

Geschlecht in der Public-Health-Forschung zu gesundheitlichen Ungleichheiten: Potenziale und Begrenzungen des Intersektionalitätsansatzes

Bolte, Gabriele; Lahn, Ulrike

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Bolte, G., & Lahn, U. (2015). Geschlecht in der Public-Health-Forschung zu gesundheitlichen Ungleichheiten: Potenziale und Begrenzungen des Intersektionalitätsansatzes. *GENDER - Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 7(2), 51-67. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-452087>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

Geschlecht in der Public-Health-Forschung zu gesundheitlichen Ungleichheiten: Potenziale und Begrenzungen des Intersektionalitätsansatzes

Zusammenfassung

Soziale und geschlechtsbezogene Ungleichheiten bei Gesundheit stellen eine Herausforderung für die Public-Health-Forschung hinsichtlich der Identifikation ihrer Ursachen und der Entwicklung wirksamer Interventionsmaßnahmen dar. Aktuelle konzeptionelle Arbeiten zu Geschlecht in der epidemiologischen Gesundheitsforschung betonen die Komplexität, Verwobenheit und wechselseitige Beeinflussung der Dimensionen Sex und Gender. Intersektionalität als Forschungsperspektive berücksichtigt Machtverhältnisse sowie die kulturellen, historischen und politischen Kontexte von Geschlechter- und sozialen Ungleichheiten.

Der Beitrag hat zum Ziel, konzeptionelle und methodische Anknüpfungsmöglichkeiten einer Intersektionalitätsperspektive an die epidemiologische, quantitative Forschung zur Erfassung und Erklärung von geschlechtsbezogenen gesundheitlichen Ungleichheiten aufzuzeigen. Es werden einerseits Potenziale zur Verbesserung der Aussagekraft von Forschung zu gesundheitlichen Ungleichheiten dargestellt. Andererseits werden Begrenzungen und aktuelle Herausforderungen für die Verwendung und Interpretation von Begriffen und Konzepten, die Kategorisierung sozialer Merkmale und die Umsetzung in multivariablen statistischen Analysen diskutiert.

Schlüsselwörter

Sozialepidemiologie, soziale Ungleichheit, quantitative Methoden, Intersektionalität, Geschlecht, Gender, Sex

Summary

Gender in public health research on health inequalities: Potentials and limitations of an intersectionality approach

Social and gender inequalities in health are a challenge for public health research when it comes to identifying the causes and development of effective interventions. Current conceptual work on gender in epidemiological health research emphasizes the complexity, interrelatedness and mutual influence of the dimensions "sex" and "gender". Intersectionality as a research perspective considers power relations as well as cultural, historical and political contexts of gender and social inequalities.

The aim of this article is to illustrate conceptual and methodical starting points for an intersectionality approach within epidemiological, quantitative research on measuring and explaining gender inequalities in health. On the one hand, potentials for improving the validity of research on health inequalities are presented. On the other hand, limitations and current challenges concerning the use and interpretation of terminology and concepts, the categorization of social characteristics and the implementation into multivariate statistical analyses are discussed.

Keywords

social epidemiology, social inequality, quantitative methods, intersectionality, sex, gender

1 Hintergrund

1.1 Gesundheitliche Ungleichheiten in der Public-Health-Forschung

Public Health bezieht sich als Wissenschaft und Praxis auf die Förderung und Erhaltung von Gesundheit auf der Ebene von Bevölkerungen. Die Public-Health-Forschung zeichnet sich durch einen multidisziplinären Ansatz aus und vereint eine Vielzahl wissenschaftlicher Disziplinen und Methoden (Schwartz 2012). Weltweit vielfach untersucht und beschrieben sind soziale Unterschiede bei Morbidität und Mortalität (Marmot/Wilkinson 1999; Mielck 2000). Für die Public-Health-Forschung stellen gesundheitliche Ungleichheiten in einer Bevölkerung hinsichtlich der Identifikation ihrer Ursachen und der Entwicklung wirksamer Interventionsmaßnahmen eine große Herausforderung dar (CSDH 2008).

Die Epidemiologie ist eine Kerndisziplin von Public Health und beschäftigt sich unter Anwendung quantitativer Forschungsmethoden mit der Häufigkeit und den Determinanten von gesundheitsbezogenen Zuständen und Ereignissen in Bevölkerungen einschließlich der Untersuchung von Gesundheitspotenzialen und Versorgungsaspekten (Kuhn/Bolte 2011). Die theoretischen Konzepte („Denkstile“ nach Fleck (1994)) in der Epidemiologie reichen von einer vorwiegend biomedizinischen Ausrichtung mit dem Paradigma der multifaktoriellen, in erster Linie individuellen Risikofaktoren bis hin zu Ansätzen einer ökosozialen Epidemiologie (Krieger 2011). In der Risikofaktoren-Epidemiologie wird meist der unabhängige Effekt einzelner Merkmale auf eine Gesundheitszielgröße unter statistischer Kontrolle für weitere individuelle Einflussgrößen, aber oftmals unter Ausblendung des Kontextes der physisch-gebauten und sozialen Lebensumwelt quantifiziert. Dieser biomedizinische Forschungsansatz betrachtet Geschlecht, Ethnie oder Sozialstatus als Merkmale von Individuen unter Ausblendung sozialer Beziehungen und historischer, sozialer und politischer Prozesse (Weber 2006).

Die Sozialepidemiologie konzentriert sich hingegen auf soziale Einflussfaktoren für Gesundheit, auf soziale Prozesse, die zu Unterschieden bei Expositionen und Gesundheit führen, und auf soziale Unterschiede bei Gesundheit. Soziale, ökonomische und kulturelle Aspekte auf individueller und kontextueller Ebene werden in Expositionsdefinitionen und analytischen Modellen eingeschlossen. In der Sozialepidemiologie wird auf Theorien und Konzepte verschiedener Disziplinen, beispielsweise der Sozialwissenschaften, Bezug genommen (Berkman/Kawachi 2000; Oakes/Kaufman 2006; Kaufman 2008).

An epidemiologischer bzw. gesundheitswissenschaftlicher Forschung wurde kritisiert, dass oftmals nur soziale Ungleichheiten bei Gesundheit dokumentiert wurden und sozialepidemiologische Analysen zu gesundheitlichen Ungleichheiten nur deskriptive Erkenntnisse des Ist-Zustandes lieferten, ohne zugrunde liegende politische Prozesse oder gesellschaftliche Praktiken aufzudecken (Bauer 2014; O'Campo/Dunn 2012). Die aktuelle Diskussion zur Weiterentwicklung der Sozialepidemiologie umfasst daher den stärkeren Einbezug von Einflussfaktoren der Makroebene für die Gesundheit auf Bevölkerungsebene, die genauere Untersuchung von zeitlich und kontextuell variablen Mechanismen anstelle von nur statischen Risikofaktoren, die Weiterentwicklung von Methoden und das Bekenntnis, dass die Forschung nicht wertneutral, sondern mit der

Motivation erfolgt, zur Verringerung sozialer Ungleichheiten beizutragen (Galea/Link 2013). Moderne Sozialepidemiologie konzentriert sich nicht mehr allein auf die Problemidentifikation, sondern auf die Aufklärung von Mechanismen und die Entwicklung von Lösungsansätzen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten (O'Campo/Dunn 2012).

