Bundes - GBE) uses population-based data to analyse the health situation of the population and to identify potential areas for action. In addition to the established stratification by sex/gender, age and socio-economic status, the health relevance of behavioural differences as a result of the internalisation of social gender roles is hardly taken into account in GBE data analyses. This cumulative dissertation examined the extent to which the further development of gender-sensitive to gender-transformative GBE can be supported by an analytical approach based on key conceptualisations from feminist perspectives. The first step was to develop a conceptual framework for analysing the data that consistently integrates the feminist perspectives of Equality, Difference and Deconstruction. This was followed by a scoping review of the operationalisation of intersectionality and sex/gender in quantitative health research. The conceptual framework was further tested through various classification tree analyses and the development of an 'Intersectional Gender Score'. The results show that 1) social aspects of sex/gender are inadequately operationalised in intersectionality-informed quantitative analyses, 2) gendered lived experiences along mechanism-related sex/gender variables such as family housework, informal care, social support and financial responsibility allow for a more nuanced representation of socially intervenable underlying mechanisms, and 3) the concerns of the GBE are compatible with the gender-transformative orientation of the Gender Mainstreaming, particularly with regard to *Mental Load*. This was evident both in the use of different statistical methods and in the use of different population-based data. The conceptual integration of feminist perspectives can contribute to a more gender-sensitive empirical basis for GBE, and at the same time clarify that the realisation of Gender Equality has the potential to promote equal health opportunities in the population.

Vorbemerkung

Die Studien der vorliegenden kumulativen Dissertation wurden im Rahmen des Verbundprojekts *AdvanceGender - Advancing Gender-Sensitive Health Reporting to Improve Prävention: Methoden für einen geschlechtssensiblen Forschungsprozess von Populationsstudien*, im Teilprojekt *AdvanceDataAnalysis* erstellt. Ziel von *AdvanceGender* (2017-2022) war es, Möglichkeiten zur Integration einer intersektionalitäts-informierten Perspektive in eine geschlechtersensible Gesundheitsforschung und -berichterstattung zu untersuchen, indem Methoden für ausgewählte Aspekte des Forschungsprozesses in bevölkerungsbasierten Studien entwickelt bzw. erprobt wurden (Pöge et al., 2019). *AdvanceGender* umfasste drei eng miteinander kooperierende Teilprojekte: *AdvanceRecruitment* mit Fokus auf intersektionale Analysen von Rekrutierung und Studienteilnahme in populationsbasierten Studien (Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie), *AdvanceDataAnalysis* mit dem Schwerpunkt auf intersektionalitäts-informierten, geschlechtersensiblen multivariablen Datenanalysen (Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abteilung Sozialepidemiologie) und *AdvanceHealthReport* mit Hauptaugenmerk auf einer geschlechtersensiblen und zielgruppengerechten Ausrichtung der Gesundheitsberichterstattung (Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring). Das Verbundprojekt wurde durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) mit einem Mittelvolumen von insgesamt rund 1.200.000 Euro gefördert (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2020).

Die vorliegende kumulative Dissertation umfasst die folgenden Publikationen, die in einem Peer-Review-Verfahren begutachtet und in internationalen wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlicht wurden:

Mena, E.; Bolte, G. (2019) on behalf of the AdvanceGender Study Group: Intersectionality-based quantitative health research and sex/gender sensitivity: a scoping review, in: *International Journal for Equity in Health*, 18: 199, doi:10.1186/s12939-019-1098-8

Mena, E.; Bolte, G. (2021a) on behalf of the AdvanceGender Study Group: CART-Analysis embedded in social theory: A case study comparing quantitative data analysis strategies for intersectionality based public health monitoring within and beyond the binaries, in: *SSM Population Health*, 13: 100722, doi:10.1016/j.ssmph.2020.100722

Mena, E.; Bolte, G. (2021b) on behalf of the AdvanceGender Study Group, 2021: Classification tree analysis for an intersectionality-informed identification of population groups with non-daily vegetable intake, in: BMC Public Health 2021, 21: 2007, doi:10.1186/s12889-021-12043-6

Mena, E.; Stahlmann, K.; Telkmann, K.; Bolte, G. (2023): Intersectionality-informed sex/gender-sensitivity in Public Health Monitoring and Reporting (PHMR): A case study assessing stratification on an “Intersectional Gender-Score”, in: Int J Environ Res Public Health , 20, 2220, doi:10.3390/ijerph20032220

Darüber hinaus wurden die Ergebnisse der publizierten Fachartikel für die Dissertation im Rahmen einer Toolbox auf der *AdvanceGender*-Webseite veröffentlicht:

Mena E.; Bolte G. (2022): WHRN-Genderkonzept zur Auswahl von lösungsorientierten Geschlechtervariablen. In: AdvanceGender Study Group (Hrsg.). Optionen für eine geschlechtersensible und intersektionalitäts-informierte Forschung und Gesundheitsberichterstattung; 2022. (www.advancegender.info)

Mena E.; Bolte G. (2022): Geschlechtersensible Identifikation von intersektionalen Subgruppen mit Klassifikationsbäumen. In: AdvanceGender Study Group (Hrsg.). Optionen für eine geschlechtersensible und intersektionalitäts-informierte Forschung und Gesundheitsberichterstattung; 2022. (www.advancegender.info)

Mena E.; Bolte G. (2022): Intersektionalitäts-informierte geschlechtervergleichende Analysen mit einem „Intersektionalen Geschlechterscore“. In: AdvanceGender Study Group (Hrsg.). AdvanceGender – Möglichkeiten für eine geschlechtersensible und intersektionalitäts-informierte Forschung und Gesundheitsberichterstattung; 2022. (www.advancegender.info)

Mena E.; Bolte G. (2022): PROGRESS plus Framework zur Auswahl von Differenzkategorien. In: AdvanceGender Study Group (Hrsg.). Optionen für eine geschlechtersensible und intersektionalitäts-informierte Forschung und Gesundheitsberichterstattung; 2022. (www.advancegender.info)

Zudem wurden Ergebnisse der Arbeiten für die Dissertation in Form von Vorträgen auf wissenschaftlichen Tagungen präsentiert:

Mena, E.; Bolte, G. (2019): Geschlechtersensibilität in der Datenanalyse aus Intersektionalitätsperspektive, Kongress Armut und Gesundheit "Politik Macht Gesundheit". Fachforum Geschlechtergerechtigkeit: Das Verbundprojekt "AdvanceGender" – Beiträge zu einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung, Berlin, Deutschland, 14.03.2019

Mena, E.; Bolte, G. (2019): Framework zur Erfassung und Planung von geschlechtersensiblen multivariablen Analysen aus Intersektionalitätsperspektive, Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinsoziologie (DGMS) und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), Düsseldorf, Deutschland, 17.09.2019

Mena, E.; Bolte, G. (2019): Conceptual framework for intersectionality-based gender sensitivity in multivariable analysis, Workshop: How to do (and not to do) gender in public health research: methodological developments and lessons from the field. Building bridges for solidarity and public health, 12th European Public Health Conference, Marseille, Frankreich, 23.11.2019

Mena, E.; Jaehn, P.; Merz, S.; Poege, K.; Strasser, S.; Saß, A.; Rommel, A.; Holmberg, C.; Bolte, G., (2020): Suggestions for a gender-sensitive and intersectional practice of health monitoring and reporting, Panel: „Gender-sensitive and intersectional health monitoring and reporting: putting theory into practice“. 16th World Congress on Public Health, Rom, Italien, 14.10.2020

Mena, E.; Bolte, G., (2021): Intersektionalitäts-basierte quantitative Analysestrategien für eine geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung: Das Projekt AdvanceDataAnalysis, DGMP/DGMS Kongress, Hamburg, Deutschland, 17.09.2021

Mena, E.; Bolte, G., (2021): Intersektionalität und Geschlecht in der quantitativen Datenanalyse: Welchen Beitrag können geschlechtertheoretische Konzepte für eine intersektionalitäts-basierte GBE leisten?, 56. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), Leipzig (online), Deutschland, 24.09.2021

Mena, E. (2021) für die AdvanceGender-Studiengruppe: AdvanceDataAnalysis. Einbettung von Klassifikationsbaumanalysen in zentrale geschlechtertheoretische Konzepte als exemplarische Grundlage einer intersektionalitäts-informierten Gesundheitsberichterstattung, Konferenz des Projektes INGER – Integration von Geschlecht in die Forschung zu umweltbezogener Gesundheit, Bremen, Deutschland, 29.11.2021

Mena, E. (2022): Klassifikationsbaumanalysen und Stratifizierung nach dem 'Intersektionalen Gender-Score' zur Umsetzung von intersektionalitäts-informierten und geschlechtersensiblen Datenanalysestrategien, Online-Workshop "Intersektionalität: Potentiale und Herausforderungen für die Sozialepidemiologie". AG Sozialepidemiologie - gemeinsame Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS), der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), Deutschland, 31.03.2022

Mena, E.; Bolte, G. (2022) für die AdvanceGender study group: Data-driven approaches for intersectionality-informed and sex/gender sensitive analyses, 17. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie, Greifswald, Deutschland, 26.09.2022

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	I
Abstract.....	II
Vorbemerkung	III
Abkürzungen.....	IX
Abbildungsverzeichnis	X
1. Feministische Politik- und Wissenschaftsperspektiven in Public Health	1
1.1 Berücksichtigung feminisierter Lebenswelten in Gesundheitsberichten des Bundes	7
1.2 Feministische Perspektiven und Public Health: Konzeptionelle Sex-Gender-Ansätze	16
2. Herleitung des Forschungsziels und Formulierung der Forschungsfragen	25
3. Forschungskontext, Datengrundlagen und statistische Methoden	28
4. Konzeptioneller Rahmen und methodischer Zugang	31
4.1 Operationalisierung von zentralen geschlechtertheoretischen Konzepten	32
4.2 Definition von Variablen zur (De-)Konstruktion von Geschlecht	33
4.2.1 Diversifizierung von Geschlecht.....	33
4.2.2 Dezentralisierung von Geschlecht	35
5. Zusammenfassung der zentralen Forschungsergebnisse	38
5.1 Theoriegeleitete und intersektionale Operationalisierung von Geschlecht in der bevölkerungsbezogenen Gesundheitsforschung.....	38
5.2 Operationalisierung der feministischen Perspektiven durch Klassifikationsbaumanalysen zur Erfassung vergeschlechtlichter Heterogenität bei gesundheitlicher Ungleichheit.....	39
5.3 Geschlechterbezogene gesundheitliche Ungleichheit vor dem Hintergrund komplexer intersektionaler Geschlechterprofile.....	42
6. Ableitung von Implikationen zur Verstetigung feministischer Politik- und Wissenschaftsperspektiven in Public Health.....	44
6.1 Kritische Evaluierung des theoriegeleiteten methodischen Vorgehens	47
6.2 Empfehlungen zur Förderung des Gender Mainstreaming durch die GBE	55
7. Fazit und Ausblick	62
Literaturverzeichnis.....	65

Anhang	i
A. Fachartikel.....	i
B. Danksagung	ii
C. Eidestättliche Erklärung	iii

Abkürzungen

ADS. Antidiskriminierungsstelle des Bundes

AGG. Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz

BMBF. Bundesministerium für Bildung und Forschung

BMFSJ. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

BMG. Bundesministerium für Gesundheit

BMZ. Bundesministerium für Wirtschaft und Zusammenarbeit

CART. Classification and Regression Trees

CIT. Conditional Inference Tree

DIW. Institut für Wirtschaftsforschung

ECDC. Europäischen Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten

EK. Europäische Kommission

EP. Europäisches Parlament

EUR-OP Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union

GBE. Gesundheitsberichterstattung des Bundes

GEDA. Gesundheit in Deutschland Aktuell

ICD. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

IG. Intersektionaler Genderscore

PHMR Public Health Monitoring and Reporting

PRISMA-ScR. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews

RKI. Robert Koch-Institut

SDS. Sozialistischer Deutscher Studentenbund

SES. Sozioökonomischer Status

SOEP. Sozioökonomisches Panel

StBA. Statistisches Bundesamt

WGL. Wissenschaftsgemeinschaft Gottfried-Wilhelm-Leibniz

WHO. Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Synthese zentraler feministischer Perspektiven in Public Health im Spannungsfeld der (De-)Konstruktion von Geschlecht zwischen Differenz und Gleichheit (eigene Darstellung)	46
---	----

1. Feministische Politik- und Wissenschaftsperspektiven in Public Health

Eine der wichtigsten Forderungen der historischen Frauenbewegung wurde 1918 mit der Einführung des Frauenwahlrechts erfüllt (von Bargen, 2018). Die Verankerung der Gleichberechtigung von Frau und Mann im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland (Art. 3 Abs. 2) folgte 1949 (GG, 1949). Gesetzliche Verstöße gegen Artikel 3 wurden jedoch erst ab 1957 schrittweise beseitigt. Dazu gehörte u.a. das Letztentscheidungsrecht des Ehemannes in allen ehelichen Angelegenheiten und über die Berufstätigkeit der Ehefrau (ebd.). Die Neue Frauenbewegung in Deutschland Anfang der 70er Jahre hatte ihre Wurzeln sowohl in der historischen Frauenbewegung als auch in der sogenannten 68er-Bewegung in Westdeutschland (Schulz, 2008). Ausgehend von den USA breitete sich in den 1960er Jahren eine internationale Protestbewegung aus. In Deutschland begann die Bewegung bereits 1967, als Tausende von Studierenden aus Protest gegen starre Strukturen, den Vietnamkrieg, eine rigide Sexualmoral und die mangelnde Aufarbeitung des Nationalsozialismus auf die Straße gingen. Auch wenn die 68er-Bewegung nicht als homogen bezeichnet werden kann, einte alle Strömungen die Suche nach Neuorientierung und der Wunsch nach sozial gerechten Verhältnissen, die zur Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung befähigen. An die Stelle alter bürgerlicher Werte wie Gehorsam und Vaterlandsliebe traten neue Werte wie Gleichheit, Kollektivität und Mitbestimmung (Bartsch et al., 2008; Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), 2008). Im Jahr 1968 führte allerdings die Ignoranz der Männer in der Bewegung gegenüber der Benachteiligung von Frauen in der Gesellschaft, aber auch in der Bewegung selbst, zu einem Eklat: Eine Vertreterin des Aktionsrates zur Befreiung der Frau warf auf einer Delegiertenkonferenz Tomaten auf das Präsidium des Sozialistischen Deutschen Studentenbundes (SDS), welches die Revolte anführte. Die Aktivistinnen mahnten die Anwesenden, dass auch das Private politisch sei und daher eine Änderung der gesellschaftlichen Verhältnisse auch bei der Veränderung der Machtverhältnisse zwischen Frauen und Männern ansetzen müsse (Frauen Media Turm (FMT), 2018; Schulz, 2008). Mit der Neuen Frauenbewegung begannen Frauen, über ihre Benachteiligung im Gesellschaftssystem der jungen Bundesrepublik hinaus auch den bis dahin kaum reflektierten Grad der Entfremdung von ihrem Körper zu thematisieren. Dabei wurde durch landesweite Mobilisierung eine kollektive Aktionsstrategie entwickelt (Hamm, 2010; Lenz, 2010). So kam es ab 1971 u.a. zu Massendemonstrationen von Frauen unter dem Motto *Mein Bauch gehört mir*, die sich für die ersatzlose Streichung des Abtreibungsparagraphen 218 aus dem Strafgesetzbuch einsetzten. Die Forderung nach einer endgültigen Streichung des Paragraphen konnte die Frauenbewegung allerdings bis heute nicht durchsetzen. Ein Schwangerschaftsabbruch bleibt straffrei, wenn er innerhalb der ersten drei Monate und nach einer Konfliktberatung vorgenommen wird. Doch auch nach mehreren Anpassungen und Novellierungen des Abtreibungsparagraphen

bleibt ein Schwangerschaftsabbruch nach der heute in Deutschland geltenden Regelung rechtswidrig, sofern keine medizinische oder kriminologische Indikation vorliegt (Schmid, 2023).

Die Gleichsetzung von Frauen mit dem Biologischen aufgrund ihrer Gebärfähigkeit war ein wesentliches Instrument der Unterdrückung von Frauen und ging mit einer langen Geschichte negativer Definitionen des weiblichen Körpers einher (Annandale, 2010). Noch heute finden sich beispielsweise in der ICD-10-Klassifikation der *histrionischen Persönlichkeitsstörung* Relikte der Hysteriediagnostik, die historisch spätestens dann bei Frauen angewandt wurde, wenn die geäußerten gesundheitlichen Beschwerden nicht durch einen organischen Befund erklärt werden konnten. Charakteristisch für diese Persönlichkeitsstörung sind u.a. instabile Affektivität, Dramatisierung, theatralisch übertriebener Gefühlsausdruck und ein ständiges Bedürfnis nach Anerkennung (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2018; Short & Zacher, 2022). Die physiologische Veränderlichkeit des weiblichen Hormonsystems und die Etablierung von lebensphasenübergreifenden gynäkologischen Kontroll- und Vorsorgeuntersuchungen dienten im weiteren Verlauf implizit als Rechtfertigungsgrundlage für die Pathologisierung und Medikalisierung des weiblichen Körpers (Büter, 2013; Fausto-Sterling, 1986). Die Neue Frauenbewegung war daher in ihren Ursprüngen und in wesentlichen Teilen immer auch eine Gesundheitsbewegung, auch wenn sie sich in der ersten Zeit vor allem mit Fragen der Abtreibung und der Empfängnisverhütung beschäftigte. Erst im Laufe der Bewegung entwickelten Frauen im Dialog miteinander einen zunehmend kritischen Blick darauf, wie sehr sie der Definitionsmacht der männlich dominierten medizinischen Versorgung ausgeliefert waren und sich im Zuge dessen aus Unwissenheit, Unsicherheit und falscher Scham von ihrem Körper entfremdet hatten (Dackweiler, 2010; Hamm, 2010). Nach der Eröffnung des ersten Frauenzentrums 1973 in West-Berlin entwickelten sich Frauenzentren schnell zu Treffpunkten und Begegnungsstätten unabhängig von der politischen und frauenbewegten Ausrichtung. Es entstanden Lesbengruppen, Frauencafés, Frauenkneipen und autonome Frauenprojekte wie Frauenhäuser (von Barga, 2018). An diesen Orten brachen sie gemeinsam das jahrhundertealte Schweigen und die Tabus und begannen, über ihre Körper und Themen wie Sexualität, Menstruation, Wechseljahre, Geburt, Mutterschaft, Homosexualität, Vergewaltigung und Abtreibung zu sprechen. Sie wandten sich gegen die als biologisch natürlich angesehene Geschlechterrollenzuweisung und gegen das vorherrschende Frauenbild, das Frauen als körperlich zerbrechlich, geistig schwach und ungeeignet darstellte, gleichberechtigt an anspruchsvollen Berufen und Tätigkeiten in der Gesellschaft teilzuhaben (Hamm, 2010).

Während die Neue Frauenbewegung sehr stark von einer landesweiten solidarischen und aktionistischen Haltung von Frauen geprägt war, kann heute Gender Mainstreaming als die dominierende politische Strategie zur Gleichstellung der Geschlechter angesehen werden. Dabei

lässt sich Gender Mainstreaming als konsequente Weiterentwicklung der Frauenbewegung und Frauenpolitik verstehen (Maschewsky-Schneider, 2000). Der Begriff Gender Mainstreaming wurde als Verfahren der europäischen *Gender Equality Policy* auf der 4. Weltfrauenkonferenz 1995 in Peking eingeführt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, und Jugend (BMFSFJ), 2021b; UN Women, 2015). Gender Mainstreaming ist eine Strategie zur systematischen Thematisierung und Berücksichtigung vergeschlechtlichter Lebenswelten in allen politischen und administrativen Entscheidungsprozessen. Mit Gender Mainstreaming wird die Gleichstellung der Geschlechter in allen Lebensbereichen angestrebt und es werden die unterschiedlichen Lebenswirklichkeiten und Bedürfnisse von Frauen und Männern als Ausgangspunkt einer entsprechenden Strategie anerkannt (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ), 2023; Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (WD), 2016). Die Anwendung einer Gender Mainstreaming Strategie zielt darauf ab, die Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Bewertung von Entscheidungsprozessen so zu gestalten, dass die involvierten Akteurinnen und Akteure stets die Gleichstellungsperspektive einnehmen. Die erfolgreiche Umsetzung einer Gender Mainstreaming Strategie soll die langfristige Sensibilisierung aller Akteurinnen und Akteure für die Wirkmächtigkeit, Erfassbarkeit und Veränderbarkeit vergeschlechtlichter Lebensrealitäten in allen Lebensbereichen fördern (Europäische Kommission (EK), 2005). Chancengleichheit und Gleichbehandlung von Frauen und Männern wurden letztendlich im Rahmen des Amsterdamer Vertrages von 1997 auf der Grundlage der europäischen *Gender Equality Policy* als Grundsatz bei der Schaffung des Gemeinsamen Marktes und der Wirtschafts- und Währungsunion der EU-Mitgliedstaaten verankert (Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union (EUR-OP), 1997). Zur tatsächlichen Herstellung der vollen Gleichstellung von Frauen und Männern auf dem Arbeitsmarkt wurde die gezielte geschlechterspezifische Förderung in vielen Berufsfeldern und Hierarchien als geeignetes Mittel definiert. Vor dem Hintergrund der geschlechterspezifischen Lebensrealitäten und Benachteiligungen im Erwerbsverlauf wird damit eine Erleichterung der Erwerbstätigkeit angestrebt (Europäisches Parlament (EP), 1998). In Deutschland hat schließlich 1999 auch die Bundesregierung den Gender Mainstreaming Ansatz als durchgängiges Leitprinzip anerkannt. Die Bundesministerien wurden dementsprechend zur Berücksichtigung des Gender Mainstreaming Prinzips in allen Politik-, Normsetzungs- und Verwaltungsprozessen der Bundesregierung durch Verankerung in ihrer Gemeinsamen Geschäftsordnung verpflichtet (WD, 2016). Seit 2008 beauftragt die Bundesregierung in jeder Legislaturperiode eine Sachverständigenkommission mit der Erstellung eines Gutachtens für den Gleichstellungsbericht der Bundesregierung, um den aktuellen Stand der Gleichstellung von Frauen und Männern in Deutschland zu ermitteln und neue Impulse für die Gleichstellungspolitik zu geben. Zur geschlechtergerechten Gestaltung des Regierungshandelns veröffentlicht und aktualisiert das Bundesgleichstellungsministerium Arbeitshilfen zu verschiedenen Aufgabenbereichen der

Bundesregierung, z.B. zur Gesetzgebung (BMFSFJ, 2021b). Auch in den bisherigen drei Gleichstellungsberichten wird deutlich, dass der inhaltliche Schwerpunkt weiterhin auf der geschlechtergerechten Teilhabe am Wirtschaftsleben und dem Spannungsfeld zwischen Erwerbs- und informeller Sorgearbeit liegt (BMFSFJ, 2011, 2017, 2021a). Darüber hinaus wurde im Jahr 2021 die Bundesstiftung Gleichstellung gegründet, die als bundesunmittelbare rechtsfähige Stiftung des öffentlichen Rechts die Aufgabe hat, zu informieren, die Praxis zu stärken und die Entwicklung neuer Ideen zur Gleichstellung zu unterstützen (Bundesstiftung Gleichstellung, 2023).

Doch wie stellt sich die Beteiligung an Erwerbs- und informeller Sorgearbeit in Deutschland aus einer geschlechtervergleichenden Perspektive aktuell dar? Um einen ersten Eindruck von der Situation in Deutschland zu gewinnen, werden im Folgenden bevölkerungsstatistische Daten aus repräsentativen Erhebungen zur Beteiligung von Frauen und Männern an Erwerbs- und Sorgearbeit skizziert: Im Jahr 2022 sind in Deutschland insgesamt rund 34,4 Millionen Menschen sozialversicherungspflichtig beschäftigt (Statistisches Bundesamt (StBA), 2023a). Der Frauenanteil an der Gesamtbeschäftigung liegt 2020 bei 43%, der Frauenanteil in Führungspositionen, d.h. auf der ersten Führungsebene, in privatwirtschaftlichen Unternehmen bei 27% (Kohaut & Möller, 2019). Deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern zeigen sich auch bei der Entlohnung. Diese geschlechterspezifische Lohnlücke wird als *Gender Pay Gap* bezeichnet. Sie errechnet sich aus dem Verhältnis des durchschnittlichen Bruttostundenverdienstes von Frauen und Männern zum Bruttostundenverdienst der Männer. Indem die strukturellen Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich des Beschäftigungsumfanges, der Berufserfahrung oder des Bildungsniveaus berücksichtigt werden, d. h. indem vergleichbare Qualifikationen, Erwerbsbiografien und Tätigkeiten von Frauen und Männern unterstellt werden, liegt der entsprechend *bereinigte Gender Pay Gap* in Deutschland im Jahr 2022 bei 7%. Ohne Berücksichtigung dieser lohnbestimmenden Faktoren ist der *unbereinigte Gender Pay Gap* in der Regel etwa dreimal so hoch (StBA, 2023b). So lag im Jahr 2022 der unbereinigte Gender Pay Gap in Deutschland bei etwa 18%, das bedeutet, dass der Stundenverdienst von Frauen im Vergleich zu Männern pro Stunde durchschnittlich 18% geringer ist. Eine Analyse des unbereinigten Gender Pay Gap anhand verfügbarer Merkmale zeigt, dass die Ungleichheit zu rund 63% durch zwei markante Ursachen erklärt werden kann: Zum einen sind Frauen häufiger als Männer in schlechter bezahlten Branchen, Berufen und Anforderungsniveaus anzutreffen (StBA, 2023b). Demzufolge ist in einer Reihe von Berufen die Verteilung zwischen Frauen und Männern sehr unterschiedlich. So ist der Frauenanteil 2022 in den Erziehungs-, Hauswirtschafts- und theologischen Berufen am höchsten, während in den handwerklichen Bauberufen die Männer dominieren (Bundesagentur für Arbeit (BA), 2022). Auf der anderen Seite sind Frauen häufiger in Teilzeit beschäftigt (StBA, 2023b). Auch der

Zusammenhang zwischen Teilzeitbeschäftigung und Niedriglohnbeschäftigung ist in Deutschland besonders eng. Die Zahl der Niedriglohnbeschäftigten, die überwiegend von Frauen ausgeübt werden, hat zudem in den letzten Jahren zugenommen und wirkt sich ebenfalls auf den Verdienstabstand aus (Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS), 2021). Während die Teilzeitquote im Jahr 2021 bei den sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten insgesamt bei 29,2% liegt, treten die bestehenden Unterschiede im Geschlechtervergleich sehr deutlich hervor: Insgesamt sind 49,1% der Frauen, aber nur 11,8% der Männer nicht vollzeitbeschäftigt (BMFSFJ, 2023). Bei einer Betrachtung von Personen mit minderjährigen Kindern im Haushalt, sind die Unterschiede sogar noch deutlicher ausgeprägt, wobei der Anteil bei den Frauen 66,2% und bei den Männern 6,4% beträgt (StBA, 2021b). Deutliche Geschlechterunterschiede zeigen sich auch bei der Angabe der Gründe für die Teilzeitbeschäftigung: Insgesamt 77,7% der Frauen und 34,1% der Männer mit Kindern nannten im Jahr 2019 Kinderbetreuung und andere familiäre und persönliche Verpflichtungen als Grund für ihre Teilzeitbeschäftigung. Auch bei Personen ohne Kinder zeigen sich geschlechterspezifische Unterschiede, wenn auch weniger ausgeprägt als bei Personen mit Kindern. Von Personen ohne Kinder gaben 23,2% der Frauen und 6% der Männer an, aus familiären oder persönlichen Gründen teilzeitbeschäftigt zu sein (Mikrozensus, zitiert nach de.statista.com, 2021). Bei der Betrachtung der Geschlechterunterschiede unter den Alleinerziehenden fällt auf, dass grundsätzlich deutlich mehr Frauen als Männer alleinerziehend sind. So waren 2021 in Deutschland rund 2,15 Millionen Frauen und 462.000 Männer alleinerziehend (Statistisches Bundesamt, zitiert nach de.statista.com. 2023). Während von den Personen, die in Lebensgemeinschaften mit Kindern zusammenleben, rund 19% ein Nettoäquivalenzeinkommen von unter 1.220 € haben, sind es bei den alleinerziehenden Männern insgesamt 33% und bei den alleinerziehenden Frauen mit 53% mehr als die Hälfte (StBA, 2021a).

Im Rahmen der Gender Mainstreaming-Strategie in Deutschland können Unterschiede in der Zeitverwendung von Frauen und Männern für unbezahlte Kindererziehung, Pflege von Angehörigen, Hausarbeit und ehrenamtliches Engagement mit dem *Gender Care Gap* als Gleichstellungsindikator abgebildet werden. Aus dem 2. Gleichstellungsbericht für Deutschland (BMFSFJ, 2017) geht hervor, dass der durchschnittliche Gender Care Gap bei 52,4% liegt. Damit verbringen Frauen durchschnittlich 52,4% mehr Zeit mit unbezahlter Sorgearbeit als Männer. Dies entspricht einer durchschnittlichen Differenz von 87 Minuten pro Tag (Frauen: 4 Stunden 13 Minuten, Männer: 2 Stunden 46 Minuten). Besonders deutlich wird der durchschnittliche Unterschied zwischen Frauen und Männern, wenn die unterstützende bzw. indirekte Sorgearbeit (Tätigkeiten im Haushalt oder ehrenamtliche Tätigkeiten) getrennt von der direkten Sorgearbeit (Betreuung von Kindern und/oder erwachsenen Haushaltsmitgliedern) betrachtet wird. Der Gender Care Gap beläuft sich bei der indirekten Sorgearbeit auf 47,4%, während er bei der direkten Sorgearbeit bei 108,3% liegt. Je nach Alter und Familienkonstellation unterscheidet sich

der Gender Care Gap jedoch deutlich und liegt z. B. bei den Paarhaushalten mit Kindern bei 83,3%. In der Gruppe der 34-Jährigen ist der Gender Care Gap am höchsten und beläuft sich auf 110,6% und ist demnach mehr als doppelt so groß wie der durchschnittliche Gender Care Gap (ebd.).

Die Entscheidung, teilzeitbeschäftigt zu arbeiten und dafür mehr unbezahlte Betreuungsarbeit zu leisten, birgt allerdings tiefgreifende Risiken für den Erwerbs- und Lebensverlauf. Daraus resultieren ein geringeres persönliches wirtschaftliches Einkommen und eine geringere wirtschaftliche Unabhängigkeit, was aufgrund der geschlechterspezifischen Teilzeitquoten eher der Lebensrealität von Frauen entspricht (Gärtner et al., 2020; Lott et al., 2022). Diese Risiken geschlechterspezifischer Einkommensungleichheit aufgrund unterschiedlicher Erwerbsbiografien können schließlich mit dem Indikator *Gender Pension Gap* abgebildet werden. Es handelt sich um einen Indikator, der den relativen Unterschied zwischen dem Renteneinkommen von Frauen und dem Renteneinkommen von Männern angibt. Der Gender Pension Gap wird vor allem durch die vorherrschende Einkommensungleichheit und ungleiche Erwerbsbeteiligung im Lebensverlauf verursacht (Gärtner et al., 2020). Der Gender Pension Gap belief sich in Deutschland im Jahr 2019 bezogen auf Personen ab 65 Jahren auf 27,8% (Eurostat, zitiert nach de.statista.com. 2023, zitiert nach de.com. 2022). Bei Stratifizierung nach weiteren Aspekten, fällt der Gender Pension Gap allerdings häufig größer aus, z. B. für Personen in den alten Bundesländern im Vergleich zu Personen in den neuen Bundesländern, für Geschiedene im Vergleich zu Ledigen, für Personen ohne Berufsabschluss im Vergleich zu Personen mit Hochschulabschluss, für ältere Alterskohorten im Vergleich zu jüngeren Alterskohorten sowie für Verheiratete mit Kindern im Vergleich zu Verheirateten ohne Kinder (Flory, 2011).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Frauen in Deutschland ein geringeres Erwerbseinkommen erzielen als Männer. Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass sie häufiger in generell schlechter bezahlten Dienstleistungsberufen arbeiten, häufiger teilzeitbeschäftigt sind und auch bei gleichem Beruf, gleicher Tätigkeit und gleicher Berufserfahrung weniger verdienen als Männer. Aufgrund der geringeren Einkommen im Erwerbsverlauf erwerben Frauen in der Regel auch geringere Rentenansprüche (Gärtner et al., 2020). Selbst wenn Frauen die Rolle der Hauptverdienerin übernehmen, was häufig mit einer Vollzeitberufstätigkeit einhergeht und in Deutschland in etwa jedem zehnten Paarhaushalt der Fall ist, sind Haushalte mit einer weiblichen Hauptverdienerin überdurchschnittlich häufig arm oder leben armutsnah (Kropp, 2022). Soziale Benachteiligung wiederum wirkt sich sowohl auf die körperliche als auch auf die psychische Gesundheit im Erwachsenenalter, aber auch bereits im Kindes- und Jugendalter aus. Sie begünstigt unter anderem gesundheitsgefährdendes Verhalten und eine geringere Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in der Bevölkerung (Kooperationsverbund Gesundheitliche

Chancengleichheit (KGC), 2019). Schließlich ist davon auszugehen, dass eine erfolgreiche Umsetzung von Gender Mainstreaming Maßnahmen durch den Abbau geschlechterspezifischer Ungleichheiten einen Beitrag zur Herstellung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit leisten kann.

