

Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung

Prof. Dr. Petra Kolip

**Zentrale gender-relevante Kriterien
für Gesundheitsförderung und Prävention**

Herausgeber: Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts

Juni 2009

Vorwort

Der dreizehnte Kinder- und Jugendbericht „Mehr Chancen für gerechtes Aufwachsen“ widmet sich erstmals in der Berichtsgeschichte dem Thema gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe. Zusammen mit der Stellungnahme der Bundesregierung ist der Bericht im Mai 2009 als Bundestagsdrucksache erschienen.

Um einen umfassenden Überblick zu diesem Themenkreis und vertiefte Einblicke in einzelne Bereiche zu erhalten, entschied die von der Bundesregierung mit der Erstellung des Berichts betraute Sachverständigenkommission, zahlreiche Expertisen und eine Delphi-Studie erstellen zu lassen.

Die Inhalte der Expertisen gaben entscheidende Impulse für die Diskussionen der Kommission, viele Aspekte flossen auch in den Berichtstext ein und haben wesentlich zu dessen wissenschaftlicher Fundierung beigetragen. Im Bericht konnten jedoch nicht alle Erkenntnisse aus den Expertisen im Detail berücksichtigt werden. Da diese jedoch viele wichtige Befunde, Einblicke und Einsichten enthalten, die mal für die Kinder- und Jugendhilfe, mal für das Gesundheitssystem und die Eingliederungshilfe/Rehabilitation neu sein dürften, beschloss die Sachverständigenkommission, die Expertisen einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Dafür wurden die – ausschließlich von den Autorinnen und Autoren verantworteten – Texte von diesen im Mai 2009 zum Teil leicht überarbeitet und aktualisiert.

Um die Übersicht zu erleichtern, wurden die einzelnen Arbeiten fünf großen Bereichen zugeordnet (s. unten), die auch Schwerpunkte des 13. Kinder- und Jugendberichts bilden. Dabei wurde in allen Arbeiten – wie auch im Bericht – den Schnittstellen und sowohl den Kooperationserfordernissen wie den Kooperationschancen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Schule, Gesundheitssystem und Behindertenhilfe/Rehabilitation besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Die Sachverständigenkommission dankt allen Autorinnen und Autoren der Expertisen und der Delphi-Studie für ihre wertvolle Unterstützung bei der Erstellung des 13. Kinder- und Jugendberichts. Besonders hervorzuheben ist dabei ihre Kooperationsbereitschaft und die Einhaltung der engen, oft nur auf wenige Monate begrenzten Zeitvorgaben, denn der gesamte 13. Kinder- und Jugendbericht musste innerhalb von nur 15 Monaten fertig gestellt werden.

Der Sachverständigenkommission zum 13. Kinder- und Jugendbericht als Herausgeber dieser Expertisen gehörten an: Dr. Wolfram Hartmann, Prof. Dr. Holger Hassel, Prof. Dr. Homfeldt,

Prof. Dr. Heiner Keupp (Vorsitzender), Dr. Hermann Mayer, Dr. Heidemarie Rose, Prof. Dr. Elisabeth Wacker, Dr. Ute Ziegenhain, Dr. Christian Lüders (kooptiertes Mitglied).

In der Geschäftsstelle im Deutschen Jugendinstitut arbeiteten: Dr. Hanna Permien, Dr. Tina Gadow, Gisela Dittrich, Angela Keller, Ekkehard Sander, Sonja Peyk und Susanne Schmidt-Tesch (Sachbearbeitung).

Alle Expertisen stehen als PDF zum Download auf der Internetseite des DJI zum 13. Kinder- und Jugendbericht zur Verfügung und können einzeln aufgerufen werden.

München im Juni 2009

Prof. Dr. Heiner Keupp

Vorsitzender der Sachverständigenkommission

Übersicht über die Expertisen

1. Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe

Nico Dragano / Thomas Lampert / Johannes Siegrist: **Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf?**

Petra Kolip: **Zentrale gender-relevante Kriterien für Gesundheitsförderung und Prävention**

Bernd Röhrle: **Evaluationsprogramme zu Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention – was können sie leisten?**

Manfred Hintermair: **Salutogenetische und Empowerment-Konzepte für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen**

2. Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinderbetreuung und für Heranwachsende mit Behinderungen

Tina Friederich: **Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen**

Renate Höfer, Luise Behringer: **Interdisziplinäre Frühförderung - Angebot und Leistungen**

Prof. Dr. Elisabeth Wacker / Dr. Rainer Wetzler / Stefanie Frings: **Delphi-Studie zu Gesundheitsförderung und Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen**

3. Kinder- und Jugendarbeit und Jugendberufshilfe

Andreas Hanses / Kirsten Sander: **Gesundheitsförderung in der außerschulischen Jugendarbeit**

Knut Lambertin: **Gesundheitsförderung in der Jugendverbandsarbeit**

Elke Opper / Petra Wagner: **Gesundheitsförderung und Prävention im Kinder- und Jugendsport**

Peter Paulus: **Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern**

Florian Straus: **Gesundheitsförderung und Prävention in berufsbildenden Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe**

4. Kinder und Jugendliche in Risikolagen

Albert Lenz: **Risikante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Ressourcen durch Angebote der Jugendhilfe**

Michael Kölch: **Hilfen für Kinder aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern**

Stephan Sting: **Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter**

5. Hilfen zur Erziehung und ihre Schnittstellen

Ulrich Gerth /Klaus Menne: **Der Beitrag der Erziehungsberatung zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen**

Margret Dörr: **Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe: Heime als Orte für Salutogenese**

Jörg M. Fegert / Tanja Besier: **Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem – Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform**

Inhalt

1	Einleitung	6
2	Gesundheit von Kinder und Jugendlichen im Geschlechtervergleich.....	7
2.1	Mortalität	7
2.2	Morbidität	8
2.3	Gesundheitsrelevantes Verhalten	11
2.4	Zusammenfassung der epidemiologischen Befunde	13
3	Konsequenzen für geschlechtergerechte Maßnahmenplanung	14
4	Literatur	20

1 Einleitung

Die sozialepidemiologischen Befunde zur gesundheitlichen Lage im Kindes- und Jugendalter belegen, dass Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten einem geschlechtsspezifischen Muster folgen. Diese Expertise gibt einen Überblick über die Daten und formuliert Kriterien für gendersensible Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter auf der Grundlage der Prinzipien des Gender Mainstreamings.