1.2 Geschlecht in der Public-Health-Forschung zu gesundheitlichen Ungleichheiten

Ebenso wie soziale Unterschiede wurden geschlechtsbezogene Unterschiede bei Gesundheit und Krankheit vielfach aufgezeigt (Annandale/Hunt 2000; Babitsch 2009). Klassische Erklärungsansätze für diese gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern wurden auf biomedizinischer Ebene (*Sex*) oder sozialer Ebene (*Gender*) entwickelt und beinhalten oftmals die Annahme einer Geschlechterdichotomie verbunden mit der Konzeptualisierung von statischen Differenzen (Hammarström et al. 2014). Die Kategorie Geschlecht, vor allem die biologische Dimension *Sex*, wird ohne konzeptionelle Änderungen als weiteres individuelles Risikomerkmals in die multifaktoriellen Modelle der Risikofaktoren-Epidemiologie aufgenommen (Bolte 2008). In den letzten Jahren wurde jedoch zunehmend auch in der biomedizinischen Forschung deutlich, dass es ein Kontinuum der Sex-bezogenen Merkmale und keine strikte (biologische) Geschlechterdichotomie gibt (Johnson/Repta 2012; Einstein 2012).

Die Sozialepidemiologie, und hier insbesondere die ökosoziale Epidemiologie nach Nancy Krieger (2011), betrachtet hingegen ein Netz von Krankheitsursachen einschließlich politischer und wirtschaftlicher Faktoren als gesellschaftliche Krankheitsursachen. Geschlecht wird als eine zentrale und ausgesprochen komplexe soziale Determinante für Gesundheit angesehen. Das Konzept des *Embodiment* der ökosozialen Epidemiologie, die biologische Inkorporation des sozialen und ökologischen/materiellen Lebenskontextes als aktiver und auch reziproker Prozess (Krieger 2011), eröffnet die Möglichkeit, die Multidimensionalität von Geschlecht und die komplexen Interaktionen der sozialen und biologischen Dimensionen zu berücksichtigen (Hammarström et al. 2014).

Aktuelle konzeptionelle Arbeiten zu Geschlecht in der (epidemiologischen) Gesundheitsforschung betonen die Komplexität, Verwobenheit und wechselseitige Beeinflussung der Dimensionen *Sex* und *Gender* (Krieger 2003; Moerman/van Mens-Verhulst 2004; Phillips 2008; Johnson/Greaves/Repta 2009; Nieuwenhoven/Klinge 2010; Bottorff et al. 2011; Springer/Mager Stellman/Jordan-Young 2012).

Für die zukünftige gesundheitswissenschaftliche Forschung und insbesondere die biomedizinische Forschung besteht daher die Herausforderung, Konzepte und Methoden zu entwickeln, um diese Komplexität, Verwobenheit und wechselseitige Beeinflussung der biologischen und sozialen Geschlechtsdimensionen ebenso wie die Wechselverhältnisse von Geschlecht und weiteren sozialen Dimensionen zu erfassen.

2 Ziel dieses Beitrags

Unser Beitrag greift aktuelle Diskussionen in den Sozial- und Geisteswissenschaften und in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung zu sozialen Ungleichheiten, Geschlecht und Gesundheit auf. Wir konzentrieren uns auf Intersektionalität als innovativen Ansatz, um die Interaktionen von gesundheitsrelevanten Ungleichheitslagen zu untersuchen und um Erklärungsansätze für diese Wechselwirkungen sowie für Gesundheitseffekte der dynamischen Beziehungen zwischen gesellschaftlichen Strukturen und der individuellen Handlungsebene zu entwickeln. Ziel unseres Beitrags ist es, die derzeitige Diskussion intersektioneller Perspektiven und von Gender als interdependente Kategorie (Walgenbach et al. 2012) in den Gesundheitswissenschaften, insbesondere in der Epidemiologie, darzustellen und sowohl konzeptionelle als auch methodische Anknüpfungsmöglichkeiten an die Geschlechterforschung aufzuzeigen. Zu diskutieren ist, inwieweit Intersektionalitätsansätze gerade in der quantitativen Forschung zur Erfassung und Erklärung von geschlechtsbezogenen gesundheitlichen Ungleichheiten geeignet sind.

3 Intersektionalitätsansätze in der Geschlechterforschung

Geprägt wurde der Begriff der Intersektionalität Anfang der 1990er Jahre durch die schwarze Rechtswissenschaftlerin Kimberlé W. Crenshaw (1991) in ihrem Text „Mapping the margins“. Mit dem Terminus wollte Crenshaw am Beispiel ihrer juristischen Fallstudien – umfangliche Kündigungsfälle vorrangig schwarzer Mitarbeiterinnen in einem Unternehmen – die ungleichheitserzeugenden Wechselwirkungen zwischen soziostrukturellen Merkmalen wie „Geschlecht“, „Ethnie/race“ und „Sozialschicht“ markieren, ohne die verschiedenen Kategorien und die damit verbundenen Diskriminierungsformen quantitativ zu addieren oder die eine gegenüber der anderen zu vernachlässigen.

Erste Diskussionen zu komplexen Lebensrealitäten und Marginalisierungserfahrungen fanden in den schwarzen, feministischen US-Bewegungen statt. Deren Akteurinnen konstatierten bereits in den 1970er Jahren, dass nicht alle Menschen, die sich in der Kategorie „Frau“ wiederfinden, gleichermaßen unterdrückt oder im Lebensalltag benachteiligt sind. Damit hinterfragten sie vehement die Programmatik des „Wir Frauen gemeinsam“, die insbesondere in der Frühphase der Frauenbewegungen kollektive Identität stiftete (McCall 2005; Winker/Degele 2009; Gutiérrez-Rodríguez 1999). Dieses Postulat blende, so die Kritik, die Vielzahl der sozioökonomischen, ethnischen und sexuellen Unterschiede sowie die durchaus pluralen Identitäten aus, die innerhalb der Kategorie „Frau“ zu finden seien (Hammarström et al. 2014; Bowleg 2012).

Aktuell sind intersektionelle Ansätze im wissenschaftlichen Diskurs zwischen den theoretischen Strängen der Gender Studies, der Queer Theory und den Postcolonial Studies zu verorten und können als interdisziplinäre Forschungshaltung verstanden werden (Lahn 2012; Walgenbach et al. 2012). Damit ist Intersektionalität weder eine geschlossene Theorie noch disziplinär gebunden oder einer spezifischen Methodentradi-

tion verpflichtet: Sie ist eine Forschungsperspektive, eine Forschungshaltung, die neue methodologische und epistemologische Überlegungen zum Gegenstand Geschlecht, zu Geschlechterverhältnissen, Differenzen, Heterogenität, Ungleichheiten und ungleichheitsgenerierenden Kategorien erfordert (Bowleg 2012; Walgenbach et al. 2012; Dietze/Haschemi Yekani/Michaelis 2012). Aus dieser Perspektive werden beispielsweise Geschlechtsunterschiede als dynamisch und relativ begriffen – mit kontextabhängigen Variationen. Die biologische Dimension *Sex* wird vorrangig als Kontinuum verstanden, die jedoch gesellschaftlichen Normen von Bipolarität unterworfen ist, wie beispielsweise den medizinischen Zuweisungspraxen der Geschlechtsbestimmung bei der Geburt. Die Körperdimension wird zudem über weitere Aspekte wie Alter, Gesundheit, Attraktivitätsgebote eingeführt (Lahn 2012; Winker/Degele 2009). Ein weiterer Aspekt intersektioneller Forschungshaltung ist, Erhebung und Auswertung idealerweise an Kontextsensibilität auszurichten: Das bedeutet, kulturelle, historische und soziopolitische Kontexte von Genderdifferenzen und von sozialer Ungleichheit als komplex zusammenwirkende Einflussfaktoren zu berücksichtigen (Bowleg 2012; Winker/Degele 2009).

