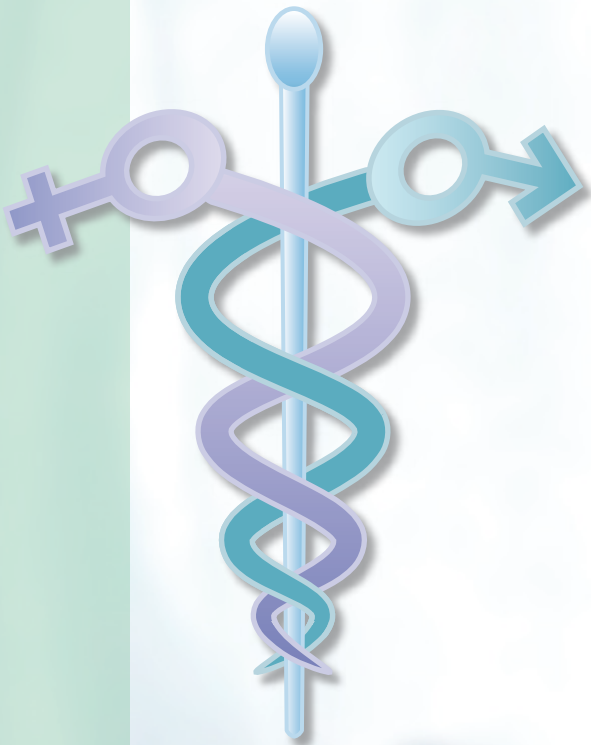


Grenzüberschreitende Veranstaltungsreihe Gender Medizin
Gesundheit weiblich – männlich



Dokumentation

der Fachreferate in

Chur | Vaduz | Herisau | St.Gallen | Bregenz

2007 | 2008

Dokumentation



Die Fachstellen für Gleichstellungsfragen aus dem Fürstentum Liechtenstein, dem Bundesland Vorarlberg, den Kantonen Appenzell Ausserrhoden, Graubünden und St.Gallen organisierten in den Jahren 2007 und 2008 die Veranstaltungsreihe Gender Medizin «Gesundheit weiblich – männlich» in Chur, Vaduz, Herisau, St.Gallen und Bregenz. Diese Dokumentation beinhaltet sämtliche Fachreferate der Reihe.

Impressum

Herausgeberinnen Frauenreferat der Vorarlberger Landesregierung | Fachstelle Familien und Gleichstellung des Kantons Appenzell Ausserrhoden | Kompetenzzentrum Integration, Gleichstellung und Projekte des Kantons St.Gallen | Stabsstelle für Chancengleichheit der Regierung des Fürstentums Liechtenstein | Stabsstelle für Chancengleichheit von Frau und Mann des Kantons Graubünden | **Redaktion** Silvia Hofmann, Stabsstelle für Chancengleichheit von Frau und Mann des Kantons Graubünden | Margrit Gmünder, Fachstelle Familien und Gleichstellung des Kantons Appenzell Ausserrhoden | **Gestaltung** Sabine Bockmühl, Triesen FL | **Druck** BVD Druck + Verlag AG, Schaan FL | **Auflage** 700 Exemplare | **Vaduz, 2008**

Dank Wir bedanken uns für die Zusammenarbeit mit dem Amt für Gesundheit des Fürstentums Liechtenstein | dem Departement Gesundheit des Kantons Appenzell Ausserrhoden | dem Gesundheitsdepartement des Kantons St.Gallen | der Sanitätsabteilung des Landes Vorarlberg.

Die Dokumentation kann kostenlos bestellt werden bei:

Frauenreferat der Vorarlberger Landesregierung: frauen@vorarlberg.at

Fachstelle Familien und Gleichstellung des Kantons Appenzell Ausserrhoden: gleichstellung@ar.ch

Stabsstelle für Chancengleichheit von Frau und Mann des Kantons Graubünden: info@chancengleichheit.gr.ch

Kompetenzzentrum Integration, Gleichstellung und Projekte des Kantons St.Gallen: info.di@sg.ch

Stabsstelle für Chancengleichheit der Regierung des Fürstentums Liechtenstein: info@scg.li

Inhalt

5 | **Vorwort der Regierungen**

6 | **Vorwort der Fachstellen für Gleichstellungsfragen**

7 | Graubünden | «Frauengesundheit – Männergesundheit»

9 | **Das Gleiche ist nicht dasselbe – Geschlechterperspektive im Gesundheitsbereich** lic. phil. Ursula Koch

18 | **Gesundheit junger Menschen – Riskantes Verhalten und Prävention** lic. phil. Melanie Hirtz

21 | **Häusliche Gewalt macht krank** Martha Weingartner

29 | Liechtenstein | «Chancengleichheit in der Gesundheit»

31 | **2. Österreichischer Frauengesundheitsbericht mit dem Schwerpunkt: Zugang zu den Gesundheitssystemen für Migrantinnen** Univ. Profⁱⁿ. Drⁱⁿ. Beate Wimmer-Puchinger

45 | **1. Österreichischer Männergesundheitsbericht mit dem Schwerpunkt: Psychosoziale Gesundheit der Männer** Dr. Johannes Berchtold

51 | Appenzell Ausserrhoden | «Geschlechterunterschiede bei psychischen Erkrankungen»

53 | **Ausgewählte Gesundheitsziele unter der Geschlechterperspektive: Erkenntnisse und Empfehlungen für Forschung und Praxis** lic. phil. Ursula Koch

55 | **Das Gleiche ist nicht dasselbe – auch bei Stress und Suizid** PD Drⁱⁿ., MPH Elisabeth Zemp Stutz

63 | **Männer – Sucht – Gesundheit** Dr. Dr. hc. Harald Klingemann

66 | **Vorstellung Bündnis gegen Depression** Drⁱⁿ. med. Bianca Kühn

69 | St.Gallen | «Gesundheit von Frauen und Männern im Alter»

69 | **Von der Frauen- zur Geschlechterperspektive: Die Notwendigkeit einer gendersensiblen Gesundheitsberichterstattung** Silvia Marty Lavanchy

79 | **Alter ist weiblich – Altern nicht männlich?** PD Drⁱⁿ., MPH Elisabeth Zemp Stutz

89 | Vorarlberg | «Public Health Perspektive von Gender Medizin»

91 | **Gender Medizin aus der Public Health Perspektive** BEng. MPH Kitty Lawrence

92 | **Gender Medizin in Forschung und Lehre** Univ. Profⁱⁿ. Drⁱⁿ. Brigitte Lohff

97 | **Genderaspekte bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE)** Drⁱⁿ. med. Susanne Andexlinger

102 | Kurzportraits Referentinnen und Referenten

Vorwort der Regierungen

Die politische Meinungsbildung und die politischen Entscheidungsprozesse setzen voraus, dass aktuelles Wissen zur Verfügung steht und verbreitet wird. Dies gilt auch für die Gesundheitspolitik und die Gleichstellungspolitik.

Deshalb beauftragten die für die Gleichstellung zuständigen Regierungsmitglieder des Fürstentums Liechtenstein, des Landes Vorarlberg, der Kantone Appenzell Ausserrhoden, St.Gallen und Graubünden ihre Gleichstellungsfachstellen im Jahr 2007, eine länderübergreifende Veranstaltungsreihe zu organisieren, um die Öffentlichkeit über die nationalen Gender-Gesundheitsberichte und die daraus erwachsenden Handlungsfelder zu informieren. Mehrere hundert Personen konnten damit erreicht werden.

Die vorliegende Dokumentation der Referate verschafft einen Einblick in die Genderperspektive der Medizin, der Forschung und der Prävention. Sie zeigt auf, wie wichtig die Berücksichtigung dieser Perspektive für die Qualität der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, für die Ausgestaltung der Angebote und die Gesundheitspolitik ist. Wir wünschen uns für diese Dokumentation ein interessiertes Publikum, das dieses Wissen aufgreift und weiterträgt.

Kathrin Hilber | Regierungsrätin, Kanton St.Gallen

Rita Kieber-Beck | Regierungsrätin, Fürstentum Liechtenstein

Claudio Lardi | Regierungsrat, Kanton Graubünden

Dr. Greti Schmid | Landesrätin, Vorarlberg

Dr. Matthias Weishaupt | Regierungsrat, Kanton Appenzell Ausserrhoden

Vorwort der Fachstellen für Gleichstellungsfragen

An fünf öffentlichen Veranstaltungen zwischen September 2007 und März 2008 wurden in Chur, Vaduz, St.Gallen, Herisau und Bregenz aktuelle Erkenntnisse der Gender Medizin vorgestellt. In dieser Dokumentation stellen wir alle Referate der Fachwelt, der (Gesundheits)Politik und einem interessierten Publikum zur Verfügung. Die Fachstellen für Gleichstellung betrachten es als eine ihrer Aufgaben, das neue Wissen der Gender Medizin einer breiteren Öffentlichkeit bekannt zu machen.

Gender Medizin ist eine Disziplin, die den Blick auf die bisher vernachlässigte Kategorie «Gender» schärft. In der Medizin, sei es in der Forschung, der Therapie oder der Prophylaxe, steht zwar der Mensch im Mittelpunkt, doch sind es in der Realität Frauen und Männer mit ihrem biologischen und ihrem sozialen Geschlecht (gender), die die Angebote im Gesundheitsbereich beanspruchen. Das geht weit über die traditionellen Fachgebiete Gynäkologie und Urologie hinaus. Forschende, Pflegende, Ärztinnen und Ärzte, Personen in der Beratung und Präventionsarbeit sollten deshalb ihre Kenntnisse über spezifische Unterschiede zwischen Männern und Frauen erweitern. Dies verbessert die Qualität ihrer Arbeit entscheidend.

In der Gender Medizin liegt inzwischen eine Fülle an Daten und Erkenntnissen vor, die dies belegt. Angefangen bei der unterschiedlichen Lebenserwartung von Frauen und Männern in der westlichen Gesellschaft, über das gesundheitliche Risikoverhalten wie Sucht und Suizid, die Wirkung von Therapien, bis zur Diagnose (Herzinfarkt bei Frauen) oder zum Zugang zu gesundheitlichen Einrichtungen – überall spielt der Geschlechterunterschied eine Rolle. Die nationalen Gesundheitsberichte aus der Schweiz und Österreich haben dies in den letzten Jahren aufgezeigt. Nun gilt es, dieses Wissen in die Fachbereiche der Medizin einfließen zu lassen, aber auch in der Gesundheitspolitik, um die Weichen für die Zukunft richtig zu stellen.

Margrit Gmünder | Fachstelle Familien und Gleichstellung
des Kantons Appenzell Ausserrhoden

Silvia Hofmann | Stabsstelle für Chancengleichheit von Frau und Mann
des Kantons Graubünden

Bernadette Kubik-Risch | Stabsstelle für Chancengleichheit
der Regierung des Fürstentums Liechtenstein

Monika Lindermayr | Frauenreferat der Vorarlberger Landesregierung

Kathrin Wirz | Kompetenzzentrum Integration, Gleichstellung
und Projekte des Kantons St.Gallen

Chur | 17. September 2007

«Frauengesundheit – Männergesundheit»

Graubünden



Das Gleiche ist nicht dasselbe –

Geschlechterperspektive im Gesundheitsbereich

Ursula Koch, lic. phil., im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Sektion Chancengleichheit und Gesundheit

1 | Einleitung

- Wussten Sie, dass die häufigste Todesursache bei Frauen Herz- und Kreislauferkrankungen sind, Frauen in der gesamten Versorgungskette, d.h. von der Diagnose bis zur Rehabilitation, jedoch unterversorgt sind?
- Wussten Sie, dass sich das Wissen über Medikamente und Therapien auf männliche Probanden im mittleren Lebensalter stützt und somit die Wirkungen von Medikamenten bei Frauen vielfach ganz anders ausfallen können?
- Wussten Sie, dass psychische Störungen bei Frauen und Männern gleich häufig auftreten, bei Männern aber viel seltener erkannt werden, weshalb sie häufig nicht der richtigen Behandlung zugeführt werden?

Diese Fragen stammen aus dem Gender-Gesundheitsbericht Schweiz (2006), auf dessen Grundlage aufgezeigt werden soll, dass die Chancen, gesund zu leben und eine adäquate medizinische Behandlung zu erhalten, zwischen Männern und Frauen nicht gleich verteilt sind.

Ziele und Gliederung des Referats

Das Referat zielte darauf, einen Überblick über die wichtigsten Ergebnisse des Gender-Gesundheitsberichts (GGB) zu geben. So wurde auf folgende drei Aspekte eingegangen:

- Zentrale Erklärungsansätze für Geschlechtsunterschiede
- Gesundheitlich relevante Unterschiede zwischen Frauen und Männern
- Handlungsempfehlungen aus des Sicht des Gendergesundheitsberichtes

Das Referat wurde dementsprechend in drei Teile gegliedert:

- Der erste Teil gibt einen Überblick über die Geschlechterperspektive im Gesundheitsbereich und erklärt Hintergrund und Nutzen des Gender-Gesundheitsberichts.
- Der zweite Teil erläutert die Erklärungsansätze für Geschlechtsunterschiede immer anhand konkreter Beispiele aus dem Gender-Gesundheitsbericht.
- Im dritten und letzten Teil werden einige Handlungsempfehlungen dargestellt bzw. die Konsequenzen für Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung aufgezeigt.

2 | Allgemeiner Teil: Hintergrund und Nutzen des Gender-Gesundheitsberichts

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich gezeigt, dass die Gesundheitschancen in der Bevölkerung ungleich verteilt sind. So haben Frauen und Männer nicht nur eine unterschiedliche Lebenserwartung. Sie leiden an anderen Krankheiten oder leiden an den gleichen Krankheiten auf unterschiedliche Weise. Frauen und Männer unterscheiden sich im Umgang mit ihrem Körper, in ihrem Gesundheitsverhalten sowie auch in der Nutzung des medizinischen Angebots.

Neben biologischen Unterschieden (Sex), scheinen v.a. soziale und kulturelle Faktoren, das heisst das sozial konstruierte Geschlecht (Gender), für Gesundheitsunterschiede zwischen Männern und Frauen verantwortlich zu sein.

Im Gegensatz zu Sex, d.h. den biologischen Unterschieden, wie z.B. den Geschlechtsorganen, dem unterschiedlichen Stoffwechsel, werden mit Gender diejenigen Unterschiede thematisiert, die durch gesellschaftlich akzeptierte und geschlechtsstereotype Vorstellungen entstehen. So orientieren sich Frauen und Männer in ihren gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen an geschlechtsspezifischen Vorstellungen und gestalten diese Vorstellungen gleichzeitig aktiv mit, indem sie sich den Rollenerwartungen entsprechend verhalten. Dies wird mit «doing gender» bezeichnet. Letztlich sind Männer und Frauen aber auch in Verhältnisse eingebunden, die sich nach Geschlecht unterscheiden.

Erst in den letzten Jahren, mit dem Bewusstwerden dieser Fakten, kamen Bemühungen in Gang, den Unterschieden Rechnung zu tragen. Gender Mainstreaming in public health heisst die zentrale Strategie.

Es handelt sich dabei um eine Strategie, alle Massnahmen und Versorgungsangebote etc. daraufhin zu überprüfen, ob:

- sie den Lebenswelten und Bedürfnissen der Frauen und Männer gleichermaßen Rechnung tragen und
- sie einen Beitrag zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit zwischen den Geschlechtern leisten.

Bei Gender Mainstreaming geht es also um eine Art Geschlechterverträglichkeitsprüfung.

Gender Mainstreaming verfolgt somit zwei Ziele:

- Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit zwischen Männern und Frauen.
- Erhöhung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung von Männern und Frauen durch geschlechtersensible Angebote.

Wie können diese Ziele erreicht werden?

Zur Beantwortung dieser Frage kommt erstmals der Gender-Gesundheitsbericht ins Spiel. Denn um Chancengleichheit herzustellen und die Qualität zu verbessern, braucht es zunächst einmal eine differenzierte Gesundheitsberichterstattung unter Berücksichtigung der Frauen- wie auch der Männer-, d.h. der Geschlechterperspektive.

2006 wurde dies mit dem vom Bundesamt für Gesundheit publizierten Gender-Gesundheitsbericht Schweiz erstmals erreicht. Der Gender-Gesundheitsbericht basiert auf den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (2002) und orientiert sich an den im Jahr 2002 formulierten Gesundheitszielen für die Schweiz, deren Grundlage ein WHO-Konzept ist.

Neu am Gender-Gesundheitsbericht ist, dass er seine Resultate aus einer Geschlechterperspektive präsentiert. Das heisst, er beleuchtet die Themen aus einer explizit Geschlechter vergleichenden Sicht und er interpretiert die Befunde vor dem Hintergrund der Diskussion um die Bedeutung von Sex und Gender. Das heisst, er fragt nach Ursachen und Auswirkungen, welche allfällige Geschlechtsunterschiede oder auch Gemeinsamkeiten auf die Gesundheit von Männern und Frauen haben.

Der Gender-Gesundheitsbericht verfolgt demnach vier Ziele:

- Er ermöglicht einen Überblick über die Gesundheitssituation (Gesundheitsprofile) von Frauen und Männern in der Schweiz.
- Er sensibilisiert für die Bedeutung der Kategorie Geschlecht.
- Er zeigt den gesundheitspolitischen Handlungs- und Forschungsbedarf auf.
- Er liefert dadurch die Entscheidungsgrundlage für die Versorgungsplanung.

Selbstverständlich wird das Herausarbeiten der Unterschiede der differenzierteren Realität nicht gerecht. So lassen sich Menschen nicht so einfach in Frau und Mann und ihre spezifischen Verhaltensweisen kategorisieren, sondern es ist eher von Weiblichkeits-/Männlichkeits-Dimensionen auszugehen. Der Bericht zeigt aber für die Gesundheit relevante statistische Durchschnittswerte auf und macht grundlegende gesundheitsrelevante gesellschaftliche Strukturen sichtbar.

3 | Erklärungsansätze für Geschlechterunterschiede (GGB)

Wo liegen die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen begründet? Was sind die Ursachen?

Der Gender-Gesundheitsbericht geht von fünf zentralen Erklärungsansätzen für Geschlechtsunterschiede aus:

- Geschlechtsspezifische Körpersozialisation und Verhaltensweisen.
- Arbeits- und Lebensbedingungen.
- Biologische Faktoren.
- Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem.

- Methodische Probleme bei der Datenerhebung. In der Forschung wird dies auch häufig als «Gender Bias» zusammengefasst.

Einige Erklärungsansätze werden nachfolgend detaillierter erläutert.

3.1 | Geschlechtsspezifische Körpersozialisation und Verhaltensweisen

Die geschlechtsspezifische Körpersozialisation scheint die Hauptursache der vorgefundenen Geschlechtsunterschiede zu sein. So hat die um 5 Jahre kürzere Lebenserwartung der Männer zum Beispiel in erster Linie mit ihrem Verhalten zu tun.

Wie kommt das?

Männer nehmen z.B. mehr Gesundheitsrisiken in Kauf, indem sie mehr Alkohol und Tabak konsumieren als Frauen, indem sie sich im Strassenverkehr und beim Sport riskant verhalten und indem sie bei psychischen Problemen nicht Hilfe aufsuchen und auch eher den Suizid als letzten Ausweg wählen. Provokativ formuliert: «Männer lösen ihre Probleme selbst, auch wenn es das Letzte ist, was sie tun» (aus: Suizidpräventions-Kampagne aus Berlin).

Die Adoleszenz eignet sich besonders gut, um Unterschiede zwischen den Geschlechtern aufzuzeigen. So wird der Sozialisierungsdruck in dieser Zeit besonders deutlich. Dabei werden gesellschaftliche Inszenierungsmuster gelernt, die gesundheitsrelevant sind, wobei der Körper zur Symbolisierung von Männlichkeit bzw. Weiblichkeit gebraucht wird. Aus dieser Perspektive kann z.B. exzessiver Alkoholkonsum von jungen Männern eine bestimmte Form von Männlichkeit symbolisieren, während Distanz zum Risiko im Gegensatz dazu eine bewahrende Weiblichkeit symbolisieren kann.

Dementsprechend verhalten sich Mädchen zwar viel gesundheitsbewusster und ernähren sich gesünder. Sie treiben hingegen deutlich weniger Sport bzw. versuchen sich in anderen weniger kompetitiven Sportarten oder sie treiben Sport aus anderen eher weiblichen Motiven, wie z.B. der Entsprechung des Schönheitsideals.

Diese Inszenierungen von Weiblichkeit und Männlichkeit sind aber nicht einfach frei wählbar, sondern an ein bestimmtes soziales Milieu gebunden. Das soziale Milieu bestimmt, wie Mädchen und Jungen – Frauen und Männer – mit dem eigenen Körper umgehen, wie sie ihn pflegen, ernähren, präsentieren, herausputzen, trainieren, schützen, gefährden usw. In der Forschung wird dieser Vorgang unter dem Begriff «somatische Kultur» zusammengefasst.

3.2 | Geschlechtsspezifische Arbeits- und Lebensbedingungen

Zwischen Arbeits- und Lebensbedingungen und Gesundheit besteht ein enger Zusammenhang. Generell gilt: Je ungünstiger die ökonomischen Verhältnisse, desto grösser die gesundheitliche Gefährdung.

Was die ökonomischen Verhältnisse anbelangt, sind Frauen noch immer stärker belastet:

- Frauen sind mehrheitlich ökonomisch und teilweise auch beruflich schlechter gestellt als Männer.
- Frauen leisten trotz zunehmender Erwerbstätigkeit noch immer mehr Haus- und Familienarbeit, sind also häufiger von der Doppelbelastung betroffen.
- Frauen leisten häufiger Teilzeitarbeit, was sich auch entsprechend auf die Altersversorgung auswirkt.

All diese Faktoren können die Gesundheit von Frauen entscheidend beeinflussen. So sind in erster Linie Alleinerziehende und Alleinstehende sowie ältere Frauen von Armut betroffen.

Männer sind hingegen mehrheitlich durch die geschlechtstypische Berufswahl beeinträchtigt. So sind Männer oft in körperlich anstrengenden, riskanten Berufen oder in einer stark stresslastigen gesundheitsschädlichen Umgebung (z.B. im Baugewerbe) tätig. Es sind somit v.a. berufliche Risiken, welche die Gesundheit der Männer gefährden.

3.3 | Biologische Faktoren

Geschlechterunterschiede werden in der Medizin noch immer vorwiegend mit biologischen Faktoren in Zusammenhang gebracht. Paradoxe Weise sind selbst biologische Geschlechterunterschiede hier lange nur im Bereich der Gynäkologie beachtet worden. Dass sich aber auch Medikamente bei Frauen und Männern aufgrund ihrer biologischen Unterschiede, z.B. des Stoffwechsels, unterschiedlich auswirken können, wurde bis vor Kurzem ignoriert. Dies ist nicht nur im Zusammenhang mit somatischen Beschwerden, sondern letztlich auch im Zusammenhang mit der Suchtentstehung oder der Verabreichung von Psychopharmaka von Bedeutung.

Gleichzeitig wird der Einfluss biologischer Faktoren zur Erklärung der Geschlechterunterschiede häufig überschätzt. So machen die biologischen Faktoren letztlich nur 1 bis 2 der 6 Jahre der unterschiedlichen Lebenserwartung von Frauen und Männern aus.

Biologische Unterschiede sind letztlich vor allem bei Krankheiten relevant, welche die Geschlechtsorgane betreffen: Gebärmutterhals- und Brustkrebs bei den Frauen, Prostatakrebs bei den Männern.

3.4 | Geschlechtsspezifische Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem

Frauen und Männer zeigen nicht nur unterschiedliche gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, sie werden vom Gesundheitssystem auch unterschiedlich wahrgenommen und behandelt. Hierbei handelt es sich häufig um eine Interaktion geschlechtstypischer Verhaltensweisen sowie gesellschaftlicher Stereotype. Dies wird auch unter dem Stichwort Arzt-Patientinnen/Patienten-Kommunikation thematisiert.

Während Klagen über körperliche Beschwerden als eher typisch weiblich gelten und Frauen durch ihren körperbewussten Umgang auch schneller ärztliche Behandlung aufsuchen, erschweren die männlichen Ansprüche an die eigene Person, Probleme selbst und ohne fremde Hilfe zu lösen, Unwohlsein ertragen zu können und Kontrolle über die eigene Leistungsfähigkeit zu wahren, bis ins hohe Alter das Aufsuchen von Hilfe. Sei diese informeller, präventiver als auch professioneller Art.

Diese Stereotype wirken sich aber auch auf die Fremdwahrnehmung aus und können in der ärztlichen Praxis dazu führen, dass bei Frauen vermehrt psychosomatische, bei den Männern eher körperliche Faktoren gewichtet werden. Das kann zur Folge haben, dass bei Männern psychische Belange und bei Frauen körperliche Belange übersehen werden.

Dies wird beiden Geschlechtern nicht gerecht. Während Männer v.a. im psychischen Bereich unterversorgt sind, werden Frauen im psychischen Bereich einerseits übermedikalisiert, sind bei somatisch relevanten Diagnosen andererseits eher unterversorgt.

Ein eindrückliches Beispiel dafür zeigt sich exemplarisch im Umgang mit Frauen bei Herzinfarkt: Das Image der «Männerkrankheit» führt zu einer Unter- bzw. Fehlversorgung von herzinfarktgefährdeten Frauen, die sich über die gesamte Versorgungskette hinweg aufzeigen lässt. Dies steht klar im Widerspruch zur Tatsache, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen auch bei den Frauen die Todesursache Nr. 1 darstellen.

Wie kommt es zu dieser Fehleinschätzung?

- Erstens gilt der Herzinfarkt wie bereits erwähnt als klassische Männerkrankheit, was zu weniger Frühabklärungen bei Frauen führt.
- Zweitens wird häufig der Fehlschluss gezogen, dass Frauen die gleichen Symptome wie Männer aufzeigen. Tatsächlich äussert sich bei Männern der Infarkt typischerweise mit Schmerzen in der Brust, die in den linken Arm ausstrahlen, während Frauen an Übelkeit und Erbrechen leiden. Diese falschen Annahmen können in der Praxis dazu führen, dass das Schmerzmuster bei Frauen falsch interpretiert wird, was mit ein Grund dafür ist, dass Frauen im Akutfall im Durchschnitt 80 Min. später in der Klinik ankommen und Herzinfarkte bei Frauen häufiger tödlich verlaufen.
- Frauen erhalten aber auch deutlich seltener eine Standardmedikation und werden nach einem Infarkt seltener in spezialisierte Einrichtungen eingewiesen. In den Rehabilitationseinrichtungen beträgt das Geschlechterverhältnis 1:7.

Werden die hohe Prävalenz, die chronischen Verläufe der KHK und die damit verbundenen Kosten für das Versorgungssystem betrachtet, so wird die Bedeutung einer gendersensiblen Versorgung hier besonders deutlich.

4 | Konsequenzen für Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung

In den bisherigen Ausführungen wurden die Erklärungsmuster anhand verschiedener Beispiele aus dem Gender-Gesundheitsbericht veranschaulicht. *Was hat dieses Wissen nun für Konsequenzen für Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung?*

Wie einleitend erwähnt, liegt das Ziel darin, Chancengleichheit herzustellen bzw. eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung für beide Geschlechter zu ermöglichen. Dies führt nicht nur zu einer Verbesserung der Qualität sondern letztlich auch zu einer Reduktion von Gesundheitskosten.

Chancengleichheit wird vereinfacht gesagt durch zwei Aspekte erreicht:

- Da, wo Frauen und Männer die gleichen Bedürfnisse haben, sollen sie das gleiche Angebot erhalten. So sind Herzerkrankungen von Frauen oder psychische Leiden von Männern Beispiele, die aufzeigen, dass das Gesundheitssystem auf die gleichen Bedürfnisse bislang unterschiedlich reagiert (horizontale Chancengleichheit).
- Da, wo Frauen und Männer unterschiedliche Bedürfnisse haben, brauchen sie differenzierte Angebote. Dies ist v.a. im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung von Bedeutung.

Wie könnte dies denn übersetzt auf die Praxis aussehen?

Es muss kritisch angemerkt werden, dass die bisherigen Studien als auch der Gender-Gesundheitsbericht bei der Formulierung der Konsequenzen für die Praxis sehr vage und allgemein bleiben. So fokussiert der Gender-Gesundheitsbericht in diesem Zusammenhang hauptsächlich auf zwei Ziele:

1. Traditionelle Präventionsprogramme und Versorgungsangebote müssen geschlechtergerecht und zielgruppenspezifisch gestaltet werden. Dabei sind auch noch andere Variablen wie z.B. Alter, Migrationshintergrund und sozialer Status, d.h. Unterschiede innerhalb der Geschlechter, zu berücksichtigen,
 - Zur Senkung des Drogenkonsums bräuchte es z.B. Programme, welche gezielt Jungen sowie Männer aus niedrigen sozialen Schichten ansprechen.
 - Für die Senkung des Alkoholkonsums bei Frauen müsste z.B. bei den bei Mädchen sehr beliebten Alcopops angesetzt werden.
2. Neben der zielgruppenspezifischen Gestaltung geht es aber auch darum, bestehende Körperkonzepte und gesundheitsrelevante Vorstellungen von Weiblichkeit und Männlichkeit zu hinterfragen. Das könnte z.B. heissen:

- «männliche» Ressourcen (d.h. einen selbstbewussten, herausfordernderen Umgang mit dem eigenen Körper) bei Mädchen zu stärken und «weibliche» Ressourcen (d.h. einen fürsorglicheren Umgang mit dem eigenen Körper) bei Jungen zu unterstützen.

Obwohl die bisherigen Studien als auch der Gender-Gesundheitsbericht bei der Formulierung der Konsequenzen für die Praxis sehr vage und allgemein bleiben und der Gesundheitsbericht festhält, dass die Gesundheitsziele bei Weitem nicht erreicht sind, so sind doch bereits einige Fortschritte und Good-Practice-Beispiele zu verzeichnen:

1. Die geschlechtergerechte bzw. geschlechtervergleichende Gesundheitsberichterstattung und Forschung erhält zunehmend mehr Aufmerksamkeit. So ermöglicht der Gender-Gesundheitsbericht zum Beispiel erstmals eine Planungs- und Entscheidungsgrundlage zur Verbesserung der Gesundheit beider Geschlechter. Auch im Jugendbereich wird durch die vom Bundesamt für Gesundheit und den Kantonen finanzierte SMASH-Studie sowie die HBSC-Studie das Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern separat erfasst. (HBSC steht für Health Behaviour in School-Aged Children.)
2. Es gibt unterdessen verschiedene Checklisten zur Integration des Gender-Kriteriums in Projekten und Angeboten sowie in anderen Bereichen. Diese sind auf der Website des Fachbereiches Gender Health sowie der Website www.genderhealth.ch zu finden. Bei Letzterem handelt es sich um ein Kooperationsprojekt, welches das Bundesamt für Gesundheit zusammen mit Gesundheitsförderung Schweiz, dem Eidgenössischen Gleichstellungsbüro sowie Radix aufgebaut hat.
3. Letztlich ist auch der Auf- und fortlaufende Ausbau des Forschungsnetzwerks Gender Health ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. An den jährlichen Tagungen tauschen die Forscherinnen und Forscher ihre Erkenntnisse regelmässig aus.