Die Expertise greift auf die im englischen Sprachraum übliche Differenzierung zwischen dem biologischen und sozialen Geschlecht - sex vs. gender - zurück, um deutlich zu machen, dass sich Geschlechtsunterschiede im Gesundheitszustand und im gesundheitsrelevanten Verhalten nur zum Teil auf biologische Unterschiede zurückführen lassen. Vielmehr sind soziale Unterschiede zwischen den Geschlechtern, also die mit dem biologischen Geschlecht verknüpften Geschlechtsrollenerwartungen und die daraus resultierenden Einstellungen für die Unterschiede konstitutiv. Der Begriff „sex“ umfasst physiologische und anatomische Charakteristika, die z. B. bei der höheren Sterblichkeit männlicher Säuglinge relevant sind (z. B. bei der Sterblichkeit aufgrund von Chromosomenaberrationen, Waldron 2002). Der Begriff „gender“ verweist auf die soziale und kulturelle Prägung des Geschlechts, die für die gesellschaftliche Positionierung von Relevanz ist. Interaktionistische Gendertheorien, die für den vorliegenden Kontext von besonderer Bedeutung sind (Kuhlmann & Kolip, 2005), verweisen auf die soziale Konstruktion der Geschlechterordnungen. So lassen sich nach West und Zimmerman (1987) drei Geschlechteraspekte unterscheiden: „sex“ als biologisches Geschlecht, „sex category“ als sozial akzeptierte Merkmale, die geschlechtlich aufgeladen sind und „gender“ als interaktionistisches Konzept. Das soziale Geschlecht wird nach West und Zimmerman in sozialen Interaktionen bestätigt und hergestellt, darüber, dass sich Individuen so verhalten, dass das Geschlecht klar zu erkennen ist. Dieses Konzept hat vor allem im Jugendalter Bedeutung erlangt, weil sich die geschlechtstypische Ausprägung des gesundheitsrelevanten Verhaltens als Versuche deuten lassen, mit geschlechtlich konnotierten Verhaltensweisen (z. B. Bierkonsum als männliches Verhalten, Diätverhalten als weibliches Verhalten) Männlichkeit und Weiblichkeit herzustellen (vertiefend: Kolip, 1997; Kuhlmann & Kolip, 2005).

2 Gesundheit von Kinder und Jugendlichen im Geschlechtervergleich

2.1 Mortalität

In Deutschland werden mehr Jungen als Mädchen geboren: Auf 345.816 männliche Neugeborene kamen im Jahr 2006 326.908 weibliche Säuglinge; das entspricht einem Verhältnis von 100 : 106 (www.gbe-bund.de). Allerdings ist auch die männliche Säuglingssterblichkeit im Säuglings- und Kindesalter höher (vgl. Tab. 1). Haupttodesursachen im ersten Lebensjahr sind die Sterblichkeit nach einer Frühgeburt und der plötzliche Kindestod.

Tab. 1: Sterblichkeit je 100.000 Kinder und Jugendliche im Jahr 2006

(Quelle: www.gbe-bund.de -> Gesundheitliche Lage -> Sterblichkeit -> Ad Hoc-Tabelle „Sterbefälle je 100.000 Einwohner“)

	<1 Jahr	1-4 Jahre	5-9 Jahre	10-14 Jahre	15-20 Jahre
männlich	409,8	20,6	10,8	11,4	42,4
weiblich	347,8	16,2	7,2	9,6	19,4

Nach dem ersten Lebensjahr nimmt die Bedeutung von äußeren Todesursachen (Verletzungen und Vergiftungen) zu, die in der Altersgruppe 15-19 Jahre einen Anteil von 56,6% bei den Mädchen und 65,8% bei den Jungen ausmachen (vgl. Tab. 2).

Tab. 2: Todesursachen je 100.000 Mädchen und Jungen nach Altersgruppen im Jahr 2006 (Klassifikation nach ICD 10;

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2007)

	1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Angeborene Fehlbildungen (Q00-Q99)	3,0	2,9	1,2	0,8	0,7	1,0	1,2	1,0
Neubildungen (C00-D48)	3,1	2,0	2,6	2,1	2,4	2,2	3,5	2,7
Äußere Ursachen (V01-Y98)	5,4	2,8	2,9	2,0	4,2	2,6	27,9	9,9
Gesamtmortalität (A00-T98)	20,6	8,0	10,8	5,6	11,4	8,6	42,4	17,5

Bei der Todesursache „Äußere Ursachen“ spielen in der Altersgruppe 15 bis 19 Jahre Verkehrsunfälle eine erwartbar große Rolle, aber Suizide machen in dieser Diagnosegruppe einen Anteil von 17% bei den Mädchen und 21% bei den Jungen aus (vgl. Abbildung 1). Immerhin 62 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis 19 Jahren kamen durch einen (nachgewiesenen) tätlichen Angriff ums Leben, auch hier sind Jungen (39 Fälle) fast doppelt so häufig betroffen wie Mädchen (23 Fälle) (Statistisches Bundesamt, 2007).