In dem Buch von Walgenbach et al. (2012) verwendet das Autorinnenkollektiv den Begriff Gender als interdependente Kategorie bzw. Interdependenzen statt Intersektionalität in den Beiträgen. Sie begründen dies in ihrer Einleitung damit, „dass der Fokus des Begriffs auf der Konzeptualisierung wechselseitiger und nicht monodirektionaler Abhängigkeiten liegt. Damit werden *Beziehungen* [Hervorhebung im Original] von *Ungleichheiten* bzw. *Marginalisierungen* in den Vordergrund gestellt, während Intersektionalität im Sinne Crenshaws sich auf bestimmte Sektionen oder Schnittmengen konzentriert und somit tendenziell von isolierten Strängen ausgeht“ (Dietze et al. 2012: 9).

Wesentliches Anliegen aktueller intersektioneller Zugänge ist es, für die Komplexität von Lebensrealitäten und für Unterschiede zu sensibilisieren, das heißt, Verwobenheiten innerhalb gesellschaftlicher Strukturen und diverser Kategorien aufzuzeigen – und auch das Verhältnis zwischen der Person, die forscht, und dem „Forschungsobjekt“ kritisch zu hinterfragen. Intersektionelle Forschungsansätze werden genutzt, um Erklärungsansätze für die Frage, wie sich Ungleichheitslagen im sozialen Raum situativ verstärken, abschwächen und verändern können, zu entwickeln (Walgenbach et al. 2012; Winker/Degele 2009; Lutz/Herrera Vivar/Supik 2010).

Mit einer Intersektionalitätsperspektive wird meist keine Hierarchie sozialer Merkmale eingeführt, beispielsweise ist Geschlecht nicht als wichtiger zu bewerten als andere Merkmale sozialer Identität (Hankivsky et al. 2010). Es wird aber auch argumentiert, dass Geschlecht (Dimension Gender) ein allgegenwärtiger Bestandteil sozialer Identität sei und daher immer Ausgangspunkt von Analysen sein sollte (Hammarström et al. 2014).

Forschung mit einer Intersektionalitätsperspektive ist nicht nur an gesellschaftlichen Dynamiken interessiert, sondern ist auch mehrdimensional orientiert: Es werden sowohl die Subjekt- und Struktur- als auch die sogenannte Repräsentationsebene in den Blick genommen und es wird auf die komplexen Wechselwirkungen innerhalb und zwischen den Ebenen verwiesen (Lutz/Davis 2005; Winker/Degele 2009).

Gabriele Winker und Nina Degele (2009) entwickelten im deutschsprachigen Raum eine forschungsleitende Methodologie zur Erfassung von Wechselwirkungen zwischen ungleichheitsgenerierenden Dimensionen. Sie verfolgten hierbei einen Ansatz einer an

sozialen Praxen orientierten Intersektionalität zur Analyse sozialer Ungleichheiten. Die Mehrebenenanalyse umfasst einen Methodenmix verschiedener qualitativer Erhebungs- und Auswertungsverfahren ebenso wie diskursanalytische Zugänge. Der analytische Fokus liegt auf der Mikroebene bzw. Individual- und Identitätsebene und darauf, wie diese mit der Meso- und Makroebene der Institutionen, Organisationen und der spezifischen Sozialstruktur korrespondiert. Erweitert wird der Blick um die Repräsentationsebene gesellschaftlicher Diskurse und etablierter Normen zu geschlechtlichen und anderen Differenzen und wie letztere sich auf die Individual- und Handlungsebene auswirken.

4 Potenziale und Begrenzungen von Intersektionalitätsansätzen in der epidemiologischen Forschung zu gesundheitlichen Ungleichheiten

4.1 Potenziale

Intersektionalitätsansätze in der Public-Health-Forschung zu sozialen Ungleichheiten bei Gesundheit bieten nach Ansicht vieler Autorinnen und Autoren das Potenzial, neue Ansätze zu verfolgen, wie soziale Ungleichheiten konzeptualisiert, Daten erhoben und interpretiert werden (Hankivsky et al. 2010; Bowleg 2012; Bauer 2014; Hammarström et al. 2014; Rouhani 2014). Mit intersektionell-informierten Forschungsansätzen könnten die Qualität und damit die Aussagekraft der Forschung gerade hinsichtlich der Heterogenität von Effekten und kausaler Prozesse der Entstehung gesundheitlicher Ungleichheiten gesteigert werden (Bowleg 2012; Bauer 2014).

Intersektionelle Forschungsansätze mit einem qualitativen Ansatz konzentrierten sich oftmals auf die Gruppe der mehrfach Marginalisierten. Im Gegensatz dazu ermöglichen es große populationsbasierte Datensätze, mittels quantitativer Analysen eine Art „soziodemographische Kartierung“ (Bauer 2014: 12) vorzunehmen, indem alle intersektionellen Positionen und ihr jeweiliger Zusammenhang mit Krankheitshäufigkeiten untersucht werden. Der Vergleich dieser vielfältigen Positionen hat den Vorteil, dass Effekte von Privilegierung und Marginalisierung in ihren unterschiedlichen Kombinationen auf die Gesundheit untersucht werden können (Bauer 2014).

Jedoch gibt es bisher erst wenige Public-Health-Studien, die Intersektionalitätsansätze bei dem theoretischen Hintergrund, dem Studiendesign, der Datenanalyse und Ergebnisinterpretation verfolgen (Bowleg 2012). Beispiele sind oftmals Studien mit einem qualitativen Ansatz (Hankivsky et al. 2010; Bauer 2014). Zudem gibt es nach Hankivsky et al. (2010) einen Mangel einer ausreichend definierten intersektionellen Methodologie insbesondere für empirische Ansätze mit quantitativen Methoden.

