

# Fokusbericht Gender und Gesundheit



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**



**Gender equality** means equal treatment of women and men in laws and policies, and equal access to resources and services within families, communities and society at large

**Gender equity** means fairness of treatment for women and men, according to their respective needs.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>8</b>
1.1	Kontext und Ausgangslage	8
1.2	Themenwahl	8
1.3	Vorgehen und theoretischer Bezugsrahmen	9
<b>2</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>11</b>
2.1	Geschlecht und weitere soziale Determinanten: Lebenszeitperspektive und zeitliche Trends	11
2.2	Suizide und Gewalt	15
2.2.1	Suizide – Suizidalität	16
2.2.1.1	Suizide im zeitlichen Verlauf	16
2.2.1.2	Suizidalität im zeitlichen Verlauf	17
2.2.1.3	Determinanten von Suiziden und deren zeitliche Entwicklung	18
2.2.1.4	Geschlechterspezifität von Hilfesuche und von Hilfsangeboten	19
2.2.1.5	<a href="#">Kernaussagen</a>	21
2.2.1.6	<a href="#">Empfehlungen</a>	21
2.2.2	Gewalt	22
2.2.2.1	Gewalt und Gesundheit, vulnerable Gruppen	22
2.2.2.2	Migration und Gewalt: Datenlage	23
2.2.2.3	Hilfsangebote	24
2.2.2.4	<a href="#">Kernaussagen</a>	25
2.2.2.5	<a href="#">Empfehlungen</a>	25
2.2.2.6	Menschen mit Behinderung: Datenlage	25
2.2.2.7	Prävalenz von sexuellen Gewalterfahrungen von Frauen und Männern mit Behinderung	26
2.2.2.8	<a href="#">Kernaussagen</a>	27
2.2.2.9	<a href="#">Empfehlungen</a>	27
2.3	Psychische Gesundheit	27
2.3.1	Stress: Ursachen und Auswirkungen bei Frauen und Männern	28
2.3.1.1	Stressforschung	28
2.3.1.2	Stress in der Schweizer Bevölkerung	28
2.3.1.3	Mehrfachbelastung, work-life-balance und psychische Gesundheit: Schweizer Daten	30
2.3.1.4	<a href="#">Kernaussagen</a>	31
2.3.1.5	<a href="#">Empfehlungen</a>	31
2.3.2	Psychische Gesundheit und Hilfsbedarf bei Männern und Frauen: Selbsteinschätzung und Beurteilung durch Fachpersonen	32
2.3.2.1	Geschlecht und psychische Gesundheit: Schweizer Daten	32
2.3.2.2	Selbsteingeschätzte psychische Gesundheit	33
2.3.2.3	Hilfsbedarf und Inanspruchnahme von Behandlung und Unterstützung	33
2.3.2.4	Stationäre psychiatrische Behandlung	35
2.3.2.5	Interpretation der Symptome durch Fachpersonen	35
2.3.2.6	<a href="#">Kernaussagen</a>	36
2.3.2.7	<a href="#">Empfehlungen</a>	36
2.3.3	Zeitliche Entwicklung der Geschlechterdifferenzen im Bereich der psychischen Gesundheit	37
2.3.3.1	Selbsteingeschätzte psychische Gesundheit	37
2.3.3.2	Inanspruchnahme von Behandlungen	37
2.3.3.3	Invalidität	37
2.3.3.4	<a href="#">Kernaussagen</a>	38
2.3.3.5	<a href="#">Empfehlungen</a>	38
2.3.4	Interaktion zwischen Geschlecht und anderen Determinanten der psychischen Gesundheit	38
2.3.4.1	<a href="#">Empfehlungen</a>	39

2.4 Altern in Gesundheit/Pflegebedürftigkeit	39
2.4.1 Mortalität und Lebenserwartung	40
2.4.1.1 Zeitlicher Trend	40
2.4.1.2 Regionale Unterschiede	41
2.4.1.3 Soziodemographische Determinanten	41
2.4.1.4 Kernaussagen	42
2.4.1.5 Empfehlungen	42
2.4.2 Determinanten der Gesundheit von Männern und Frauen aus einer Lebenszeitperspektive	42
2.4.2.1 Gesundheitsverhalten	43
2.4.2.2 Inanspruchnahmeverhalten von medizinischen Leistungen	44
2.4.2.3 Männlichkeit und Altern	44
2.4.2.4 Biographische Übergänge und lebenskritische Ereignisse	46
2.4.2.5 Soziale Beziehungen und Unterstützung	47
2.4.2.6 Interaktion von Geschlecht mit anderen Determinanten der Gesundheit bezüglich selbsteingeschätzter Gesundheit und Einschränkungen im Alltag	47
2.4.2.7 Kernaussagen	49
2.4.2.8 Empfehlungen	49
2.4.3 Pflegebedürftigkeit und formelle/informelle Pflege	51
2.4.3.1 Behinderungsfreie Lebenserwartung und Pflegebedürftigkeit	51
2.4.3.2 Informelle und formelle Pflege und Hilfe, nach Lebenssituation	51
2.4.3.3 Gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Pflegenden	53
2.4.3.4 Auswirkungen verschiedener Pflegefinanzierungsmodelle auf Männer und Frauen (Forschungsfrage)	54
2.4.3.5 Kernaussagen	54
2.4.3.6 Empfehlungen	55
3 Diskussion	56
4 Literatur	58

# Zusammenfassung

Der Fokusbericht *Gender und Gesundheit* präsentiert für die drei Themenbereiche *Suizide und Gewalt*, *Psychische Gesundheit und Altern in Gesundheit/Pflegebedürftigkeit* eine vertiefte Gender-Analyse. Er soll für die Förderung der Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern und für Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen nutzbar sein und Grundlagen für eine ziel-, wirkungs- und problemlösungsorientierte Strategie im Bereich Gender Health liefern.

Der Bericht stützt sich auf das WHO-Modell der Chancengleichheit, welches soziale Determinanten als «entry points for health investments» definiert. Geschlecht wird darin nicht als isoliertes, feststehendes Merkmal verstanden, sondern als Ergebnis einer Vielzahl individueller und struktureller Prozesse. Die Gender-Analyse besteht darin, auf gesundheitliche Veränderungen in den letzten 10 Jahren einzugehen und auf jene Determinanten zu fokussieren, für die Geschlechterunterschiede bekannt sind oder die für Männer und Frauen unterschiedliche Bedeutungen haben. Das Augenmerk liegt insbesondere auf dem Zusammenwirken von Geschlecht mit weiteren sozialen Determinanten. Ein erstes Kapitel beschreibt denn auch die zeitliche Entwicklung sozialer Determinanten in der Schweiz unter Berücksichtigung der Geschlechter- und Lebenszeitperspektive.

Im Themenbereich *Suizide und Gewalt* wird die zeitliche Entwicklung von Suiziden und Suizidalität betrachtet. Suiziddeterminanten und ihre Bedeutung werden anhand internationaler Literatur für Männer und Frauen in verschiedenen Altersgruppen dargestellt. Der Bericht geht auf die Datenlage von geschlechter- und altersspezifischen Gewalterfahrungen ein und thematisiert den Forschungsbedarf bezüglich Gewalterfahrungen in der Migrationsbevölkerung und bei Menschen mit Behinderung.

Die Gender-Analyse im Themenbereich *Psychische Gesundheit* befasst sich mit Stress und Stressursachen beziehungsweise Stressfolgen in der erwachsenen Bevölkerung. Sie weist auf die Zusammenhänge von Mehrfachrollen und work-life-balance mit Stress und mit der psychischen Gesundheit hin. Zudem wird der Geschlechterbezug in der Wahrnehmung psychischer Gesundheit beziehungsweise psychischer Probleme und im Hilfe-sucheverhalten von Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen untersucht.

Das Kapitel zum Themenbereich *Altern in Gesundheit/Pflegebedürftigkeit* analysiert die zeitliche Entwicklung von Geschlechterunterschieden in der Lebenserwartung und bei der Mortalität. Es geht der Frage nach, inwiefern soziodemographische und sozioökonomische Faktoren, biographische Übergänge, das Gesundheitsverhalten und soziokulturelle Faktoren wie Männlichkeits- und Weiblichkeitsvorstellungen die Gesundheit älterer Männer und Frauen beeinflussen. Des weitern geht es auf die Pflegebedürftigkeit und auf formelle und informelle Pflege ein. Der Bericht legt für alle drei Themenbereiche Handlungsempfehlungen für Praxis und Forschung vor. Die Stossrichtung der Empfehlungen geht hin zu einer stärkeren alters- und geschlechterspezifischen Ausdifferenzierung von Ansätzen der Health Literacy, Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsbetreuung.