1.1 Berücksichtigung feminisierter Lebenswelten in Gesundheitsberichten des Bundes

Das heutige Robert Koch-Institut (RKI) wurde im Jahr 1891 als Königlich-Preußisches Institut für Infektionskrankheiten gegründet (RKI, 2023c) und zählt mittlerweile zu den ältesten biomedizinischen Forschungsinstituten weltweit (RKI, 2023b). Der erste Gesundheitsbericht für Deutschland des Robert Koch-Instituts wurde in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt erstellt und 1998 veröffentlicht (RKI, 2006). Nach einer umfassenden Aufarbeitung der thematischen und personellen Durchdringung des RKI mit der nationalsozialistischen Ideologie während der Zeit des Nationalsozialismus (RKI, 2008a), beschloss der Bundestag 2008 schließlich den Ausbau des RKI zu einem modernen Public Health Institut (RKI, 2023b). Das RKI ist heute als Bundesbehörde dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nachgeordnet (RKI, 2020a). Das Institut berät die Fachöffentlichkeit und die Politik in Gesundheitsfragen und ist eine wichtige Schnittstelle zu internationalen Akteurinnen und Akteuren wie dem Europäischen Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC), der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie nationalen Public Health-Instituten anderer Länder (RKI, 2022a, 2023a). Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) erfüllt Aufgaben, die eine Informations-, Orientierungs-, Kontroll- und Evaluationsfunktion haben und welche sich zwei Basiskonzepten zuordnen lassen (Ziese et al., 2020). Als Grundlage für eine evidenzbasierte Gesundheitsplanung geht es einerseits um eine datengestützte Beschreibung (*Monitoring*) der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Zum anderen steht sie im Kontext zivilgesellschaftlicher Ziele wie Bürgerinformation und Bürgerbeteiligung und betont damit den Aspekt der Berichterstattung (*Reporting*). Dabei geht es um die Befähigung der Bürgerinnen und Bürger zur politischen Teilhabe sowie zur Sorge um die eigene Gesundheit im Prozess der öffentlichen Meinungsbildung. Das RKI führt eigene bevölkerungsbezogene Studien bei Kindern und Erwachsenen durch, die zur Analyse von gesundheitlichen Trends und Risiken genutzt werden. Die Forschungsergebnisse dienen zudem als wichtige politische Entscheidungsgrundlage beispielsweise im Zusammenhang mit Präventionsmaßnahmen oder einer gezielten Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung (ebd.). Das Themenspektrum der regelmäßigen Berichterstattung zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in Deutschland erstreckt sich von Krankheiten und Beschwerden über Gesundheitsverhalten und Risikofaktoren bis hin zur medizinischen und pflegerischen Versorgung und den damit verbundenen Kosten. Zu

den Zielgruppen der GBE zählen Forschung und Lehre, Politik, Bürgerinnen und Bürger, Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen, Patientinnen und Patienten, Fachöffentlichkeit sowie Studierende (RKI, 2023a). Die Publikationen der Gesundheitsberichterstattung basieren auf zahlreichen Datenquellen. In der Online-Datenbank der Gesundheitsberichterstattung des Bundes werden gesundheitsbezogene Daten und Informationen aus über 100 verschiedenen Quellen zentral zusammengeführt. Dazu zählen u.a. Erhebungen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder sowie Befragungen zahlreicher anderer Institutionen des Gesundheitswesens (GBE, 2023b). Die Daten und Fakten werden in verschiedenen kostenlosen Publikationsformen aufbereitet. Dabei variieren die Schwerpunkte der Berichterstattung in der Breite und Tiefe der Darstellung und Analyse, um unterschiedliche Gruppen von Nutzerinnen und Nutzern anzusprechen (RKI, 2023a).

Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ), jedoch nicht unter Federführung des RKI, wurde 1999 der erste nationale Frauengesundheitsbericht für Deutschland veröffentlicht. Antje Ducki (BMFSFJ, 1999) weist als Mitautorin des ersten Nationalen Frauengesundheitsberichts auf konkrete Anforderungen und Umsetzungsschwierigkeiten bei der Behandlung des Themas Frauen und Arbeit in der Gesundheitsberichterstattung hin. Eine der zentralen Umsetzungsschwierigkeiten ergibt sich daraus, dass zur Erfassung der Belastungen und Ressourcen, die sich aus den verschiedenen Arbeitsbereichen zwischen Erwerbsarbeit und unbezahlter bzw. informeller Haus-, Familien- und Pflegearbeit ergeben, insbesondere Daten fehlen, die auf einer gemeinsamen theoretischen Basis konzipiert wurden. Als Hauptschwierigkeiten für eine adäquate Bearbeitung des Themenfeldes Frauen und Arbeit konnten dabei der Mangel an geschlechterdifferenzierender Forschung sowie das Fehlen geschlechtersensibler Indikatoren und Bezugsgrößen in der allgemeinen Bevölkerungsstatistik identifiziert werden, was wiederum zu einer eingeschränkten Repräsentativität und Aktualität der vorhandenen Daten führen kann. Ein weiteres zentrales Problem wird in der Verzerrung vorhandener Forschungsergebnisse durch Gender Bias gesehen (ebd.). Gender Bias kann als Resultat der Nichtberücksichtigung geschlechterrelevanter Aspekte der gelebten Lebenswelten verstanden werden, die sich in Form einer Verzerrung der Erkenntnis- und Wahrnehmungsweisen manifestiert (BMFSFJ, 1999; Eichler et al., 2000). Die Schwierigkeit bei dem Versuch, Gender Bias zu vermeiden, liegt insbesondere darin, dass diese Art der Wahrnehmungsverzerrung häufig das Ergebnis alltäglicher kognitiver Prozesse der Komplexitätsreduktion durch Kategorien wie Schemata, Prototypen und Stereotype sind (Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS), 2023). Daher wird der Gender Bias der Gruppe der impliziten Bias zugeordnet. Gemeinsam mit den daraus häufig resultierenden vorschnellen Annahmen, die eher nicht bewusst wahrgenommen werden, können sie sich durch

geschlechterbezogene Stereotype und Vorurteile, nachteilig auf die Bewertung von als homogen wahrgenommenen Personengruppen - wie beispielsweise Frauen - auswirken (ebd.).

Nach Anerkennung und Verankerung von Gender Mainstreaming in der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien im Jahr 1999 (WD, 2002) forderte Anfang der 2000er Jahre auch die damalige Kommission Gesundheitsberichterstattung, dass das Gender Mainstreaming-Prinzip als Strategie für eine geschlechtersensible Berichterstattung umgesetzt wird (RKI, 2020b). Die Umsetzung von Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen verfolgt einerseits das Ziel, Chancengerechtigkeit beim Zugang zu Gesundheitsressourcen zu gewährleisten und damit sozial bedingte Ungleichheit in der gesundheitlichen Lage zu verringern. Andererseits kann es dazu beitragen, die Qualität von Versorgungsangeboten zu verbessern, indem diese zielgruppengerecht gestaltet und weiterentwickelt werden (Kolip et al., 2006). Dabei betrachtet das RKI als nationales Public Health-Institut sowohl das biologische als auch das soziale Geschlecht als Einflussfaktoren auf die Entstehung, Diagnose und Therapie von Krankheiten (RKI, 2020c). Das Geschlecht wird zudem im Hinblick auf Unterschiede im Gesundheitsverhalten und in der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten als relevant angesehen. Darüber hinaus wird von geschlechterspezifischen Unterschieden in der Wahrnehmung, Bewertung und Kommunikation von Symptomen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausgegangen. Vor diesem Hintergrund wurden seit 2017 im Fachbereich *Gesundheitsberichterstattung* drei Projekte durchgeführt und inzwischen abgeschlossen, die sich mit dem Themenfeld Geschlecht befassen (ebd.). Das *Projekt Frauen 5.0* setzte sich mit der Verbesserung der gynäkologischen und allgemeinmedizinischen Versorgung von Frauen über 49 Jahren in ländlichen Regionen auseinander (RKI, 2018a). Der *Frauengesundheitsbericht* widmete sich der Beschreibung und Analyse der gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland (RKI, 2020b). Das *Projekt AdvanceGender* (vgl. Vorbemerkung) erarbeitete schließlich Empfehlungen für eine geschlechtersensible und intersektionale GBE (Pöge et al., 2019). Die Kommission Gesundheitsberichterstattung forderte im Zusammenhang mit einer geschlechtersensiblen GBE neben einem konsequenten Geschlechtervergleich zwischen Frauen und Männern auch, dass gesellschaftliche Rahmenbedingungen beleuchtet und Erklärungsansätze für die geschlechterbezogenen Unterschiede in der Gesundheit angeboten werden sollen (RKI, 2020b). Diese Forderungen wurden im weiteren Verlauf auch als ein Teil von expliziten Empfehlungen für eine Gute Praxis in der GBE formuliert (Starke et al., 2019). Insbesondere im Hinblick auf den Geschlechterbezug in der Berichterstattung wurden die Leitlinien gegenüber den vorangehenden weiter konkretisiert: Neben einer demografisch korrekten Darstellung der Geschlechterverteilung und einer geschlechtervergleichenden Datenauswertung soll auch die Heterogenität innerhalb der Geschlechtergruppen, z.B. nach sozialer Lage, Alter oder Migrationshintergrund, dargestellt werden. Soweit sich Unterschiede

zwischen den Geschlechtern zeigen, sollen diese unter Rückgriff auf theoretische Ansätze und unter Berücksichtigung gesellschaftlicher und politischer Rahmenbedingungen erklärt werden, um Geschlechterstereotype zu vermeiden (Starke et al., 2019; Starke et al., 2019). Den Anspruch, gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Erklärungsansätze zu berücksichtigen, verfolgte die GBE in besonderem Maße in den Berichten *Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter* (Kolip et al., 2006), *Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland* (RKI, 2014a) und dem zwischenzeitig erschienenen *Frauengesundheitsbericht* (RKI, 2020b). In allen drei Gesundheitsberichten werden auch geschlechtervergleichende Darstellungen gewählt, wobei ein Schwerpunkt auf der Behandlung spezifischer Lebenslagen liegt. Dabei werden beispielsweise Erwerbs- und Familienarbeit sowie Lebensformen explizit in eigenen Themenkapiteln behandelt (Kolip et al., 2006; RKI, 2014a, 2020b). Der jüngste und umfangreichste der drei genannten geschlechtersensiblen Gesundheitsberichte, der Frauengesundheitsbericht, greift z.B. bei der Betrachtung der gesundheitlichen Situation von Frauen zwischen Erwerbs- und Familienarbeit auch Themen wie Partnerschaft, Elternschaft, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, junge Mütter, alleinerziehende Mütter sowie pflegende oder erwerbslose Frauen auf (RKI, 2020b). Auch bei der Quantifizierung sozialer Ungleichheit werden in allen drei Berichten neben den Variablen Geschlecht, Alter und Bildung teilweise weitere Variablen auf Individualebene zum Erwerbsstatus sowie zu Lebensformen zur Stratifizierung individueller gesundheitsbezogener Zielgrößen herangezogen (Kolip et al., 2006; RKI, 2014a, 2020b).

In dem aktuellen Frauengesundheitsbericht (RKI, 2020b) wird zudem ein sehr breites Spektrum von Krankheiten und Gesundheitsstörungen, Gesundheitsverhalten sowie Prävention und Gesundheitsversorgung behandelt. Neben der Betrachtung von Gesundheit im Spannungsfeld von Erwerbs- und Familienarbeit, sexueller und reproduktiver Gesundheit sowie den Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen werden weitere merkmalsbezogene Differenzkategorien in den Fokus gerückt und Gesundheit in Bezug auf verschiedene altersspezifische Lebensphasen, Migrationshintergrund und Behinderung in übergeordneten Kapiteln behandelt. Die Notwendigkeit eines Geschlechtervergleichs unter zentraler Berücksichtigung des sozialen Geschlechts wird im Frauengesundheitsbericht (RKI, 2020b) damit begründet, dass neben Unterschieden in der Erkrankungshäufigkeit auch geschlechterspezifische Unterschiede im Gesundheitsverhalten und in der Gesundheitsversorgung festzustellen seien. Auch in der Wahrnehmung, Bewertung und Kommunikation von Symptomen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen würden sich Frauen und Männer häufig unterscheiden. Die Ursachen hierfür seien vor allem sozialer und gesellschaftlicher Natur, da die unterschiedlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen der Geschlechter oft historisch gewachsen seien und in Form von Rollenbildern und -erwartungen

reproduziert würden. Biologische Unterschiede zwischen den Geschlechtern und soziale Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit seien daher eng miteinander verknüpft (ebd.).

In einer Berichterstattung zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, die das Geschlecht zum Ausgangspunkt nimmt, ist der Fokus auf geschlechterbezogene Lebenswelten somit ein zentrales Element der Darstellung gesundheitlicher Ungleichheit. Die Gefahr eines Gender Bias wird reduziert, indem u. a. die geringere Erwerbsbeteiligung von Frauen und die dafür häufigere Übernahme unbezahlter Sorgearbeit als gesundheitsrelevante Lebensrealitäten berücksichtigt werden. Wie aber werden soziale Facetten von Geschlecht berücksichtigt, wenn der Gesundheitsberichterstattung des Bundes am RKI kein expliziter Geschlechterfokus vorangestellt ist (RKI, 2023e und 2023f), was letztlich für die überwiegende Mehrzahl der Gesundheitsberichte gilt?

Wie eingangs beschrieben, sind aufgrund der Ungleichverteilung von Erwerbsarbeit und unbezahlter Sorgearbeit in der Bevölkerung insbesondere Frauen im Lebensverlauf höheren ökonomischen Risiken ausgesetzt. Darüber hinaus führt die ungleiche Verteilung auch zu unterschiedlichen Lebens- und Arbeitskontexten von Frauen und Männern auf Bevölkerungsebene, die aufgrund der damit verbundenen Tätigkeiten auch zu unterschiedlichen Verhaltensweisen führen und damit eine hohe gesundheitliche Relevanz haben können (RKI, 2020b). Im Folgenden werden die auf der Website des RKI archivierten Gesundheitsberichte (RKI, 2023e) sowie Publikationen im Rahmen des Journal of Health Monitoring (RKI, 2023f) betrachtet. Ziel ist es einen ersten Eindruck zu erhalten, ob und ggf. wie das Verständnis von Arbeitstätigkeiten als zentraler Bestandteil der Gestaltung von Lebenswelten von Frauen und Männern in Gesundheitsberichten ohne vorgängigen Geschlechterfokus aufgegriffen wird und ob Erwerbsarbeit in Form von unbezahlter Sorgearbeit als gesundheitsrelevante Faktoren in der Gesundheitsberichterstattung berücksichtigt werden. Da insbesondere ökonomische Risiken sowie Unterschiede in der Alltagsgestaltung als Folge der Vergeschlechtlichung von unbezahlter Sorgearbeit angesehen werden können, liegt der Fokus dieser Betrachtung auf Gesundheitsberichten, die entweder die gesundheitliche Lage der Bevölkerung im Kontext sozialer Ungleichheit in den Mittelpunkt stellen oder Berichte, die sich auf die Betrachtung verhaltensbezogener gesundheitlicher Zielgrößen konzentrieren. Auf diese Weise lässt sich ein Einblick gewinnen, inwieweit sich im Zuge der Etablierung von Gender Mainstreaming in der Gesundheitsberichterstattung eine geschlechtersensible oder geschlechtertransformative Perspektive als Standard etabliert hat. Als geschlechtersensibel könnte bereits eine Perspektive gelten, die Geschlechterunterschiede durch eine konsequente Stratifizierung nach dem binären Geschlecht beschreibt (Jahn et al., 2014). Als geschlechtertransformativ könnte hingegen die stärkere und ggf. konsequente Berücksichtigung von Geschlechternormen und -rollen als

gesundheitsrelevante Expositionen und Verhaltensweisen angesehen werden (Brand et al., 2019). Insbesondere bei der Betrachtung verhaltensbezogener gesundheitlicher Zielgrößen wäre aus einer geschlechtertransformativen Perspektive zu erwarten, dass geschlechterspezifische Verhaltensunterschiede nicht nur theoretisch, sondern auch bei der Quantifizierung vor dem Hintergrund von Geschlechternormen und -rollen berücksichtigt werden.

In Anlehnung an die empfohlene gute Praxis in der GBE (Starke et al., 2019) lässt sich feststellen, dass insbesondere in Gesundheitsberichten ohne primären Geschlechterfokus und mit Bezug zur erwachsenen Bevölkerung eine geschlechtervergleichende Auswertung sowie die Untersuchung von Heterogenität innerhalb der Geschlechtergruppen konsequent umgesetzt wird: Unabhängig davon, ob der inhaltliche Schwerpunkt der Berichterstattung a priori auf der Beschreibung von Gesundheit im Kontext sozialer Ungleichheit (Lampert et al., 2019; Lampert et al., 2016; Lampert et al., 2017; Lampert & Kroll, 2010, 2014; Lampert et al., 2005; RKI, 2018b) oder auf der Betrachtung verhaltensbezogener Gesundheitszielgrößen liegt (Bloomfield et al., 2008; Jordan & Lippe, 2012; Knopf & Melchert, 2003; Lampert, 2011; Lange et al., 2016; Mensink, 2002, 2003; Jordan et al., 2020; Rabenberg & Mensink, 2011, 2013; RKI, 2003, 2017b, 2016, 2017c) werden Frauen und Männer durch die konsequente Stratifizierung nach Geschlecht als voneinander getrennte Bevölkerungsgruppen betrachtet. Innerhalb der jeweiligen Gruppen werden insbesondere die Häufigkeitsverteilungen gesundheitsbezogener Zielgrößen einschließlich gesundheitsförderlicher und gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen größtenteils entlang ordinalskalierten Alterskategorien und Einzelindikatoren von sozioökonomischen Statusvariablen wie Bildungsstatus, Berufsstatus oder Einkommensstatus dargestellt (Knopf & Melchert, 2003; Lampert, 2011; Lampert et al., 2019; Lampert et al., 2017; Lampert & Kroll, 2010, 2014; Lampert et al., 2005; Mensink, 2002; Jordan et al., 2020; Rabenberg & Mensink, 2011; RKI, 2016, 2017b, 2017c, 2018b) oder als Index des sozioökonomischen Status (SES) (Jordan & Lippe, 2012; Knopf & Melchert, 2003; Lampert et al., 2016; Lampert et al., 2017; Lampert & Kroll, 2014; Lampert et al., 2005; Lange et al., 2016; Mensink, 2002, 2003; Rabenberg & Mensink, 2013; RKI, 2003, 2016, 2017c). Im Rahmen vereinzelter Analysen in den Gesundheitsberichten finden sich neben Prävalenzen auch Mittelwerte oder Assoziationsmaße wie Odds Ratios, bei denen ein oder mehrere der gleichen Faktoren zur Adjustierung herangezogen werden (Lange et al., 2016; Mensink, 2002; Rabenberg & Mensink, 2013; RKI, 2017c). Eine Ausnahme bilden die Analysen zum riskanten Alkoholkonsum, bei denen neben dem Alter und sozioökonomischen Statusvariablen auch für soziale Unterstützung adjustiert wird (Lange et al., 2016), oder zur Gesundheit von Alleinerziehenden, bei denen neben der zusätzlichen Berücksichtigung von sozialer Unterstützung auch die Anzahl der Kinder sowie das Alter des jüngsten Kindes zur Adjustierung herangezogen werden (RKI, 2017c).

Bei der Betrachtung von Variablen aus Genderperspektive, die den ökonomischen Unterschieden zwischen Frauen und Männern zugrunde liegen können (vgl. Kapitel 4.2.2), ist zur Quantifizierung gesundheitlicher Ungleichheiten insbesondere die im Rahmen des Gesundheitsberichts *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung* (Lampert et al., 2005) verwendete Kategorie *Hausfrau* im Kontext von Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit hervorzuheben. Die betrachteten individuellen gesundheitlichen Zielgrößen für beide Geschlechter werden nach den Kategorien *Erwerbstätigkeit*, eine bestehende *Arbeitslosigkeit von weniger als 12 Monaten*, eine bestehende *Arbeitslosigkeit von mehr als 12 Monaten* und ausschließlich für die Gruppe der Frauen über die Ausprägung *Hausfrau* stratifiziert. Dementsprechend werden bei den Frauen in einigen Auswertungen zusätzlich Frauen mit dem Status *Hausfrau* betrachtet, da sich deren Lebenssituation sowohl von den erwerbstätigen als auch von den arbeitslosen Frauen zu unterscheiden scheint. Auch im Zusammenhang mit gesundheitlichen Einschränkungen im Alltag in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen werden im selben Bericht *Hausfrauen* als Referenzgruppe für die Berechnung der altersadjustierten Odds Ratio herangezogen, während dies bei Männern die Erwerbstätigen sind (ebd.). Weitere potenziell geschlechterrelevante Variablen (vgl. Kapitel 4.2.2), die über Geschlecht, Alter und die Indikatoren des SES-Index hinausgehen, werden jedoch auch in der Gesundheitsberichterstattung, die sich auf verhaltensbezogene Gesundheitsziele konzentriert, nur vereinzelt bei Analysen berücksichtigt. Dabei lässt sich die Berücksichtigung des Erwerbsstatus in den Kategorien *Vollzeit*, *Teilzeit*, *geringfügige Beschäftigung* oder *Nichterwerbstätigkeit* beobachten, scheint aber eher selten als Stratifizierungsvariable zur Quantifizierung gesundheitlicher Ungleichheiten herangezogen zu werden: Mit Fokus auf verhaltensbezogene gesundheitliche Zielgrößen werden sie im Zusammenhang mit der Kochhäufigkeit von Frauen und Männern (RKI, 2016), Depressionen und Rauchen bei alleinerziehenden Müttern bzw. Müttern in Paarhaushalten (RKI, 2017c), der Nutzung von Kantinen mit gesunden Ernährungsangeboten im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung (Jordan et al., 2020) sowie in einem Gesundheitsbericht zu Lebensstil und Sport (Rommel et al., 2008) verwendet. Gelegentlich wird auch der Partnerschaftsstatus bzw. das Zusammenleben in einer Partnerschaft berücksichtigt (Jordan & Lippe, 2012; Rommel et al., 2008). Weitere geschlechterrelevante Variablen wie soziale Unterstützung werden ebenfalls in Einzelanalysen der Gesundheitsberichterstattung zu Themen wie Inanspruchnahme von Präventionsangeboten (Jordan & Lippe, 2012), Alkoholkonsum (Lange et al., 2016), Lebensstil und Sport (Rommel et al., 2008) und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei Alleinerziehenden (RKI, 2017c) thematisiert. Die Belastung durch Haushaltstätigkeiten als sehr konkreter Ansatz für geschlechterrollenbezogenes Verhalten scheint jedoch in den betrachteten Gesundheitsberichten eine Ausnahme darzustellen und wurde bei der Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen auf Basis der Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA)

Daten aus dem Jahr 2009 neben Alter und Geschlecht als Stratifizierungsvariable verwendet (Jordan & Lippe, 2012).

Auch wenn die Quantifizierung geschlechterrollenrelevanter Aspekte, wie z.B. Belastungen durch Haushaltstätigkeiten, die im Zusammenhang mit unbezahlter Sorgearbeit stehen können, eher die Ausnahme darstellt, wird bei den verhaltensbezogenen Gesundheitsindikatoren vereinzelt durchaus auf theoretische Erklärungsansätze bzw. gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen zurückgegriffen, wenn es darum geht, identifizierte Geschlechterunterschiede zu interpretieren. So wird ein Gradient in der täglichen Energieaufnahme in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status bei Männern auf unterschiedliche körperliche Anforderungen im Beruf bzw. in der Erwerbsarbeit zurückgeführt (Mensink 2002). Da dieser Gradient für die Gruppe der Frauen nicht nachweisbar zu sein scheint, wird hingegen diskutiert, dass die Geschlechterunterschiede durch den im entsprechenden Bericht verwendeten SES-Index bedingt sein könnten, da dieser stärker durch das Einkommen des Ehepartners beeinflusst wird als umgekehrt. Darüber hinaus wird im Zusammenhang mit der täglichen Energieaufnahme über die Nahrung neben unterschiedlichen Gesundheitseinstellungen und -verhaltensweisen auch die ungleiche Verteilung des Anteils erwerbstätiger Frauen als Erklärungsansatz für den fehlenden sozioökonomischen Gradienten in der Gruppe der Frauen in Betracht gezogen (ebd.). Inzwischen weisen Müters et al. (2023) darauf hin, dass Analysen zur gesundheitlichen Ungleichheit mittels eines SES-Indexes insbesondere dann in ihrer Aussagekraft eingeschränkt sein können, wenn es um Erklärungszusammenhänge oder die konkrete Benennung von Zielgruppen für Interventionen geht. So wird beispielsweise der SES-Index, welcher auch in der aktuellsten Erhebung zur *Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2019/2020-EHIS* verwendet wird, als Haushaltsmerkmal operationalisiert und dem Individuum zugeordnet. Dazu wird der Berufsstatus der befragten Person mit dem Berufsstatus des Haupteinkommensbeziehenden des Haushalts verglichen. Der jeweils höhere Wert wird dem Haushalt zugeordnet. Der Erwerbsstatus des Haupteinkommensbeziehenden des Haushalts wird auch dann verwendet, wenn nur ein Haushaltsmitglied erwerbstätig ist. In Haushalten, in denen keine Person erwerbstätig ist, wird der Erwerbsstatus des zuletzt ausgeübten Berufs berücksichtigt (ebd.). Die ungleiche Teilhabe von Frauen und Männern an Erwerbsarbeit und unbezahlter Sorgearbeit, die insbesondere für Frauen mit ökonomischen Benachteiligungen im Lebensverlauf einhergehen kann, lässt sich daher nicht unmittelbar durch einen entsprechenden SES-Index in einer Weise abbilden, die die geschlechterspezifische Arbeitsteilung als potenziell gesundheitsrelevanten Aspekt sichtbar macht.

In einem weiteren Gesundheitsbericht (Mensink 2003) wird im Zusammenhang mit den Unterschieden in der körperlichen Aktivität von Frauen und Männern und dem dargestellten

Ergebnis, dass Frauen weniger körperlich aktiv sind als Männer, die Feminisierung der informellen Sorgearbeit als mögliche Ursache für eine Verzerrung der dargestellten Ergebnisse diskutiert: Die Geschlechterunterschiede in der körperlichen Aktivität werden damit in Verbindung gebracht, dass die von Frauen häufiger verrichteten Alltagstätigkeiten wie Hausarbeit, Einkaufen und Spielen mit den Kindern im Sinne der Analyse ebenfalls als körperliche Aktivität zu werten sind, jedoch bei der Operationalisierung von körperlicher Aktivität im entsprechenden Gesundheitsbericht nicht berücksichtigt wurden (ebd.). Im Hinblick auf geschlechterspezifische Unterschiede beim Medikamentengebrauch wird wiederum nicht auf Verhaltensunterschiede zwischen Frauen und Männern, sondern auf eine mögliche Über- bzw. Fehlversorgung von Frauen bei der Hormonersatztherapie hingewiesen (Knopf & Melchert, 2003). Dies kann zumindest implizit als Thematisierung einer potenziell fortbestehenden Pathologisierung und Medikalisierung des weiblichen Körpers gewertet werden könnte (vgl. Kapitel 1). In Bezug auf die Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen wird hingegen versucht, den Befund, dass sowohl Personen mit stärkerer sozialer Unterstützung als auch Personen, die sich stärker durch Hausarbeit belastet fühlen, durch den Verweis auf geschlechterrollenrelevante Aspekte zu erklären: Beziehungen im sozialen Umfeld können zwar grundsätzlich eine Form der sozialen Unterstützung darstellen, gleichzeitig können sie im familiären Kontext aber auch mit Belastungen durch Hausarbeit, Kindererziehung und häusliche Pflege einhergehen (Jordan & Lippe, 2012). Der geringere Anteil von Frauen mit riskantem Alkoholkonsum wird hingegen mit einem grundsätzlich anderen habituellen Trinkverhalten von Frauen und stärkeren sozialen Sanktionen gegenüber Frauen bei abweichendem Verhalten in Verbindung gebracht (Lange et al., 2016). Die Beobachtung, dass Frauen mit höherem Bildungsniveau eher zu riskantem Alkoholkonsum neigen als Frauen mit niedrigerem Bildungsniveau, während dieser Zusammenhang bei Männern nicht besteht, wird dahingehend interpretiert, dass Frauen mit höherem sozioökonomischem Status sich möglicherweise weniger an traditionellen Rollenbildern orientieren als Frauen aus niedrigeren Statusgruppen (ebd.). Auch der beobachtete höhere Anteil an Vegetarierinnen unter den 60- bis 69-jährigen Frauen wird als eine Möglichkeit darauf zurückgeführt, dass Frauen in diesem Alter teilweise weniger Kompromisse bei der eigenen Ernährung eingehen als in Lebensphasen, in denen noch stärker auf die Ernährungspräferenzen anderer Familienmitglieder Rücksicht genommen wird. Zum anderen wird in Betracht gezogen, dass Frauen stärker von ihren Kindern beeinflusst werden und möglicherweise durch diese von einer vegetarischen Ernährungsweise überzeugt wurden (RKI, 2016). Als Erklärungsansatz für die festgestellten Unterschiede in der Kochhäufigkeit zwischen Frauen und Männern wird ein möglicher Zusammenhang darin wahrgenommen, dass Frauen mehr Wert auf gesunde Ernährung legen oder grundsätzlich stärker für die Versorgung der Familie zuständig sind und daher auch eine höhere Kochhäufigkeit aufweisen (ebd.). In einem Gesundheitsbericht mit dem übergeordneten Fokus auf Gesundheitsverhalten wird hingegen der Arbeitsbegriff selbst für die Betrachtung des

arbeitsbezogenen Bewegungsverhaltens über die Erwerbssphäre hinaus erweitert und unter Berücksichtigung unbezahlter Tätigkeiten wie Hausarbeit diskutiert und operationalisiert (RKI, 2017b). Im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wird hingegen das soziale Geschlecht in einem eigenen Kapitel im Zusammenhang mit der Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter thematisiert (RKI, 2017c). Dabei wird geschlussfolgert, dass die finanzielle Absicherung sowie eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf wichtige Beiträge zur Gesundheitsförderung von Alleinerziehenden darstellen (ebd.). Während in einigen Berichten im Kontext sozialer Ungleichheit oder mit Fokus auf verhaltensbezogene gesundheitliche Zielgrößen versucht wird, identifizierte Geschlechterunterschiede durch theoretische Ansätze zu erklären, findet sich insbesondere in den älteren Gesundheitsberichten aus dem Zeitraum 2003 bis 2013 häufig auch kein Rückgriff auf theoretische Ansätze oder gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen, wenn gesundheitliche Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern identifiziert werden (Bloomfield et al., 2008; Lampert, 2011; Rabenberg & Mensink, 2011, 2013; RKI, 2003).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass, soweit vereinzelt Erklärungsansätze für Geschlechterunterschiede, insbesondere in den Verteilungshäufigkeiten verhaltensbezogener gesundheitlicher Zielgrößen, herangezogen werden, in erster Linie auf traditionelle geschlechterspezifische Rollenverteilungen zurückgegriffen wird. So zeigt sich auch in der GBE am RKI, dass die überwiegend von Frauen übernommene unbezahlte Sorgearbeit und die damit häufig verbundene geringere Erwerbsbeteiligung ein feminisiertes Phänomen darstellt. Der theoretische Rückgriff auf dieses Phänomen findet nur vereinzelt statt, wenn nach Erklärungsansätzen für identifizierte Geschlechterunterschiede gesucht wird. Dabei wird insgesamt eher selten versucht, die zugrundeliegenden Mechanismen der identifizierten gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern auch quantitativ anhand von weiteren geschlechterrelevanten Variablen zu erfassen und zu beschreiben.