4.2 Verwendung und Interpretation der Begriffe

Derzeit besteht noch das Problem, dass in Publikationen zu intersektionellen Forschungsansätzen auf mathematische Begriffe wie additiv, multiplikativ, Wechselwir-

kung oder Interaktion Bezug genommen wird, diese aber nicht im mathematischen Sinn interpretiert werden. Greta Bauer (2014) weist darauf hin, dass es zu Verwirrungen kommt, wenn die Begriffe aus der intersektionell-informierten Geschlechterforschung in Bezug auf quantitative Forschungsansätze verwendet werden, da Begriffe wie z. B. Interaktion in der Intersektionalitätstheorie verwendet werden, diese jedoch nicht streng mathematisch wie in quantitativen statistischen Methoden, sondern nur in einem weiter gefassten konzeptionellen Sinn gemeint sind. Interaktion der Kategorien Geschlecht und Ethnie aus einer Intersektionalitätsperspektive ist nicht zwingend mit einem statistischen Modell mit Wechselwirkungstermen gleichzusetzen. Ebenso ist der Begriff Mehrebenenanalyse bei Gabriele Winker und Nina Degele (2009) nicht im statistischen Sinne als Mehrebenenstudie der Epidemiologie zu verstehen (Diez Roux 2002), die mittels statistischer Verfahren der Mehrebenenmodellierung ausgewertet wird. Und schließlich ist aus einer Intersektionalitätsperspektive unter „power analysis“ eine Berücksichtigung einerseits von Machtverhältnissen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung sozialer Strukturen und Prozesse und andererseits von Machtverhältnissen zwischen Forschenden und Beforschten (Hankivsky et al. 2010) zu verstehen und nicht etwa die sogenannte Poweranalyse bei quantitativen Studien im Sinne der Abschätzung der statistischen Power oder Aussagekraft (Porta 2008).

4.3 Intersektionelle Perspektive bei den einzelnen Phasen des Forschungsprozesses

Im Folgenden skizzieren wir kurz, was nach derzeitigem Stand der konzeptionellen Überlegungen und Diskussionen eine intersektionelle Perspektive bei den einzelnen Phasen des Forschungsprozesses einer quantitativen epidemiologischen Studie zu sozialen Ungleichheiten bei Gesundheit bedeutet.

4.3.1 Theoretischer Hintergrund und Forschungsfrage

Nach Ansicht von Lisa Bowleg bietet die Intersektionalitätsperspektive den notwendigen theoretischen Rahmen für Public Health: „Complex multidimensional issues such as entrenched health disparities and social inequality among people from multiple historically oppressed and marginalized populations beg novel and complex multidimensional approaches. Intersectionality is the critical, unifying, and long overdue theoretical framework for which public health has been waiting“ (Bowleg 2012: 1272). Insbesondere hebt sie die Betrachtung von Beziehungen zwischen sozialen Identitäten auf der individuellen Ebene und den Strukturen und Prozessen auf der Makroebene hervor. Kontextsensibilität bedeutet aus einer intersektionell-informierten Forschungshaltung, kulturelle, historische und soziopolitische Kontexte von Genderdifferenzen, Vergeschlechtlichung und von sozialer Ungleichheit zu berücksichtigen, die je nach betrachtetem Sozialraum und Zeitraum variieren können (Rouhani 2014). Der Einbezug des Kontextes auf einer Meso- oder Makroebene bei der quantitativen Analyse gesundheitlicher Ungleichheiten in Bevölkerungen wird bereits vielfach in sozialepidemiologischen Studien angewandt und ist wichtiger Ausgangspunkt für die Entwicklung von Interventionsmaßnahmen (CSDH 2008).

Die Entscheidung, ob lediglich eine deskriptive intersektionelle Analyse durchgeführt werden soll, mit welchen Gesundheitsparametern bestimmte Kategorien der sozialen Position verbunden sind oder ob auch die Prozesse untersucht werden sollen, die die Heterogenität zwischen den Kategorien hervorrufen, ist wesentlich für die Wahl der Analysemethode. Bei der deskriptiven Analyse ist zu entscheiden, ob die Adjustierung für weitere Merkmale in der statistischen Analyse theoretisch gerechtfertigt ist. Für den Einbezug von Prozessen in die statistischen Analysen sind konzeptionelle Überlegungen notwendig, ob diese z. B. als interagierende Faktoren, als direkte Effektmodifikatoren, als vermittelnde Faktoren oder als Intermediärvariablen beeinflussende Merkmale aufzufassen sind. Strukturen und Prozesse der Makroebene können nicht durch statistische Analysen auf der individuellen Ebene erfasst werden. Hierzu sind statistische Mehrebenenmodelle notwendig (Bauer 2014).

4.3.2 Operationalisierung der zu untersuchenden Merkmale

Aus einer Intersektionalitätsperspektive werden soziale Merkmale wie Geschlecht, Ethnie, sozialer Status oder sexuelle Orientierung nicht als unabhängige und eindimensionale Einflussgrößen operationalisiert, sondern als miteinander verflochtene und sich wechselseitig bedingende (Hankivsky et al. 2010; Bowleg 2012). „Sex, gender, race, ethnicity, income, social class, education, age, sexuality, immigration history... each may be understood in greater complexity through intercategorical approaches to intersectionality, which use categorization pragmatically to explore the health impacts of multiple identities or social positionalities“ (Bauer 2014: 11). Die Entscheidung für die zu untersuchenden Kategorien der Ungleichheit ist abhängig vom Gegenstand und von der Ebene der Untersuchung (Winker/Degele 2009). Hinzu kommt, dass soziale Kategorien und Exkludierungsmechanismen nicht als historische Konstanten angesehen werden, sondern soziokulturellem Wandel unterworfen sind (Bowleg 2012). Ein pragmatischer Ansatz ist, eine Variable mit vielen Ausprägungen aus der Kombination mehrerer sozialer Merkmale zu bilden, um verschiedene Subgruppen zu klassifizieren. Dieser Kategorisierung könnte eine „intersectional identity matrix“ (Rouhani 2014: 7) zugrunde liegen, in der jede Variable mit jeder gekreuzt wird. Ein wesentlicher Nachteil dieses Ansatzes zur Kategorisierung einer Vielzahl von Subgruppen ist jedoch die Notwendigkeit eines großen Datensatzes zum Erreichen einer ausreichenden statistischen Power. In der Epidemiologie bereits etabliert ist das Vorgehen, sogenannte Dummy- oder Indikatorvariablen (meist für die Kombinationen zweier Merkmale) in der statistischen Analyse zu verwenden, um die Interpretierbarkeit der Effektschätzer zu erhöhen, statt multiplikative Interaktionsterme im Regressionsmodell einzusetzen.

Die Studie von Malmusi et al. (2014) ist ein Beispiel für die Kombination zweier dichotomer Variablen, Geschlecht und Sozialstatus, zur Definition von vier Subgruppen, für die stratifiziert der Zusammenhang zwischen Charakteristika der Lebensumstände und dem subjektiven Gesundheitszustand analysiert wird. Warner und Brown (2011) definieren in ihrer Studie zu funktionellen Einschränkungen anhand der Merkmale Geschlecht und Ethnie sechs Subgruppen.

Greta Bauer (2014) empfiehlt die Unterscheidung von sozialen Identitäten und sozialen Positionen. Die soziale Position kann mit objektiven Merkmalen wie z. B. Ein-

kommen beschrieben werden. Die soziale Identität hingegen, die Wahrnehmung und Behandlung einer Person, ist kontextspezifisch und daher variabel in Raum und Zeit. Setareh Rouhani (2014: 4) unterscheidet zwischen einem traditionellen Ansatz der Kategorisierung und einem „anti-kategoriellen“ Ansatz. Ersterer geht davon aus, dass die einzelnen Kategorien als Ausprägungen sozialer Dimensionen für sich eine soziale Bedeutung haben. Letzterer postuliert hingegen, dass die Bedeutung erst durch gleichzeitige Berücksichtigung der verschiedenen Ausprägungen in ihrem jeweiligen Kontext erfasst werden kann. Dies entspricht den sozialen Identitäten nach Bauer (2014).