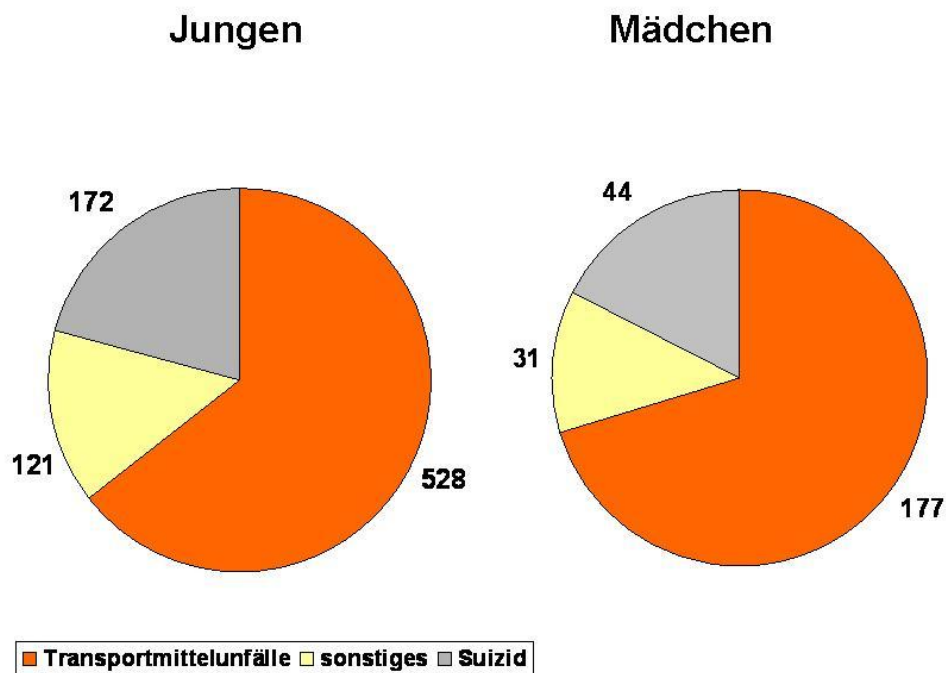


Abbildung 1: Sterblichkeit an äußeren Todesursachen 2006 in der Altersgruppe 15 bis 19 Jahre (angegeben sind die absoluten Häufigkeiten; Quelle: Statistisches Bundesamt 2007)

2.2 Morbidität

Die Befunde zur Sterblichkeit verweisen auf das höhere Unfallrisiko von Jungen, das sich auch in einer höheren verletzungsbedingten Morbidität spiegelt. So mussten 209.117 Jungen und 154.677 Mädchen im Alter zwischen 1 und 4 Jahren im Jahr 2005 stationär behandelt werden (Altersgruppe 5 bis 14 Jahren: 322.027 Jungen, 267.924 Mädchen). Hauptdiagnosen sind in der jüngeren Altersgruppe Krankheiten des Atmungssystems (Jungen: 33,7%. Mädchen: 31,2% der Entlassdiagnosen), Verletzungen und Vergiftungen (Jungen: 15,0%, Mädchen: 15,7% der Diagnosen) und Infektionen und parasitäre Erkrankungen (Jungen: 14,7%, Mädchen: 17,4% der Diagnosen). In der Altersgruppe 5 bis 14 Jahre führen Verletzungen und Vergiftungen die Rangreihe der stationären Behandlungsanlässe an: bei 23,2% der im Krankenhaus aufgenommenen Jungen und 18,0% der Mädchen war dies der Grund für die Behandlung (vgl. Tab. 3).

Tab. 3: Krankenhausentlassdiagnosen 2005 nach Geschlecht; Altersgruppe 1-4 und 5-15 Jahre (absolute Häufigkeiten; Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de)

	1 - 4		5 - 14	
	m	w	m	w
alle Diagnosen	209.117	154.677	322.027	267.924
Infektionen und parasitäre Erkrankungen	30.825	26.850	21.096	19.035
Krankheiten des Atmungssystems	70.426	48.199	51.078	44.068
Verletzungen und Vergiftungen	31.301	24.243	74.562	48.155

Die Routinestatistiken geben nur einen eingeschränkten Eindruck von der gesundheitlichen Lage. Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) liefert erstmals für Deutschland einen umfangreichen Überblick über die gesundheitliche Lage der 0- bis 17-Jährigen und erlaubt aufgrund der geschlechterdifferenzierten Datenpräsentation in der Basisveröffentlichung Aussagen über Geschlechtsunterschiede im Gesundheitszustand und des gesundheitsrelevanten Verhaltens von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (RKI 2007). Im Überblick lassen sich die Unterschiede wie folgt zusammenfassen:

- Eltern schätzen den Gesundheitszustand der Mädchen bis zum Alter von 13 Jahren als besser ein (bei einer insgesamt abnehmenden Bewertung). Im Alter von 14 Jahren dreht sich das Geschlechterverhältnis um; ab diesem Alter wird der Gesundheitszustand der Jungen als besser eingeschätzt (Lange et al. 2007). Eine mögliche Erklärung hierfür mag darin liegen, dass zur Beurteilung des Gesundheitszustands vor allem Indikatoren der körperlichen Befindlichkeit herangezogen werden, so dass die höhere Unfallhäufigkeit nicht im Bedeutungskontext von Gesundheit gesehen wird. Auch die Selbstwahrnehmung folgt aber der Pubertät einem geschlechtsspezifischen Muster, möglicherweise assoziiert mit der größeren Schmerzprävalenz von Frauen. Ob diese Unterschiede allerdings bestehen bleiben, wird abzuwarten sein. Der in früheren Jahren ermittelte Befund, dass Frauen ihren Gesundheitszustand als schlechter einschätzen (z. B. BMFSFJ, 2001), lässt sich nach jüngeren Daten nicht mehr bestätigen (Lademann & Kolip 2005): Frauen im mittleren Lebensalter schätzen ihren Gesundheitszustand sehr ähnlich zu dem der Männer ein. Eine Erklärung für diesen Angleichungsprozess steht noch aus.
- Die Befunde zu akuten und chronischen Erkrankungen zeichnen ein differenziertes Bild: Mädchen haben in allen Altersgruppen häufiger eine Erkältung als Jungen; dieser

Unterschied ist in der Altersgruppe 14 bis 17 Jahre besonders deutlich ausgeprägt. Jungen leiden aber häufiger an akuter und obstruktiver Bronchitis und Pseudokrapp (Kamtsiuris et al. 2007), auch sind Jungen häufiger von einer allergischen Erkrankung betroffen (Schlaud et al. 2007). Geschlechtsunterschiede in der Übergewichts- und Adipositasprävalenz lassen sich nicht beobachten (Kurth u. Schaffrath Rosario 2007). Die Ursachen für diese Unterschiede müssten im Einzelfall geprüft und untersucht werden.