1.2 Feministische Perspektiven und Public Health: Konzeptionelle Sex-Gender-Ansätze

Feminismus beschreibt eine Bewegung, die sich für die praktische Umsetzung politischer Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation von Frauen einsetzt. Unter Feminismus werden zudem theoretisch-wissenschaftliche Bestrebungen verstanden, die Benachteiligung von Frauen als Barriere wissenschaftlicher Erkenntnis wahrzunehmen und zu überwinden (bpb, 2021). Der Begriff selbst setzte sich jedoch erst 1968 im Zuge der internationalen Welle der Neuen Frauenbewegung als Leitbegriff durch (Lenz, 2018). In Deutschland hielt der Feminismus im Jahr 1976 mit der Gründung der ersten Frauenuniversität in Berlin Einzug in die Wissenschaft (von Bargen, 2018). Auch die Gesundheitswissenschaften beschäftigen sich seit den 1970er

Jahren parallel dazu verstärkt mit geschlechterspezifischen Gesundheitsfragen (Babitsch et al., 2020). Allerdings wurden erst mit der Einrichtung des ersten Lehrstuhls für Frauen- und Geschlechterforschung in Frankfurt am Main im Jahr 1987 und der Institutionalisierung der Gender Studies an der Humboldt-Universität zu Berlin im Jahr 1997 feministische Perspektiven in der wissenschaftlichen Praxis in Deutschland nachhaltig gestärkt (von Bargen, 2018; FMT, 2018). Die Gender Studies stellen eine interdisziplinäre Disziplin dar, die sich explizit mit der Frage nach der gesellschaftlichen (De-)Konstruktion hierarchischer Geschlechterverhältnisse auseinandersetzt. In den Gender Studies werden unter anderem Aspekte der Geschlechterdifferenz, der Geschlechtsidentität und der Geschlechterrollen untersucht. Geschlecht ist dabei die zentrale Analysekategorie der Geschlechterforschung und wird primär als soziokulturelles, historisch wandelbares Phänomen und nicht als naturgegebenes Ergebnis der biologischen Differenz von Frau und Mann verstanden (Feldmann & Schülting, 2002). Gender Studies zielen dementsprechend auf eine Entnaturalisierung von Geschlecht, erkennen aber auch dessen strukturierende Kraft für gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge an (Degele, 2005). Als Annäherung der Forschungsinteressen von Gender Studies und Public Health kann schließlich die Kritik an sozialer Ungleichheit gesehen werden, die sich in unterschiedlichen gesundheitlichen Lebenslagen und sozial ungleicher Gesundheitsversorgung ausdrückt (Fiedel et al., 2019).

Auch wenn es inhaltliche Überschneidungen und Unterschiede zwischen den feministischen Strömungen gibt, lassen sich je nach Geschlechterverständnis drei voneinander abgrenzbare Geschlechterdimensionen bzw. feministische Perspektiven unterscheiden: Die Gleichheitsperspektive, deren Ausgangspunkt die prinzipielle Gleichheit der Geschlechter ist, die Differenzperspektive, die insbesondere die Unterschiede zwischen Frauen und Männern betont, sowie die Dekonstruktionsperspektive, in der Geschlecht als "sozial konstruiert" verstanden wird (Knapp, 2011; Lenz, 2018). Vor dem Hintergrund der drei feministischen Perspektiven von Gleichheit, Differenz und Dekonstruktion werden im Folgenden ausgewählte und zentrale empirische Konzeptionen von Geschlecht aus dem US-amerikanischen Raum sowie deren Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Kontext von Public Health veranschaulicht:

Gleichheitsperspektive

Gender Equality ist ein zentrales geschlechtertheoretisches Konzept in den Gesundheitswissenschaften und kann inhaltlich in der feministischen Gleichheitsperspektive verortet werden (Hammarström et al., 2014). Als gleichstellungspolitisches Konzept zielt es auf die Erreichung horizontaler Chancengleichheit (UN Women, 2015). Bei gleichem Bedarf sollen beide Geschlechter auch gleiche Gesundheitsangebote erhalten (Altgeld et al., 2017; Payne & Doyal, 2012). Eine zentrale empirische Konzeption von Geschlecht, die ihrem Ursprung nach

ebenfalls der feministischen Gleichstellungsperspektive zugeordnet werden kann, ist das Sex-Gender-System nach der US-amerikanischen Anthropologin Gayle Rubin (Rubin, 2011; Rubin & Butler, 2011). Das Sex-Gender-System nach Rubin galt lange Zeit als grundlegende analytische Perspektive der Gender Studies (Kroll, 2002). Auch wenn in der Frauengesundheitsforschung eine große Kluft zwischen integrativen Theoriemodellen und praxisbezogenen Forschungsergebnissen gesehen wird, gilt die grundlegende analytische Unterscheidung zwischen Sex und Gender als starker Gegenentwurf zur Naturalisierung des sozialen Geschlechts und der damit einhergehenden Unterdrückung von Frauen (Annandale, 2010).

Rubin positioniert ihre Entwicklung und Konzeptualisierung des Sex-Gender-Systems als mögliches Korrektiv marxistischer Theorie, die zwar gesellschaftliche Ungleichheiten dezidiert unter die Lupe nimmt, dabei aber die Lebensrealitäten von Frauen im hierarchisierten Geschlechterverhältnis nicht konsequent einbezieht. Dies spiegelt sich wiederum in der Heterogenität und der damit teilweise verbundenen Schwierigkeit wider, die unterschiedlichen Orientierungen des marxistisch-feministischen Aktivismus der 1970er Jahre zu vereinen. Rubin verortet sich damit im sozialistischen Feminismus (Rubin & Butler, 2011), der den Ansatz der menschlichen Reproduktion als zentrales Thema in die Betrachtung von Geschlechterungleichheiten einbringt (Lenz, 2018). Rubin entwickelte das Sex-Gender-System zur analytischen Auseinandersetzung mit den zentralen feministischen Themen der Geschlechterdifferenz, Geschlechterunterdrückung und Sexualität, welche letztlich allen feministischen Strömungen der damaligen Zeit unabhängig von ihrer aktivistischen Ausrichtung zugrunde lagen (Rubin, 2011; Rubin & Butler, 2011). In ihrem Aufsatz *The Traffic in Women: Notes on the "Political Economy" of Sex* diskutiert Rubin zur theoretischen Herleitung des Systems u.a., wie Sorgearbeit ein Schlüsselement bzw. eine notwendige Bedingung für die Reproduktion von Arbeitskraft und damit einen zentralen Aspekt des in kapitalistisch orientierten Wirtschaftssystemen realisierbaren Mehrwerts darstellt (Rubin, 2011). Das biologische Geschlecht von Frauen (Sex) dient häufig als Grundlage zur Definition und Zuschreibung von weiblich-mütterlichen Verhaltenserwartungen (Gender) innerhalb des jeweils gesellschaftlich verankerten Sex-Gender-Systems. Diese geschlechtliche Essentialisierung hat zur Folge, dass die Sorgearbeit, die zum überwiegenden Teil von Frauen geleistet wird, als natürliche Folge des biologischen Geschlechts angenommen wird. Die daraus resultierenden Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern, die sich darin manifestieren, welche Tätigkeiten gesellschaftlich als Erwerbsarbeit anerkannt werden und welche nicht, erhalten auf diese Weise eine Legitimationsgrundlage (ebd.).

Die gesamtgesellschaftliche Organisation des Zusammenlebens der Menschen in einer bestimmten geschichtlichen Epoche und in einem bestimmten Land wird laut Rubin

gleichermaßen von beiden Produktionsweisen bestimmt: vom Entwicklungsstand der Arbeit einerseits und vom Entwicklungsstand der Familie andererseits (Rubin 2011). Folglich hat jede Gesellschaft ihr eigenes Sex-Gender-System, welches sich aus der Heterogenität der gesellschaftlichen Regulierungen im ökonomischen, politischen und sexuellen Bereich zusammensetzt. Der Begriff Sex-Gender-System ist daher zunächst als ein neutraler Begriff zu verstehen und definiert das soziale Geschlecht (Gender) in deutlicher Abgrenzung zu der Ableitung aus dem biologischen Geschlecht. Rubin führt einen möglicherweise ursprünglichen strukturellen Hintergrund der Naturalisierung und Hierarchisierung des sozialen Geschlechts, auf Sex-Gender Systeme zurück, in denen Menschen nicht staatlich organisiert waren und ökonomische, politische, zeremonielle und sexuelle Beziehungen primär über Verwandtschaftsbeziehungen organisiert wurden. Diese machtvolle soziale Organisation bzw. Regulierung von Verwandtschaftsbeziehungen in Verbindung mit einem Inzesttabu hatte wiederum eine produktive Ausweitung der Blutsverwandtschaften durch Familienzusammenschlüsse zur Folge. Indem Männer über die Vermittlung von Frauen zur Vereinbarung des Zusammenschlusses (z.B. in Form der Eheschließung) verfügten, wurde das Soziale innerhalb des entsprechenden Sex-Gender-Systems maßgeblich von Männern organisiert. Die Erweiterung der Blutsverwandtschaft durch Schwangerschaft und Geburt wurde dabei durch die biologische Reproduktionsfähigkeit weiblicher Körper konstituiert. Die Unterdrückung der Frau kann folglich als ein Produkt der sozialen Beziehungen erachtet werden, durch welches sowohl das biologische als auch das soziale Geschlecht organisiert und produziert wird. In der Herleitung von Rubin wird darüber hinaus deutlich, wie Verwandtschaftsverhältnisse entsprechend der sexuellen Reproduktion innerhalb eines obligatorischen Heterosexualitätsverständnisses stehen, das wiederum die Grundlage für eine geordnete binäre Ableitung des sozialen Geschlechts aus dem biologischen Geschlecht von Frauen und Männern bildet (ebd.). In diesem Zusammenhang werden „Frauen“ mit Verweis auf Natur und Biologie als Mütter und Hausfrauen definiert, die unbezahlte häusliche Sorgearbeit für Kinder, Kranke und Alte leisten, oder sie werden in gering entlohnter Erwerbsarbeit als Erzieherin oder Krankenschwester verortet (Lenz, 2014).

Auch in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung werden sowohl qualitative als auch quantitative Strategien zur Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern maßgeblich entlang der Unterscheidung zwischen Sex und Gender entwickelt (Bolte, 2008; Greaves & Ritz, 2022; Jahn et al., 2017; Miani et al., 2021). Die konzeptionell-analytische Unterscheidung zwischen Sex und Gender als Grundlage zur Entnaturalisierung von Geschlecht liegt als Programmatik letztlich auch allen Strategien des Gender Mainstreaming - zumindest implizit – zugrunde (Degele, 2005).

Differenzperspektive

Indem Rubin das Sex-Gender-System konkret auf den Wirkungsbereich der beiden Produktionsweisen im Kontext von Arbeit und Familie bezieht, zeigt sie aus einer gleichheitsfeministischen Perspektive, dass die Unterdrückung von Frauen in diesem Bereich vermeidbar ist, da sie maßgeblich eine Folge weiblich-mütterlicher Verhaltenserwartungen darstellt. Auf der eingangs erwähnten 4. Weltfrauenkonferenz in Beijing zur Konstituierung von Gender Mainstreaming wurde insbesondere von konservativen Gruppen kritisiert, dass der zentrale Gleichstellungsansatz jedoch ignoriere, dass Frauen und Männer teilweise auch unterschiedlich sein können (Hammarström et al., 2014). Das Konzept *Gender Equity* wurde daher vorgeschlagen, um anzuerkennen, dass Frauen und Männer manchmal unterschiedliche Bedarfe haben, die sowohl biologisch als auch sozial begründet sein können (ebd.). Während in politischen Dokumenten z.B. der Vereinten Nationen in der Regel der Begriff Gender Equality verwendet wird, findet sich in gesundheitspolitischen Dokumenten häufig der Begriff Gender Equity (Payne & Doyal, 2010). Geschlechtsspezifische Fehl-, Über- und Unterversorgungen bestehen jedoch nach wie vor, insbesondere im Bereich der medizinischen Versorgung (Altgeld et al., 2017). Dementsprechend stellt Gender Equity auch in den Gesundheitswissenschaften ein zentrales geschlechtertheoretisches Konzept dar, das in der feministischen Differenzperspektive verortet ist (Hammarström et al., 2014). Als gleichstellungspolitisches Konzept ist Gender Equity insofern nicht nur auf horizontale, sondern auch auf vertikale Chancengleichheit gerichtet (Hammarström et al., 2014; Payne & Doyal, 2010). Das im Nachfolgenden vorgestellte Embodiment-Konzept als Teil des ökosozialen Modells nach Nancy Krieger kann in Verbindung mit den konkreten Definitionen von *geschlechtsbezogener Biologie (sex-linked biology)* und *Geschlechterverhältnissen (gender relations)* als eine epidemiologische Weiterentwicklung des Sex-Gender-Systems nach Rubin innerhalb von Public Health betrachtet werden. Die Anwendung des Embodiment-Konzepts bezogen auf Geschlecht ermöglicht es allerdings darüber hinaus, die unterschiedlichen Gesundheitsbedürfnisse von Frauen und Männern nicht nur aus der Gleichheitsperspektive von Gender Equality sondern auch unter dem Gesichtspunkt des stärker bedarfsorientierten Ansatzes von Gender Equity zu erfassen.

Mit dem Ziel, die Komplexität sozialer Systeme innerhalb bzw. in der Verflechtung mit ihren ökologischen Kontexten zu analysieren, entwickelte die US-amerikanische Sozialepidemiologin Nancy Krieger das sogenannte *ökosoziale Modell* (Krieger, 1999, 2011). Das ökosoziale Modell stützt sich auf grundlegende Annahmen aus ökologischen Disziplinen, die als Ausgangspunkt für die Entwicklung angesehen werden können: Um ein grundlegendes Verständnis für die wechselseitige Abhängigkeit von Organismen und ihrer Umwelt zu erlangen, bedarf es nach Krieger einer Analyse von *Ebenen, Zeit* und *Raum*. Daraus folgt, dass Prozesse zu berücksichtigen sind, die simultan sowohl eine raumzeitliche Skala als auch das geographische

und historische Milieu umfassen. Darüber hinaus bilden Individuen (einschließlich Menschen) *Organismen* die sich notwendigerweise zu *Populationen* formieren, und gemeinsam wiederum in einer dynamischen Wechselbeziehung mit ihrer *Umwelt* stehen. Der ökologische Kontext ist folglich für die Bevölkerungsgesundheit zentral, weil er die spezifischen Kausalmechanismen organisiert, die zusammen (in ihren raumzeitlichen Beziehungen) spezifische Phänomene bzw. Muster von Gesundheit und Krankheit erzeugen (Krieger, 2011). Als eines der zentralen Konstrukte innerhalb des komplexen ökosozialen Modells definiert Krieger das *Embodiment* (Krieger, 1999, 2005, 2011). Embodiment bezieht sich auf die Art und Weise, wie Individuen das spezifische geographische und historische Milieu, in dem sie leben, inkorporieren bzw. biologisch verkörperlichen und sich dadurch ihrerseits wiederum organisch in den sie umgebenden gesellschaftlichen und ökologischen Kontext einprägen. Mittels dieser Perspektive kann der Verlauf der unterschiedlichen, simultanen und interagierenden Pfade, über die beispielsweise Expositionen wie soziale oder ökonomische Deprivation, Diskriminierungserfahrungen oder eine mangelhafte Gesundheitsversorgung durch Individuen biologisch verkörperlicht werden, aufgezeigt werden (Krieger, 1999). Die Embodiment-Perspektive gemeinsam mit der Definition von *geschlechtsbezogener Biologie* in Abgrenzung zu *Geschlechterverhältnissen* (im Folgenden zusammenfassend als *Gender Embodiment* bezeichnet) wird es möglich, Menschen als sich sexuell reproduzierende biologische Organismen zu kontextualisieren, was den Vergleich der Gesundheit von Frauen und Männern einschließt (Krieger, 2011). Als Ausdrucksformen des Geschlechterverhältnisses nennt Krieger u.a. die geschlechtsbezogene Segregation der Arbeitswelt und Diskriminierung bei der Entlohnung, Normen von Hygienestandards, Erwartungen an Sexualverhalten und Schwangerschaft, Darstellungen von und Reaktionen auf Krankheitssymptome sowie geschlechterbezogene Gewalt. Beispiele für geschlechtsbezogene Biologie sind u.a. Geschlechtschromosomen, Menstruation, Genitalsekrete, sekundäre Geschlechtsmerkmale, geschlechtssteroid-sensitive Physiologie der nicht-reproduktiven Gewebe, Schwangerschaft und Menopause. In ihrem Artikel *Genders, sexes, and health: what are the connections - and why does it matter?* veranschaulicht Krieger anhand von 12 Fallbeispielen, wie zentral eine konzeptionelle bzw. analytische Unterscheidung zwischen Sex und Gender ist, um bevölkerungsbezogene Gesundheits- und Krankheitsmuster geschlechtersensibel erfassen zu können (Krieger, 2003). Eines der einleitenden Fallbeispiele zeigt beispielsweise, wie die erhöhte Prävalenz von HIV/AIDS durch Nadelstichverletzungen bei weiblichem Gesundheitspersonal im Vergleich zu männlichem Gesundheitspersonal in der Versorgung von Patientinnen und Patienten als Ergebnis des *Geschlechterverhältnisses* verstanden werden kann. Die geschlechterspezifische Segregation des Arbeitsmarktes, durch die Frauen deutlich häufiger in pflegerischer Erwerbsarbeit zu finden sind, kann als Determinante abgeleitet werden, durch die Frauen im Vergleich zu Männern einem erhöhten Expositionsrisiko in Form von Nadelstichverletzungen ausgesetzt sind. Die *geschlechtsbezogene Biologie*

hingegen kann hier nicht als Determinante des Expositionsrisikos abgeleitet werden und auch bei gegebener Exposition unterscheiden sich Frauen und Männer nicht hinsichtlich des Serokonversionsrisikos (ebd.). Der Embodiment-Ansatz nach Krieger kann folglich dazu beitragen, die komplexen, teilweise interagierenden Wege und Auswirkungen von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit aufzuzeigen. Diese können sowohl aus direkten Diskriminierungserfahrungen, beispielsweise durch eine Hierarchisierung des Geschlechterverhältnisses geprägt sein, als auch grundsätzlich aus einer Verzerrung epidemiologischer Erkenntnisse über Determinanten der Bevölkerungsgesundheit resultieren (Krieger, 1999, 2003).

Dekonstruktionsperspektive

Das ökosoziale Modell nach Krieger bzw. die Konzeptualisierung von Gender Embodiment ermöglicht auch eine Analyse von Geschlecht innerhalb der beiden nach Rubin beschriebenen Produktionsweisen von Erwerbsarbeit und Familienarbeit als regulierende Schnittstelle, an der nach Rubin die Bedeutungszuschreibung von biologischem und sozialem Geschlecht innerhalb des Sex-Gender-Systems maßgeblich verhandelt wird. Im Gegensatz zu Rubin, plädiert die US-amerikanische Philosophin Judith Butler hingegen für eine Definition von Familie und Verwandtschaftsverhältnissen, die sich grundsätzlich außerhalb der Biologie konstituieren. Die Ableitung des sozialen Geschlechts aus der biologisch vorausgesetzten Zweigeschlechterkonstruktion, also der Fokus auf Frauen und Männern als sich miteinander sexuell reproduzierende Organismen, bildet nach Butler letztlich erst den Nährboden zur Manifestierung eines heteronormativen Machtgefüges, weshalb sie das biologische Geschlecht als Ausgangspunkt zur Definition des sozialen Geschlechts ablehnt (Rubin & Butler, 2011).

Im Vergleich zu Rubin und Krieger, die im Zusammenhang mit dem Sex-Gender-System und Gender Embodiment die wechselseitige Beziehung zwischen Sex und Gender vordergründig konzeptualisieren, ersetzt Butler die entsprechende Definition des biologischen Geschlechts durch das, was Rubin als Gender definiert (Rubin & Butler, 2011) und übt damit eine radikale Ideologiekritik am biologistischen Geschlechterwissen (Lenz, 2018). Eine entsprechend radikale Dekonstruktionsperspektive würde demnach eine Vereignschaftlichung von Geschlechterdifferenz sowie pauschal polarisierende Eigenschaftszuschreibungen vermeiden wollen, so dass Identitätskategorien wie z.B. „Frauen“ und Stereotype grundsätzlich nicht zur Fundierung politischer Maßnahmen herangezogen werden können (Knapp, 2011). Diese radikale Perspektive von Dekonstruktion ist mit den Bestrebungen des Gender Mainstreamings schwer zu vereinen. Folglich könnten Problemlagen und Konfliktkonstellationen nicht mehr so, wie beispielsweise im Rahmen der einleitend skizzierten Frauen(gesundheits)bewegung, öffentlich identifiziert und verhandelt werden (ebd.). Auch in der GBE ist die Darstellung sozialer und

gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern entlang entsprechender Kategorisierungen ein zentraler Ausgangspunkt, wenn gesundheitliche Ungleichheiten quantifiziert werden sollen (vgl. Kapitel 1.1).

Während die Kritik an sozialer Ungleichheit als Annäherung der Forschungsinteressen von Gender Studies und Public Health gesehen werden kann, zeigen sich Diskrepanzen hinsichtlich der jeweiligen disziplinären erkenntnistheoretischen Annahmen. Im Unterschied zur Geschlechterforschung, in der sich mehrheitlich ein sozialkonstruktivistisches Verständnis von Wissen durchgesetzt hat, ist die Wissensproduktion in den Naturwissenschaften, einschließlich der Gesundheitswissenschaften, stärker von der Tradition positivistischer Erkenntnistheorien geprägt (Fiedel et al., 2019). In ihrem Beitrag *The Complexity of Intersectionality* definiert McCall drei feministische Perspektiven, die sich durch ihre grundsätzliche Haltung gegenüber der Praxis der Kategorisierung auszeichnen. Sie unterscheidet einen *antikategorialen*, einen *intrakategorialen* und einen *interkategorialen* Zugang zu Intersektionalität (McCall, 2005). Das ursprünglich aus den Rechts- und Sozialwissenschaften stammende Konzept der Intersektionalität verdeutlicht ähnlich wie das Konzept des Embodiment die gesellschaftlich strukturierte Verwobenheit verschiedener Ungleichheiten. Jedoch stellt dieses nicht die Wege und Prozesse der buchstäblichen biologischen Verkörperlichung in den Mittelpunkt (Krieger, 2020). Der *antikategoriale* Zugang zur Intersektionalität folgt einem sozialkonstruktivistischen Denken und lehnt jede Form der Kategorisierung ab. Grundlegend ist die Auffassung, dass die Komplexität und Dynamik des sozialen Lebens durch feste Kategorisierungen zwangsläufig zu einer vereinfachten und letztlich fiktiven Darstellung der sozialen Wirklichkeit führt. Der Versuch, soziale Gruppen zu homogenisieren, um dann ihre Unterschiede herausarbeiten zu können, läuft Gefahr, durch die damit verbundenen Essentialisierungen selbst soziale Ungleichheiten zu produzieren (Fiedel et al., 2019; McCall, 2005). Die Anwendung von Kategorien wird somit fragwürdig, denn es wird deutlich, dass die Sprache, die im weitesten Sinne sozial und diskursiv ist, die kategoriale Realität schafft und nicht umgekehrt. Folglich wird der Prozess der Kategorisierung und jede Forschung, die auf dieser Kategorisierung basiert, fragwürdig, da er unweigerlich zu Marginalisierungen, Ausschlüssen und Ungleichheiten führt (McCall, 2005). Die häufig im Kontext empirischer Forschung entstandenen Kategorisierungen und einhergehenden normativen Annahmen, werden mittels des antikategorialen Zuganges dekonstruiert, mit dem Ziel einen Beitrag zum positiven sozialen Wandel zu leisten. Auch der *intrakategoriale* Zugang geht mit einer kritischen Haltung gegenüber dem Kategorisierungsprozess einher, erkennt aber die Stabilität und ggf. Dauerhaftigkeit der durch soziale Kategorien repräsentierten Beziehungen an (ebd.). Das Konzept der Intersektionalität wurde entscheidend von diesem Ansatz geprägt. So war es vor Anwendung des Konzepts der Intersektionalität beispielsweise kaum möglich, die Erfahrungen schwarzer Frauen im US-amerikanischen Raum aus früheren Studien zu

Geschlecht in Verbindung mit früheren Studien zu Ethnizität zu verstehen, da sich erstere auf weiße Frauen und letztere auf Schwarze Männer konzentrierten (Crenshaw, 1991; McCall, 2005). Die Untersuchung intrakategorialer Komplexität bezieht sich folglich auf spezifische soziale Gruppen an vernachlässigten Knotenpunkten bzw. Intersektionen, deren Identitäten und damit verbundenen Lebenserfahrungen die Grenzen traditionell konstruierter Gruppen überschreiten (McCall, 2005). Während die Vergleichsgruppe zur Kontrastierung homogenisiert wird, wird die zu differenzierende soziale Gruppe, die untersucht wird, in ihrer Komplexität beschrieben, auch wenn es schließlich zu gewissen Generalisierungen über die Gruppe kommt. Intrakategoriale Studien vermeiden also eine vollständige Dekonstruktion bzw. Ablehnung jeglicher Kategorisierung, bleiben aber skeptisch gegenüber den homogenisierenden Verallgemeinerungen, die mit Klassifizierung und Kategorisierung einhergehen. Es geht nicht darum, die Bedeutung von Kategorien - sowohl in materieller als auch in diskursiver Hinsicht - zu leugnen, sondern darum, sich auf den Prozess zu konzentrieren, durch den sie im Alltag produziert, erfahren, reproduziert und aufrechterhalten werden (ebd.).

Um die interdisziplinäre Anschlussfähigkeit sozialkonstruktivistischer feministischer Forschung an empirisch orientierte Forschungsperspektiven zu stärken, führt McCall als dritten Zugang zur Intersektionalität den Begriff der *kategorialen* bzw. *interkategorialen* Komplexität ein. Im Gegensatz zum antikategorialen Zugang oder Ein-Gruppen-Studien aus intrakategorialer Sicht, die die Überschneidung einer Teilmenge von Dimensionen mehrerer Kategorien untersuchen, analysieren Mehr-Gruppen-Studien aus *interkategorialer* Sicht die Überschneidung des gesamten Satzes von Dimensionen mehrerer Kategorien. Auf diese Weise können sowohl die Privilegierung als auch die Benachteiligung explizit und gleichzeitig untersucht werden. Allerdings basieren annähernd alle Forschungsarbeiten zur Erfassung interkategorialer Komplexität auf großen Datensätzen aus unpersönlich administrierten Fragebögen sowie fortgeschrittenen quantitativen Techniken. Solche Daten und Methoden werden insbesondere von feministischen Forschenden des antikategorialen aber auch des intrakategorialen Lagers negativ mit den Lehren des Positivismus oder Empirismus assoziiert. Die Betrachtung der Komplexität entlang des *interkategorialen* Ansatzes ergibt sich für McCall jedoch aus der Tatsache, dass unterschiedliche Kontexte in einer bestimmten Gesellschaftsformation zu unterschiedlichen Ungleichheitslagen führen. Es geht nicht darum, dieses Ergebnis zu bewerten. Vielmehr geht es darum, die Art und das Ausmaß dieser Unterschiede und Ungleichheiten zu untersuchen (McCall, 2005). Während das Konzept der Intersektionalität lange Zeit im Kontext qualitativer Methoden Anwendung fand, ist inzwischen eine zunehmende Popularität interkategorialer Ansätze auch in der quantitativen Gesundheitsforschung festzustellen (Bauer et al., 2021).

2. Herleitung des Forschungsziels und Formulierung der Forschungsfragen

Primäres Ziel der Dissertation ist es zu untersuchen, ob und ggf. wie ein an zentralen geschlechtertheoretischen Konzepten orientierter Analyseansatz zur Beschreibung der Gesundheit von Frauen und Männern die Weiterentwicklung von einer standardisierten geschlechtersensiblen zu einer geschlechtertransformativen Gesundheitsberichterstattung des Bundes befördern kann. Durch die konsequente Integration, der in Kapitel 1.2 skizzierten feministische Perspektiven von Gleichheit, Differenz und Dekonstruktion bei der Entwicklung des konzeptionellen Rahmens und des methodischen Vorgehens der vier Fachartikel (vgl. Kapitel 4), soll einer potenziellen Verzerrung durch Gender Bias, u.a. einer Geschlechterstereotypisierung, entgegengewirkt werden. Vor diesem Hintergrund sollen ausgehend von bekannten Prävalenzunterschieden bei gesundheitsbezogenen Zielgrößen zwischen Frauen und Männern theoriegeleitete Analysestrategien erprobt werden, die die von Kolip und Abel (2003) geforderte Berücksichtigung der Geschlechterperspektive in allen Phasen des Forschungsprozesses, d.h. bei Studiendesign, Methodenwahl, theoretischer Einbettung, Datenanalyse und Dateninterpretation, verfolgen.

Die unmittelbar miteinander verknüpften Gleichstellungsindikatoren Gender Pay Gap und Gender Pension Gap, die ihrerseits wiederum unabdingbar mit dem Gleichstellungsindikator Gender Care Gap verzahnt sind, bilden nach Gärtner die zentralen Indikatoren für die erfolgreiche Umsetzung von Gender Mainstreaming-Strategien (Gärtner et al., 2020). Um eine mögliche Anschlussfähigkeit der Gesundheitsberichterstattung des Bundes an Gender Mainstreaming und dessen zentrale Gleichstellungsindikatoren zu untersuchen, sollen neben der merkmalsbezogenen Geschlechtervariable, Alterskategorien und weiteren Kategorien des sozialen Status eine größere Bandbreite an geschlechterrelevanten Variablen in die theoriegeleiteten Analysen einbezogen werden, durch die insbesondere Geschlechterrollen bzw. -normen im Zusammenhang mit Gesundheit kontextualisiert werden können. Da Geschlechterrollen bzw. -normen nicht nur unmittelbar gesundheitsrelevant sein können, sondern auch der geschlechterspezifischen Arbeitsteilung im Kontext von Sorge- und Erwerbsarbeit zugrunde liegen, wird ihre Berücksichtigung im Rahmen einer geschlechtervergleichenden Gesundheitsberichterstattung als zentrale Anschlussmöglichkeit an Gender Mainstreaming betrachtet. Dazu sollen zunächst Analyseverfahren identifiziert werden, die eine entsprechend komplexe Erfassung geschlechterbezogener Ungleichheiten durch eine intersektionalitätsinformierte Anwendung bei der Quantifizierung der Gesundheit der Bevölkerung ermöglichen (Fachartikel 1). Im Anschluss daran soll anhand der vorhandenen Daten des Gesundheitsmonitorings des Bundes erprobt werden, welchen Mehrwert eine von zentralen geschlechtertheoretischen Perspektiven geleitete Analyse der beobachteten gesundheitlichen

Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern in der GBE haben kann (Fachartikel 2-4). Ziel ist es, durch die Entwicklung und Anwendung eines geeigneten konzeptionellen Rahmens sowie methodischer Vorgehensweisen entlang zentraler geschlechtertheoretischer Konzepte eine theoretische Grundlage zur Entwicklung von Datenanalysestrategien zu erproben. Ausgangspunkt ist die Annahme, dass die Gesundheitsberichterstattung des Bundes thematisch in der Betrachtung biologischer Unterschiede zwischen den Geschlechtern allein aufgrund der Reproduktionsprozesse einer Bevölkerung in der feministischen Differenzperspektive verwurzelt ist. Dennoch soll geprüft werden, inwieweit sie noch stärker als bisher einen förderlichen Beitrag zur Verwirklichung von Geschlechtergerechtigkeit leisten kann, indem sie bei der Quantifizierung gesundheitlicher Ungleichheit zwischen Frauen und Männern, die sozialen Aspekte des Geschlechts stärker aufgreift.

Um den Forschungsstand zur Operationalisierung von Geschlecht mit weiteren Kategorien sozialer Ungleichheit in Anlehnung an die Konzepte *Intersektionalität* und *Gender* in aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Analysen auf Bevölkerungsebene systematisch zu erfassen, wurde zunächst ein Scoping Review durchgeführt. Im Fokus standen die gesundheitsbezogenen Zielgrößen Diabetes, Rauchen und körperliche Aktivität. Folgende Fragen wurden im Scoping Review bzw. im Fachartikel 1 bearbeitet:

- a) Wie werden Geschlecht und weitere Kategorien sozialer Ungleichheit in bevölkerungsbasierten Studien, die sich explizit auf das Konzept der Intersektionalität beziehen, operationalisiert?
- b) Welche quantitativen Analysestrategien werden eingesetzt, um bestehende Heterogenität in der Prävalenz ausgewählter Gesundheitsindikatoren zwischen und innerhalb der jeweiligen Geschlechtergruppen zu erfassen?
- c) Wie werden zentrale geschlechtertheoretische Konzepte in den Studien berücksichtigt und welche geschlechtertheoretischen Ansätze werden zur Erklärung geschlechterbezogener gesundheitlicher Ungleichheiten herangezogen?

Im Anschluss an das Scoping Review wurden insgesamt drei weitere empirische Forschungsarbeiten veröffentlicht. Ausgangspunkt waren gesundheitliche Zielgrößen, bei denen Prävalenzunterschiede zwischen Frauen und Männern bekannt sind. Im Mittelpunkt der durchgeführten geschlechtersensiblen Datenanalysen stand die explorative, von zentralen Geschlechtertheorien geleitete Identifizierung von Heterogenität sowohl zwischen als auch innerhalb der beiden Geschlechtergruppen. Unter Anwendung des entwickelten theoriegeleiteten

konzeptionellen Rahmens (vgl. Kapitel 4) wurden folgende spezifische Fragestellungen bearbeitet:

a) **Fachartikel 2 und 3:** Welche Subgruppen mit höherer (oder niedrigerer) Prävalenz als in der Gesamtstichprobe lassen sich für Frauen und Männer am Beispiel der psychischen Belastung (Fachartikel 2) und dem Verhaltensaspekt des nicht täglichen Gemüseverzehrs (Fachartikel 3) unter Anwendung des entwickelten theoriegeleiteten konzeptionellen Rahmens identifizieren?

b) **Fachartikel 4:** Zeigen sich bestehende Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der Prävalenz von psychischem Stress, Bluthochdruck und subjektiver Gesundheit als Zielgrößen auch in Subgruppen, in denen Frauen und Männer vergleichbare intersektionale Profile hinsichtlich einer Vielzahl von berücksichtigten Dekonstruktionsvariablen aufweisen?