In Bezug auf die Kategorie Geschlecht ist je nachdem, welche Aspekte von Gesundheit, welche Population und welcher Kontext untersucht werden sollen, zu überlegen, welche Bedeutung die Kategorie Geschlecht hat und ob sie zeitlich entsprechend dem Kontext stabil oder veränderlich ist (Hammarström et al. 2014). Auf die Möglichkeit, Geschlecht bei der Datenerhebung einer quantitativen Studie bereits in mehr als zwei Ausprägungen zu erfassen, sei hier nur kurz verwiesen. Nicola Döring diskutiert Ansätze, die für die Forschungsfrage interessierenden Geschlechtsdimensionen mit ihren vielfältigen Ausprägungen bei der Operationalisierung von Geschlecht im Fragebogen zu berücksichtigen (Döring 2013). Ein Beispiel hierfür ist eine quantitative Studie zu Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans*, die Vorannahmen und Zuschreibungen durch im Fragebogen vorgegebene Kategorien zu vermeiden versuchte und das individuelle geschlechtliche Selbstverständnis erhob (LesMigraS 2012). Die Erprobung der Praktikabilität dieser Ansätze und der Nachweis des Erkenntnisgewinns in der Analyse stehen unseres Wissens für die epidemiologische Gesundheitsforschung noch aus.

4.3.3 Auswahl der Studienpopulation

In der Public-Health-Forschung wurde als Typ-III-Fehler beschrieben, wenn es eine Diskrepanz zwischen Forschungsfrage und Analyseansatz gibt (Schwartz/Carpenter 1999). Beispielsweise kann durch eine Analyse der Ursachen interindividueller Variationen der Gesundheit in einer ausgewählten Bevölkerungsgruppe nicht unmittelbar die Forschungsfrage beantwortet werden, welche Faktoren für die Gesundheitsunterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen verantwortlich sind. Übertragen auf Fragestellungen von Intersektionalitätsanalysen bedeutet dies, dass Effekte von politischen Strukturen oder Prozessen auf die Gesundheit marginalisierter Bevölkerungsgruppen nicht aufgeklärt werden können, wenn die Studienpopulation auf eine marginalisierte Gruppe begrenzt wird, die keine Variation der strukturellen Merkmale aufweist (Bauer 2014).

Prinzipiell können bereits vorhandene, für andere Fragestellungen erhobene Daten – beispielsweise aus bevölkerungsrepräsentativen Surveys – für eine intersektionell-informierte Analyse genutzt werden. Probleme können sich ergeben, wenn bereits bei der Datenerhebung soziale Merkmale aggregiert erhoben wurden, beispielsweise Ethnie nur als dichotomisierte Variable mit den Ausprägungen „Weiß“ und „Nicht-Weiß“ definiert wurde (Rouhani 2014: 3). Wenn wie oben bereits angesprochen eine Vielzahl an Subgruppen mittels Merkmalskombinationen beschrieben werden soll, schlägt Rouhani (2014) zur Erhöhung der statistischen Power vor, die Daten mehrerer Surveys aus verschiedenen Jahren oder aus verschiedenen Ländern zu poolen. Dies widerspricht aber

dem Anspruch intersektionell-informierter Forschung, den zeitlichen, politischen und kulturellen Kontext zu berücksichtigen.

4.3.4 Strategien der statistischen Modellierung

Modellierungsstrategien mit einer Variablenselektion, die allein auf der Basis der vorhandenen Daten explorativ und p-Wert-gesteuert Zusammenhänge untersuchen, werden für intersektionelle Fragestellungen als unzureichend bewertet (Bauer 2014; Rouhani 2014). Vielmehr sollten alle Variablen zur Beschreibung sozialer Identitäten und Gruppen in die multivariable Analyse eingeschlossen werden. Ansätze der hierarchischen Modellierung, die Variablen oder Variablengruppen a priori als distale Einflussfaktoren (z. B. strukturelle Merkmale) oder proximale, vermittelnde Faktoren (z. B. individuelle Merkmale) einstufen (Victora et al. 1997), bergen die Gefahr in sich, von getrennten, sequenziellen sozialen und biologischen Prozessen auszugehen und Wechselwirkungen zwischen Merkmalen auf individueller und kontextueller Ebene unberücksichtigt zu lassen (Krieger 2011). Statistische Mehrebenenmodelle können eingesetzt werden, um Variablen zur sozialen Position auf individueller Ebene und Variablen zu Prozessen und Strukturen auf einer Meso- oder Makroebene, die für die Entstehung von Ungleichheiten relevant sind, zu berücksichtigen. In diesen Modellen können Interaktionen innerhalb einer Ebene und zwischen den Ebenen betrachtet werden (Blakely/Subramanian 2006).

Wenn es wie oben im Abschnitt zur Geschlechterforschung beschrieben bei intersektionell-informierten Forschungsfragen um die Untersuchung wechselseitiger Abhängigkeiten und von Wechselwirkungen innerhalb einer Ebene sowie zwischen mehreren Ebenen geht, liegt es nahe, dies als Verwendung von Wechselwirkungstermen in statistischen Modellen der quantitativen Analyse zu interpretieren. In der epidemiologischen Literatur wurde zwischen verschiedenen Kontexten unterschieden, in denen Interaktionen bzw. Wechselwirkungen konzeptualisiert werden: statistische Interaktionen (die Wechselbeziehung von zwei oder mehreren Faktoren in einem statistischen Modell zur Risikoschätzung), biologische Interaktionen (die ineinandergreifende Wirkung von zwei oder mehr Faktoren bei der Krankheitsverursachung), Interaktionen im Public-Health-Kontext (Abhängigkeit der Anzahl von Erkrankungen in einer Bevölkerung vom Ausmaß des gleichzeitigen Vorkommens mehrerer Faktoren auf individueller Ebene) und der Kontext der individuellen Entscheidungsfindung (Abhängigkeit des absoluten Risikos vom Vorhandensein mehrerer Faktoren auf individueller Ebene) (Rothman/Greenland/Walker 1980). Für die Interpretation von Wechselwirkungstermen ist es entscheidend, in welcher Art von statistischen Regressionsmodellen (z. B. ob lineare oder logistische Regression) diese eingesetzt wurden. Interaktionen auf der additiven Skala zeigen an, ob der Effekt eines Risikofaktors in einer Subpopulation größer ist als in einer anderen (Knol/VanderWeele 2012). Daher werden Interaktionen auf der additiven Skala als am besten geeignet bewertet, um die Public-Health-Relevanz von Interaktionen einzuschätzen (Knol/VanderWeele 2012). Dies gilt ebenso für Fragestellungen intersektioneller Forschungsansätze (Bauer 2014).