# Résumé

Le rapport d'approfondissement *Genre et santé* présente une analyse différenciée selon le genre des trois thèmes suivants : *Suicide et violence*, *Santé psychique* et *Vieillessement en santé/besoin de soins*. Ce rapport doit être utilisable pour la promotion de l'égalité des chances entre les sexes et pour l'amélioration de la qualité du système de santé. Il devrait en plus poser les bases d'une stratégie orientée vers des objectifs, des actions et des solutions dans le domaine Gender Health.

Le rapport se fonde sur le modèle de l'OMS sur l'égalité des chances, qui définit les déterminants sociaux comme « entry points for health investments ». Le genre n'est donc pas compris comme une caractéristique isolée et rigide, mais comme le résultat d'une série de processus individuels et structurels. L'analyse selon le genre aborde les changements de santé survenus au cours de ces 10 dernières années et se focalise sur les déterminants pour lesquels des différences de genre sont connues ou qui ont des significations différentes pour les hommes et les femmes. L'attention porte en particulier sur l'interaction du genre avec d'autres déterminants sociaux. Un premier chapitre décrit donc également le développement dans le temps des déterminants sociaux en Suisse dans une perspective de genre et en tenant compte du parcours de vie.

Sous le thème *Suicide et violence*, le développement dans le temps des suicides et de la suicidalité est pris en considération. Les déterminants du suicide et leurs significations pour les hommes et les femmes dans différents groupes d'âge sont présentés en se fondant sur la littérature internationale. Le rapport aborde les données concernant les expériences de violence spécifiques à l'âge et au genre et thématise le besoin de recherche relative aux expériences de violence dans la population migrante et chez les personnes handicapées.

L'analyse selon le genre, sous le thème *Santé psychique*, se penche sur le stress, ses origines et ses conséquences dans la population adulte. Elle indique les liens entre la multiplicité des rôles et le work-life-balance avec le stress et la santé psychique. Aussi bien chez les jeunes que chez les adultes, les différences de genre concernant la perception de la santé psychique (voir des problèmes psychiques) et la recherche d'aide sont également discutées.

Le chapitre sur le thème *Vieillessement en santé/besoins de soins* analyse l'évolution des différences de genre quant à l'espérance de vie et la mortalité. Il explore dans quelle mesure les facteurs sociodémographiques et socioéconomiques, les transitions de vie, les comportements de santé et les facteurs socioculturels, comme les représentations de la féminité et de la masculinité, influencent la santé des femmes et des hommes âgés. Ensuite, il aborde le besoin de soins ainsi que les soins formels et informels.

Pour ces trois domaines, le rapport propose des recommandations d'action pour la pratique et la recherche. Ces recommandations visent à renforcer davantage une démarche sensible au genre et à l'âge dans les domaines de la Health Literacy, de la promotion de la santé, de la prévention et des soins de santé.

# Riassunto

Il rapporto d'approfondimento *Genere e salute* presenta un'analisi di genere per le tre aree tematiche seguenti: *Suicidio e violenza*, *Salute psichica* e *Invecchiare in salute/bisogno di cure*. Il rapporto si propone di sostenere le pari opportunità tra i sessi e il miglioramento della qualità del sistema sanitario. Dovrebbe inoltre fornire le basi per una strategia orientata sugli obiettivi, l'efficacia e la risoluzione di problemi nell'ambito della salute secondo il genere (Gender Health).

Il rapporto si basa sul modello dell'OMS sulle pari opportunità, che definisce i determinanti sociali come «entry points for health investments». Il genere non viene inteso come una caratteristica fissa e isolata, bensì come il risultato di una serie di processi individuali e strutturali. La presente analisi di genere considera i cambiamenti di salute dell'ultimo decennio e si focalizza sui determinanti di cui si sa esistono differenze di genere o che assumono significati diversi per uomini e donne. Particolare attenzione è data all'interazione tra il genere e gli altri determinanti sociali. Il primo capitolo descrive quindi l'evoluzione dei determinanti sociali in Svizzera in un'ottica di genere e di percorso di vita.

Nell'ambito della tematica *Suicidio e violenza* viene trattata l'evoluzione dei suicidi e della suicidalità. Basandosi sulla letteratura internazionale vengono presentati i determinanti del suicidio e il loro significato per uomini e donne in differenti classi di età. Il rapporto esplora inoltre i dati riguardanti l'esperienza di violenza specifica al genere e all'età e tematizza la necessità di ricerca relativa al vissuto di violenza nella popolazione migrante e nei disabili.

L'analisi di genere per la tematica *Salute psichica* tratta lo stress, le sue origini e le sue conseguenze nella popolazione adulta. Indica la relazione tra l'assunzione di ruoli multipli, il work-life-balance e lo stress e la salute psichica. Discusse sono inoltre le differenze di genere, tanto nei giovani quanto negli adulti, nella percezione della salute psichica (rispettivamente dei problemi psichici) e nella conseguente ricerca di un sostegno adatto.

Il capitolo sulla tematica *Invecchiare in salute/bisogno di cure* analizza l'evoluzione delle differenze di genere riguardo alla speranza di vita e alla mortalità. Esplora in che misura fattori sociodemografici e socioeconomici, transizioni biografiche, comportamenti preventivi e fattori socio-

culturali, quali le rappresentazioni della femminilità e della mascolinità, influenzino la salute delle donne e degli uomini anziani. Inoltre tematizza il bisogno di cure, così come il conseguimento di cure professionali e informali.

Per le tre aree tematiche prese in considerazione il rapporto propone delle raccomandazioni d'azione per la pratica e la ricerca. Queste raccomandazioni puntano ad un ulteriore rafforzamento di un approccio specifico al genere e all'età negli ambiti della Health Literacy, della promozione della salute, della prevenzione e delle cure sanitarie.

# Summary

The focus report *Gender and Health* presents a deepened gender analysis for the three thematic areas: *Suicide and Violence*; *Mental Health and Healthy Aging/Nursing Care Needs*. It should be useful for promoting equality between the sexes and quality improvements in the health care system, as well as offering a basis for a goal-, effect-, and solution-oriented strategy in the area of gender health.

The report is based on the WHO model of equal opportunity, which defines social determinants as «entry points for health investments». Gender is thereby not understood as an isolated, fixed characteristic, but as the result of a plurality of individual and structural processes. The gender analysis consists in surveying health changes in the last 10 years and focussing on those determinants for which gender differences are known or that have different meanings for men and women. Particular attention is paid to the interaction of gender with additional social determinants. A first chapter hence also describes the time trends of social determinants in Switzerland under consideration of the gender and lifespan perspective.

In the thematic area *Suicide and Violence* the development over time of suicides and suicidality are considered. Suicide determinants and their meaning are represented by means of international literature for men and women across different age groups. The report explores the available information regarding gender- and age-specific experiences of violence and thematizes research needs concerning the experience of violence in the migrant population and amongst people with disability.

The gender analysis in the thematic area *Mental Health* concerns stress as well as causes and effects of stress in the adult population. It points to the interconnections of multiple roles and work-life-balance with stress and mental health. In addition, the relevance of gender to the perception of mental health and psychological problems, as well as the help-seeking behaviour of children/adolescents and adults, is examined.

The chapter on the thematic area *Healthy Aging/Nursing Care Needs* analyses the time trends of gender differences in life expectancy and mortality. It pursues the question, to what extent sociodemographic and socio-economic factors, biographic transitions, health behaviour

and sociocultural factors – such as conceptions of masculinity and femininity – influence the health of older men and women. Furthermore, it examines the need for nursing care as well as formal and informal care.