Zusammenfassend soll erprobt werden, inwieweit die Vergeschlechtlichung von Lebenswelten in den bisher beobachteten gesundheitlichen Unterschieden entlang der merkmalsbezogenen binären Geschlechtervariable durch geschlechtertheoretisch fundierte Analysestrategien einer Verzerrung durch Gender Bias entgegenwirken kann. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes könnte einer möglicherweise impliziten Geschlechterstereotypisierung durch eine konkretere Abbildung der potenziell zugrundeliegenden Mechanismen vorbeugen. Zum einen durch die konsequente Berücksichtigung der sozialen Facetten des Geschlechts als gesundheitsrelevante Mechanismen bei der Quantifizierung gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern. Zum anderen, indem die merkmalsbezogene Geschlechtervariable stärker als bisher genutzt wird, um bestehende gesundheitliche Ungleichheiten auch vor dem Hintergrund der geschlechterspezifischen Ungleichverteilung der Beteiligung an Erwerbsarbeit und unbezahlter Sorgearbeit in der Bevölkerung sichtbar zu machen. Eine Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, die nicht primär entlang der Zuordnung von Personen zu Merkmalskategorien wie „Frau“ oder „Mann“ erfolgt, könnte damit der Gefahr einer sich weiter verfestigenden impliziten Naturalisierung bzw. Essentialisierung von Geschlecht bereits bei den Rezipienten der Gesundheitsberichterstattung präventiv entgegenwirken.

3. Forschungskontext, Datengrundlagen und statistische Methoden

Als Datengrundlage zur Identifikation und Analyse von methodischen Ansätzen zur Operationalisierung von Intersektionalität und Geschlecht für das Scoping Review diente die PubMed Datenbank bzw. Medline (National Library of Medicine, 2023). Die Anwendung der entwickelten intersektionalitäts-informierten und geschlechtersensiblen multivariablen Analysestrategien erfolgte für Fachartikel 2 und 3 auf Basis von Daten des GEDA-German Health Update. GEDA ist eine seit 2009 in regelmäßigen Abständen wiederholte telefonische Gesundheitsbefragung des Robert Koch-Instituts. Es handelt sich um eine bundesweite repräsentative Querschnittsbefragung der erwachsenen Wohnbevölkerung im Alter von über 18 Jahren mit einer Stichprobengröße von etwa 20.000 Teilnehmenden (Kurth et al., 2009). Obwohl die Erhebung der GEDA 2009 Daten bereits länger zurückliegt, wurde der Datensatz gewählt, da GEDA 2009 im Vergleich zu den späteren GEDA-Datenerhebungen am RKI, explizit Variablen im Zusammenhang mit Geschlechterrollen erfasst hat. Dabei handelt es sich insbesondere um die Variablen zu Belastungen im Zusammenhang mit Haushaltstätigkeiten, Pflege und Kindererziehung (RKI, 2014b-d, 2018c, 2022b) Fachartikel 4 beruhte auf dem Sozioökonomischen Panel (SOEP). SOEP bzw. *Leben in Deutschland* ist eine Langzeitstudie, die gesellschaftliche Entwicklungen untersucht. Jedes Jahr werden dafür mehr als 30.000 Menschen zu ihrer Lebenssituation und ihren Einstellungen befragt. Das SOEP wird mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und der Länder finanziert und am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin) unter dem Dach der Leibniz-Gemeinschaft (WGL) verwaltet (Giesselmann et al., 2019; Goebel et al., 2019). Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes am RKI greift ebenfalls auf diese Daten zurück (Ziese et al., 2020).

Als einzige komplexere Methode zur Erfassung von Intersektionalität im Gesundheitskontext wurde im Scoping Review (Fachartikel 1) die Entscheidungsbaumanalyse identifiziert. Darauf aufbauend wurden in den Fachartikel 2 und 3 unter Anwendung des theoriegeleiteten Rahmenkonzepts (vgl. Kapitel 4) unterschiedliche Entscheidungsbaumanalysen durchgeführt. Bei der Entscheidungsbaumanalyse handelt es sich um ein nichtparametrisches, rekursives Partitionierungsverfahren, das für die Verarbeitung multivariabler Daten eingesetzt wird (Lemon et al., 2003). Dabei wird eine binäre Aufteilung der Daten durch eine einzelne unabhängige Variable induziert. Ziel ist es, die Homogenität einer bestimmten Zielgröße zwischen den Individuen einer Subgruppe zu erhöhen und die Heterogenität zwischen den beiden resultierenden Knoten zu maximieren. In jedem Schritt wird dafür der Datensatz in zwei oder mehr Subgruppen, sogenannte Knoten, geteilt. Der Prozess beginnt mit dem Wurzelknoten, welcher alle Daten enthält, und wird für jeden resultierenden Knoten wiederholt, bis ein

Abbruchkriterium erfüllt wird. Bei jeder induzierten Teilung werden infolgedessen höhere und niedrigere Prävalenzen in den resultierenden Subpopulationen im Vergleich zur Prävalenz im Wurzelknoten sichtbar. Dieser Schritt wird rekursiv für jeden sich ergebenden Knoten so lange wiederholt, bis eine Abbruchbedingung erfüllt ist (Henrard et al., 2015; Breiman et al., 1984). Im Gegensatz zu herkömmlichen Regressionsmethoden erfordern Entscheidungsbäume keine Annahmen über die Verteilung der Daten und sind daher besser zur Modellierung komplexer Interaktionen zwischen Variablen geeignet (Lemon et al., 2003). Sie erzielen im Allgemeinen ein intuitiv verständliches Ergebnis. Bei intervallskalierten Zielgrößen wird von Regressionsbäumen gesprochen und bei kategorialen Zielgrößen von Klassifikationsbäumen (Breiman et al., 1984).

Mithilfe von Klassifikationsbäumen können im Kontext von Public Health folglich Bevölkerungsgruppen identifiziert werden, die in Bezug auf eine bestimmte gesundheitsbezogene Zielgröße eine höhere oder niedrigere Prävalenz im Vergleich zur gesamten Studienpopulation bzw. den sich daraus ergebenden Subgruppen aufweisen (Breiman et al., 1984). Durch das komplexe datengesteuerte Verfahren ist es aus Sicht einer intersektionalitäts-informierten quantitativen Datenanalyse somit möglich, einen explorativ-deskriptiven Ansatz zur Klassifikation intersektionaler Bevölkerungsgruppen zu verfolgen (Bauer et al., 2021). Es gibt mehrere Entscheidungsbaum-Algorithmen zur Verfügung. In den Gesundheitswissenschaften sowie der klinischen Forschung war insbesondere der Classification and Regression Tree (CART) lange Zeit gebräuchlich (Harper, 2005; Lemon et al., 2003). In den Gesundheitswissenschaften wird mittlerweile auch der später entwickelte Conditional Inference Tree (CIT) eingesetzt (Venkatasubramaniam et al., 2017). Der wesentliche Unterschied zwischen CART (Breiman et al., 1984) und CIT (Hothorn et al., 2006) liegt in der Auswahl der Entscheidungsregeln. CART ist ein algorithmisches Verfahren, das als *greedy algorithm* bezeichnet wird. Das bedeutet, dass es unter allen Möglichkeiten, einen Knoten des Entscheidungsbaums zu teilen, diejenige auswählt, die ein bestimmtes Unreinheitskriterium minimiert, zum Beispiel die Gini Impurity (Chipman et al., 1998). Im Anschluss an einen Unabhängigkeitstest zwischen jeder potenziell relevanten unabhängigen Variablen (Splitvariable) und der Zielgröße wählt CIT hingegen die Variable mit dem kleinsten p-Wert in Bezug auf ein vorgegebenes nominelles Niveau α aus. Im Gegensatz zu CART ist CIT nicht von der systematischen Tendenz betroffen, Kovariablen mit vielen Splitmöglichkeiten auszuwählen, und wird für die Konstruktion von interpretierbaren Bäumen in einem formalen statistischen Hypothesentestrahmen geschätzt (Hothorn et al., 2006; Venkatasubramaniam et al., 2017). Bei der Erstellung von Entscheidungsbäumen besteht allerdings die Gefahr, dass es zu einer Überanpassung an den Datensatz kommt und damit die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt wird. Um dieses Problem zu lösen, wurden Pruning-Techniken eingeführt. Nachdem ein großer Baum gewachsen ist, schneidet CART den Baum mithilfe der

Kreuzvalidierung an jedem Knoten zurück (Breiman et al., 1984; Lemon et al., 2003). Im Gegensatz dazu beruht CIT auf der Nutzung von p-Werten, um von Anfang an sicherzustellen, dass der Baum nicht zu groß wird. Für multiples Testen wird dabei z.B. mittels Bonferroni Korrektur anhand der Anzahl der Splitting Variablen adjustiert (Hothorn et al., 2006).

Im Fachartikel 4 wurde dagegen ein Verfahren angewandt, das von sogenannten Propensity-Scores inspiriert wurde. Propensity-Scores werden insbesondere bei Therapiestudien eingesetzt (Kuss et al., 2016). Durch eine randomisierte Zuweisung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in die Interventions- bzw. Kontrollgruppe wird bei der Durchführung von randomisiert kontrollierten Studien sichergestellt, dass sich die Teilnehmenden in beiden Gruppen bezüglich bekannter und unbekannter Merkmale bzw. potenzieller Confounder nicht unterscheiden. Jedoch ist eine zufällige Zuteilung der Intervention nicht immer möglich, besonders wenn es sich um potenziell schädliche Expositionen wie beispielsweise Rauchen handelt. In solchen Fällen kann es hilfreich sein, Propensity Scores anzuwenden. Der Propensity Score ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine Studienteilnehmerin oder ein Studienteilnehmer der Interventionsgruppe zugewiesen wird, unter Berücksichtigung der zugrundeliegenden Charakteristika bzw. Variablen, die zur Berechnung des Scores herangezogen werden. Zunächst wird der Propensity-Score anhand der vorhandenen Daten geschätzt und anschließend der Therapieeffekt ermittelt, z. B. durch Stratifizierung nach dem Propensity-Score. Dadurch lässt sich feststellen, ob der Therapieeffekt abhängig von den betrachteten Merkmalen der Studienteilnehmenden variiert oder ob in allen Subgruppen, in denen Interventions- und Kontrollgruppe jeweils hinsichtlich der entsprechenden Merkmale vergleichbar sind, auch der gleiche Therapieeffekt auftritt. Das Verfahren bildet auf der Grundlage des Propensity Score mehrere Subgruppen, die durch unterschiedliche intersektionale Profile gekennzeichnet sind. In der Regel werden dafür fünf Subgruppen gebildet. Bei Vorliegen unterschiedlicher Effekte der Intervention innerhalb der Subgruppen kann der Propensity Score zur Adjustierung verwendet werden, um den zusammengefassten Therapieeffekt unter der Annahme zu berechnen, dass sich die Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer in den berücksichtigten Merkmalen nicht unterscheiden (Austin, 2011; Rosenbaum & Rubin, 1984). Innerhalb der einzelnen Subgruppen weisen die Gruppe der Männer und die Gruppe der Frauen ein vergleichbares Profil hinsichtlich der intersektionalen Ausprägung der einzelnen Charakteristika auf. Das Verfahren bildet folglich mehrere Subgruppen, die durch unterschiedliche intersektionale Profile charakterisiert sind (Brand & Xie, 2010; Fehrenbacher & Patel, 2020; Schudde, 2018).

4. Konzeptioneller Rahmen und methodischer Zugang

Die Neue Frauenbewegung war in ihren Ursprüngen und wesentlichen Teilen immer auch eine Gesundheitsbewegung und Gender Mainstreaming kann wiederum als eine konsequente Weiterentwicklung und Professionalisierung der Frauenbewegung und Frauenpolitik betrachtet werden. Folglich kann aus der Schnittstelle zwischen Public Health und damit auch der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und Gender Mainstreaming eine historisch gewachsene und bedeutsame Verbindung abgeleitet werden. Als grundlegende Gemeinsamkeit kann auch an dieser Schnittstelle die Berücksichtigung sozialer Ungleichheiten angesehen werden. Die Berücksichtigung der geschlechterspezifischen Ungleichverteilung von unbezahlter Sorgearbeit und ihrer Folgen kann mit den Kernindikatoren des Gender Mainstreaming in einer Annäherung erfasst werden und verfolgt ein geschlechtertransformatives Ziel, d.h. eine tatsächliche Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse. Verhaltensbezogene Variablen, die Familienarbeit wie Haushaltsführung, Kindererziehung und Pflege als gesundheitsrelevante Alltagstätigkeiten konkret erfassen, werden dagegen in der GBE eher selten in die Analysen einbezogen. Geschlechterrollen einschließlich der damit verbundenen Verhaltensunterschiede dienen in der GBE vor allem als theoretische Erklärungsansätze für die identifizierten geschlechterspezifischen Unterschiede in der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Es ist jedoch davon auszugehen, dass Geschlechternormen und -rollen und die damit eng verbundene aktive Gestaltung des Alltags sowohl sozioökonomische als auch direkt gesundheitsrelevante Prozesse innerhalb einer Bevölkerung beeinflussen. Diese zugrundeliegenden Mechanismen bei der Quantifizierung gesundheitlicher Ungleichheiten zu erfassen und ihre Bedeutung im Kontext vergeschlechtlichter Lebenswelten sichtbar zu machen, könnte ein Ansatzpunkt sein, um über die in der GBE bereits umgesetzte geschlechtersensible Perspektive hinaus weiteren potenziellen Gefahren eines Gender Bias durch die Integration einer geschlechtertransformativen Perspektive zu begegnen.

Allerdings können geschlechterspezifische Verzerrungen in jeder Phase des Inferenzprozesses einschließlich in bereits veröffentlichten Ergebnissen auftreten (Ruiz-Cantero et al., 2007). Die Hauptfolge des Gender Bias in der Forschung ist das Fehlen valider Ergebnisse. Dies wird oft darauf zurückgeführt, dass die Daten z.B. nicht immer nach Geschlecht stratifiziert sind. Infolgedessen werden die Prozesse, die für die Geschlechterunterschiede verantwortlich sind, in der Forschung, der Gesundheitsförderung, den Präventionsangeboten sowie in den politischen Agenden selten berücksichtigt (ebd.). Eine geschlechtersensible Forschungsperspektive im Kontext von Public Health kann allerdings nicht allein auf die Stratifizierung nach Geschlecht als Merkmal reduziert werden, sondern erfordert die Berücksichtigung der Geschlechterperspektive in allen Phasen des Forschungsprozesses (Kolip & Abel, 2003). Insbesondere Gender als

Analysekategorie, männliche Dominanz (Androzentrismus) als gesellschaftliche Institution und Feminismus als theoretische Perspektive können der Tendenz entgegenwirken, die Erfahrungen von Frauen in Wissenschaft und Forschung zu vernachlässigen und unberücksichtigt zu lassen (McCall, 2005; Scott, 1986). Im Folgenden werden die drei Perspektiven Dekonstruktion, Differenz und Gleichheit (vgl. Kapitel 1.2) als Ausgangspunkt für die Entwicklung von Analysestrategien genutzt, um durch eine theoriegeleitete Operationalisierung von Geschlecht auch außerhalb des merkmalsbezogenen, binären Geschlechterverständnisses einer möglichen Verzerrung durch Gender Bias entgegenzuwirken.

4.1 Operationalisierung von zentralen geschlechtertheoretischen Konzepten

Die Dichotomie der binären Geschlechtervariable wird in der vorliegenden Dissertation als Äquivalent zur Betrachtung von Menschen als sich geschlechtlich reproduzierende Organismen im vorherrschenden Zweigeschlechterverständnis gesehen. Die Kategorisierung in Frauen und Männer wird folglich als Annäherung an das biologische Geschlecht im Sinne der geschlechtsbezogenen Biologie (*sex-linked biology*) angenommen, auch wenn sie die fünf identifizierten biologischen Geschlechter nach Fausto-Sterling nicht erschöpfend abbilden kann (Fausto-Sterling, 1993). Ziel dieses Vorgehens ist es, das biologische Zweigeschlechterkonstrukt einer analytischen Dekonstruktion zugänglich zu machen, wenn gesundheitliche Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern quantitativ erfasst werden können. Je nachdem, welche Funktion die binäre Geschlechtervariable in der multivariablen Analyse bei der Anwendung von Klassifikationsbäumen oder der Stratifizierung nach einem Wahrscheinlichkeitsscore einnimmt, werden die Analysen in unterschiedlicher Weise, getrennt oder gleichzeitig, von der feministischen Gleichheits-, Differenz- und Dekonstruktionsperspektive geleitet. Wird die binäre Geschlechtervariable zur a priori Stratifizierung nach Frauen und Männern oder als unabhängige Variable in multivariablen Analysen berücksichtigt, ist der Ausgangspunkt der Analysen der Differenzperspektive zuzuordnen. Wird die binäre Geschlechtervariable hingegen nicht in die multivariable Analyse einbezogen, ist die theoretische Einbettung stärker von der Gleichheitsperspektive geleitet. Die Dekonstruktionsperspektive fließt in ihrer Querschnittsfunktion in alle Analysestrategien ein, unabhängig vom gewählten statistischen Verfahren und unabhängig davon, ob die Differenz- oder die Gleichheitsperspektive den Ausgangspunkt bildet. Sie wird durch zwei unterschiedliche Strategien umgesetzt, die im Folgenden als „Diversifizierung“ und „Dezentralisierung“ von Geschlecht bezeichnet werden.

Dieses vergleichende Vorgehen kann in Anlehnung an Carol Hagemann-White als *doppeltes Hinschauen* bezeichnet werden, welches seinen Ursprung in der qualitativen Datenanalyse nimmt und im Rahmen der vorliegenden Dissertation auf eine quantitative Perspektive

angewendet wird (Hagemann-White, 1993). Ausgangspunkt für die Auseinandersetzung mit Zweigeschlechtlichkeit sollte nach Hagemann-White die Differenzperspektive sein, da diese Perspektive letztlich das Instrument ist, mit dem das Datenmaterial gewonnen wird und das vorherrschende Verständnis von Zweigeschlechtlichkeit widerspiegelt. Die Differenzperspektive sollte durch die Gleichheitsperspektive aufgehoben werden, indem die Interpretation der Ergebnisse und der weitere Forschungsprozess darauf ausgerichtet werden, alles, was „geschlechtstypisch“ war, als Mittel der Herstellung und Aufrechterhaltung der Geschlechterpolarität zu betrachten (ebd.).

4.2 Definition von Variablen zur (De-)Konstruktion von Geschlecht

Zur Dekonstruktion von Geschlecht bei der Quantifizierung gesundheitlicher Ungleichheiten wurden zwei unterschiedliche Strategien entwickelt. Es werden Variablen in die Analysen einbezogen, deren inhaltliches Ziel es ist, die Heterogenität der Geschlechter sowie die Mechanismen der Vergeschlechtlichung sichtbar zu machen, die sich hinter der binären Kategorisierung von Geschlecht als Merkmal verbergen können. Die Strategie der Diversifizierung kann die Verwobenheit von Geschlecht mit weiteren sozialen, ökonomischen und kulturellen Differenzkategorien, die mit der üblicherweise verwendeten binären Variable Geschlecht vergleichbar sind, stärker merkmalsorientiert aufzeigen. Die Dezentralisierung von Geschlecht hingegen kann Mechanismen des Geschlechterverhältnisses in Lebenswelten erfassbar machen, indem Variablen in quantitative Analysen einbezogen werden, die stärker auf mögliche zugrundeliegende Mechanismen von geschlechterspezifischen Gesundheitsunterschieden zwischen Frauen und Männern hinweisen können.

4.2.1 Diversifizierung von Geschlecht

Die Darstellung von gesundheitsbezogenen Zielgrößen, stratifiziert nach Kategorien sozialer Ungleichheit wie Geschlecht, Alter und Bildung oder auch sozioökonomischen Status, stellt aktuell einen wichtigen Ansatz für eine Beschreibung des Ausmaßes der gesundheitlichen Ungleichheiten dar (vgl. Kapitel 1.1). In Anlehnung an das geschlechtertheoretische Konzept der Intersektionalität wird im Kontext von Gender Mainstreaming das Potenzial der Berücksichtigung weiterer merkmalsbezogener Aspekte insbesondere darin gesehen, dass die Notwendigkeit von Programmspezifizierungen hinsichtlich gruppenspezifischer Problemlagen erfasst werden kann, da alle Geschlechter in unterschiedlichen Ungleichheitsverhältnissen positioniert sein können (Knapp, 2011). Als Grundlage für übergeordnete Themen zur Definition von Kategorien sozialer Ungleichheit wurde in der vorliegenden Dissertation das *Progress Framework* (O'Neill et al.,

2014) zur Diversifizierung von Geschlecht herangezogen. Das Rahmenkonzept kann verwendet werden, um Kategorien sozialer Ungleichheit zu identifizieren, die mit der ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen und -outcomes in einer Bevölkerung im Zusammenhang stehen. Bei dem Begriff Progress-Plus handelt es sich um ein englischsprachiges Akronym, durch welches folgende gesellschaftlichen Aspekte Berücksichtigung finden (Kavanagh et al., 2008):

- Wohnort (**P**lace of residence)
- Ethnische Herkunft (**R**ace/ethnicity/culture/language)
- Beruf (**O**ccupation)
- Geschlecht (**G**ender/sex)
- Religion (**R**eligion)
- Bildung (**E**ducation)
- Sozioökonomischer Status (**S**ocioeconomic status)
- Soziales Kapital (**S**ocial capital)

Unter der Diversifizierung der binären Geschlechtervariable wird in der vorliegenden Dissertation somit eine kulturelle Verschränkung von Geschlecht mit anderen Kategorien sozialer Ungleichheit verstanden. Auch das 2006 in Kraft getretene Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) ist von der Prämisse getragen, diese für Antidiskriminierungsprozesse relevanten Aspekte zu berücksichtigen. Im Rahmen der Umsetzung von vier EU-Richtlinien (Antirassismusrichtlinie, Rahmenrichtlinie Beschäftigung, Richtlinie zur Verwirklichung des Grundsatzes der Chancengleichheit und Gleichbehandlung von Männern und Frauen in Arbeits- und Beschäftigungsfragen, Richtlinie zur Gleichstellung der Geschlechter auch außerhalb der Arbeitswelt) wurde das 2006 in Kraft getretene AGG in nationales Recht überführt. Das AGG setzt den intersektionalen Anspruch auf umfassenden Diskriminierungsschutz auch bei Überschneidungen verschiedener Diskriminierungsgründe um. Mit dem Gesetz wird das Ziel verfolgt, Benachteiligungen u.a. wegen der ethnischen Herkunft, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu verhindern. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das AGG aufgrund seiner Rechtsverbindlichkeit im Bereich der Antidiskriminierung als gute Grundlage für die Umsetzung einer Gender Mainstreaming-Strategie im Rahmen der Gleichstellungspolitik angesehen werden kann (Gender Kompetenz Zentrum, 2010; Gleichstellungportal.de, 2023).

4.2.2 Dezentralisierung von Geschlecht

Häufig werden Kategorien sozialer Ungleichheit in epidemiologischen Studien als Expositionen, d.h. als ursächliche Einflussfaktoren, behandelt, ohne die Wirkmechanismen zu erfassen, die zu gesundheitlichen Ungleichheiten führen. Die Aufklärung möglicher Wirkmechanismen kann vielversprechende Ansatzpunkte sowohl für Gesundheitsinterventionen als auch für Gender Mainstreaming-Strategien liefern, da sie gesellschaftlich veränderbar sind. Wenn beispielsweise Geschlechterunterschiede in der familiären Pflegeverantwortung zu gesundheitlichen Ungleichheiten führen, können konkrete Maßnahmen zur Veränderung der nach Geschlecht unterschiedlichen Pflegeverantwortung konzipiert werden. Daher ist es notwendig, neben der Beschreibung und Darstellung gesundheitlicher Ungleichheiten auch die zugrunde liegenden veränderbaren Mechanismen zu identifizieren und weiter zu untersuchen (Lofters & O'Campo, 2012).

In diesem Zusammenhang wird zunehmend die Integration von geschlechtertheoretischen Konzepten in die Gesundheitsforschung gefordert (Hammarström et al., 2014), aktuell auch im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung (RKI, 2020b; Starke et al., 2019). Ohne einen expliziten Bezug zur Gesundheitsberichterstattung oder Geschlechterforschung herzustellen, formulieren Lofters & O'Campo konkrete Empfehlungen für eine epidemiologische Forschungspraxis, die stärker auf die Erklärung persistenter gesundheitlicher Ungleichheiten ausgerichtet ist und als Grundlage für die Entwicklung und Evaluation von Interventionen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten dienen kann (Lofters & O'Campo, 2012). Nach Lofters & O'Campo sollten für eine entsprechende Weiterentwicklung der epidemiologischen Forschung ...

- ... empirisch überprüfte Theorien über kausale Mechanismen herangezogen werden, welche soziokulturelle Aspekte zwischen den zu vergleichenden Gruppen berücksichtigen.
- ... veränderbare gesellschaftliche und kontextuelle Faktoren erhoben und beschrieben werden, welche den hierarchischen Machtverhältnissen zwischen gesellschaftlich definierten Gruppen zugrunde liegen.
- ... Aspekte berücksichtigt werden, welche die unterschiedlichen strukturellen Mechanismen innerhalb der gesellschaftlich definierten Gruppen erklären können. Dabei sollte ein besonderer Fokus auf lösungsbezogenen Variablen (*solution-linked variables*) liegen, welche die entsprechende Heterogenität verursachen (ebd.: S. 94).

Damit wird sichergestellt, dass z.B. die binäre Geschlechtervariable nicht nur pauschal als Einflussfaktor betrachtet wird, sondern verstärkt die Mechanismen untersucht werden, die den identifizierten Geschlechterunterschieden zugrunde liegen. Darüber hinaus wird auf diese Weise verhindert, dass Gruppen oder Individuen auf ein bestimmtes Merkmal wie z.B. Geschlechtszugehörigkeit oder körperliche Behinderung reduziert bzw. essentialisiert werden. Grundsätzlich sollte ein besonderer Fokus auf Wirkungsmechanismen gelegt werden, die durch *lösungsbezogene Variablen* beschrieben werden können. Als Grundlage für die Definition und Operationalisierung von *lösungsbezogenen Variablen* zur Dezentralisierung von Geschlecht im Rahmen der vorliegenden Dissertation diene ein Genderkonzept, das vom Women's Health Research Network entwickelt und von den Canadian Institutes of Health Research aufgegriffen wurde (Johnson et al., 2007). Dieses Gender-Konzept umfasst die folgenden geschlechterbezogenen Dimensionen: Geschlechterrollen, Geschlechtsidentität, Geschlechterverhältnisse und institutionalisiertes Geschlecht. Die folgenden übergeordneten Themen zur Definition von lösungsbezogenen Geschlechtervariablen bzw. Dezentralisierungsvariablen wurden aus dem o.g. Geschlechterkonzept des Canadian Institutes of Health Research abgeleitet. Das Geschlechterkonzept wurde auch bereits in anderen empirischen Studien zur Bevölkerungsgesundheit angewandt (Pelletier et al., 2015):

- Erwerbsstatus
- Bildung
- Persönlich verfügbares Einkommen
- Familienkonstellation
- Verantwortung im finanziellen Bereich
- Pflegeverantwortung
- Verantwortung für Kinderbetreuung und Kindererziehung
- Haushaltsverantwortung
- Stressniveau oder Stressmanagement
- Soziale Unterstützung oder sozialer Konflikt

In Anlehnung an Krieger (vgl. Kapitel 1.2) kann auch die in den vorangegangenen Abschnitten eingeführte quantitative Diversifizierung und Dezentralisierung von Geschlecht als relevant für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern im Kontext von Public Health angesehen werden. Die Zugehörigkeit von Frauen und Männern zu anderen sozial definierten Gruppen sowie die Berücksichtigung des biologischen sowie des sozialen Geschlechts können nach Krieger die zugrundeliegenden Mechanismen geschlechterspezifischer gesundheitlicher Ungleichheiten aufdecken (Krieger, 2011).

Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich der Definition von Variablen zur (De-)Konstruktion von Geschlecht feststellen, dass es eine deutliche Überschneidung zwischen der Diversifizierungs- und Dezentralisierungsstrategie gibt. Es handelt sich um Variablen des sozioökonomischen Status bzw. seiner einzelnen Dimensionen wie Bildungsstatus, Erwerbsstatus, Einkommensstatus und gelegentlich auch der Ehe- bzw. Partnerschaftsstatus. Die Berücksichtigung des sozioökonomischen Status ist, wie in Kapitel 1.2 skizziert, ein integraler Bestandteil der Quantifizierung gesundheitlicher Ungleichheit im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Unter dem Gesichtspunkt der Dezentralisierung soll im Folgenden der Mehrwert der Berücksichtigung von weniger merkmalsbezogenen Variablen erprobt werden, die möglicherweise hinter der Vergeschlechtlichung des sozialen Zusammenlebens stehen, aber nicht als Standard für die Quantifizierung gesundheitlicher Ungleichheit gelten. Um die begriffliche Klarheit bei der weiteren Verwendung der Begriffe Diversifizierung und Dezentralisierung zu wahren, wird der sich überschneidende Bereich des sozioökonomischen Status der Diversifizierungsstrategie zugeordnet. Im Gegensatz dazu werden bei der quantitativen Erfassung gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern Aspekte der familiären Verantwortung in den Bereichen Pflege, Kinderbetreuung, Finanzen und Haushalt nicht explizit und standardmäßig berücksichtigt. Diese Aspekte bilden den Kern der Dezentralisierungsstrategie. Ein weiterer Überschneidungsbereich liegt im Bereich der Facetten des Sozialkapitals. Die Aspekte der sozialen Unterstützung und des sozialen Konflikts werden in diesem Rahmen weniger als merkmalsbezogene Aspekte verstanden, sondern wie Geschlechternormen und -rollen als Spiegel des alltäglichen sozialen Zusammenlebens betrachtet und entsprechend der Dezentralisierungsstrategie zugeordnet. Mit der Dezentralisierungsstrategie wird damit der Mehrwert der Berücksichtigung von stärker verhaltens- als merkmalsbezogenen Variablen erprobt, die hinter der Vergeschlechtlichung des sozialen Zusammenlebens stehen können, bislang jedoch nicht standardmäßig zur Quantifizierung gesundheitlicher Ungleichheit in der GBE herangezogen werden.

5. Zusammenfassung der zentralen Forschungsergebnisse

5.1 Theoriegeleitete und intersektionale Operationalisierung von Geschlecht in der bevölkerungsbezogenen Gesundheitsforschung

Der Scoping Review (Mena et al., 2019) zu ausgewählten gesundheitsbezogenen Zielgrößen war die erste¹ systematische Auswertung von bevölkerungsbezogenen Gesundheitsstudien, die sich explizit auf das Konzept der Intersektionalität bezieht und die Verschränkung von Geschlecht mit verschiedenen sozialen Dimensionen sowohl quantitativ als auch qualitativ erfasst. Es wurde eine Literaturrecherche in der Datenbank PubMed gemäß der PRISMA-Erweiterung für Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018) durchgeführt. Die Suche wurde auf bevölkerungsbezogene Studien beschränkt, die sich auf drei verschiedene zentrale gesundheitsbezogene Bereiche beziehen: Diabetes als eine weit verbreitete chronische Erkrankung, Rauchen als eine weit verbreitete verhaltensbezogene Gesundheitsdeterminante und körperliche Aktivität als ein wichtiges Ziel der Gesundheitsförderung. Quantitative Studien mit Erwachsenen, die sich zumindest im Titel oder Abstract auf Intersektionalität beziehen, wurden in die Übersichtsarbeit eingeschlossen. Insgesamt erfüllten 16 Studien die Einschlusskriterien, um in die weitere Auswertung einbezogen zu werden. Die Ergebnisse zeigten, dass Analysen, die sich explizit auf Intersektionalität beziehen, vor allem aus den USA kommen. Verglichen mit allen anderen betrachteten Differenzkategorien wurde Geschlecht als einzige Differenzkategorie ausnahmslos in allen einbezogenen Studien berücksichtigt. Allerdings erfolgte die Operationalisierung ausschließlich über die merkmalsbezogene binäre Geschlechtervariable. Kaum berücksichtigt wurden dagegen lösungsbezogene Geschlechtervariablen bzw. Dezentralisierungsvariablen. In Übereinstimmung mit den Ursprüngen des Konzepts im schwarzen Feminismus des US-amerikanischen Raums lag der Fokus der einbezogenen Studien vor allem auf der Analyse der Verschränkung von Geschlecht mit Ethnizität. Diese Variablen wurden hauptsächlich verwendet, um bei der Darstellung von Unterschieden in der Prävalenz der ausgewählten Gesundheitsindikatoren entsprechende Subgruppen zu bilden oder um in Regressionsanalysen als Interaktionsterme zu dienen. Neben dem Alter wurden soziale Variablen zur Operationalisierung von Einkommen und Bildung als Näherungswerte für die soziale Schicht in mehr als der Hälfte der eingeschlossenen Studien berücksichtigt. Sie dienten primär der Adjustierung in den quantitativen Analysen. Als die einzigen komplexeren statistischen Methoden wurden Entscheidungsbaumanalysen als explorative, datengetriebene Verfahren identifiziert. Mit zwei eingeschlossenen Studien bilden sie jedoch eine

¹ Die Aussage beruht u.a. auf einer Durchsuchung von Reviews in der PubMed bzw. Medline Datenbank bis zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Scoping Reviews am 21.12.2019. Mit der folgenden Suchstrategie wurden insgesamt 3194 Treffer erzielt und gescreent: ("1997"[Date - Publication] : "2019/12/21"[Date - Publication])) AND (intersect*[Title/Abstract]).