5 | Zusammenfassung und Schlusswort

Es wurde gezeigt, dass die Geschlechterkategorie in allen Dimensionen relevant wird: So unterscheiden sich Frauen und Männer nicht nur deutlich in verschiedenen Bereichen der Gesundheit, sondern sie orientieren sich in ihrem gesundheitsrelevanten Verhalten an geschlechtsspezifischen Vorstellungen und gestalten diese immer wieder aktiv mit durch das «doing gender». Sie werden in der medizinischen Praxis aber auch unterschiedlich wahrgenommen und sind in soziale Verhältnisse eingebunden, die sich nach Geschlecht unterscheiden.

Dieses Wissen hat Konsequenzen auf die Gesundheitsförderung, die Prävention sowie die Gesundheitsversorgung. So muss das Prinzip Gender Mainstreaming nicht nur in der Berichterstattung, sondern auch in der Praxis konsequent umgesetzt werden: d.h., die Gesundheitsversorgung muss geschlechtergerecht ausgerichtet werden.

Dies bedeutet konkret: Bei allen Massnahmen ist eine Kontrolle nötig, ob die Bedeutung des Geschlechts angemessen reflektiert wird, ob beide Geschlechter erreicht werden und ob die Massnahmen zur gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen. Dazu bedarf es einer strukturellen Verankerung, inklusive der dazu notwendigen Ressourcen, Kompetenzzuteilungen und Commitments auf allen Ebenen, sowie des Vorantreibens von Modellen guter Praxis.

Der Gender-Gesundheitsbericht ist ein erster Schritt, um die Chancengleichheit zwischen und innerhalb der Geschlechter zu verbessern und die Qualität der gesundheitlichen Versorgung zu erhöhen. Diesen Prozess gilt es voranzutreiben.

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit
www.genderhealth.ch

Literatur

Bundesamt für Gesundheit (2006). Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006. Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten. BAG.

Kolip, P. & Altgeld, T. (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim: Juventa.

Kolip, P. & Kuhlmann, E. (2005). Gender und Public Health. Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik. Weinheim: Juventa.

Radavanovic, D. (2005). Frauen und Herzinfarkt. Schweizer Zeitschrift für Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie, 7/8.

Internet

www.genderhealth.ch
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00402/index.html?lang=de>

Gesundheit junger Menschen – Riskantes Verhalten und Prävention

Melanie Hirtz, lic.phil., Fachhochschule Nordwestschweiz,
Hochschule für Soziale Arbeit, Institut Kinder- und Jugendhilfe

Das Referat basierte auf dem Kapitel «Gesundheit junger Menschen» des «Gender-Gesundheitsberichts Schweiz» aus dem Jahre 2006. Das Ziel des Referats lag darin, ausgewählte Fakten zum Gesundheitszustand und zum gesundheitsrelevanten Verhalten junger Menschen zu präsentieren und diese vor dem Hintergrund sozialwissenschaftlicher Erkenntnisansätze zu interpretieren. Dabei wurde ein besonderes Augenmerk auf die geschlechtsspezifischen Gemeinsamkeiten und/oder Unterschiede innerhalb der Daten gelegt.

Sterblichkeit und subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes

Bei den 15- bis 19-jährigen Männern werden im Jahr 50 Sterbefälle pro 100'000 Einwohnern gezählt. Bei den gleichaltrigen jungen Frauen sind es jährlich 25 Sterbefälle pro 100'000 Einwohnern – also gerade halb so viel wie bei den jungen Männern. Die häufigste Todesursache kann bei beiden Geschlechtern auf Unfälle zurückgeführt werden. Die zweithäufigste Todesursache ist bei jungen Erwachsenen dieser Altersspanne der Suizid (während bei Kindern die zweithäufigste Todesursache auf Krebserkrankungen zurück geführt werden kann).

Die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes fällt bei einer grossen Mehrheit der Jugendlichen und jungen Erwachsenen positiv aus – nämlich als «gut» bis «ausgezeichnet». In einer gewissen Diskrepanz zu dieser Einschätzung stehen jedoch die verschiedenen körperlichen Beschwerden (bspw. Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen sowie Schlafstörungen), von denen viele Befragte berichten. Die Ergebnisse zeigen auf, dass deutlich mehr junge Frauen als junge Männer von diesen Beschwerden berichten.

Dies muss allerdings nicht automatisch bedeuten, dass junge Frauen tatsächlich häufiger unter diesen Beschwerden leiden als junge Männer (obwohl das an dieser Stelle nicht generell bestritten werden soll). Aber die geschlechtsspezifischen Unterschiede könnten bspw. auch darin liegen, dass Frauen ihren Körper sensibler wahrnehmen als Männer und deswegen auch eher auf die Beschwerden aufmerksam werden. Ein anderer Erklärungsansatz besteht darin, dass Frauen bei einer Befragung eher zu ihren

Beschwerden stehen, während Männer diese eher verheimlichen (im Sinne der geschlechtsspezifischen sozialen Erwünschtheit). Diese beiden Erklärungsansätze beruhen auf der Überzeugung, dass der Mensch nicht einfach ein Geschlecht besitzt, sondern dieses auch in jeder sozialen Situation herstellen und bestätigen muss. Dieser Umstand liegt dann den typischen, geschlechtssymbolisierenden Verhaltensweisen, wie bspw. der Darstellung des «starken Mannes» oder der «sensiblen Frau» zugrunde.

Von der Vielzahl *gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen* junger Erwachsener werden an dieser Stelle drei Verhaltensweisen thematisiert: die sportliche Aktivität, der Tabak- und der Alkoholkonsum.

Der Anteil der jungen Erwachsenen, die in ihrer Freizeit Sport betreiben, ist bei den jungen Männern grösser als bei den jungen Frauen. Hinsichtlich der bevorzugten Sportart können geschlechtsspezifische Unterschiede dahingehend festgestellt werden, dass junge Männer sich häufiger in Mannschaftssportarten engagieren, während junge Frauen eher Einzelsportarten (wie bspw. Joggen oder Radfahren) bevorzugen. Diese unterschiedliche Präferenz der jungen Erwachsenen kann als Hinweis darauf gelesen werden, dass die Motivation für die sportliche Aktivität bei jungen Männern tendenziell eine andere ist als bei jungen Frauen. Denn während beim Mannschaftssport das Gemeinschaftserlebnis zentral ist, steht bei Einzelsportarten eher die körperliche Bewegung im Vordergrund.

Der Anteil der jungen Erwachsenen, die regelmässig rauchen, ist in den letzten Jahren leicht zurück gegangen. Der geschlechtsspezifische Vergleich zeigt, dass dieser Anteil bei den jungen Männern höher ist als bei den jungen Frauen – wobei diese Differenz nicht mehr so gross ist wie noch vor einigen Jahren. Junge Männer unterscheiden sich also hinsichtlich des (quantitativen) Tabakkonsums nur noch geringfügig von den jungen Frauen. Dies kann als Hinweis darauf gelesen werden, dass das Rauchen von Zigaretten in der heutigen Zeit sowohl für die Darstellung von Männlichkeit als auch für die Darstellung von Weiblichkeit eingesetzt werden kann.

Auch der Alkoholkonsum dient nicht mehr ausschliesslich der Symbolisierung von Männlichkeit, sondern wird auch von jungen Frauen für die Herstellung und Darstellung von Weiblichkeit benutzt. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind jedoch immer noch vorhanden: Während junge Frauen häufiger zu den sogenannten Alcopops greifen als die gleichaltrigen jungen Männer, bevorzugen diese den Konsum von Bier.

Um das Verhaltensmuster hinsichtlich des Alkoholkonsums von jungen Erwachsenen zu verstehen, ist es auch essentiell, die verschiedenen Konsummuster zu beachten. So stellt bspw. das regelmässige (aber nicht übermässige) Trinken von Alkohol ein gänzlich anderes Konsummuster dar als das punktuelle, exzessive «Kampftrinken» (bei welchem getrunken wird bis es buchstäblich nicht mehr geht). Während bei letzterem vor allem die Grenzerfahrung, das Demonstrieren der eigenen Härte sowie das Gruppenerlebnis zentral sind, repräsentiert der regelmässige und gemässigte Alkoholkonsum eher den

kontrollierten und gesellschaftlich akzeptierten Umgang mit Suchtmitteln. Je nach gewähltem Konsummuster übernimmt der Alkoholkonsum bei den jungen Erwachsenen also auch eine andere Funktion.

Zusammenfassend und mit Blick auf eine zielgruppenspezifische und nachhaltige Prävention gesundheitsschädigenden Verhaltensweizens lässt sich festhalten, dass die ausschliessliche Konzentration auf ein bestimmtes Verhalten zu kurz greift. Um die jungen Erwachsenen und ihr jeweiliges Verhalten zu verstehen, müssen ihre Lebenswelten, ihr soziales Milieu und die Vorstellungen und Symbolisierungen von Weiblichkeit und Männlichkeit berücksichtigt werden. Hinzu kommt, dass es sehr verschiedene Vorstellungen von Weiblichkeit und Männlichkeit gibt, was dazu führt, dass man das Augenmerk nicht nur auf Unterschiede zwischen, sondern auch auf Unterschiede innerhalb der Geschlechter lenken muss.

Kontakt

melanie.hirtz@fhnw.ch

Literatur

BFS. (2005b). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Bern.

BFS. (2005c). Mortalitätsstatistik 1992-2001. Spezialauswertung. Neuchâtel.

Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. (2002). Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Helfferrich, C. (2001). Jugendliches Risikoverhalten aus geschlechtspezifischer Sicht. In J. Raithel (Ed.), Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention (S. 331-347). Opladen: Leske+Budrich.

Narring, F., Tschumper, A., Inderwilde Bonivento, L., Jeannin, A., Addor, V., Bütikofer, A., et al. (2002). Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz (Swiss Multicenter Adolescent Study on Health 2002). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive Lausanne; Institut für Psychologie Universität Bern; Sezione sanitaria Bellinzona.

Schmid, H. (2002). Sport, Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Entwicklung von Jugendlichen zu jungen Erwachsenen. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 10 (1), 36-48.

Wydler, H., Walter, T., Hättich, A., Hornung, R. & Gutzwiller, F. (1996). Die Gesundheit 20-Jähriger in der Schweiz. Aarau/Frankfurt a.M.: Sauerländer.

Häusliche Gewalt macht krank

Martha Weingartner,
Fachstelle für Gleichstellung – Stadt Zürich

Einleitung

Der Gesundheitsbereich gewinnt bei der Intervention und Prävention von Häuslicher Gewalt zunehmend an Bedeutung. Gewaltbetroffene Frauen wenden sich sehr häufig an Fachpersonen im Gesundheitsbereich, wenn sie an den Folgen von Häuslicher Gewalt leiden. Dazu kommt, dass der Gesundheitsbereich generell sehr niederschwellig ist. Alle Menschen gehen mehr oder weniger regelmässig zu einer ärztlichen Kontrolle oder müssen sich wegen Krankheiten oder Verletzungen in Behandlung begeben. Deshalb kann der Gesundheitsbereich viel dazu beitragen, dass Häusliche Gewalt frühzeitig erkannt wird und dass die Betroffenen angemessene Behandlung und weiterführende Hilfe erhalten.

Was ist unter Häuslicher Gewalt zu verstehen?

Der Begriff Häusliche Gewalt wird in der Schweiz nicht einheitlich verwendet. Im Kern handelt es sich bei Häuslicher Gewalt um Gewalt, die zwischen Menschen stattfindet, die in einer engen sozialen Beziehung stehen oder standen (d.h. meist Partnerschaft oder Verwandtschaft). Gängige Begriffe sind auch «Gewalt in Ehe- und Partnerschaft» oder «Gewalt im sozialen Nahraum». Es gibt Institutionen/Fachleute, die auch Gewalt gegen Kinder unter diesen Begriff fassen, andere grenzen Häusliche Gewalt klar ab von Kindsmisshandlung und Sexueller Ausbeutung.

Wenn in Paarbeziehungen Gewalt ausgeübt wird, handelt es sich meistens nicht um ein einmaliges Ereignis. Gewalt wird regelmässig und in verschiedenen Formen eingesetzt. Körperliche, psychische und sexuelle Gewalt gehen ineinander über, Macht und Kontrolle über die Beziehung spielen eine wichtige Rolle. Man spricht deshalb auch von einem «Gewaltmuster» oder von einem «Gewaltsystem». Die Gewalt verläuft oft zyklisch. Phasen der Gewalt wechseln sich ab mit Phasen der Reue und Versöhnung. Viele Betroffene sind in einer «Spirale der Gewalt» gefangen und ohne Intervention von aussen ist eine Beendigung der Gewalt meist nicht möglich. Für Aussenstehende ist immer wieder sehr schwer verständlich, warum Gewaltbetroffene ihre Partner nicht einfach verlassen.

Die Gewalt nimmt meistens mit der Zeit an Häufigkeit und Schwere zu. Die Opfer verlieren zunehmend das Selbstwertgefühl, sind erschöpft und verzweifelt. Zu beachten ist, dass eine Trennung häufig nicht zur Beendigung von Gewalt führt, sondern diese sogar verstärken kann. Die meisten Tötungsdelikte geschehen in der Phase von Trennung und Scheidung.

Die Mehrzahl der Opfer von Häuslicher Gewalt ist weiblich, bei den Tätern ist es gerade umgekehrt. Bei der Auswertung der Polizeistatistiken nach Geschlecht liegt der Anteil der männlichen Opfer bei ungefähr 20%. Forschungsergebnisse zur Betroffenheit von Häuslicher Gewalt bei Männern liegen für die Schweiz noch keine vor. Eine in Deutschland durchgeführte Pilotstudie hat ergeben, dass von 200 befragten Männern 25% mindestens einen Akt der Aggression durch eine Beziehungspartnerin erlebt haben. Es handelt sich dabei um leichte oder schwere Formen der Gewalt. 5% erlitten Verletzungen, 5% gaben an, dass sie Angst hatten, verletzt zu werden.¹

Ursachen Häuslicher Gewalt

Häusliche Gewalt hat vielfältige Ursachen. Verschiedene Faktoren und ihr Zusammenspiel tragen dazu bei, dass es zu Häuslicher Gewalt kommt. In der Forschung hat sich gezeigt, dass die folgenden Faktoren bei der Entstehung von Häuslicher Gewalt eine wesentliche Rolle spielen:

- Fehlende Gleichstellung zwischen Mann und Frau
- Männlichkeitsbilder, die Männern Dominanz und Überlegenheit zuschreiben
- Gewalterfahrungen aus der Kindheit und Jugend
- Paardynamik; resp. Ereignisse, die diese verändern
(Eheschliessung, Migrationserfahrung, Schwangerschaft/Geburt eines Kindes, Veränderung der Erwerbssituation, Trennung und Scheidung, etc.)

Als weiteren Einflussfaktor sind Suchterkrankungen zu nennen. Die Wahrscheinlichkeit von Häuslicher Gewalt nimmt bei Vorhandensein einer Suchtkrankheit (Alkohol, illegale Suchtmittel) zu. In der Forschungsdiskussion wird aber darauf hingewiesen, dass die Suchterkrankung nicht als eigentliche Ursache für gewalttätiges Verhalten gesehen werden kann, sondern als ein Faktor, der vorhandene Gewaltbereitschaft zulassen oder erhöhen kann.²

¹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland (Pilotstudie), Berlin 2004

² Gloor Daniela, Meier Hanna, in: Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung. Fachstelle für Gleichstellung et al. (Hg.) Verlag Hans Huber, Bern 2007

Häusliche Gewalt hängt mit anderer Gewalt zusammen

Häusliche Gewalt überschneidet sich stark mit anderen Gewaltescheinungen. Für eine umfassende Gewaltprävention und auch für die Früherkennung von problematischen Entwicklungen bei Kindern wäre es sehr wichtig, das vorhandene Wissen über Häusliche Gewalt stärker einzubeziehen.

Den folgenden Risikoindikatoren sollte besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden:

- Häusliche Gewalt gegen die Mutter ist ein Risikoindikator für späteres Gewalterleiden der Töchter
- Partnergewalt zwischen den Eltern ist ein Risikoindikator für sozial auffälliges Verhalten von Söhnen – und Töchtern
- Sexuelle Gewalt in der Kindheit ist ein Risikoindikator für späteres Erleiden von Partnergewalt
- Partnergewalt ist ein Risikoindikator für Kindesmisshandlung
- Kindesmisshandlung durch den Vater ist ein Risikoindikator für Gewalt gegen die Mutter³

Das Projekt «Häusliche Gewalt – *wahrnehmen – intervenieren*»

Mit dem Ziel, fundierte Grundlagen zum Thema «Häusliche Gewalt und Gesundheit» zu erhalten, führte die Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich zusammen mit der Frauenklinik Maternité in Zürich ein gross angelegtes Projekt durch. Das Projekt beinhaltete folgende Bestandteile:

- Untersuchung zum aktuellen Stand bezüglich Wahrnehmung und Umgang mit dem Problem Häusliche Gewalt in der Frauenklinik Maternité (Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter)
- Repräsentativbefragung bei den Patientinnen der Frauenklinik Maternité zum Thema «Gesundheit und Sicherheit»
- Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Institutionelle Massnahmen (Leitlinien zum Vorgehen bei Häuslicher Gewalt)

Das Projekt startete im Sommer 2002. Die in einem ersten Schritt durchgeführte Befragung der Mitarbeitenden zeigte, dass das Thema Häusliche Gewalt relevant ist im Spitalalltag und dass die Mitarbeitenden ein Bedürfnis nach Informationen und Handlungsanweisungen haben.⁴

³ Referat von Prof. Dr. Barbara Kavemann anlässlich der Tagung «Tatort Beziehung – aktuelle Forschungsergebnisse im Bereich Häusliche Gewalt» vom 20.4.2007 in Basel

⁴ Eine ausführliche Beschreibung des Projektes und der Materialien finden sich in: Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung. Fachstelle für Gleichstellung et al. (Hg.) Verlag Hans Huber, Bern 2007

Gewaltbetroffenheit bei den Patientinnen der Frauenklinik Maternité

Die schriftliche Patientinnenbefragung hatte zum Ziel, aussagekräftige Daten über das Ausmass der Gewaltbetroffenheit und die gesundheitliche Situation der Patientinnen zu erheben. Der 15-seitige Fragebogen «Gesundheit und Sicherheit von Frauen» wurde in Deutsch, Englisch, Spanisch und Serbokroatisch verfasst und den Patientinnen mit einem Begleitbrief der Chefärztin nachhause geschickt. Dem Fragebogen lag eine mehrsprachige Karte mit Adressen von Beratungsstellen bei, die auf das Thema Häusliche Gewalt spezialisiert sind. Die Beteiligung an der Befragung war überraschend hoch. Insgesamt haben 1886 Frauen den Fragebogen zurückgeschickt. Dies entspricht einem Brutto-Rücklauf von 50%. 114 Fragebogen waren nicht auswertbar, die Zahl der verwendbaren Fragebogen lag somit bei 1772 (47%).

Die Auswertung zeigt, dass *jede zehnte Patientin in den zwölf Monaten vor der Befragung körperliche Übergriffe oder Drohungen von einer nahe stehenden Person erlebt hat. Im Verlauf ihres Erwachsenenlebens haben rund 28% der befragten Frauen Gewalt in stärkerem Ausmass erlebt, d.h. mehrere Formen von psychischer und physischer bzw. sexueller Gewalt, meist über einen längeren Zeitraum. In Zahlen ausgedrückt entspricht dies 498 von 1772 Frauen. Schwangere sind in sehr ähnlichem Ausmass von Gewalt im sozialen Nahraum betroffen wie Frauen, die nicht wegen Schwangerschaft mit der Klinik in Kontakt standen.*

Gesundheitliche Folgen der Häuslichen Gewalt

Die Ergebnisse der Patientinnenbefragung an der Frauenklinik Maternité zeigen, wie oft Häusliche Gewalt zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt. Jede zweite Frau, die physische Gewalt erlebt hat, berichtet über Verletzungen und weitere körperliche Auswirkungen.

Folgende Verletzungen und körperliche Auswirkungen wurden, in abnehmender Häufigkeit, genannt.

- Blaue Flecken, Beulen, Prellungen
- Ausgerissene Haare
- Verletzungen im Gesicht (Nase, Zähne, Lippen)
- Übelkeit, Erbrechen
- Schürfungen
- Unterleibsschmerzen
- Verstauchung, Zerrung
- Offene Wunden, Schnittwunden, Brandwunden
- Ohnmacht, Bewusstlosigkeit
- Verletzungen im Genitalbereich
- Komplikationen in der Schwangerschaft
- Knochenbruch, Knochenriss

- Innere Verletzungen
- Fehlgeburt

Frauen, die Häusliche Gewalt erfahren haben, berichten auch über seelische und psychosomatische Beschwerden, die sie als Folge der erlebten Gewalt sehen. Seelische und psychosomatische Auswirkungen werden häufiger beobachtet als körperliche Verletzungen und Beeinträchtigungen. Nur jede vierte Frau hat trotz erlebter Gewalt keine solchen Folgen gespürt.

Bei denjenigen Frauen, die ein stärkeres Ausmass an Gewalt erlitten haben, berichten 65% über Verletzungen und psychische/psychosomatische Probleme als Folge der Gewalt.

Direkte Folgen bei stärker Betroffenen

Schlafstörungen oder Albträume	47.0%
Schwierigkeiten in Beziehungen mit Männern	46.5%
Probleme mit der Sexualität	31.5%
Suizidgedanken	30.0%
Essstörungen	29.4%
Schwierigkeiten bei Arbeit oder Ausbildung	27.3%

Die vorliegenden Zahlen erlauben einen Vergleich zwischen der gesundheitlichen Situation von Frauen, die keine Häusliche Gewalt erlebt haben, und Frauen, die Häusliche Gewalt in unterschiedlichem Ausmass erlebt haben. Dabei wird unterschieden zwischen geringerem, mittlerem und stärkerem Ausmass der erlebten Gewalt.

Werden die Angaben zu den *physischen Beschwerden* daraufhin analysiert, ob, respektive welches Ausmass an Gewalt eine Frau im sozialen Nahraum erlitten hat, so zeigen sich signifikante Unterschiede. Der Zusammenhang ist linear, das heisst, je stärker das Ausmass an erlittener Gewalt, desto grösser die Beschwerden. So weist bei der Gruppe der Frauen ohne Gewalterfahrung lediglich jede zwanzigste Frau (5%) deutliche oder häufige Beschwerden auf, während dem bei den stärker von Gewalt betroffenen Frauen jede vierte Frau (24.4%) deutliche, resp. häufige physische Beschwerden hat.

Was den *aktuellen Gesundheitszustand* der Befragten betrifft, so ergeben sich gesamthaft folgende Resultate: Jede vierte Frau erteilt ihrem Gesundheitszustand die Bestnote 10 auf der Skala von 1 bis 10. Sechs von zehn Frauen stufen ihren Gesundheitszustand als gut oder mittel ein (7-9 auf der Skala). Jede siebte Frau wählt einen tieferen Wert (1-6 auf der Skala).

Wiederum ergeben sich bei der Analyse nach unterschiedlicher Gewalterfahrung erhebliche Unterschiede. Jede dritte Frau ohne Gewalterfahrung beurteilt ihren aktuellen Gesundheitszustand als sehr gut (35.6%). Bei den Frauen, die in stärkerem Ausmass Gewalt erlebt haben, ist der Anteil viel kleiner: Lediglich jede siebte Frau (14.9%) dieser Gruppe beurteilt ihre gesundheitliche Situation mit der Bestnote 10.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen eindeutig, dass Gewalterfahrungen – auch wenn sie zum Teil länger zurückliegen – nachhaltige Beeinträchtigungen der gesundheitlichen und der psychosozialen Situation zur Folge haben. Die gesundheitlichen Auswirkungen sind umso grösser, je stärker und länger anhaltend die Gewalterfahrungen waren.

Beim *allgemeinen Gesundheitsverhalten* zeigen sich folgende Merkmale bei denjenigen Frauen, die Gewalt in stärkerem Ausmass erlebten:

- Erhöhter Medikamentenkonsum
- Erhöhter Alkoholkonsum
- Leicht erhöhter Drogengebrauch
- Deutliche Unterschiede bei der Suizidalität

Bei den stärker gewaltbetroffenen Frauen hat jede Zehnte (10.7%) schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen. Bei den nicht betroffenen Frauen sind das lediglich 1.7%.

Gesundheitswesen als Anlaufstelle

Die Patientinnen, die über Häusliche Gewalt berichteten, wurden danach gefragt, welche institutionelle Hilfe sie genutzt hatten. 336 der 1772 befragten Frauen haben schon einmal um Hilfe nachgesucht. 128 Frauen haben eine Institution kontaktiert, 125 Frauen zwei oder drei Stellen, 83 Frauen haben vier bis elf Stellen kontaktiert. Am häufigsten wurden folgende Institutionen bzw. Fachpersonen genannt:

Kontaktierte Stellen (Mehrfachnennungen möglich)

PsychologInnen und PsychiaterInnen	26.0%
ÄrztInnen	13.3%
Polizei	11.5%
Anwalt/Anwältin	8.4%
Eheberatung	8.0%
Eine andere Beratungsstelle	7.8%
Gerichte (Zivil-/Strafgericht)	7.6%
Notfall, Spital	6.6%
Kirchliche, seelsorgerische Stelle	5.3%
Frauenhaus	3.4%
Opferhilfestelle	2.8%
Nottelefon	3.0%
Dargebotene Hand – Tel. 143	2.6%
Anzahl Frauen	N = 845

Dies sind nur einige Ergebnisse der Studie, weitere Themen – die hier nicht aufgeführt werden können – betrafen z.B. die Zufriedenheit mit der erhaltenen Hilfe und die Frage,

wie sie als Patientin reagieren würden, wenn sie bei einem Arztbesuch oder im Spital direkt nach Häuslicher Gewalt gefragt würden.⁵

Schlussfolgerungen und weiterführende Massnahmen für die Frauenklinik Maternité

Aus der Studie in der Frauenklinik Maternité konnten folgende Schlussfolgerungen gezogen werden:

- Häusliche Gewalt betrifft nicht spezifische Gruppen, sie kann alle Patientinnen betreffen.
- Frauen mit Gewalterfahrungen haben signifikant mehr gesundheitliche Beschwerden als nichtbetroffene Frauen.
- Das Gesundheitswesen ist eine wichtige Anlaufstelle für gewaltbetroffene Frauen.
- Das aktive Ansprechen von Häuslicher Gewalt stösst auf hohe Akzeptanz.

Die Befragungsergebnisse haben die Frauenklinik Maternité veranlasst, folgende Massnahmen für die Klinik zu treffen:

- Schulung der Mitarbeitenden (alle, die Patientinnenkontakt haben)
- Einführung eines Screenings zu Häuslicher Gewalt
- Sorgfältige Dokumentation von Verletzungen und Beschwerden
- Leitlinien für die Mitarbeitenden
- Ansprechpersonen für die Mitarbeitenden
- Info-Broschüre und Plakat
- Regelmässige Schulung der Neu-Eintretenden

Das «Screening» bedeutet, dass das Thema Häusliche Gewalt in die Anamnese aufgenommen wird. Die konkrete Frage an die Patientin könnte z.B. lauten: «Wurden oder werden Sie von einer nahe stehenden Person verletzt, bedroht, respektlos behandelt, nicht ernst genommen?»

Mit dem Screening möchte man folgendes erreichen:

- Häusliche Gewalt enttabuisieren, Barrieren abbauen
- Häusliche Gewalt in einem frühen Zeitpunkt erkennen
- Information und geeignete Hilfe vermitteln
- Eine «ursachengerechte» Behandlung ermöglichen

Die Leitlinien wurden zuerst während einer Probephase von 6 Monaten eingeführt und angewendet. Anschliessend wurden die Mitarbeitenden zu ihren Erfahrungen – insbesondere mit dem Screening – befragt. Aufgrund der positiven Rückmeldungen konnten die Leitlinien im Frühjahr 2006 definitiv eingeführt werden.

⁵ Die vollständigen Ergebnisse der Patientinnenbefragung finden sich in: Gloor Daniela und Meier Hanna: Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum. Repräsentativbefragung bei Patientinnen der Maternité Inselhof Triemli, Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie, Edition Soziothek, 2004

Anforderungen an den Gesundheitsbereich

Häusliche Gewalt wurde bisher noch wenig als gesundheitliches Problem wahrgenommen, sondern eher als ein soziales oder ein rechtliches/polizeiliches Problem. Häusliche Gewalt ist jedoch ein sehr komplexes Geschehen, das nur in interdisziplinärer Zusammenarbeit und unter Mitwirkung der verschiedensten Professionen bearbeitet werden kann. Der Gesundheitsbereich kann dabei eine Schlüsselrolle einnehmen, weil er sehr «nahe» an den PatientInnen ist und ein hohes Vertrauen genießt. Diese «Schlüsselrolle» ist mit den folgenden Forderungen an den Gesundheitsbereich verbunden:

- Häusliche Gewalt als Gesundheitsproblem anerkennen
- Bestehende Forschungs- und Evaluationsergebnisse zur Kenntnis nehmen und nutzen
- Häusliche Gewalt als Thema in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von medizinischen/pflegerischen Berufen verankern
- Grundlagen und Konzepte entwickeln (z.B. Leitlinien für die Hausarztpraxis, für Spitäler, etc.)
- Interinstitutionelle Zusammenarbeit fördern (z.B. zu Opferberatungsstellen, Polizei, Kinderschutz)
- Wissen verfügbar machen (z.B. zu medizinischen Befunden, Verletzungs- und Beschwerdebildern im Zusammenhang mit Häuslicher Gewalt)

Häusliche Gewalt hat nicht nur für die direkt Betroffenen enorme Auswirkungen, sondern auch für ihr soziales Umfeld und die nachfolgende Generation. Daneben verursacht Häusliche Gewalt auch enorme Folgekosten, die die ganze Gesellschaft zu tragen hat. Anhand der Ergebnisse der Patientinnenbefragung in der Frauenklinik Maternité lässt sich nur erahnen, wie hoch die Gesundheitskosten sind, die durch Gewalt entstehen. Denn gewaltbetroffene Frauen sind gesundheitlich viel stärker belastet als nichtbetroffene Frauen.

Kontakt

Martha Weingartner, Fachstelle für Gleichstellung – Stadt Zürich
Ausstellungsstrasse 88, CH 8005 Zürich
martha.weingartner@zuerich.ch
www.stadt-zuerich.ch/gleichstellung

Vaduz | 29. Oktober 2007

«Chancengleichheit in der Gesundheit»

Liechtenstein



2. Österreichischer Frauengesundheitsbericht mit dem Schwerpunkt: Zugang zu den Gesundheitssystemen für Migrantinnen

a.o. Univ. Profⁱⁿ. Drⁱⁿ. Beate Wimmer-Puchinger, Wien

1 | ...und vor allem die Frauen, das Jahrzehnt der Frauengesundheit!

Mitte der 1990er startete das europäische Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Initiative Investition in die Gesundheit von Frauen unter dem Leitmotiv «Der Gesundheit von Frauen muss ein Höchstmaß an Aufmerksamkeit und Dringlichkeit zugemessen werden». Für Europa – und im Besonderen für Österreich – wurde damit ein Jahrzehnt der Frauengesundheit eingeleitet, das seit der Jahrtausendwende durch das Konzept des Gender Mainstreaming einen weiteren Impuls erhalten hat.

Die erste WHO-Konferenz «Women's health counts» hat 1994 in Wien stattgefunden. Auf dieser wurde die Wiener Erklärung verabschiedet, die eine regelmäßige Frauengesundheitsberichterstattung auf nationaler und regionaler Ebene empfahl.

