

2.6.10. Geschlecht und Gesundheit

Simone Weyers¹

Yve Stöbel-Richter²

¹Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum, Centre for Health and Society, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf, Germany

²Fakultät Management- und Kulturwissenschaften, Hochschule Zittau/Görlitz, University of Applied Sciences, Germany

2.6.10.1. Einleitung

In diesem Kapitel werden nach einer kurzen Einführung in die Begriffe ‚Sex‘ und ‚Gender‘ Geschlechterunterschiede im Krankheitsgeschehen und charakteristische Ursachen hierfür beschrieben. Neben der Krankheitsentstehung werden auch Aspekte der medizinischen Versorgung betrachtet. Dies erfolgt beispielhaft anhand von zwei dominierenden Erkrankungen des Erwachsenenalters, nämlich Depressionen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (KHK), die als führende Ursachen der Krankheitslast in Industrieländern gelten.

2.6.10.2. Sex – Gender – Doing Gender

Das Geschlecht beeinflusst die Entstehung und Versorgung von Krankheiten in zweifacher Art: Einerseits durch die natürlichen Unterschiede wie Differenzen in den genetischen Anlagen, im Hormonstatus, in der immunologischen Ausstattung und den anatomisch-funktionalen Besonderheiten. Diese Aspekte werden in dem Begriff ‚Sex‘ zusammengefasst. Darüber hinaus spielen auch soziale und kulturelle Aspekte eine Rolle. Mit dem Begriff ‚Gender‘ sind die gesellschaftlichen Erwartungen in Bezug auf diese natürlichen Unterschiede gemeint. So sind die Ausbildung der subjektiven Körperwahrnehmung und verschiedener Gesundheitsaspekte wie das Gesundheitsverhalten, die individuelle Bewertung des Befindens und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen stark mit den kulturellen und gesellschaftlichen Erwartungen an ‚männlich‘ und ‚weiblich‘ verknüpft [1].

Das Geschlecht im gesellschaftlichen Kontext (Gender) ist aber nicht nur erklärende Variable in Form eines Personenmerkmals, das sich im Denken oder Handeln der Geschlechteridentität äußert („Männer und Frauen sind so und so“), sondern auch abhängige Variable. Nach dem Konzept von Doing Gender [2] wird Geschlecht im Alltag durch Handeln, das scheinbar Ausdruck typisch weiblicher oder männlicher Natur ist, her- und dargestellt. Im Laufe der Sozialisation erlernt der Mensch, was ‚typisch‘ männlich oder weiblich ist. Beispiele hierfür sind: „Indianer weinen nicht“ oder „Mädchen spielen mit Puppen, Jungs mit Autos“ oder „Männer grillen, Frauen putzen“. Demnach ist Geschlecht auch ein Ergebnis sozialer Situationen, in denen Geschlechtlichkeit inszeniert wird und das Wissen über Geschlecht gleichzeitig reproduziert wird.

2.6.10.3. Allgemeine Unterschiede in Mortalität und Morbidität

Lebenserwartung

Nach den Ergebnissen der Sterbetafel 2016/2018 beträgt die Lebenserwartung in Deutschland bei neugeborenen Jungen 78,5 und bei Mädchen 83,3 Jahre [3]. Die geringere Lebenserwartung der Männer ist v.a. auf eine höhere vorzeitige Sterblichkeit, d.h. unter 65 Jahren, zurückzuführen. Verantwortlich für diese Unterschiede in der frühzeitigen Mortalität sind insbesondere Neubildungen, Krankheiten des Kreislaufsystems und Verletzungen, Vergiftungen und äußere Ursachen, die bei Männern häufiger auftreten [4]. Neben der mittleren Lebenserwartung kann der Fokus auch auf die sogenannten ‚beschwerdefreien Lebensjahre‘ gelegt werden. Werden nur diese betrachtet, ergeben sich kaum Geschlechterunterschiede. Auf Basis europäischer Daten wird geschätzt, dass Männer mit Erreichen des 65. Lebensjahres durchschnittlich weitere 6,4 Jahre (36% der verbleibenden Lebenszeit) und Frauen 6,5 Jahre (31% der verbleibenden Zeit) erleben, ohne gesundheitliche Einschränkungen in ihren Aktivitäten zu erfahren [5].