Ausnahme hinsichtlich des methodischen Vorgehens. Insgesamt wurde in zehn der eingeschlossenen Publikationen ein Bezug zu zentralen geschlechtertheoretischen Konzepten hergestellt. Diese wurden in erster Linie herangezogen, um die empirischen Befunde zu interpretieren. Lediglich in fünf Studien wurden geschlechtertheoretische Konzepte zur Testung von Hypothesen herangezogen. Das geschlechtertheoretische Konzept *Gender* wurde dabei im Vergleich zu allen anderen berücksichtigten Konzepten mit Abstand am häufigsten verwendet, um Geschlechterunterschiede zu erklären. Als interindividuelle Prozesse zur Interpretation von Geschlechterunterschieden wurden *Geschlechternormen* herangezogen, gefolgt von soziokulturellen und diskriminierungsbezogenen Prozessen. Bei den intraindividuellen Prozessen waren es vor allem psychologische bzw. kognitive Mechanismen. Aufbauend auf den Ergebnissen des Scoping Reviews, wurden in den folgenden Fachartikeln 2 und 3 Entscheidungsbaumanalysen als Klassifizierungsverfahren im Zusammenhang mit dem in Kapitel 4 vorgestellten geschlechtertheoriegeleiteten konzeptionellen Rahmen erprobt.

5.2 Operationalisierung der feministischen Perspektiven durch Klassifikationsbaumanalysen zur Erfassung vergeschlechtlichter Heterogenität bei gesundheitlicher Ungleichheit

Zur Anwendung des theoriegeleiteten konzeptionellen Rahmens (vgl. Kapitel 4) wurden in Fachartikel 2 (Mena et al., 2021a) fünf Modelle berechnet, bei denen die psychische Belastung als Gesundheitszielgröße definiert wurde. Aufgrund einer hohen Anzahl an verfügbaren lösungsbezogenen Geschlechtervariablen basierte die Analyse auf Daten aller Studienteilnehmenden des Befragungssurveys *Gesundheit in Deutschland aktuell 2009* (RKI, 2011), für die Selbstangaben zur psychischen Belastung zur Verfügung stehen ($n = 20760$: $n_{\text{Frauen}} = 11754$, $n_{\text{Männer}} = 9006$). Die Gesamtprävalenz von psychischen Belastungen in der untersuchten Studienpopulation lag bei 10,6%, bei den Frauen bei 12,8% und bei den Männern bei 7,7%. Die Spannweite der Prävalenz psychischer Belastung lag je nach geschlechtertheoretischer Perspektive und den in den fünf Modellen identifizierten Bevölkerungsgruppen hingegen zwischen 5% und 25%. Das Modell Sex aus der feministischen Differenzperspektive, das zur Dekonstruktion ausschließlich die Strategie der Diversifizierung anwandte und somit keine lösungsbezogene Geschlechtervariablen berücksichtigte, ermittelte das binäre Geschlecht als wichtigste Variable zur Identifizierung von Bevölkerungsgruppen mit besonders hoher Prävalenz psychischer Belastung. Die Spannweite der Prävalenz psychischer Belastung lag im Modell Sex zwischen 6,8% und 23,4%. Die höchste Prävalenz von insgesamt 23,4% wiesen in diesem Modell Frauen mit Behinderungsstatus auf. In der Studienpopulation betrug der Anteil der Frauen mit Behinderungsstatus ca. 4,5%. Im Gegensatz dazu zeigen die Ergebnisse der Modelle Gender Embodiment und Gender Equity, die ebenfalls auf der Differenzperspektive basieren und sowohl die Diversifizierungs- als auch die Dezentralisierungsstrategie anwenden, dass Mechanismen

wie soziale Unterstützung, Belastung durch Hausarbeit und/oder informelle Pflege wichtigere Variablen für die Identifizierung von Bevölkerungsgruppen sind, die besonders von psychischer Belastung betroffen sind. Während der Unterschied in der psychischen Belastung entlang des Merkmals Frau bzw. Mann bereits im Modell Sex mit 12,80% vs. 7,71% deutlich zum Ausdruck kommt, liegen in allen anderen Modellen die Prävalenzen in Bezug auf die identifizierten Subgruppen mit geringer sozialer Unterstützung mit Prävalenzen zwischen 17,20% und 24,91% durchgängig höher. Somit zeigt sich in den Modellen basierend auf der Dezentralisierung von Geschlecht, dass Bevölkerungsgruppen, die ihre soziale Unterstützung als gering wahrnehmen, eine ähnlich hohe Prävalenz psychischer Belastung aufweisen wie die Gruppe der Frauen mit Behinderungsstatus. In den anderen Modellen ist diese Bevölkerungsgruppe mit ca. 14% jedoch deutlich größer als die Subgruppe im Modell Sex. Schließlich werden im Modell Gender Equality im Vergleich zum Modell Gender Embodiment erst nach dem Klassifikationsprozess geschlechterspezifische Ungleichheiten entlang der binären Einordnung von Frauen und Männern sichtbar. Im Gegensatz zum Modell Gender Embodiment, bei dem die größeren Unterschiede in der Prävalenz psychischer Belastung in der Gruppe der Frauen und Männer im Vordergrund stehen, liegt der Fokus beim Modell Gender Equality, bezogen auf die binäre Geschlechtervariable, auf der Beschreibung der unterschiedlichen Anteile von Frauen und Männern innerhalb der identifizierten Subgruppen. Diese Verteilung innerhalb der identifizierten Subgruppen in Bezug auf soziale Unterstützung und Belastung durch Hausarbeit und informelle Pflege zeigt ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Im Gegensatz zur Beschreibung bestehender Unterschiede in der Prävalenz psychischer Belastungen entlang des Merkmals Frau bzw. Mann steht im Gender Equality Modell allerdings die potenzielle Vermeidbarkeit gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern im Vordergrund.

Im Fachartikel 3 (Mena et al., 2021b) wurde der nicht tägliche Gemüsekonsum als gesundheitliche Zielgröße definiert. Zur weiteren Erprobung des theoriegeleiteten konzeptionellen Rahmens (vgl. Kapitel 4) wurden die Modelle Sex und Gender Equality berechnet. Aufgrund der hohen Anzahl verfügbarer Dezentralisierungsvariablen wurden auch für diese Analyse die Daten aller Teilnehmenden des Surveys *Gesundheit in Deutschland aktuell 2009* (RKI, 2011) herangezogen, für die Selbstangaben zum nicht täglichen Gemüsekonsum vorliegen ($n = 19512$: $n_{\text{Frauen}} = 11140$, $n_{\text{Männer}} = 8372$). Die Gesamtprävalenz des nicht täglichen Gemüsekonsums in der Studienpopulation beträgt 50,9%. Bei den Frauen liegt die Prävalenz bei 42,7% und bei den Männern bei 61,7%. Die Spannweite der Prävalenz des nicht täglichen Gemüsekonsums der jeweils identifizierten Bevölkerungsgruppen lag zwischen 33,4% bei Frauen mit hohem Bildungsstatus im Modell Sex und 66,1% bei Männern mit mittlerem oder niedrigem Bildungsstatus im Modell Gender Equality. Im Modell Gender Equality liegt die Spannweite bei vergleichbaren Prävalenzen zwischen 32,4% bei Personen mit hohem

Bildungsstatus, deren Partnerin oder Partner die hauptverdienende Person im Haushalt ist, und 66,1% bei Personen mit einem Berufsstatus als Arbeiterin oder Arbeiter, die mit einer Haupterwerbsperson zusammenleben. Im Gegensatz zum Modell Sex werden im Modell Gender Equality jedoch Muster der Vergeschlechtlichung sozialer Lebensrealitäten sichtbar gemacht: Insgesamt leben 26,8% der untersuchten Bevölkerung, davon 90,8% Frauen, mit einer Haupterwerbsperson zusammen. Die Berücksichtigung von Geschlechterrollen, in diesem Fall der Hauptverdienendenstatus als Ausdruck von Alltagsaktivitäten, die mit der Hauptverantwortung für die Finanzierung der Familie einhergehen, führt zu einer anderen Zusammensetzung von Subgruppen als die alleinige Anwendung der Diversifizierungsstrategie.

Der in Fachartikel 2 getestete Ansatz des Modells Gender Equality wurde in Fachartikel 3 darüber hinaus durch eine zusätzliche Berechnung der Prävalenz des nicht täglichen Gemüsekonsums getrennt für Frauen und Männer innerhalb der identifizierten Subgruppen des Klassifikationsbaums ergänzt. Zusätzlich wurde zur besseren Übersichtlichkeit auch die absolute Differenz der Prävalenz zwischen Frauen und Männern in den jeweiligen Knoten dargestellt. Der Unterschied zwischen Frauen und Männern im Wurzelknoten, der die Daten der gesamten Studienpopulation enthält, beträgt 19,1%. Der größte Unterschied in der Prävalenz zwischen Frauen und Männern ist mit 24,3% in der Subgruppe der Personen mit hohem Bildungsstatus zu finden, bei denen die Partnerin oder der Partner die Haupterwerbsperson ist. Der Anteil dieser Subgruppe an der gesamten Untersuchungspopulation beträgt 9,16%, wovon 86,6% Frauen sind. In dieser Subgruppe weisen die Frauen im Vergleich zu den Frauen aller anderen Subgruppen mit 29,2% die geringste Prävalenz des nicht täglichen Gemüsekonsums auf. Auch die Männer in dieser Lebenssituation weisen im Vergleich zu den Männern aller anderen Subgruppen mit 53,6% die geringste Prävalenz des nicht täglichen Gemüsekonsums auf. Am geringsten ist der Unterschied zwischen Frauen und Männern mit 11,2% allerdings in der Gruppe der Vollzeitbeschäftigten mit mittlerem oder niedrigem Bildungsabschluss, deren Partnerin oder Partner nicht die Haupterwerbsperson im Haushalt ist. Der Anteil dieser Subgruppe an der Gesamtstudienpopulation beträgt 14,47%. Davon sind 43,57% Frauen. In dieser Subgruppe weisen die Frauen eine Prävalenz von 53,98% und die Männer eine Prävalenz von 65,16% auf. Die Subgruppe mit einer vergleichbar niedrigen geschlechterspezifischen Prävalenz von 12,3% findet sich in der Gruppe der Personen mit einem Status als Arbeiterin oder Arbeiter, die nicht mit einer Haupterwerbsperson im Haushalt leben. Der Anteil dieser Subgruppe an der gesamten Untersuchungspopulation beträgt 11,98%, davon sind 70,77% Männer. Sowohl Frauen als auch Männer in dieser Lebenssituation zeigen mit 57,39% bzw. 69,65% die höchste Prävalenz des nicht täglichen Gemüsekonsums im Vergleich zu Frauen und Männern in allen anderen Subgruppen. Im Vergleich zu Fachartikel 2, in dem ausschließlich die Dezentralisierungsvariablen im Zusammenhang mit der psychischen Belastung markant für die

Klassifikation waren, erwies sich in Fachartikel 3 eine Kombination aus Diversifizierungs- und Dezentralisierungsstrategie als sinnvoll, um vergeschlechtlichte Lebenswelten im Zusammenhang mit dem nicht täglichen Gemüsekonsum zu identifizieren. Die durch die Diversifizierung sichtbar gewordenen höchsten Prävalenzen für Frauen und Männer bei Personen mit dem Berufsstatus Arbeiterin oder Arbeiter können als Hinweis auf zielführende Programmspezifikationen bei der Entwicklung von gesundheitsfördernden Interventionen gewertet werden, die auch im Vergleich zum Modell Sex mit den höchsten Prävalenzen des nicht täglichen Gemüsekonsums bei beiden Geschlechtern einhergehen. Die Dezentralisierungsstrategie im Modell Gender Equality spiegelt hingegen wider, dass das Zusammenleben mit einer Person, die das Haupteinkommen für den Haushalt erwirtschaftet, wiederum mit wesentlich geringeren Prävalenz des nicht täglichen Gemüsekonsums einhergeht. Insbesondere wenn zusätzlich ein hoher Bildungsstatus vorliegt, zeigen sich die niedrigsten Prävalenzen für beide Geschlechter, allerdings in besonderem Maße für Frauen.

5.3 Geschlechterbezogene gesundheitliche Ungleichheit vor dem Hintergrund komplexer intersektionaler Geschlechterprofile

In Fachartikel 2 (Mena et al., 2021a) wurde erstmals ein methodischer Ansatz entwickelt und erprobt, der es ermöglicht, Subgruppen zu bilden, in denen die Prävalenzen von gesundheitsbezogenen Indikatoren bei Frauen und Männern mit komplexen dennoch vergleichbaren intersektionalen Profilen gegenübergestellt werden können. Zu diesem Zweck wurde ein Wahrscheinlichkeitsscore berechnet, auf dessen Basis durch Quintilbildung fünf Subgruppen gebildet werden konnten, innerhalb derer Frauen und Männer vergleichbare Anteile der einbezogenen soziodemographischen, -kulturellen und -ökonomischen Kategorien aufweisen. Die Analysen basieren auf den Querschnittsdaten des Sozio-Ökonomischen Panels 2017 und umfassen eine Untersuchungspopulation von $n = 23.269$ mit Personen ab 18 Jahren, davon Frauen $n = 12.515$ und Männer $n = 10.754$. Die Dezentralisierungsstrategie basierte auf inhaltlich vergleichbaren Variablen zur sozialen Unterstützung und zu geschlechterrollenbezogenen Variablen der Fachartikel 2 und 3: Neben einer Variable zur sozialen Unterstützung bzw. zu Einsamkeitsgefühlen wurde als geschlechterrollenbezogene Variable zum Erwerbsstatus die Kategorie Hausfrau/Hausmann erfasst. Hierbei handelt es sich um Selbstangaben von nicht erwerbstätigen Befragten, die in ihrem Alltag überwiegend unbezahlte Sorgearbeit in Form von Kindererziehung, Pflege von Angehörigen und/oder Hausarbeit leisten. Zusätzlich wurde eine Variable verwendet, die Auskunft über die Inanspruchnahme bezahlter Unterstützungsleistungen im Haushalt gibt. Für die Berechnung des Wahrscheinlichkeitsscores (Intersektionaler Genderscore, IG-Score) wurde die Gruppe der Frauen als Ausgangspunkt genommen, um die Feminisierung der Lebenswelten abbilden zu

können. Die Ergebnisse zeigen, dass die treibenden Faktoren der Feminisierung von Lebenswelten bei der Berechnung des Scores und der nachfolgenden Bildung von Subgruppen maßgeblich von Variablen des Erwerbs- und Berufsstatus getragen werden. Dementsprechend sind die Lebenswelten in der Subgruppe mit dem geringsten Frauenanteil stark von Vollzeitbeschäftigung geprägt und weisen ebenso einen vergleichsweise hohen Anteil an Personen mit einem Status als Arbeiterin bzw. Arbeiter auf. In der von einem hohen Frauenanteil geprägten Subgruppe stellt es sich anders dar: Hier ist der Anteil der Vollzeitbeschäftigten und der Personen mit einem Status als Arbeiterin bzw. Arbeiter gering und der Anteil der Teilzeit- oder gelegentlich Beschäftigten sowie Erwerbstätigkeit im Zusammenhang mit Büroarbeiten dafür höher. Zudem finden sich in dieser Subgruppe fast ausschließlich Personen, die Hausfrauen/Hausmänner sind und/oder sich im Mutterschutz oder in Elternzeit befinden. Im Hinblick auf die Dezentralisierung wird jedoch deutlich, dass auch soziale Unterstützungsfunktionen, die über das Zusammenleben mit einer Partnerin bzw. einem Partner und das Ausmaß des Gefühls der Einsamkeit näherungsweise erfasst werden, eine zentrale Rolle bei der Subgruppenbildung spielen: Zwar erstreckt sich der Feminisierungsgradient nicht wie im Zusammenhang mit Kategorien des Erwerbsstatus und Berufsstatus über alle Quintile des IG-Scores, allerdings finden sich für die drei inneren Subgruppen des IG-Scores mit ansteigender Feminisierung der entsprechenden intersektionalen Profile auch ein absteigender Gradient hinsichtlich der Verfügbarkeit potentieller sozialer Unterstützungsressourcen. Von allen Variablen, die eine mittlere Differenz von unter 10% aufweisen, handelt es sich bei den Kategorien der sozialen Unterstützungsfunktionen, um diejenigen Aspekte die am stärksten zwischen den beiden Gruppen abweichen. Zusammenfassend macht die Betrachtung der treibenden Faktoren der Scorebildung deutlich, dass neben den Variablen zur Dezentralisierung auch insbesondere die Variablen zur Diversifizierung, die einen Überschneidungsbereich zu den Variablen der Dezentralisierung aufweisen (vgl. Kapitel 4), entscheidend für die Konstruktion vergeschlechtlichter Lebenswelten sind, in denen Frauen und Männer mit vergleichbaren intersektionalen Profile gegenübergestellt werden können. Innerhalb der beiden Lebenswelten weisen die Gruppe der Frauen und die Gruppe der Männer somit vergleichbare intersektionale Profile hinsichtlich Altersstruktur, Erwerbsstatus, Bildungsstatus, Migrationshintergrund, Behinderungsstatus, Deutsch als Haushaltssprache und Leben im städtischen bzw. ländlichen Raum auf. Darüber hinaus befinden sich Frauen und Männer innerhalb dieser beiden Subgruppen des IG-Scores auch in Bezug auf das Zusammenleben mit einer Partnerin bzw. einem Partner, das Vorhandensein von Kindern im Haushalt und das Ausmaß des Gefühls der Einsamkeit in einer ähnlichen Lebenswelt. Hinsichtlich des Geschlechtervergleichs von gesundheitsbezogenen Zielgrößen, die in der Grundgesamtheit Unterschiede zwischen Frauen und Männern aufweisen, zeigt sich, dass die Prävalenzunterschiede sowie der daraus resultierende Prävalenzunterschied zwischen den beiden Subgruppen, die die am wenigsten

bzw. am stärksten feminisierten Lebenswelten repräsentieren, nur noch im Zusammenhang mit Hypertonie weiterhin zu beobachten sind. Anders sieht es bei den anderen untersuchten Gesundheitsindikatoren aus: Die geschlechterbezogenen Prävalenzunterschiede der Gesamtstichprobe finden sich auch in der Subgruppe mit dem geringsten Frauenanteil wieder, die sich insbesondere durch eine Vollzeiterwerbstätigkeit von Frauen und Männern auszeichnet. Im Vergleich dazu sind diese in der Gruppe mit dem höchsten Frauenanteil im Hinblick auf eine 4-Wochen-Prävalenz von Traurigkeitsgefühlen, deutlich geringer. In Bezug auf eine schlechte subjektive Einschätzung der aktuellen Gesundheit und in Bezug auf die Lebenszeitprävalenz einer Depressionsdiagnose finden sich schließlich keine bedeutsamen Unterschiede in der Prävalenz zwischen Frauen und Männern. Dabei wird deutlich, dass in der Gruppe der Frauen die Prävalenzen in allen drei Fällen annähernd gleichbleiben, nur in der Gruppe der Männer finden sich höhere Prävalenzen. Vor dem Hintergrund dieses am stärksten feminisierten intersektionalen Profils kann das Ergebnis der Analyse als Hinweis darauf interpretiert werden, dass eine vergeschlechtlichte, durch Feminisierungsprozesse gekennzeichnete Lebenswelt mit einer höheren gesundheitlichen Belastung einhergeht, unabhängig davon, ob die Personen als Frauen oder Männer kategorisiert werden.

6. Ableitung von Implikationen zur Verstetigung feministischer Politik- und Wissenschaftsperspektiven in Public Health

Die quantitativen Analysestrategien zur Sichtbarmachung vergeschlechtlichter Lebenswelten in den Fachbeiträgen 1-4 wurden im Spannungsfeld feministischer Perspektiven von Differenz und Gleichheit entwickelt und erprobt. Dabei wurde die Dekonstruktionsperspektive in ihrer Querschnittsfunktion durchgängig berücksichtigt und die Variablen zur Dezentralisierung bzw. Diversifizierung in unterschiedlicher Weise eingesetzt. Durch die Berücksichtigung der Dimensionen des sozioökonomischen Status wird im Rahmen der GBE bereits systematisch einem potenziellen Gender Bias entgegengewirkt, da die sozioökonomisch schlechtere Position von Frauen in Deutschland erfasst und ggf. mit gesundheitlichen Ungleichheiten in Verbindung gebracht werden kann. Die a priori Stratifizierung nach der binären Geschlechtervariable ohne Berücksichtigung von Dezentralisierungsvariablen birgt jedoch die Gefahr, dass die durch Gender Mainstreaming adressierten strukturellen Unterschiede zwischen den Geschlechtern nicht sichtbar werden, obwohl sie den sozioökonomischen Unterschieden erkennbar zugrunde liegen (vgl. Kapitel 1). Diese strukturellen Unterschiede sind wesentlich durch gesellschaftliche Geschlechternormen und die daraus resultierende ungleiche Zuweisung von Geschlechterrollen im Kontext von Erwerbs- und Sorgearbeit an Frauen und Männer bedingt (vgl. Kapitel 1.2).

Werden diese gesellschaftlichen Mechanismen geschlechterspezifischer Ungleichheit analytisch ausgeblendet und Ungleichheiten primär durch eine a priori Stratifizierung entlang der binären Geschlechtervariable dargestellt, besteht die Gefahr, dass implizit weiblich-mütterliche Verhaltenserwartungen sowie die Naturalisierung der Zuweisung unbezahlter Sorgearbeit an Frauen weiter genährt werden. Dies kann zu einer verstärkten Essentialisierung von Frauen auf ihr biologisches Geschlecht führen und damit u.a. zu einer Stabilisierung der schlechteren sozioökonomischen Position und Entwicklung von Frauen im Lebensverlauf beitragen. Dies gilt auch unabhängig davon, ob Frauen im Laufe ihres Lebens tatsächlich Kinder zur Welt bringen oder ob sie die Verantwortung für die Pflege anderer Angehöriger übernehmen (vgl. Kapitel 1).

Während der Überschneidungsbereich zwischen Dezentralisierungs- und Diversifizierungsvariablen, der sich insbesondere auf Aspekte des sozioökonomischen Status bezieht, im Rahmen der GBE bereits systematisch erfasst wird, handelt es sich bei den Dezentralisierungsvariablen außerhalb des Überschneidungsbereichs um Aspekte, die in der GBE bislang nicht oder nur vereinzelt quantitativ berücksichtigt wurden (vgl. Kapitel 1.1). Durch die konsequente Anwendung der Dekonstruktionsperspektive auf Geschlecht wurde die Aufmerksamkeit bei der Quantifizierung gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern insbesondere auf die Veränderbarkeit der zugrunde liegenden Geschlechterverhältnisse gelenkt. In diesem Zusammenhang stellen insbesondere die Dezentralisierungsvariablen eine prinzipielle Anknüpfungsmöglichkeit an zentrale Themen des Gender Mainstreaming dar. Aufgrund der Fokussierung von Gender Mainstreaming auf Lebenswelten zwischen Erwerbs- und Sorgearbeit würde die Sichtbarmachung des Zusammenhangs zwischen Dezentralisierungsvariablen und gesundheitlicher Ungleichheit langfristig den Handlungsbedarf für die Umsetzung von Gender Mainstreaming als Möglichkeit zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit im Handlungsrahmen von Public Health verdeutlichen.

Die folgende Abbildung (vgl. Abbildung 1) stellt die im Rahmen der vorliegenden Dissertation methodisch handlungsleitenden und operationalisierten geschlechtertheoretischen Perspektiven und ihr Zusammenwirken im Wirkungsfeld zwischen Differenz- und Gleichheitsperspektive schematisch dar. Dabei handelt es sich um die Ableitung einer übergeordneten Implikation, die sich aus dem Prozess der Integration feministischer Perspektiven der Differenz, Gleichheit und Dekonstruktion für die Planung und Durchführung der Forschungsarbeit ergibt. Sie kann als theoriegeleiteter zentraler Ansatzpunkt für die Verstetigung feministischer Politik- und Wissenschaftsperspektiven in Public Health bzw. an der Schnittstelle von GBE und Gender Mainstreaming verstanden werden.

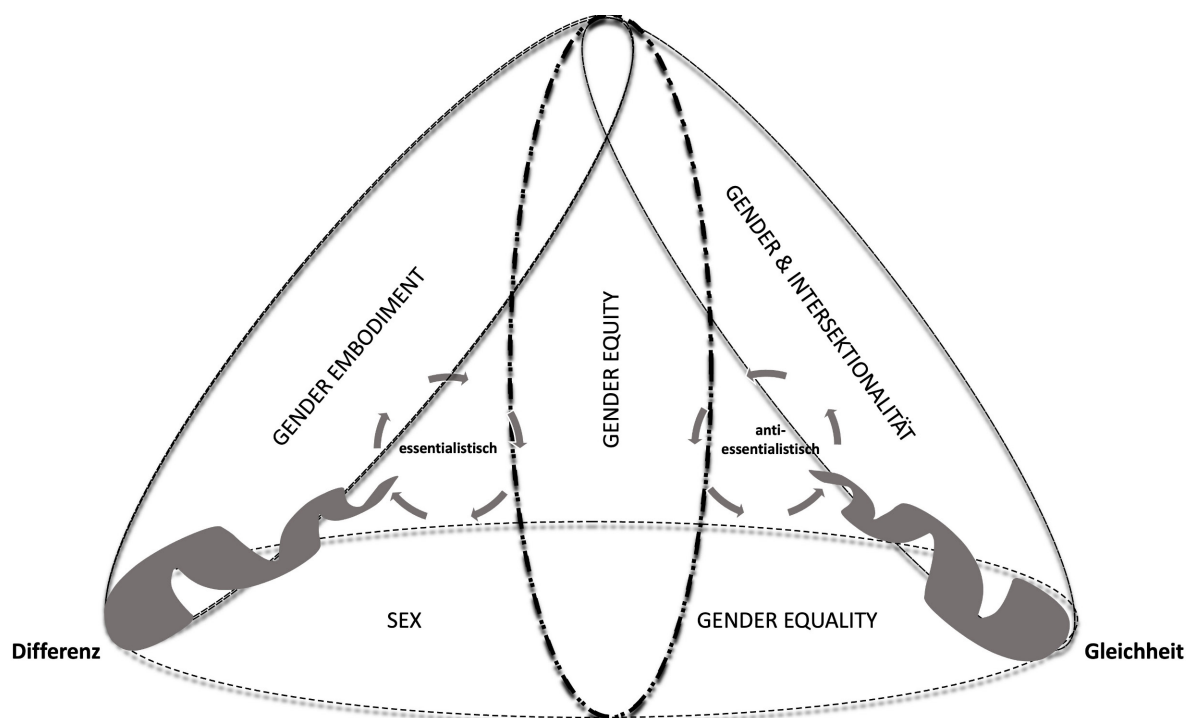


Abbildung 1: Synthese zentraler feministischer Perspektiven in Public Health im Spannungsfeld der (De-)Konstruktion von Geschlecht zwischen Differenz und Gleichheit (eigene Darstellung)

Das Konzept Gender Equity wird in seiner Funktion, einerseits horizontale Geschlechtergerechtigkeit im Sinne von Gender Equality zu fördern und andererseits mögliche, im Gesundheitsbereich insbesondere biologisch bedingte Bedarfe der Geschlechter durch die Förderung vertikaler Geschlechtergerechtigkeit zu adressieren (vgl. Kapitel 1.2), zentral platziert. Die Differenzperspektive kann im Gesundheitsbereich auf der individuellen Ebene, etwa in der medizinischen Versorgung, unterschiedliche Bedarfe der Geschlechter im Zusammenhang mit der geschlechtlichen Reproduktion deutlich machen. Die Differenzperspektive kann im Gesundheitsbereich auf der individuellen Ebene, z.B. in der medizinischen Versorgung, unterschiedliche Bedürfnisse der Geschlechter im Zusammenhang mit der geschlechtlichen Reproduktion aufzeigen. Demgegenüber liegt den Reproduktionsprozessen einer Bevölkerung, die sich in Anlehnung an Rubin zwischen der gesellschaftlichen Organisation bzw. Hierarchisierung des Geschlechterverhältnisses in Verbindung mit der ungleichen Verantwortungsteilung im Kontext von Erwerbs- und Familienarbeit, ein Verständnis zugrunde, das dem Geschlecht als biologistischer Differenzkategorie keine unmittelbare soziale Bedeutung beimisst (vgl. Kapitel 1.2). Auf der geschlechtlichen Reproduktionsebene, die auch durch die Stratifizierung nach der binären Geschlechtervariable als Annäherung abgebildet wird, kann Geschlecht somit vielmehr als Einheitskategorie auf Bevölkerungsebene betrachtet werden, die jedoch aufgrund der ihr innewohnenden biologischen Differenz letztlich den Ausgangspunkt für das bildet, was Bevölkerung konstituiert. Die Ebene der Bevölkerung stellt in diesem

Zusammenhang auch den inhaltlichen Ausgangspunkt für Public Health und GBE dar. Während die Geschlechterforschung von dem Bestreben einer Entnaturalisierung des sozialen Geschlechts geleitet ist (vgl. Kapitel 1.2), stehen insbesondere Public Health und GBE vor der Herausforderung, die biologische Geschlechterdifferenz explizit von einer sozialen Geschlechterdifferenz definitorisch unterscheiden zu können, zumindest sofern soziale Gerechtigkeit als handlungsleitendes Prinzip verinnerlicht ist. Public Health kann in diesem Zusammenhang als ein Feld mit erhöhter Deutungshoheit über die Definition des biologischen Geschlechts in Abgrenzung zum sozialen Geschlecht angesehen werden. Dementsprechend sollte die Berichterstattung über geschlechterbezogene Gesundheitsunterschiede möglichst keinen Nährboden für biologistische Interpretationen und damit für Geschlechterstereotype bieten. Dabei hängt die Wirkmächtigkeit der im Gesundheitskontext häufig stärker ausgeprägten Differenzperspektive wesentlich davon ab, wie die Grenze zwischen Sex und Gender innerhalb der Gender Equity Perspektive verhandelt wird. Je stärker zum Beispiel weibliches und mütterliches Verhalten als Folge des biologischen Geschlechts und nicht als Folge des herrschenden Geschlechterverhältnisses verstanden wird, desto stärker kann die Verinnerlichung entsprechender Geschlechterverhältnisse und damit verbundener gesundheitlicher Ungleichheiten durch Gender Embodiment Prozesse in der Bevölkerung verstärkt werden. Gender Equality birgt aber nicht nur die Gefahr, die Geschlechterdifferenz zu verstärken und einem entsprechenden potenziellen Essentialismus Vorschub zu leisten (vgl. Kap. 1.2). Gender Equity kann im Rahmen der Operationalisierung durch die Bezugnahme auf die Konzeptualisierungen von Gender und Intersektionalität zur querschnittlichen Integration der feministischen Dekonstruktionsperspektive auch anti-essentialistische Prozesse befördern. In diesem Zusammenhang kann insbesondere die Dezentralisierung von Geschlecht im Rahmen der Quantifizierung gesundheitlicher Ungleichheiten durch die Sichtbarmachung der zugrundeliegenden vergeschlechtlichten Mechanismen dazu beitragen, einer Naturalisierung des sozialen Geschlechts entgegenzuwirken. In einer entsprechend stärkeren Fokussierung auf die dem Konzept Gender Equity inhärenten inhaltlichen Anteile des Konzepts Gender Equality liegt möglicherweise das größte Potenzial für eine erfolgreiche Anbindung von GBE an das Gender Mainstreaming.

6.1 Kritische Evaluierung des theoriegeleiteten methodischen Vorgehens

Im Rahmen der Klassifikationsbaumanalysen in den Fachartikeln 2 und 3 wurden mit dem entwickelten Rahmenkonzept zwei unterschiedliche gesundheitsbezogene Zielgrößen untersucht, die ausgeprägte Geschlechterunterschiede aufweisen und zugleich regelmäßig durch die GBE aufgegriffen werden. Während in den Modellen Sex bei Frauen im Vergleich zu Männern häufiger psychische Belastungen beobachtet werden (F: 12,80%; M: 7,71%, Mena et al., 2021a),

weisen wiederum Männer im Vergleich zu Frauen wesentlich häufiger einen nicht täglichen Gemüseverzehr auf (F: 42,67%; M: 61,73%, Mena et al., 2021b). In den Modellen Sex spielte somit für beide untersuchten gesundheitsbezogenen Zielgrößen die binäre Geschlechtervariable auf der Wurzelknotenebene eine zentrale Rolle und bildete den Ausgangspunkt für die Anwendung der Dekonstruktionsstrategie unter Hinzunahme der Dezentralisierungsvariablen.