In Österreich wurde im Jahr 1995 auf Anregung und nach Richtlinien der WHO der erste Österreichische Frauengesundheitsbericht erstellt. Lokale Frauengesundheitsberichte der Bundesländer folgten (mit Ausnahme von Burgenland, Kärnten, Tirol). Das 1998 initiierte Wiener Frauengesundheitsprogramm nimmt eine Vorreiterrolle in der Frauengesundheit in Österreich ein. Das Land Tirol und das Frauengesundheitszentrum Graz, sowie Kärnten haben mittlerweile ebenfalls Frauengesundheitsprogramme gestartet.

Die Wurzeln der Frauengesundheit – das heißt, Gesundheit aus der Geschlechterperspektive zu betrachten – liegen in der Frauengesundheitsbewegung der 1970er Jahre und in der sozialwissenschaftlichen Frauenforschung. Als Leitlinie dient die internationale Frauenpolitik der Vereinten Nationen (Weltfrauenkonferenzen, Weltbevölkerungskonferenzen, CEDAW, ...). Im Laufe der 1980er Jahre geriet ein Bewusstseinsbildungsprozess für Frauengesundheit in Gang, wobei Gesundheit zunehmend zum zentralen Begriff in der Forderung nach Selbstbestimmung der Frau wurde. Zentrale Themen der Frauengesundheit sind seither die Kritik an der Medikalisierung des weiblichen Körpers (zum Beispiel Hormonersatztherapie oder Übermedikalisierung von Frauen mit Antidepressiva), die Forderung nach frauengerechten Rahmenbedingungen des Schwangerschaftsabbruchs, die Ablehnung einer vermehrten Technisierung der Geburt, das Aufzeigen des systematischen Ausschlusses von Frauen aus klinisch-medizinischen Studien, die generelle Kritik an der paternalistisch geprägten Biomedizin und in weiterer Folge die Einforderung eines bio-psycho-sozialen Paradigmas der Gesundheit. Die Gesundheit von Frauen ist als Resultat der weiblichen Sozialisation zu sehen, die häufig von typisch

weiblichen Rollenzuschreibungen geprägt ist, welche soziale Benachteiligung und Diskriminierung implizieren. Demnach wurden die Prävention von Gewalt gegen Frauen und die Unterstützung der Betroffenen zunehmend als Themen im Gesundheitswesen erkannt und Initiativen gesetzt, zum Beispiel in Form von Sensibilisierung des Gesundheitspersonals für die Gewaltproblematik.

Durch die Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsförderung und infolge der wachsenden Erkenntnis der sozialen Bedingtheit von Gesundheit und Krankheit, erweiterte sich das Spektrum der Frauengesundheit auf die Beachtung von gesundheitlichen Bedürfnissen von Frauen mit besonderen sozialen und gesundheitlichen Lebenssituationen, wie zum Beispiel Alleinerzieherinnen oder Migrantinnen.

2 | 2. Österreichischer Frauengesundheitsbericht: Ergebnisse im Überblick

Nach Erarbeitung des ersten Österreichischen Frauengesundheitsberichtes 1996 wurde das Ludwig Boltzman Institut für Frauengesundheitsforschung vom Ministerium für Gesundheit und Frauen beauftragt, einen zweiten Bericht 2005 zu erstellen. Die wichtigsten Ergebnisse sollen im folgenden beleuchtet werden.

2.1 | Gesundheitsrelevante demographische Trends und Rahmenbedingungen der Frauengesundheit im vergangenen Jahrzehnt:

Der Vorsprung von Frauen in der Lebenserwartung wird geringer. 2002 betrug die Lebenserwartung von Frauen 81.7 Jahre, die von Männern 75.8, d.h. die Differenz fiel von 6.5 Jahren 1992 auf 5.9 Jahre 2002. Frauen müssen in einem Alter von 65 Jahren mit 13 weiteren Lebensjahren mit Einschränkungen im täglichen Leben aufgrund des Gesundheitszustandes rechnen, Männer mit 9.6 Jahren. Das macht deutlich, dass Frauen zwar eine höhere Lebenserwartung, aber auch eine längere Lebensphase mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Kauf nehmen müssen.

- Lebensformen haben sich verändert. Die Anzahl der alleinerziehenden Mütter ist im Zunehmen.
- Verschieben des Kinderwunsches nach oben (derzeit 28.6 Jahre im Mittelwert). Vor zehn Jahren lag sie bei 27.1 Jahren,
- Die Erwerbstätigkeit der Frauen hat zugenommen. Allerdings verdienen Frauen nach wie vor zwei Drittel des Einkommens der Männer.
- Keine rasante Entwicklung in der Kinderbetreuung in den letzten zehn Jahren. Österreich liegt im EU-15-Vergleich im unteren Drittel.
- Zunehmende Feminisierung des Alters. 18.6% der Frauen und 12.1% der Männer in Österreich sind im Alter von 65 Jahren und älter, Tendenz steigend. Frauen sind somit in den älteren Bevölkerungsgruppen überrepräsentiert und dadurch von altersbe-

dingter Multimorbidität stärker betroffen. Frauen im Alter sind von massiven sozialen und finanziellen Einschränkungen betroffen, Tendenz steigend.

- Insgesamt sind Frauen in den letzten zehn Jahren präsenter geworden. Zunahme des Frauenanteils im Parlament von 25 auf 33%.
- Zunahme der Ärztinnen um 6% (auf 38.3%). Zunahme der Gynäkologinnen um 10% (auf 24.8%), der Chirurginnen um 3.1% (auf 6.4%).
- Alarmierend langsame Zunahme bei den Universitätsprofessorinnen um 1.2% (auf 6.9%).
- Mehrfachbelastung als Gesundheitsrisiko. Von 1991 auf 2002 ist die weibliche Erwerbsquote (Anteil der Erwerbspersonen an der gesamten Wohnbevölkerung) von 37.7% auf 42.3% gestiegen. Das Einkommen von Frauen (Arbeiterinnen und Angestellte) beträgt jedoch nach wie vor nur rund zwei Drittel von jenem der Männer, die durchschnittliche monatliche Alterspension von Frauen je nach Versicherungsträger zwischen 50 und 60% der Pension von Männern. Bei der Anzahl der Kinderbetreuungsplätze für Kinder unter drei Jahren liegt Österreich im EU-15-Vergleich im unteren Drittel (Österreich: 11% der Ein- und Zweijährigen werden außerfamiliär betreut; EU-Durchschnitt: rund 20%). Frauen übernehmen den Großteil von überwiegend unbezahlter häuslicher Pflege von pflegebedürftigen Angehörigen. Laut Mikrozensus 2002 gibt es in Österreich 281.900 Frauen und 144.000 Männer über 17 Jahre, die Angehörige pflegen.

2.2 | Trends bei jenen Gesundheitsfragen, Krankheiten, die nur Frauen oder überwiegend Frauen betreffen

- **Herz-Kreislauf-Erkrankungen:** Herz-Kreislauf-Erkrankungen stehen international und in Österreich in den Todesursachenstatistiken an erster Stelle. Im Jahr 2002 sind rund 22.000 Frauen in Österreich an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstorben (54% aller verstorbenen Frauen). Die kardiologische Forschung war bis vor kurzem fast ausschließlich auf Männer fokussiert, besonders was Medikamentenstudien betrifft. Erst in den 1990er Jahren wurden Frauen in kardiologische Studien mit einbezogen und Frauendaten gesondert ausgewertet. Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern gehen fast ausnahmslos zu Ungunsten der Frauen: Frauen unterscheiden sich von Männern in der Symptompräsentation, haben höhere Mortalität bei Herzinfarkten und Herzoperationen und geringere Chancen auf kardiologische Spitzenmedizin.
- **Krebs:** Viele Karzinomerkrankungen, die für Frauen bedrohlich sind, sind erfreulicherweise rückläufig (Gebärmutterhals-, Eierstock-, Magen- und Dickdarmkrebs). Brustkrebs ist nach wie vor die häufigste Krebsneuerkrankung bei Frauen und verantwortlich für 27% aller bei Frauen neu diagnostizierten Krebsfälle. Die Neuerkrankungsraten von Brustkrebs und Lungenkrebs bei Frauen weisen seit Jahren steigende Tendenz auf.

Seit Ende der 1990er Jahre wird über Nutzen und Grenzen des Mammographie-Screenings diskutiert. Österreich ist bislang das einzige europäische Land ohne systema-

tisches Screening-Programm. Konzepte liegen vor, die derzeit geprüft und diskutiert werden.

Ein wichtiger Schritt für die Qualitätssicherung der Versorgung von Frauen mit Brustkrebs ist die Etablierung von Brustkrebszentren mit Qualitätszertifikat. Erste Brustzentren wurden 1998 in Großbritannien eingerichtet. In Österreich gibt es inzwischen Brustzentren in Wien (AKH, Rudolfstiftung, Donauspital, Kaiser Franz Josef-Spital, Hanusch-Krankenhaus), Innsbruck und Salzburg. Durch die rasante medizinische Entwicklung sind erfreulicherweise jedoch die Todesfälle bei Brustkrebs rückläufig.

- Durch die rasante Entwicklung der Neuinfektionen und Erkrankungen von **HIV/AIDS** in Osteuropa muss AIDS-Prävention weiterhin für Frauen ein wichtiges Thema bleiben. Erfreulich ist jedoch, dass durch die Erfolge der medizinischen Behandlung HIV-positive Frauen nicht mehr auf ein eigenes Kind verzichten müssen.
- Zunahme chronischer Erkrankungen im **Alter** – Trends:
Rund 20% der Frauen (5-8% der Männer) leiden an einer Osteoporose (ca. 30'000 Frauen) ebenso wie Diabetes Mellitus. Ein Thema, das mehr Prävention erfordert und für die Lebensqualität von älteren Frauen negativ ist. Harninkontinenz betrifft zu 85% Frauen (ca. 850'000 Frauen).
- **Psychische Gesundheit:** Depression tritt bei Frauen doppelt so häufig auf wie bei Männern. 2001 waren 21'676 Frauen stationär wegen Depressionen aufgenommen. Die WHO hat die erschreckende Zunahme von Depressionen insbesondere bei Frauen zu den großen Gesundheitsthemen der Zukunft ausgerufen (Global Burden of Diseases). Zugenommen haben im Vergleich zu Männern Selbstmorde, wenngleich Selbstmord erfreulicherweise in Österreich rückläufig ist. Selbstmordversuche sind bei Frauen dreimal häufiger als bei Männern. Aus der Gender-Perspektive wird als zentrale Ursache von Depressionen bei Frauen die gesellschaftlich tradierte Frauenrolle gesehen. Die potentiellen Faktoren reichen von einer Sozialisation zur passiven, abhängigen Frau über die Mehrfachbelastung durch Beruf und Familie, bis zur stärkeren Betroffenheit von Frauen durch häusliche Gewalt und sexuellen Missbrauch. Ein wichtiges Thema der Früherkennung und qualitätsvoller Behandlung gilt für die Zukunft sozial benachteiligter Frauen und Migrantinnen (Zugangsbarrieren, Sprachbarrieren).

Die **Übermedikalisierung von Frauen** wird besonders im Bereich der Psychopharmaka deutlich: Mehr als 70% der Psychopharmaka werden an Frauen verschrieben.

Essstörungen betreffen fast ausschließlich Frauen. Die Gender-Perspektive sieht einerseits das gesellschaftliche Frauenbild, aber viel mehr noch das durch Medien und Modeindustrie geprägte ideale Körperbild als wesentlichste Ursache für Essstörungen. Ansätze zur Prävention von Essstörungen zielen demnach vermehrt auf eine Stärkung des Selbstbewusstseins und die Akzeptanz des eigenen Körpers bei Mädchen und Frauen. Von Werbung und Modeszene wird vermehrt eine realistische Darstellung des weiblichen Körpers eingefordert.

2.3 | Trends im Gesundheitsverhalten

- **Alkoholkonsum und Rauchen** ist bei jungen Mädchen mit zunehmender Häufigkeit zu beobachten: Mädchen haben die Burschen bereits überholt (31% der 15-jährigen Mädchen und 24% der Burschen trinken mindestens einmal pro Woche alkoholhaltige Mischgetränke; 25% der Mädchen und 20% der Burschen rauchen täglich).
- **Ernährung, Bewegung und Übergewicht:** Zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten liegen in Österreich nur wenige Forschungsergebnisse vor. Diese weisen darauf hin, dass Frauen mehr Wert auf gesunde Ernährung legen als Männer, aber seltener Sport betreiben. Jeweils 9.1% der Frauen und Männer in Österreich haben Adipositas.
- **Unfälle** sind vor allem bei älteren Frauen gehäuft zu beobachten und stellen ein nicht unerhebliches Gesundheitsproblem dar (2002 waren 494'592 Spitalsaufenthalte in Folge von Haushaltsunfällen bei Frauen im Alter zu verzeichnen).

2.4 | Trends in der reproduktiven Gesundheit

- **Bei jungen Mädchen** ist die Rolle einer adäquaten Sexualaufklärung hinsichtlich der Verhütung von unerwünschten Schwangerschaften und sexuell übertragbarer Erkrankungen hervor zu streichen. Eine große koordinierte Jugendsexualitätskampagne war in den letzten Jahren nicht zu verzeichnen. Die Anzahl der Teenagermütter in Österreich liegt im EU-Durchschnitt im Mittelfeld, das Verhütungsverhalten der Jugendlichen stagniert bei 75% Kondombenützung bzw. 20-30% Pille.
- Frauengesundheit in der **reproduktiven Lebensphase:**

Die Rahmenbedingungen des Schwangerschaftsabbruchs sind auch dreißig Jahre nach Einführung der Fristenregelung nicht einheitlich geregelt und es besteht nach wie vor ein Ost-West-Gefälle im Zugang zu dieser medizinischen Intervention.

Angesichts der extrem gestiegenen Kaiserschnittraten – diese sind im Zeitraum von 1995 bis 2003 von 12 auf 22% gestiegen und haben sich somit nahezu verdoppelt – ist die Frage nach der evidenzbasierten Indikation dieses Geburtsmodus zu stellen. Zudem ist zu hinterfragen, welche Informationen für Frauen erforderlich sind, um eine autonome Entscheidung treffen zu können.

Die rasante Entwicklung neuer Technologien im Bereich von Schwangerschaft und Geburt (Präimplantationsdiagnostik bei In-Vitro-Fertilisation, pränataldiagnostische Untersuchungen, biomedizinische Eingriffe in das menschliche Erbgut, ...) machen eine öffentliche Auseinandersetzung mit Fragen der Ethik der Medizin erforderlich, die vor allem hinsichtlich ihrer Bedeutung für Frauen bewertet werden müssen.

- **Frauen in den Wechseljahren:** Die Frauengesundheitsbewegung lehnt eine Pathologisierung der Wechseljahre ab und weist darauf hin, dass diese als normale Übergangsphase im Leben einer Frau zu sehen ist. Studienergebnisse aus den USA haben im Jahr 2003 zu einer kontroversen öffentlichen Diskussion der Hormonersatztherapie geführt.

2.5 | Resümee

Insgesamt hat Frauengesundheit in den letzten zehn Jahren enorm an Aufmerksamkeit gewonnen und Frauen haben sich für Frauengesundheitsanliegen besonders engagiert. Zu erwähnen sind zum Beispiel der Ausbau von Frauengesundheitszentren und deren Vernetzung, die ihrerseits wichtige Multiplikatorinnen für Frauengesundheitsanliegen darstellen. Unsere Recherche hat den Grundstein einer Datenbasis von über hundert Frauengesundheitsinitiativen, Beratungen, Einrichtungen und Projekten gelegt. Leider ist festzuhalten, dass viele nicht finanziell abgesichert sind. Die Ergebnisse unserer Arbeit haben deutlich gemacht, dass soziale Ursachen von Gesundheit und Krankheit von Frauen vermehrt zu berücksichtigen sind. Frauen, deren Gesundheit aufgrund ihrer sozialen oder gesundheitlichen Lage gefährdet ist, benötigen gezielte Aufmerksamkeit und Unterstützung, wie z.B. Alleinerzieherinnen, Migrantinnen, wohnungslose Frauen, Frauen mit Psychiatrieerfahrung, Frauen mit HIV/AIDS, Prostituierte.

Die rasante Biotechnologie und Genforschung erfordert dringend die Berücksichtigung von kritischer Überprüfung der Folgen für die Frauen, medizinethische Reflexion und Ausbildung und die Umsetzung von informierter Entscheidung. War das Thema der diversen Schönheitsoperationen vor zehn Jahren noch nicht präsent, so ist 2005 die Frage nach Qualitätssicherung, Langzeitstudien über gesundheitliche Auswirkungen, sowie eine gesellschaftliche Antwort auf diese Entwicklung zu fordern.

Abschließend soll betont werden, dass in Österreich eine wenig prominente Public-Health-Forschung sowie fehlende Datenlagen, die insbesondere auch nicht geschlechtsspezifisch aufgearbeitet sind, vorliegen.

3 | Zugang zum Gesundheitssystem für Migrantinnen – eine neue Herausforderung

Es ist davon auszugehen, dass die Zukunft der westlichen Gesellschaft von einem kulturellen und einem deutlichen Anstieg sozialer Diversität bestimmt sein wird. Daher liegen die Antworten einer Zivilgesellschaft u.a. darin, für Rahmenbedingungen wie Diversity Mainstreaming zu sorgen. Vorrangig geht es darum, dem Risiko sozialer Ausgrenzungen entgegenzutreten.

Es wurden daher in der sogenannten «Nizza-Vereinbarung» (2000) die folgenden vier Ziele festgeschrieben:

- Erleichterung des Zugangs aller zu Ressourcen, Rechten, Gütern und Dienstleistungen
- Vermeidung der Risiken der Ausgrenzung
- Maßnahmen zugunsten der sozial am stärksten gefährdeten Personen
- Mobilisierung aller Akteurinnen und Akteure

Da sich soziale Ausgrenzung, soziale Benachteiligung, geringere Bildungschancen und somit Wissenszugang unmittelbar negativ auf die Gesundheit auswirken, hat die WHO Ziele und Strategien für eine bessere Gerechtigkeit und Qualität von sozial Benachteiligten, wie Migrantinnen im Gesundheitsbereich empfohlen. Weiters ist die Verschränkung von Menschenrechten zur Gesundheit im Zusammenhang mit Migration bei Public Health-Strategien zu beachten. In diesem Zusammenhang ist traditionsbegründete Gewalt gegen Frauen in patriarchalen Kulturen zu erwähnen (wie zum Beispiel Frauenhandel und Genitalverstümmelung).

3.1 | Das Wiener Programm für Frauengesundheit

Insgesamt, wie schon weiter oben näher ausgeführt, ist die Genderperspektive im Gesundheitsbereich ein wesentliches Element für Public-Health Strategien und adäquate Versorgungsstrukturen. Auf der Grundlage der Analyse des ersten und zweiten österreichischen Frauengesundheitsberichtes sowie des Wiener Frauengesundheitsberichtes, hat die Stadt Wien daher die Entwicklung, Implementierung und Umsetzung eines maßgeschneiderten Gesundheitsprogramms für Frauen beschlossen.

Die Erarbeitung erfolgte in einer überparteilichen ExpertInnenkommission mit je 2 VertreterInnen aus allen Fraktionen des Wiener Gemeinderates, sowie rund 30 FachexpertInnen der verschiedenen Disziplinen der Medizin, NGOs, Selbsthilfegruppen sowie der Spitzen der relevanten Stadtverwaltungsabteilungen. Den Vorsitz dieser Frauengesundheitskommission führten zwei StadträtInnen (für Gesundheit und Soziales, sowie Frauen und Integration).

Folgende zwölf Handlungsfelder wurden auf Grund der Expertisen einstimmig beschlossen:

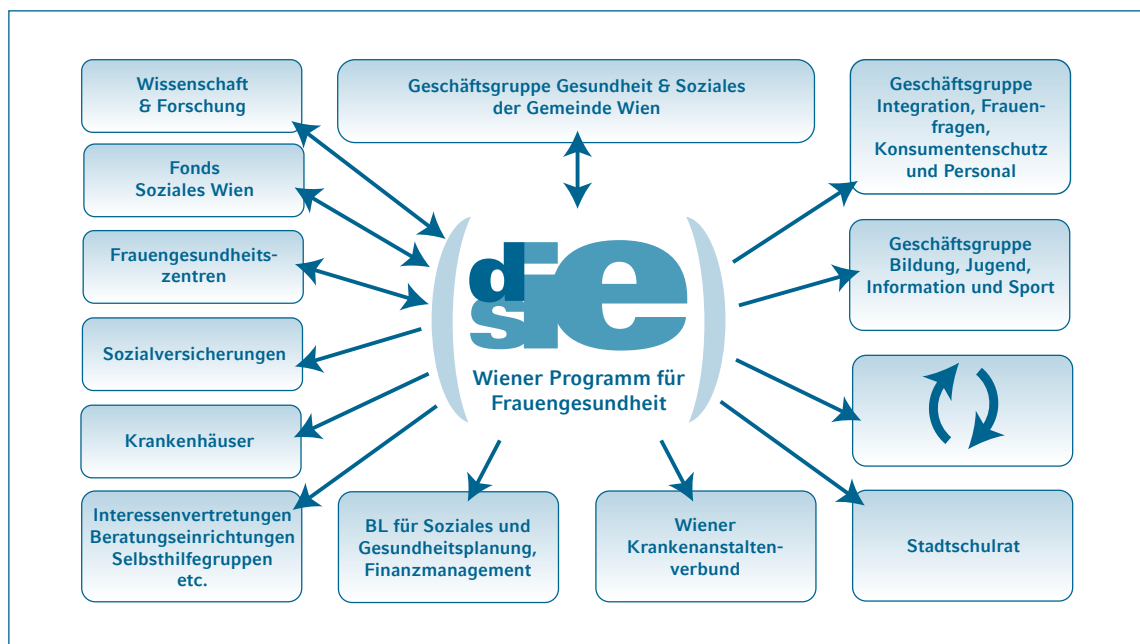
1. Brustkrebsfrüherkennung
2. Mutter-Kind- und Schwangerenbetreuung sowie postpartale Depression
3. psychische Gesundheit der Frauen
4. Suchtprävention bei Frauen
5. Gewalt gegen Frauen
6. ältere und alte Frauen
7. rechtliche Aspekte von Frauen im Gesundheitswesen
8. Verbesserung der Betreuungsstandards und Kommunikation für Frauen im Gesundheitswesen
9. Gesundheit von Migrantinnen

10. Gesundheit von Frauen in der Arbeitswelt
11. Karriereförderung für Frauen im Gesundheitswesen
12. gesundheitliche Situation von Müttern zu deren Unterstützung

Zur Umsetzung dieser Ziele und Maßnahmen wurde ein Frauengesundheitsbüro etabliert, das als steuernde Einheit fungiert. Das bedeutet:

- Lobbying für Frauen im Gesundheitsbereich betreiben
- Projekte zu Problemfeldern der Frauengesundheit und für spezielle Zielgruppen entwickeln
- Frauenadäquate strukturelle Verbesserungen anstreben
- Vernetzung und Synergien für Frauen in Wien schaffen

Die folgende Abbildung charakterisiert die Netzwerkstrategien und Kooperationen des WFGP:



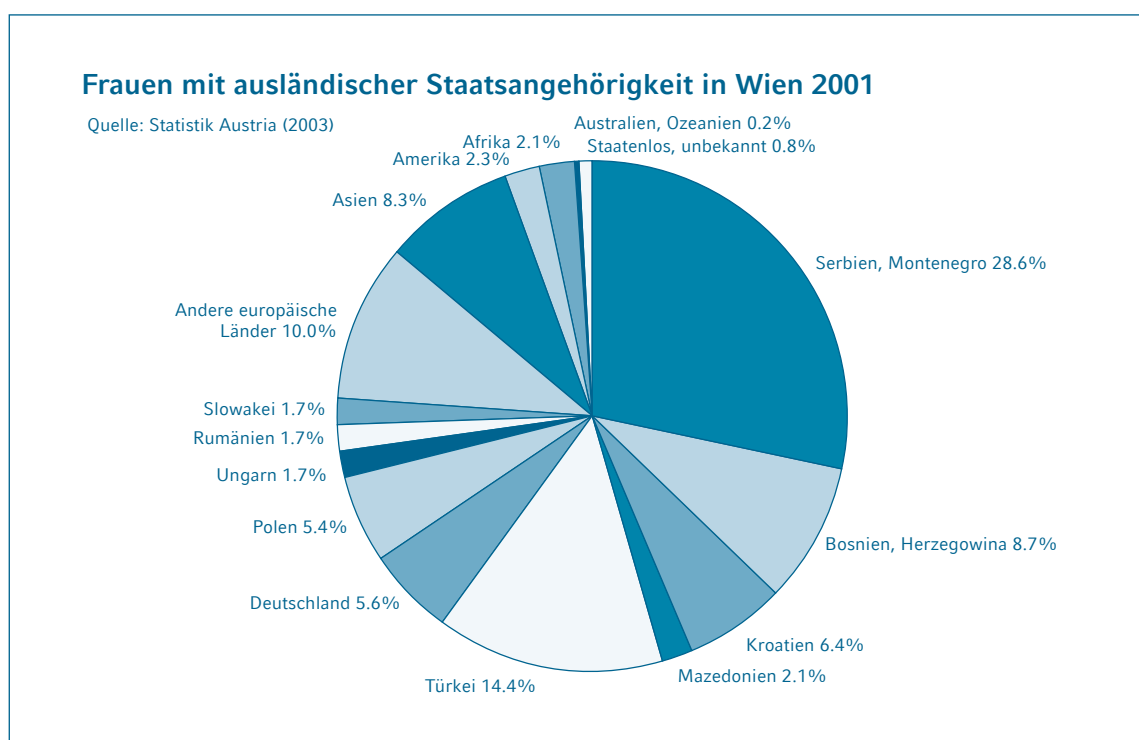
Die Arbeitsweise zielt im Sinne der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung der WHO auf Verhaltens- und Verhältnisprävention ab. Dies wird einerseits in einem Top-Down Prinzip, was Entscheidungen für Nachhaltigkeit anbelangt, und einem partizipativem Vorgehen andererseits, sofern es die Maßnahmenentwicklung betrifft, realisiert.

3.2 | Migrantinnen in Wien: Facts and Figures

Die österreichische Gesamtbevölkerung beträgt rund 8.3 Millionen. Davon leben 764'314 Männer und Frauen ohne österreichische Staatsbürgerschaft. Von den 352'323 Frauen kommen 158'236 aus Ländern des ehemaligen Jugoslawien und 57'142 aus der Türkei.

Die Wiener Gesamtbevölkerung beträgt 1.7 Millionen. Davon haben 248'264 Personen eine ausländische Staatsangehörigkeit (16% der Wiener Bevölkerung; 47% sind weiblich). (Quelle: Statistik Austria, Volkszählung 2001; Österreichisches Forum für Migrationsstudien 2003)

Eine detaillierte Darstellung der unterschiedlichen Herkunftsländer gibt die folgende Abbildung:



3.3 | Gender Aspekte

Faktum ist, dass Migrantinnen signifikant schlechtere Lebensbedingungen als männliche Einwanderer vorfinden. So arbeiten sie überwiegend in Niedriglohnbranchen, sind aber auch infolge sprachlicher Defizite und Bildungsdefizite von höherer Arbeitslosigkeit betroffen. Sie erleiden eine rechtliche Diskriminierung, da sie vom Ehemann abhängig sind (Familienvizum). Eine Scheidung oder eine Flucht ins Frauenhaus auf Grund von Gewalt ist daher sehr erschwert. Auch erleiden sie infolge der traditionellen Rollenzuschreibung eine soziale Isolation als Hausfrau. Damit verbunden ist ein erschwerter Zugang zur deutschen Alltagssprache.

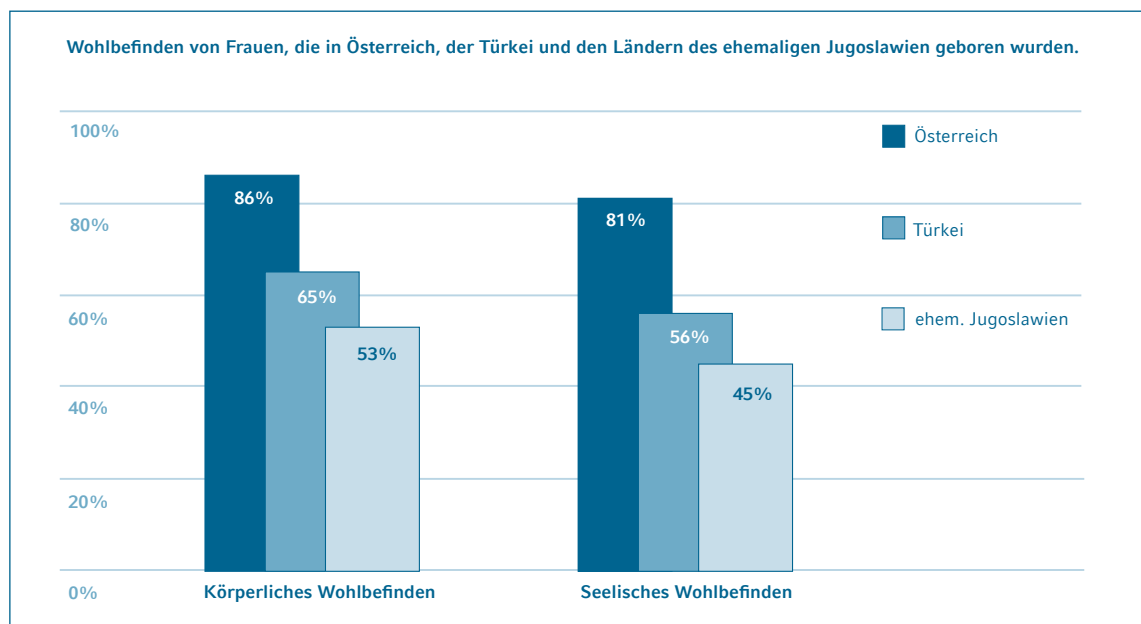
Soziodemografisch fällt auf, dass sie früher heiraten und durchschnittlich mehr Kinder haben (Frauen mit türkischem Hintergrund haben im Durchschnitt 2.69 Kinder; Frauen aus den ehemaligen jugoslawischen Ländern haben 1.96 Kinder; hingegen haben österreichische Frauen 1.23 Kinder).

3.4 | Gesundheitliche Risiken

Empirisch nachgewiesen sind die folgenden Gesundheitsrisiken:

- Bewegungsmangel
- Unausgewogene Ernährung
- Einseitige körperliche Bewegungsabläufe
- Häufiger krank
- Früher von chronischen Krankheiten und von Mortalität betroffen
- Seltener bei Gesundenuntersuchungen
- Seltener Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen
- Hohe psychische Belastung, fehlende soziale Netze
- Kommunikations-, Kultur- und Informationsbarriere beim Zugang zum Gesundheitssystem (Kinder als Dolmetscher; Unzufriedenheit mit der Versorgung)

Die folgende Abbildung zeigt Daten, die in einer Studie des Ludwig Boltzmann Institutes für Frauenforschung (2000) gemacht wurden:



Ebenso musste festgestellt werden, dass Frauen mit einem türkischen Hintergrund wesentlich seltener einen PAP-Abstrich sowie eine Mammografie vornehmen lassen.