- Mädchen leiden in allen Altersgruppen häufiger unter Schmerzzuständen; so geben 91,7% der 14- bis 17-jährigen Mädchen und 71,2% der gleichaltrigen Jungen an, in den letzten drei Monaten Schmerzen gehabt zu haben (Ellert et al. 2007). Die Geschlechter unterscheiden sich vor allem bei Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen (nach Regel- und Unterleibsschmerzen wurde in dieser Studie separat gefragt). Die AutorInnen vermuten, dass hinter diesem Muster sowohl biologische Faktoren (z. B. hormonelle Unterschiede) als auch psychosoziale Faktoren (z. B. erhöhte Symptomwahrnehmung der Mädchen und eine größere Bereitschaft, über die Beschwerden zu sprechen bei den Mädchen) stehen.
- Die höhere Verletzungsgefährdung der Jungen spiegelt sich auch in den KiGGS-Daten wider (Kahl et al. 2007). In allen Altersgruppen verletzen sich mehr Jungen als Mädchen durch Gewalt oder durch Unfälle. Erklärungsansätze beziehen sich hier vor allem auf unterschiedliche Sozialisationserfahrungen, die Jungen externalisierendes Verhalten nahe legen und die eine erhöhte Aktivitätsneigung zur Folge hat (Ermunterung von Jungen, den sozialen Raum „zu erobern“). Welche Rolle biologische Faktoren spielen (z. B. Testosteron als Einflussfaktor auf riskantes Bewegungsverhalten) ist ungeklärt. 11- bis 17-jährige Jungen sind nach Selbstantagen nicht nur häufiger Täter, sondern auch häufiger Opfer von Gewalt (Schlack & Hölling 2007). Auch hier werden vor allem Sozialisationserfahrungen zur Erklärung heran gezogen.
- Mehr Jungen (17,8%; Altersgruppe 3-17 Jahre) als Mädchen (11,5%) sind verhaltensauffällig bzw. grenzwertig auffällig. Allerdings sind auch hier geschlechtsspezifische Muster zu erkennen: Während Jungen stärker verhaltensauffällig und hyperaktiv sind, sind emotionale Probleme bei Mädchen häufiger (Hölling et al. 2007). Dies korrespondiert mit der Differenzierung in externalisierendes und internalisierendes Problemverhalten, das als geschlechtstypische Varianten des Problemverhaltens in der entwicklungspsychopathologischen Literatur seit vielen Jahren diskutiert wird (Kolip 1997).

2.3 Gesundheitsrelevantes Verhalten

Unterschiede im gesundheitsrelevanten Verhalten Jugendlicher sind vielfach dokumentiert. Sie haben sich in den vergangenen 20 Jahren kaum verändert, wie die aktuellen Befunde des Kinder- und Jugendgesundheits surveys belegen:

- Zum Tabakkonsum finden sich inkonsistente Befunde. Im Alter von 14 und 15 Jahren sind die Prävalenzraten bei den Jungen höher, in der Altersgruppe 16 und 17 Jahre überwiegen die Prävalenzraten bei den Mädchen. Das gleiche Muster zeigt sich, werden nur die täglichen Raucher und Raucherinnen betrachtet, die mehr als 20 Zigaretten rauchen, allerdings liegt die Anzahl täglich gerauchter Zigaretten bei den Mädchen konstant niedriger als bei den Jungen (Lampert & Thamm 2007; siehe auch Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2007a). *Helfferrich* (1994) hat vor mehr als 10 Jahren darauf hingewiesen, dass eine Angleichung der Geschlechter nur auf oberflächlicher Ebene erfolgt ist (auf der Ebene der Prävalenzraten), dass aber qualitative Unterschiede, z. B. hinsichtlich der Menge der gerauchten Zigaretten oder des Teergehalts der gewählten Marken nach wie vor dafür sprechen, dass Tabakkonsum nach wie vor geschlechtlich aufgeladen ist und so zur Herstellung von Männlichkeit bzw. Weiblichkeit (z. B. über den Konsum von so genannten Light-Zigaretten) hergestellt wird. Ob sich diese These heute noch aufrechterhalten lässt, ist offen, da aktuelle Studien zum (geschlechtlichen) Bedeutungsgehalt des Tabakkonsums in Deutschland fehlen.
- Für den Alkoholkonsum lässt sich ab dem Alter von 13 Jahren ein konstantes Muster aufzeigen: Der Anteil der Jungen, der regelmäßig (d.h. mindestens einmal pro Woche) Alkohol konsumiert, ist im Vergleich zu gleichaltrigen Mädchen deutlich größer. Mit dem Alter vergrößert sich hier sogar der Geschlechtsunterschied: Bei den 17-Jährigen trinken 67,2% der Jungen, aber nur 39,7% der Mädchen regelmäßig Alkohol (Lampert u. Thamm 2007). Geschlechtsunterschiede zeigen sich nicht nur in den Prävalenzraten, sondern auch in den präferierten Getränken. Bier und Spirituosen werden von Jungen, Wein, Obstwein und Sekt von Mädchen bevorzugt (siehe auch Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2007b). Es lässt sich vermuten, dass - zumindest in bestimmten Subgruppen - der (zum Teil auch riskante) Konsum alkoholischer Getränke zur Herstellung von Männlichkeit eingesetzt wird. *Helfferrich* (2006) weist auf die Wandlung des Bedeutungsgehalts von Substanzen hin: „Die symbolische, geschlechterkonnotierte Bedeutung von Substanzen verändert sich offenbar mit den Vorstellungen von

Männlichkeit und Weiblichkeit: Angenommen, dass Männer Männlichkeit nicht mehr über hartes Trinken herstellen, sondern z. B. über Expertentum am Computer, dann ist Trinken (in diesen Kreisen) eben auch nicht mehr „männlich“ (...). Der deutliche Rückgang des Rauchens und des Alkoholkonsums bei jungen Männern bleibt in der Literatur weitgehend unkommentiert und unerklärt: Übernehmen sie etwa im Zuge ihrer Emanzipation „weibliche“ Verhaltensweisen? Die Befunde widersprechen der allgemeinen Erwartung, dass Mädchen diejenigen sind, die sich geändert haben, und dass sie sich zunehmend männliche Bereiche aneignen. (Hellferich 2006, S. 35)