Im Gegensatz zu den Modellen Sex, in denen neben der binären Geschlechtervariable nur die Diversifizierungsvariablen verwendet wurden, wurden in den Modellen Gender Equality zwar alle Dekonstruktionsvariablen berücksichtigt, die binäre Geschlechtervariable wurde jedoch nicht als analytische Kategorie in den Klassifikationsprozess integriert. Der Vergleich der Modelle Sex aus der Differenzperspektive und Gender Equality aus der Gleichheitsperspektive verdeutlicht für beide gesundheitsbezogenen Zielgrößen, wie insbesondere die Anwendung der Dezentralisierungsstrategie eine deutlich bessere Abbildung vergeschlechtlichter Lebenswelten im Zusammenhang mit Krankheits- und Gesundheitsmustern in der Bevölkerung ermöglicht. Darüber hinaus gibt die Dezentralisierungsstrategie im Sinne der lösungsbezogenen Geschlechtervariablen bereits erste Hinweise auf mögliche gleichstellungsrelevante Mechanismen, die den beobachteten Unterschieden zwischen Frauen und Männern zugrunde liegen könnten: Im Modell Gender Equality erweisen sich insbesondere die Dezentralisierungsvariablen auf Wurzelknotenebene bereits als entscheidend, um besonders hohe oder besonders niedrige Prävalenzen psychischer Belastung entlang spezifischer Subgruppen zu identifizieren. Die Stratifizierung des Wurzelknotens mit der Variable Soziale Unterstützung eine vergleichbare Prävalenzspanne (niedrig: 8,69% - mittel/hoch: 21,64%, Mena et al., 2021a) wie im Modell Sex mit der binären Geschlechtervariable. Im Gegensatz zum Modell Gender Equality zeigt sich die entsprechende Prävalenzspanne im Modell Sex auf Basis einer Diversifizierungsvariable erst auf der ersten intersektionalen Ebene bei Frauen mit Behinderungsstatus (Prävalenzspanne F: 23,42% - M: 6,80%; Mena et al., 2021b). Zudem umfasst diese Subgruppe im Modell Sex mit 4,48% einen kleineren Anteil an der Gesamtstudienpopulation als die Subgruppe der sich nicht sozial unterstützt fühlenden Personen im Modell Gender Equality, die etwa dreimal so groß ist (Mena et al., 2021a). Bei der Betrachtung des nicht täglichen Gemüsekonsums im Modell *Gender Equality* im Vergleich zum Modell Sex zeigt sich dagegen auf der Ebene des Wurzelknotens zunächst eine Verengung der Prävalenzspanne entlang der Dezentralisierungsvariable (Prävalenzspanne: 40,47% - 54,64%, Mena et al., 2021b). Erst auf der ersten intersektionalen Ebene zeigt sich eine Verbreiterung, die größer ist als im Zusammenhang mit der binären Geschlechtervariable auf Ebene des Wurzelknotens im Modell Sex (Prävalenzspanne: 32,44% - 66,11%, Mena et al., 2021b).

Im Vergleich zum Modell Sex, in dem das binäre Geschlecht die zentrale Stratifizierungsvariable darstellt und die Unterschiede zwischen den Geschlechtern betont werden, stehen im Modell Gender Equality auf der Ebene des Wurzelknotens zunächst die Gemeinsamkeiten zwischen Frauen und Männern in Bezug auf die soziale Unterstützung im Vordergrund. Die Dezentralisierungsvariablen des Modells Gender Equality zur psychischen Belastung weisen jedoch im Klassifikationsprozess weiterhin auch auf bestehende Geschlechterungleichheiten hin, indem sie Belastungen durch Hausarbeit und informelle Pflege als gesundheitsrelevant für Personen herausstellen, die nicht von einem Mangel an sozialer Unterstützung betroffen sind. Die für das Modell Gender Equality spezifische nachträgliche Stratifizierung nach Geschlecht zur Beschreibung der Anteile von Frauen und Männern innerhalb der identifizierten Subgruppen zeigt in diesem Zusammenhang, dass sich Frauen mit 76,05% - 65,75% (Mena et al., 2021a) deutlich häufiger als Männer in einer Lebenswelt bewegen, die mit Belastungen durch Sorgearbeit einhergeht. Vor diesem Hintergrund zeigt sich, dass diese Lebenswelt mit einer durchschnittlich mindestens etwa doppelt so hohen Prävalenz psychischer Belastungen einhergeht. Der Ausschluss der merkmalsbezogenen Geschlechtervariable aus dem Klassifikationsprozess im Modell Gender Equality könnte zukünftig möglicherweise weitere Vorteile mit sich bringen: Sowohl die Beschreibung von Anteilen als auch die anschließende Stratifizierung und Berechnung von Prävalenzen gesundheitsbezogener Zielgrößen nach Geschlecht könnten im Rahmen der GBE zukünftig erweitert werden, da inzwischen auch in den Erhebungen des RKI die zusätzliche Geschlechterkategorie „divers“ eingeführt wurde (Pöge et al., 2022).

Die Einbeziehung der binären Geschlechtervariable ermöglicht dennoch einen geschlechterbezogenen Informationsgewinn, wie das Modell Sex zur psychischen Belastung zeigt. Die höchste Prävalenz findet sich in der Gruppe der Frauen mit Behinderungsstatus, eine Diversifizierungsvariable, die in der GBE zwar berücksichtigt, aber nicht als Standard zur Quantifizierung gesundheitlicher Ungleichheit verwendet wird (vgl. Kapitel 1.1). Dieses Ergebnis kann als Hinweis auf die Notwendigkeit gelesen werden, gesundheitsfördernde Interventionen zur Stärkung der psychischen Gesundheit zielgruppenspezifisch auszurichten. Sofern die Modelle Sex und Gender Equality als inhaltlich komplementär betrachtet werden, kann das Ergebnis auch als Ausdruck dafür gewertet werden, genauer zu untersuchen, inwieweit Frauen mit Behinderung im Vergleich zu Frauen ohne Behinderung und Männern unabhängig vom Vorliegen eines Behinderungsstatus seltener auf soziale Unterstützungsfunktionen zurückgreifen können. Es ist denkbar, dass Frauen mit Behinderung, auch wenn sie den gesellschaftlichen Rollenerwartungen an ihr Geschlecht entsprechen wollen, aufgrund ihres Behinderungsstatus den Anforderungen von Erwerbs- und Sorgearbeit nicht in vollem Umfang gerecht werden können. Zumindest in Bezug auf potenziell identitätsstiftende Merkmale bei Menschen mit Behinderungsstatus wird diskutiert, dass das Geschlecht bei Menschen mit Behinderung

gesellschaftlich häufig ausgeblendet wird und sie primär auf ihre Behinderung essentialisiert werden (zum Ewers Rode, 2016).

Für den nicht täglichen Gemüsekonsum wurde die Analysestrategie des Modells Gender Equality im Vergleich zur psychischen Belastung erweitert. Zur Darstellung der geschlechterspezifischen Lebenswelten innerhalb der identifizierten Subgruppen wurden diese nachträglich nach Geschlechteranteilen stratifiziert. Zusätzlich erfolgte eine Stratifizierung zur Darstellung der geschlechterbezogenen Prävalenzen innerhalb der Subgruppen. Im Anschluss an die analytische Dezentralisierung erfolgte somit eine „Rezentralisierung“ des Geschlechts entlang der binären Geschlechtervariable. Ausgehend von den dargestellten Prävalenzen zeigt sich auf der ersten intersektionalen Ebene eine noch größere Spannweite als vor der Rezentralisierung. Die Prävalenzen für Frauen mit hohem Bildungsabschluss, die mit einer Partnerin oder einem Partner als Haupterwerbstätige Person im Haushalt leben, liegen bei 29,24%. Die Prävalenz für Männer mit Arbeiterstatus, die entweder selbst Haupterwerbstätige sind oder sich die finanzielle Verantwortung für den Haushalt mit ihrer Partnerin teilen, liegt bei 69,65% (Mena et al., 2021b). Auch eine komplementäre Betrachtung der Modelle Sex und Gender Equality für den nicht täglichen Gemüsekonsum gibt Hinweise auf geschlechterrelevante Prozesse. Die Dominanz des Bildungsstatus als zentrale Stratifizierungsvariable im Modell Sex wird durch die Dezentralisierungsvariablen im Modell Gender Equality aufgelöst.

Ein deutlich differenzierteres geschlechterspezifisches Verteilungsmuster zeigt sich dabei entlang der Personengruppe, die das Haupteinkommen des Haushalts selbst oder zu gleichen Teilen mit der Partnerin bzw. dem Partner erwirtschaftet. Hier erweisen sich die drei Dimensionen des sozioökonomischen Status in der Hierarchie Berufsstatus, Bildungsstatus und Erwerbsstatus als relevant. Vor dem Hintergrund der geschlechterspezifischen Lebenswelten innerhalb der Subgruppen wird deutlich, dass von den 26,78% der Personen, die angeben, mit einer Person zusammenzuleben, die das Haupteinkommen verdient, nur knapp 10% Männer sind. Von den 73,23%, die angeben, selbst oder mit einer anderen Person im Haushalt das Haupteinkommen zu erwirtschaften, sind es hingegen 55,23% (Mena et al., 2021b). In der Gruppe der Personen mit dem Berufsstatus Arbeiterin oder Arbeiter weisen sowohl Frauen als auch Männer die höchsten Prävalenzen auf, gleichzeitig ist der Prävalenzunterschied zwischen den Geschlechtern relativ gering. Diese Annäherung ist vor allem auf die höheren Prävalenzen der Frauen in dieser Subgruppe im Vergleich zu allen Frauen in den anderen Subgruppen zurückzuführen. In der Gruppe ohne Hauptverantwortung für den Lebensunterhalt und mit hohem Bildungsstatus, einer Lebenswelt, die häufiger den Alltag von Frauen prägt, zeigt sich im Modell Gender Equality sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern mit hohem Bildungsstatus die geringste

Prävalenz, gleichzeitig aber auch die vergleichsweise höchste Prävalenzdifferenz zwischen den Geschlechtern.

Im Zusammenhang mit psychischen Belastungen wurden schließlich zwei weitere zentrale geschlechtertheoretische Konzepte aus der Differenzperspektive angewandt. Im Rahmen des Gender Embodiment Modells wurde eine Klassifikationsbaumanalyse für Frauen und Männer durchgeführt, die somit als zwei vollständig voneinander getrennte Gruppen betrachtet wurden. Im Vergleich zum standardisierten Vorgehen in der GBE wurden sowohl die Variablen zur Diversifizierung als auch Dezentralisierung zur Klassifikation herangezogen. Im Modell Gender Equity wurde wiederum die binäre Geschlechtervariable in die Gesamtheit der Dekonstruktionsvariablen integriert. *Gender Embodiment* im Vergleich zu Gender Equality unter dem Aspekt der nachträglichen Stratifizierung nach geschlechterbezogenen Anteilen verdeutlicht die ausgeprägteren Ungleichheiten in den Prävalenzen psychischer Belastung. So zeigt sich im Vergleich aller Modelle die höchste Prävalenz von 24,91% im Modell Gender Embodiment der Frauen und die niedrigste Prävalenz von 5,51% bei den Männern im Modell Gender Embodiment der Männer (Mena et al. 2021b).

Im Hinblick auf die psychische Belastung und das Modell Gender Equality wurde allerdings keine zusätzliche Rezentralisierung der binären Geschlechtervariable vorgenommen, wie dies beim nicht täglichen Gemüsekonsum der Fall war. Ein Vergleich der Ergebnisse der Rezentralisierung im Anschluss an die Klassifikation und verbunden mit der Beschreibung der Frauen- und Männeranteile innerhalb der identifizierten Subgruppen kann auch gegenüber der a priori Stratifizierung nach Geschlecht im Modell Gender Embodiment noch einige Vorteile bieten. Neben der stärkeren Sichtbarmachung der vergeschlechtlichten Prävalenzunterschiede können diese vor dem Hintergrund, der sich aus den unterschiedlichen Geschlechteranteilen in den Subgruppen ergebenden Lebenswelten verdeutlicht werden. Im Vergleich zum Modell *Gender Embodiment*, das im Zusammenhang mit psychischen Belastungen primär die Prävalenzunterschiede in den Dezentralisierungsvariablen für Frauen und Männer getrennt in den Vordergrund stellt, erlaubt der alternative Ansatz des Modells Gender Equity eine Interpretation der durchschnittlichen Prävalenzen auch vor dem Hintergrund der ungleichen Verteilung der Sorgearbeit zwischen Frauen und Männern in der Bevölkerung.

Das Modell Gender Equity schließlich berücksichtigt sowohl die binäre Geschlechtervariable als auch die Variablen zur Diversifizierung und Dezentralisierung berücksichtigt. Die binäre Geschlechtervariable im Zusammenhang mit psychischer Belastung wird allerdings erst auf der 2. intersektionalen Ebene und damit in der Hierarchie nach den Aspekten der sozialen Unterstützung sowie der Belastungen durch Hausarbeit relevant (Mena et al., 2021a). Im Vergleich zum Modell Gender Embodiment für Frauen und für Männer zeigt sich somit im Modell

Gender Equity, dass die Belastung durch informelle Pflege in erster Linie die Lebenswelt von Frauen widerspiegelt. In Anlehnung an das Fallbeispiel von Krieger zur erhöhten Prävalenz von HIV/AIDS durch Nadelstichverletzungen bei weiblichem Gesundheitspersonal (vgl. Kapitel 1.2) kann daher insbesondere im Kontext informeller Pflege angenommen werden, dass die erhöhte Prävalenz psychischer Belastungen im Zusammenhang mit der erhöhten Exposition von Frauen gegenüber der Zuschreibung unbezahlter Pflegearbeit interpretiert und als Ergebnis bestehender Geschlechterverhältnisse bewertet werden kann. Das Modell *Gender Equity* im Vergleich zum Modell Gender Equality ermöglicht durch die Verwendung vollständiger Informationen über alle Variablen, einschließlich der Dezentralisierung, die Identifizierung möglicher geschlechterspezifischer Bedürfnisse.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass bei der Anwendung aus der Differenzperspektive in den Modellen Sex, Embodiment und Gender Equality die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern in den Vordergrund rücken., während aus der Gleichheitsperspektive des Modells Gender Equality durch die Dezentralisierungsvariablen und den Verzicht auf die binäre Geschlechtervariable in der Klassifikation insbesondere die Heterogenität innerhalb der Geschlechtergruppen sichtbar gemacht werden. Gleichzeitig konnten Subgruppen identifiziert werden, innerhalb derer auch die Gemeinsamkeiten zwischen Frauen und Männern stärker zum Tragen kommen. Die für das Modell Gender Equality charakteristische Beschreibung der Anteile von Frauen und Männern innerhalb der identifizierten Subgruppen ermöglicht es zudem, geschlechterspezifische Lebenswelten stärker in den Vordergrund zu rücken. Werden beispielsweise die Prävalenzen psychischer Belastungen im Zusammenhang mit Belastungen durch Hausarbeit vor diesem Hintergrund betrachtet, so zeigt sich, dass Frauen insgesamt mehr als dreimal so häufig in dieser Lebenssituation anzutreffen sind wie Männer (Mena, 2021a).

Im Unterschied zur Klassifikationsbaumanalyse wurde mit der Entwicklung des Intersektionalen Genderscores ein anderer Zugang über die Anwendung der feministischen Perspektiven der Differenz, Gleichheit und Dekonstruktion zur Darstellung vergeschlechtlichter Lebenswelten erprobt. Dazu wurde zunächst aus der Differenzperspektive die binäre Geschlechtervariable verwendet, um über die Berechnung des Intersektionalen Genderscores einen Feminisierungsprozess zu simulieren. Der Feminisierungsprozess selbst erfolgte aus der Dekonstruktionsperspektive und entsprechend in Abhängigkeit der berücksichtigten Dekonstruktionsvariablen entlang der Wahrscheinlichkeit von Frauen und Männern, in die Kategorie Frau zu fallen. Die IG-Score Subgruppen wurden schließlich durch Stratifizierung bzw. Quintilbildung entlang des aufsteigenden Gradienten bzw. Feminisierungsgrades des IG-Scores gebildet, so dass Frauen und Männer mit vergleichbaren IG-Scores die Subgruppe formieren.

Die Diversifizierungsvariable, die den am stärksten treibenden Gradienten entlang der IG-Score-Quintile darstellt und den Feminisierungsprozess maßgeblich antreibt, ist der Erwerbsstatus. Während in der am stärksten feminisierten Subgruppe kaum jemand Vollzeit arbeitet, sind es in der am wenigsten feminisierten Subgruppe über 90% (Mena et al., 2023, Supplementary). Die Zuordnung von Frauen und Männern zu den IG-Score Subgruppen erfolgte nach der Wahrscheinlichkeit, in die Kategorie Frau zu fallen, und nicht nach der Zuordnung im Sinne des Merkmalsaspekts der binären Geschlechtervariable. Somit finden sich in den Subgruppen sowohl Frauen als auch Männer, allerdings mit einem vergleichbaren Grad an Feminisierung der Lebenswelt. Die getrennten merkmalsbezogenen Lebenswelten von Frauen und Männern, die sich hinter der Dichotomie der binären Geschlechtervariable verbergen können, wurden mit dem Verfahren in vergeschlechtlichte Lebenswelten „transformiert“, innerhalb derer Frauen und Männer vergleichbare intersektionale Profile aufweisen. Dies ermöglicht anschließend zu untersuchen, inwiefern sich beobachtete Unterschiede in den Prävalenzen gesundheitsbezogener Zielgrößen auch dann nachweisen lassen, wenn die Verteilung der Dekonstruktionsvariablen innerhalb der jeweiligen Subgruppen konstant bleibt. Neben den Diversifizierungsvariablen wurden als Dezentralisierungsvariablen die Angaben zur Selbsteinstufung als Hausfrau/Hausmann, Einsamkeitsgefühle (als Proxy für soziale Unterstützung) sowie bezahlte Unterstützungsleistungen im Haushalt verwendet, um den IG-Score zu berechnen. Inhaltlich handelt es sich um Aspekte, die sich bei der Untersuchung der psychischen Belastung sowie des nicht täglichen Gemüsekonsums im Rahmen von Klassifikationsbaumanalysen als relevant erwiesen haben, um den beobachteten Geschlechterunterschieden zugrunde liegende geschlechterspezifische Muster aufzudecken (Mena et al., 2021a, 2021b).

Die IG-Score-Subgruppe in der Frauen und Männer am wahrscheinlichsten in die Kategorie "Frau" fallen, weisen ein spezifisches intersektionales Profil auf. Zunächst lassen sich deutliche Ähnlichkeiten zwischen der IG-Score Subgruppe am unteren und am oberen Ende des Feminisierungsgradienten feststellen. Beide weisen eine vergleichbare Altersstruktur auf und unterscheiden sich im Vergleich zu den anderen IG-Score Gruppen durch einen relativ hohen Anteil von Personen in der Altersgruppe 30-59 Jahre und entsprechend geringeren Anteilen von Personen in der Altersgruppe 18-29 Jahre sowie der Altersgruppe 60+. Darüber hinaus weisen beide Subgruppen einen deutlich höheren Anteil an Personen auf, die mit Kindern im Haushalt leben, sowie einen höheren Anteil an Personen, die mit einer Partnerin oder einem Partner zusammenleben. Bei beiden Subgruppen handelt es sich also um Personen im mittleren Lebensalter, für die die Familiengründung und die parallele Entwicklung einer beruflichen Karriere häufig ein fester Bestandteil des Alltags sind (Guinea-Martin et al., 2018). Die Gruppe der Personen im mittleren Lebensalter ist mit der im Rahmen der GBE entsprechend definierten

Subgruppe vergleichbar: Diese am wenigsten bzw. am stärksten feminisierten Subgruppen, werden z.B. auch von der GBE im Bericht: *Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter* (Kolip et al. 2006) berücksichtigt, bei dem Geschlecht inhaltlich zentral behandelt wird (vgl. Kapitel 1.1). So macht die Altersgruppe zwischen 30 und 64 Jahren auch rund 50% der Gesamtbevölkerung aus (Kolip et al., 2006; Lampert et al., 2017). Beide IG-Score Subgruppen weisen zudem hinsichtlich der Diversifizierungsvariablen vergleichbare Anteile von Personen mit Behinderungsstatus auf. Auch die Anteile der Personen mit Migrationshintergrund, mit deutscher Haushaltssprache sowie mit städtischem oder ländlichem Wohnort sind über alle IG-Score Quintile konstant und stellen somit keine treibende Kraft für den Feminisierungsprozess entlang des IG-Scores dar. Bei der weiteren Charakterisierung der am stärksten feminisierten Subgruppe als vergeschlechtlichte Lebenswelt fällt auf, dass das spezifisch feminisierte intersektionale Profil in Bezug auf die Diversifizierung so gut wie keine Personen enthält, die in Vollzeit erwerbstätig, in Ausbildung, in Rente oder von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Dagegen ist der Anteil der Teilzeitbeschäftigten und der Personen mit Bürotätigkeiten im Vergleich zu allen anderen IG-Score Subgruppen am höchsten. In Bezug auf die Dezentralisierungsvariablen zeigt sich, dass im Vergleich zu den anderen IG-Score-Subgruppen der Anteil der Personen, die angegeben haben, Hausfrau/Hausmann zu sein, und der Anteil der Personen, die sich im Mutterschafts- oder Elternzeit befinden, nur in der am stärksten feminisierten Subgruppe zu finden sind. Zudem ist der Anteil der Personen, die sich einsam fühlen, im Vergleich zur am schwächsten feminisierten IG-Score Subgruppe durchschnittlich rund 8% höher. Der Anteil der Personen, die bezahlte Hilfe im Haushalt in Anspruch nehmen, ist hingegen in allen IG-Score-Subgruppen konstant (Mena et al., 2023 Supplementary).

Während bei der Klassifikationsbaumanalyse die Klassifikation der untersuchten Zielgröße in Abhängigkeit von den Dekonstruktionsvariablen erfolgt, wird die Subgruppenbildung entlang des IG-Scores unabhängig von den gesundheitsbezogenen Zielgrößen vorgenommen. Durch die anschließende Stratifizierung nach binärem Geschlecht innerhalb der IG-Score Subgruppen können aus einer anschließenden Gleichstellungsperspektive die Prävalenzen unterschiedlicher Zielgrößen untersucht werden. Dies setzt voraus, dass die Lebenswelten von Frauen und Männern in den IG-Subgruppen hinsichtlich aller einbezogenen Dekonstruktionsvariablen vergleichbar sind. Auch in Fachartikel 4 war der Ausgangspunkt die Betrachtung gesundheitsbezogener Zielgrößen, bei denen bereits Geschlechterunterschiede beobachtet wurden (Mena et al. 2023). Anders als in den Fachbeiträgen 2 und 3 wurden die Dekonstruktionsvariablen allerdings nicht verwendet, um merkmals- und mechanismenbezogene Aspekte des Geschlechts aufzudecken, sondern um zu untersuchen, ob auch nach Konstanzhaltung dieser Aspekte noch gesundheitliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern festzustellen sind.

In Bezug auf alle betrachteten gesundheitsbezogenen Zielgrößen blieben nur die Geschlechterunterschiede bei Bluthochdruck innerhalb der am stärksten feminisierten IG-Score Subgruppe stabil. Dies kann verschiedene Gründe haben. So könnte es sein, dass die Dekonstruktionsvariablen in ihrer Gesamtheit nicht alle wesentlichen Aspekte der zugrundeliegenden Geschlechterdifferenz widerspiegeln können. Im Vergleich zu den anderen gesundheitsbezogenen Zielgrößen ist die Hypertonie eine Erkrankung, bei der Männer eine höhere Krankheitslast aufweisen als Frauen. Ein weiterer Erklärungsansatz könnte sein, dass eine Annäherung der Prävalenzen möglicherweise in einer Subgruppe zu beobachten wäre, die das am stärksten „maskulinisierte“ intersektionale Profil aufweist, indem der IG-Score auf Basis der Wahrscheinlichkeiten, in die Kategorie "Mann" zu fallen, berechnet wird. Allerdings wäre auch in diesem Fall nicht mit Sicherheit auszuschließen, dass Geschlechternormen über die Zuschreibung von familiären und finanziellen Verantwortlichkeiten von den Geschlechtergruppen bereits biologisch stark verinnerlicht wurden. Folglich müssten über die Dezentralisierungsvariablen auch Geschlechternormen erfasst werden, die sich z.B. in Verhaltensweisen manifestieren könnten, die hinter der höheren Prävalenz von Suchtverhalten bei Männern im Vergleich zu Frauen zugrunde liegen, wie z.B. hoher Alkoholkonsum, der gleichzeitig ein Risikoverhalten für Bluthochdruck darstellt (RKI, 2008b).

Bei allen Aspekten, die eher mit psychischen bzw. mentalen gesundheitlichen Aspekten zu tun haben, konnte hingegen eine Veränderung des Unterschieds zwischen Frauen und Männern vor dem Hintergrund des am stärksten feminisierten intersektionalen Profils beobachtet werden. Dies bedeutet, dass trotz vergleichbarer Anteile der Dekonstruktionsvariablen, die inhaltlich eine Annäherung der zur Klassifikation verwendeten Dekonstruktionsvariablen in den Fachbeiträgen 2 und 3 darstellen, keine Unterschiede in der Prävalenz zwischen Frauen und Männern in der am meisten feminisierten Teilgruppe des IG-Scores festgestellt werden können. Während bei der Traurigkeit eine Verringerung des Prävalenzunterschieds zu beobachten war, konnten schließlich sowohl bei der subjektiven Gesundheit als auch bei der Depression keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern festgestellt werden, deren Lebenswelten vergleichbar und durch einen hohen Feminisierungsgrad gekennzeichnet sind.

6.2 Empfehlungen zur Förderung des Gender Mainstreaming durch die GBE

Die Ausblendung eines breiten Spektrums gesellschafts- und wissenschaftsrelevanter Erfahrungen durch den langen historischen Ausschluss von Frauen aus Wissenschaft und Forschung, gekoppelt mit der historischen Pathologisierung und Medikalisierung des weiblichen Körpers (vgl. Kapitel 1), kann als Hinweis auf einen nicht nur aus Gleichstellungsperspektive bestehenden Handlungsbedarf gewertet werden. Dem wissenschaftlichen Anspruch auf

Objektivität und Selbstreflexivität durch die systematische Integration feministischer Perspektiven (Knapp, 2011) gerecht zu werden, könnte hier einen zentralen Mehrwert für die GBE des Bundes darstellen. Angesichts der Unterschiede in der Verteilung von Erwerbsarbeit und unbezahlter Sorgearbeit zwischen Frauen und Männern (vgl. Kapitel 1) ist eine adäquate bzw. unverzerrte Abbildung der Grundgesamtheit einer Bevölkerung durch die Berücksichtigung feministischer Perspektiven schließlich überhaupt erst möglich. Ihre konsequente Berücksichtigung in der GBE des Bundes kann sich nicht nur bei der Interpretation der Ergebnisse, sondern bereits bei der Quantifizierung gesundheitlicher Ungleichheiten als zielführend erweisen und die Darstellung vergeschlechtlichter Lebenswelten auch entlang der Bevölkerungsdaten nachvollziehbar machen. Für eine entsprechende Integration feministischer Perspektiven kann es sich als notwendig erweisen, den der GBE zugrunde liegenden Arbeitsbegriff in Bezug auf Erwerbsarbeit und unbezahlte Sorgearbeit zu überdenken und ggf. neu zu definieren. In Anlehnung an die Begriffsbestimmung im Kontext des Gender Mainstreaming könnte sich daraus eine stärkere Berücksichtigung der geschlechterspezifischen Arbeitsteilung in ihrem Zusammenhang mit ökonomischer Benachteiligung und Gesundheit ergeben. Gleichzeitig eröffnet die zusätzliche Berücksichtigung von Verhaltensaspekten in Form von entsprechenden Geschlechterrollen die Möglichkeit, Zielgruppen nicht nur anhand von Merkmalskategorien zu identifizieren, sondern ggf. auch erste Ansätze für die inhaltliche Ausgestaltung von Gesundheitsinterventionen zu liefern, die zugleich eine gleichstellungspolitische Relevanz aufweisen. Schließlich geht die Naturalisierung des sozialen Geschlechts auch mit der vorherrschenden ungleichen Verteilung von Erwerbs- und unbezahlter Sorgearbeit in der Bevölkerung einher und setzt insbesondere Frauen einem erhöhten ökonomischen Risiko im Lebensverlauf aus (vgl. Kapitel 1). Während die Einzeldimensionen Bildung, Beruf und Einkommen bzw. die Gesamtheit dieser Aspekte in Form eines sozioökonomischen Scores als zentrale Variablen in der GBE systematisch berücksichtigt werden, gehören Variablen, die Geschlechternormen beinhalten und eng mit der ökonomischen Situation der Menschen verknüpft sind, derzeit nicht zum Standard bei der Quantifizierung gesundheitlicher (Un-)Gleichheiten (vgl. Kapitel 1.1). Zudem wird weder im Kontext der sozialen Determinanten von Gesundheit am RKI (RKI, 2021) noch im Zusammenhang mit Empfehlungen für eine gute GBE-Praxis (Starke et al., 2019) die Bedeutung und konsequente Berücksichtigung von Geschlechternormen und -rollen explizit betont. Dieser Umstand kann als eine zu überwindende Hürde gesehen werden, wenn es darum geht, die GBE und das Gender Mainstreaming auf Bundesebene anschlussfähig zu machen: Während eine nach Geschlecht stratifizierte Analyse in Kombination mit weiteren Differenzkategorien wie Bildung, Beruf und Einkommen durchaus als geschlechtersensibler Ansatz gelten kann, verfolgt Gender Mainstreaming primär einen geschlechtertransformativen Ansatz. Dies bedeutet, dass die Quantifizierung von Aspekten, die unmittelbar mit gesellschaftlich wandelbaren

Geschlechterrollenzuschreibungen und einer deutlichen Abgrenzung vom biologischen Geschlecht zusammenhängen, konsequent berücksichtigt werden.

Mit der Thematisierung der psychischen Belastung im Zusammenhang mit unbezahlter Sorgearbeit scheint das Gender Mainstreaming implizit bereits eine Brücke zu Public Health über die relevante Gesundheitszielgröße der psychischen Gesundheit zu schlagen. Psychische Gesundheit ist in Anlehnung an das RKI „eine wesentliche Voraussetzung von Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und sozialer Teilhabe. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit sind weit verbreitet und reichen von leichten Einschränkungen des seelischen Wohlbefindens bis zu schweren psychischen Störungen. Sie gehen mit erheblichen individuellen und gesellschaftlichen Folgen einher und beeinflussen die körperliche Gesundheit und das Gesundheitsverhalten“ (RKI, 2023d). Insbesondere der beschriebene Einfluss auf körperliche Gesundheit und Gesundheitsverhalten legt bereits nahe, dass die Prävalenzdarstellung weiterer GBE-relevanter Zielgrößen ausgehend von der psychischen Gesundheit, ein geschlechterspezifisches Muster aufweisen könnte. Im Rahmen des Gender Mainstreaming wird ebenfalls die psychische Belastung als Folge der Belastung durch unbezahlte Sorgearbeit thematisiert. Dabei werden in der Definition der unbezahlten Sorgearbeit neben den Wegezeiten zur Erledigung der Sorgearbeit auch die unsichtbaren Tätigkeiten als *Mental Load* bezeichnet (Gärtner et al., 2020, S. 9). *Mental Load* umfasst in diesem Sinne die gesamte Organisation und Bewältigung der anfallenden Aufgaben und Tätigkeiten der unbezahlten Sorgearbeit für alle Familienmitglieder, wie z.B. die Wahrnehmung von Terminen (Elternabende, Zahnarzttermine der Kinder) oder auch das Stellen eines Pflegeantrags (ebd.). Gesundheitliche Zielgrößen, die im Zusammenhang mit mentaler bzw. psychischer Belastung stehen können, bildeten auch einen Fokus in der vorliegenden Dissertation. Für die Klassifikationsbäume wurde die 4-Wochen-Prävalenz psychischer Belastung verwendet, ein Messinstrument, das auch im klinischen Bereich als Marker zur Ableitung des Vorliegens einer klinischen Depression und von Angststörungen eingesetzt wird (Mena et al., 2021a). Für den IG-Score wurde die 4-Wochen-Prävalenz von Traurigkeitsgefühlen, die subjektive Einschätzung der aktuellen Gesundheit sowie die Lebenszeitprävalenz einer Depressionsdiagnose herangezogen (Mena et al., 2023). Ein direkter Vergleich ist bei diesen Indikatoren aufgrund der heterogenen Operationalisierung nicht unmittelbar möglich. Es fällt jedoch auf, dass bei allen vier Indikatoren das soziale Geschlecht und insbesondere die Feminisierung der unbezahlten Sorgearbeit durchaus in einem quantifizierbaren Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit zu stehen scheint. Bei den Klassifikationsbaumanalysen ermöglichten es die Dezentralisierungsvariablen soziale Unterstützung und Belastungen durch unbezahlte Sorgearbeit, stärker betroffene Subgruppen zu identifizieren. Darüber hinaus erwies sich auch die Reflexion vor dem Hintergrund der Vergeschlechtlichung der Lebenswelten von Frauen und Männern im Hinblick auf informelle Sorgearbeit als aussagekräftig. Für den IG-Score

hat sich hingegen gezeigt, dass selbst wenn Frauen und Männer hinsichtlich von Diversifizierungsvariablen sowie der im Rahmen der Klassifikationsbaumanalysen sichtbar gewordenen Dezentralisierungsvariablen vergleichbar sind, die geschlechterbezogenen Prävalenzunterschiede vor dem Hintergrund des am stärksten feminisierten intersektionalen Geschlechterprofils nicht mehr abgebildet werden können.