The report makes recommendations regarding practice and research for all three thematic areas. The recommendations lean in the direction of a stronger age- and gender-specific differentiation of approaches in health literacy, health promotion, prevention and health care

# 1 Einleitung

## 1.1 Kontext und Ausgangslage

Die Berücksichtigung des Geschlechts als eine zentrale soziostrukturelle Gesundheitsdeterminante gilt als Möglichkeit, im Gesundheitswesen zu einer Qualitätsverbesserung und darüber hinaus zu einem Abbau von Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern beizutragen (Kolip, Lademann et al. 2006). Dies erfolgte in den 90er Jahren vor allem in Form von Frauengesundheitsberichterstattung und -forschung und mittels frauenspezifischer Ansätze und fand zunehmend Eingang in gesundheitspolitische Agenden und Schlüsseldokumente (Eidg. Büro für Gleichstellung von Frau und Mann 1999; Zemp, Coda et al. 1999; WHO Euro 2001). Inzwischen wird vermehrt auch die Männergesundheit explizit beachtet und zunehmend etabliert sich eine geschlechterbezogene Sichtweise, die zu-dem versucht, über eine rein geschlechtervergleichende Darstellung von Gesundheitsindikatoren hinauszugehen (Bird and Rieker 1999; Doyal 2000; Hurrelmann and Kolip 2002; Krieger 2003). Geschlechterbezogene Analysen beschäftigen sich mit den Auswirkungen gesellschaftlicher Bedingungen und Prozesse für Männer und Frauen, wie dies im Gender-Mainstreaming gefordert wird. Sie befassen sich zudem damit, ob bzw. wie sich solche Entwicklungen wiederum auf das Geschlechterverhältnis auswirken. Vor diesem Hintergrund sind für Gender-Analysen die demographischen und gesellschaftlichen Entwicklungen von Bedeutung. In industrialisierten Ländern sind in diesem Sinn folgende Entwicklungen sowohl gesundheits- als auch geschlechterrelevant (Kickbusch 2006): die längere Lebenserwartung, die Dominanz chronischer, zum Teil vermeidbarer Erkrankungen, das wachsende Gewicht der Gesundheitswirtschaft, neue Belastungen und Chancen für die Gesundheit, gewachsene Ansprüche, Zunahme sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen. Zu geschlechterrelevanten Veränderungen und Ereignissen der letzten 10 Jahre in der Schweiz gehören auch verschiedene Massnahmen auf gesetzlicher Ebene (In-Kraft-Treten des Gleichstellungsgesetzes, des Behindertengleichstellungsgesetzes, der Mutterschaftsversicherung, des straffreien Schwangerschaftsabbruchs, Revision des Krankenversicherungsgesetzes), die vermehrte Entwicklung und Durchführung geschlechterspezifischer Präventionsaktivitäten (Kampagnen, Projekte), des Weiteren Entwicklungen bei Lebensstilen (Tabakbereich, körperliche Aktivität, Mobilität), Veränderungen in der Arbeitsmarktsituation, in der Migrationsbevölkerung

oder die breite Etablierung neuer Kommunikationsmöglichkeiten. Die gesundheitlichen Folgen solcher Veränderungen und ihre Auswirkungen auf Männer, Frauen und das Geschlechterverhältnis sind noch wenig untersucht. Hier will der Fokusbericht mit einer geschlechterbezogenen Analyse einen Beitrag leisten.

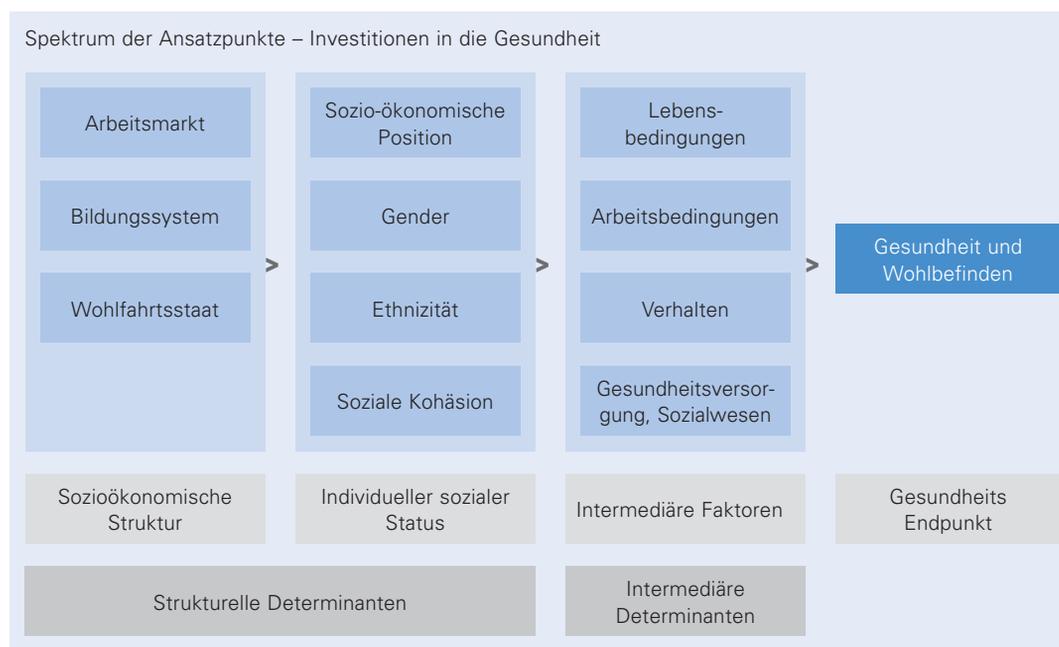
Der Fokusbericht soll für das Bundesamt für Gesundheit eine Entscheidungs- und Planungsgrundlage zur zukünftigen Orientierung im Bereich Gender Health sein. Er soll namentlich für eine ziel-, wirkungs- und problemlösungsorientierte Strategie für den Bereich Gender Health auf nationaler Ebene verwendbar sein. Daher besteht seine Zielsetzung darin, eine vertiefte Gender-Analyse ausgewählter, geschlechterrelevanter Themenbereiche durchzuführen und Handlungsempfehlungen für Forschung und Praxis zu formulieren.

## 1.2 Themenwahl

Basierend auf dem Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006, dessen Vernehmlassung sowie einem gezielten Dokumentenstudium wurde auf Veranlassung des Bundesamtes für Gesundheit eine erste Themenwahl vorgenommen. Folgende Kriterien lagen dieser Wahl zugrunde: Grössenordnung der Problematik in der Schweiz, Potential für Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern, Potential für Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen, Potential für Gesundheitsförderung und Prävention/Gesundheitskompetenzen, Änderungen im zeitlichen Verlauf seit 1996, Dringlichkeit von Aktivitäten und aktuelle Entwicklungen bzw. Massnahmen im gesetzlichen und institutionellen Bereich. Diese erste Themenwahl wurde in Gesprächen mit Schweizer ExpertInnen und VertreterInnen des Bundesamtes für Gesundheit diskutiert und auf die drei Themen reduziert, die nun Gegenstand des vorliegenden Berichtes sind, nämlich

- Gewalt – Suizide,
- Psychische Gesundheit,
- Altern in Gesundheit/Pflegebedürftigkeit.

Abbildung 1 WHO-Modell der Chancengleichheit



Quelle: WHO (WHO 2005)

### 1.3 Vorgehen und theoretischer Bezugsrahmen

Im Vorfeld des Berichtes wurde festgelegt, dass folgende Aspekte für den Fokusbericht als arbeitsleitend gelten sollen:

- Verwendung der beiden Ziele *Durchsetzung gesundheitlicher Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern* und *Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen* als «roten Faden»
- Vertiefung der Analyse bezüglich des Zusammenwirkens von Geschlecht mit weiteren Gesundheitsdeterminanten (soziale Schicht, Alter, Migration und Behinderung)
- Einbezug von Entwicklungen in den letzten 10 Jahren (Schweiz. Frauengesundheitsbericht von 1996 als Referenzrahmen)
- Berücksichtigung relevanter regionaler Unterschiede
- Stärkere Gewichtung des Gesundheitsförderungspotentials
- Aufzeigen von Handlungsperspektiven (auf Forschungs- und Praxisebene) für eine ziel-, wirkungs- und problemlösungsorientierte Strategie
- Erstellung aussagekräftiger Grafiken

#### Theoretische Einbettung:

Als theoretischen Rahmen ziehen wir das WHO-Modell der Chancengleichheit bei (WHO 2005). Dieses Modell legt den Fokus auf soziale Determinanten als «entry points for health investments». Es geht von strukturellen, individuellen und intermediären Gesundheitsdeterminanten aus und situiert Gender wie auch weitere Sozialindikatoren (sozioökonomische Lage, Ethnizität, soziale Kohäsion) zwischen den strukturellen und intermediären Gesundheitsdeterminanten (Abb. 1).

Zur Erhöhung von Chancengleichheit wird eine verstärkte Investition bei der Sozialstruktur empfohlen (zu dieser konzeptionellen Anlehnung siehe auch unter:

[www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00402/01422/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00402/01422/index.html?lang=de)).

