

# Frauen und Gesundheit

**Frauen und Männer haben unterschiedliche biologische und soziokulturelle Voraussetzungen und erleben in unterschiedlichem Mass soziale Benachteiligungen. Dies wirkt sich auch auf die Gesundheit aus.**

**Elisabeth Zemp Stutz,  
Michela Ceschi**

Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Benachteiligung ist breit dokumentiert und findet im Kontext der zunehmenden Ungleichheiten wieder vermehrt Beachtung [1-8]. Dabei fällt auf, dass die Auswirkungen ein breites Spektrum gesundheitlicher Bereiche betreffen, so die Sterblichkeit, chronische Erkrankungen, die Beschwerdebhäufigkeit, das Gesundheitsverhalten.

Soziale Ungleichheit wurde traditionell mit so genannt vertikalen Indikatoren gemessen (beruflicher Status, Bildung, Einkommen). Da diese «klassischen» Indikatoren über vermittelnde Dimensionen wirksam sind, so über Arbeits- und Wohnbedingungen, finanzielle Verhältnisse, Zugang zur Versorgung, gesundheitsrelevante Lebensstile, die sich in den letzten Jahren verändert und auch pluralisiert haben, werden seit den Neunzigerjahren diese vermittelnden Dimensionen selber als Ungleichheitsdimensionen herangezogen [7, 9]. Solche vermittelnde Dimensionen werden als horizontale

Kriterien bezeichnet. Neben Alter, Nationalität, Region und weiteren wird auch das Geschlecht dazu gezählt.

Geschlecht ist jedoch in einem komplexen Zusammenhang sowohl mit sozialen wie mit gesundheitlichen Faktoren verknüpft.

## **Geschlecht im sozialen Geschehen**

In jeder Gesellschaft spielt das Geschlecht im sozialen Geschehen eine Rolle: auf individueller Ebene als Geschlechteridentität, im Wahrnehmungs- und Kognitionsbereich, im individuellen Verhalten, in individuellen Beziehungen. Geschlecht spielt aber auch eine strukturierende Rolle dabei, wie Gesellschaften ihr Funktionieren regeln: bei der Aufgaben(zu)teilung, bei rechtlichen Regelungen, bei der Kontrolle über Ressourcen. Daher beeinflusst das Geschlecht die Wahrscheinlichkeit, bestimmte soziale Positionen einnehmen zu können, über bestimmte Handlungsspielräume zu verfügen und Zugang zu bestimmten Ressourcen zu haben. Die Behebung solcher geschlechtsbedingter Ungleichverteilung von Ressourcen und Lebenschancen («inequalities») liegt den Bestrebungen der gesellschaftlichen Gleichstellung von Mann und Frau zugrunde. Die als ungerecht angesehenen Privilegien oder Benachteiligungen werden als «inequities» bezeichnet.

## **Geschlechtsunterschiede, Ungleichstellung und Gesundheit**

Geschlechtsunterschiede bestehen aufgrund biologischer Differenzen (anatomische, physiologische, gene-

tische, immunologische) wie auch aufgrund soziokultureller Differenzen. Frauen und Männer haben unterschiedliche Vorstellungen von der Gesundheit und unterschiedliche Gesundheitskonzepte; Gesundheit scheint für Männer und Frauen nicht denselben Stellenwert zu haben, Männer und Frauen gehen unterschiedlich mit Gesundheit um, die Determinanten der Gesundheit sind



Elisabeth Zemp Stutz



Michela Ceschi

bei Männern und Frauen nicht identisch oder haben nicht dasselbe Gewicht, und in der Gesundheit selber besteht ebenfalls ein unterschiedliches Muster. Daraus resultieren unterschiedliche Bedürfnisse und ein unterschiedlicher Bedarf.

Geschlecht wirkt aber auch als Mechanismus der Prekarisierung<sup>1</sup>: Weibliches Geschlecht bewirkt eine höhere gesellschaftliche Akzeptanz von Ressourcenmangel in Form von tieferer Bildung, tieferem Einkommen, tieferem beruflichem Status und schlechterem Zugang zu Erwerbstätigkeit und dadurch zur Altersvorsorge. Bei Frauen werden prekäre Verhältnisse durch ihre gesellschaftlichen Aufgaben begünstigt. Dies lässt sich bei Frauengruppen verdeutlichen, die als «in prekären Verhältnissen lebend» eingestuft werden, wie es zum Beispiel für viele Alleinerziehende gilt. Die Working-Poor-Rate beträgt bei ihnen 29 Prozent, im Vergleich zu 18 Prozent bei Familien mit mindestens 3 Kindern, 9 Prozent bei den Frauen insgesamt und 6,4 Prozent bei Männern insgesamt [10]. Alleinerziehende befinden sich in besonderem Mass in einer Armutsfalle, weil sie wegen der Kinderbetreuung gleichzeitig in ihrer Erwerbstätigkeit eingeschränkt sind, höhere Lebenshaltungskosten haben, auf Arbeit mit flexiblen Regelungen angewiesen sind und oft in Billiglohnbranchen arbeiten.