- Auch für den Haschisch- und Marihuanakonsum lassen sich höhere Prävalenzraten für die Gruppe der Jungen aufzeigen, die sich wie beim Alkohol mit zunehmendem Alter vergrößern (Lampert u. Thamm 2007). Differenzierte Studien, die zur Erklärung der Geschlechtsunterschiede heran gezogen werden könnten, fehlen bislang.
- Für das Ernährungsverhalten lassen sich ebenfalls Unterschiede feststellen, die den gängigen Geschlechtsstereotypen entsprechen: Jungen konsumieren häufiger als Mädchen Milch und Milchprodukte, aber auch Fleisch und Wurst. Mädchen hingegen essen häufiger Obst und Gemüse und trinken häufiger (Mineral-)Wasser (Mensink et al. 2007). Die Ernährungsgewohnheiten verschlechtern sich mit dem Alter. Dies kann als ein Hinweis darauf gewertet werden, dass mit zunehmender Unabhängigkeit von den Eltern (und der Möglichkeit, selber Nahrungsmittel zu kaufen) das Ernährungsverhalten als Möglichkeit genutzt wird, das soziale Geschlecht herzustellen und zu bestätigen („doing gender“). Dem geschlechtstypischen Ernährungsverhalten kommen deshalb identitätsstiftende Momente zu. So zeigt *Setzwein* (2006) für das Erwachsenenalter, dass auch das Ernährungsverhalten eingesetzt wird, um Männlichkeit und Weiblichkeit herzustellen, weil auch spezifische Nahrungsmittel geschlechtlich aufgeladen sind (z. B. rotes Fleisch und hastiges Trinken aus der Flasche als männlich, Quark, Obst und Gemüse („Grünzeug“) sowie Diät halten oder zumindest Zurückhaltung beim Essen als weiblich). Sie weist auch auf die Bedeutung des Anstiegs geschlechtstypischen Ernährungsverhaltens in der Pubertät hin: „Für Heranwachsende ist es in dieser Phase - im Sinne einer Entwicklungsaufgabe - besonders wichtig, die eigene „Weiblichkeit“ und „Männlichkeit“ zum Ausdruck zu bringen (vgl. Kolip 1997). Häufig kommt es in dieser Zeit deshalb auch zu einer Übertreibung von Geschlechtsinszenierungen und zur Strapazierung von Klischees“ (Setzwein 2006, S. 48).

- Mädchen sind seltener in einem Sportverein aktiv und treiben auch außerhalb eines Vereins seltener Sport. Bei Mädchen wie bei Jungen nimmt die körperliche Aktivität im Jugendalter ab, allerdings bei den Mädchen stärker als bei den Jungen, so dass nur 30,0% der Mädchen und 53,6% der Jungen im Alter von 17 Jahren mindestens 3x pro Woche körperlich-sportlich aktiv sind (Lampert et al. 2007). Nur jedes 6. Mädchen und jeder 4. Junge im Alter zwischen 11 und 17 Jahren erreicht die Empfehlung, an den meisten Tagen der Woche körperlich aktiv zu sein. Die Motive für das Sporttreiben unterscheiden sich: Während Jungen sich fit halten und die Kondition stärker wollen (und im Jugendalter auch dem Geschlechtsstereotyp eines muskulösen Mannes näher kommen wollen), ist für Mädchen das Wohlfühlen und die Figurformung leitend, die auch die Präferenz für unterschiedliche Sportarten erklärt (Rulofs et al. 2002).

2.4 Zusammenfassung der epidemiologischen Befunde

Für eine gendersensible Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe sind zusammenfassend folgende Punkte relevant:

- Bis zur Pubertät scheinen Jungen in gesundheitlicher Hinsicht das empfindlichere Geschlecht zu sein, danach dreht sich das Geschlechterverhältnis um. Ursachen für die höhere Vulnerabilität der Jungen im Kindesalter sind sowohl in biologischen Faktoren (z. B. höhere Empfindlichkeit für Atmungsbeeinträchtigungen aufgrund biologisch begründeter Reifungsstörungen im Uterus; Waldron, 2002) als auch in sozialen Faktoren zu suchen (z. B. höhere Verletzungsgefahr durch sozialisationsbedingtes riskanteres Verhalten). Der Anteil der biologischen Komponente ist immer wieder Gegenstand kontroverser Diskussionen.
- Bis zur Pubertät werden Jungen häufiger in Einrichtungen des Gesundheitsversorgungssystems einschließlich psychotherapeutischer Praxen und Erziehungsberatungsstellen vorgestellt, da sie sich nicht nur häufiger verletzen und unter akuten und chronischen Krankheiten leiden, sondern auch häufiger mit Verhaltensstörungen auffallen. Auch in Bezug auf die Inanspruchnahme des Versorgungssystems dreht sich das Geschlechterverhältnis in der Pubertät um.

- Auffällig - und für die Kinder- und Jugendhilfe relevant - ist das höhere Verletzungsrisiko der Jungen. Jungen verletzen sich häufiger durch Unfälle, sie sind aber auch häufiger Opfer von tödlicher Gewalt und Vernachlässigung. Zuverlässige Daten gibt es hier nur für die Todesfälle. Leider nicht ganz eindeutig sind die Daten zu der Frage, wieweit Jungen generell häufiger als Mädchen Opfer von Gewalt werden, dies nicht zuletzt wegen der großen Dunkelzifferproblematik. Für eine gendersensible Maßnahmenplanung fehlen belastbare Daten zur Häufigkeit von Vernachlässigung, Gewalt und Missbrauch, ebenso differenzierte Daten zu den Formen und Kontexten der Gewalthandlungen, die geschlechtsspezifische Muster vermuten lassen.
- Spätestens ab der Pubertät verdient das gesundheitsrelevante Verhalten Aufmerksamkeit, das zunehmend selbst gesteuert wird (z. B. Ernährungs- und Bewegungsverhalten) und auch vor dem Hintergrund der Konstruktion von Geschlechtlichkeit gesehen werden muss. Die sich ausbildenden Geschlechtsunterschiede setzen sich im Erwachsenenalter fort und tragen wesentlich zur Erklärung der geringeren Lebenserwartung in der männlichen Bevölkerung bei (Luy 2002).