Relevant sind insbesondere die folgenden Informationsdefizite, sowie Sprach- und Kulturbarrieren, die den Zugang zum Gesundheitssystem sowie zur Behandlung wesentlich erschweren:

- Anderer Wortschatz zu Gesundheit, Körper, Befindlichkeit, Sexualität
- Muttersprachliche Informationsmaterialien nicht Standard
- Wenig audiovisuelle Informationsmaterialien (Analphabetismus, niedriger Bildungsstand)
- Mangelnde Dolmetschdienste

4 | Best Practice Modelle des Wiener Programms für Frauengesundheit

4.1 | Frauengesundheitszentrum FEM Süd

Das Frauengesundheitszentrum FEM Süd wurde 1999 unter meiner damaligen Leitung entwickelt und als Teil des Wiener Programms für Frauengesundheit im Gemeinderat beschlossen. Es ist in einem großen Schwerpunktspital (Kaiser Franz Josef Spital) in einem sozial benachteiligten Bezirk mit hohem MigrantInnenanteil und rund 170'000 Einwohnerinnen und Einwohner (10. Wiener Gemeindebezirk – Favoriten) verortet.

Aufgabe ist es, Barrieren des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Frauen wie Alleinerzieherinnen, Frauen mit geringer Schulbildung und/oder geringem Einkommen, insbesondere für Migrantinnen abzubauen sowie den spezifischen gesundheitlichen Anliegen und Bedürfnissen dieser Zielgruppe gerecht zu werden. Daher werden die Beratungen und Informationsveranstaltungen auch in den Sprachen Bosnisch, Kroatisch, Serbisch und Türkisch angeboten. Es umfasst ein Team von multikulturellen und multiprofessionellen Mitarbeiterinnen (Psychologinnen, Psychotherapeutinnen, Pharmazeutinnen, Ärztinnen, Gynäkologinnen, Physiotherapeutinnen, Ernährungsberaterinnen, Hebammen und Sozialarbeiterinnen). Es wird von der Klinischen- und Gesundheitspsychologin Frau Mag. Hilde Wolf geleitet. Es verzeichnet jährlich 30'000 Klientinnen (Veranstaltungen, Tel.-Beratung, E-Mails, Kurse, Beratungen), davon haben 14'000 Klientinnen einen Migrationshintergrund.

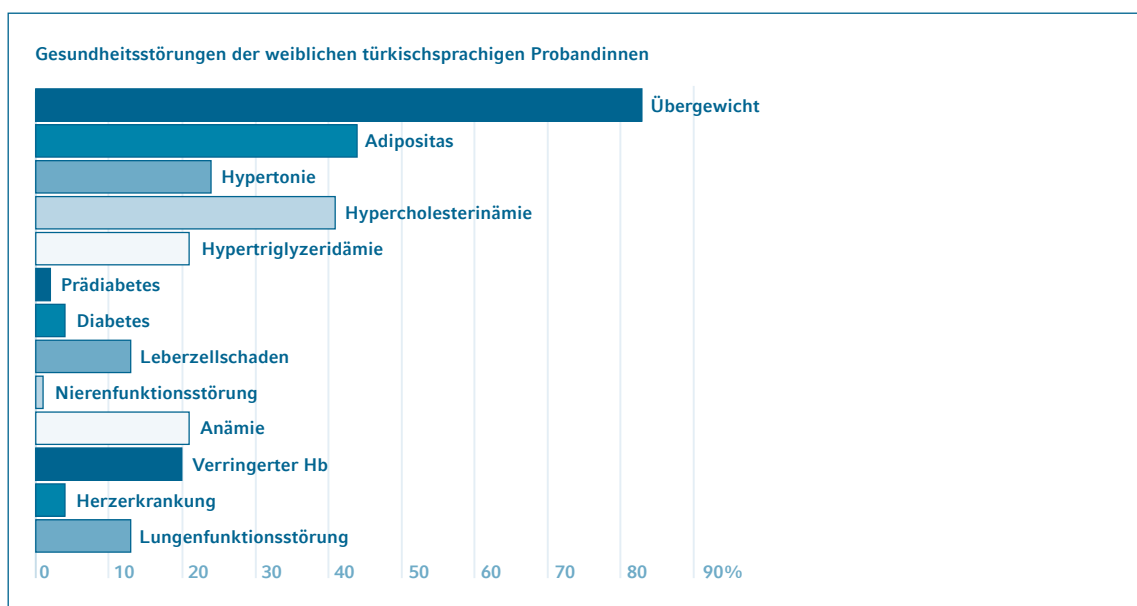
Das FEM Süd hat sich mittlerweile als die wichtigste Beratungsstelle für Migrantinnengesundheit mit einer hohen Akzeptanz bei diversen Zuweisern aus dem medizinischen und Sozialbereich etabliert.

4.2 | «Ich bleib gesund – Sağlıklı kalacagım»: Gesundenuntersuchung speziell für Frauen mit türkischer Muttersprache

In zwei Vorsorgeuntersuchungsstellen (10. und 15. Wiener Gemeindebezirk) des Gesundheitsamtes der Stadt Wien (Gesundheitsdienst der Stadt Wien – MA 15) wurde das Angebot so organisiert, dass ein niederschwelliger Zugang zur weiblichen Bevölkerung mit türkischem Hintergrund ermöglicht wurde. Vorrangiges Ziel dieser Einrichtung ist es, die Untersuchungsfrequenz dieser Zielgruppe zu erhöhen, da die Morbidität und Mortalität der Migrantinnen höher gelagert ist. Um diese Zielgruppe zu erreichen, wurde eine türkischsprachige Ärztin angestellt, die Patientinnen während der Untersuchung begleitet und Untersuchungsergebnisse sowie die Zuweisung zur weiterführenden Behandlung muttersprachlich erklärt. Ferner wird vor Ort, im Anschluss an die Untersuchung, eine psychosoziale Beratung von einer türkisch sprechenden Psychologin angeboten.

Bereits nach zehnmonatiger Laufzeit konnten 400 Klientinnen mit wenig oder keinen Deutschkenntnissen betreut werden. Dies entspricht einem beeindruckenden Zulauf, bedenkt man, dass dieses Angebot nur einmal wöchentlich besteht. Das Durchschnittsalter der Frauen beträgt rund 45 Jahre.

Mehr als die Hälfte dieser Frauen (54.4%) hat einen Volksschulabschluss, 12.9% sind ohne Schulabschluss. 85.9% sind verheiratet, jede zweite ist Hausfrau. Obwohl zwei Drittel bereits länger als zehn Jahre in Österreich leben, ist dies für 79% der Frauen das erste Mal, dass sie eine Gesundenuntersuchung vornehmen lassen. Dementsprechend sind auch die folgenden medizinischen Untersuchungsergebnisse zu verstehen:



4.3 | Mammographie – «Ich schau auf mich»

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Die wichtigste Maßnahme der Früherkennung ist eine regelmäßige Mammographie spätestens ab dem 50. Lebensjahr. Dies entspricht den EU-Guidelines. Die Inanspruchnahme zeigt allerdings, dass diese bei Frauen mit sozialer Benachteiligung, insbesondere aber Migrantinnen, geringer ist. Daher führt die Wiener Gebietskrankenkasse gemeinsam mit der Stadt Wien (DieSie – Wiener Programm für Frauengesundheit) im Laufe der nächsten beiden Jahre ein Pilotprojekt für Mammographie-Screening zur Brustkrebsfrüherkennung mit dem Titel «Ich schau auf mich!» durch.

Dieses Pilotprojekt ist Teil des Mammographie Screening Austria Programms, welches von der Bundesgesundheitsagentur beauftragt wurde.

Da Datenanalysen gezeigt haben, dass die Inanspruchnahme in drei Bezirken mit geringem Haushaltsnettoeinkommen und einem hohen MigrantInnenanteil bei rund 35% liegt, wurden diese Regionen für ein organisiertes Mammographie-Screening Programm ausgewählt.

Die Zielpopulation umfasst rund 27'000 Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren. Um möglichst viele Frauen in den definierten Zielbezirken zu erreichen und zur Untersuchung zu motivieren, erhalten die Frauen der genannten Altersgruppe einen viersprachigen Einladungsbrief (in Deutsch, Englisch, Türkisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch) mit einem konkreten Terminvorschlag und einer Informationsbroschüre. Über eine ebenfalls mehrsprachige Hotline (0800 676 140) können Informationen eingeholt und Untersuchungstermine koordiniert werden.

Ein wichtiges Ziel dieses Programms besteht in der Umsetzung einer umfassenden Qualitätssicherung entsprechend der «European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis». Alle Befunde werden von zwei RadiologInnen doppelt gelesen, weiters werden alle in das Screening und Behandlungskette eingebundenen Mitarbeiterinnen in speziellen Referenzzentren zusätzlich in Qualitätssicherung bei Screening geschult. Ein weiteres Ziel ist die Steigerung der Inanspruchnahme des Mammographie Angebotes bei sozial benachteiligten Frauen, Migrantinnen und Frauen, die noch nie bei der Mammographie waren bzw. deren letzte Mammographie länger als zwei Jahre zurückliegt.

Auch eine hohe Betreuungsqualität steht im Zentrum dieses Programms, d.h. spezielle muttersprachliche Betreuung von Frauen mit suspektem oder positivem Befund sowie psychoonkologische Begleitung. Es versteht sich von selbst, dass dieses Programm genauestens dokumentiert und evaluiert wird.

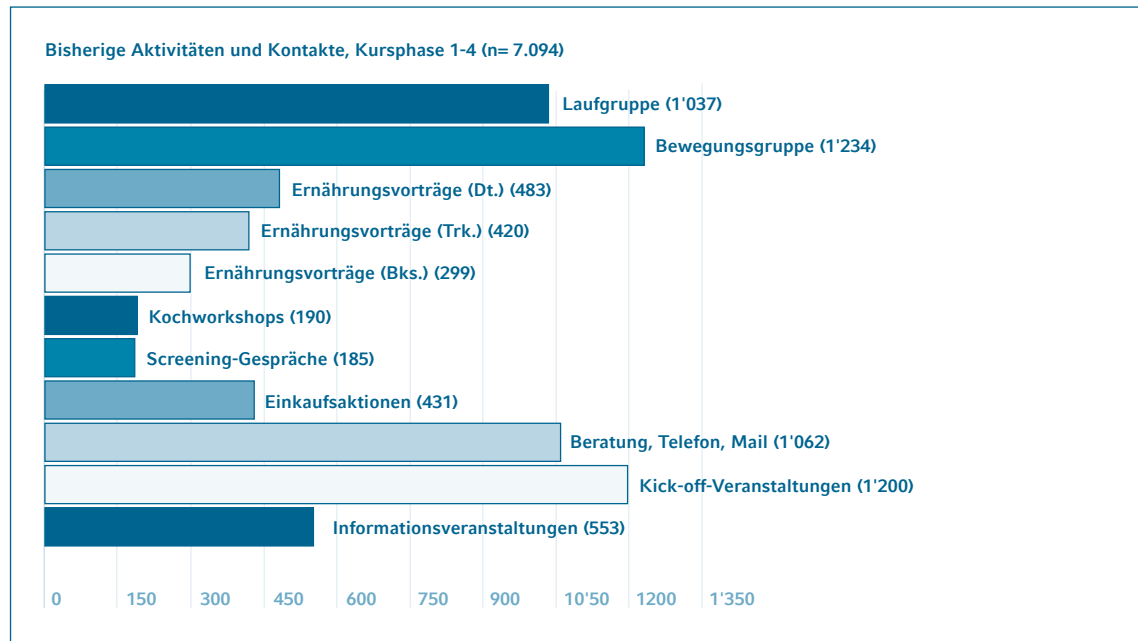
4.4 | «Nach Herzenslust» – ein interkulturelles Ernährungs- und Bewegungsprogramm zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Ausgangsbedingung dieses Programms ist das Faktum, dass Frauen häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sterben als Männer. In besonderem Maße sind davon Migrantinnen betroffen. In Kooperation mit dem Frauengesundheitszentrum FEM Süd wurde daher ein multidisziplinäres und interkulturelles Interventionsprojekt zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen entwickelt.

Die Angebote spannen sich von Aktionstagen in Supermärkten zu gesunder Ernährung, Nordic-Walking- sowie Laufgruppen, zahlreichen Bewegungsangeboten, Vorträgen zu gesunder Ernährung, interkulturellen Kochworkshops, über ein vertieftes dreimonatiges Kursprogramm «Leben nach Herzenslust» (das auch auf Stressreduktion und Verhaltensänderung abzielt), zu einem niederschweligen Telefonberatungsservice, sowie muttersprachlichen Informationsfoldern.

Dieses Programm ist multiprofessionell, multikulturell und basiert auf den drei Säulen der Herz-Kreislauf-Prävention, Ernährung, Bewegung, Entspannung/Stressabbau. Ein besonderer Schwerpunkt liegt daher darin, eine enge Kooperation mit den Communities Frauen mit Migrationshintergrund zu erreichen.

Die folgende Grafik gibt einen Überblick über die Zielgruppenerreichung:



Als Zwischenergebnis lässt sich feststellen, dass die Frauen im Durchschnitt 2 ½ Kilos abgenommen haben, Sozialkontakte knüpfen konnten und nachhaltig ihr Ernährungsverhalten verändert haben. Insgesamt wurde das Programm von den Frauen in der Begleitevaluation sehr gut beurteilt.

5 | Broschüren

Weiters wurden vom Programm für Frauengesundheit der breitgefächerten Palette von Informationsbroschüren muttersprachliche Broschüren hinzugefügt, mit folgenden Themen: Brustkrebs, Hepatitis A, Verhütung, Wechseljahre, Ernährung und Herz-Kreislauf. Das Migrantinnenhandbuch mit Adressen von ÄrztInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen, wurde sogar in 15 Sprachen aufgelegt.

6 | Resümee

Es ist in Wien durch diverse Maßnahmen gelungen, die sozial benachteiligte Gruppe von Frauen mit Migrationshintergrund punktgenau zu erreichen, ihnen eine Brücke zum Gesundheitssystem zu bauen und bei allen Maßnahmen im Gesundheitsbereich auf kulturelle und sprachliche Diversität zu achten.

Kontakt

www.frauengesundheit-wien.at

1. Österreichischer Männergesundheitsbericht mit dem Schwerpunkt: Psychosoziale Gesundheit der Männer

Dr. Johannes Berchtold, Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Wien

Das Thema Männergesundheit ist das beliebteste und in gewissem Sinne populärste Thema im Bereich der Männerforschung und Männerpolitik. Wer will nicht gerne Gutes tun, und das scheinbar im Argen liegende Gesundheitsbewusstsein der Männer bietet dafür ein reiches Betätigungsfeld. Männergesundheit ist – so meine These – wenn der Begriff weit genug gefasst und auch die psychosoziale Gesundheit der Männer umfasst wird, ein Spiegel der Situation der Männer heute bzw. eine generelle Standortbestimmung des Mann-Seins in der heutigen Gesellschaft.

Die Männerpolitische Grundsatzabteilung im Sozialministerium in Wien hat im Jahre 2004 den 1. Österreichischen Männergesundheitsbericht herausgegeben. Es wird solche nationalen Berichte zur Männergesundheit noch nicht viele geben – wir gehören damit sicher zu den Pionieren auf diesem Gebiet. Zum einen hat die Genderforschung ihren Schwerpunkt bislang aus verständlichen Gründen auf die Frauenforschung und damit auch auf die Frauengesundheit gelegt. Zum anderen ist die so genannte Gendermedizin noch eine sehr junge Disziplin. Tatsachen wie z.B. die unterschiedlichen Auswirkungen von Medikamenten auf Frauen und Männer und die generell geschlechtsspezifischen Problemlagen und Risikofaktoren stellen das Gesundheitswesen vor die Aufgabe, in Zukunft geschlechtssensibler zu reagieren und die Bedeutung des Geschlechts systematisch zu berücksichtigen.

In unserem Männergesundheitsbericht sind folgende Problemfelder und Einflussfaktoren für die Gesundheit der Männer genannt: Die unterschiedliche Lebenserwartung und die unterschiedlichen Suizidraten sowie der Faktor Lebensstil (dazu gehören v.a. Ernährung, Alkohol, Bewegung und Rauchen) Stress, erhöhte Unfallhäufigkeiten, körperliche Belastungen durch Schwer- und Schichtarbeit und die geringe bzw. verspätete Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen speziell im Bereich der Gesundheitsvorsorge.

Am Anfang unseres Berichts heißt es zusammengefasst.

«Es ist aber nun Tatsache, dass

- Männer in Österreich im Schnitt um 5.7 Jahre früher sterben als Frauen,
- Männer von nicht geschlechtsspezifischen Erkrankungen, wie Herz-Kreislaufkrankungen, Leberzirrhose und Lungenkrebs, überproportional häufig betroffen sind,
- Männer mit viel höherer Wahrscheinlichkeit Selbstmord begehen als Frauen,
- Männer die Mehrheit der Opfer des Straßenverkehrs und von schweren Arbeitsunfällen, die zu bleibenden Schäden führen, bilden
und
- sich dennoch im Schnitt gesünder fühlen als Frauen sowie
- seltener zum Hausarzt gehen.»

Diese Zahlen sagen auch einiges über die sozial- und geschlechterpolitischen Verhältnisse aus. Die kürzere Lebensdauer der Männer und die höhere Suizidrate der Männer relativieren das Bild der Männer als starkes und bevorzugtes Geschlecht, um das sich die Genderpolitik nicht zu kümmern bräuchte. Dass sich Männer bei all dem Gesagten gesünder fühlen als Frauen und weniger gerne Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen, passt ins sonstige Bild des Mannes als Beratungsmuffel. Wir haben seitens der Männerabteilung eine Studie zum Thema «Männerarbeit in Österreich – Beratung, Bildung und Begegnung» herausgegeben, worin ein erstaunliches Ergebnis zu Tage tritt: Männer, die unter hohem Leidensdruck stehen, lassen im Schnitt 6 bis 7 Jahre verstreichen, bevor sie eine professionelle Hilfe bzw. Beratung in Anspruch nehmen. Im Männergesundheitsbereich haben wir es mit dem Umstand zu tun, dass für einen «gesunden» Mann seine Gesundheit kein Thema ist oder wie es der Salzburger Androloge Dr. Jungwirth treffend formulierte: »Ein Mann fühlt sich solange pumperl'gesund, bis er tot umfällt.«

Es gibt verschiedenste Argumente zur Erklärung dieses Phänomens. Eine sehr verbreitete, für mich allerdings nicht ausreichende Erklärung, ist die einseitige männliche Sozialisation, nach dem Motto: «Ein Indianer kennt keinen Schmerz». In der Tat pflegen Männer einen risikoreicheren Umgang mit ihrem Körper und scheinen das Risiko zu suchen. Männer instrumentalisieren ihren Körper mehr als Frauen, sie missbrauchen ihn auch häufiger. Vielleicht entzieht sich die Tatsache, dass für Kinder der weibliche Körper die erste Beheimatung ist und Frauen auch aus diesem Grund sorgsamer mit ihrem Körper umgehen, auch weiterhin dem gesellschaftlichen Wandel und bleibt somit eine beständige Voraussetzung für die Gender Medizin.

Wenn wir nach den Ursachen des geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Gesundheitsbewusstseins und Lebensstils bei Männern suchen, müssen wir uns einerseits ein ganzheitliches Bild der Männergesundheit vor Augen führen und andererseits die Entwicklung des männlichen Lebensstils schon von Kindheit an beobachten, um zu verstehen, worin die – vielleicht archetypisch gegründeten – Unterschiede liegen. Zur Männergesundheit gehören nicht nur physische Aspekte, sondern auch psychosoziale Ressourcen und Wohlbefinden, wie z.B. das Erleben sozialer Einbindung. Seitens der

Männerpolitischen Grundsatzabteilung des Sozialministeriums haben wir daher parallel zum 1. Österreichischen Männergesundheitsbericht eine Publikation mit Autorenbeiträgen zum Thema «Psychosoziale und ethische Aspekte der Männergesundheit» herausgegeben.

Schon in der Schule können wir betreffend der sozialen Eingliederung geschlechtsspezifische Unterschiede beobachten. Buben neigen eher dazu, «Banden» zu bilden, wobei die «Mitgliedschaft» in solchen Banden von als männlich interpretierten Ritualen und Kriterien abhängt. Mädchen pflegen Beziehungen eher zu einer «besten Freundin» oder auch mehreren Freundinnen. Die strenge Abgrenzung zum anderen Geschlecht durch Buben in einem bestimmten Alter, dient der Entwicklung der eigenen psychosexuellen Identität. Zu den genannten bubenspezifischen Ritualen gehört auch das «Raufen». Ich möchte nachher darauf noch etwas näher eingehen, weil Buben und männliche Jugendliche heute mit einer Pädagogik konfrontiert sind, die zu wenig geschlechtssensibel agiert.

Die Fakten sind: Buben sind überproportional häufig in kinderpsychiatrischen Anstalten vertreten, gelten als aggressiver und gewaltbereiter, und auch dem so genannten «Zappelphilippsyndrom» weiß man oft nicht anders als medikamentös zu begegnen. Die Leistungen der Buben im Vergleich zu den Mädchen lassen nach und zudem sind die Kinder – insbesondere in der Grundschule – mit fast ausschließlich weiblichem Lehrpersonal konfrontiert.

Der Schweizer Männerforscher Allan Guggenbühl spricht in diesem Zusammenhang von einer Feminisierung der Pädagogik. Es findet ein deutlich spürbarer Rückzug der Männer aus diesem Lehrberuf statt. Dem Argument, das liege an dem mangelnden Image und der geringen Bezahlung der Lehrer, entgegnet Guggenbühl, dass dies zumindest in der Schweiz nicht zutrefte. Auch dort ziehen sich die Männer aus diesem Beruf zurück. Was wir brauchen – so die ebenfalls von uns herausgegebene Studie «Buben und Burschenarbeit in Österreich» – sind eine geschlechtersensible Pädagogik und dergleichen Lehr- und Lernmaterialien. Ohne die Koedukation rückgängig machen zu wollen, sollte Buben wie Mädchen auch Raum gegeben werden, «unter sich sein» zu können.

Wenn wir die Auffassung vertreten, dass männerspezifische Präventions- und Gesundheitsfördermaßnahmen schon im Jugendalter bei Buben und männlichen Jugendlichen beginnen, dann müssen wir aber auch bereit sein, durch geschlechtsspezifische Erziehung und Schulbildung zu geistiger und körperlicher Gesundheit anzuleiten.

Zum vorhin genannten Thema «Raufen» hab ich Ihnen noch Näheres bzw. Details versprochen. Ich zitiere Allan Guggenbühl aus seinem Beitrag für unsere Publikation «Psychosoziale und ethische Aspekte der Männergesundheit»:

«Von der Lust am Kämpfen

Auseinandersetzung und Dissonanzen haben für Männer tendenziell eine andere Bedeutung als für Frauen. Während aus weiblicher Sicht eine Meinungsverschiedenheit eine Bedrohung für eine Beziehung darstellt, kommen sich Männer durch Auseinandersetzungen oft näher. Sie können das Gegenüber erfassen, wenn sie es provozieren und die Konfrontation zulassen. Für Jungen ist das Raufen oder eine körperliche Auseinandersetzung vielfach ein Mittel des Kontaktes. Schüler fühlen sich oft leicht traumatisiert, wenn Lehrpersonen in Kreisgesprächen ihnen immer wieder einbläuen, sie sollen ihre Zwiste durch das Gespräch anstatt durch Raufereien lösen und mit positiven Aussagen kommunizieren. «Teil deinem Kollegen doch auch mit, dass du ihn gern hast, statt ihn zu foppen oder ihn anzugreifen!» tönt für einen Jungen wie eine Aufforderung zum sozialen Harakiri. Natürlich müssen Jungen sich soziale Kompetenzen aneignen, lernen, sich differenziert ausdrücken und dürfen nicht einfach dreinschlagen. Physische Auseinandersetzungen gehören jedoch auch zur Bubenwelt. Wichtig ist, ihnen beizubringen, wie man kämpft.» (S. 54 und 55)

Das mag für manche befremdlich klingen. Wie unterscheiden wir das von der geächten Gewalt und Aggression bzw. dem neueren Begriff Bullying? Es gibt übrigens neben dem offenen Bullying, d.h. dem körperlichen Angriff oder zumindest der Androhung eines solchen, auch das – in der Fachsprache so genannte – relationale Bullying, d.h. das Verbreiten bössartiger Gerüchte, Ausschließen aus einer sozialen Gruppe und Isolieren. Letzteres ist – so sagen uns die Wissenschaftler – eine Domäne der Mädchen. Da die psychische Gewalt nicht so leicht fassbar ist wie die physische, wird sie auch weniger thematisiert.

Jetzt sind wir bei einem sehr sensiblen Thema angelangt. Die Lust an der Auseinandersetzung gilt es zu kultivieren, so dass es auf keine Rechtfertigung von Gewalt hinausläuft. Das Engagement gegen Buben- und Männergewalt wird seitens des Männer- und Sozialministeriums sehr ernst genommen. Dazu führen wir gerade heuer mehrere Projekte durch. Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang die Stärkung der emotionalen Kompetenz von Buben, männlichen Jugendlichen und Männern. Erfahrene Therapeuten sagen uns, dass insbesondere jene Buben gewalttätig sind, die unter dem Mangel an Selbstwertgefühl leiden. Es ist also kein Paradoxon, wenn es heißt: Die beste Form der Gewaltprävention ist es, Buben (in ihrem Selbstwertgefühl) zu stärken.

Auch für Männer sind Auseinandersetzungen wichtig, statt körperlicher *Aus-ein-an-der-setzungen* wählen sie Dispute bzw. Streitgespräche. Das führt aber im familiären Bereich der Partnerschaften mitunter zu Missverständnissen. Seitens der Männerpolitischen Grundsatzabteilung des Sozialministeriums haben wir deshalb im letzten Jahr ein Buch zum Thema «Männer und emotionale Kompetenz» herausgegeben. Ich werde am Schluss meines Referates noch daraus zitieren.

Warum es mir hier aber geht, das ist der Themenkreis «Wie Männer Gefühle ausdrücken», was zur sozialen Integration, zur Partnerschaftlichkeit in Ehe und Familie, zum eigenen Wohlbefinden, zur Anerkennung der eigenen Person einen ungeheuer wichtigen Beitrag leistet. Kurz gefasst sagt uns Guggenbühl: Männer drücken Gefühle eher

durch Handlungen und Objekte aus. Allan Guggenbühls Beispiel dafür habe ich schon so oft erzählt, dass inzwischen eine eigene Variante der Geschichte durch mich entstanden sein könnte: Ein Vater fährt mit seinem Sohn im Auto und die beiden streiten ganz ordentlich miteinander. Der Vater fährt nach Hause, parkt das Auto vor der Garage, lässt den Zündschlüssel stecken, steigt wortlos aus und geht ins Haus. Für den Sohn, der noch keinen Führerschein hat, war es immer eine besondere Ehre, das Auto in die Garage einparken zu dürfen. Er sieht, dass der Vater das Auto vor der Garage stehen und den Zündschlüssel stecken lässt. Das heißt für den Jungen, er darf das Auto einparken, was weiters bedeutet, der Streit ist seitens des Vaters vergeben und vergessen. Durch diese wortlose symbolische Handlung bietet er seinem Sohn sozusagen die «Friedenspfeife» an.

Geschlechtsspezifische Problemfelder und Interessenlagen verlangen auch nach geschlechtsspezifischen Angeboten im Präventionsbereich und selbstverständlich auch im Bereich der Männergesundheit. Wenn wir das Gesundheitsbewusstsein und –handeln der Männer verbessern wollen, müssen wir die Männer einmal – das ist auch schon eine Modephrase geworden – «dort abholen, wo sie sind». Zum anderen gilt es, die männliche Psyche und die männlichen Interessenlagen zu berücksichtigen. Gesundheitsförderprogramme, die daran vorbeigehen, sind zum Scheitern verurteilt.

In unserem 1. Österreichischen Männergesundheitsbericht finden Sie eine Vielzahl an Vorschlägen. Ich hebe hier nur einen, aus meiner Sicht, zentralen Vorschlag heraus, nämlich die Buben und Männer über den Sport zu mehr Gesundheitsbewusstsein und -handeln zu bringen. Den Bewegungsdrang und das Interesse an Wettbewerben bei Buben gilt es rechtzeitig zu nützen. Neben medizinischen, psychosozialen, politischen und medialen Begleitmaßnahmen sind auch sogenannte settingbezogene Gesundheitsfördermaßnahmen in unserem Bericht genannt. Dazu gehören die Bereiche Verkehr, Arbeitsumfeld und eben der Sport. Auch für den Sport gilt: Über die Bewegungsangebote hinaus sollen in Vereinen vielfältige Anregungen zur langfristigen Herausbildung eines gesunden Lebensstils durch Stärkung physischer, psychischer und sozialer Faktoren gegeben werden. Es geht also darum, bei allen Gesundheitsangeboten einen ganzheitlichen Ansatz zu verfolgen.

Ich bin daher skeptisch gegenüber dem Vorschlag, den Urologen zum Männerarzt zu küren, weil ich der Überzeugung bin, dass Männergesundheit, d.h. die Steigerung des Gesundheitsbewusstseins von Männern, sowie auch die Präventions- und Gesundheitsfördermaßnahmen, einer ganzheitlichen Sicht bedürfen.

Um das noch zu unterstreichen, lese ich Ihnen zum Abschluss ein irisches Gebet aus der schon erwähnten Publikation «Männer und emotionale Kompetenz» vor. Das Buch ist inzwischen vergriffen, aber noch downloadbar auf der Homepage des Sozialministeriums zu finden.

In einem alten irischen Gebet heißt es:

*Nimm dir Zeit zum Arbeiten -
es ist der Preis des Erfolges.
Nimm dir Zeit zum Denken -
es ist die Quelle der Kraft.
Nimm dir Zeit zum Spielen -
es ist das Geheimnis ewiger Jugend.
Nimm dir Zeit zum Lesen -
es ist der Brunnen der Weisheit.
Nimm dir Zeit zum Träumen -
es bringt dich den Sternen näher.
Nimm dir Zeit dich umzuschauen -
der Tag ist zu kurz, um selbstüchtig zu sein.
Nimm dir Zeit zum Lachen -
es ist die Musik der Seele.
Nimm dir Zeit freundlich zu sein -
es ist der Weg zum Glück.
Nimm dir Zeit zu lieben und geliebt zu werden -
es ist der wahre Reichtum des Lebens.*

Kontakt

Männerpolitische Grundsatzabteilung, Bundesamt für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz
www.bmsg.gv.at

Herisau | 29. November 2007
«Geschlechterunterschiede
bei psychischen Erkrankungen»

Appenzell Ausserrhoden



Ausgewählte Gesundheitsziele unter der Geschlechterperspektive: Erkenntnisse und Empfehlungen für Forschung und Praxis

lic. phil. Ursula Koch, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Sektion Chancengleichheit und Gesundheit

Das Referat basiert im Wesentlichen auf demjenigen, das in Chur gehalten wurde. Der Schwerpunkt lag bei den Geschlechterunterschieden bei psychischen Erkrankungen und deshalb beschränken wir uns auf folgende ergänzenden Anmerkungen:

- Frauen erkranken deutlich häufiger an Angststörungen, Depression oder Essstörungen, während Männer deutlich häufiger unter Suchterkrankungen leiden.
- Die unterschiedlichen Sozialisierungsmuster widerspiegeln sich auch im Umgang mit Problemen. So zeigen Frauen eher ein internalisierendes Problemverhalten (z.B. grübeln, traurig sein, selbstverletzendes Verhalten), während Männer häufiger ein externalisierendes Problemverhalten (z.B. Aggression) zeigen.
- Im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen werden v.a. hormonelle Unterschiede z.B. im Rahmen postpartaler Depressionen diskutiert.
- Bei den psychischen Erkrankungen werden die beiden Geschlechter in der medizinischen Praxis unterschiedlich wahrgenommen. So kann von einer Psychologisierung der Frauen gegenüber einer stärkeren Somatisierung der Männer gesprochen werden.