Krankheitsgeschehen

Betrachtet man die fünf Erkrankungen, die in Deutschland bei Männern und Frauen am stärksten zur Krankheitslast beitragen, zeigen sich für die meisten deutliche Geschlechterunterschiede: Während Frauen häufiger muskuloskelettal und psychisch erkranken, sind Männer häufiger von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs betroffen. Für Diabetes zeigen sich keine gravierenden Geschlechterunterschiede. Im Folgenden gehen wir exemplarisch auf Depressionen und koronare Herzerkrankungen (KHK) ein. Hier zeigt sich in Gesundheitssurveys wie der GEDA-Studie (**G**esundheit in **D**eutschland **a**ktuell) Folgendes: Bei 6,8% der erwachsenen Frauen und 9,8% der Männer wurde schon einmal von einem Arzt oder einer Ärztin eine Durchblutungsstörung am Herzen oder ein Herzinfarkt diagnostiziert. In den jüngeren Altersgruppen weisen Männer eine ca. doppelt so hohe Prävalenz auf wie Frauen, in der höchsten Altersgruppe noch eine etwa 1,5-fach erhöhte Prävalenz. 9,8% der Frauen und 6,1% der Männer berichten in GEDA, dass bei ihnen in den letzten 12 Monaten eine von einem Arzt/einer Ärztin oder einem Psychotherapeuten/einer Psychotherapeutin diagnostizierte Depression oder depressive Verstimmung bestand. Dieser Geschlechterunterschied ist insbesondere in den höheren Altersgruppen ab 45 Jahren zu beobachten [6].

Krankheitsursachen

Unterschiede in Krankheitshäufigkeit und -schwere haben vielfältige Ursachen. Dabei sind die oben erwähnten biologischen Unterschiede von Männern und Frauen eine Gruppe von Ursachen. Allerdings greift die ausschließliche Betrachtung biologischer Unterschiede zu kurz, um Unterschiede im Krankheitsgeschehen vollständig zu erklären. So hat sich in einer Studie an mehr als 11.000 Nonnen und Mönchen gezeigt, dass die Lebenserwartung der männlichen und weiblichen Klosterbewohner um ein bis zwei Jahre differiert [7]. Dieser Befund kann so interpretiert werden, dass sich die Lebenserwartung von Männern und Frauen angleicht, wenn ihre Lebens- und Arbeitsbedingungen ähnlich sind. Außerhalb von Klostermauern sind die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Männern und Frauen häufig jedoch nicht vergleichbar. Sie unterscheiden sich deutlich im Hinblick auf soziale Faktoren wie Einstellungen und Verhaltensweisen, Familie und soziale Netzwerke, Arbeitsbedingungen, materielle Bedingungen und Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem (zur Systematisierung siehe auch die Geschlechterbrille [8]). Zusammen mit den biologischen Faktoren bilden diese sozialen Faktoren spezifische Risikokonstellationen, wie im Folgenden an den Beispielen KHK und Depression gezeigt wird.

KHK

Die geringere Rate an KHK bei prämenopausalen Frauen wird häufig mit dem protektiven Effekt der Geschlechtshormone, speziell des Östrogens, erklärt. Die protektive Wirkung der Östrogene wird auf ihren Einfluss auf die Lipide, den Glukose-Insulin-Metabolismus und auf direkte Gefäßwirkungen zurückgeführt. Darüber hinaus haben Östrogene günstige Effekte auf die Endothelfunktion der Gefäße, auf Blutdruckregulation, Gerinnungsprozesse und Entzündungsvorgänge. Entsprechend steigt für Frauen das KHK-Risiko nach der Menopause an [9].