Gender wird somit nicht als isoliertes, feststehendes Merkmal aufgefasst, sondern als Ergebnis einer Vielzahl von Prozessen: Gender konstituiert sich einerseits in Prozessen auf der Ebene der Sozialstruktur, ist andererseits das Ergebnis von sich auf individueller Ebene abspielender

Prozesse. Für den Gesundheitsbereich ergibt sich daraus, dass Geschlechterrollen und mit dem Geschlecht assoziierte soziokulturelle Faktoren

- auch mit gesundheitlichen Schutz- und Risikofaktoren assoziiert sind,
- den Zugang zu Ressourcen für die Gesundheitsförderung und -erhaltung beeinflussen (einschliesslich Information, Bildung, Technologie und Gesundheitsdienste),
- Prävalenz, Manifestation, Schweregrad und Verlauf von Erkrankungen mitbestimmen,
- die Lösungen, die vom Gesundheitssystem angeboten werden, modifizieren und
- beeinflussen, welche Rollen Männer und Frauen als Dienstleistende im Gesundheitswesen einnehmen (Vlassoff and Garcia Moreno 2002).

Männer und Frauen sind als soziale Gruppen aufzufassen, die je gemeinsame Erfahrungen, Ressourcen und Risikofaktoren aufweisen. Im Sinne von Public Health sind sie daher im Hinblick auf Interventionen relevante Bevölkerungskategorien.

#### Chancengleichheit

Für die Durchsetzung gesundheitlicher Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern sind die Konzepte der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit zentral. Horizontale Gerechtigkeit (Gijsbergs, Van Vliet et al. 1996; Raine 2000; van Doorslaer, Wagstaff et al. 2000) fordert gleiche Gesundheitsleistungen bei gleichen Bedürfnissen von Männern und Frauen, vertikale Gerechtigkeit (Mustard, Kaufert et al. 1998; Sutton 2002; Davidson and Arber 2003) hingegen unterschiedliche Gesundheitsleistungen bei unterschiedlichen Bedürfnissen von Männern und Frauen.

#### Themenbezogenes Vorgehen

Für jedes der drei Themen wurde als Begleitgremium eine Arbeitsgruppe von Schweizer ExpertInnen gebildet. Diese trafen sich an zwei Arbeitstreffen, ein erstes Mal zur Diskussion und Festlegung der Fragestellungen, ein zweites Mal zur Diskussion der Ergebnisse, und nahmen an der Vernehmlassung des Fokusberichts teil. Als erster Arbeitsschritt wurde für die drei Themen je eine inhaltliche Ausgangslage beschrieben, die aus einer kurzen inhaltlichen Zusammenfassung der Ergebnisse des Gender-Gesundheitsberichts Schweiz 2006 (Kolip, Lademann et al. 2006) bestand und durch weitere aktuelle Dokumente ergänzt wurde. Diese Zusammenfassungen wurden aus Frauen-

und Männerperspektive dargestellt, daraus «key points» für die Gender-Analyse abgeleitet, welche in den Arbeitsgruppentreffen diskutiert und unter Beizug der ExpertInnen zu den definitiven Fragestellungen für die Gender-Analyse weiterentwickelt wurden. Anschliessend wurde für jedes der drei Themen ein Analyse- und Arbeitsplan erstellt.

Die Arbeitsweise bezüglich Gender-Analyse bestand darin, Männer und Frauen im Sinne von Public Health-Kategorien als Bevölkerungsgruppen zu betrachten. Dabei ging es neben der Beschreibung der unterschiedlichen Häufigkeit für (Untergruppen von) Frauen oder Männer(n) vor allem darum, Erklärungen für solche Unterschiede zu finden bzw. Ansatzpunkte für Interventionen und geschlechterbezogene Phänomene herauszuarbeiten. Vor dem Hintergrund des theoretischen Rahmens interessierte namentlich, wie Geschlecht mit anderen sozialen Determinanten zusammenwirkt. Solche Zusammenhänge wurden auf deskriptiver Ebene dargestellt, wofür teilweise bereits vorhandene Statistiken und Publikationen verwendet, teilweise eigene Analysen durchgeführt wurden. Es wurden dafür auch weitergehende Analysen aus der Literatur beigezogen, wenn möglich aus der schweizerischen, teilweise auch aus der internationalen Literatur. In Analogie zum Vorgehen von Arber (Arber and Cooper 1999) wurde zudem mit den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung untersucht, wie sich bei ausgewählten Indikatoren der Zusammenhang von Geschlecht mit der Gesundheit verändert, wenn in Regressionsmodellen weitere soziale Determinanten eingeführt werden. Die in (Routine-)Statistiken vorhandenen Indikatoren enthalten allerdings oft zu grobe soziale Kategorien, um an die Bedeutung von Männlichkeit und Weiblichkeit heranzukommen. Die verwendeten Datenquellen werden in den einzelnen Kapiteln angegeben. Regionale Unterschiede wurden untersucht, wenn die Datenlage es erlaubte. Dies war allerdings in sehr unterschiedlichem Grad der Fall. Auf regionale Unterschiede wird daher nicht in allen Kapiteln eingegangen.

# 2 Ergebnisse

## 2.1 Geschlecht und weitere soziale Determinanten: Lebenszeitperspektive und zeitliche Trends

Die Interaktion von Gender und weiteren sozialen Determinanten ist von zentraler Bedeutung, da die sozialen Determinanten für Männer und Frauen unterschiedliche Bedeutung haben. Für einige solcher Determinanten lassen sich im Zuge des gesellschaftlichen Wandels der letzten 10 Jahre Änderungen beobachten. Diese fallen insbesondere auf, wenn die Determinanten in einer Lebenszeitperspektive betrachtet werden. In diesem Kapitel werden ausgewählte soziale Determinanten dargestellt, auf deren geschlechterbezogene Bedeutung im Fokusbericht eingegangen wird.

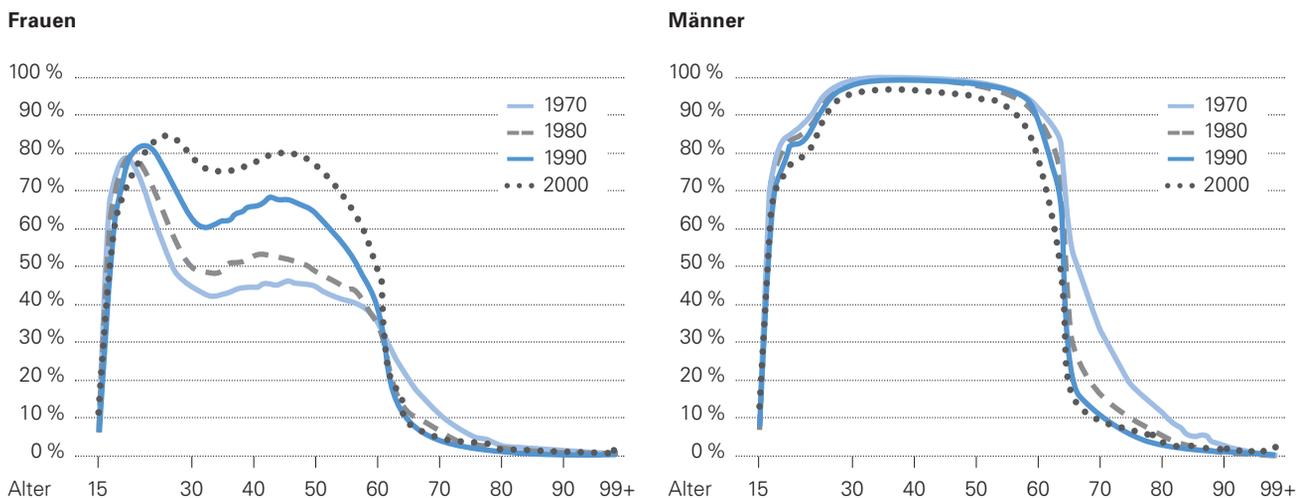
### Erwerbs- und Privatleben:

**Erwerbsquoten:** Seit 1990 hat die Erwerbsquote bei 30–65-jährigen Männern abgenommen, bei Frauen hingegen ist sie deutlich angestiegen, bei gleichbleibendem Muster (bei Männern Plateau, bei Frauen zweigipfliger Verlauf) (Abb. 2). Bei den Frauen ist der Rückgang der Erwerbstätigkeit, der mit der Familiengründung bzw. mit der Elternschaft einhergeht, kleiner geworden und hat sich zu

einem höheren Alter hin verschoben. Zudem nehmen Frauen nach der Familienpause deutlich häufiger wieder eine Erwerbstätigkeit auf. Bei Männern hingegen zeigen sich seit 1990 rückläufige Erwerbsquoten, am ausgeprägtesten im jüngeren Erwachsenenalter und nach 50. Vor 1990 waren Männer auch nach dem offiziellen Pensionierungsalter zu einem wesentlich höheren Prozentsatz erwerbstätig als im Jahr 2000.