Im Hinblick auf das nachfolgende Referat ist auf die Bedeutung genderspezifischer Suchtarbeit hinzuweisen. Ein Model of good practice findet sich z.B. in der männer-spezifischen Wohn- und Arbeitsgemeinschaft Casa Fidelio (im solothurnischen Niederbuchsiten). Dort erhalten drogenabhängige Männer nebst ihrer Therapie auch die Möglichkeit, sich mit ihrem Mannsein zu befassen.

Weitere Good-Practice-Beispiele finden sich auf der Website des Kooperationsprojektes www.genderhealth.ch. Dabei handelt es sich um ein Projekt, welches das Bundesamt für Gesundheit zusammen mit der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, dem Eidgenössischen Gleichstellungsbüro sowie Radix Gesundheitsförderung aufgebaut hat. Diese Website beinhaltet einerseits diverse Informationen zu Gender Health sowie andererseits Checklisten zur Integration des Gender-Kriteriums in Projekte und Angebote.

Im Fachbereich Gender Health erschien 2008 der «Fokusbericht Gender und Gesundheit», der u.a. die Themenbereiche Suizide und Gewalt und Psychische Gesundheit analysiert. Dieser ist ebenfalls unter www.genderhealth.ch erhältlich.

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit
www.genderhealth.ch

Literatur

Bundesamt für Gesundheit (2006). Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006. Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten. BAG.

Kolip, P. & Kuhlmann, E. (2005). Gender und Public Health. Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik. Weinheim: Juventa.

Schuler, S., Rüesch, P. & Weiss, C. (2007). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). Neuchâtel.

Schuler, S. & Meyer, C. (2006). Psychische Gesundheit/Krankheit: die Versorgungslage in der Schweiz. Schweizer Zeitschrift für Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie, 1.

Ajdacic-Gross, V. & Graf, M. (2003). Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie in der Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). Neuchâtel.

Internet

www.genderhealth.ch
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00402/index.html?lang=de>

Das Gleiche ist nicht dasselbe – auch bei Stress und Suizid

PD Dr^{in.}, MPH Elisabeth Zemp Stutz,

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel

Die beiden Themen Stress und Suizid waren Gegenstand der Arbeiten für den Fokusbericht Gender und Gesundheit, den wir im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erstellt haben (Bundesamt für Gesundheit 2008). Im folgenden werden daraus einige Ergebnisse vorgestellt, die einen Bezug zum Thema der Veranstaltungsreihe «Gesundheit weiblich – männlich» haben.

1 | Stress

Stress ist – ähnlich wie psychische Gesundheit – ein vielschichtiger Begriff. Kaum jemand hat keine eigene Vorstellung davon (vergegenwärtigen Sie sich etwa, wann Sie den Begriff verwenden, in welchen Situationen Sie, Ihr Vater, Ihre Mütter, Ihre Töchter, Ihre Söhne gestresst waren).

Stress ist gegeben, wenn ein Ungleichgewicht zwischen inneren und äusseren Anforderungen und den inneren und äusseren Ressourcen besteht. Aus Public Health-Sicht liegt die Bedeutung von Stress darin, dass er einer der wichtigsten Risikofaktoren für psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen ist. Es erstaunt auch wenig, dass wir bei Stress auf geschlechtsspezifische Ausprägungen stossen, sehen wir doch bei den Anforderungsprofilen und bei verfügbaren Ressourcen beträchtliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern.

Je nach Fachrichtung lag der Blick der bisherigen Forschung zu Stress eher auf den Quellen des Stresses (den Stressoren), auf den Verhaltensreaktionen von Personen (den Stress-Entwicklungsprozessen) oder auf den Stressfolgen. Das Wissen zu Stress wurde lange vorwiegend arbeitsplatzbezogen erarbeitet und dementsprechend eher bei Männern erforscht. Aus solchen Arbeiten kennen wir Risikogruppen für Stressbelastungen: jüngere wie auch ältere Arbeitnehmende, vor der Pensionierung Stehende, Angehörige gewisser Branchen, Kader, Arbeitende mit repetitiven monotonen Tätigkeiten oder mit Tätigkeiten mit wenig Spielraum.

Neuere Richtungen der Stressforschung befassen sich mit der Work-Life-Balance bzw. mit Work-Life-Konflikten. Auch diese Forschungsrichtung hatte bisher vorwiegend Erwerbstätige im Blick, während sie sich wenig dem Phänomen der Mehrfachrollen und noch weniger dem privaten Bereich zuwandte. Auch das von Karasek entwickelte Kon-

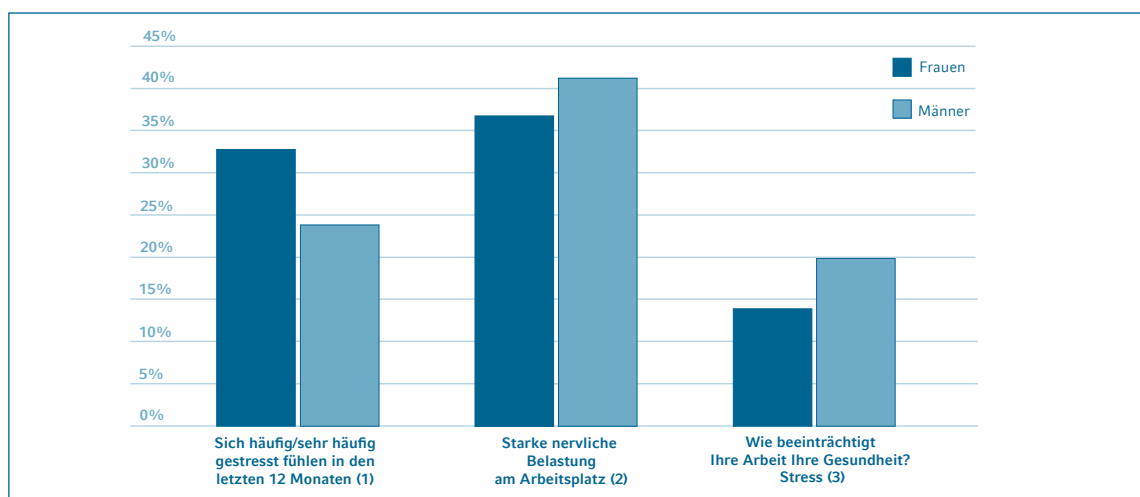
zept der Kontroll-Überzeugungen (sense of control) wurde im Erwerbs-Arbeitskontext entwickelt und es gibt meines Wissens keine Studien darüber, was dieses Konzept zum Beispiel für die Arbeit im Haushalt bedeutet.

Ein weiterer Stress-Forschungszweig beschäftigte sich mit den Anforderungen, die von Rollen ausgehen. Dieser Zweig hat viel stärkere Schlagseite bei den Frauen. Zwei Theorien beherrschten hier lange das Feld: einerseits die Theorie von Rollenstress, die besagt, dass eine grössere Anzahl Rollen mit grösserem Stress einhergeht. Andererseits geht nach der Theorie der Rollenexpansion eine Erhöhung der Anzahl Rollen, die eine Person ausübt, auch mit einer Ausweitung des Handlungsspielraums und der Ressourcen einher. Aus dieser Forschungsrichtung weiss man inzwischen, dass es weniger die absolute Anzahl Rollen ist, welche für die gesundheitlichen Stressfolgen verantwortlich ist, sondern dass entscheidender ist, in welchen Bedingungen die Rollen ausgeübt werden.

Neuere Arbeiten gehen nun der Frage nach, inwiefern eine wechselseitige Pufferung zwischen Erwerbs- und Privatleben besteht, – dass Stress in einem dieser Bereiche durch den jeweils andern Bereich kompensiert werden könne.

Informationen zur Häufigkeit von Stress in der Schweiz stammen aus drei Studien an Erwachsenen, welche direkt nach Stress gefragt haben (Ramaciotti 2003 / Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 / Graf 2007). Deren Ergebnisse bezüglich Geschlecht sind irritierend: Wird nach Stress generell gefragt, ist die Häufigkeit von Stress bei Frauen häufiger (Ramaciotti 2003), wird die Stressfrage arbeitsplatzbezogen gefragt, ist sie bei Männern grösser (SGB 2002, Graf 2007). Bereits die Art und der Kontext der Befragung beeinflussen somit die Ergebnisse. Arbeitsplatzbezogen gefragt, geben mehr Männer Stress an, allgemein gefragt mehr Frauen.

Selbstberichteter Stress bei Erwachsenen in der Schweiz



Quellen: (1) Ramaciotti 2003;

(2) SGB2007

(3) Graf 2007

Mit den Daten des Schweizerischen Haushaltspanel wurde bei Erwerbstätigen die Work-Life-Balance untersucht (Hämmig, Bauer 2007). Definiert wurde sie mithilfe eines Index aus drei Indikatoren (grosse Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Erwerbs- und Privatleben; Unzufriedenheit mit dem Ausmass an Freizeit; Wunsch nach Reduktion der Arbeitszeit). Es zeigte sich dabei, dass eine schlechte Work-Life-Balance in der Tat mit einer schlechteren psychischen Gesundheit einhergeht. Geschlechtsunterschiede wurden einerseits bei den Ursachen einer schlechteren Work-Life-Balance beobachtet: Kleinkinder waren nur bei Frauen eine Ursache dafür, das Vorhandensein einer Partnerin nur bei Männern. Andererseits gab es Geschlechtsunterschiede bei den Folgen: Negative Auswirkungen einer schlechten Work-Life-Balance auf die psychische Gesundheit waren bei Frauen ausgeprägter.

Eine weitere Schweizer Studie beim Pflegepersonal der öffentlichen Spitäler im Tessin befasste sich mit Stress sowohl im Erwerbs- wie auch dem Privatleben (Testa Mader 2004). Der Anteil Frauen in dieser Studie betrug 82%. Hier zeigte sich, dass Personen mit ausgeprägtem beruflichem Stress und einer hohen Belastung in Familie und Haushalt ein grösseres Risiko für ein tiefes psychische Wohlbefinden aufwiesen. Des Weiteren hatte die Belastung in Familie und Haushalt einen stärkeren Einfluss als die Belastung im Erwerbsleben und nur bei Frauen ging das Vorhandensein von Kindern im Schulalter mit einer höheren Belastung zuhause einher. Bei Männern wie Frauen war das Vorhandensein von Kindern mit einem besseren emotionalen Wohlbefinden und mit einem tieferen beruflichen Stress verbunden, – was in der Tat für eine wechselseitige Pufferung zwischen Erwerbs- und Privatleben spricht.

Die Beziehungen zwischen multiplen Rollen und der Work-Life-Balance mit Stress beziehungsweise mit der psychischen Gesundheit sind vielfältig. Sie werden entsprechend durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst, sowohl persönlichen Merkmale, Ressourcen, Stressoren, Lebens- und Arbeitsbedingungen. Auch die (un-)gerechte Arbeitsteilung gehört dazu. Dieses Wechselspiel ist hinsichtlich Geschlecht umso komplexer, als viele der relevanten Einflussfaktoren selbst Geschlechterunterschiede aufweisen oder für Männer und Frauen eine unterschiedliche starke Bedeutung haben. Diese Vielfalt an Einflussfaktoren braucht nun jedoch nicht zu einer «Kapitulation» vor einem komplexen Phänomen zu führen. Sie bedeutet nämlich auch, dass wir über eine Fülle von Interventionsmöglichkeiten verfügen. Diese können auf individueller Ebene ansetzen, aber auch bei den Lebens- und Umweltbedingungen, das heisst u.a. durch Gesundheitsdienste oder staatliche Stellen wahrgenommen werden. Auch den Gleichstellungsstellen geht hier die Arbeit nicht aus. Je mehr Kräfte diese Balance günstig beeinflussen, wo immer sie auch ansetzen, desto mehr Fälle mit Stress oder psychischen Erkrankungen können verhindert werden.

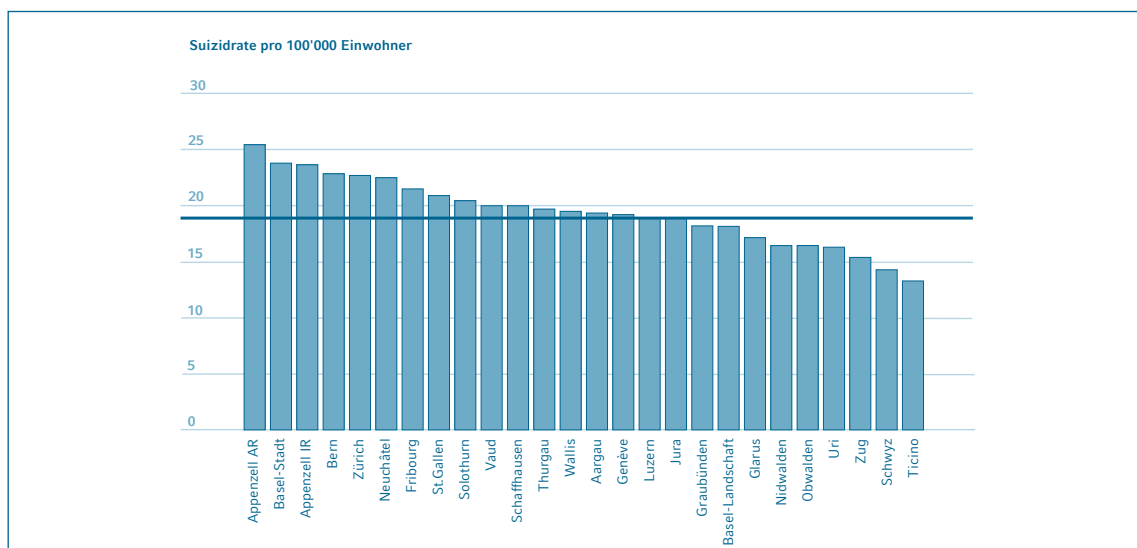
2 | Suizide

Die Schweiz gehört zu den Ländern mit den höchsten Suizidraten. Lediglich in den Staaten Mittel- und Osteuropas und in Finnland liegen diese höher. Im Kantonsvergleich sehen wir bemerkenswert grosse Unterschiede. Es führen Appenzell Ausserrrhoden, Basel-Stadt und Appenzell Innerrhoden. Generell sind die Raten in protestantischen Kantonen höher als in katholischen, und in urbanen höher als in ländlichen.

Seit den 1980er Jahren sind in der Schweiz die Suizidraten rückläufig. Zwischen den Geschlechtern zeigt sich eine Annäherung, welche durch eine vergleichsweise günstigere Entwicklung bei den – allerdings weiterhin hohen – Raten bei Männern zustande kommt. Im Langzeitvergleich ist diese Annäherung besonders deutlich (Rückgang von gut 35 auf unter 30/100'000 zwischen 1900 und 2000 bei Männern; Anstieg von rund 7 auf rund 10/100'000 bei Frauen).

Suizidraten in den verschiedenen Kantonen

(Durchschnittswerte 1990-99; Quelle: BFS)



Suizide sind in jeder Altersphase von Bedeutung: Im jugendlichen Alter machen sie einen beträchtlichen Anteil der Todesfälle aus (bei den unter 45-Jährigen einen Fünftel bei Frauen, einen Viertel bei Männern), im mittleren Lebensalter ist die absolute Anzahl der Suizidfälle am höchsten, im höheren Alter finden sich die höchsten Suizidraten. In allen Altersgruppen sind die Suizidraten bei Männern höher als bei Frauen. Besonders gross ist der Geschlechtsunterschied im jungen Erwachsenenalter, am ausgeprägtesten jedoch in den höchsten Altersgruppen.

Suizide werden als «Eisbergphänomen» angesehen: Während Suizide, ein Teil der Suizidversuche und der suizidal verursachten Pseudo-Unfälle sichtbar werden, bleibt ein weit grösserer Teil der Suizidalität verborgen: Suizidgedanken, Krisen, Krisen mit Suizidgedanken, autoaggressives Verhalten.

Suizidversuche sind bei Jugendlichen häufiger als in höheren Altersgruppen und bei Frauen häufiger als bei Männern. Bei Jugendlichen und im jungen Erwachsenenalter sind die Geschlechtsunterschiede bei Suizidversuchen am grössten. Dies zeigt sich auch in Schweizer Befragungen zur Suizidalität Jugendlicher (s. folgende Tabelle).

Zwischen 1992 und 2002 scheint die Suizidalität sowohl bei jungen Männern wie jungen Frauen etwas abgenommen zu haben. Gross ist hingegen offenbar noch immer die Tendenz, nicht über Suizid und Suizidabsichten zu sprechen. Von jenen, die einen Suizidversuch unternommen hatten, haben lediglich 34% der jungen Frauen und 29% der jungen Männer den Suizidversuch Freunden oder Verwandten mitgeteilt.

Suizidalität bei 15- bis 20-Jährigen und Hilfesuche wegen Suizidalität in der Schweiz, 2002 und 10 Jahre davor (Narring 2004)

	Frauen (N = 3'380)		Männer (N = 4'040)	
	2002	(1992)	2002	(1992)
In den letzten 12 Monaten: Haben Sie an Suizid gedacht?	21.4%	(37.3%)	15.4%	(27.3%)
Gab es Momente, in denen Sie sich suizidieren wollten?	16.7%	(21.9%)	9.8%	(13.6%)
Hätten Sie sich suizidiert, wenn Sie Gelegenheit gehabt hätten?	4.9%	(5.4%)	3.2%	(4.2%)
Haben Sie an eine Methode gedacht, die Sie angewandt hätten?	22.4%	(-)	17.9%	(-)
Haben Sie einen Suizidversuch gemacht?	3.4%	(3.9%)	1.6%	(2.3%)
Haben Sie den Suizidversuch Freunden und Verwandten mitgeteilt?	34.0%	(39%)	29.0%	(38.3%)

Neben dem Altersverlauf und dem Hilfesucheverhalten weisen auch die Suizidmethoden ein Geschlechtsmuster auf: Bei den im Zeitraum zwischen 1970 und 2000 registrierten Suiziden in der Schweiz wurden von Männern am häufigsten Schusswaffen verwendet (von 32% gegenüber 4% bei Frauen). Erhängen war bei ihnen die zweithäufigste Methode (28 gegenüber 19% bei den Frauen). Bei Suiziden von Frauen war im selben Zeitraum die Vergiftung die häufigste Methode (25%), gefolgt von Erhängen, Ertränken und Herunterstürzen.

Die weit häufigste Methode bei Suizidversuchen sind bei Frauen und Männer Medikamente und Drogen (bei 75% der Suizidversuche von Frauen, 58% bei Männern). Seit einigen Jahren wurde vom Bundesamt für Statistik (BFS) Beihilfe zu Suizid in die Liste der Todesursachen aufgenommen. Solche Suizide machten im Jahr 2002 insgesamt 137 Fälle aus (1/3 der Suizide von Frauen, 1/8 der Suizide von Männern).

Diese unterschiedlich häufig verwendeten Methoden bei Suiziden und Suizidversuchen von Männern und Frauen spiegeln den Einfluss sozialer Normen und sind eine der wesentlichen Erklärungen für die grössere Häufigkeit vollendeter Suizide bei Männern.

Suizide sind ein multifaktorielles Geschehen und beruhen auf einer Vielzahl an Risiko- bzw. Schutzfaktoren. Eine beträchtliche Literatur befasst sich mit solchen Suizid-Determinanten. Diese variieren in verschiedenen Altersgruppen. Für Männer und Frauen handelt es sich zu einem grossen Teil um gemeinsame Risikofaktoren. Die Geschlechtsspezifität der Determinanten beruht im Wesentlichen auf unterschiedlichen Prävalenzen und unterschiedlich starken Zusammenhängen zwischen einzelnen Faktoren und dem Geschlecht. Einige Studien wiesen auf frauenspezifische reproduktive Risikofaktoren hin, z.B. traumatische Ereignisse wie Abort, Fehl- oder Totgeburten, oder das prämenstruelle Syndrom.

Am Beispiel der Suizid-Determinanten bei Jugendlichen soll im Folgenden verdeutlicht werden, dass – selbst wenn die einzelnen Faktoren auf den ersten Blick gleich scheinen, in der konkreten Präventions- und Betreuungsarbeit eine geschlechterangepasste Vorgehensweise angezeigt scheint.

Suizid: ist das Gleiche dasselbe? Determinanten bei Jugendlichen

Frauen	Männer
Psychiatrische Diagnosen	
Soziale Faktoren	
Gewalterfahrungen	
Sexuelle Gewalt	Körperliche Gewalt; Demütigung
Abweichender zeitlicher Verlauf der Pubertätsentwicklung	Abweichender zeitlicher Verlauf der Pubertätsentwicklung

Psychiatrische Erkrankungen zählen bei Männern und Frauen in allen Altersgruppen zu den häufigsten Suizid-Risikofaktoren. Allerdings ist das Spektrum psychiatrischer Erkrankungen bei jungen Frauen und jungen Männern unterschiedlich: Depressionen sind bei jungen Frauen häufiger als bei jungen Männern. Für junge Frauen stehen zudem Zwangs- und Essstörungen, bei Männern Suchterkrankungen stärker im Vordergrund. Zu den sozialen Risikofaktoren gehören für beide Geschlechter Beziehungs- und familiäre Probleme. Der Zusammenhang mit Beziehungsproblemen ist bei Frauen ausgeprägter. Bei Frauen sind zudem schlechte Schulleistungen, bei Männern niedrige Einkommen mit der Suizidhäufigkeit assoziiert. Als protektiv gelten soziale Unterstützung und die Inanspruchnahme professioneller Hilfe – beides ist bei jungen Frauen häufiger als bei jungen Männern.

Auch bei Gewalterfahrungen zeigen sich bei näherem Betrachten geschlechterrelevante Aspekte: Sexuelle und körperliche Gewalt/Demütigung sind sowohl für junge Männer wie junge Frauen Suizid-Risikofaktoren. Während allerdings sexuelle Gewalterfahrungen bei jungen Frauen häufiger sind und der Zusammenhang mit Suizid bei ihnen ausgeprägter ist, trifft dasselbe bei jungen Männern für körperliche Gewalt/Demütigung zu. Für beide Geschlechter geht eine frühe Pubertät mit einem erhöhten Suizidrisiko einher (bei Frauen ausgeprägter), zudem Homosexualität bei jungen Männern. Dass bei einer abweichenden Pubertätsentwicklung angesichts der damit verbundenen Identitätsentwicklung Geschlechterfragen aktuell sein dürften, scheint evident.

Sowohl für die Prävention wie für die Betreuung ergeben sich aus diesen Informationen eine beträchtliche Anzahl geschlechterbezogener Anhaltspunkte, die zu beachten sich lohnen dürfte.

Der Handlungsbedarf zur Suizidprävention wurde seit den 1990er Jahren verstärkt wahrgenommen und umgesetzt. Ein vom BAG 2005 herausgegebenes Dokument empfiehlt Präventionsmassnahmen auf drei Ebenen: auf die Allgemeinbevölkerung ausgerichtete Public Health-Massnahmen (z.B. Sensibilisierung der Bevölkerung in Bezug auf psychische Erkrankungen und Suizidalität; Schaffung und Förderung niederschwelliger Angebote; Erschweren des Zugangs zu tödlichen Mitteln), auf Risikogruppen ausgerichtete Health-Care-Massnahmen (z.Bsp. Aus-, Weiter- und Fortbildung für medizinische Fachpersonen; Schaffung von spezifischen Angeboten und Massnahmen für Risikogruppen wie Personen nach Suizidversuchen, Menschen mit Depressionen, Suchtkranke und weitere) sowie Massnahmen im Bereich Forschung und Evaluation (z. Bsp. Statistische Erhebung der Suizide und kontinuierliches Monitoring der Suizidversuche; Evaluation der Wirksamkeit von Suizidpräventionsprojekten) (Bundesamt für Gesundheit 2005).

Folgende Ziele stehen dabei im Vordergrund:

- Verbesserung der psychischen Gesundheit durch gesundheitsfördernde Massnahmen
- Beeinflussung bekannter Risikofaktoren wie Alkohol- oder Drogenmissbrauch
- Adäquate Behandlung psychischer Störungen und Krankheiten sowie Krisenintervention
- Verhinderung der Umsetzung von Suizidideen in Handlungen
- Zeitgewinn für ein nochmaliges Überdenken des Suizidentschlusses
- Verhütung des Wiederauftretens suizidaler Krisen.

Dieses Dokument ist dahingehend zu ergänzen, dass alle drei Ebenen um geschlechterdifferenzierte Ansätze ergänzt werden. Insbesondere sollen Fachkräfte auch über geschlechter- und altersspezifische Suizid-Determinanten und Hilfesucheverhalten informiert und dafür sensibilisiert werden. Auch Betroffene und Angehörige sollten entsprechende Informationen zu Risiken und Hilfsangeboten nach Suizidversuchen erhalten, um die Gesprächsbereitschaft, den Zugang zu Hilfsangeboten und die Behandlungsquote zu erhöhen.

Kontakt

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel
www.ispm-unibas.ch

Literatur

Bundesamt für Gesundheit (2008). Fokusbericht Gender und Gesundheit. BAG-Publikationsnummer: 7.08 1'000 d 500 f GP 20EXT0806

Bundesamt für Gesundheit (15.April 2005). Suizid und Suizidprävention in der Schweiz – Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251), S. 21

Graf, M., Pekruhl, U. et al (2007). 4. Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2005. Schweiz. Eidgenossenschaft, Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement, Staatssekretariat für Wirtschaft, Fachhochschule Nordwestschweiz.

Hämmig, O., Bauer, G. (2007). Prevalence and health effects of an unequal work-life balance for male and female employees in Switzerland. Submitted to Journal of Occupational and Environmental Medicine.

Narring, F., Tschumper, A. et al (2004). Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz. SMASH 2002. Lausanne: Institut universitaire de Médecine sociale et préventive (Raisons de santé, 95b).

Ramaciotti, D., Perriard, J. (2003). Die Kosten des Stresses in der Schweiz. Bern, Staatssekretariat für Wirtschaft (seco).

Männer – Sucht – Gesundheit

Dr. Dr. hc. Harald Klingemann, Universität Zürich
PUK Bereich Substanzstörungen

Männergesundheit ganz allgemein und mÄnnerspezifische Aspekte selbstschÄdigenden Verhaltens im Besonderen sind lange vernachlÄssigte Themen und haben erst im ¼bergeordneten Rahmen des so genannten Gender Mainstreaming potentiell an Bedeutung gewonnen. WÄhrend die Frauenbewegung bereits massgebliche VerÄnderungen im Zugang zu Gesundheitsangeboten und in geschlechtsspezifischer Behandlung f¼r Frauen erreicht hat, gibt es in Bezug auf die Gesundheit von MÄnnern und ihre spezifischen Bed¼rfnisse bzw. Krankheitsbilder und deren Therapien grossen Nachholbedarf. Es gibt indes epidemiologische Befunde zu mÄnnerspezifischen Gesundheitsrisiken.

Dieser Beitrag gibt einen ¼berblick dazu mit besonderer Ber¼cksichtigung selbstschÄdigender Verhaltensweisen und zeigt am Beispiel von kritischen Lebenslagen von MÄnnern die Bedeutsamkeit von MÄnnlichkeit und Geschlechtsrollenorientierung f¼r ihr Gesundheits- und Suchtverhalten auf. Diese Erkenntnisse sollten bei der Ausgestaltung von Therapie- und PrÄventionsangeboten ber¼cksichtigt werden.

MÄnner das schwache Geschlecht? MÄnnerspezifische Gesundheitsrisiken

Die Gesundheit der MÄnner ist allgemein schlechter als die der Frauen. Sie haben eine 6 Jahre geringere Lebenserwartung; Knaben und MÄnner sind hÄufiger in UnfÄlle mit Verletzungsfolgen verwickelt; sie verlieren durch Herz- und Lungenkrankheiten dreimal so viele Lebensjahre wie Frauen, und sie weisen wesentlich h¼here Suizidraten auf. In den SuizidprÄventionsempfehlungen fehlt die Genderperspektive jedoch gÄnzlich. MÄnner neigen hÄufiger als Frauen zu risikoreichen Verhaltensweisen und Devianz. Suchtverhalten steht damit in engem Zusammenhang.

MaskulinitÄt und Geschlechtsorientierung als Bezugspunkt f¼r Gesundheits- und Suchtverhalten

Das mÄnnliche RollenverstÄndnis und das Selbstkonzept der mÄnnlichen IdentitÄt scheint ein zentraler Punkt zu sein, von dem aus sich das mÄnnliche Suchtverhalten ableiten lÄsst. Zum sozialen Konstrukt von MaskulinitÄt geh¼rt das Bed¼rfnis, anders zu sein als Frauen, anderen ¼berlegen zu sein, unabhÄngig und mÄchtiger zu sein als andere. Mut, HÄrte, Risikobereitschaft, AggressivitÄt und Konkurrenzorientierung sind Kom-

ponenten des «idealen Mannes». Eine starke und rigide Betonung dieses Rollenbildes oder Rollenkonflikte werden in der Literatur als Stressfaktoren beschrieben. Männer neigen durch Erlernen ungünstiger Strategien von Gefühls- und Stressbewältigung zu Suchtmittelkonsum. Eine Flexibilisierung und Anreicherung rigider Rollenbilder scheint sich dagegen positiv auf Stressbewältigung auszuwirken.

Männer in kritischen Lebenslagen

Übergänge wie die Adoleszenz gehören zu den kritischen Lebensphasen. Während die Adoleszenz am ehesten im Blickfeld auch männerorientierter Angebote und Interventionen steht, werden andere Bereiche wie Vatersein, Gewalt, Sexualität oder Alter ausgeblendet. Die Bedeutung von Suchtproblemen des Vaters für die Familie, für das Erziehungsverhalten, für die Kinder sowie die Rolle des Vaterseins für Behandlungskonzepte sind weder erforscht noch wird ihnen die nötige Aufmerksamkeit geschenkt. Dies gilt auch für Männer als Gewaltopfer. Junge Männer haben ein viermal so hohes Risiko als Frauen, Opfer einer Gewalttat zu werden. Alkohol und Drogen haben einen grossen Einfluss auf die Gewaltausübung als auch auf das Risiko, Opfer zu werden. Männer werden als Gewaltopfer im Beratungs- und Behandlungssystem wenig ernst genommen. Dass Männer sich bei sexuellen Kontakten risikoreich verhalten, hat weitreichende Folgen für ihre Gesundheit und die ihrer Partner oder Partnerinnen. Dennoch fehlt es an männer-spezifischen Präventionsangeboten zur sexuellen Gesundheit. Weiter bestehen grosse Forschungslücken in Bezug auf Männer und Alter. Bekannt ist die Stress auslösende Pensionierung, es fehlen jedoch empirische Daten zum Suchtmittelkonsum oder zur wachsenden Hochrisikogruppe alleinstehender alter Männer.