Neben biologischen Aspekten muss das Augenmerk auch auf soziale und modifizierbare Risikofaktoren der KHK gerichtet werden, wie ein ungesunder Lebensstil und psychosoziale Belastungen. Auch diesbezüglich zeigen sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Frauen rauchen seltener, haben häufiger ein gesundes Gewicht und verzehren häufiger Obst und Gemüse als Männer. Bei chronischem Stress sind v.a. berufliche psychosoziale Belastungen in ihrer Bedeutung für die KHK gut erforscht (siehe hierzu auch [Kapitel 2.6.6.](#)). Männer und Frauen arbeiten zwar in unterschiedlichen Branchen und Berufsfeldern, psychische Belastungen kommen aber sowohl in Männer- als auch in Frauenberufen vor. Dabei werden von Frauen häufiger gefühlsmäßig belastende Situationen und Unterbrechungen genannt, von Männern häufiger Belastungen durch Monotonie und Termindruck. Neue Metaanalysen, die Arbeitsstress anhand von Gesamtmaßen (z.B. einer Kombination von hoher Anforderung und geringem Entscheidungsspielraum; *Job Strain*) untersucht haben, zeigen, dass Männer und Frauen in vergleichbarem Ausmaß mit KHK reagieren. Allerdings haben v.a. diejenigen Erwerbstätigen ein erhöhtes Erkrankungsrisiko, die überlange Arbeitszeiten (> 55 Wochenstunden) absolvieren. In dieser Gruppe finden sich mehr männliche Erwerbstätige, da Männer deutlich häufiger als Frauen in Vollzeit berufstätig sind.

Depression

Wie bei der KHK werden auch bei der Depression Geschlechtshormone herangezogen, um die unterschiedliche Erkrankungshäufigkeit bei Männern und Frauen zu erklären. Es gibt Hinweise, dass bei Frauen Östradiol und Progesteron die Synthese, den Metabolismus und die Ausschüttung von Serotonin, Norepinephrin und Dopamin beeinflussen, die wiederum mit der Entstehung von Depressionen in Verbindung gebracht werden [10]. Darüber hinaus sollten aber auch soziale Risikofaktoren berücksichtigt werden. Zu diesen gehören neben beruflichen Belastungen eine schlechtere materielle Lage und kritische Lebensereignisse. Zur materiellen Lage der Frauen kann konstatiert werden, dass sie durch die Kombination von Erwerbs- und Familienarbeit häufig auf Teile des Verdienstes und der Altersvorsorge verzichten. Der Verdienstabstand bei der Erwerbsarbeit, der sogenannte *Gender Pay Gap*, wird damit erklärt, dass Frauen häufiger in schlecht bezahlten Berufen und Branchen arbeiten, seltener leitende Positionen besetzen und häufiger in Teilzeit oder geringfügig beschäftigt sind.

Unter den belastenden Lebensereignissen sind familiäre Trennung und Scheidung diejenigen, die Betroffenen die meisten Anpassungsprozesse abverlangen. Während hiervon Männer und Frauen zunächst gleichermaßen betroffen sind, verbleiben Mütter viel häufiger alleinerziehend als Väter und sind somit besonderen psychosozialen, finanziellen und gesundheitlichen Risiken ausgesetzt [11]. Diese Risikofaktoren könnten erklären, warum Frauen häufiger Depressionen aufweisen als Männer.

2.6.10.4. Symptome und Diagnostik

KHK

Zu den Unterschieden hinsichtlich der Risikofaktoren kommen auch Unterschiede hinsichtlich der klinischen Präsentation und Diagnostik hinzu. Deutlich wird dies beim Herzinfarkt. Leitsymptom ist der Brustschmerz mit Ausstrahlung in den linken Arm. Bei Frauen treten jedoch häufiger andere Warnzeichen auf wie Luftnot, Übelkeit, Schmerzen im Oberbauch und Erbrechen. Diese Symptome werden von den Betroffenen in der Regel nicht mit der Erkrankung assoziiert, was für viele Jahre die Überzeugung genährt hat, dass sie für Frauen nicht lebensbedrohlich ist [12]. Darüber hinaus werden gleiche Symptome von Männern und Frauen unterschiedlich beschrieben. So berichteten in einer US-amerikanischen Studie Patientinnen von dem Brustschmerz häufiger als Druck, Schwere oder Enge im Brustraum, Patienten hingegen häufiger als Schmerzen in der mittleren oder linken Brust [13].