In der Epidemiologie wird empfohlen, zwischen Effektmofifikation und Interaktion konsequent zu unterscheiden, da dies Auswirkungen auf die statistische Analyse z. B. in Bezug auf Confounderkontrolle und auf die Art einer Intervention hat (Knol/

VanderWeele 2012). Die Sichtweise „Effektmodifikation“ bedeutet, dass der Effekt der zu untersuchenden Einflussgröße je nach Ausprägung eines zweiten Faktors, des Effektmodifikators, von Interesse ist. Die Sichtweise „Interaktion“ hingegen zielt auf die Analyse der gemeinsamen Effekte von z. B. zwei zu untersuchenden Einflussgrößen. Beide Sichtweisen können je nach Fragestellung einer Intersektionalitätsanalyse eingenommen werden (Bauer 2014), letztere Sichtweise der Interaktion ist unseres Erachtens relevanter für intersektionelle Fragestellungen, die auf Wechselwirkungen zwischen ungleichheitsgenerierenden Dimensionen zielen. Je nach Fragestellung können Interaktionsterme zwischen drei oder mehr Variablen notwendig sein (Rouhani 2014). Um die Interaktionen zwischen vier Sozialmerkmalen (Alter, Geschlecht, Einkommen, Familienstand) abzuschätzen, nutzten Cairney et al. (2014) die Klassifikationsbaum-Analyse in Ergänzung zu logistischen Regressionsmodellen. Die Schwierigkeiten der Interpretation verschiedener Effektschätzer wie z. B. Odds Ratios, Prävalenz-Ratios oder relativer Risiken bei Interaktionen auf der additiven oder multiplikativen Skala wurden in Arbeiten zu intersektionellen Ansätzen quantitativer Forschung bereits thematisiert (Bauer 2014). Eine vertiefte Darstellung dieser Aspekte führt unseres Erachtens für diesen Beitrag aber zu weit.

4.4 Mixed-Methods-Forschung

Für ein umfassendes Verständnis der Zusammenhänge wird die Analyse von quantitativen und qualitativen Daten im Sinne einer Methodentriangulation oder von Mixed-Methods-Forschung empfohlen (Weber 2006; Grace 2014). Qualitative Daten können beispielsweise ergänzende Informationen zu institutionellen Prozessen sowie zu subjektivem und kontextabhängigem Erleben liefern, zur Eingrenzung der relevanten sozialen Identitäten vor einer quantitativen Studie oder zur vertieften Interpretation von Ergebnissen einer quantitativen Studie genutzt werden (Grace 2014). James Dunn (2012) warnt vor der Annahme, die Kombination von Methoden würde immer zu besseren Forschungsergebnissen führen. Statt der Unterscheidung zwischen quantitativer und qualitativer Forschung schlägt er die Abgrenzung von extensiver, umfassender und intensiver, konzentrierter Forschung vor. Bei extensiver Forschung stehen Fragen zu gemeinsamen Mustern und unterscheidenden Eigenschaften einer Population im Vordergrund. Die intensive Forschung konzentriert sich auf Fragen, wie Prozesse in kleinen Bevölkerungsgruppen ablaufen, welche Beziehungen und Bedingungsfaktoren bestehen.

4.5 Partizipative Forschungsansätze und soziale Gerechtigkeit als Motivation

Forschende mit einem positivistischen biomedizinischen Paradigma gehen von einer objektiven und emotional neutralen Haltung aus, sie führen eine hierarchische Beziehung zwischen sich und den Beforschten ein (Weber 2006; Kelly 2009). Mit dieser Forschungshaltung werden soziale Ungleichheiten lediglich als Unterschiede in den Ressourcen bei den untersuchten Individuen, wie z. B. Unterschiede im erreichten Bildungsgrad, erfasst. Eine intersektionell-informierte Forschungshaltung hingegen erfor-

dert eine Auseinandersetzung mit den sozialen Positionierungen von Forschenden und Beforschten und den Machtverhältnissen zwischen ihnen (Hankivsky et al. 2010; Weber 2006). Sowohl aus der Intersektionalitätsperspektive als auch aus der Sicht einer kritischen Sozialepidemiologie bieten sich partizipatorische Forschungsmethoden an, um gleichwertige Partnerschaften zwischen Beforschten und Forschenden zu etablieren, die Beforschten von Anfang an gleichberechtigt in den Forschungsprozess einzubeziehen und strukturelle soziale Faktoren zu berücksichtigen. „This approach is ideal for feminist intersectionality research as it intentionally addresses multilevel power relations and requires researcher subjectivity, engagement, and reflexivity“ (Kelly 2009: E50). In der Epidemiologie werden diese Ansätze als „community-based participatory research“ oder „popular epidemiology“ bezeichnet (O’Fallon/Dearry 2002; Leung/Yen/Minkler 2004; O’Campo/Dunn 2012). „In order for data to become a tool of social empowerment and social change, the social structuring of data governance and management must transform from systems that reinforce social exclusion to systems in which communities are fully and centrally involved in data collection decision making“ (O’Campo/Dunn 2012: 13).

Darüber hinaus ist eine Intersektionalitätsperspektive von Forschenden mit der Motivation verbunden, soziale Gerechtigkeit zu erreichen. Das Ziel einer intersektionellen Forschungshaltung ist, ungleiche Machtverhältnisse und Prozesse der sozialen Exklusion und Marginalisierung zu verringern (Hankivsky et al. 2010; Weber 2006). Lynn Weber sieht hier hinsichtlich der Umsetzung sowohl bei Forschungsansätzen mit einer biomedizinischen als auch einer intersektionellen Perspektive Schwächen: Traditionelle biomedizinische Ansätze bleiben in der Messung und Quantifizierung sozialer Ungleichheiten stehen; intersektionelle Ansätze – basierend auf qualitativen Methoden – konzentrieren sich auf die Aufdeckung der Erfahrung und Bedeutung sozialer Ungleichheiten, ohne Interventionen zur Verringerung zu bewerten (Weber 2006).

Das Leitbild der sozialen Gerechtigkeit ist einer modernen Sozialepidemiologie immanent, eine anwendungsbezogene epidemiologische Forschung, die Erkenntnisse für die Veränderung sozialer Verhältnisse gewinnt, hat bereits eine längere Tradition (O’Campo/Dunn 2012).

5 Fazit

In unserem Beitrag sind wir der Frage nachgegangen, welche konzeptionellen und methodischen Anknüpfungsmöglichkeiten bei der Integration von intersektionellen Perspektiven in die gesundheitswissenschaftliche Forschung bestehen und welche intersektionell-informierten Forschungsansätze in der quantitativen Forschung zur Erfassung und Erklärung von geschlechtsbezogenen gesundheitlichen Ungleichheiten bereits umgesetzt werden.

Viele Elemente, die eine intersektionell-informierte Forschungshaltung charakterisieren, lassen sich ebenso in der modernen Sozialepidemiologie bzw. kritischen Public-Health-Forschung finden. Eine Analyse sozialer Ungleichheiten mit einem Intersektionalitätsansatz bietet die Chance, soziale Problemlagen kontextsensibel zu erfassen

und Subgruppen genauer als bisher zu identifizieren. Ein Forschungsansatz zu sozialer Ungleichheit bei Gesundheit, der Individuen und ihre sozialen Beziehungen im Kontext von Strukturen und Machtverhältnissen untersucht, ermöglicht ein umfassenderes Verständnis der Faktoren und Prozesse, die zu gesundheitlichen Ungleichheiten führen. Auf dieser Basis können Interventionsstrategien mit verhältnispräventiven Ansätzen zur Verringerung sozialer und geschlechtsbezogener gesundheitlicher Ungleichheiten entwickelt werden.