Perspektiven männerspezifischer Behandlung unter Berücksichtigung des Geschlechtsrollenverständnisses

Einer der wichtigsten geschlechtsspezifischen Unterschiede im Gesundheitsversorgungssystem ist, dass Männer weniger häufig professionelle Hilfe beanspruchen als Frauen. Das gilt noch stärker für den Bereich der geistigen Gesundheit. Bei vergleichbarer Behandlungswürdigkeit ist der Therapiewiderstand von Männern grösser als der von Frauen. Die Definition der Krankenrolle orientiert sich stärker an traditionellen weiblichen Rollenelementen, wodurch sich Männer mit traditionellem Rollenbild offenbar schnell stigmatisiert fühlen. Dies erschwert die Umdeutung der Annahme von Hilfsangeboten als Stärke. Plädiert wird für die Berücksichtigung der Macht- und Kontrollbedürfnisse als erfolgversprechende Strategie zur Motivation von Männern. Als Beispiel wird die Alkoholpräventionskampagne «Alles im Griff» angeführt.

Wichtig erscheint auch die Wahl des therapeutischen Settings, wobei nicht eindeutig ist, ob Männer jeglichen Alters besser auf einen Therapeuten oder eine Therapeutin ansprechen. Der stereotypen «Schweigsamkeit» der Männer soll durch andere Therapieformen als Gesprächstherapie begegnet werden. Statt Männermythen zu pflegen,

sollen die Ressourcen der Männer gestärkt und positiv besetzte Eigenschaften wie Grosszügigkeit oder Ausdauer genutzt werden. Präventionsprojekte, die Männer im Umfeld von Sport und Arbeitswelt ansprechen, sind bei den Themen Sucht und Stress empfehlenswert. Generell steckt die genderspezifische Präventionsarbeit aber noch in den Kinderschuhen.

Bisher werden die Geschlechtsrollenbilder als bipolar zueinander definiert. Es muss aber darauf hingewiesen werden, dass sich im Zug der Auflösung der Geschlechtermerkmale in der postmodernen Gesellschaft die Unterschiede innerhalb eines Geschlechts tendenziell zunehmen, während die Unterschiede zwischen den Geschlechtern abnehmen. Dies zeigt sich etwa in der Annäherung des Suchtverhaltens von Frauen und Männern.

Harald Klingemann hielt sein Referat in Herisau in freier Rede.

Der hier abgedruckte Text ist eine auszugsweise Zusammenfassung des Textes «Sucht, Männergesundheit und Männlichkeit – ein neu entdecktes Thema», erschienen in «Abhängigkeiten 2/06».

Kontakt

Harald.Klingemann@hkb.bfh.ch

Vorstellung Bündnis gegen Depression

Drⁱⁿ. med. Bianca Kühn, Leitende Ärztin
Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden

Kleine Genderbrücke mit Fokus auf die Depression

Wir wissen, dass es bei vielen psychischen Störungen relevante Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt, z.B. bezüglich der Häufigkeit, den Verlauf und der Symptomatik. Aber bislang findet sich keine durchgängige Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte in der Diagnostik psychischer Störungen.

Die Depression ist eine Erkrankung, von der Frauen etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Männer. Für das Überwiegen des weiblichen Geschlechts werden hormonelle und psychosoziale Aspekte diskutiert, vielleicht auch Unterschiede in der Anfälligkeit, in der Krankheitswahrnehmung und Verarbeitung.

Möglicherweise handelt es sich aber auch um eine Unterversorgung von depressiv erkrankten Männern, da die derzeit angewandten diagnostischen Kriterien Frauen und Männer nicht in der gleichen Weise erfassen. Das hiesse, dass mit den vorhandenen Diagnosekriterien bevorzugt die Störung eines Geschlechts erfasst wird. So wirft sich die Frage auf, ob die geltenden Kriterien der Depression möglicherweise die Kriterien der «weiblichen Depression» sind, wo Symptome wie Niedergeschlagenheit, Selbstwertproblematik und Insuffizienzgefühle eine zentrale Rolle spielen. Aber vielleicht gibt es eine «männliche Depression», bei der nach derzeit geltenden Leitlinien sogenannte «atypische Symptome» wie Reizbarkeit, aggressives Verhalten und verringerte Stress-toleranz als Depressionsäquivalente im Vordergrund stehen.

Um einer diagnostischen Halbblindheit vorzubeugen, spricht viel dafür, systematisch eine geschlechtersensible Optik einzunehmen und einiges spricht für die Notwendigkeit, diagnostische Kriterien hinsichtlich ihrer Gültigkeit für weibliche und männliche Patienten zu überprüfen und vielleicht geschlechtsspezifisch anzupassen.

Auch die vermeintlich exklusiven frauenspezifischen Störungen können beim genauen Hinsehen sehr wohl auch Männer betreffen – wenn auch nicht so häufig und weit weniger beachtet.

Werfen wir einen Blick auf die Depression in der Schwangerschaft. Nicht nur werdende Mütter, sondern auch werdende Väter sind hiervon betroffen, was auch nicht anders zu erwarten ist, wenn man bedenkt, dass nicht nur biologische Faktoren, wie etwa Hormone von Bedeutung sind, sondern auch psychosoziale Aspekte.

Ein besonderes Männerproblem ist das Couvade-Syndrom (abgeleitet vom französischen couver: brüten). Dabei leiden die betroffenen Männer – anders als vor der Schwangerschaft ihrer Partnerin – unter typischen Schwangerschaftsbeschwerden, wie Übelkeit, Erbrechen und vielfältigen psychischen Syndromen wie Depressivität, Ängstlichkeit, Schlafstörung und Reizbarkeit. In der Zeit nach der Geburt eines Kindes muss auch der Vater sich auf eine neue Lebenssituation einstellen und Anpassungsleistungen erbringen, die zu psychischer Instabilität führen können. Die wenigen Untersuchungen, die es hierzu gibt zeigen, dass auch Männer nach der Geburt eines Kindes depressiv werden können und zwar halb so häufig wie Frauen.

Das ist ein weiteres Argument, psychische Probleme nicht nur der Mütter sondern auch der Väter nach der Geburt eines Kindes ernst zu nehmen.

Bei den geschlechtssensiblen Untersuchungen psychischer Erkrankungen stehen viele Antworten noch aus. Es ist zu vermuten, dass die Diagnose psychischer Krankheiten am Beispiel der Depression einer Gender-Bias unterliegen, was es zu überprüfen gilt.

Jenseits der Gender-Diskussion wissen wir, dass Depression zu den häufigsten psychischen Erkrankungen gehört und deshalb auch als Volkskrankheit bezeichnet wird. Es ist von grosser Wichtigkeit Wissen zu vermitteln, wie Depression sich äussert und welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt. Das hat sich das Ausserrhoder Bündnis gegen Depression zum Ziel gesetzt.

Kontakt

Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden
www.psychiatrie-ar.ch

St.Gallen | 24. Januar 2008
«Gesundheit von Frauen und Männern
im Alter»

St.Gallen



Von der Frauen- zur Geschlechterperspektive:

Die Notwendigkeit einer gendersensiblen Gesundheitsberichterstattung

Silvia Marty Lavanchy, Mitarbeiterin im Bundesamt für Gesundheit, Fachbereich Gender Health

Dass die Lebenserwartung von Frauen deutlich höher ist als diejenige von Männern, ist eine bekannte Tatsache. 2007 betrug sie für Frauen bei Geburt 83.9 Jahre und für Männer 78.7 Jahre.

Dieser Unterschied in der Lebenserwartung ist ein deutlicher, sehr wahrscheinlich der deutlichste, Unterschied in der Gesundheit von Frauen und Männern. Wenn der Frage nachgegangen wird, wie diese grosse Differenz zustande kommt, ist man mitten in der Thematik der Gender Medizin. Die Tatsache, dass Frauen im Durchschnitt länger leben als Männer, hat natürlich Konsequenzen auf das Alter. So ist beispielsweise der Frauenanteil in Alters- und Pflegeheimen deutlich höher als derjenige der Männer. Und auch einige Unterschiede in den Daten zur Gesundheit von Frauen und Männern über 65 Jahren lassen sich dadurch erklären.

In diesem Beitrag wird zuerst der Frage nachgegangen, wie der Geschlechterunterschied in der Lebenserwartung zustande kommt. Dazu werden Daten zur Sterblichkeit von Frauen und Männern verwendet. In einem zweiten Teil werden Unterschiede in der Gesundheit älterer Frauen und Männer präsentiert. Danach folgt ein Abschnitt zur gendersensiblen Gesundheitsberichterstattung. Im vierten Teil folgen Erklärungsansätze für die Geschlechterunterschiede. Anschliessend wird auf den Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006 (GGB) und zuletzt auf Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich eingegangen. Der ganze Text basiert auf dem vom Bundesamt für Gesundheit veröffentlichten Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006 (GGB).

1 | Ein Blick auf die Sterberaten

Weshalb ist die Lebenserwartung von Frauen deutlich höher als diejenige von Männern? Die altersspezifischen Sterbeziffern sind in allen Altersgruppen¹ für Männer höher als für Frauen. In allen Altersgruppen ist also das Risiko zu sterben für Männer höher als für Frauen.

¹ Der Gender-Gesundheitsbericht unterscheidet hier die vier Altersgruppen 1–14 Jahre, 15–44 Jahre, 45–64 Jahre und 65–84 Jahre.

Für die verschiedenen Todesursachen fallen die Geschlechterdifferenzen unterschiedlich gross aus. Tabelle 1 zeigt, dass bei jeder der wichtigsten Todesursachen das Sterblichkeitsrisiko von Männern höher ist als dasjenige von Frauen.

Tabelle 1: Altersstandardisierte² Sterbeziffern pro 100'000 EinwohnerInnen für wichtige Todesursachen bei Männern und Frauen sowie Sex Ratio³ im Jahr 2001 (GGB 2006: 36)

Todesursachen	Frauen	Männer	Sex Ratio
Kreislaufkrankheiten	156.0	250.0	1.6
Bösartige Krebskrankheiten	120.0	211.0	1.8
Unfälle und Gewalt, inkl. Suizide	24.4	60.1	2.5
Erkrankungen der Atmungsorgane	22.0	45.8	2.1
Diabetes mellitus	11.9	14.9	1.3
Infektionskrankheiten	4.6	9.1	2.0
Alkoholische Leberzirrhose	3.0	9.4	3.1
Gesamt	716.0	434.0	1.6

Ein Lesebeispiel zu obiger Tabelle: Jährlich sterben in der Schweiz von 100'000 Männern 250 an Kreislaufkrankheiten. Von 100'000 Frauen sind es 156. Dies ergibt ein 1.6-mal höheres Risiko für Männer, an Kreislaufkrankheiten zu sterben als für Frauen (alle Zahlen sind altersstandardisiert).

Die grössten Geschlechterunterschiede sind bei alkoholisch bedingten Leberzirrhosen und bei Unfällen, Gewalt und Suiziden zu finden.

Die Tabelle zeigt aber nicht nur Unterschiede auf, sondern auch eine wichtige Gemeinsamkeit: Für beide Geschlechter ist die Reihenfolge der Todesursachen nach ihrer Häufigkeit praktisch identisch. Kreislaufkrankheiten sind also auch bei Frauen die häufigste Todesursache, und bei beiden Geschlechtern machen Herzinfarkte den grössten Teil der Kreislaufkrankheiten aus.

Bei Menschen ab 65 Jahren sind die beiden wichtigsten Todesursachen ebenfalls Kreislaufkrankheiten und Krebskrankheiten. An dritter Stelle folgen hier die Erkrankungen der Atmungsorgane, insbesondere Lungenentzündungen.

2 | Gesundheitszustand älterer Menschen

Frauen werden älter als Männer. Dass sie gleichzeitig ihren Gesundheitszustand als signifikant schlechter einschätzen als Männer, wird als Geschlechterparadox bezeichnet. Bei der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 gaben 51% der Männer und lediglich 32% der Frauen an, keine oder kaum körperliche Beschwerden zu haben.

² Altersstandardisierung: gewichteter Durchschnitt der altersspezifischen Sterbeziffern. Gewichtet wird mit den Bevölkerungsanteilen der jeweiligen Altersgruppen der Europäischen Standardbevölkerung.

³ Sex Ratio = Geschlechterquotient; Verhältnis der Sterblichkeit je 100'000 Männer zur Sterblichkeit je 100'000 Frauen.

Auch bei älteren Menschen zeigt sich das Bild, dass Frauen ihren Gesundheitszustand als schlechter einschätzen als Männer: In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen gaben 75% der Frauen und 82% der Männer an, ihre Gesundheit sei gut beziehungsweise sehr gut.

Beim psychischen Wohlbefinden ist der Geschlechterunterschied in der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen gross: 60% der Männer und nur 50% der Frauen gaben an, ihr psychisches Wohlbefinden sei sehr hoch. Hier spielt sicherlich eine Rolle, dass in dieser Altersgruppe deutlich mehr Frauen als Männer verwitwet sind.

Die folgende Tabelle listet einige im Alter häufig vorkommende gesundheitliche Beeinträchtigungen auf. Auch hier zeigt sich das Geschlechterparadox: Frauen werden zwar älter, leiden aber auch unter mehr gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass viele Krankheiten erst im hohen Alter auftreten. Frauen werden demnach nicht aufgrund ihres Geschlechts mehr krank, sondern sie sind mehr krank, weil sie länger leben.

Tabelle 2: Gesundheitliche Beeinträchtigungen im Alter von Frauen und Männern. Zusammenstellung verschiedener Untersuchungsergebnisse (GGB 2006: 110-112)

	Frauen über 65 J.	Männer über 65 J.
Demenz (Untersuchung Stadt Zürich)	13%	5%
Depression (Untersuchung Städte Zürich und Genf)	10%	4%
Depressive Verstimmung (Untersuchung Städte Zürich und Genf)	19%	10%
Rückenschmerzen (Schweiz. Gesundheitsbefragung 2002)	56%	43%
Gelenk- und Gliederschmerzen (Schweiz. Gesundheitsbefragung 2002)	55%	45%
Ein- und Durchschlafstörungen (Schweiz. Gesundheitsbefragung 2002)	52%	35%
Schwäche, Müdigkeit (Schweiz. Gesundheitsbefragung 2002)	46%	31%
Urininkontinenz (Schweiz. Gesundheitsbefragung 2002)	22%	10%
Sturz innerhalb des vergangenen Jahres (Schweiz. Gesundheitsbefragung 2002)	65-74 J. 22% 74 J. 26%	13% 22%

Obwohl der Anteil der Männer ab 65 Jahren, die unter einer Depression leiden, kleiner ist als derjenige der Frauen, sind es auch im Alter die Männer, die eine deutlich höhere Suizidrate aufweisen. Die Suizidraten älterer Menschen sind in Tabelle 3 aufgeführt.

Tabelle 3: Anzahl Suizide pro 100'000 Frauen beziehungsweise Männer (GGB 2006: 110)

	Frauen	Männer
65-84 J.	21	53
> 84 J.	22	123

Pflegebedürftigkeit im Alter

Der Frauenanteil in Alters- und Pflegeheimen liegt bei ungefähr 75%, und eine weitere «Feminisierung der pflegebedürftigen Betagten» wird prognostiziert. Mehrere Gründe führen zu diesem hohen Frauenanteil:

- Die höhere Lebenserwartung der Frauen.
- Die längere Zeit, die Frauen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen leben.
- Viele pflegebedürftige Männer treten nur deshalb nicht in ein Pflegeheim ein, weil sie von ihren Ehefrauen gepflegt werden.
- Werden Frauen pflegebedürftig, sind ihre Ehemänner oft bereits verstorben, da Frauen erstens die höhere Lebenserwartung haben und es zweitens einer gesellschaftlichen Normvorstellung entspricht, dass Frauen jünger sind als ihre Ehemänner.

3 | Die gendersensible Gesundheitsberichterstattung

Ich habe jetzt einige Unterschiede in der Gesundheit von Frauen und Männern allgemein und insbesondere ab 65 Jahren erläutert.

Dass wir Gesundheitsdaten haben, die zwischen Frauen und Männern unterscheiden, war bis in die 1990er-Jahre keine Selbstverständlichkeit.

In den 1990er-Jahren gab es im deutschsprachigen Raum die ersten Frauengesundheitsberichte, beispielsweise den Schweizerischen Frauengesundheitsbericht von 1996. Die Berichte zeigten auf, dass die Kategorie Geschlecht für die Gesundheitsberichterstattung eine wichtige Rolle spielt.

Inzwischen werden die Gesundheitsindikatoren nach Frauen und Männern getrennt erhoben, und Gesundheitsberichte differenzieren zwischen den Geschlechtern. Die meisten Gesundheitsberichte bieten aber keine Analyse der Ursachen von Geschlechterunterschieden. Auch hier waren die Frauengesundheitsberichte wegweisend. Sie gingen von einem bio-psycho-sozialen Verständnis von Gesundheit aus, und die Gesundheit von Frauen wurde in ihren Lebenskontext eingebettet.

Die Frauengesundheitsbewegung und die Frauengesundheitsforschung haben sich weiterentwickelt. Zunehmend wurde der Fokus auf die Unterschiede innerhalb der Gruppe der Frauen gelegt, und man kam von der Frauenperspektive zur Geschlechterperspektive: Nicht mehr nur die Gesundheit von Frauen steht im Zentrum, sondern die geschlechts-

spezifischen Gesundheitsbedürfnisse. So wurde 2006 der Gender-Gesundheitsbericht Schweiz veröffentlicht. Dieser liefert nicht nur Geschlechter vergleichende Daten, wie ich sie im ersten Teil meines Vortrags gebracht habe, sondern auch Erklärungsansätze für die Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Auf diese werde ich im Folgenden eingehen.

4 | Erklärungen für die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern

4.1 | Biologische Faktoren

Im medizinischen Bereich wird oft zuerst an biologische Faktoren als Erklärung für die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern gedacht. Biologische Unterschiede sind entscheidend bei Erkrankungen, die mit den Reproduktionsorganen und sekundären Geschlechtsmerkmalen in Zusammenhang stehen. Prostata- und Gebärmutterhalskrebs sind geschlechtsspezifische Krankheiten, beim Brustkrebs ist der Männeranteil sehr klein. Geschlechtshormone haben einen Einfluss auf die Gesundheit. So spielen Östrogene eine Rolle bei Schilddrüsenerkrankungen und bei Migräne. Es wird auch diskutiert, ob weibliche Geschlechtshormone vor koronaren Herzkrankheiten schützen. Gemäss GGB sind die Befunde aber widersprüchlich. Die Knochendichte von Frauen ist geringer als diejenige von Männern. Frauen leiden deshalb vermehrt unter Osteoporose, welche mit Schmerzen verbunden ist, Knochenbrüche begünstigt und die Mobilität einschränkt. Die Wirkungen von Medikamenten können bei Frauen und Männern variieren, da es beispielsweise Unterschiede im Stoffwechsel gibt.

Nur ein bis zwei Jahre des Unterschiedes in der Lebenserwartung werden durch biologische Faktoren erklärt. Sie werden somit meistens überschätzt.

4.2 | Sozialisation und Verhaltensweisen

Der wichtigste Grund für die tiefere Lebenserwartung von Männern liegt im gesundheitsrelevanten Verhalten, welches stark von der Sozialisation abhängt: Das soziale Milieu, die Geschlechterrollen und die Vorstellungen, die wir von Weiblichkeit bzw. Männlichkeit haben, bestimmen, wie wir uns pflegen, ernähren, präsentieren, herausputzen, trainieren, schützen, gefährden usw.

Sich zu pflegen und sich um die Gesundheit zu kümmern, gilt als typisch weiblich. Das Aufsuchen einer Ärztin oder eines Arztes passt gut zum weiblichen Stereotyp. Als typisch männlich dagegen gilt es, gesundheitliche Risiken in Kauf zu nehmen, körperliche und psychische Grenzen zu überschreiten, körperliche Warnsignale und Schmerzen zu verleugnen und Arztbesuche hinauszuzögern.

Tabelle 4 führt einige Verhaltensweisen auf, die einen direkten Einfluss auf die Gesundheit haben. Es wird deutlich, dass mehr Männer als Frauen Tabak und täglich Alkohol konsumieren und weniger Männer als Frauen sich ernährungsbewusst verhalten. Beim Sport dagegen ist der Anteil der Aktiven bei den Männern grösser als bei den Frauen. Mehr Frauen als Männer üben aber bewegungsintensive Alltagsaktivitäten wie Zufussgehen, Radfahren, Gartenarbeit und Spazieren aus.

Tabelle 4: Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen von Frauen und Männern (GGB 2006: 40-43)

	Frauen	Männer
Tabakkonsum	25%	36%
Täglicher Alkoholkonsum	10%	22%
Ernährungsbewusstes Verhalten	76%	62%
Sport, mind. einmal pro Woche	59%	68%
Bewegungsintensive Alltagsaktivitäten	48%	36%

4.3 | Arbeits- und Lebensbedingungen

Die Arbeits- und Lebensbedingungen sind für Männer und Frauen verschieden. Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass die gesundheitliche Gefährdung umso grösser ist, je ungünstiger die ökonomischen Verhältnisse sind, in denen jemand lebt. Frauen sind ökonomisch oft schlechter gestellt als Männer und sind häufiger von Armut betroffen. Auch arbeiten mehr Frauen als Männer unter prekären Anstellungsbedingungen wie Arbeit auf Abruf und Heimarbeit. Im Alter sind mehr Frauen als Männer verwitwet und sozial isoliert. Männer dagegen sind vermehrt beruflichen Risiken ausgesetzt; sie leiden unter Stress am Arbeitsplatz und starken körperlichen Belastungen wie Lärm, Schmutz, Hitze und toxischen Einflüssen.

4.4 | Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem

Männer und Frauen machen oft nicht die gleichen Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen. Frauen stellen ihre Beschwerden in der ärztlichen Anamnese eher in einen psychosozialen Kontext als Männer. Dadurch werden bei Frauen öfter psychische und psychosomatische Diagnosen gestellt, bei den Männern dagegen eher somatische.

Frauen sind dadurch eher im somatischen Bereich unterversorgt, Männer im psychischen. Eine amerikanische Studie zu Unterschieden in der Behandlung von Herzkrankheiten ergab, dass dies aber nicht nur von den Patientinnen und Patienten abhängt. Frauen und Männer haben in Anamnesen ihre Symptome genau gleich dargestellt und trotzdem wurden sie unterschiedlich behandelt. Frauen erhielten für eine Herzkrankheit eine weniger adäquate Behandlung.

4.5 | Methodische Probleme bei der Datenerhebung

Bei den in den Gesundheitsdaten vorgefundenen Unterschieden und Gemeinsamkeiten zwischen Frauen und Männern kann nicht ausgeschlossen werden, dass sie zum Teil einer systematischen Verzerrung bezüglich des Geschlechts unterliegen. Solche Verzerrungen könnten auftreten, weil Befragungs- und Erhebungsinstrumente nicht an beiden Geschlechtern getestet werden.

5 | Der Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006 (GGB)

Ich habe bisher nur auf die Unterschiede zwischen den Geschlechtern fokussiert. Wichtig ist aber auch, dass es auch innerhalb der Geschlechter grosse Unterschiede gibt. Frau ist natürlich nicht gleich Frau, Mann nicht gleich Mann. Determinanten, die die Unterschiede innerhalb der Geschlechter beeinflussen, sind beispielsweise das Alter, die Herkunft, die Bildung und die wirtschaftliche Situation, in der jemand lebt. Im vom Bundesamt für Gesundheit veröffentlichten Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006, auf den ich nun kurz eingehen werde, wurden solche weiteren Determinanten mindestens teilweise in die Analysen einbezogen.

Gesundheitsberichte stellen eine Grundlage zur Planung von Massnahmen dar, die die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und der Gesundheitsversorgung bezwecken.

Ziel des Gender-Gesundheitsberichts war es, die spezifischen Gesundheitsprofile von Frauen und Männern herauszuarbeiten und dadurch den geschlechtsspezifischen Präventions- und Interventionsbedarf aufzuzeigen. Der Gender-Gesundheitsbericht stellt somit eine Grundlage dar, um die gesundheitlichen Chancenungleichheiten zwischen den Geschlechtern abzubauen.

Im Sommer 2008 wurde der im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit erstellte Fokusbericht Gender und Gesundheit veröffentlicht. Die Verfasserinnen – Dr. Elisabeth Zemp Stutz und ihre Mitarbeiterinnen – haben darin die zusätzlichen Determinanten von Chancenungleichheit noch mehr berücksichtigt, als dies im GGB gemacht werden konnte. Sie sind dem Ideal einer Gender-Analyse näher gekommen. Der Fokusbericht Gender und Gesundheit widmet sich den drei Themenbereichen Gewalt und Suizide, psychische Gesundheit, gesundes Altern / Pflegebedürftigkeit.

6 | Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich

Gendersensible Gesundheitsberichte wie der Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006 und der Fokusbericht Gender und Gesundheit liefern also eine Grundlage, um Angebote in der Gesundheitsversorgung, in Prävention und Gesundheitsförderung geschlechtergerecht auszugestalten. Sie sind somit ein Teil, die Basis, des Gender Mainstreamings im Gesundheitsbereich.

Diese Strategie wird verfolgt, um gesundheitliche Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern zu erreichen und um die Qualität der gesundheitlichen Versorgung zu verbessern. Zu Gender Mainstreaming gibt es verschiedene Definitionen. Die folgende ist der Homepage des Fachbereichs Gender Health des Bundesamtes für Gesundheit entnommen:

Gender Mainstreaming bedeutet, die geschlechterbezogene Sichtweise in allen Entscheidungsprozessen zu berücksichtigen und alle EntscheidungsträgerInnen in die Verantwortung für die Umsetzung der Gleichstellung einzubinden.

Auch im Hinblick auf die Gesundheit gehört Geschlecht zu den wichtigsten Determinanten von Ungleichheiten – der Gender-Aspekt soll deshalb in allen Projekten und Programmen thematisiert werden.

6.1 | Handlungsbedarf in Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich Alter

Ich werde nun noch auf die Empfehlungen eingehen, die der Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006 für eine gendersensible Prävention und Gesundheitsförderung im Alter macht. Leider sind es nur wenige.

Im Bereich der psychischen Gesundheit bedarf das Thema Suizid bei Männern besonderer Aufmerksamkeit. Allgemein sollen die Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung, beispielsweise Bewegungsangebote, für alte Männer und Frauen gleichermaßen attraktiv ausgestaltet werden.

Der Gender-Gesundheitsbericht listet Bereiche auf, in denen in Prävention und Gesundheitsförderung für alte Menschen mehr gemacht werden sollte, ohne aber eine Aussage zu machen, inwiefern die Kategorie Geschlecht einbezogen werden muss:

- Förderung der psychischen Gesundheit
- Demenzprävention
- Sturz- und Frakturprävention
- Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten
- Prävention und Früherkennung einzelner Krebsarten

Und sehr allgemein:

«Die Geschlechterdifferenzen in der Morbidität, aber auch in den generellen Lebensumständen führen zur Schlussfolgerung, dass hinsichtlich Prävention, Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung für beide Geschlechter gezielte Prioritäten zu setzen sind» (GGB 2006: 118).

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit
www.genderhealth.ch

Alter ist weiblich – Altern nicht männlich?

PD Dr^{in.}, MPH Elisabeth Zemp Stutz,

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel

Altern, ein aktuelles, faszinierendes Thema, ist in den letzten Dekaden auch zunehmend beforscht worden. Von da kennen wir auch etliche Faktoren, die ein gutes Altern begünstigen: Höhere Bildung, Interessen, intakte psychische Grundfunktionen, körperliche Mobilität, materielle Sicherheit, familiäres und soziales Beziehungsnetz, aktiver Lebensstil im früheren Leben, wie auch die Fähigkeit, sich Sinnfragen zu stellen (Höpflinger [http://hoepflinger.com/fhtop/fhalter 1K.html](http://hoepflinger.com/fhtop/fhalter%201K.html)). Es erstaunt daher nicht, dass nicht alle Personen gleich altern. Erstaunlich ist aber doch, wie gross die Unterschiede sein können (vergleicht man etwa die Bilder der 60jährigen Sophia Loren und der 60jährigen Mutter des Malers Albrecht Dürer). Wir verwenden für diese unterschiedliche Art und die unterschiedliche Geschwindigkeit des Alterns den Begriff «differentielles Altern».

In diesem Beitrag geht es darum, wie das Geschlecht zum differentiellen Altern beiträgt. Dieses Phänomen wird vorwiegend anhand der Lebenserwartung beleuchtet: in einem ersten Teil mit einer Feststellung und in einem zweiten Teil mit einer Fragestellung: Alter ist weiblich – Altern nicht männlich? Ein dritter Teil befasst sich schliesslich mit dem in der Schweiz kleiner werdenden Geschlechtsunterschied in der Lebenserwartung.

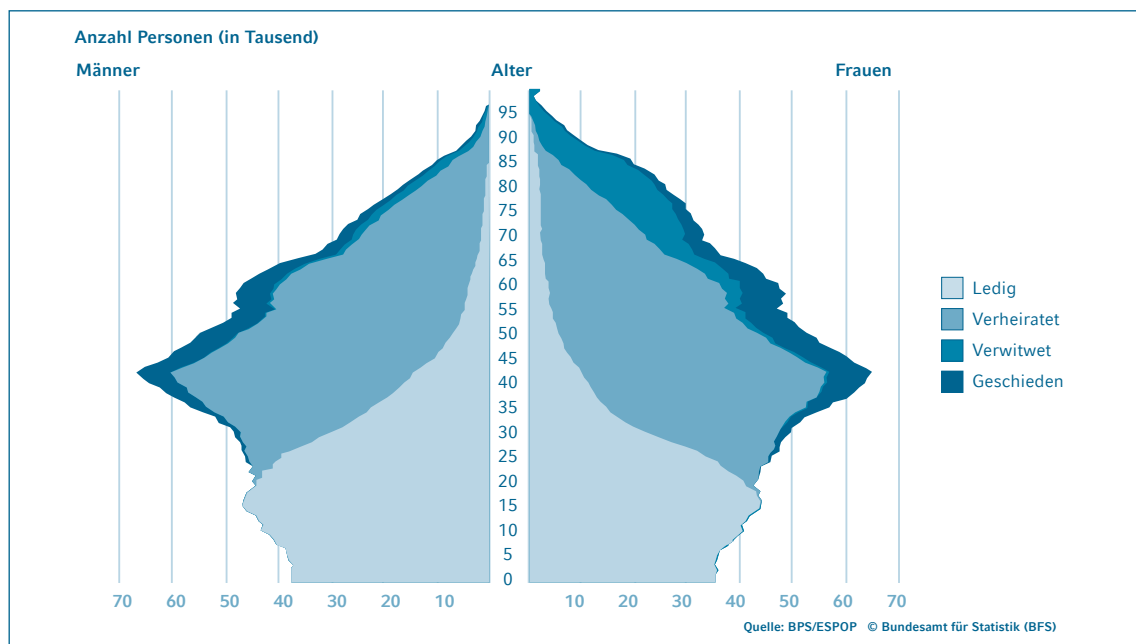
1 | Alter ist weiblich

Die Lebenserwartung von Frauen ist in fast allen Ländern grösser als jene von Männern. Wohl kein Geschlechtsunterschied in der Gesundheit ist so eindeutig, so auffällig, – und doch so erklärungsbedürftig und eigentlich wenig verstanden. Die Faktoren, die bekanntermassen ein gutes Altern begünstigen, erklären die höhere Lebenserwartung der Frauen nicht wirklich.