Der Zusammenhang zwischen den inhaltlich zentralen Aspekten des Gender Mainstreaming zur informellen Sorgearbeit und der daraus resultierenden feminisierten ökonomischen Benachteiligung und der psychischen Gesundheit von Frauen und Männern konnte in den Fachbeiträgen 2 und 4 durch unterschiedliche Ansätze zur Quantifizierung gesundheitlicher Ungleichheit sichtbar gemacht werden. In den Analysen wurde die binäre Geschlechtervariable im Zusammenhang mit gesundheitlichen Zielgrößen aus dem Bereich der psychischen Gesundheit auf unterschiedliche Weise verwendet, um Geschlecht durch die funktionale Berücksichtigung von Dezentralisierungs- und/oder Diversifizierungsvariablen zu dekonstruieren. In den Klassifikationsbaumanalysen wurde die binäre Geschlechtervariable, zur a priori Stratifizierung vor dem Klassifikationsprozess sowie zur a posteriori Stratifizierung nach dem Klassifikationsprozess zur Beschreibung der Geschlechteranteile innerhalb der identifizierten Subgruppen verwendet. Im Zusammenhang mit dem IG-Score diente diese als Expositionsvariable zur Simulation eines Feminisierungsprozesses und darauf aufbauend zur Subgruppenbildung entlang der Quintile des IG-Scores sowie im Anschluss an die IG-Score-Bildung zur Abbildung der Geschlechteranteile innerhalb der berechneten IG-Score-Subgruppen. Schließlich wurde die binäre Geschlechtervariable auch zur a posteriori Stratifizierung der Prävalenzen innerhalb der gebildeten IG-Score Subgruppen verwendet.

Die Vergeschlechtlichung wird maßgeblich über die Kategorien des Erwerbsstatus, insbesondere zwischen Vollzeitbeschäftigung und Arbeitstätigkeiten im Sinne feminisierter Geschlechternormen, die sich hinter der Kategorie Hausfrau/Hausmann verbergen können, getragen. Dies wird anhand der Darstellung der bundesweiten Betrachtung der geschlechterspezifischen Verteilung von Erwerbsarbeit und unbezahlter Sorgearbeit in der Bevölkerung (vgl. Kapitel 1) sowie über die Operationalisierung des IG-Score (Mena et al., 2023) deutlich. In der Verteilung von Erwerbsarbeit und unbezahlter Sorgearbeit, die sich sowohl in einer deskriptiven Darstellung entlang statistischer Bevölkerungsdaten als auch in der datengetriebenen Simulation eines Feminisierungsprozesses im Zusammenhang mit dem IG-Score auf Basis der SOEP-Daten feststellen lässt, könnte allerdings eine theoriegeleitete Entwicklung eines IG-Scores, beispielsweise auf Grundlage der eigenen Erhebungsdaten des RKI, auch eine Herausforderung darstellen: Während eine starke Dezentralisierung des Geschlechts mittels Klassifikationsbaumanalysen zielführend ist, um geschlechterspezifische

Muster von Krankheit und Gesundheit in der Bevölkerung sichtbar zu machen, stößt das Verfahren zur Berechnung eines IG-Scores bis zu einem gewissen Grad an seine Grenzen. Eine zu starke Dezentralisierung, die beispielsweise statt der Kategorie Hausfrau/Hausmann die in den Fachbeiträgen 2 und 3 verwendeten Dezentralisierungsvariablen der Belastungen durch unterschiedliche Ausprägungen informeller Sorgearbeit verwendet, führt zwangsläufig zu einem deutlich höheren Ausschluss von Anteilen der Untersuchungspopulation als den rund 0,5% in Fachartikel 4. Der Grund hierfür kann möglicherweise darin gesehen werden, dass die Lebenswelten von Frauen und Männern insbesondere im mittleren Lebensalter einem deutlich abbildbaren geschlechterspezifischen Ungleichheitsmuster folgen. Die Abbildung der Bevölkerung auf Basis der zur Berechnung des IG-Scores herangezogenen Dekonstruktionsvariablen könnte daher nur über eine weniger stark dezentralisierende Kategorie wie die verwendete Kategorie Hausfrau/Hausmann noch weitgehend vergleichbar für die Gesamtbevölkerung abgebildet werden. (vgl. Kapitel 1; Mena et al., 2023). Eine stärkere Dezentralisierung bei der Entwicklung eines IG-Scores im Rahmen der GBE des Bundes als potenzielles Instrument für das Gesundheitsmonitoring würde folglich erst nach der erfolgreichen Umsetzung von Gender Mainstreaming Maßnahmen im Zeitverlauf möglich werden. Bis dahin könnte allerdings ein IG-Score, der wie in Fachartikel 4 erprobt auf der Basis einer weniger starken Dezentralisierung ermittelt wird, dazu beitragen, die Entwicklung der Verwirklichung von Geschlechtergerechtigkeit über die Zeit zu beobachten. Die erfolgreiche Umsetzung von Gender Mainstreaming Maßnahmen ließe sich ggf. durch eine Reduktion des Einflusses von Erwerbsstatuskategorien im Berechnungsprozess bzw. in der Simulation des Feminisierungsprozesses entlang der Dekonstruktionsvariablen abbilden. Darüber hinaus könnte ein spezifisch auf die soziokulturellen Lebenswirklichkeiten der zugrunde liegenden Bevölkerung ermittelter IG-Score genutzt werden, um vor der Berichterstattung über beobachtete geschlechterspezifische Prävalenzunterschiede in gesundheitlichen Zielgrößen vorab zu testen, inwieweit sich diese Unterschiede auch in Subgruppen mit vergleichbar komplexen intersektionalen Profilen abbilden lassen. In diesem Sinne kann die GBE des Bundes dazu beitragen, geschlechtssensiblen Interpretationen präventiv entgegenzuwirken, die andernfalls durch die Berichterstattung von gesundheitlichen Ungleichheiten auf Basis einer merkmalsbezogenen Operationalisierung von Geschlecht, die beobachteten vergeschlechtlichten Bevölkerungsmuster zu verfestigen drohen.

Auch in der GBE des Bundes wird das Thema psychische Gesundheit zentral aufgegriffen, wie u.a. die Bemühungen um den Aufbau einer Mental Health Surveillance am RKI (Thom et al., 2021) zeigen. Zuvor wurde das Thema psychische Gesundheit zwar bereits in der Gesundheitsberichterstattung einschließlich des Journals of Health Monitoring aufgegriffen, aber wie auch in anderen Gesundheitsberichten des Bundes (vgl. Kapitel 1.1) wird auf

geschlechterrelevante Prozesse primär erst bei der Erklärung beobachteter Prävalenzunterschiede entlang der binären Geschlechterkategorisierung Bezug genommen. In diesem Zusammenhang werden theoretische Bezüge zu geschlechterrelevanten Aspekten hergestellt, z.B. zu neurobiologischen Faktoren wie hormonellen Veränderungen im Zusammenhang mit Menstruation und Geburt (Wittchen et al., 2010), zu psychosozialen Belastungsfaktoren wie Armut und Benachteiligung (Busch et al., 2011; Wittchen et al., 2010) oder zu Rollenüberlastungen bei erwerbstätigen Frauen im Kontext der Erfüllung der Rollen als Mutter, Arbeitnehmerin und Partnerin (Wittchen et al., 2010). Auch im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie wird eine beobachtete Reduktion der Depressionssymptomatik vor dem Hintergrund einer möglicherweise stressreduzierenden Entschleunigung der Arbeits- und Lebenswelt durch Maßnahmen wie Homeoffice und Kurzarbeit für beide Geschlechter diskutiert (Hapke et al., 2022). Hinsichtlich der Quantifizierung gesundheitlicher Ungleichheiten zeigt sich ein vergleichbares Bild in der Gesundheitsberichterstattung u.a. im Zusammenhang mit verhaltensbezogenen Gesundheitszielgrößen (vgl. Kapitel 1.1). So wurden vor allem Alter (Wittchen et al., 2010), Alter und ein SES-Index (Busch et al., 2011) oder Alter und Bildung (Hapke et al., 2022) zur Stratifizierung herangezogen. Bei der Betrachtung psychischer Belastungen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes sticht jedoch ein Bericht hervor, der sich auf Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Zusammenhang mit der 12-Monats-Prävalenz für diagnostizierte Depression konzentriert (Müters et al., 2013). In diesem Bericht werden auf Basis der GEDA-Daten 2009 und 2010 neben Geschlecht, Alter und Sozial- bzw. Erwerbsstatus weitere individuelle Faktoren berücksichtigt, die unter dem Gesichtspunkt der Dezentralisierung relevant sind. So wird das Thema Kindererziehung zusätzlich durch Kategorien wie *alleinerziehend*, *keine eigenen Kinder im Haushalt* oder *Kindererziehung gemeinsam mit einer Partnerin bzw. einem Partner* berücksichtigt. Auch die Haushaltsgröße mit Kategorien wie *Einpersonenhaushalt* oder *Mehrpersonenhaushalt* sowie die als gering, mittel oder hoch eingestufte wahrgenommene *soziale Unterstützung* oder der *Partnerschaftsstatus* werden in einigen Darstellungen geschlechtervergleichend dargestellt. Die Ergebnisse werden als Hinweis darauf gewertet, dass bei Männern im Erwerbsalter im Vergleich zu Frauen im Erwerbsalter eine Depressionsdiagnose stärker mit einem niedrigen Sozialstatus sowie der nicht Erwerbstätigkeit im Zusammenhang stehen. Das Thema der sozialen Unterstützung wird wiederum bei Frauen als wichtigerer sozialer Faktor erachtet. Lebenssituationen, wie z.B. allein zu leben oder alleinerziehend zu sein, scheinen hingegen für beide Geschlechter mit psychischen Belastungen verbunden zu sein. Die beobachteten Zusammenhänge zwischen den entsprechend untersuchten sozialen Merkmalen und dem Vorliegen einer Depressionsdiagnose wurden zunächst als Spiegel traditioneller Geschlechterrollenzuschreibungen, wie eine starke Identifikation und Einbindung in die Arbeitswelt bei Männern und eine stärkere Einbindung über informelle Netzwerke bei Frauen, interpretiert. Kritisch hinterfragt wird, ob sich in den Ergebnissen

nicht letztlich eher traditionelle geschlechterspezifische Muster im Hilfesuchverhalten, in der Symptomdarstellung, in der Diagnostik und in der Behandlung widerspiegeln. Daraus wird gefolgert, dass verstärkt auf belastende Konstellationen und Lebenssituationen bei Frauen und Männern geachtet werden sollte, die jenseits gängiger Geschlechterrollenvorstellungen oder -stereotype liegen (ebd.). Im Vergleich dazu weisen die Ergebnisse der Fachbeiträge 2 und 4 zusammenfassend darauf hin, dass die Erfüllung weiblich-mütterlicher Verhaltenserwartungen mit einer erhöhten psychischen Belastung einhergehen kann. Dies steht im Einklang mit dem im Kontext des Gender Mainstreaming diskutierten Mental Load. Aufgrund der bestehenden Geschlechterverhältnisse sind Frauen deutlich häufiger mit der Erfüllung weiblich-mütterlicher Verhaltenserwartungen konfrontiert. Allerdings weisen die Ergebnisse der der Fachbeiträge 2 und 4 darauf hin, dass Männer, sofern sie sich in einer vergleichbaren Lebenswelt bewegen, ebenfalls vergleichbare Prävalenzen in Bezug auf Indikatoren psychischer Gesundheit aufweisen.

Zur Entwicklung eines Indikatorensets für die erwachsene Bevölkerung wurden im Rahmen des Aufbaus der Mental Health Surveillance potenzielle Indikatoren durch eine systematische Literaturrecherche identifiziert und in einem strukturierten Konsensprozess mit internationalen und nationalen Expertinnen und Experten bzw. Stakeholdern ausgewählt (Thom et al. 2021). Das endgültige Set umfasst 60 Indikatoren, die ein mehrdimensionales Public-Health-Rahmenkonzept psychischer Gesundheit in insgesamt fünf Handlungsfeldern abbilden. Als Stratifizierungsmerkmale für bevölkerungsbezogene Datenanalysen sollen je nach Datenverfügbarkeit Alter, Geschlecht, soziale Lage, Bildung und Region herangezogen werden. Im Hinblick auf das Handlungsfeld Determinanten der Gesundheit werden einige Aspekte genannt, die auch unter Dezentralisierungsgesichtspunkten als relevant angesehen werden können. Darunter zählen neben Bildung und sozialer Unterstützung auch Stressoren wie Traumatisierung und Gewalterfahrungen oder chronischer Stress sowie soziale Risikofaktoren wie Einsamkeit und auf struktureller Ebene Faktoren wie Armut und Arbeitslosigkeit und schließlich das Gesundheitsverhalten. Im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention befindet sich die Indikatorenentwicklung noch im Prozess und es scheint, dass zumindest das Setting Familie neben anderen Settings als relevant angesehen wird. Dennoch sind Geschlechternormen und -rollen im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit derzeit nicht explizit Gegenstand von Erwägungen (ebd.).

An dieser Schnittstelle liegt möglicherweise das größte Potenzial für einen ersten Ansatzpunkt, an dem die GBE neben einer noch adäquateren Erfassung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung einen zentralen Beitrag zur Förderung des Gender Mainstreaming auf Bundesebene leisten könnte. Mit der Ausblendung von Erwerbstätigkeiten im Zusammenhang mit Haus- und Familienarbeit, die aufgrund von Geschlechternormen ein geschlechterspezifisches Muster in der

Bevölkerung aufweisen, geht nicht nur eine Ausblendung von gesundheitsrelevantem Alltagsverhalten einher. Das Verhalten entlang der geschlechterspezifischen Rollenverteilung kann sich einerseits insbesondere in einer stärkeren psychischen Belastung äußern, gleichzeitig aber z. B. durch ein gesünderes Koch- und Ernährungsverhalten gesundheitsförderlich wirken (vgl. Kapitel 1.1). Unabhängig davon scheint die Ausblendung von Erwerbstätigkeiten im Zusammenhang mit Haus- und Familienarbeit in direktem Zusammenhang mit unterschiedlichen und zugleich geringer bewerteten Arbeitstätigkeiten sowohl auf der familiären Ebene als auch im Zusammenhang mit der geschlechterspezifischen Segregation des Erwerbsarbeitsmarktes zu stehen (vgl. Kapitel 1). Die geringe Wertschätzung von Tätigkeiten im Bereich der Sorgearbeit kann als Folge weiblich-mütterlicher Verhaltenserwartungen betrachtet werden, die insbesondere Frauen in eine stärkere ökonomische Abhängigkeit bringen, die sich negativ auf ihre ökonomische Unabhängigkeit und sozioökonomische Position im Lebensverlauf auswirken kann. Die Geringschätzung der unbezahlten Sorgearbeit, die zu einem großen Teil von Frauen geleistet wird, erschwert möglicherweise auch die Wahrnehmung ihrer hohen volkswirtschaftlichen Bedeutung in der Bevölkerung: Schätzungen gehen davon aus, dass im Jahr 2013 rund 35% mehr Zeit für unbezahlte Sorgearbeit aufgewendet wurde als für bezahlte Erwerbsarbeit (Schwarz & Schwahn 2016). Dies entspräche bereits einer konservativ geschätzten Bruttowertschöpfung von 987 Mrd. Euro, wenn die unbezahlte Arbeit in privaten Haushalten mit Nettostundenlöhnen bewertet wird, ohne die Ausfallzeiten der haushaltsführenden Personen zu entlohnen. Damit wird die Wertschöpfung des produzierenden Gewerbes von 769 Mrd. Euro durch Haus- und Familienarbeit deutlich übertroffen (ebd.).

7. Fazit und Ausblick

Die Etablierung der Frauen- und Geschlechterforschung ist eine Errungenschaft der Neuen Frauenbewegung und damit eine sehr junge wissenschaftliche Disziplin (vgl. Kapitel 1). Der Ausdifferenzierungsprozess moderner Wissenschaftsdisziplinen erfolgte weitgehend unter der Exklusion von Frauen. Folgen dieser Marginalisierung sind nicht nur die stark männlich geprägte Gestaltung des wissenschaftlichen Berufsfeldes, sondern vor allem die damit historisch verbundene inhaltliche Ausblendung eines breiten Spektrums gesellschaftlich und wissenschaftlich relevanter Erfahrungen. Dies hat zur Folge, dass zentrale Bereiche, Problemlagen und Verfasstheiten von Kultur und Gesellschaft nicht oder nur unzureichend erfasst und erforscht werden (Knapp, 2011; McCall, 2005). Dass der Ausschluss von Frauen aus der Wissenschaft zu lange nicht thematisiert wurde, kann als Zeichen fehlender Objektivität und Selbstreflexion des wissenschaftlichen Anspruchs gewertet werden (Knapp, 2011).

Als Ausdruck der gesellschaftlichen Folgen einer Ausblendung feminisierter Lebenswelten kann die Hierarchisierung des Geschlechterverhältnisses, die sich auch in der Ungleichverteilung unbezahlter Sorgearbeit zwischen Frauen und Männern widerspiegelt, angesehen werden. Mit Hilfe der zentralen Gender Mainstreaming Indikatoren sollen insbesondere die ungleiche Verteilung von unbezahlter Sorgearbeit und deren Folgen auf Bevölkerungsebene quantifiziert beschrieben und Veränderungen durch die Umsetzung von Gender Mainstreaming Maßnahmen auf Bundesebene im Zeitverlauf erfasst werden. In diesem Zusammenhang kann der Gleichstellungsindikator Gender Care Gap inhaltlich als ein dem Gender Pay Gap und dem Gender Pension Gap zugrundeliegender Mechanismus betrachtet werden. Primäres Ziel des Gender Mainstreamings ist die Verwirklichung der Gleichstellung von Frauen und Männern. Im Mittelpunkt der Gesundheitsberichterstattung des Bundes steht ebenfalls eine datengestützte Beschreibung, allerdings geht es in erster Linie um die Erfassung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Die GBE verfolgt im Hinblick auf die Integration der Gender Mainstreaming Perspektive einen geschlechtersensiblen Ansatz und setzt bei den Analysen zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung die Stratifizierung nach der merkmalsbezogenen Geschlechtervariable konsequent um. Darüber hinaus werden auch weitere zentrale geschlechterrelevante Variablen wie Alter und sozioökonomische Faktoren berücksichtigt. Im Einklang mit den Leitlinien für eine Gute Praxis in der GBE werden bei beobachteten geschlechterspezifischen Unterschieden teilweise auch theoretische Erklärungsansätze herangezogen. Allerdings werden bei der Quantifizierung Variablen, die es ermöglichen die Verteilung und Gesundheitsrelevanz von weiblich-mütterlichen Verhaltenserwartungen abzubilden und in einen direkten Zusammenhang mit der ökonomischen Benachteiligung insbesondere von Frauen stehen, nur sehr vereinzelt in die Analysen integriert. Mit dem Ansatz der Dezentralisierung und Diversifizierung wurde ein alternativer bzw. ergänzender Ansatz zur geschlechtersensiblen Quantifizierung gesundheitlicher Ungleichheiten auf der Basis vorhandener Daten im Kontext der GBE des Bundes entwickelt und erprobt. Ziel war es, die geschlechtertransformative Ausrichtung von Gender Mainstreaming u.a. durch die Berücksichtigung von Geschlechternormen und Geschlechterrollen auch im Kontext der GBE aufzugreifen. Den Ausgangspunkt bildeten gesundheitsbezogene Zielgrößen, bei denen bereits Unterschiede in den Prävalenzen bei Frauen und Männern berichtet wurden. Diese Zielgrößen wurden mittels einer theoriegeleiteten Definition von Dekonstruktionsvariablen zur Diversifizierung und Dezentralisierung von Geschlecht analysiert. Insgesamt wurde neben den in der GBE als Standard verwendeten Variablen ein breiteres Spektrum von sozialen Variablen für die explorative Analyse herangezogen. So wurden beispielsweise der Behinderungsstatus im Kontext der Diversifizierung sowie Variablen der Geschlechterrollen im Kontext der Dezentralisierung berücksichtigt. Die Klassifikationsbaumanalyse, die als einzige komplexere Analyseverfahren im Rahmen des Scoping Reviews zu Intersektionalität und Gender in den

quantitativen Gesundheitswissenschaften identifiziert wurde, kam dabei zum Einsatz. Darüber hinaus wurden auf Basis eines Wahrscheinlichkeitsscores Subgruppen mit ansteigendem Feminisierungsgrad erprobt, innerhalb derer Frauen und Männer in Abhängigkeit der berücksichtigten Diversifizierungs- und Dezentralisierungsvariablen eine vergleichbare Wahrscheinlichkeit haben, in die „Kategorie“ Frau zu fallen. Die vorliegenden Forschungsergebnisse zeigen insbesondere für die Zielgrößen zur psychischen Gesundheit, dass die Abbildung vergeschlechtlichter Lebenswelten mittels der definierten Dekonstruktionsvariablen, der entwickelten Analysestrategien aus den feministischen Perspektiven der Gleichheit und Differenz sowie der erprobten statistischen Methoden eine wesentlich differenziertere Abbildung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung ermöglicht. Insbesondere die Berücksichtigung von Dezentralisierungsvariablen im Zusammenhang mit weiblich-mütterlichen Verhaltenserwartungen, die auch eng mit dem Gender Mainstreaming Indikator Gender Care Gap verzahnt sind, konnten gesundheitsrelevante und gesellschaftlich veränderbare Ansatzpunkte, insbesondere im Hinblick auf gesundheitsbezogene Zielgrößen der psychischen Gesundheit, identifiziert werden. Das im Aufbau befindliche Mental Health Surveillance am RKI, welches nach derzeitigem Berichtsstand die Bedeutung von Geschlechternormen und Geschlechterrollen noch nicht explizit aufzugreifen scheint, kann einen wichtigen ersten Ansatzpunkt für eine stärker geschlechtertransformative Gestaltung der GBE darstellen. Im besten Fall kann durch eine stärkere Dezentralisierung im Rahmen der Datenanalyse ein wesentlicher Beitrag zur Vermeidung potenziell biologistischer Interpretationen von Geschlechterunterschieden geleistet werden. Die Integration feministischer Perspektiven, die der historischen Ausblendung gesellschaftlich und wissenschaftlich relevanter Erfahrungen feminisierter Lebenswelten entgegenwirken kann, würde zugleich die empirische Basis für die Entwicklung und Evaluation geschlechtergerechter Interventionen stärken. Auf diese Weise könnte die Gesundheitsberichterstattung des Bundes einen wichtigen Beitrag zur erfolgreichen Implementierung von Gender Mainstreaming Strategien in der Bevölkerung leisten. Nicht zuletzt könnte über den Beitrag zur Verwirklichung von Geschlechtergerechtigkeit langfristig auch die Verwirklichung von gesundheitlicher Chancengleichheit gefördert werden.

Literaturverzeichnis

- Altgeld, T., Maschewsky-Schneider, U. & Köster, M. (2017). *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-1022-1.0>
- Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. (1997). *Vertrag von Amsterdam zur Änderung des Vertrags über die Europäische Union, der Verträge zur Gründung der Europäischen Gemeinschaften sowie einiger damit zusammenhängender Rechtsakte* (97/C 340/01).
- Annandale, E. (2010). Egalitärer Feminismus und der Gesundheitsstatus von Frauen: Eine kritische Reflexion. In G. Mauerer (Hrsg.), *Edition Frauenhetz Feministische Bildung, Kultur und Politik. Frauengesundheit in Theorie und Praxis: Feministische Perspektiven in den Gesundheitswissenschaften* (S. 27–52). Transcript-Verl. <https://doi.org/10.1515/transcript.9783839414613.27>
- Antidiskriminierungsstelle des Bundes. (2021). *Homepage - 3. Warum ist der Gender Pay Gap in Deutschland so hoch?* https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/faqs/DE/Entgeltgleichheit/03_warum_ist_der_gender_pay_gap_in_deutschland_so_hoch.html [zuletzt abgerufen am 10.11.2023]
- Austin, P. C. (2011). A Tutorial and Case Study in Propensity Score Analysis: An Application to Estimating the Effect of In-Hospital Smoking Cessation Counseling on Mortality. *Multivariate behavioral research*, 46(1), 119–151. <https://doi.org/10.1080/00273171.2011.540480>
- Babitsch, B., Ducki, A. & Maschewsky-Schneider, U. (2020). Geschlecht und Gesundheit: Kapitel 2. In O. Razum & P. Kolip (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (7., überarbeitete Aufl.). Beltz.
- Bartsch, K., Blatt, H., Krämer, J., Weege, W., Trebeß, S. & Stiawa, M. (2008). *Zur aktuellen Diskussion über die Achtundsechzigerbewegung* [INFO-BRIEF]. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages. <https://www.bundestag.de/resource/blob/495214/465a004e6ce1222cfc692bb37b3efd8b/Zur-aktuellen-Diskussion-ueber-die-Achtundsechzigerbewegung-data.pdf>
- Bauer, G. R., Churchill, S. M., Mahendran, M., Walwyn, C., Lizotte, D. & Villa-Rueda, A. A. (2021). Intersectionality in quantitative research: A systematic review of its emergence and applications of theory and methods. *SSM - Population Health*, 14, 100798. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100798>
- Bloomfield, K., Kraus, L. & Soyka Michael. (2008). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. Robert Koch Institut.

- Bolte, G. (2008). Gender in der Epidemiologie. Diskussionsstand und Perspektiven [Gender in epidemiology. State of discussion and perspectives]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 51(1), 3–12. <https://doi.org/10.1007/s00103-008-0414-z>
- Brand, J. E. & Xie, Y. (2010). Who benefits most from college? Evidence for negative selection in heterogeneous economic returns to higher education. *American sociological review*, 75(2), 273–302. <https://doi.org/10.1177/0003122410363567>
- Brand, T., Gencer, H. & Jahn, I. (2019). Gendertransformative Prävention und Gesundheitsförderung. *Public Health Forum*, 27(2), 126–128. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2019-0014>
- Breiman, L.; Friedman, J.; Olshen, R. & Stone, C. (1984). Classification and Regression Trees. *Biometrics*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Classification-and-Regression-Trees-Breiman-Friedman/4ab52fc7a0c06be5db52cf6a482eb455fec2723b>
- Bundesagentur für Arbeit. (2022). *Anteil von Frauen und Männern in verschiedenen Berufsgruppen 2022 | Statista*. Statista. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/167555/umfrage/frauenanteil-in-verschiedenen-berufsgruppen-in-deutschland/>
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). (2020). *AdvanceGender - Geschlechtersensible Gesundheitsberichtserstattung: Methoden für einen geschlechtersensiblen Forschungsprozess in populationsbasierten Studien - DLR Gesundheitsforschung*. <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/advancegender-geschlechtersensible-gesundheitsberichtserstattung-methoden-fur-einen-6679.php>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, und Jugend (BMFSFJ). (1999). *Verbundprojekt zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland: Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland*. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, und Jugend (BMFSFJ). (2011). *Neue Wege – Gleiche Chancen: Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf. Erster Gleichstellungsbericht*.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, und Jugend (BMFSFJ). (2017). *Zweiter Gleichstellungsbericht der Bundesregierung*.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, und Jugend (BMFSFJ). (2021a). *Dritter Gleichstellungsbericht: Digitalisierung geschlechtergerecht gestalten*.

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, und Jugend (BMFSFJ). (2021b). *Gender Mainstreaming* [Gleichstellung und Teilhabe]. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/gleichstellung-und-teilhabe/strategie-gender-mainstreaming> [zuletzt abgerufen am 10.11.2023]
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, und Jugend (BMFSFJ). (2023). *Open Data Portal - Teilzeitquote von sozialversicherungspflichtig beschäftigten Frauen und Männern im Alter von 15 bis unter 65 Jahren nach Ländern*. <https://www.daten.bmfsfj.de/daten/daten/teilzeitquote-von-sozialversicherungspflichtig-beschaeftigten-frauen-und-maennern-im-alter-von-15-bis-unter-65-jahren-nach-laendern-131862>
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2023). *Gender-Mainstreaming*. <https://www.bmz.de/de/service/lexikon/gender-57490> [zuletzt abgerufen am 10.11.2023]
- Bundesstiftung Gleichstellung. (2023). *Über uns - Bundesstiftung Gleichstellung*. <https://www.bundesstiftung-gleichstellung.de/stiftung/ueber-uns/> [zuletzt abgerufen am 10.11.2023]
- Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (2008). Die 68er-Bewegung. *Bundeszentrale für politische Bildung*. <https://www.bpb.de/themen/zeit-kulturgeschichte/68er-bewegung/>
- Bundeszentrale für politische Bildung (2021). Feminismus. *Bundeszentrale für politische Bildung*. <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/politiklexikon/17484/feminismus/> [zuletzt abgerufen am 10.11.2023]
- Busch, M., Hapke, U. & Mensink, G. B. M. (2011). Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise, 7/2011 (GBE KOMPAKT)
- Büter, A. (2013). Das Wertfreiheitsideal in der sozialen Erkenntnistheorie: Objektivität, Pluralismus und das Beispiel Frauengesundheitsforschung. In A. Büter (Hrsg.), *Epistemische Studien / Epistemic Studies. Das Wertfreiheitsideal in der sozialen Erkenntnistheorie. Objektivität, Pluralismus und das Beispiel Frauengesundheitsforschung*. De Gruyter. <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/9783110322729/html>
- Chipman, H. A., George, E. I. & Mc Culloch, R. E. (1998). Bayesian CART Model Search. *Journal of the American Statistical Association*, 93(443), 935. <https://doi.org/10.2307/2669832>
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241. <https://doi.org/10.2307/1229039>

- Dackweiler, R.-M. (2010). Frauen(gesundheits)bewegung im Wohlfahrtsstaat: Von der Selbstbestimmung zur ‚Selbstverantwortung‘ – von der Autonomie zur ‚Selbststeuerung‘? In G. Mauerer (Hrsg.), *Edition Frauenhertz Feministische Bildung, Kultur und Politik. Frauengesundheit in Theorie und Praxis: Feministische Perspektiven in den Gesundheitswissenschaften* (S. 145–166). Transcript-Verl.
<https://doi.org/10.1515/transcript.9783839414613.145>
- Degele, N. (2005). Anpassen oder unterminieren: Zum Verhältnis von Gender Mainstreaming und Gender Studies. In *Kompetenz und/oder Zuständigkeit* (S. 81–98). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-322-80524-9_8
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2018). *ICD-10-GM Version 2018*. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-f60-f69.htm>
- Eichler, M., Fuchs, J. & Maschewsky-Schneider, U. (2000). Richtlinien zur Vermeidung von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 8(4), 293–310. <https://doi.org/10.1007/BF02955909>
- Europäische Kommission. (2005). *EQUAL-Leitfaden zu Gender Mainstreaming* (Ms. abgeschlossen 2004). *Beschäftigung & Soziales Beschäftigung & Europäischer Sozialfonds*. Amt für Amtliche Veröff. der Europ. Gemeinschaften.
- Europäisches Parlament. (1998). *Die Rechte der Frau und der Vertrag von Amsterdam über die Europäische Union*. Arbeitsdokument (FEMM 104 DE). *Reihe Rechte der Frau*.
- Eurostat. (2023). *Europäische Union: Geschlechtsspezifisches Rentengefälle (Gender Pension Gap) in den Mitgliedstaaten^{1 2 3} im Jahr 2022*. Zitiert nach de.statista.com.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1127967/umfrage/gender-pension-gap-in-den-mitgliedsstaaten-der-europaeischen-union-eu/>
- Fausto-Sterling, A. (1986). *Myths of gender: Biological theories about women and men* (2 [print.]. *Biology/Women's studies*. BasicBooks.
<https://books.google.es/books?id=je1qAAAAMAAJ>
- Fausto-Sterling, A. (1993). The five sexes: why male and female are not enough. *The Sciences*, 33(2), 20–26.
- Fehrenbacher, A. E. & Patel, D. (2020). Translating the theory of intersectionality into quantitative and mixed methods for empirical gender transformative research on health. *Culture, health & sexuality*, 22(sup1), 145–160.
<https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1671494>
- Feldmann, D. & Schülting, S. (2002). GenderStudies/Gender-Forschung. In R. Kroll (Hrsg.), *Metzler Lexikon Gender Studies-Geschlechterforschung: Ansätze, Personen, Grundbegriffe*. J. B. Metzler'sche Verlagsbuchhandlung & Carl Ernst Poeschel GmbH.