Der interdisziplinären Zusammenarbeit wird ein Potenzial zur Verbesserung der Forschung zugeschrieben:

„To address health disparities more effectively, with sound science, we need to open up the landscape of health disparities research so that fruitful dialogue and collaborations can take place among intersectional scholarship centered primarily in the humanities and social sciences, other critical public health approaches, and traditional positivist biomedical research.“ (Weber 2006: 30)

Aktuell müssen für eine Verständigung zwischen den Disziplinen und eine Integration intersektioneller Perspektiven in die quantitative Forschung aber noch sprachliche Verwirrungen zu mathematischen Begriffen und Konzepten aufgelöst werden. Die vertiefte Auseinandersetzung mit den Implikationen eines intersektionellen Forschungsansatzes für die Operationalisierung und statistische Modellierung in der quantitativen Analyse steht erst am Anfang.

Literaturverzeichnis

- Annandale, Ellen & Hunt, Kate. (Hrsg.). (2000). *Gender Inequalities in Health*. Buckingham: Open University Press.
- Babitsch, Birgit. (2009). Die Kategorie Geschlecht: Theoretische und empirische Implikationen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. In Matthias Richter & Klaus Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2., aktualisierte Auflage). (S. 283–299). Wiesbaden: VS Verlag.
- Bauer, Greta R. (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science and Medicine*, (110), 10–17.
- Berkman, Lisa F. & Kawachi, Ichiro. (2000). A historical framework for social epidemiology. In Lisa F. Berkman & Ichiro Kawachi (Hrsg.), *Social Epidemiology* (S. 3–12). Oxford: Oxford University Press.
- Blakely, Tony & Subramanian S. V. (2006). Multilevel studies. In J. Michael Oakes & Jay S. Kaufman (Hrsg.), *Methods in social epidemiology* (S. 316–340). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bolte, Gabriele. (2008). Gender in der Epidemiologie. Diskussionsstand und Perspektiven. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51(1), 3–12.
- Bottorff, Joan L.; Oliffe, John L.; Robinson, Carole A. & Carey, Joanne. (2011). Gender relations and health research: a review of current practices. *International Journal for Equity in Health*, (10), 60.
- Bowleg, Lisa. (2012). The problem with the phrase *women and minorities*: Intersectionality – an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267–1273.

- Cairney, John; Veldhuizen, Scott; Vigod, Simone; Streiner, David L.; Wade, Terrance J. & Kurdyak, Paul. (2014). Exploring the social determinants of mental health service use using intersectionality theory and CART analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(2), 145–150.
- CSDH (Commission on Social Determinants of Health). (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.
- Crenshaw, Kimberlé W. (1991). Mapping the margins. Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299.
- Dietze, Gabriele; Haschemi Yekani, Elahe & Michaelis, Beatrice. (2012). „Checks and Balances“. Zum Verhältnis von Intersektionalität und Queer Theory. In Katharina Walgenbach, Gabriele Dietze, Lann Hornscheidt & Kerstin Palm (Hrsg.), *Gender als interdependente Kategorie. Neue Perspektiven auf Intersektionalität, Diversität und Heterogenität* (2., durchgesehene Auflage) (S. 107–139). Opladen: Barbara Budrich.
- Dietze, Gabriele; Hornscheidt, Lann; Palm, Kerstin & Walgenbach, Katharina. (2012). Einleitung. In Katharina Walgenbach, Gabriele Dietze, Lann Hornscheidt & Kerstin Palm (Hrsg.), *Gender als interdependente Kategorie. Neue Perspektiven auf Intersektionalität, Diversität und Heterogenität* (2., durchgesehene Auflage) (S. 7–22). Opladen: Barbara Budrich.
- Diez Roux, A. V. (2002). A glossary for multilevel analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, (56), 588–594.
- Döring, Nicola. (2013). Zur Operationalisierung von Geschlecht im Fragebogen: Probleme und Lösungsansätze aus Sicht von Mess-, Umfrage-, Gender- und Queer-Theorie. *GENDER*, 5 (2), 94–113.
- Dunn, James R. (2012). „Explanation“, philosophy and theory in health inequalities research: towards a critical realist approach. In Patricia O’Campo & James R. Dunn (Hrsg.), *Rethinking social epidemiology. Towards a science of change* (S. 23–42). Heidelberg: Springer.
- Einstein, Gillian. (2012). Measuring biological sex. In John L. Oliffe & Lorraine Greaves (Hrsg.), *Designing and conducting gender, sex & health research* (S. 85–101). Los Angeles: Sage.
- Fleck, Ludwik. (1994). *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Galea, Sandro & Link, Bruce G. (2013). Six paths for the future of social epidemiology. *American Journal of Epidemiology*, 178(6), 843–849.
- Grace, Daniel. (2014). *Intersectionality-informed mixed methods research: a primer*. Vancouver: The Institute for Intersectionality Research & Policy, Simon Fraser University.
- Gutiérrez-Rodríguez, Encarnación. (1999). Fallstricke des Feminismus. Das Denken „kritischer Differenzen“ ohne geopolitische Kontextualisierung: Einige Überlegungen zur Rezeption antirassistischer und postkolonialer Kritik. *polylog – Zeitschrift für interkulturelles Philosophieren*, (4), 13–24.
- Hammarström, Anne; Johansson, Klara; Annandale, Ellen; Ahlgren, Christina; Aléx, Lena; Christianson, Monica; Elwér, Sofia; Eriksson, Carola; Fjellman-Wiklund, Annacristine; Gilenstam, Kajsa; Gustafsson, Per E.; Harryson, Lisa; Lehti, Arja; Stenberg, Gunilla & Verdonk, Petra. (2014). Central gender theoretical concepts in health research: the state of the art. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(2), 185–190.
- Hankivsky, Olena; Reid, Colleen; Cormier, Renee; Varcoe, Colleen; Clark, Natalie; Benoit, Cecilia & Brotman, Shari. (2010). Exploring the promises of intersectionality for advancing women’s health research. *International Journal for Equity in Health*, (9), 5. doi: 10.1186/1475-9276-9-5
- Johnson, Joy L.; Greaves, Lorraine & Repta, Robin. (2009). Better science with sex and gender: Facilitating the use of a sex and gender-based analysis in health research. *International Journal for Equity in Health*, (8), 14.