Seit 1880 ist in der Schweiz die Lebenserwartung stetig angestiegen (mit Ausnahme eines kurzfristigen Absinkens in der Zeit vor 1920 aufgrund der damaligen Grippe-Epidemie). Die Lebensphase mit den meisten Todesfällen hat sich stark auf das Alter über 80 hin verschoben. Damit geht einher, dass der Anteil der Personen mit einem hohen Alter zunehmend grösser geworden ist. Dies zeigt sich entsprechend im Altersaufbau der Bevölkerung. Im «Bevölkerungsbaum», wie der Alters- und Geschlechts-Aufbau auch genannt wird, fällt auf, dass er keine symmetrische «Krone» hat. Das Blätterdach ist auf

der Seite der Frauen, – vor allem in den höheren Altersgruppen, breiter (siehe folgende Abbildung).

Altersaufbau der Bevölkerung der Schweiz 2006, nach Geschlecht und Zivilstand (BFS)



Der Anteil Frauen in der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen betrug im Jahr 2007 in der Schweiz 55%, bei den 80- bis 84-Jährigen 63%, bei den 90- bis 94-Jährigen 80%. Von den Frauen ist ein weit grösserer Anteil im höheren Alter verwitwet und allein lebend als von Männern derselben Altersgruppen. Es ist dieses demographische Bild, welches die Konnotation von «Alter» und «weiblich» geprägt hat. Die vertraut gewordenen Bilder vom weiblichen Alter sind auch vor allem dann weiblich «gefärbt», wenn es um Pflege und Pflegebedarf geht. Über das weibliche Alter ist denn auch einiges untersucht und geforscht worden, und wir wissen, dass vor allem folgende Faktoren zur vergleichsweise längeren Lebensdauer von Frauen beitragen (Höpfinger 2001. Zemp 2006):

- Das bei Frauen häufigere Krankheitsspektrum (es beinhaltet weniger schnell zum Tode führende Krankheiten wie beispielsweise Rheumatismus);
- ein günstigeres Gesundheitsverhalten;
- ein vergleichsweise ausgeprägteres Hilfesucheverhalten in Gesundheitsbelangen;
- eine stärkere Gesundheitssozialisation;
- weibliche Geschlechterrollen.

Was jedoch das Fokussieren auf das weibliche Alter verstellt, ist der Blick auf eine andere Dynamik: warum Männer früher sterben als Frauen, beziehungsweise, was verhindert, dass Männer ebenso alt werden wie Frauen. In diesem Kontext steht die zweite Frage dieses Beitrags: Ist Alter(n) denn nicht männlich?

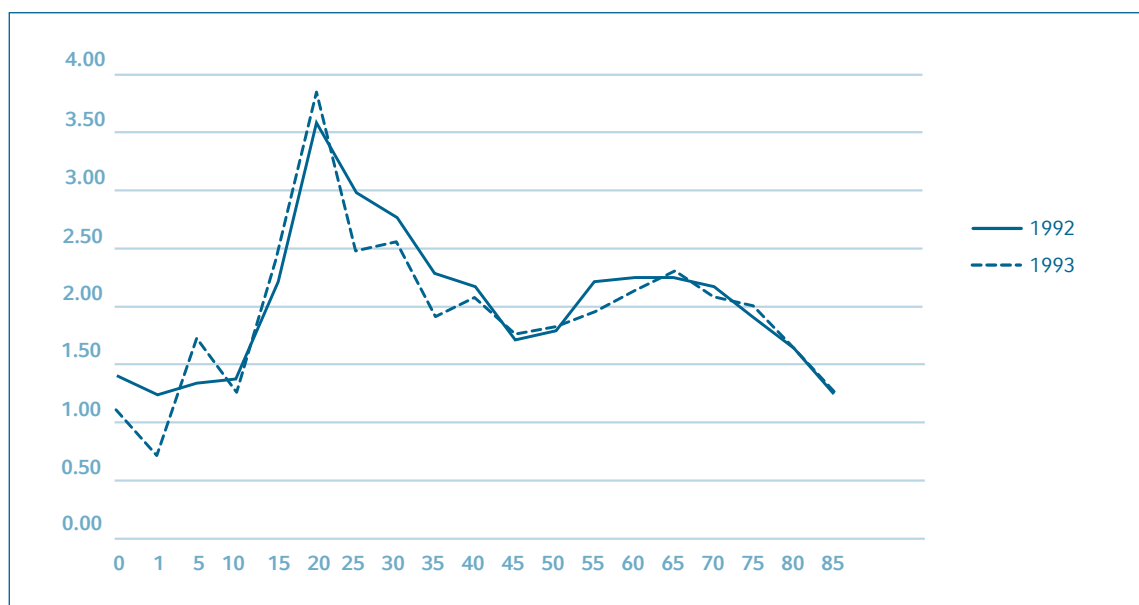
2 | Alter(n) nicht männlich?

Ein beinahe unerschöpfliches Repertoire an Ansichten zu biologisch begründeten Stärken und Schwächen von Frauen und Männern wird oft im Zusammenhang mit dem Unterschied in der Lebenserwartung angeführt. Epidemiologische Daten bezüglich Todesursachen, Gesundheitsverhalten und Hilfesuche in Gesundheitsbelangen weisen uns allerdings auf andere Erklärungen.

Die Todesursachen von vorzeitigen Todesfällen (d.h. Todesfälle, die sich vor dem 70. Lebensjahr ereignen), welche Männer häufiger betreffen, sind Suizide, Unfälle, Herzkreislauferkrankungen und Lungenkrebs, – alles Erkrankungen, deren Auftreten und Verlauf in hohem Masse durch Gesundheitsverhalten bestimmt werden.

Betrachtet man die Sterblichkeitsraten von Frauen und Männern im Verlauf des Lebensalters in der Schweiz, fallen zwei Altersphasen mit besonders ausgeprägter Übersterblichkeit der Männer auf: Im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter (um 20-25) ist der Geschlechterunterschied am grössten. In diesem Alter sterben etwa 3.5mal mehr Männer als gleichaltrige Frauen (siehe nachfolgende Abbildung).

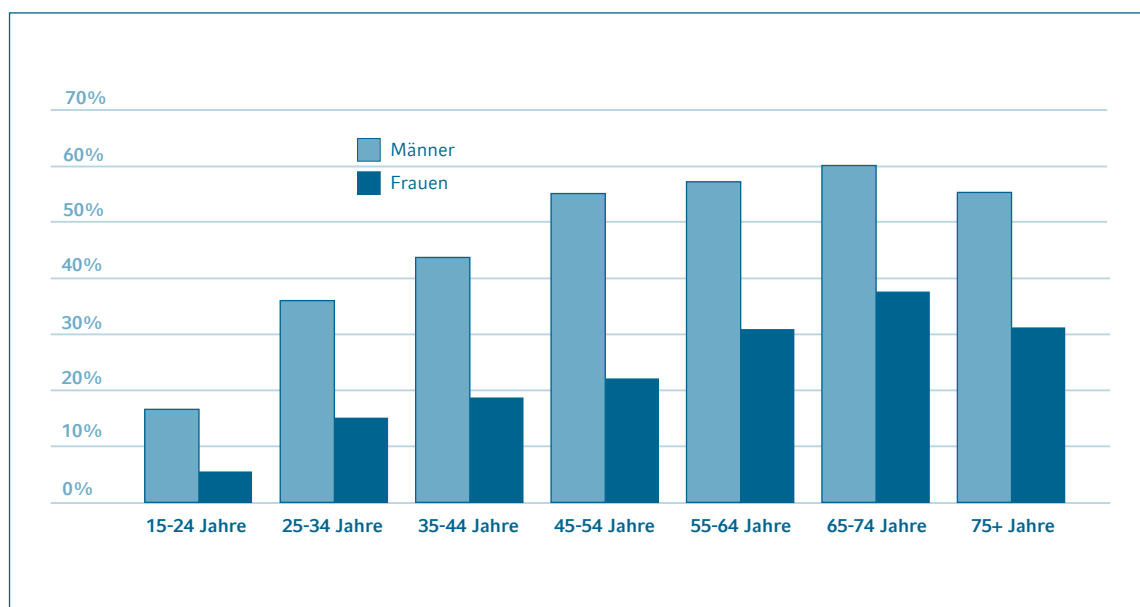
Geschlechtsverhältnis (Männer/Frauen) der Sterblichkeitsraten, nach Alter



Zum Unterschied im jungen Erwachsenenalter, der sich erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts herausgebildet hat, tragen vor allem die Todesfälle durch Suizid, Strassenverkehrsunfälle und Aids bei. Die zweite Lebensphase mit einer stark überproportionalen Sterblichkeit der Männer betrifft das Alter zwischen 55 und 75 Jahren. In diesen Altersgruppen sterben etwas mehr als zweimal so viele Männer wie Frauen. Die Todesursachen, die den Geschlechterunterschied in dieser Altersphase erklären, sind Krebserkrankungen (v.a. Lungenkrebs), Herzkrankheiten, Suizid und alkoholische Leberzirrhose. Auch diese Erkrankungen sind weitgehend durch Gesundheitsverhalten mitverursacht.

Somit ist es angezeigt, mit der Geschlechterbrille einen Blick auf das Gesundheitsverhalten zu werfen. Und wir sehen in der Tat bei den «Klassikern» des Gesundheitsverhaltens (das sind jene, die mit den bei Männern häufigeren Todesursachen einhergehen) eine deutlich ungünstigere Bilanz auf Männerseite. Die ungünstigeren Verhalten sind besonders auch in jenen Altersgruppen zu finden, die im Hinblick auf die vorzeitigen Todesfälle relevant sind: im jungen und mittleren Lebensalter. Der «Überhang» bei der Häufigkeit von Übergewicht bei den 25- bis 54-Jährigen illustriert dies deutlich (siehe nachfolgende Abbildung).

Anteil Personen mit Übergewicht (Body Mass Index über 25), nach Alter und Geschlecht (Datenquelle: SGB 2002)



Auch beim Rauchen (mit Ausnahme bei den Adoleszenten), beim risikoreichen Alkoholkonsum und bei der fettreichen Ernährung schneiden Männer schlechter ab. Lediglich die körperliche Aktivität insgesamt und im Sport, beziehungsweise in der Freizeit, ist bei ihnen häufiger als bei Frauen. Diese Unterschiede im Gesundheitsverhalten bestehen bis ins höhere Alter. Während diese Unterschiede eigentlich schon lange bekannt sind, ist ihre Bedeutung aus Männerperspektive noch wenig thematisiert worden.

Wenig Beachtung fand bisher auch der Geschlechtsunterschied im Bereich der Hilfesuche für Gesundheitsbelange. Auch für diese Form des Gesundheitsverhaltens bestehen ausgeprägte Geschlechterunterschiede, auch bereits im jugendlichen Alter. Männer weisen generell ein weniger ausgeprägtes Hilfesucheverhalten auf, begeben sich weniger häufig und erst später in medizinische Betreuung. Die nachstehende Tabelle zeigt für Jugendliche die Wahrnehmung verschiedener psychischer Probleme, sowie die Angabe von Hilfsbedarf und von Hilfesuche für psychische Probleme. Bereits bei 16- bis 20-Jährigen geben Frauen deutlich häufiger psychische Symptome an, mit Ausnahme von häufigem Betrunkensein. Auch bei der Angabe von Hilfsbedarf besteht dasselbe Muster. Jugendliche Frauen insgesamt suchen häufiger Hilfe bei Freundinnen und

bei Professionellen. Auch unter Jugendlichen, welche depressive Symptome aufweisen, sind Konsultationen bei Professionellen wegen Depressivität und Nervosität deutlich häufiger bei Frauen (25%) als bei Männern (10%). Noch deutlicher ist der Geschlechtsunterschied bei Jugendlichen, die einen Suizidversuch unternommen haben: Von ihnen waren lediglich 4% der Männer gegenüber 27% der Frauen in psychologisch/psychiatrischer Behandlung und nur 6% der jugendlichen Männer gegenüber 16% der jugendlichen Frauen waren deswegen hospitalisiert. Der Anteil der Jugendlichen mit Suizidversuchen, die professionelle Hilfe gesucht beziehungsweise erhalten haben, ist bei beiden Geschlechtern tief, bei jugendlichen Männern muss er jedoch geradezu als grotesk bezeichnet werden.

Wahrnehmung/Angabe psychischer Probleme und Hilfsbedarf bei Jugendlichen, nach Geschlecht (SMASH 2002)

Wahrnehmung/Angabe psychischer Probleme	Frauen	Männer
Nervös	17.0	12.0
Traurig	18.0	7.0
Depressiv	10.0	6.0
Alkoholkonsum: Betrunken mind. 10x im letzten Monat	3.5	0.4
Wahrnehmung/Angabe über Hilfsbedarf		
Hilfsbedarf wegen Depression und Nervosität	34.0	18.0
Hilfsbedarf wegen Stress	48.0	28.0
Hilfsbedarf wegen Alkoholkonsum	4.0	11.0
Hilfesuche		
Bei FreundIn wegen psychischer Probleme	57.0	37.0
Bei Professionellen wegen Depressivität und Nervosität	7.0	3.0
<i>Jugendliche mit depressiven Symptomen</i>		
Bei Professionellen wegen Depressivität und Nervosität	25.0	10.0
<i>Jugendliche, die Suizidversuch unternommen haben</i>		
Psychologe/Psychiater	27.0	4.0
Hospitalisation	16.0	6.0

Aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung wissen wir, dass bei Erwachsenen die Geschlechtsunterschiede bei der Wahrnehmung/Angabe von psychischen Problemen weniger gross sind (s. nachstehende Tabelle), ähnliche Unterschiede bestehen jedoch auch bei der Hilfesuche. Frauen insgesamt geben häufiger Behandlungen wegen psychischen Problemen an (6 versus 3%), und auch unter der Personen mit niedrigem psychischen Wohlbefinden und unter Personen mit chronischen psychischen Problemen sind Behandlungen bei Frauen häufiger als bei Männern. Lediglich bei den Hospitalisierungen zeigt sich kein Unterschied. Auch aus Statistiken im stationären Bereich ist bekannt, dass Psychiatrie-Hospitalisierungsraten von Männern und Frauen sich nicht unterscheiden. Im psychischen Bereich suchen somit Frauen in früheren Stadien als

Männer Betreuung auf. Dies trifft allerdings nicht nur für den psychischen Bereich zu. Eine tendenziell frühere Inanspruchnahme liess sich auch für ambulante medizinische Konsultationen insgesamt, für Konsultationen bei Spezialisten und für Notfall-Konsultationen nachweisen (Bisig et al 2002).

Wahrnehmung psychischer Probleme und Hilfesuche bei Erwachsenen (SGB 2002)

Wahrnehmung/Angabe psychischer Probleme	Frauen	Männer
Schlechte Kontrollüberzeugung	22.0	20.0
Schlechtes Wohlbefinden	21.0	20.0
Depressionssymptome	4.0	3.0
Risikoreicher Alkoholkonsum	1.1	2.9
Hilfesuche		
Behandlung wegen psychischer Probleme	6.0	3.0
<i>Bei Personen mit niedrigem Wohlbefinden</i>		
Behandlung wegen psychischer Probleme	14.0	8.0
<i>Bei Personen mit chronischen, psychischen Problemen</i>		
Behandlung wegen psychischer Probleme	51.0	42.0
Hospitalisierungsrate	0.7	0.8

Diese Informationen weisen also darauf hin, dass wir auch aus Männerperspektive gut daran tun, im gesellschaftlich-kulturellen Kontext nach Antworten für die unterschiedlich lange Lebensdauer von Männern und Frauen zu suchen. Eine tiefer liegende, gemeinsame Ursache für die beim Gesundheitsverhalten und den Hilfesuchen angeführten Geschlechtsunterschiede dürfte in den männlichen Geschlechterrollen liegen. Dieses Forschungsfeld findet erst seit kurzer Zeit Beachtung (White 2008, Courtenay 2003). Es gibt inzwischen jedoch auch Organisationen für Männergesundheit, so das European Men's Health Forum oder in der Schweiz die durch das BAG finanzierte Drehscheibe Männergesundheit.

Forschungsarbeiten zum Zusammenhang von männlichen Geschlechterrollen und Gesundheitsverhalten bei jugendlichen Männern vertiefen das Verständnis von Verhalten, welche bisher eher wenig differenziert als «Risikoverhalten» bezeichnet wurden. So ergaben etwa qualitative Interviews zur Frage, was «ein Auto haben» für jugendliche Männer bedeute, dass dies «für das eigene Ego notwendig» sei: es sei oft Voraussetzung dafür, eine Frau kennenzulernen, des weitern ein Mittel zum Ausleben von Aggressionen und eine Möglichkeit, Grenzen auszutesten und sich zu beweisen (Wüst 2006). Studien aus Deutschland bei 35- bis 64jährigen Männern konnten zeigen, dass ein hoher Grad an Orientierung an maskulinen Normen auch mit einer hohen Ausprägung von Geschlechtsrollenstress und mit einer hohen Belastung durch gesundheitliche Beschwerden einherging (Thiele 2000). Allerdings gaben diese Männer auch ein hohes Selbstwertgefühl und eine vergleichsweise niedrige Depressivität an. Eine einseitige Orientierung an Männlichkeitsidealen wie Kraft, Ausdauer, Potenz oder Fitness war mit

Anpassungsschwierigkeiten im Übergang zum höheren Lebensalter verbunden. Aus der Bonner Längsschnitt-Studie ging hervor, dass umgekehrt Männer mit abnehmender Orientierung an traditionellen Geschlechternormen im Alter eine längere Lebensdauer hatten und Männer mit einem femininem/expressiven Selbstkonzept eine verstärkte Wahrnehmung von körperlichen und psychischen Beschwerden aufwiesen, wie auch eine grössere, beziehungsweise frühere Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen (Thiele 2000).

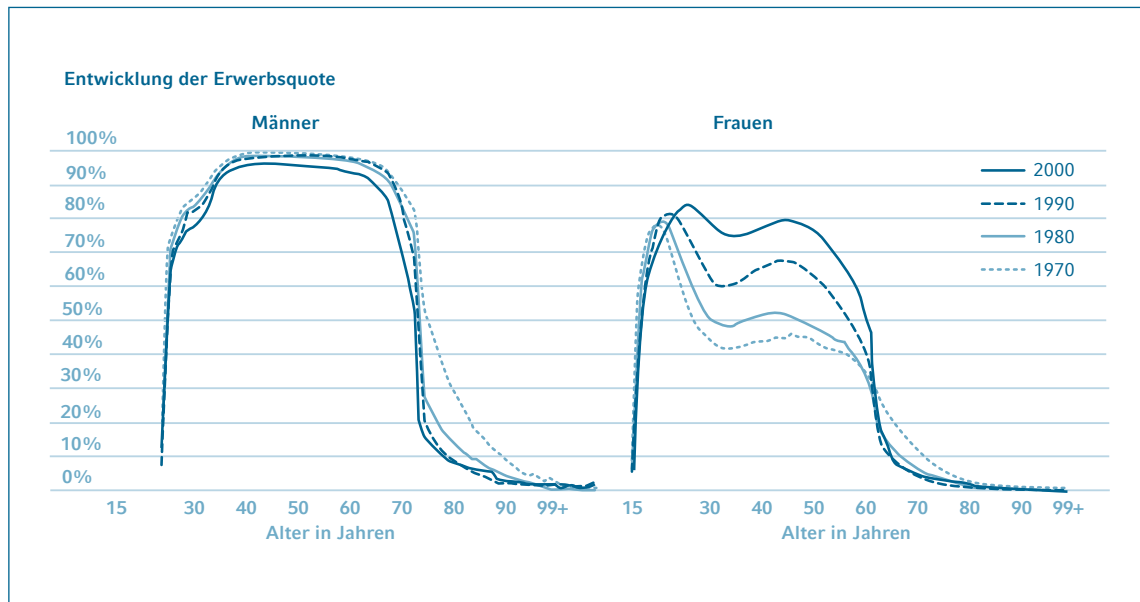
3 | Zeitliche Trends bei der Lebenserwartung

In der Schweiz hat der Geschlechtsunterschied in der Lebenserwartung stetig zugenommen und betrug Anfang der 1990er Jahren beinahe acht Jahre. Seither hat er sich nivelliert, beziehungsweise abgenommen. Aktuell beträgt er noch fünf Jahre. Dieser Rückgang kommt, soweit wir das aufgrund der Sterblichkeitsdaten erkennen können, durch einen ausgeprägteren Rückgang der Sterblichkeit bei Männern zustande. Bei Männern ist insbesondere die Sterblichkeit an Suiziden stärker zurückgegangen als bei Frauen. Die Sterblichkeit an Lungenkrebs geht bei Männern zurück, während sie bei Frauen ansteigt. Ein weiterer Grund wird in Verbesserungen bei der Behandlung von Herz-Kreislaufkrankheiten gesehen, die sich vergleichsweise stärker bei Männern ausgewirkt haben.

Bemerkenswert ist auch, dass eine Veränderung im Gange ist, die aufzeigt, in welchem Ausmass der Generationenwechsel zum Geschlechterunterschied in der Lebenserwartung beitragen: Die früher bestehenden Geschlechtsunterschiede bei der Säuglingssterblichkeit haben sich im Verlauf des 20. Jahrhunderts in der Schweiz drastisch vermindert. Sie tragen kaum mehr zur Erklärung der unterschiedlichen Lebenserwartung von Männern und Frauen bei. Während es zwischen 1950 und 1990 vor allem die 20- bis 64-Jährigen waren, die den Hauptanteil des Geschlechterunterschieds verursachten, sind dies inzwischen die über 65-Jährigen. Der Geschlechtsunterschied in der Lebenserwartung kommt somit zunehmend durch das Sterbegeschehen in der älteren Bevölkerung zustande.

Diese Dynamik ist ein komplexes Geschehen, zu welchem eine Vielzahl von Faktoren beitragen, so jene bei Gesundheitsverhalten (wie die günstigen Veränderungen beim «Killer number one», dem Tabakkonsum) und die Verbesserungen in der medizinischen Betreuung. Ob, beziehungsweise wie sich die zahlreichen Veränderungen, die sich auch im sozialen Geschehen ereignen, auf die Geschlechtsunterschiede in der Sterblichkeit auswirken, ist noch wenig geklärt. So hat sich beispielsweise die Erwerbsquote von Frauen seit 1970 enorm erhöht (siehe nachfolgende Abbildung).

Zeitliche Änderung der Erwerbsquoten zwischen 1970 und 2000, nach Geschlecht (BFS 2004)



Einen grösseren Anteil erwerbstätiger Frauen sehen wir sowohl um das Alter von 30 Jahren wie auch im Alter um 50. Die Erwerbsquote von Männern im Alter über 60 nahm vor allem zwischen 1970 und 1980 ab. Erstmals ist sie im Jahr 2000 auch bei Männern im Alter von 30 bis 60 Jahren niedriger geworden. Auch bei einer Reihe weiterer sozialer Faktoren, welche erwiesenermassen Determinanten der Gesundheit sind, sehen wir zeitliche Veränderungen (siehe Fokusbericht Gender und Gesundheit, 2008). Ob diese Änderungen im Geschehen der sozialen Faktoren sich auch auf die kleiner werdende Differenz in der Lebenserwartung ausgewirkt haben, ist bisher nicht geklärt. Hier eröffnet sich ein gesundheitspolitisches Feld, das mitbestimmen wird, wohin die Reise der Geschlechter gehen wird.

Kontakt

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel
www.ispm-unibasel.ch

Literatur

Bisig, B., Gutzwiller, F. (2004). Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung?
Band 2: Detailresultate. Zürich/Chur, Rüegger.

Bundesamt für Gesundheit (2008). Fokusbericht Gender und Gesundheit. BAG-Publikationsnummer:
7.08 1'000 d 500 f GP 20EXT0806.

Courtenay, W. (2003). Key determinants of the health and well-being of men and boys.
International Journal of Men's Health 2:1-30.

Höpflinger, F. (2001). Frauen im Alter – die heimliche Mehrheit. Geschlechtsspezifische Unterschiede der
Lebenserwartung – ein globales Phänomen moderner Gesellschaften. <http://hoepflinger.com/fhtop/fhalter 1K.html>

Thiele, A. (2000). Maskulinität und psychische Adaptation im Kontext körperlicher Altersveränderungen. Jenseits
des Zenits. Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Perrig-Chiello P und Höpflinger F. Verlag Paul Haupt.

White, A. (2008). Men and the Problem of Help Seeking. Heidelbaugh, in press.

Wüst, M. (2006). «Don't drink and drive» – Nur für Jungen ein Problem? In: Kolip, P., Altgeld, T. (Hrsg.).
Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim, Juventa.

Zemp, E. (2006). Disziplinäre Sichtwinkel: Der Blick auf Geschlecht und Gesundheit in der Medizin.
In: Liebig, B., Dupois, M., Kriesi, I., Peitz, M. (eds). Mikrokosmos Wissenschaft, Transformationen und Perspektiven.
Zürich: vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich; 2006. p. 153-167.

Bregenz | 6. März 2008
«Public Health Perspektive
von Gender Medizin»

Vorarlberg



Gender Medizin aus der Public Health Perspektive: Mann oder Frau zu sein ist eine Gesundheitsdeterminante

Kitty Lawrence BEng. MPH

Public Health und diejenigen, die in diesem Bereich arbeiten, haben die Aufgabe, die Gesundheitsförderung und Prävention zu optimieren. Das umfasst die Früherkennung von Risikofaktoren und Risiken, die Prävention, Früherkennung und angemessene Behandlung von Krankheiten, um damit eine Reduktion in Morbidität und Mortalität zu erreichen, sowie auch einen Anstieg in der Gesundheit und der gesunden Lebenserwartung für Männer, Frauen, Mädchen und Jungen. Ein weiteres Ziel ist die Möglichkeit für ein gesundes Altern zu verbessern und die langfristigen Risiken für langzeitige und frühzeitige Versorgung sowie Risiken durch sozioökonomische Umstände (Gender Rolle, Bildung, Arbeitslosigkeit, niedriges Einkommen usw.) zu senken. Diese Aufgaben zu erfüllen erfordert hochwertige, gendergerechte Forschung, die die Gesundheitseinflüsse auf Männer und Frauen, Mädchen und Jungen identifiziert, und die Feststellung von Zielgruppen für Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien ermöglicht.

Um das Gemeinwohl zu begünstigen, benötigt man ein Verständnis für die Probleme und Schwierigkeiten, denen die verschiedenen Populationsgruppen ausgesetzt sind. Die Auswirkung von Gender, das heisst nicht nur der Einfluss der physischen Unterschiede zwischen Männern und Frauen, aber auch der Einfluss der sozialen Determinanten sowie sozioökonomische Verhältnisse, Bildung, etc. führt dazu, dass Männer und Frauen diese Probleme unterschiedlich erleben, und dass sie sich möglicherweise unterschiedlich entwickeln.

Kontakt

kitty.lawrence@alternmitzukunft.at

Gender Medizin in Forschung und Lehre

Univ. Profⁱⁿ. Drⁱⁿ. Brigitte Lohff,
Medizinische Hochschule Hannover

«Gender ist eine moderne Variante der Idee vom *neuen Menschen*. Diese Idee hat schon viel Schaden angerichtet» behauptet der Journalist Harald Marsteiner im ZEIT-Magazin vom 24. Februar 2008. Mit dieser Aussage gibt Marsteiner deutlich zu erkennen, dass er wenig Ahnung von der Diskussion um Gender hat. Aber er befindet sich dabei in guter Gesellschaft, da eine Reihe von Vorurteilen und Missverständnissen in Bezug auf Gender, Gender Mainstreaming und damit auch auf Gender Medizin gepflegt werden.

Dass Gender und speziell Gender Medizin zu den Modebegriffen avanciert ist, lässt sich bereits über eine Internetrecherche erkennen. Gegenwärtig verzeichnen gängige Suchmaschinen fast vier Million Links unter dem Suchbegriff «Gender Medicine». In diesem Sinne ist auch zu verstehen, dass ein Journalist sich gerne eines solchen Themas annimmt. Nur sollte man verlangen dürfen, dass ein bisschen genau hingeschaut wird, was denn in der Forschung und Diskussion in den letzten Jahren passiert ist.

Bezüglich des Begriffes Gender Medizin ist durchaus zu erwarten, dass sehr Unterschiedliches damit verbunden wird. «Gender» erweist sich trotz der Anglisierung der deutschen Sprache als ein sperriger Begriff, und er wird meistens als ein anderer Ausdruck für «Geschlecht» verstanden, wobei dann zwischen männlichem und weiblichem Geschlecht unterschieden werden kann. Vor allem hat der Bericht des National Institutes of Medicine in Washington (2001) dazu beigetragen, dass eine Differenzierung zwischen «Sex» und «Gender» auch im medizinischen Sprachgebrauch Einzug gehalten hat.

Sex based biology/ medicine erforscht die durch das biologische Geschlecht bedingten Unterschiede, wie z. B. Rate die Serotonin-Synthese im Gehirn oder die Ausprägung bestimmter Hirnareale oder den Metabolismus von bestimmten Stoffgruppen als auch das funktionelle Zusammenspiel organischer Substanzen (u.a. Hormone, Enzyme). Dabei ist es durchaus nicht trivial, was wir unter biologischem Geschlecht verstehen. Ist es nur die genetische Festlegung? Welche Bedeutung kommt dabei den in der Embryonalentwicklung entstehenden primären Geschlechtsmerkmalen zu? Welchen Einfluss hat diesbezüglich die Geschlechtsreife – als biologische Phänomene – auf gesundheitliche oder krankhafte Prozesse? Alle diese Unterschiede haben spezifische und oft sich gegenseitig beeinflussende Wirkungen auf Gesundheit und Krankheit von Frauen und Männern. Gender based medicine untersucht primär Einflussnahmen durch die (gesellschaftlich bestimmte) Zuweisung der Geschlechterrollen, die Selbst-Identifikation so-

wie den sozialen Status auf Gesundheit und Krankheit von Männern und Frauen. Auch diese vorwiegend sozial und/oder psychisch bestimmte Geschlechterrolle wird beeinflusst bzw. modifiziert durch das biologisch bestimmte Geschlecht.

Mittlerweile wird immer häufiger sachlich in den populären Medien und vor allem auch in Frauenzeitschriften über Gender Medizin berichtet und über einzelne Erkenntnisse aus der Forschung informiert. Zum Allgemeinwissen gehört inzwischen, dass Männer und Frauen sich nicht nur körperlich, sondern auch in ihren Körperfunktionen unterscheiden. Nicht nur innerhalb der EU sondern auch seitens der Frauenministerien wird im Zusammenspiel mit den auflagenstarken Zeitschriften die Forderung nach genderspezifischer Forschung erhoben. So kann und wird sich zukünftig die Forschung immer mehr diesen Fragestellungen zuwenden.