Deutlich mehr Männer als Frauen lassen sich frühpensionieren (41 % versus 12 %) (Balthasar, Bieri et al. 2003). Während bei den Männern eher soziale (kleiner werdender Haushalt, aktive Freizeitgestaltung), sozioprofessionelle (grosser Betrieb, Arbeit in bestimmten Branchen) und gesundheitliche Merkmale (schlechter Gesundheitszustand) den Zeitpunkt des Altersrücktritts erklären, sind es bei den Frauen überwiegend sozioökonomische Gründe (Höhe des Altersguthabens der 2. Säule). Der Anteil zwangsweise Frühpensionierter (insgesamt etwa 30 % aller Frühpensionierten) weist keine relevanten Geschlechterunterschiede auf. Bei Frauen ist die Hausarbeit der wichtigste Grund (53 %), warum sie im Alter zwischen 53 und 61 auf eine Erwerbstätigkeit verzichten (Widmer and Sousa-Poza 2003).

Abbildung 2 Zeitliche Entwicklung der Erwerbsquote, nach Geschlecht



Quelle: BFS (Bundesamt für Statistik 2004a)

**Geschlechterunterschiede im Arbeits- und Privatleben**  
Tabelle 1 zeigt eine Übersicht der Geschlechterunterschiede ausgewählter Indikatoren des Arbeits- und Privatlebens. Diese Indikatoren gelten als mögliche Gesundheitsdeterminanten und wurden in verschiedenen Schweizer Arbeiten untersucht (Branger, Gazareth et al. 2003; Graf, Pekruhl et al. 2007).

Trotz der vermehrten Beteiligung der Frauen am Arbeitsmarkt in den letzten Jahrzehnten bleiben die Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Erwerbs- und Privatleben noch beträchtlich. Levy charakterisiert diese Situation mit folgendem Statement: «les hommes ont tendance à participer à la vie familiale dans la mesure où les exigences de leur activité professionnelle le permettent, les femmes participent au monde professionnel dans la mesure où les impératifs de la vie familiale le permettent» (Levy 1999).

Die Erwerbsstruktur ist weiterhin stark durch eine Kluft zwischen den Geschlechtern gekennzeichnet: Frauen, insbesondere Mütter, orientieren sich ausgeprägter an der Teilzeitarbeit, um Erwerbs- und Familienleben zu vereinbaren. Männer, insbesondere Väter, fühlen sich unter Druck, die Rolle der hauptsächlichen Familienernährer zu übernehmen, vollzeitlich zu arbeiten und in der beruflichen Position weiterzukommen. Entsprechend ergeben sich bei den Arbeitsbedingungen Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern in Bezug auf das Einkommen und auf die Aufstiegs- und Karrieremöglichkeiten.

Die Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen innerhalb der Familie und im Haushalt sind ebenfalls ausgeprägt: während die Männer vorwiegend das Haushaltseinkommen sichern, übernehmen Frauen weiterhin mehrheitlich die Haushalts- und Kinderbetreuungsaufgaben. Männer fühlen sich stärker als Frauen durch ihre PartnerInnen unterstützt und sind mit der Aufgabenteilung zufriedener. Sie sind allerdings bezüglich des Ausmasses an Freizeit weniger zufrieden als Frauen.

#### **Bildung, Erwerbseinkommen, materielle Ressourcen**

Die Bildungsunterschiede zwischen Männern und Frauen haben im Laufe der Zeit abgenommen (Branger, Gazareth et al. 2003). Sie bestehen vor allem auf der Tertiärstufe, prägen die älteren Bevölkerungsgruppen am grössten, sind aber auch bei jungen Erwachsenen nach wie vor vorhanden. Frauen verfügen häufiger über keine nachobliga-

torische Bildung, während höhere Abschlüsse häufiger von Männern erworben werden. Die ausgeprägten Geschlechterunterschiede in der Berufs- und Fächerwahl haben sich seit 1980 kaum verändert (Branger, Gazareth et al. 2003): Junge Männer entscheiden sich häufiger für Berufe des Baugewerbes, der Metall- und Maschinenindustrie oder des Holzgewerbes, junge Frauen für Berufe der Körperpflege oder der Heilbehandlungen. In technischen Berufen machen Frauen eine Minderheit von rund einem Viertel aus, im Verkauf gilt dies für Männer. In Büroberufen finden sich rund zwei Drittel Frauen und ein Drittel Männer. An universitären Hochschulen wählen Frauen sehr selten technische Fächer, viel häufiger hingegen Sozial- und Geisteswissenschaften.

Die Löhne der Frauen sind im Durchschnitt deutlich niedriger als diejenigen der Männer (Lohndifferenzen von 21 % in der Privatwirtschaft, von 10 % in der Bundesverwaltung) (Branger, Gazareth et al. 2003; Budowski 2003). Auch bei gleicher Ausbildung, gleicher beruflicher Stellung, gleichem Anforderungsniveau des Arbeitsplatzes bestehen deutliche Geschlechterunterschiede. In den meisten Tieflohnbranchen machen Frauen einen Anteil der Beschäftigten von 50 % oder mehr aus. Unter den Vollzeit erwerbstätigen Frauen haben 15 % ein Lohn bis maximal 3000 Franken im Monat, unter den Vollzeit erwerbstätigen Männern sind dies 2.7 %. Materiell benachteiligt sind insbesondere Frauen, die ihren Lebensunterhalt allein bestreiten (v.a. allein erziehende Mütter und allein lebende Rentnerinnen). Frauen sind vor allem in der dritten Säule unterdotiert. Frauen beziehen häufiger Leistungen des Sozialschutzsystems als Männer. Umgerechnet in monatliche Beiträge ist ihr Einkommen aus diesem System jedoch niedriger als dasjenige der Männer. Grund dafür ist die unterschiedliche Integration in die Arbeitswelt, welche für die Berechnung der meisten Leistungen massgeblich ist. Die Entfernung vom Arbeitsmarkt scheint zu den wichtigsten strukturellen Faktoren zu gehören, welche das Risiko erhöhen, in Armut zu leben. Obwohl sich die wirtschaftliche Unabhängigkeit der Frauen tendenziell vergrössert hat (Suter 2000), weisen Frauen aufgrund von Analysen des Schweizerischen Haushaltspanels einen grösseren Anteil von dauerhaft und von gelegentlich in Armut lebenden Personen auf als Männer (6.3 % versus 2.7 % in dauerhafter Armut, 10.7 % versus 5.3 % in gelegentlicher Armut) (Budowski 2003).