So konsistent die Befunde sind, so sehr ist aber auch zu berücksichtigen, dass weitere Variablen sozialer Differenzierung die Geschlechtsunterschiede überlagern und modifizieren. So ist der Einfluss des Schultyps auf das Rauchen größer als jener des Geschlechts und die Aussagen zum Alkoholkonsum gelten nur für deutsche Jugendliche, da Jugendliche mit Migrationshintergrund (und hier vor allem muslimische Jugendliche) kaum Alkohol konsumieren. Für das Ernährungs- und Bewegungsverhalten gilt ebenfalls, dass Einflüsse der sozialen Lage Geschlechtsunterschiede verstärken können. So zeigen Mädchen mit niedrigem Sozialstatus und Migrationshintergrund das geringste Bewegungsverhalten. Für die Planung von Maßnahmen ist deshalb nicht nur die Frage zu stellen, ob Geschlechtsunterschiede relevant sind, sondern auch andere Variablen der sozialen Lage müssen berücksichtigt werden.

3 Konsequenzen für geschlechtergerechte Maßnahmenplanung

Die epidemiologischen Befunde zeigen, dass sich bereits im Kindes- und Jugendalter deutliche Geschlechtsunterschiede in der gesundheitlichen Lage und im gesundheitsrelevanten Verhalten identifizieren lassen, die eine geschlechtersensible

Maßnahmenplanung notwendig machen. Auffällig ist die Umkehr des Geschlechterverhältnisses in der subjektiven Wahrnehmung des Gesundheitszustandes durch die Jugendlichen oder ihre Eltern in der Adoleszenz. Bis zur Pubertät scheinen Jungen das Geschlecht mit den größeren gesundheitlichen Problem zu sein, während Mädchen als gesünder und in der Wahrnehmung von Eltern und anderen Erwachsenen als „robuster“ gelten. Ab der Pubertät nehmen die gesundheitlichen Probleme von Mädchen zu und ihnen wird ein schlechterer Gesundheitszustand attestiert - die damit verbundene Perspektivenverengung, die die höhere Unfallhäufigkeit der Jungen als Gesundheitsproblem ausblendet, ist dabei Teil des Prozesses geschlechtsspezifischer Zuschreibungen. Eine theoretische Analyse der gesundheitsbezogenen Geschlechtsunterschiede, die auch andere Merkmale der sozialen Lage berücksichtigt, steht noch weitgehend aus (Lange et al. 2007). Während für das Jugendalter theoretische Aufarbeitungen vorliegen (Stein-Hilbers 1995, Kolip 1997, Helfferich 1994), die den Aspekt des Doing Gender hervorheben und gesundheitsrelevantes Verhalten als Versuche werten, über geschlechtlich aufgeladene Verhaltensweisen Männlichkeit oder Weiblichkeit darzustellen, werden Kinder in der Gesundheitsforschung noch überwiegend als geschlechtsneutrale Wesen wahrgenommen. Gleichwohl lassen sich Konsequenzen für eine geschlechtergerechte Maßnahmenplanung ziehen. Während in der Kinder- und Jugendhilfe durch den § 9 Abs. 3 KJHG die Geschlechterdifferenzierung als Querschnittsaufgabe bereits festgelegt ist und dadurch eine stärkere Berücksichtigung der Lebenslagen von Mädchen und Jungen nahe gelegt wird (Sachverständigenkommission 11. Kinder- und Jugendbericht 2002), fehlt für die Gesundheitsförderung bislang noch eine verbindliche Festlegung. Die Anwendung der Gender Mainstreaming-Strategie in der Kinder- und Jugendhilfe geht weit über die Einrichtung geschlechtshomogener Angebote hinaus. Sie umfasst vielmehr die geschlechterbezogene Analyse von Projekten, Maßnahmen und Strukturen sowie die Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht bei der Planung von Maßnahmen und Verbesserung von Strukturen.

Auch in der Gesundheitsförderung und Prävention finden sich erste systematische Ansätze, Gender Mainstreaming als Prinzip zu etablieren (Kuhlmann u. Kolip 2005, Kolip & Altgeld 2006). Die Zielsetzung ist eine doppelte: Zum einen soll über geschlechtersensible Maßnahmenentwicklung ein Beitrag zur Erhöhung gesundheitlicher Chancengleichheit geleistet werden - die Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht ist auch im

Gesundheitsbereich untrennbar mit dem Ziel der gleichberechtigten Teilhabe von Frauen und Männern in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens verbunden. Zum anderen soll aber auch die Qualität der Projekte und Maßnahmen verbessert werden, weil Maßnahmen, die vorgeben, geschlechtsneutral zu sein, meistens einen Großteil der Zielgruppe nicht erreichen. So zeigen Studien aus dem Bereich der Suchtprävention, dass mit differenziellen Effekten zu rechnen ist: Wird nicht nach Geschlecht differenziert, erreichen die Angebote vor allem gut integrierte Mädchen, nicht aber Jungen mit Risikoprofil (Leppin et al. 1999). Mit der Etablierung des Gender Mainstreamings soll eine Sensibilisierung für die Bedürfnisse und den Bedarf der Zielgruppe erreicht werden; eine Differenzierung nach Geschlecht kann dabei die erste Möglichkeit sein, eine Zielgruppendifferenzierung einzuführen, der weitere Präzisierungen folgen können.

Ein solcher Sensibilisierungsprozess verlangt aber nach konkreten Kriterien und unterstützenden Instrumenten. Die Schweizerische Stiftung Gesundheitsförderung, die auf nationaler Ebene für die Entwicklung und Implementation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen zuständig ist, hat die Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht als Qualitätskriterium für die eigene Arbeit definiert und eine Handreichung für ProjektentwicklerInnen erarbeiten lassen, die im Schwerpunktprogramm „Jugendliche und junge Erwachsene“ erprobt wurde und der auch für die Kinder- und Jugendhilfe relevante Kriterien gendersensibler Angebotsentwicklung zugrunde liegen (Kolip et al. 2003). Der Fragenkatalog orientiert sich einerseits an den verschiedenen Phasen eines Projektes: Projektplanung, -durchführung, -evaluation und -berichterstattung. Er bezieht sich andererseits auf die verschiedenen Dimensionen geschlechterbezogener Verzerrungen und macht somit den Zusammenhang von (gesundheits-)politischen Zielsetzungen (Abbau von Ungleichheit, Partizipation der Geschlechter an der Planung und Durchführung von Projekten) und eher methodischer Fragestellungen (z. B.: Welche Aspekte von Geschlecht (sex/gender) sind relevant? Welche Methoden des Zugangs zu verschiedenen Zielgruppen sind Erfolg versprechend?) deutlich.