Die unterschiedlichen Symptompräsentationen, aber auch die physiologischen und anatomischen Besonderheiten von Frauen sind eine Herausforderung für die Diagnostik der KHK. So ist z.B. die Aussagekraft des gängigen, nicht invasiven Belastungs-EKGs bei Frauen eingeschränkt, weil diese häufiger in fortgeschrittenem Alter und mit Komorbiditäten vorstellig werden. Bei invasiven diagnostischen Verfahren wie der Koronarangiographie ist die Komplikationsrate bei Frauen höher als bei Männern [14].

Depression

Die obigen Daten zu unterschiedlichen Prävalenzen der Depression bei Männern und Frauen bedeuten nicht zwangsläufig, dass diese Unterschiede wirklich bestehen. Das wichtigste Argument für ein vergleichbares Depressionsrisiko ist das Paradox einer hohen männlichen Suizid- bei gleichzeitig niedriger Depressionsrate. Dieser Befund legt nahe, dass Depressionen bei Männern häufig nicht diagnostiziert werden und unbehandelt bleiben. Die Unterdiagnostizierung depressiver Männer wird durch mehrere Faktoren begründet. Da wäre zunächst die Geschlechterrolle: Männer, die in der Regel in Vollzeit berufstätig sind, haben eine größere Barriere, sich Zeit für einen Arztbesuch zu nehmen. Sie nehmen seltener medizinische Hilfe in Anspruch als Frauen und berichten als Konsultationsanlass seltener von psychosozialen Problemen. Die traditionelle männliche Geschlechterrolle sieht Hilflosigkeit und Inanspruchnahme von Unterstützung nicht vor. Aber auch Ärzte und Ärztinnen unterliegen dem Geschlechterrollenstereotyp und diagnostizieren bei Männern häufiger somatische und bei Frauen häufiger psychosomatische Erkrankungen. Des Weiteren finden sich bei Männern typische Stressverarbeitungsstrategien wie Feindseligkeit, Aggressivität, erhöhter Alkoholkonsum und eine erhöhte Agitiertheit [15]. Angesichts dieser Symptome erstaunt es nicht, dass durch die bestehende Depressionsdiagnostik ‚männliche Depression‘ weniger erkannt wird. Die übliche Depressionsdiagnostik

erfasst nämlich v.a. weibliche Symptome und Bewältigungsstrategien wie Antriebslosigkeit oder Grübeln. Erfassen Diagnoseinstrumente auch die für Männer typischen Abwehrmuster wie Ärgerattacken oder exzessiven Substanzkonsum, steigt die Prävalenz der Depression bei Männern deutlich an [16].

2.6.10.5. Arzt-Patient-Beziehung

Auch im Kontext der Arzt/Ärztin-Patient/Patientin-Beziehung haben ‚Sex‘ und ‚Gender‘ Einfluss. Verschiedene Studien zeigen, dass es sowohl im verbalen als auch im nonverbalen Verhalten der Ärztinnen und Ärzte Unterschiede gibt: Ärztinnen sind im Durchschnitt empathischer und gewähren mehr emotionale Unterstützung und Ermutigung als Ärzte. Sie unterbreiten häufiger präventive Angebote und bieten psychosoziale Beratung an. Ärzte legen hingegen einen Schwerpunkt auf die Erklärung von Untersuchungsdetails. Bezüglich der Länge der Visite zeigen sich keine Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten, wohl aber hinsichtlich der Inhalte: Mit Patientinnen wird häufiger hinsichtlich der therapeutischen Interventionen diskutiert, sie erhalten mehr präventive Leistungen und weniger körperliche Untersuchungen als Patienten. Mit Patientinnen wird weniger über Tabak, Alkohol und anderen Substanzmissbrauch gesprochen als mit Patienten [17]. Eine Metaanalyse zeigt, dass Ärztinnen sich stärker in partnerschaftlichem Verhalten engagieren, häufiger nachfragen und stärker emotionale Aspekte fokussieren. Keine Geschlechterdifferenzen zeigen sich hinsichtlich der Anzahl, Qualität und Art der biomedizinischen Informationen, die die Patientinnen und Patienten erhalten. Konsultationen bei Ärztinnen waren in der Regel zwei Minuten länger [18].