Prekäre Verhältnisse haben Auswirkungen auf die Gesundheit. So bestehen gemäss Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1997 bei 20- bis 62-jährigen Frauen folgende Zusammenhänge [11]:

1 Prekarisierung: Umwandlung von gesicherten Lebensverhältnissen in weitgehend unsichere (instabilere, nicht existenzsichernde, ausgrenzungsgefährdende) Verhältnisse (z.B. im Hinblick auf Arbeit, Wohnen, Finanzen)

2 gemeint sind hier: erschwerende Lebensbedingungen infolge von geringeren finanziellen Mitteln (geringeres Haushaltseinkommen), tieferem Bildungsstand, mangelnder sozialer Unterstützung und belastenden Wohnverhältnissen (zu kleine oder zu teure Wohnungen)

3 gemeint sind hier: hohe wöchentliche Gesamtarbeitszeit in Erwerbs-, Haushalts- und/oder Kinderbetreuungsarbeit

4 Gender mainstreaming: systematische Einbeziehung der jeweiligen Situation, der Prioritäten und der Bedürfnisse von Frauen und Männern in allen Politikfeldern

5 Um den höchstmöglichen Gesundheitsstandard zu erreichen, müssen die politischen Instanzen anerkennen, dass Frauen und Männer aufgrund ihrer biologischen Unterschiede und ihrer Geschlechterrollen unterschiedliche Bedürfnisse (bzw. einen unterschiedlichen Bedarf) und unterschiedliche Hindernisse und Möglichkeiten haben.

Bei ausgeprägterem Ressourcenmangel<sup>2</sup> und bei zunehmenden Belastungen<sup>3</sup>

- sinkt der Anteil Frauen, die ihre Gesundheit als sehr gut einschätzen,
- steigt der Anteil Frauen mit häufigen beziehungsweise stark ausgeprägten Beschwerden,

- steigt der Anteil Frauen mit niedrigem psychischem Wohlbefinden,

- steigt der Anteil Raucherinnen.

Bei Alleinerziehenden ist dieser Zusammenhang am stärksten ausgeprägt. So beträgt bei ihnen zum Beispiel der Anteil Rauchender fast 60 Prozent (im Vergleich zu 28% bei Frauen insgesamt). Auch der Medikamentenkonsum ist bei ihnen vergleichsweise hoch, und 32 Prozent geben an, das Gefühl zu haben, den eigenen Problemen ausgeliefert zu sein.

### Die Politik ist gefordert

Da die prekären Verhältnisse, die sich nachteilig auf die Gesundheit auswirken, weit gehend «gesellschaftsgegeben» sind, sind Verbesserungen unter anderem auch durch Massnahmen im sozialpolitischen Bereich zu erzielen. Dies können kurzfristig gezielte Investitionen in diese Gruppen sein (im Sinn eines sozialen Ausgleichs, als Ressourcenstärkung der Mütter, auch als Investition in Kinder), längerfristig müsste jedoch bei den Mechanismen der Prekarisierung angesetzt werden. Das bedeutet unter anderem, die gesellschaftliche Ungleichstellung der Geschlechter abzubauen, wie dies auch der Strategie des «Gender mainstreaming»<sup>4</sup> zugrunde liegt.

Auch im Gesundheitsbereich braucht es eine geschlechtergerechte Politik. «Gender mainstreaming» im Gesundheitsbereich zielt explizit darauf ab, dass Frauen und Männer die gleichen Ressourcen nutzen können, um ihr höchstmögliches Gesundheitspotenzial realisieren zu können [7], und wird im Madrid-Statement der WHO von 2001 [12] auch als «Mainstreaming gender equity in health» bezeichnet. Dass ein solches Mainstreaming nötig ist, wird wie folgt begründet: «To achieve the highest standard of health, health policies have to reco-

gnize that women and men, owing to their biological differences and their gender roles, have different needs, obstacles and opportunities.»<sup>5</sup>

Im Gesundheits- wie auch im Sozialbereich braucht es also einen differenzierten Blick, der auf die mit dem Geschlecht verknüpften «needs» wie auch auf die «opportunities» und «obstacles» gerichtet ist. Nur so kann eine geschlechtergerechte Sozial- und Gesundheitspolitik gewährleistet werden. ■

Autorinnen:

**Elisabeth Zemp Stutz,  
Michela Ceschi**

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel  
Steinengraben 49  
4051 Basel

### Literatur:

1. Townsend P., Davidson N. (eds.): *Inequalities in Health: The Black Report*. Harmondsworth, 1982.
2. Mielck A. (Hrsg.): *Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialegpidemiologischen Forschung in Deutschland*. Opladen, 1994.
3. Lehmann P., Mamboury C., Minder C.: *Health and social inequalities in Switzerland*. *Soc Sci Med* 1990; 31/3: 369-386.
4. Siegrist J.: *Medizinische Soziologie*. Urban und Schwarzenberg, Wien, 1995.
5. Marmot M., Wilkinson R.: *Social determinants of health*. Oxford University Press, Oxford, 1999.
6. Levy R., Joye D.: *Alle gleich? Soziale Schichtung, Verhalten und Wahrnehmung*. Seismo, Zürich, 1998.
7. Künzler G., Knöpfel C.: *Arme sterben früher. Soziale Schicht, Mortalität und Rentenalterspolitik in der Schweiz*. Caritas-Verlag, Luzern, 2002.
8. Doyal L.: *What makes women sick. Gender and the political economy of health*. Macmillan Press, London, 1995.
9. Abel T.: *Konzept und Messung gesundheitsrelevanter Lebensstile*. *Prävention* 1992; 4: 123-128.
10. Streuli E., Bauer T.: *Working Poor in der Schweiz. Konzepte, Ausmass und Problemlagen aufgrund der Daten der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung*. Bundesamt für Statistik 2002, Nr. 484-0100.
11. Zemp E., Kessler P.: *Gesundheit der Frauen*. In: BSF (Hrsg.): *Schweizerische Gesundheitsbefragung. Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. BFS, Neuenburg, 2000: 78-82.
12. World Health Organization: *Mainstreaming gender equity in health: the need to move forward*. Madrid Statement, 2001. <http://whqlibdoc.who.int/euro/2001/a75328.pdf>