Kernstück ist ein Fragenkatalog, der auf fünf Ebenen eine Sensibilisierung von Praktikern und Praktikerinnen für die Bedeutung der Geschlechterkategorie erreichen will:

Politik: Das Ziel „Erhöhung geschlechterbezogener Chancengleichheit in Bezug auf Gesundheit“ erfordert eine genaue Kenntnis und Analyse geschlechterbezogener Ungleichheiten in dem jeweiligen Feld, für das ein oder mehrere Projekte geplant werden

sollen. Hieraus ergibt sich auch die Frage, welche Art des Projektes am wichtigsten ist. So kann es in einigen Bereichen sinnvoll sein, Projekte nur für Mädchen oder nur für Jungen zu entwickeln. In anderen Bereichen kann es hingegen gerade von Interesse sein, die Angebote begründet unterschiedlich zu gestalten. Leitfragen für diese politische Ebene fokussieren auf den Beitrag des Projektes zum Abbau geschlechterbezogener Ungleichheit und auf die angemessene Zielgruppe für die Intervention. Hier spielt auch die Frage eine Rolle, welche weiteren Differenzierungen (Alter, soziale Lage, ethnische Zugehörigkeit) eingeführt werden müssen, um ein zielgruppengerechtes Angebot zu entwickeln.

Partizipation: Zweitens ist die Frage der Partizipation der Geschlechter im Projekt oder in der Institution zu beantworten. Hierzu gehört sowohl die Geschlechterverteilung in der Projektleitung und bei den ProjektmitarbeiterInnen als auch bei den Zielgruppen, für und mit denen das Projekt realisiert werden soll. Eine angemessene Beteiligung der Geschlechter bei der Projektplanung und -umsetzung ist zu berücksichtigen, ebenso ist zu Fragen, ob die Qualitätssicherung und Evaluation gendersensibel erfolgen, um differenzielle Interventionseffekte erfassen zu können.

Sex/Gender: Eine Sensibilisierung muss auch die Frage einschließen, welche Aspekte der Kategorie Geschlecht für das Projekt eine Rolle spielen. Ist das biologische Geschlecht wichtig oder das soziale, weil die Lebensbedingungen berücksichtigt werden müssen? Gerade für die Gesundheitsförderung im Jugendalter ist das soziale Geschlecht von großer Relevanz, da gesundheitsrelevantes Verhalten eng mit der Geschlechtsrolle verknüpft ist und das soziale Geschlecht in Interaktionen hergestellt und bestätigt wird. Zu fragen ist also danach, welche Rolle der aktive Prozess von Zuschreibungen von Kindern und Jugendlichen qua Geschlecht für die Zielsetzung eines Projektes spielt und welche Hinweise es auch theoretischen Analysen für die Bedeutung des sozialen und biologischen Geschlechts in dem jeweiligen thematischen Kontext gibt.

Theorien und Konzepte: Auch die Theorien und Konzepte müssen einer kritischen Überprüfung unterzogen werden. Zu fragen ist danach, welche Hinweise sich in der theoretischen Literatur zu den Unterschieden zwischen den Geschlechtern finden und ob diese angemessen in die Konzeptentwicklung einbezogen werden. Eine Sensibilität für diesen theoretischen und konzeptionellen Aspekt erfordert auch, die zugrunde liegenden sozialwissenschaftlichen Studien einer geschlechtersensiblen Analyse zu unterziehen, um geschlechtsbezogene

Verzerrungen („gender bias“, siehe hierzu Eichler 1998 sowie Eichler et al. 2000) zu identifizieren.

Methoden: Und schließlich müssen die verwendeten Methoden kritisch reflektiert werden.

Sprechen diese Mädchen und Jungen unterschiedlich an? Welche Methoden müssen gewählt werden, um die Zielgruppen angemessen / gleichwertig zu erreichen? Werden Mädchen und Jungen gleichermaßen von dem Angebot erreicht oder müssen geschlechtsspezifische Zugangswege gewählt werden? Dieser Aspekt hat in den vergangenen Jahren verstärkt Aufmerksamkeit gefunden. So liegen mittlerweile einige Erfahrungen mit geschlechtersensiblen entwickelten Methoden vor (für zahlreiche Praxisbeispiele siehe Kolip u. Altgeld 2006) und auch Institutionen wie z. B. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung widmet der gendersensiblen Methodenentwicklung große Aufmerksamkeit (siehe z. B. die Materialien „Stop smoking girls“, „Stop smoking boys“). Geschlechtersensible Angebote wurden bislang vor allem für Jugendliche entwickelt, hier mit Schwerpunkt in der Sexualaufklärung und der Suchtprävention, da bei beiden Themenbereichen eine Verbindung zur geschlechtsspezifischen Rollenentwicklung hergestellt wird. Es finden sich hier zum einen Ansätze, die mit einer Binnendifferenzierung arbeiten. Erwähnt sei hier ein Schweizer Projekt, das im Zuge des Prozesses zur Entwicklung in Richtung einer gesundheitsfördernden Schule geschlechterdifferenzierte Gesundheitsförderungsziele formuliert hat (z. B. in der 7. Klasse: laut und selbstbewusst sprechen lernen für die Mädchen, Gefühle äußern für die Jungen) (Zumstein & Süss, 2006). Es finden sich aber auch geschlechterhomogene Angebote, die in der Mädchenarbeit zwar schon lange selbstverständlich sind, aber in der Gesundheitsförderung erst langsam Fuß fassen und sich u.a. auch auf die Frage konzentrieren, wie Angebote zugeschnitten sein müssen, dass jungenspezifische Themen mit jungengerechter Methodik bearbeitet werden können. Ein Beispiel hierfür ist ein Projekt mit männlichen Führerscheinneulingen im Landkreis Verden/Aller, das das Ziel verfolgte, die Zahl der Discounfälle (also Fahrten unter Alkoholeinfluss am Wochenende auf der Fahrt von und zu einer Discothek) zu verringern. Das Projekt knüpfte an der Verbindung zwischen männlichem Verantwortungsgefühl („die Gruppe nach Hause fahren“) und männlicher Selbstüberschätzung in Bezug auf Alkoholkonsum an und beinhaltete im Kern das zweimalige Abfahren eines Parcours auf einem Verkehrsübungsplatz, zunächst nüchtern, dann mit einem selbst gewählten Alkoholpegel („soviel Alkohol wie der Fahrer glaubte, noch sicher fahren zu können“), der Videoaufzeichnung und Nachbereitung dieser Fahrten im