2.6.10.6. Gendermedizin

Geschlechtersensible Medizin oder ‚Gendermedizin‘ berücksichtigt die beschriebenen und weiteren biologischen und sozialen Geschlechteraspekte bei der Krankheitsentstehung, Diagnostik und Therapie. Insofern ist Gendermedizin eine Querschnittsmaterie, die alle Disziplinen der Medizin umfasst, aber auch auf andere Wissenschaftszweige durch die Einbeziehung von psychosozialen und soziokulturellen Aspekten Bezug nimmt [19].

Geschlechtersensibilität im ärztlichen Kontext meint, dass Ärzte und Ärztinnen in der Lage sind, geschlechterbezogene Differenzen zu erkennen und in ihre Entscheidungen und (Be-)Handlungen zu integrieren. Das Erfahrungswissen von Männern und Frauen hinsichtlich der gesundheitlichen Risiken, der Präsentation von Symptomen und der Erfahrungen mit Erkrankungen kann variieren [20]. Aus der Nichtberücksichtigung dieser unterschiedlichen Erfahrungswelten können soziale und gesundheitliche Ungleichheiten resultieren. Geschlechtersensibilität bedeutet zwar, Geschlechterdifferenzen in den Behandlungskontext einzubeziehen, allerdings nicht aus einer verallgemeinernden Perspektive heraus, denn es gibt nicht *die* Frau und *den* Mann. Vielmehr gibt es „Frauen und Männer, die aus sehr unterschiedlichen Lebenslagen heraus und mit sehr unterschiedlichen Voraussetzungen und Anforderungen an das Gesundheitssystem herantreten“ ([1], S. 635).

Merksätze

Der Begriff ‚Sex‘ beschreibt die natürlichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen, der Begriff ‚Gender‘ hingegen die gesellschaftlichen Erwartungen an Männer und Frauen und die entsprechenden Verhaltensweisen.

Die mittlere Lebenserwartung von Männern und Frauen unterscheidet sich derzeit um mindestens 6 Jahre. Die geringere Lebenserwartung der Männer ist v.a. auf eine höhere vorzeitige Sterblichkeit vor dem 65. Lebensjahr zurückzuführen.

In Gesundheitssurveys zeigt sich eine höhere Auftretenshäufigkeit von Herzerkrankungen bei Männern. Frauen berichten häufiger von einer diagnostizierten Depression oder depressiven Verstimmung.

Unterschiede in der Lebenserwartung und im Krankheitsgeschehen werden auf biologische und soziale Ursachen zurückgeführt. Je nach Erkrankung gehören zu den sozialen Ursachen Lebensstil, Stress oder eine schwierige wirtschaftliche Lage. Hier gibt es Geschlechterunterschiede, die jedoch nicht immer eindeutig sind.

Zu den Unterschieden hinsichtlich der Risikofaktoren kommen auch Unterschiede in der klinischen Präsentation und Diagnostik hinzu. Symptome einer Erkrankung können sich bei Männern und Frauen auf unterschiedliche Weise äußern oder von ihnen geäußert werden.

Bei der Arzt-Patient-Beziehung ergeben sich tendenziell Unterschiede im verbalen und nonverbalen Verhalten, je nach Geschlecht von Arzt und Patient.

Geschlechtersensible Medizin oder ‚Gendermedizin‘ berücksichtigt biologische und soziale Geschlechteraspekte bei der Krankheitsentstehung, Diagnostik und Therapie.