**Table 1** Geschlechterunterschiede für ausgewählte Indikatoren des Arbeits- und Privatlebens in der Schweiz

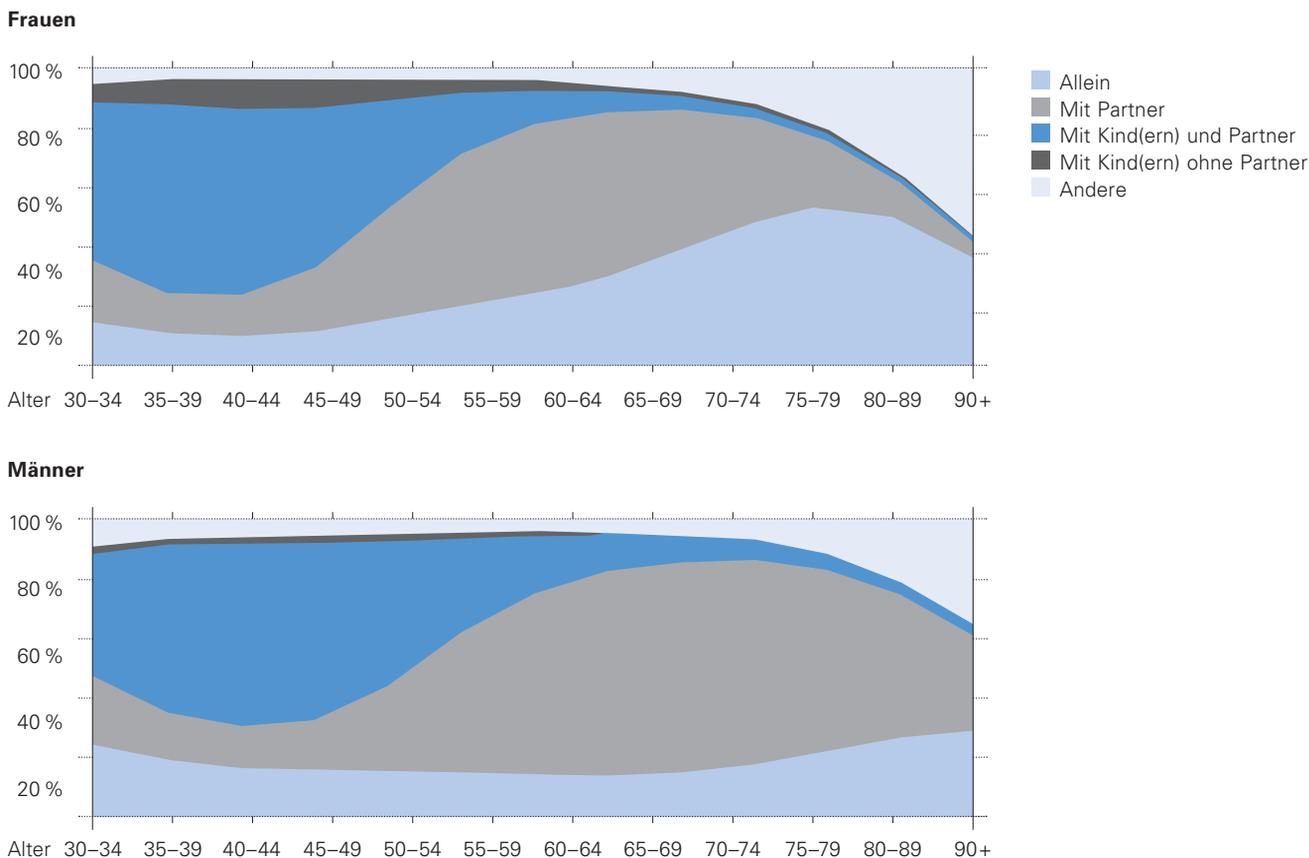
	w	m
<b>Erwerbsleben</b>		
Erwerbsarbeit	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Erwerbsarbeit: Vollzeit	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Erwerbsarbeit: Teilzeit	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Erwerbsarbeit im Dienstleistungsbereich (Gesundheit, Erziehung u.a.)	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Erwerbsarbeit in der Industrie	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Hohe hierarchische Arbeitsposition	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Prekäre Arbeitsbedingungen	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Arbeitslosigkeit	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Einkommen (bei gleicher Ausbildung und Funktion)	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Bezahlte Weiterbildung	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Autonomie	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Tiefes Einkommen	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Zufriedenheit mit der Erwerbsarbeit*	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Frühpensionierung	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Zwangswise Frühpensionierung*	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
<b>Privatleben: Haushalt und Familie</b>		
Hauptverdienende	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Alleinerziehende	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Verantwortung für Haushaltsaufgaben	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Kinderbetreuung	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Betreuung kranker Kinder	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Wahrgenommene praktische Unterstützung durch Partner/Partnerin	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Wahrgenommene emotionale Unterstützung durch Partner/Partnerin	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Zufriedenheit mit der Aufgabenteilung in Haushalt/Familie	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
<b>Freizeit/Ehrenamtliche Arbeit</b>		
Selbsteingeschätztes Ausmass der verfügbaren Freizeit	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Teilnahme an Vereinsaktivitäten	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Ehrenamtliche Arbeit	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Ehrenamtliche Arbeit im informellen Bereich	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Unzufriedenheit mit der verfügbaren Freizeit	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■

Quellen: Auf dem Weg zur Gleichstellung (Branger, Gazareth et al. 2003); Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2005 (Graf, Pekruhl et al. 2007).

- Häufiger beim jeweiligen Geschlecht
- ■ Viel häufiger beim jeweiligen Geschlecht
- ■ ■ Sehr viel häufiger beim jeweiligen Geschlecht

\* Kein Geschlechterunterschied

Abbildung 3 Wohnbevölkerung nach Geschlecht, Alter und Haushaltszusammensetzung



Quelle: Volkszählung 2000

**Zivilstand/Haushaltszusammensetzung**

Bei über 50-Jährigen ist der Anteil Verheirateter bei Männern deutlich grösser als bei Frauen, der Anteil Verwitweter und Lediger hingegen bei Frauen (Wanner, Sauvain-Dugerdil et al. 2005). Entsprechend zeigen sich in der Haushaltszusammensetzung frappante Geschlechterunterschiede, insbesondere im höheren Lebensalter (Abb. 3): die Situation, dass ein Mann mit einer Partnerin lebt, ist weit häufiger als die Situation, dass eine Frau mit einem Partner lebt. Vor allem ältere Frauen leben viel häufiger allein als ältere Männer.

**Scheidungen**

Die zusammengefasste Scheidungsziffer für das Jahr 2005 betrug fast 53 % (Bundesamt für Statistik 2007b). Die durchschnittliche Dauer geschiedener Ehen ist seit 1970 von 11.6 auf 13.8 Jahre (2004) gestiegen (Bundesamt für Statistik 2005b). 27 % der Männer und 19 % der Frauen

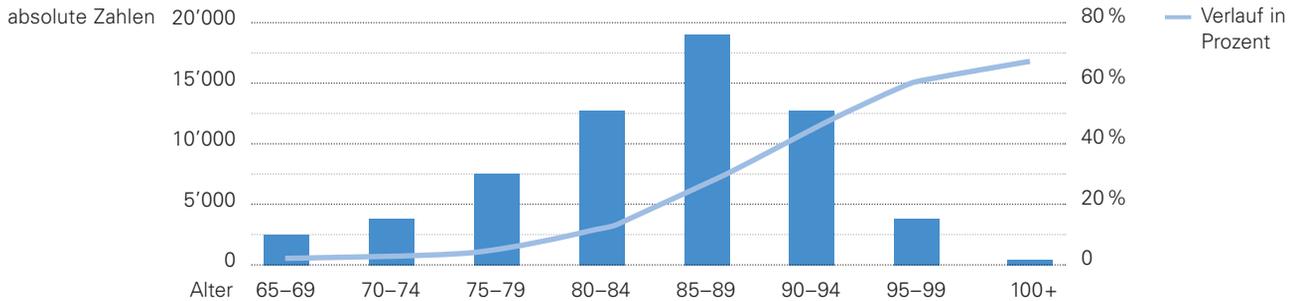
sind zum Zeitpunkt der Scheidung über 49 Jahre alt. Geschiedene heiraten häufig in den ersten auf die Scheidung folgenden Jahren (Bundesamt für Statistik 1998). Dies trifft insbesondere auf Männer zu, die mehrheitlich im ersten Kalenderjahr nach der Scheidung eine neue Ehe eingehen. Geschiedene Frauen gehen mit zunehmendem Alter seltener eine weitere Ehe ein.

**Verwitwung**

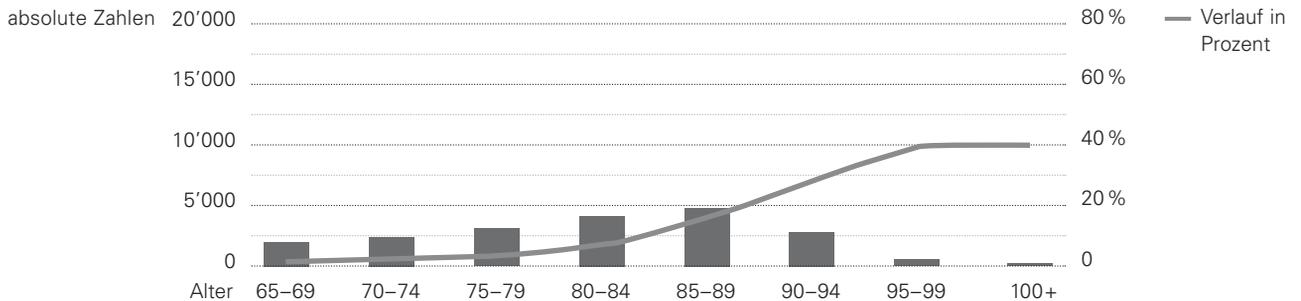
Das Risiko einer Verwitwung ist heute aufgrund der höheren Lebenserwartung der Frauen und dem meist höheren Alter der Ehemänner für Frauen erheblich höher als für Männer. Bei 70 % der Ehen, die durch Todesfälle aufgelöst werden, werden Frauen zu Witwen (Bundesamt für Statistik 2005b). Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt des Verwitwens lag im Jahre 2001 für Frauen bei 69.5 Jah-

Abbildung 4 Absolute Zahlen und prozentualer Anteil der Personen, die in Kollektivhaushalten leben, nach Alter und Geschlecht

**Frauen**



**Männer**



Quelle: Volkszählung 2000

ren, für Männer bei 72.6 Jahren (Wanner, Sauvain-Dugerdil et al. 2005). Ältere Männer haben auch eine höhere Wiederverheiratungsquote als Frauen (10 % aller Witwer gegenüber 2 % aller Witwen) (Höpflinger 2001). Gründe dafür können einerseits die kleinere Anzahl verfügbarer Männer sein, andererseits dürften auch finanzielle Überlegungen (Verlust der Witwenrente) oder psychologische Gründe (keine Motivation, eine neue Pflegesituation zu durchleben) eine Rolle spielen (Carr 2004).