- Johnson, Joy L. & Repta, Robin. (2012). Sex and gender. Beyond the binaries. In John L. Oliffe & Lorraine Greaves (Hrsg.), *Designing and conducting gender, sex & health research* (S. 17–37). Los Angeles: Sage.
- Kaufman, Jay S. (2008). Social epidemiology. In Kenneth J. Rothman, Sander Greenland & Timothy L. Lash (Hrsg.), *Modern Epidemiology* (third edition) (S. 532–548). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kelly, Ursula A. (2009). Integrating intersectionality and biomedicine in health disparities research. *Advances in Nursing Science*, 32(2), E42–E56.
- Knol, Mirjam J. & VanderWeele, Tyler J. (2012). Recommendations for presenting analyses of effect modification and interaction. *International Journal of Epidemiology*, 41(2), 514–520.
- Krieger, Nancy. (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections – and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 32(4), 652–657.
- Krieger, Nancy. (2011). *Epidemiology and the people's health. Theory and context*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Kuhn, Joseph & Bolte, Gabriele. (2011). Epidemiologie und Sozialepidemiologie. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (Neuausgabe) (S. 61–64). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Lahn, Ulrike. (2012). Die widersprüchlich-markierten Körper der Forschenden – Selbstreflexionen über Situiertheit in intersektionell informierter Forschung und Lehre. In Uta Klein & Daniela Heitzmann (Hrsg.), *Diversity konkret gemacht: Wege zur Gestaltung von Vielfalt an Hochschulen* (S. 73–88). Weinheim: Beltz-Juventa.
- LesMigraS – Lesbenberatung Berlin e. V. (Hrsg.). (2012). „... nicht so greifbar und doch real“. *Eine quantitative und qualitative Studie zu Gewalt- und (Mehrfach-)Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans* in Deutschland*. Berlin.
- Leung, Margaret W.; Yen, Irene H. & Minkler, Meredith. (2004). Community-based participatory research: a promising approach for increasing epidemiology's relevance in the 21st century. *International Journal of Epidemiology*, (33), 499–506.
- Lutz, Helma & Davis, Kathy. (2005). Geschlechterforschung und Biographieforschung: Intersektionalität als biographische Ressource am Beispiel einer außergewöhnlichen Frau. In Bettina Völter, Bettina Dausien, Helma Lutz & Gabriele Rosenthal (Hrsg.), *Biographieforschung im Diskurs* (S. 228–247). Wiesbaden: VS Verlag.
- Lutz, Helma; Herrera Vivar, Maria Teresa & Supik, Linda. (Hrsg.). (2010). *Fokus Intersektionalität. Bewegungen und Verortungen eines vielschichtigen Konzeptes*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Malmusi, Davide; Vives, Alejandra; Benach, Joan & Borrell, Carme. (2014). Gender inequalities in health: exploring the contribution of living conditions in the intersection of social class. *Global Health Action*, (7), 23189.
- Marmot, Michael & Wilkinson, Richard G. (Hrsg.). (1999). *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- McCall, Leslie. (2005). The complexity of intersectionality. *Signs. Journal of Women in Culture and Society*, 30(3), 1771–1800.
- Mielck, Andreas. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Hans Huber.
- Moerman, Clara J. & van Mens-Verhulst, Janneke. (2004). Gender-sensitive epidemiological research: suggestions for a gender-sensitive approach towards problem definition, data collection and analysis in epidemiological research. *Psychology, Health & Medicine*, (9), 41–52.
- Nieuwenhoven, Linda & Klinge, Ineke. (2010). Scientific excellence in applying sex- und gender-sensitive methods in biomedical and health research. *Journal of Women's Health*, (19), 313–321.

- Oakes, J. Michael & Kaufman, Jay S. (2006). Introduction: Advancing methods in social epidemiology. In J. Michael Oakes & Jay S. Kaufman (Hrsg.), *Methods in social epidemiology* (S. 3–20). San Francisco: Jossey-Bass.
- O'Campo, Patricia & Dunn, James R. (2012). Introduction. In Patricia O'Campo & James R. Dunn (Hrsg.), *Rethinking social epidemiology. Towards a science of change* (S. 1–19). Heidelberg: Springer.
- O'Fallon, Liam R. & Deary, Allen. (2002). Community-based participatory research as a tool to advance environmental health sciences. *Environmental Health Perspectives*, 110(suppl 2), 155–159.
- Phillips, Susan P. (2008). Measuring the health effects of gender. *Journal of Epidemiology and Community Health*, (62), 368–371.
- Porta, Miquel. (2008). *A dictionary of epidemiology* (Fifth edition). Oxford: Oxford University Press.
- Rothman, Kenneth M.; Greenland, Sander & Walker, Alexander M. (1980). Concepts of interaction. *American Journal of Epidemiology*, 112(4), 467–470.
- Rouhani, Setareh. (2014). *Intersectionality-informed quantitative research: a primer*. Vancouver: The Institute for Intersectionality Research & Policy, Simon Fraser University.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm. (2012). Public Health – Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze. In Friedrich Wilhelm Schwartz, Ulla Walter, Johannes Siegrist, Petra Kolip, Reiner Leidl, Marie-Luise Dierks, Reinhard Busse & Nils Schneider (Hrsg.), *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen* (3. Auflage) (S. 3–6). München: Urban & Fischer.
- Schwartz, Sharon & Carpenter, Kenneth M. (1999). The right answer for the wrong question: consequences of type III error for public health research. *American Journal of Public Health*, 89(8), 1175–1180.
- Springer, Kristen W.; Mager Stellman, Jeanne & Jordan-Young, Rebecca M. (2012). Beyond a catalogue of differences: A theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health. *Social Science & Medicine*, (74), 1817–1824.
- Victora, Cesar G.; Huttly, Sharon R.; Fuchs, Sandra C. & Olinto Maria Teresa A. (1997). The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology*, 26(1), 224–227.
- Walgenbach, Katharina; Dietze, Gabriele; Hornscheidt, Lann & Palm, Kerstin. (Hrsg.). (2012). *Gender als interdependente Kategorie. Neue Perspektiven auf Intersektionalität, Diversität und Heterogenität* (2., durchgesehene Auflage). Opladen: Barbara Budrich.
- Warner, David F. & Brown, Tyson H. (2011). Understanding how race/ethnicity and gender define age-trajectories of disability: an intersectionality approach. *Social Science and Medicine*, 72(8), 1236–1248.
- Weber, Lynn. (2006). Reconstructing the landscape of health disparities research. Promoting dialogue and collaboration between feminist intersectional and biomedical paradigms. In Amy J. Schulz & Leith Mullings (Hrsg.), *Gender, race, class, and health: intersectional approaches* (S. 21–59). San Francisco: Jossey-Bass.
- Winker, Gabriele & Degele, Nina. (2009). *Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheiten*. Bielefeld: Transcript.

Zu den Personen

Gabriele Bolte, Prof. Dr. rer. physiol., MPH, Professorin für Sozialepidemiologie im Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften und Leiterin der Abteilung Sozialepidemiologie im Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen. Arbeitsschwerpunkte: geschlechtersensible Methoden in der epidemiologischen Forschung, Umweltgerechtigkeit – Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit, durch Interventionen hervorgerufene soziale Ungleichheiten.

Kontakt: Abteilung Sozialepidemiologie, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Grazer Straße 4, 28359 Bremen

E-Mail: gabriele.bolte@uni-bremen.de

Ulrike Lahn, Diplom-Soziologin, Abteilung Sozialepidemiologie, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen. Arbeitsschwerpunkt: Entwicklung neuer Lehrformate für ein projektbasiertes forschendes und interdisziplinäres Lernen mit einer intersektionellen Perspektive hinsichtlich gesellschaftlicher Komplexitäten und Ungleichheitslagen (Projekt PROFIL Gender).

Kontakt: Abteilung Sozialepidemiologie, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Grazer Straße 4, 28359 Bremen

E-Mail: ulahn@uni-bremen.de