References

1. Pauli A, Hornberg C. Gesundheit und Krankheit: Ursachen und Erklärungsansätze aus der Gender-Perspektive. In: Becker R, Kortendiek B, editors. Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung: Theorie, Methoden, Empirie. 3rd rev. and ext. ed. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010. p. 631-43. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-531-92041-2_74
2. West C, Zimmermann DH. Doing Gender. *Gender & Society*. 1987 Jun;1(2):125-151.
3. Statistisches Bundesamt. Lebenserwartung und Sterblichkeit [Internet]. Bonn: Statistisches Bundesamt; 2017 [cited 2020 Sep 4]. Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/demografie-lebenserwartung.html>
4. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Vorzeitige Sterblichkeit [Internet]. Bonn: Statistisches Bundesamt; 2018 [cited 2019 Jun 14]. Available from: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=79288339&nummer=562&p_sprache=D&p_indsp=51
5. Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, et al. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *The Lancet*. 2008;372(9656):2124-31.
6. Robert Koch-Institut. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI; 2014. DOI: <https://doi.org/10.25646/3170>
7. Luy M. Causes of male excess mortality: insights from cloistered populations. *Population and Development Review*. 2003 Dec;29(4):647-76. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2003.00647.x>
8. Weyers S, Vervoorts A, Dragano N, Engels M. The gender lens: development of a learning aid to introduce gender medicine. *GMS J Med Educ*. 2017 May 15;34(2):Doc17. DOI: <https://doi.org/10.3205/zma001094>
9. Weber T, Auer J, Berent R, Lassnig E, Eber B. Kardiologie. In: Rieder A, Lohff B, editors. *Gender Medizin: Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis*. Wien: Springer; 2008. p. 343-87.
10. Winklbaur B, Ebner N, Fischer G. Psychiatrie. In: Rieder A, Lohff B, editors. *Gender Medizin: Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis*. Wien: Springer; 2008. p. 289-330.
11. Weinmann J. Frauen und Männer in verschiedenen Lebensphasen [Internet]. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2010 [cited 2019 Jun 14]. Available from: https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEMonografie_derivate_00
12. Wenger NK, Speroff L, Packard B. Cardiovascular health and disease in women. *N Engl J Med*. 1993;329(4):247-56. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJM199307223290406>
13. Milner KA., Funk M, Richards S, Wilmes RM., Vaccarino V, Krumholz HM. Gender differences in symptom presentation associated with coronary heart disease. *Am J Cardiol*. 1999;84(4):396-9.
14. Regitz-Zagrosek V, Espinola-Klein C. Schlagen Frauenherzen anders? *Kardio up*. 2006;2(3):255-69. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-2006-944799>
15. Möller-Leimkühler AM. Männer, Depression und „männliche Depression“ [Men, depression and „male depression“]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2009;77(7):412-22. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-2008-1038257>
16. Zierau F, Bille A, Rutz W, Bech P. The Gotland Male Depression Scale: a validity study in patients with alcohol use disorder. *Nord J Psychiatry*. 2002;56(4):265-71. DOI:

<https://doi.org/10.1080/08039480260242750>

17. Bertakis KD., Azari R. Patient-centered care: the influence of patient and resident physician gender and gender concordance in primary care. *J Womens Health (Larchmt)*. 2012 Mar;21(3):326-33. DOI: <https://doi.org/10.1089/jwh.2011.2903>
18. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA*. 2002 Aug 14;288(6):756-64. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.288.6.756>
19. Hochleitner M. Gender Medicine. Ringvorlesung an der medizinischen Universität Innsbruck. Facultas: Wien; 2009.
20. Celik H, Lagro-Janssen TALM, Widdershoven GGAM, Abma TA. Bringing gender sensitivity into healthcare practice: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2011 Aug;84(2):143-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.07.016>

Corresponding authors: Dr. Simone Weyers, Universitätsklinikum, Centre for Health and Society, Heinrich-Heine-Universität, Institut für Medizinische Soziologie, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf, Germany, E-mail: weyerss@uni-duesseldorf.de

Citation note: Weyers S, Stöbel-Richter Y. 2.6.10. Geschlecht und Gesundheit. In: Deinzer R, von dem Knesebeck O, editors. *Online Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie*. Berlin: German Medical Science GMS Publishing House; 2018-. DOI: [10.5680/olmps000074](https://doi.org/10.5680/olmps000074)

Copyright: © 2025 Simone Weyers et al.

This is an Open Access publication distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License. See license information at <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>