**Leben in sozialmedizinischen Institutionen**

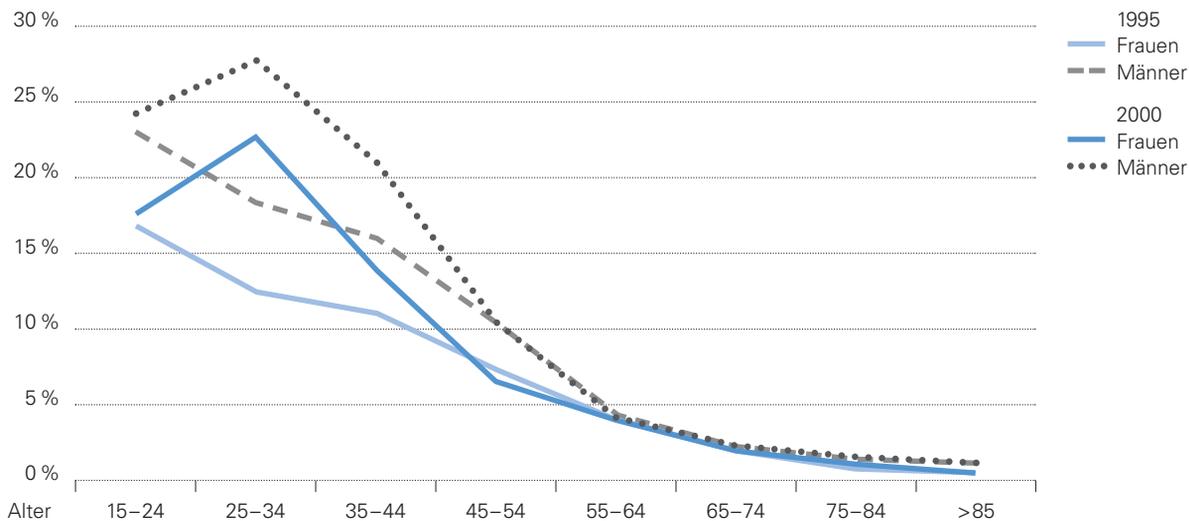
Deutlich mehr Frauen als Männer (absolut und relativ) leben in sozialmedizinischen Institutionen (Alters-, Pflege-, Behindertenheime) (Wanner, Sauvain-Dugerdil et al. 2005). Der Anteil Personen, die in sozialmedizinischen Institutionen leben, nimmt bei Frauen mit steigendem Alter stärker zu als bei Männern (Abbildung 4). Nach Erreichen des 95. Altersjahrs leben mehr Frauen, nicht aber mehr Männer, in sozialmedizinischen Institutionen als zu Hause.

**2.2 Suizide und Gewalt**

Hauptgründe für eine vertiefte Gender-Analyse von Suiziden und Gewalt ist auf der einen Seite die Grössenordnung des Problems: Suizide und Gewalteinwirkungen gehören neben den chronischen Krankheiten zu den wichtigsten Todesursachen. Auf der anderen Seite zeigt sich in diesem Bereich ein ausgeprägtes geschlechtertypisches Muster, welches Potential für Chancengleichheit und Prävention erkennen lässt. Dem Phänomen des gewaltvollen Verhaltens gegen sich selber und gegenüber anderen kommt aus einer Geschlechterperspektive besondere Bedeutung zu, da es in einem engen Zusammenhang mit dem Konzept der Männlichkeit gebracht wird (Courtenay 2000).

Dieses Kapitel thematisiert vorwiegend den Geschlechterbezug von Suiziden und Suizidalität. Im Themenbereich Gewalt wird der Schwerpunkt auf Gewalterfahrung und Migration und Behinderung gelegt. Zu weiteren Aspekten der Gewalt, z.B. häuslicher Gewalt oder Jugendgewalt, liegen bereits diverse Berichte vor (Godenzi 1993; Gillioz,

Abbildung 5 Anteil der Suizide an der Gesamtzahl der Todesfälle 1995 und 2000, nach Altersgruppe und Geschlecht



Quelle: Todesursachenstatistiken (Bundesamt für Statistik 2004b)

Gramoni et al. 2003; Gloor and Meier 2004; Eidgenössische Kommission für Frauenfragen 2005; Eisner, Ribeaud et al. 2006; Fachstelle gegen Gewalt 2007). Beim Bereich sexuelle Gewalt und Behinderung wird angesichts der aktuell schwachen Datenlage im Wesentlichen der Forschungs- und Handlungsbedarf aufgezeigt.

### 2.2.1 Suizide – Suizidalität

Die Suizidraten der Schweiz gehören international zu den höchsten. Aufgrund der deutlich höheren Gesamtzahl der Suizide von Männern wird das Thema üblicherweise als «männliches Problem» behandelt. Bei eingehender Betrachtung des zeitlichen Verlaufs der Suiziddaten und bei Einbezug von Suizidalität (Suizidgedanken, Suizidversuche, autoaggressives Verhalten) wird jedoch ersichtlich, dass das Thema beide Geschlechter betrifft.

#### 2.2.1.1 Suizide im zeitlichen Verlauf

Im Jahre 2000 machten Suizide in den Altersgruppen unter 45 Jahren bei Männern ein Viertel und bei Frauen ein Fünftel der Todesfälle aus (Abb. 5). Die offiziellen Suizidstatistiken dürften dabei eine Unterschätzung der tatsächlichen Suizide wiedergeben. Verkannte Suizide verbergen sich insbesondere bei den Todesursachen Verkehrsunfall, Drogentod und unklare Todesursachen. Im Zeitraum 1995–97 waren 66 % aller Todesfälle im Jugendalter mit Gewalteinwirkungen in Zusammenhang zu bringen (inklusive

der unfallbedingten Todesfälle), mit einem Geschlechterverhältnis (Männer:Frauen) von 3.5:1 (Schluter, Narring et al. 2004). Der relative Anteil der Suizide an den Todesursachen ist im Vergleich zu 1995 angestiegen, obwohl die absoluten Suizidzahlen dieser Altersgruppe rückläufig sind (Tab. 2). Es dürfte sich um eine relative Zunahme handeln, die durch den Rückgang anderer Todesursachen zustande kommt. Dagegen nimmt der Anteil der Suizide an der Gesamtzahl der Todesfälle mit dem Alter ab, da andere Todesursachen in den Vordergrund treten. Die absolute Anzahl der Suizidfälle ist im mittleren Lebensalter (34–64 Jahre) am höchsten, die höchsten Suizidraten finden sich im hohen Lebensalter (Tab. 2).