Unterricht (Wüst, 2006). Für diese und andere Projekte muss festgehalten werden, dass sie bislang kaum evaluiert werden und dass vor allem vergleichende Studien fehlen, die eine vermeintlich geschlechtsneutrales mit einem geschlechtersensiblen Projekt vergleichen. Es ist zu hoffen, dass mit dem geplanten Präventionsgesetz Maßnahmen zukünftig nicht nur evaluiert werden, sondern dass die Erfahrungen aus den Evaluationsstudien auch systematisch zusammen geführt werden, damit differenzierte Aussagen möglich werden.

4 Literatur

- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001). Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Stuttgart: Kohlhammer
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007a). Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen 2007. Köln: BZgA
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007b). Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004 - 2007. Köln: BZgA
- Eichler, M.. (1998). Offener und verdeckter Sexismus. Methodisch-methodologische Anmerkungen zur Gesundheitsforschung. In Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hrsg.): Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern: Hans Huber
- Eichler, M., Fuchs, J. & Maschewsky-Schneider, U. (2000). Richtlinien zur Vermeidung von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 8, S. 293-310
- Ellert, U., Neuhauser, H. & Roth-Isigkeit, A. (2007). Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Prävalenz und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, S. 711-717
- Helfferrich, C. (1994). Jugend, Körper und Geschlecht. Opladen: Leske + Budrich
- Helfferrich, C. (2006). Ist Suchtprävention ein „klassisches“ Feld geschlechtergerechter Prävention? In P. Kolip & T. Altgeld (Hrsg.), Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis (S. 27-40). Weinheim: Juventa
- Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, S. 784-793
- Kahl, H., Dortschy, R. & Ellsäßer, G. (2007). Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1-17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, S. 718-727
- Kamtsiuris, P., Atzpodien, K., Ellert, U., Schlack, R. & Schlaud, M. (2007). Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, S. 686-700
- Kolip, P. (1997). Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen. Opladen: Leske + Budrich
- Kolip, P. & Altgeld, T. (Hrsg.) (2006). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim: Juventa
- Kolip, P., Jahn, I. & Summermatter, D. (2003). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderungspraxis. Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz. Prävention, 26 (4), S. 107-110
- Kuhlmann, E. & Kolip, P. (2005). Gender und Public Health. Weinheim: Juventa
- Kurth, B.M. & Schaffrath Rosario, A. (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, S. 736-743

- Lademann, J. & Kolip, P. (2006). Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut
- Lampert, T. & Thamm, M. (2007). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, S. 600-608
- Lampert, T., Mensink, G.B.M., Romahn, N. & Woll, A. (2007). Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, S. 634-642
- Lange, C. et al. (2007). Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, S. 578-589
- Leppin, A., Pieper, E., Szirmak, Z., Freitag, M. & Hurrelmann, K. (1999). Prävention auf den zweiten und dritten Blick: Differentielle Effekte eines kompetenzorientierten Suchtpräventionsprogramms. In P. Kolip (Hrsg.), Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter (S. 215-234). Weinheim: Juventa
- Luy, M. (2002). Die geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsunterschiede – Zeit für eine Zwischenbilanz. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 35, S. 412-429
- Mensink, G.B.M., Kleiser, C. & Richter, A. (2007). Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, S. 609-623
- RKI - Robert Koch-Institut (2007). Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, Heft 5/6 Mai/Juni 2007
- Rulofs, B., Combrink, C. & Borchers, I. (2002). Sportengagement im Lebenslauf von Männern und Frauen. In H. Allmer (Hrsg.), Sportengagement im Lebensverlauf (S. 39-59). Sankt Augustin: Asgard
- Sachverständigenkommission 11. Kinder- und Jugendbericht (Hg.) (2002), Mädchen- und Jungenarbeit - Eine uneingelöste fachliche Herausforderung. Der 6. Jugendbericht und zehn Jahre Paragraph 9.3 im Kinder- und Jugendhilfegesetz. München: Verlag Deutsches Jugendinstitut
- Schlack, R. & Hölling, H. (2007). Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, S. 819-826
- Schlaud, M., Atzpodien, K. & Thierfelder, W. (2007). Allergische Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheits survey (kGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, S. 701-710
- Setzwein, M. (2006). Frauenessen - Männeressen? Doing Gender und Essverhalten. In P. Kolip & T. Altgeld (Hrsg.), Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis (S. 41-60). Weinheim: Juventa
- Statistisches Bundesamt (2007). Todesursachen in Deutschland 2006. Fachserie 12, Reihe 4. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Stein-Hilbers, M. (1995). Geschlechterverhältnisse und somatische Kulturen. Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 24, S. 62-81

- Waldron, I. (2002). Krankheit und Mortalität bei Säuglingen und Kleinkindern. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit* (S. 159-178). Bern: Hans Huber
- West, C. & Zimmerman, D.H. (1987). Doing gender. *Gender and Society*, 1, S. 125-151
- Wüst, M. (2006). Don't drink and drive - nur für Jungen ein Problem? Neue Interventionsstrategien in der Verkehrserziehung. In P. Kolip & T. Altgeld (Hrsg.), *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis* (S. 89-102). Weinheim: Juventa
- Zumstein, B. & Süss, F. (2006). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung als Qualitätskriterien für gesundheitsfördernde Schulen. In P. Kolip & T. Altgeld (Hrsg.), *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis* (S. 209-218). Weinheim: Juventa

Prof. Dr. Petra Kolip
Universität Bremen
Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften
Institut für Public Health und Pflegeforschung Bremen
Dezember 2007