- Fiedel, L., Jacke, K. & Palm, K. (2019). Gendertheoretisch informierte Gesundheitswissenschaften – Herausforderungen, Potentiale und Beispiele ihrer transdisziplinären Entwicklung. *Zeitschrift für Diversitätsforschung und -management*(2-2018), 141–156. <https://doi.org/10.3224/zdfm.v3i2.02>
- Flory, J. (2011). Gender Pension Gap: Entwicklung eines Indikators für faire Entwicklung eines Indikators für faire Einkommensperspektiven von Frauen und Männern.
- Frauen Media Turm (FMT) - Feministisches Archiv und Bibliothek. (2018). *Frauen in Forschung und Wissenschaft*. <https://frauenmediaturm.de/neue-frauenbewegung/forschung-wissenschaft/> [zuletzt abgerufen am 10.11.2023]
- Gärtner, D., Lange, K. & Stahlmann, A. (2020). Was der Gender Care Gap über Geld, Gerechtigkeit und die Gesellschaft aussagt. Einflussfaktoren auf den Gender Care Gap und Instrumente für seine Reduzierung.
- Gender Kompetenz Zentrum. (2010). *Verhältnis des AGG zur Strategie Gender Mainstreaming – GenderKompetenzZentrum*. http://www.genderkompetenz.info/genderkompetenz-2003-2010/gendermainstreaming/Strategie/Gleichstellungspolitik/Antidiskriminierung/agg/agg_gm.html [zuletzt abgerufen am 10.11.2023]
- GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. (2023). *Gender Bias in der Wissenschaft*. <https://www.gesis.org/cews/daten-und-informationen/forschungsfelder/gender-bias> [zuletzt abgerufen am 10.11.2023]
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2023a). *Daten aus Deutschland Datenquellen anderer Datenhalter*. Robert Koch Institut. https://www.gbe-bund.de/gbe10/hrecherche.prc_herkunft_rech?tk=51310&tk2=51312&p_fid=12710&p_uid=gast&p_aid=61608988&p_sprache=D&cnt_ut=1&ut=51312
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2023b). *Das Informations-system der Gesundheits-bericht-erstat-tung des Bundes*. <https://www.gbe-bund.de/gbe/> [zuletzt abgerufen am 10.11.2023]
- Giesselmann, M., Bohmann, S., Goebel, J., Krause, P., Liebau, E., Richter, D., Schacht, D., Schröder, C., Schupp, J. & Liebig, S. (2019). The Individual in Context(s): Research Potentials of the Socio-Economic Panel Study (SOEP) in Sociology. *European Sociological Review*, 35(5), 738–755. <https://doi.org/10.1093/esr/jcz029>
- Gleichstellungportal.de. (2023). *Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) – Gleichstellungportal*. <https://www.gleichstellungportal.de/abc-der-gleichstellung/allgemeines-gleichbehandlungsgesetz-agg/> [zuletzt abgerufen am 10.11.2023]

- Goebel, J., Grabka, M. M., Liebig, S., Kroh, M., Richter, D., Schröder, C. & Schupp, J. (2019). The German Socio-Economic Panel (SOEP). *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, 239(2), 345–360. <https://doi.org/10.1515/jbnst-2018-0022>
- Greaves, L. & Ritz, S. A. (2022). Sex, Gender and Health: Mapping the Landscape of Research and Policy. *International journal of environmental research and public health*, 19(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph19052563>
- Guinea-Martin, D., Mora, R. & Ruiz-Castillo, J. (2018). The Evolution of Gender Segregation over the Life Course. *American sociological review*, 83(5), 983–1019. <https://doi.org/10.1177/0003122418794503>
- Hagemann-White, C. (1993). Die Konstrukteure des Geschlechts auf frischer Tat ertappen? *Feministische Studien*, 11(2), 68–78. <https://doi.org/10.1515/fs-1993-0208>
- Hamm, S. (2010). *Die Frauengesundheitsbewegung: ein Beispiel für Netzwerkbildung*. Univ. Trier. <https://www.meta-katalog.eu/Record/67300fmt>
- Hammarström, A., Johansson, K., Annandale, E., Ahlgren, C., Aléx, L., Christianson, M., Elwér, S., Eriksson, C., Fjellman-Wiklund, A., Gilenstam, K., Gustafsson, P. E., Harryson, L., Lehti, A., Stenberg, G. & Verdonk, P. (2014). Central gender theoretical concepts in health research: the state of the art. *Journal of epidemiology and community health*, 68(2), 185–190. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-202572>
- Hapke, U., Kersjes, C., Kuhnert, R., Damerow, S., Eicher, S. & Hoebel, J. (2022). Ist die COVID-19-Pandemie für alle gleich? – Depressive Symptomatik vor und während der 8 Pandemie in der Studie GEDA 2019/2020. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.25646/10663>
- Harper, P. R. (2005). A review and comparison of classification algorithms for medical decision making. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 71(3), 315–331. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.05.002>
- Henrard, S., Speybroeck, N. & Hermans, C. (2015). Classification and regression tree analysis vs. multivariable linear and logistic regression methods as statistical tools for studying haemophilia. *Haemophilia : the official journal of the World Federation of Hemophilia*, 21(6), 715–722. <https://doi.org/10.1111/hae.12778>
- Hothorn, T., Hornik, K. & Zeileis, A. (2006). Unbiased Recursive Partitioning: A Conditional Inference Framework. *Journal of Computational and Graphical Statistics*, 15(3), 651–674. <https://doi.org/10.1198/106186006X133933>
- Jahn, I., Börnhorst, C., Günther, F. & Brand, T. (2017). Examples of sex/gender sensitivity in epidemiological research: results of an evaluation of original articles published in JECH 2006-2014. *Health research policy and systems*, 15(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12961-017-0174-z>

- Jahn, I., Gansefort, D., Kindler-Röhrborn, A. & Pfeleiderer, B. (2014). Geschlechtersensible Forschung in Epidemiologie und Medizin: Wie kann das erreicht werden?: Ziele und erste Ergebnisse des Verbundes „Geschlechtersensible Forschung in Epidemiologie, Neurowissenschaften und Genetik/Tumorforschung“ [Sex- and gender-sensitive research in epidemiology and medicine: how can this be achieved? Aims and first results of the network “Sex-/Gender-Sensitive Research in Epidemiology, Neurosciences and Genetics/Cancer Research”]. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 57(9), 1038–1046. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-2010-8>
- Johnson J.L.; Greaves, L. & Repta, R (2007). *Better science with sex and gender: A primer for health research*.
https://www.researchgate.net/publication/261774053_Better_science_with_sex_and_gender_A_primer_for_health_research
- Jordan, S. & von der Lippe, E. (2012). Angebote der Prävention – Wer nimmt teil?, 5/2012 (GBE Kompakt).
- Kavanagh, J.; Oliver, S. & Lorenc, T. (2008). *Reflections on developing and using PROGRESS-Plus* (Bd. 2).
https://www.researchgate.net/publication/285979865_Reflections_on_developing_and_using_PROGRESS-Plus
- Knapp, G.-A. (2011). Gleichheit, Differenz, Dekonstruktion und Intersektionalität: Vom Nutzen theoretischer Ansätze der Frauen- und Geschlechterforschung für die gleichstellungspolitische Praxis. In G. Krell, R. Ortlieb & B. Sieben (Hrsg.), *Chancengleichheit durch Personalpolitik* (S. 71–82). Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-8349-6838-8_6
- Knopf, H. & Melchert, H.-U. (2003). *Bundes-Gesundheitssurvey: Arzneimittelgebrauch: Konsumverhalten in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- Kohaut, S. & Möller, I. (2019). Leider nichts Neues auf den Führungsetagen: Frauen in leitenden Positionen, 23/2019.
- Kohler, M., Rieck, A., Borch, S. & Ziese, T. (2005). *Erster telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts – Methodische Beiträge: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin. Robert Koch Institut.
- Kolip, P. & Abel, T. (2003). We are all part of it: gender bias in public health. *Sozial- und Präventivmedizin*, 48(4), 205–206. <https://doi.org/10.1007/s00038-003-3077-4>
- Kolip, P., Lademann, J., Deitermann, B., Bucksch, J. & Schwarze, M. (2006). *Schwerpunktbericht: Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter*. Robert Koch-Institut. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3180>
<https://doi.org/10.25646/3105>

- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2019). *Soziale Lage und Gesundheit*. Handreichung. [https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Kooperationsverbund/19-09-11 Soziale Lage und Gesundheit.pdf](https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Kooperationsverbund/19-09-11_Soziale_Lage_und_Gesundheit.pdf)
- Krieger, N. (1999). Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, 29(2), 295–352. <https://doi.org/10.2190/M11W-VWXE-KQM9-G97Q>
- Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections—and why does it matter? *International journal of epidemiology*, 32(4), 652–657. <https://doi.org/10.1093/ije/dyg156>
- Krieger, N. (2005). Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *Journal of epidemiology and community health*, 59(5), 350–355. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.024562>
- Krieger, N. (2011). Ecosocial Theory of Disease Distribution, 202–235. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195383874.003.0007>
- Krieger, N. (2020). Measures of Racism, Sexism, Heterosexism, and Gender Binarism for Health Equity Research: From Structural Injustice to Embodied Harm-An Ecosocial Analysis. *Annual review of public health*, 41, 37–62. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094017>
- Kroll, R. (Hrsg.). (2002). *Metzler Lexikon Gender Studies-Geschlechterforschung: Ansätze, Personen, Grundbegriffe*. J. B. Metzler'sche Verlagsbuchhandlung & Carl Ernst Poeschel GmbH. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=6288019>
- Kropp, M. (2022). *Erwerbsarbeit – Gleichstellungsportal: In welchem Umfang sind Frauen* und Männer* erwerbstätig?* <https://www.gleichstellungsportal.de/abc-der-gleichstellung/erwerbsarbeit/>
- Kurth, B.-M., Lange, C., Kamtsiuris, P. & Hölling, H. (2009). Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven [Health monitoring at the Robert Koch Institute. Status and perspectives]. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 52(5), 557–570. <https://doi.org/10.1007/s00103-009-0843-3>
- Kuss, O., Blettner, M. & Börgemann, J. (2016). Propensity Score: an Alternative Method of Analyzing Treatment Effects. *Deutsches Arzteblatt international*, 113(35-36), 597–603. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0597>
- Lampert, T. (2011). Rauchen – Aktuelle Entwicklungen bei Erwachsenen, 4/2011 (GBE KOMPAKT).

- Lampert, T., Hoebel, J. & Kroll, L. E. (2019). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland. Aktuelle Situation und Trends. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.25646/5868>
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Fuchs, J., Scheidt-Nave, C. & Nowossadeck, E. (2016). *Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter*. Robert Koch-Institut. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3141> <https://doi.org/17886>
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Müters, S. & Kroll, L. E. (2017). *Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen vom RKI und DESTATIS. Berlin. Robert Koch Institut.
- Lampert, T. & Kroll, L. E. (2010). Armut und Gesundheit, 5/2010 (GBE KOMPAKT).
- Lampert, T. & Kroll, L. E. (2014). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung, 2/2014 (GBE KOMPAKT).
- Lampert, T., Kroll, L. E., Müters, S. & Stolzenberg, H. (2013). Messung des sozioökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) [Measurement of the socioeconomic status within the German Health Update 2009 (GEDA)]. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(1), 131–143. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1583-3>
- Lampert, T., Saß, A.-C., Häfelinger, M. & Ziese, T. (2005). *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. Robert Koch Institut.
- Lange, C., Manz, K., Rommel, A., Schienkiewitz, A. & Mensink, G. (2016). Alkoholkonsum von Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen, Folgen und Maßnahmen, 1(1). <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2016-025>
- Lemon, S. C., Roy, J., Clark, M. A., Friedmann, P. D. & Rakowski, W. (2003). Classification and regression tree analysis in public health: methodological review and comparison with logistic regression. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 26(3), 172–181. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2603_02
- Lenz, I. (2010). *Die neue Frauenbewegung in Deutschland: Abschied vom kleinen Unterschied : eine Quellensammlung* (2., aktualisierte Auflage). VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://books.google.de/books?id=p80FohDetrQC>
- Lenz, I. (2014). Durch die Care Revolution zur Versorgungsgerechtigkeit? In E. Appelt, B. Aulenbacher & A. Wetterer (Hrsg.), *Forum Frauen- und Geschlechterforschung: Bd. 37. Gesellschaft: Feministische Krisendiagnosen* (2. Aufl.). Verl. Westfälisches Dampfboot.
- Lenz, I. (2018). *Was ist Feminismus?* Heinrich-Böll-Stiftung. <https://www.gwi-boell.de/de/2018/05/25/was-ist-feminismus>

- Lofters, A. & O'Campo, P. (2012). Differences that matter. In P. O'Campo & J. R. Dunn (Hrsg.), *Springer eBook Collection Biomedical and Life Sciences. Rethinking Social Epidemiology: Towards a Science of Change*. Springer Netherlands.
- Lott, Y., Hobler, D., Pfahl, S. & Unrau, E. (2022). *Stand der Gleichstellung von Frauen und Männern in Deutschland* (22. Aufl.). Wirtschaft- und Sozialwissenschaftliches Institut.
- Maschewsky-Schneider, U. (2000). *Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen – die Herausforderung eines Zauberwortes*. Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit, und Soziales.
- McCall, L. (2005). The Complexity of Intersectionality. *Signs*, 30(3), 1771–1800.
<https://doi.org/10.1086/426800>
- Mena, E.; Bolte, G. (2019) on behalf of the AdvanceGender Study Group: *Intersectionality-based quantitative health research and sex/gender sensitivity: a scoping review*, in: *International Journal for Equity in Health*, 18: 199, doi:10.1186/s12939-019-1098-8
- Mena, E.; Bolte, G.; on behalf of the AdvanceGender Study Group (2021a): *CART-Analysis embedded in social theory: A case study comparing quantitative data analysis strategies for intersectionality based public health monitoring within and beyond the binaries*, in: *SSM - Population Health*, 13: 100722, doi:10.1016/j.ssmph.2020.100722
- Mena, E.; Bolte, G.; on behalf of the AdvanceGender Study Group (2021b): *Classification tree analysis for an intersectionality-informed identification of population groups with non-daily vegetable intake*, in: *BMC Public Health* 2021, 21: 2007, doi:10.1186/s12889-021-12043-6
- Mena, E.; Stahlmann, K.; Telkmann, K.; Bolte, G. (2023): *Intersectionality-informed sex/gender-sensitivity in Public Health Monitoring and Reporting (PHMR): A case study assessing stratification on an "Intersectional Gender-Score"*, in: *Int J Environ Res Public Health* , 20, 2220, doi:10.3390/ijerph20032220
- Mensink, G. (2003). *Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität*. Robert Koch-Institut.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/3204> <https://doi.org/10.25646/3129>
- Mensink, G. (2002). *Was essen wir heute? Ernährungsverhalten in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. Robert Koch Institut.
- Miani, C., Wandschneider, L., Niemann, J., Batram-Zantvoort, S. & Razum, O. (2021). Measurement of gender as a social determinant of health in epidemiology-A scoping review. *PloS one*, 16(11), e0259223. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259223>
- Mikrozensus (2021). *Gründe für Teilzeittätigkeiten von Männern und Frauen mit und ohne Kinder 2019* | Zitiert nach de.statista.com.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1002947/umfrage/gruende-fuer-teilzeittaetigkeiten-von-maennern-und-frauen-mit-und-ohne-kinder/>

- Jordan, S., Hermann, S., Starker, A. (2020). Inanspruchnahme von Kantinen mit gesunden Ernährungsangeboten im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung in Deutschland. Robert Koch-Institut. <https://doi.org/10.25646/6397>
- Müters, S., Hoebel, J. & Lange, C. (2013). Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern, 2/2013 (GBE Kompakt).
- Müters, S., Michalski, N. & Hoebel, J. (2023). *Aktualisierung der Berechnungsgrundlagen für den Index des sozioökonomischen Status in der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2019/2020-EHIS*. Robert Koch-Institut. <https://edoc.rki.de/handle/176904/11168> <https://doi.org/10.25646/11444>
- National Library of Medicine. (2023). *National Center for Biotechnology Information*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/> [zuletzt abgerufen am 10.11.2023]
- O'Neill, J., Tabish, H., Welch, V., Petticrew, M., Pottie, K., Clarke, M., Evans, T., Pardo Pardo, J., Waters, E., White, H. & Tugwell, P. (2014). Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. *Journal of clinical epidemiology*, 67(1), 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.08.005>
- Payne, S. & Doyal, L. (2010). Re-visiting Gender Justice in Health and Healthcare. In E. Kuhlmann (Hrsg.), *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare* (2nd ed., S. 21–35). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9780230290334_2
- Payne, S. & Doyal, L. (2012). Re-visiting Gender Justice in Health and Healthcare. In E. Kuhlmann & E. Annadale (Hrsg.), *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare* (S. 21–35). Palgrave Macmillan, London. https://doi.org/10.1057/9781137295408_2
- Pelletier, R., Ditto, B. & Pilote, L. (2015). A composite measure of gender and its association with risk factors in patients with premature acute coronary syndrome. *Psychosomatic medicine*, 77(5), 517–526. <https://doi.org/10.1097/PSY.000000000000186>
- Pöge, K., Rommel, A., Mena, E., Holmberg, C., Saß, A.-C. & Bolte, G. (2019). AdvanceGender – Verbundprojekt für eine geschlechtersensible und intersektionale Forschung und Gesundheitsberichterstattung [AdvanceGender-Joint project for sex/gender-sensitive and intersectional research and health reporting]. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 62(1), 102–107. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2855-3>
- Pöge, K., Rommel, A., Starker, A., Prütz, F., Tolksdorf, K., Öztürk, I., Strasser, S., Born, S. & Saß, A.-C. (2022). Survey of sex/gender diversity in the GEDA 2019/2020-EHIS study - objectives, procedure and experiences. *Journal of health monitoring*, 7(2), 48–65. <https://doi.org/10.25646/9958>
- Rabenberg, M. & Mensink, G. (2011). Obst- und Gemüsekonsum heute, 6/2011 (GBE KOMPAKT)

- Rabenberg, M. & Mensink, G. (2013). Limo, Saft & Co – Konsum zuckerhaltiger Getränke in Deutschland, 1/2013 (GBE KOMPAKT)
- Robert Koch Institut. (2003). *Bundes-Gesundheitssurvey: Alkohol: Konsumverhalten in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- Robert Koch Institut. (2006). *Gesundheit in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- Robert Koch Institut. (2008a). *RKI im Nationalsozialismus: Das Robert Koch-Instituts im Nationalsozialismus: Stellungnahme zu den Forschungsergebnissen* [Pressemitteilung]. https://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressetermine/presse_rki_ns_Stellungnahme.html
- Robert Koch Institut (2008b). *Hypertonie*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 43. Berlin.
- Robert Koch Institut. (2011). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- Robert Koch Institut. (2012). *Codebook GEDA 12 - Public Use File*. https://www.rki.de/EN/Content/Health_Monitoring/Public_Use_Files/information/codeplan_2012.pdf?blob=publicationFile
- Robert Koch Institut. (2014a). *Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring (2014b): *Gesundheit in Deutschland aktuell 2009 (GEDA 2009)*. Scientific Use File 2. Version. <https://doi.org/10.7797/27-200910-1-1-37/26-200809-1-1-2>
- Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring (2014c): *Gesundheit in Deutschland aktuell 2010 (GEDA 2010)*. Scientific Use File 3. Version. <https://doi.org/10.7797/27-200910-1-1-3>
- Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring (2014d): *Gesundheit in Deutschland aktuell 2012 (GEDA 2012)*. Scientific Use File 1. Version. <https://doi.org/10.7797/29-201213-1-1-1>
- Robert Koch Institut (2017a). Fragebogen zur Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“: GEDA 2014/2015-EHIS. *Journal of health monitoring*, 2(1), 105–135.
- Robert Koch Institut. (2017b). *Gesundheitsverhalten in Europa – Vergleich ausgewählter Indikatoren für Deutschland und die Europäische Union*. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-024>
- Robert Koch Institut. (2018a). *RKI - Forschungsprojekte zu Geschlecht und Gesundheit - Frauen 5.0*.

- https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Geschlecht_Gesundheit/FP_Frauen_5.0.html [zuletzt abgerufen am 10.11.2023]
- Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring (2018c):
Gesundheit in Deutschland aktuell 2014/2015-EHIS (GEDA 2014/2015-EHIS). Scientific Use File 1. Version. <https://doi.org/10.7797/19-201415-1-1-1>
- Robert Koch Institut. (2020a). *Das Robert Koch-Institut*.
https://www.rki.de/DE/Content/Institut/institut_node.html
- Robert Koch Institut. (2020b). *GBE-Bericht: Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland*.
Berlin.
- Robert Koch Institut. (2020c). *RKI - Forschungsprojekte zu Geschlecht und Gesundheit*.
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Geschlecht_Gesundheit/geschlecht_gesundheit_node.html [zuletzt abgerufen am 10.11.2023]
- Robert Koch Institut. (2021). *RKI - Fachgebiet 28 Soziale Determinanten der Gesundheit*.
https://www.rki.de/DE/Content/Institut/OrgEinheiten/Abt2/FG28/fg28_node.htm [zuletzt abgerufen am 10.11.2023]
- Robert Koch Institut. (2022a). *RKI - Leitbild: Evidenz erzeugen - Wissen teilen - Gesundheit schützen und verbessern: Leitbild des RKI*.
https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Leitbild/Leitbild_node.html [zuletzt abgerufen am 10.11.2023]
- Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring (2022b):
Gesundheit in Deutschland aktuell 2019/2020-EHIS (GEDA 2019/2020-EHIS). Scientific Use File 1. Version. <https://doi.org/10.7797/31-201920-1-1-1>
- Robert Koch Institut. (2023a). *RKI - Allgemeines zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)*.
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Allgemeines/allgemeines_node.html [zuletzt abgerufen am 10.11.2023]
- Robert Koch Institut. (2023b). *RKI - Geschichte - Das Robert Koch-Institut: Eines der ältesten biomedizinischen Institute weltweit*.
https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Geschichte/geschichte_inhalt.html [zuletzt abgerufen am 10.11.2023]
- Robert Koch Institut. (2023c). *RKI - Geschichte - Flyer: Das Robert Koch-Institut - Geschichte im Überblick*.
https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Geschichte/Dokumente/Geschichte_im_Ueberblick.html
- Robert Koch Institut. (2023d). *RKI - Psychische Gesundheit und psychische Störungen*.
https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Psychische_Gesundheit/Psychische_Gesundheit_node.html [zuletzt abgerufen am 10.11.2023]

- Robert Koch Institut. (2023e). *RKI - GBE Berichte - Alle Berichte*.
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Berichte/Berichte_Archiv/berichte_alle_start.html?nn=15119564 [zuletzt abgerufen am 10.11.2023]
- Robert Koch Institut. (2023f). *RKI - Übersicht - Journal of Health Monitoring: Archiv*.
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/JoHM/JoHM_alle/johm_alle_node.html
- Robert Koch-Institut. (2016). *Verbreitung der vegetarischen Ernährungsweise in Deutschland*.
<https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2016-033>
- Robert Koch-Institut. (2017c). *Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede*. RKI-Bib1 (Robert Koch-Institut). <https://edoc.rki.de/handle/176904/2899> <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-111>
- Robert Koch-Institut. (2018b). *Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends*. RKI-Bib1 (Robert Koch-Institut). <https://edoc.rki.de/handle/176904/3045> <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-019>
- Rommel, A., Klaes, L., Cosler, D., Mensink, G. & Lampert, T. (2008). *Lebensführung und Sport*. Robert Koch-Institut; Robert Koch-Institut. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3217> <https://doi.org/10.25646/3142>
- Rosenbaum, P. R. & Rubin, D. B. (1984). Reducing Bias in Observational Studies Using Subclassification on the Propensity Score. *Journal of the American Statistical Association*, 79(387), 516. <https://doi.org/10.2307/2288398>
- Rubin, G. (Hrsg.). (2011). The Traffic in Women. In G. Rubin (Hrsg.), *Deviations: A Gayle Rubin reader* (S. 33-65). Duke University Press. <https://doi.org/10.1215/9780822394068>
- Rubin, G. & Butler, J. (2011). Sexual Traffic. In G. Rubin (Hrsg.), *Deviations: A Gayle Rubin reader* (S. 276–309). Duke University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv11smmmj.16>
- Ruiz-Cantero, M. T., Vives-Cases, C., Artazcoz, L., Delgado, A., García Calvente, M. M., Miqueo, C., Montero, I., Ortiz, R., Ronda, E., Ruiz, I. & Valls, C. (2007). A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *Journal of epidemiology and community health*, 61 Suppl 2(Suppl 2), ii46-53.
<https://doi.org/10.1136/jech.2007.062034>
- Saß, A.-C., Lange, C., Finger, J. D., Allen, J., Born, S., Hoebel, J., Kuhnert, R., Müters, S., Thelen, J., Schmich, P., Varga, M., von, d. L. E., Wetzstein, M. & Ziese, T. (2017). „Gesundheit in Deutschland aktuell“ – Neue Daten für Deutschland und Europa Hintergrund und Studienmethodik von GEDA 2014/2015-EHIS, 2017 2(1).
<https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-012>

- Schmid, S. (2023). *Deutscher Bundestag - Historische Debatten (7): Abtreibungsparagraf 218*. Deutscher Bundestag.
<https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/abtreibungsparagraf-200096>
- Schudde, L. (2018). Heterogeneous Effects in Education: The Promise and Challenge of Incorporating Intersectionality Into Quantitative Methodological Approaches. *Review of research in education*, 42(1), 72–92. <https://doi.org/10.3102/0091732x18759040>
- Schulz, K. (2008). Ohne Frauen keine Revolution: 68er und Neue Frauenbewegung. *Bundeszentrale für politische Bildung*. <https://www.bpb.de/themen/zeit-kulturgeschichte/68er-bewegung/51859/ohne-frauen-keine-revolution/#node-content-title-1>
- Scott, J. W. (1986). Gender: A Useful Category of Historical Analysis. *The American Historical Review*, 91(5), 1053. <https://doi.org/10.2307/1864376>
- Short, S. E. & Zacher, M. (2022). Women’s Health: Population Patterns and Social Determinants. *Annual Review of Sociology*, 48(1), 277–298.
<https://doi.org/10.1146/annurev-soc-030320-034200>
- Starke, D., Tempel, G., Butler, J., Starker, A., Zühlke, C. & Borrmann, B. (2017). *Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen*. RKI-Bib1 (Robert Koch-Institut). <https://edoc.rki.de/handle/176904/2555>
- Starke, D., Tempel, G., Butler, J., Starker, A., Zühlke, C. & Borrmann, B. (2019). *Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen*. Vorab-Onlinepublikation.
<https://doi.org/10.25646/6058>
- Statistisches Bundesamt. (2023). *Alleinerziehende in Deutschland nach Geschlecht bis 2022* | Zitiert nach de.statista.com.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318160/umfrage/alleinerziehende-in-deutschland-nach-geschlecht/>
- Statistisches Bundesamt. (2021a). *Familie, Lebensformen und Kinder: Auszug aus dem Datenreport 2021*.
- Statistisches Bundesamt. (2021b). *Drei von vier Müttern in Deutschland waren 2019 erwerbstätig* [Pressemitteilung].
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/03/PD21_N017_13.html
- Statistisches Bundesamt. (2023a). *Beschäftigungsstatistik - Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort*.
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/insgesamt.html>
- Statistisches Bundesamt. (2023b). *Gender Pay Gap 2022: Frauen verdienen pro Stunde 18% weniger als Männer* [Pressemitteilung].
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/01/PD23_036_621.html

- Thom, J., Mauz, E., Peitz, D., Kersjes, C., Aichberger, M., Baumister, H., Bramesfeld, A., Daszkowski, J., Eichhorn, T., Gaebel, W., Härter, M., Jacobi, F., Kuhn, J., Lindert, J., Markgraf, J., Melchior, H., Meyer-Lindenberg, A., Nebe, A., Orpana, H., Hölling, H. (2021). *Aufbau einer Mental Health Surveillance in Deutschland: Entwicklung von Rahmenkonzept und Indikatorenset*. <https://doi.org/10.25646/8860>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Venkatasubramaniam, A., Wolfson, J., Mitchell, N., Barnes, T., JaKa, M. & French, S. (2017). Decision trees in epidemiological research. *Emerging Themes in Epidemiology*, 14(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12982-017-0064-4>
- von Barga, H. (2018). *Böll. Thema 2/2018: Demokratie braucht Feminismus | Heinrich-Böll-Stiftung*. Heinrich-Böll-Stiftung. <https://www.boell.de/de/2018/07/02/boellthema-22018-demokratie-braucht-feminismus>
- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (WD). (2002). *Der aktuelle Begriff: Gender Mainstreaming*.
- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (WD). (2016). *Gender: Begriff, Historie und Akteure* [Sachstand]. Deutscher Bundestag.
- Wittchen, H.-U., J., F., Klose, M. & Ryl, L. (2010). *Depressive Erkrankungen*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. Robert Koch Institut.
- UN Women – Headquarters. (2015). *Beijing Declaration and Platform for Action, Beijing +5 Political Declaration and Outcome*. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women). <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/01/beijing-declaration>
- Ziese, T., Prütz, F., Rommel, A., Reitzle, L. & Saß, A.-C. (2020). Gesundheitsberichterstattung des Bundes am Robert Koch-Institut – Status quo und aktuelle Entwicklungen [Federal health reporting at the Robert Koch Institute-status quo and current developments]. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 63(9), 1057–1066. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03195-8>
- zum Ewers Rode, N. (2016). Geschlecht und Behinderung – Methodische Überlegungen. *FZG – Freiburger Zeitschrift für GeschlechterStudien*, 22(1). <https://www.budrich-journals.de/index.php/fgs/article/view/27324>

Anhang

A. Fachartikel

Anmerkung: Anhang A ist nicht Teil der Veröffentlichung dieser Dissertation. Die Publikationen stehen unter den folgenden Links zur Verfügung:

A.1 Fachartikel 1: Intersectionality-based quantitative health research and sex/gender sensitivity: a scoping review:

<https://doi.org/10.1186/s12939-019-1098-8>

A.2 Fachartikel 2: CART-Analysis embedded in social theory: A case study comparing quantitative data analysis strategies for intersectionality based public health monitoring within and beyond the binaries:

<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100722>

A.3 Fachartikel 3: Classification tree analysis for an intersectionality-informed identification of population groups with non-daily vegetable intake:

<https://doi.org/10.1186/s12889-021-12043-6>

A.4 Fachartikel 4: Intersectionality-informed sex/gender sensitivity in Public Health Monitoring and Reporting (PHMR): A case study assessing stratification on an "Intersectional Gender-Score":

<https://doi.org/10.3390/ijerph20032220>

B. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich in den vergangenen Jahren bei der Erstellung meiner Dissertation begleitet, inspiriert und unterstützt haben. Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Gabriele Bolte, die mir als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Sozialepidemiologie des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) die Promotion ermöglicht und mir im Rahmen des Drittmittelprojekts stets großes Vertrauen bei der inhaltlichen Ausgestaltung entgegengebracht hat. Allen anderen Mitwirkenden im Rahmen der AdvanceGender-Studiengruppe sowie den weiteren Koautorinnen und Koautoren der Fachartikel danke ich für die wertschätzende, konstruktive und produktive Zusammenarbeit während der gesamten Projektlaufzeit. Herzlich bedanken möchte ich mich ebenfalls bei Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann und Prof. Dr. Benjamin Schüz für die wissenschaftliche Begutachtung meiner Arbeit. Für die gute Zusammenarbeit und Unterstützung gilt mein Dank auch meinen Kolleginnen, Kollegen und unseren Studierenden am IPP sowie im Fachbereich 11 der Universität Bremen. Nicht zuletzt möchte ich meiner Familie, meinem Freundeskreis und insbesondere meinem Lebensgefährten dafür danken, dass sie mir im Alltag den Rücken gestärkt und immer daran geglaubt haben, dass ich den Zeitpunkt erreichen werde, diese Danksagung zu schreiben.

C. Eidstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Verwendung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder unveröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit ist in gleicher Form oder auszugsweise im Rahmen anderer Prüfungen noch nicht vorgelegt worden. Zudem versichere ich, dass die zu Prüfungszwecken beigelegte elektronische Version der Dissertation identisch ist mit der abgegebenen gedruckten Version.

Als Erstautorin war ich für die Publikationen, die Teil der kumulativen Dissertation sind, verantwortlich für die Konzeption des Manuskripts, die Entwicklung der Analysestrategien, die Datenauswertung, die Interpretation der Ergebnisse, die Erstellung des ersten Entwurfs, die Abstimmung mit den Koautorinnen und Koautoren, die Einreichung des Manuskripts, die Überarbeitung der Artikel im Review-Prozess sowie für die damit verbundenen administrativen Aufgaben.

Bremen, den 13. November 2023

Emily Mena