In der Zeitschrift VITAL wird zum Beispiel völlig richtig festgestellt, dass für Frauen die Forschungen durch die Gender Medizin von Vorteil sind, da die Frauen «in pharmakologischen Studien bislang stark vernachlässigt wurden. Viele Arzneimittel sind bei ihnen daher zu hoch dosiert, zeigen unerwünschte Nebenwirkungen. Dies gilt vor allem für Herzmedikamente oder Beruhigungsmittel. Blutdrucksenker dagegen sind bei Frauen meist weniger wirksam als bei Männern.» Die Versprechen – oder Hoffnungen –, die dann allerdings gemacht werden, sollte man mit einiger Skepsis betrachten: «Doch dank der Gender-Medizin werden Beipackzettel bald frauenspezifische Dosierungen und Empfehlungen bereithalten. Auch auf anderen Gebieten trägt die Forschung bereits Früchte. So wurde inzwischen das weltweit erste künstliche Kniegelenk speziell für die weibliche Anatomie entwickelt. Auch für die Behandlung von Krankheiten wie Essstörungen, Herzschwäche, Infarkt, Migräne oder Diabetes können sich Frauen künftig neue Impulse und von der Gender Medizin erwarten».¹ Es wird auf jeden Fall ein langer Weg werden bis es die so genannten «massgeschneiderte Therapien für Männer und Frauen» entwickelt werden.

Was durch die Public Health Forschung mit immer neuen Details gezeigt werden kann, ist, dass es Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Prävalenz und der Schwere von Erkrankungen und Beschwerdebildern gibt. Einige Beispiele mögen das demonstrieren:

1. Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt für weibliche Neugeborene in Deutschland bei 80.6 Jahren, für männliche Neugeborene bei 74.4 Jahren (Statistisches Bundesamt 2002). Die höhere Lebenserwartung der Frauen basiert auf einer niedrigeren Säuglingssterblichkeit sowie auf der geringeren Zahl vorzeitiger Sterbefälle. Besonders drastisch ist die so genannte Übersterblichkeit der Männer in der Altersgruppe zwischen 45 und 65 Jahren, hier sterben mehr als doppelt so viele Männer wie Frauen².

¹ Vgl. Zeitschrift Vital vom 22. März 2007: Frauen ticken anders: Die Gender-Medizin passt sich an. <http://www2.netdoktor.de/nachrichten/index>.
² Bundesministerium für Gesundheit (2002) Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002. Bundesministerium für Gesundheit, Bonn.

2. Krebserkrankungen als zweithäufigste Todesursache bei Männern und Frauen haben in den letzten Jahren exponentiell zugenommen (der Tatsache geschuldet, dass die Lebenserwartung insgesamt deutlich gestiegen und Krebs vor allem eine Alterskrankheit ist). Pro 100'000 Einwohner verstarben im Jahr 2000 28.81 Männer und 23.20 Frauen an bösartigen Neubildungen. Bei Frauen stellen Krebserkrankungen der Geschlechtsorgane die häufigsten Krebsformen dar, insbesondere der Brustkrebs (Lebenszeit-Risiko von 10%). Gerade in diesem Bereich finden sich gravierende Anzeichen für eine Unter- und Fehlversorgung. Bemängelt werden die Überdiagnostik in der Früherkennung des Mamakarzinoms (zu breite Zielgruppen, fehlende Qualitätsstandards), die Fehlversorgung durch vermeidbare Brustamputation bei erkrankten Frauen und nicht zuletzt die Überversorgung mit Hochdosis-Chemotherapien³.
3. Das Risiko von Männern, als Folge eines Unfalls und als Folge von Gewalteinwirkungen bzw. Suizid zu versterben, ist gegenüber Frauen erschreckend hoch. Im Jahr 2000 verstarben 29.4 Männer und 20.4 Frauen (bezogen auf 100'000 Einwohner). Besonders hoch fällt dieser Unterschied in der Altersgruppe der 15- bis 25-Jährigen aus. 7.0 Frauen und 20.3 Männer (wieder bezogen auf 100'000 Einwohner) nahmen sich das Leben⁴. Lediglich Unfälle im Haushalt kommen bei Frauen häufiger vor als bei Männern, hier sind vor allem ältere Frauen betroffen.
4. Frauen und Männer sind von chronischen Erkrankungen unterschiedlich häufig betroffen. Exemplarisch kann das am Beispiel der rheumatischen Gesundheitsstörungen dargestellt werden, die den ersten Rang bei den Arbeitsunfähigkeitstagen, den Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und bei der Berentung anführen. Die Prävalenz rheumatischer Krankheiten steigt in der Regel mit dem Alter an, sie ist bei Frauen um 60% höher als bei Männern. Frauen haben zudem häufig schwerere Krankheitssymptome und ungünstigere Krankheitsverläufe (Deck und Kohlmann, 2002)⁵.

Mittlerweile gibt es viele Beobachtungen von Geschlechtsunterschieden in der Medizin, die zahlreiche Fragen aufwerfen. An dem letzten Beispiel lässt sich erkennen, dass es keine einfachen Erklärungen geben kann, warum Frauen an rheumatischen Erkrankungen häufiger zu leiden haben als Männer. Ein anderes Beispiel sind die asthmatischen Erkrankungen, von denen man aus epidemiologischen Daten weiß, dass an Asthma leidende Kinder zu ca. 2/3 Jungen sind. In der Pubertät wechselt die Auftretenswahrscheinlichkeit auf fast 50% männliche zu 50% weibliche Patientinnen, um dann weiterhin im Erwachsenenalter das umgekehrte Bild gegenüber der Kindheit aufzuweisen: ca. 2/3 aller Erkrankten sind weiblich und nur 1/3 männlich. Noch völlig ungeklärt ist, ob es auf die unterschiedlichen Einflüsse des Hormon- oder Immunsystems im Wechsel von

3 Dierks ML (2002) Empowerment und die Nutzer des deutschen Gesundheitswesens. Habilitationsschrift, Medizinische Hochschule, Hannover; sowie ML Dierks (2004) Public Health in Deutschland und die Integration der Gender-Fragen. In Rieder A, Lohff, B (Hrsg.) Gender Medizin. Wien: Springer, S. 147-171.

4 Bundesministerium für Gesundheit (2002) Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002. Bundesministerium für Gesundheit, Bonn.

5 Deck, R, Kohlmann T (2002): Rheumatische Erkrankungen bei Männern und Frauen. In Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Huber: Bern, S. 332-341.

Kindheit bis Erwachsenenalter, auf unterschiedliche Risikofaktoren (z. B. Rauchen, Adipositas) oder noch unbekannte Einflüsse zurückzuführen ist, die die Entwicklung einer Asthma-Erkrankung unterstützen (Lux, Walther, 2007)⁶.

Die bereits vielfältig vorliegenden Ergebnisse zeigen eine breite Palette von spannenden geschlechtsspezifischen Unterschieden und stellen eine Herausforderung an die klinische Forschung dar, um auch hier den Forderungen an einer Evidenz-basierten Medizin gerecht zu werden. Zukünftig wird darauf zu achten sein, dass in der klinischen Forschung diese Fragen beantwortet werden müssen:

1. In wie vielen klinischen Studien, Studien zur Prävention, Epidemiologie sind Frauen eingeschlossen?
2. Wenn ja – wurden die Ergebnisse genderbezogen ausgewertet?
3. Wie viele Studien und welche Art von Studien untersuchen bzgl. des Geschlechts gezielt Unterschiede bzw. keine Unterschiede?

Dann erst können diese Fragen beantwortet werden:

1. Was und in welchem Ausmaß an den Unterschieden ist gender based?
2. Was ist möglicherweise sex based bestimmt?
3. Mit welchen biologischen bzw. psychosozialen «Mechanismen» lässt sich der geschlechtsspezifische Unterschied erklären?

Eine weitere Herausforderung ist es, Konzepte zu entwickeln, damit Informationen über präventives, diagnostisches und therapeutisches Wissen in Bezug auf Geschlechtsunterschiede bereits heute Eingang in die klinischen Praxis sowie in die Aus-, Fort- und Weiterbildung finden können. Die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten mit gender-spezifischem Wissen befindet sich noch ganz am Anfang, weil es schlicht an evidenzbasiertem Wissen mangelt und Diagnose- bzw. Therapierichtlinien weitgehend fehlen. Es zeigt sich innerhalb der klinischen Forschung bereits, wie vielfältig und spannend eine geschlechtersensible Medizin sein kann, wie viel Forschung noch notwendig ist und welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit eine ärztliche Behandlung auf der Grundlage der «Gender Medizin» in der alltäglichen Praxis realisiert werden kann.

Einige Hinweise für Ärztinnen und Ärzte haben klinische Kollegen und Kolleginnen in dem von Anita Rieder und Brigitte Lohff herausgegebenen Buch «Gender Medizin» zusammengetragen, das im Juni 2008 in der erweiterten 2. Auflage erschien.

⁶ U. Walther, R. Lux: Public Health und Gender. Vortrag Symposium Genderforschung in der Medizin im Rahmen des vom Niedersächsischen Ministerium für Wissenschaft und Kultur geförderten Maria-Goepfert-Mayer-Programms. Hannover 12. Oktober 2007.

Kontakt

Medizinische Hochschule Hannover
www.mh-hannover.de

Neuere Publikationen aus diesem Bereich ihrer Forschungen:

Lohff, B., Deslandes, S., Ramos de Souza, E. (2008): Gender policy in Brazil. In: Gender in Prevention and Health Promotion Policy – Research – Practice. Edited by Ulla Walter and Brigitte Neumann Springer: Wien (in press)

Rieder, A., Lohff, B. (Hrsg.) (2008) Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Zweite erweiterte und überarbeitete Auflage. Springer: Wien

Lohff, B. (2007): Klinische Forschung in der Gender medicine. In: Gender, kulturelle Identität und Psychotherapie», hrsg. von M. Neises. Pabst Science Publ.: Lengerich, S.16-25.

Lohff, B. (2006): Genderaspekte in der Medizin und im Gesundheitswesen. In: Buchbach, Chr., Döge, P. (Hrsg.) Gender Mainstreaming – Lernprozesse in wissenschaftlichen, kirchlichen und politischen Organisationen. Vanderhoeck & Ruprecht. Göttingen, S. 173-184.

Genderaspekte bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE)

Drⁱⁿ. med. Susanne Andexlinger, MBA

Gender Mainstreaming ist eine Strategie, die zunehmend auch im Gesundheitswesen angewendet wird: Alle Maßnahmen sollen darauf hin überprüft werden, ob sie den Lebenswelten und Bedürfnissen von Frauen und Männern gleichermaßen Rechnung tragen. Dadurch soll gesundheitliche Ungleichheit zwischen den Geschlechtern abgebaut werden. GM ist eine Voraussetzung dafür, dass Projekte im Gesundheitswesen zielgruppenspezifisch entwickelt werden können.

Geschlechterbezogene Verzerrungen sollen vermieden werden, weil es sonst zu einer Qualitätseinbusse kommt und die Passgenauigkeit von Gesundheitsprojekten verloren geht. Zielgruppengerechtes Arbeiten ist ein Muss im Gesundheitswesen, gerade auch in Anbetracht der rapide steigenden Kosten.

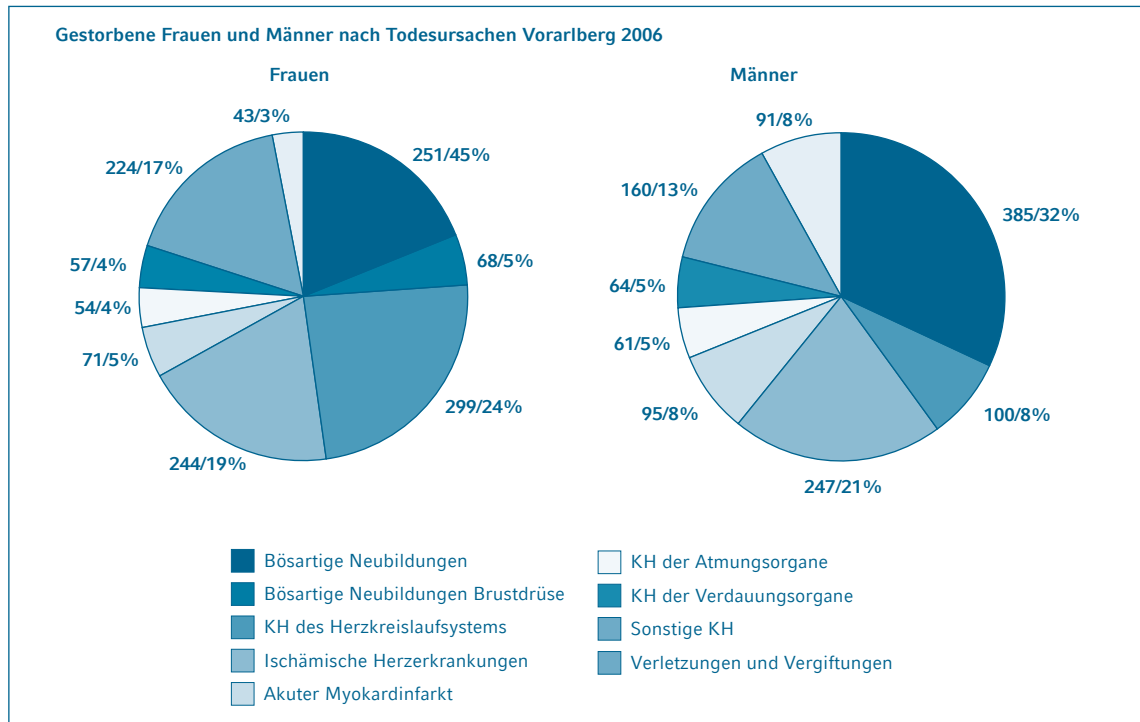
Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die wichtigste Todesursache in den industrialisierten Ländern. Österreich liegt im Vergleich mit europäischen Ländern dabei im oberen Bereich und diesem Trend schließt sich auch Vorarlberg an.

Zu den Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehört eine Vielzahl von Diagnosen; hier wird vor allem auf die *ischämischen Herzkrankheiten* eingegangen (koronare Herzerkrankung, Herzinfarkt).

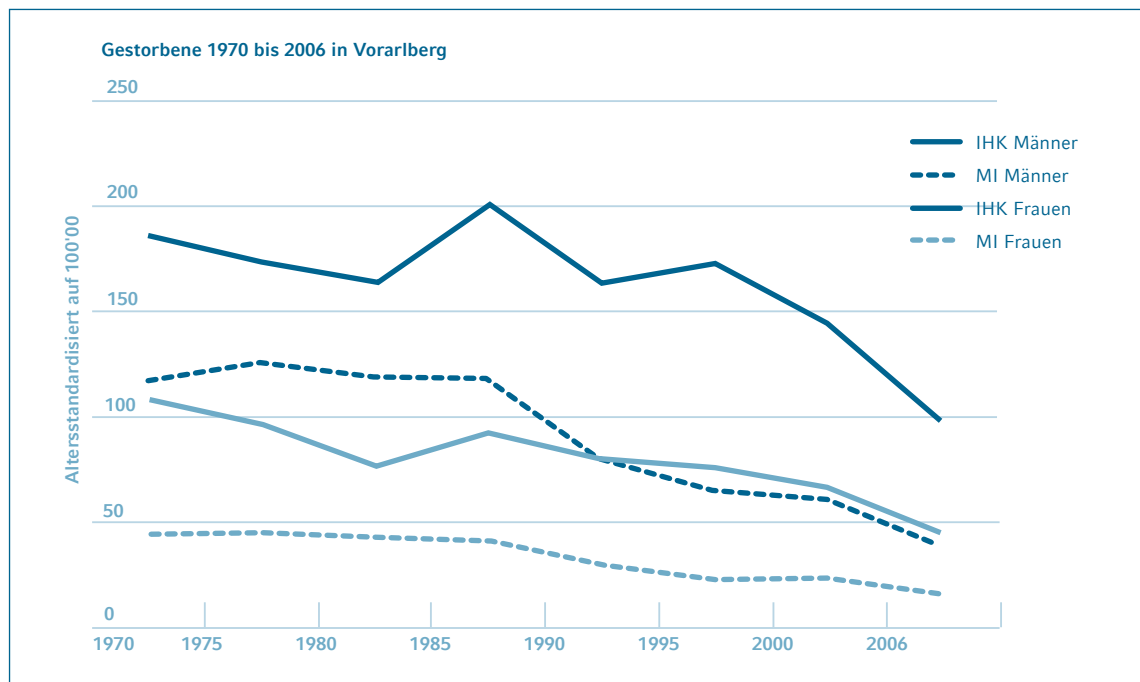
Bis vor ca. 20 Jahren wurden HKE fast ausschließlich bei Männern thematisiert. Die hohe Sterblichkeit infolge ischämischer HKE bei Männern in den mittleren Jahren hat dazu geführt, die koronare HKE vorwiegend als Sache des Mannes zu sehen. Daher gab es Defizite hinsichtlich der Erforschung von HKE bei Frauen: sie wurden kaum in Studien mit einbezogen. Außerdem führten ethische Gründe dazu, dass Frauen aus einschlägigen Studien ausgeschlossen wurden (Problem von Medikamentenwirkungen im Falle nicht bekannter Frühschwangerschaft).

Daher ist die Relevanz dieser Krankheiten für Frauen lange unterschätzt worden.

Unterschiede in der Mortalität der Herz-Kreislauf-Erkrankungen



Mortalität in den letzten Jahrzehnten



Die altersstandardisierten Mortalitätsraten für die ischämischen Herzerkrankungen und für Herzinfarkt sind bei beiden Geschlechtern gesunken, tendenziell bei Männern stärker als bei Frauen. Gerade in den letzten Jahren ist die Kurve bei Männern deutlich steiler abgesunken. Dies wird erklärt durch den Rückgang der Erkrankungsraten einer-

seits (Prävention) und bessere Überlebenschancen im Krankheitsfall (verbesserte medizinische Versorgung). Dieser erfreuliche Trend nach unten setzt sich in den USA und auch in Deutschland nicht mehr fort: Zunahme der Risikofaktoren in den USA, hauptsächlich Zigarettenrauchen, körperliche Inaktivität, Adipositas, Hypertonie, etc.

Im mittleren Alter sind bei den Männern ischämische Herzerkrankungen eine Hauptursache für den frühzeitigen Tod. Das Sterberisiko ist bei Männern in allen Altersgruppen höher. Dennoch sterben insgesamt mehr Frauen an HKE und IHK: Durch die höhere Lebenserwartung ist die Absolutzahl der Todesfälle aber höher.

Unterschiede in der Morbidität (Erkrankungshäufigkeit)

Generell erkranken Männer früher an HKE und sterben auch früher daran. Bei den Frauen steigt das Risiko für einen MI erst ca. 15 Jahre nach den Männern stark an, meist ab ca. dem 65. Lebensjahr, also nach der schützenden Menopause.

Unterschiede bei den Risikofaktoren

- **Alter:** ein wesentlicher – aber unbeeinflussbarer – Risikofaktor. Frauen erkranken meist etwa zehn bis 15 Jahre später als Männer an KHK.
- **Postmenopause:** Das Vorkommen von KHK bei Frauen ist während der reproduktiven Lebensphase geringer. Nach Absinken der Geschlechtshormone kommt es zum Blutdruckanstieg und zu ungünstigen Veränderungen im Fettstoffwechsel (das Gesamtcholesterin steigt, LDL steigt und das schützende HDL sinkt.)
- **Diabetes:** Der Effekt von Zuckerkrankheit auf Herzinfarkt ist bei Frauen stärker als bei Männern: Bei Frauen die einen Diabetes haben ist das Risiko für einen Herzinfarkt um bis zu 7fach erhöht, bei Männern immerhin um das 2- bis 3-fache.
- **Fettstoffwechselstörung:** Hohe Gesamtcholesterinwerte+erhöhtes LDL+niedriges schützendes HDL+erhöhte Triglyceride: Diese Konstellation von Laborbefunden führt bei Männern und Frauen gleichermaßen zu erhöhtem koronarem Risiko. Der schützende Effekt eines hohen HDL wirkt sich bei Frauen aber günstiger aus als bei Männern.
- **Rauchen:** Bei Frauen unter 50 ist Zigarettenrauchen die Hauptursache für eine ischämische Herzerkrankung. Die KHK steigt schon bei schwachen Raucherinnen (1-4 Zigaretten/d) deutlich an (um das 2.4fache). Ein additiver Effekt auf das KHK-Risiko ergibt sich durch Rauchen und orale Kontrazeption, besonders über dem 35. Lebensjahr.
- **Hoher Blutdruck, Bewegungsmangel und familiäre Belastung:** Wirken sich bei beiden Geschlechtern ungünstig aus.

Unterschiede bei den Symptomen

Frauen haben eine weniger spezifische Beschwerdesymptomatik: Sie präsentieren sich bei KHK und Herzinfarkt häufiger mit atypischen Symptomen. Dazu gehören Atemnot, Nackenschmerzen, Schmerzen zwischen den Schulterblättern, Oberbauchschmerzen, mit Übelkeit und Erbrechen, allgemeine Leistungsminderung, Mattigkeit. Die Situation wird daher oft fehl gedeutet und meist später ärztliche Hilfe aufgesucht: Diagnostik und Akuttherapie werden bedeutend verzögert.

Unterschiede in der Diagnostik

EKG: Im EKG zeigen Frauen seltener die typischen Infarktzeichen, was die Diagnose erschwert.

BelastungsEKG = Ergometrie: Die Aussagekraft bei Frauen ist wesentlich geringer als beim Mann; dadurch unterbleiben oft Folgeuntersuchungen.

Koronarangiographie: 1991 stellte die Kardiologin Healy fest, dass bei Frauen weniger invasive Untersuchungen und in der Folge therapeutische Eingriffe vorgenommen werden, als bei Männern. Sie prägte daraufhin den Ausdruck **Yentl-Syndrom**. Damit meinte sie, dass eine Frau erst beweisen muss so herzkrank zu sein wie ein Mann, um dieselbe Behandlung zu bekommen.

In neueren Studien sind die Raten bei Männern und Frauen vergleichbar: Die Kardiologen sind inzwischen sensibilisiert.

Unterschiede in der Therapie

Medikamente: Frauen erhalten weniger intensive Pharmakotherapien als Männer, wohl weil die Bedrohung durch KHK weniger ernst eingeschätzt wird. Frauen erhalten weniger gerinnungshemmende Substanzen, also z.B. Aspirin.

Thrombolyse: Studien ergaben, dass Geschlechtsunterschiede in der Behandlung mit Thrombolytika überwiegend auf längere Zeiten bis zur Spitalaufnahme zurückzuführen waren.

PTCA: = perkutane transluminale Coronar-Angioplastie. Ursprünglich (in den 70er-Jahren) hatte diese Methode bei Frauen eine sehr hohe Komplikationsrate, vermutlich durch zu grosse Sonden bei den kleineren Koronarien von Frauen. Mittlerweile gibt es bei beiden Geschlechtern jedoch gleich gute Ergebnisse.

Aortokoronare Bypassoperationen: Das Langzeitüberleben ist bei beiden Geschlechtern vergleichbar, Frauen haben aber eine höhere Frühsterblichkeit nach Koronaroperationen. Als Ursachen werden folgende Faktoren diskutiert:

- Geringerer Durchmesser der Koronargefäße, dadurch geringerer Blutdurchfluss
- Höheres Alter
- Mehr Begleiterkrankungen, insbesondere Diabetes
- Mehr Notfalleingriffe

Unklar bleibt die häufigere Notwendigkeit für dringliche Bypass-Operationen bei Frauen. Vermutet werden:

- Spätere Abklärung im Verlauf der Erkrankung
- Operationsindikationen nur bei starken Symptomen und nicht auch bei positivem Belastungstest wie bei Männern?
- Ablehnung einer rechtzeitigen Operation?

Unterschiede bei der Rehabilitation

Frauen nehmen nach einem Herzinfarkt oder einer Herzoperation seltener eine Rehabilitation in Anspruch. Ihre Erwartungen an eine Reha sind auch anders: Sie wünschen sich mehr psychische und soziale Unterstützung. Die gebräuchlichen aktivitätsfördernden Rehabilitationsverfahren sind wohl eher für Männer geeignet.

Schlussfolgerungen

Frauen schätzen ihr Risiko eine IHK zu haben als zu gering ein!
Unterschiede in der Prognose der koronaren Herzerkrankung ergeben sich durch die verzögerte Diagnose!

Abkürzungen

GM = Gender Mainstreaming, HKE = Herz-Kreislauf-Erkrankungen, IHK = ischämische Herzerkrankungen, MI = Herzinfarkt

Kontakt

Bezirkshauptmannschaft Bludenz
www.vorarlberg.at

Kurzportraits Referentinnen und Referenten

Drⁱⁿ. Susanne Andexlinger, MBA

Medizinstudium in Innsbruck, seit 1991 Allgemeinmedizinerin mit eigener Ordination, seit 1998 Mitglied des Fachausschusses des Arbeitskreises Frauengesundheit. Ausbildung zum MBA Gesundheitsmanagement an der Donau-Universität Krems, EU-Zertifikat Qualitätsmanagerin für das Gesundheitswesen, Ausbildung zum MPH an den Universitäten Basel, Bern und Zürich. Selbständig tätig in den Bereichen Präventivmedizin, Gesundheitsmanagement und Arbeitsmedizin.

Dr. Johannes Berchtold

Studium der Philosophie und einer Fächerkombination (Politikwissenschaft/Soziologie/Psychologie) in Innsbruck und Wien, Sponsion (Magister) 1990 und Promotion 1993 an der Universität Wien. Aufbau und Leitung der 2001 im österreichischen Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz neu eingerichteten «Männerpolitischen Grundsatzabteilung». Zahlreiche Veröffentlichungen zum Thema Väterbeteiligung an der Kindererziehung.

lic. phil. Melanie Hirtz

Studierte an der Universität Zürich Sozialpädagogik und Literaturwissenschaften. Seit 2002 als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Institut Kinder- und Jugendhilfe sowohl in der Lehre als auch in der Forschung tätig. Ihre Themenschwerpunkte liegen in der Heimerziehung (spezifisch in der geschlossenen Unterbringung) und in qualitativen Forschungsmethoden.

Dr. Dr. hc. Harald Klingemann

Soziologe und Volkswirt. War langjähriger Forschungsleiter bei der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme. Neben seiner Tätigkeit am Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich sowie für den Forschungsverbund atf Schweiz (Alkoholismus Therapie Schweiz) arbeitet er gegenwärtig am Forschungsschwerpunkt «Kommunikationsdesign» der Hochschule der Künste Bern an medizinsoziologischen und methodologischen Designforschungsfragen.

lic. phil. Ursula Koch

Psychologin. Leitet aktuell das Schwerpunktprogramm Psychische Gesundheit des Kantons Zug 2007-2012, welches im Anschluss an das Zuger Bündnis gegen Depression erarbeitet wurde. Zusätzlich bei den sozialpsychiatrischen Diensten in Zürich tätig. Schreibt ihre Dissertation im Forschungsbereich Public Mental Health. War im Bundesamt für Gesundheit Bern für Gender Mainstreaming mitverantwortlich.

Drⁱⁿ. med. Bianca Kühn

Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie. Facharztausbildung in Deutschland. Seit 1999 im Psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserrhoden tätig. Leitende Ärztin mit Zuständigkeit für die Akutpsychiatrie und seit 2007 Projektleiterin «Ausserrhoder Bündnis gegen Depression».

Kitty Lawrence, BEng. MPH

Studium in Maschinenbau an der Brunel Universität in London. Während zehn Jahren Konstruktionsingenieurin in der Öl- und Gasindustrie, anschliessend Diploma of the Institute for Optimum Nutrition. Umstieg von der Ingenieurin in die Sozialmedizin, MPH. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin der medizinischen Universität Wien, bei Univ. Profⁱⁿ. Drⁱⁿ. Rieder. Gegenwärtig Generalsekretärin des Vereins «Altern mit Zukunft», Wien.

Univ. Profⁱⁿ. Drⁱⁿ. Brigitte Lohff

Studium der Psychologie und Tätigkeit als Kriminalpsychologin in Hamburg. Studium der Geschichte der Naturwissenschaften, Biologie und Philosophie. Wechselte nach der Promotion zum Dr. rer. nat. nach Kiel an das Institut für Geschichte der Medizin und Pharmazie. Nach der Habilitation im Fach Medizingeschichte Ruf auf den Lehrstuhl für Geschichte der Medizin der Medizinischen Hochschule Hannover. Seit 1994 Lehrstuhlinhaberin des Instituts für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin. Seit 1998 beschäftigt mit Gender Medizin, speziell in Hinsicht der Konzepte für Forschung und Lehre.

Silvia Marty Lavanchy

Physiotherapeutin, Mitarbeiterin im Fachbereich Gender Health des Bundesamtes für Gesundheit Bern (BAG) von Oktober 2006 bis März 2008. Schreibt zur Zeit ihre Lizentiatsarbeit als Politologin an der Universität Bern zum Thema «Gender Mainstreaming in den kantonalen Präventions- und Gesundheitsförderungspolitiken».

Martha Weingartner

Dipl. Erwachsenenbildnerin HF, Projektverantwortliche bei der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich. Einer ihrer Arbeitsschwerpunkte ist «Häusliche Gewalt und Gesundheit». Verantwortlich für das Projekt «Häusliche Gewalt – wahrnehmen – intervenieren» in der Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli, Zürich und für die Publikation «Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung», Verlag Hans Huber, 2007.

a.o. Univ. Profⁱⁿ. Drⁱⁿ. Beate Wimmer-Puchinger

Klinische und Gesundheitspsychologin, Professorin an der Universität Salzburg, wissenschaftliche Leiterin des Ludwig Boltzmann-Instituts für Frauengesundheitsforschung. Langjährige Erfahrung im Bereich Psychosomatik in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Psychologin in einer Frauenklinik in Österreich, Aufbau einer Psychosomatikambulanz, Gründerin der ersten Frauengesundheitszentren in Österreich FEM und FEM Süd. Verfasserin des Österreichischen, Niederösterreichischen und Wiener Frauengesundheitsberichtes.

PD Drⁱⁿ., MPH Elisabeth Zemp Stutz

Privatdozentin und stellvertretende Leiterin ad interim des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin an der Universität Basel. Habilitation an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel. Leiterin des Forschungsschwerpunktes Frauen, Geschlecht und Gesundheit. Fachärztin in Prävention und Gesundheitsförderung. Ausbildung zum MPH an der Harvard School of Public Health in Boston.



Stabsstelle für
Chancengleichheit
der Regierung
des Fürstentums Liechtenstein



Frauenreferat der
Vorarlberger
Landesregierung



Appenzell Ausserrhoden
Fachstelle
Familien und Gleichstellung
des Kantons
Appenzell Ausserrhoden



Stabsstelle für
Chancengleichheit
von Frau und Mann
des Kantons Graubünden



Kompetenzzentrum
Integration, Gleichstellung
und Projekte
des Kantons St.Gallen

Gender Medizin: Gesundheit weiblich – männlich

Frauen und Männer unterscheiden sich im Umgang mit ihrem Körper, in ihrem gesundheitsrelevanten Verhalten und in der Nutzung des medizinischen Angebots. Die Chancen, gesund zu leben und die adäquate medizinische Behandlung zu erhalten, sind zwischen Frauen und Männern nicht gleich verteilt. Eine geschlechterspezifische und geschlechtersensible Sichtweise trägt dazu bei, den Gesundheitsanliegen von Frauen und Männern gerecht zu werden.

Um Gender Medizin zu thematisieren und die Fachpersonen im Gesundheitswesen zu sensibilisieren, organisierten die Fachstellen für Gleichstellungsfragen aus dem Fürstentum Liechtenstein, dem Bundesland Vorarlberg, den Kantonen Appenzell Ausserrhoden, Graubünden und St.Gallen in den Jahren 2007 und 2008 die Veranstaltungsreihe Gender Medizin «Gesundheit weiblich – männlich». Diese Dokumentation beinhaltet sämtliche Fachreferate der Reihe.