Die Suizidraten stiegen seit 1970 an, erreichten in den 1980er Jahren einen Höhepunkt und sanken danach bei Männern wie Frauen ab. Aktuell wird eine Zunahme der absoluten Suizidzahlen und -raten von Frauen beobachtet, die im Wesentlichen auf der Zunahme der Suizide von Frauen im Alter von 55–64 Jahren und >75 Jahren beruht. Bei Männern, die in allen Altersgruppen eine deutlich höhere Suizidrate aufweisen, liegt bis auf eine Zunahme bei den >85-Jährigen, ein rückläufiger Trend vor. Die Zunahme der Suizide im höheren Alter mag mit einer Zunahme der Suizide mittels Beihilfe zusammenhängen. Diese machten von 1999 bis 2000 bei über 65-jährigen Männern und Frauen ein Achtel bzw. ein Drittel der Sui-

**Tabelle 2** Absolute Anzahl Suizidfälle und Suizidraten pro 100'000, nach Alter und Geschlecht, 1995–99 und 2000–04 (gemittelte Werte)

<b>Suizidfälle</b>	<b>Alter</b>	<b>15–24</b>	<b>25–34</b>	<b>35–44</b>	<b>45–54</b>	<b>55–64</b>	<b>65–74</b>	<b>75–84</b>	<b>&gt;85</b>	<b>Total</b>
1995–99	Frauen	23.6	41.0	59.0	71.2	58.2	58.6	45.6	27.6	384.8
	Männer	96.6	147.4	164.2	183	138.6	111.8	101.0	40.8	983.4
2000–04	Frauen	22.0	35.0	57.8	68.6	79.2	57.2	60.0	39.0	418.8
	Männer	78.8	111.0	157.8	167.8	140.2	106.8	103.8	52.6	918.8
<b>Suizidraten/100'000</b>	<b>Alter</b>	<b>15–24</b>	<b>25–34</b>	<b>35–44</b>	<b>45–54</b>	<b>55–64</b>	<b>65–74</b>	<b>75–84</b>	<b>&gt;85</b>	<b>Total</b>
1995–99	Frauen	5.7	7.2	10.9	14.7	15.4	18.3	21.0	29.0	10.6
	Männer	22.7	26.2	29.5	37.1	38.8	44.6	76.9	111.0	28.5
2000–04	Frauen	5.3	6.7	9.7	13.7	18.9	17.6	25.3	37.8	11.3
	Männer	18.3	21.9	26.0	33.1	33.9	40.4	70.4	125.2	25.9

Quelle: Todesursachenstatistiken (Bundesamt für Statistik 2004b)

zide aus (Schuler, Rüesch et al. 2007). Auf Grund der hohen Suizidraten im hohen Alter wird bei der aktuellen demographischen Entwicklung ein Anstieg der absoluten Anzahl der Suizidfälle erwartet.

Die langsame Annäherung der Suizidraten von Männern und Frauen ist im Wesentlichen auf den stärkeren Rückgang der Raten der Männer zurückzuführen. Das aktuelle Verhältnis zwischen Männern und Frauen beträgt 2.5:1, vor hundert Jahren lag es noch bei 6:1 (Ajdacic-Gross 1999). Mögliche Ursachen liegen in einer Verbesserung der Diagnostik und Therapie von Suizidgefährdeten.

### 2.2.1.2 Suizidalität im zeitlichen Verlauf

Suizidalität umfasst neben den Suiziden auch Suizidversuche, Suizidgedanken und teilweise autoaggressives Verhalten. Die Prävalenz der Suizidalität stellt ein Mass der potentiell Suizidgefährdeten dar.

Im Rahmen der WHO/EURO-Multizenterstudie zu Parasuizid wurde hochgerechnet, dass in der Schweiz pro Jahr etwa 10'000 Suizidversuche medizinisch behandelt werden, Frauen deutlich häufiger (etwa 6'000 Frauen gegenüber etwa 4'000 Männern) (De Leo and Evans 2004). Die Lebenszeitprävalenz der Suizidversuche beträgt demnach 10 %. Die Prävalenz der Suizidversuche wird, soweit sie auf Spitaldaten beruht, allerdings unterschätzt (Evans, Hawton et al. 2005). Die bevölkerungsbezogenen Befragungen des Swiss Multicenter Adolescent Survey (SMASH) von 1992 und 2002 (Narring, Tschumper et al. 1994; Narring, Tschumper et al. 2004) ergeben eine höhere Prävalenz von Suizidversuchen und decken eine Diskrepanz hinsichtlich der medizinischen Versorgung nach

erfolgten Suizidversuchen auf. Ausgeprägt sind die Geschlechterunterschiede bezüglich Suizidalität: Suizidgedanken, momentane Suizidabsichten, Gedanken zur Suizidmethode und Suizidversuche werden von 15–20-jährigen Frauen häufiger angegeben als von gleichaltrigen Männern (Tab. 3) (Narring, Tschumper et al. 2004). Autoaggressionen, mit und ohne tödlicher Intention, sind allgemein bei Mädchen häufiger (Hawton, Harriss et al. 2003; Fortune and Hawton 2005; Sourander, Aromaa et al. 2006; Portzky and van Heeringen 2007).

Zwischen 1992 und 2002 zeigen sich bei der Suizidalität unterschiedliche Häufigkeiten: Während Suizidgedanken im Jugendalter fast um die Hälfte zurückgegangen sind, ist die Prävalenz der Suizidversuche nur geringfügig rückläufig, bei männlichen Jugendlichen etwas stärker. Des Weiteren gaben im Jahr 2002 mehr jugendliche Frauen als Männer an, sie hätten den Suizidversuch FreundInnen oder Verwandten mitgeteilt als in der vorangegangenen Untersuchung (Narring, Tschumper et al. 1994; Narring, Tschumper et al. 2004).

Studien aus den USA haben gezeigt, dass suizidales Verhalten von Frauen und Männern unterschiedlich gewertet wird (Moller-Leimkuhler 2003). Männer, die einen Suizidversuch begangen hatten, wurden von ihren Gleichaltrigen geringer geachtet als Männer nach vollendetem Suizid, da letzteres eher als rollenkonform gewertet wurde. Diese unterschiedliche geschlechterspezifische, sozialmoralische Einschätzung von Suiziden dürfte auch einen Teil der Geschlechterunterschiede im suizidalen Verhalten

**Tabelle 3** Suizidalität bei 15–20-Jährigen in der Schweiz 1992 und 2002 (Anteil Ja-Antworten)

	1992		2002	
	Frauen (%) N=3993	Männer (%) N=5275	Frauen (%) N=3380	Männer (%) N=4040
In den letzten 12 Monaten: Haben Sie and Suizid gedacht?	37,3	27,3	21,4	15,4
Gab es Momente, in denen Sie sich suizidieren wollten?	21,9	13,6	16,7	9,8
Hätten Sie sich suizidiert, wenn Sie die Gelegenheit gehabt hätten?	5,4	4,2	4,9	3,2
Haben Sie an eine Methode ge- dacht, die Sie angewandt hätten?			22,4	17,9
Haben Sie einen Suizidversuch gemacht?	3,9	2,3	3,4	1,6
Haben Sie den Suizidversuch Ver- wandten oder Freunden mitgeteilt?	39	38,3	34	29
Haben Sie in Ihrem Leben je einen Suizidversuch unternommen?			8,2	3,2

Quelle: SMASH 1992 und 2002 (Narring, Tschumper et al. 1994; Narring, Tschumper et al. 2004)

und der Suizidmethoden erklären (Beautrais 2002). Der Einfluss gesellschaftlicher Normen zeigt sich auch beim Einfluss von Arbeitslosigkeit. Für Männer stellt diese ein grösseres Suizidrisiko dar als für Frauen, die ihre Arbeitslosigkeit besser mit traditionellen Frauenrollen rechtfertigen können, während Männer in ihrem Rollenbild stärker erschüttert werden (Hawton 2000). Zur Erklärung der Geschlechterunterschiede bei der Suizidhäufigkeit werden des Weiteren Unterschiede in der Psychopathologie<sup>1</sup> herangezogen wie auch die grössere Bereitschaft von Frauen, Hilfe zu suchen (Beautrais 2002) (s. auch Kap. Psychische Gesundheit).

Werden Suizide und Suizidversuche getrennt betrachtet, sticht die hohe Suizidmortalität der Männer gegenüber jener der Frauen hervor. Bezüglich Suizidversuchen und -gedanken und der daraus resultierenden hohen Morbidität sind Frauen stärker betroffen. Bei einer gesamthaften Betrachtung von Suiziden und Suizidalität liegen kaum Geschlechterdifferenzen vor.

### 2.2.1.3 Determinanten von Suiziden und deren zeitliche Entwicklung

Suizide sind multifaktorielle Geschehen und beruhen auf verschiedenen Determinanten (Tab. 4). Gemäss aktueller Datenlage unterscheiden sich die Determinanten für Suizide und Suizidversuche nicht wesentlich voneinander. Psychopathologien zählen bei Männern und Frauen in allen Altersgruppen zu den häufigsten Risikofaktoren des Suizids und der Suizidversuche (Schuler, Rüesch et al. 2007). Weiter sind psychosoziale Faktoren belegt (Hawton 2000). Frauenspezifische Suizidrisikofaktoren werden vergleichsweise selten untersucht, da Frauen wegen der geringeren Anzahl an vollendeten Suiziden in postmortem-Studien unterrepräsentiert sind. Einige wenige Studien weisen auf frauenspezifische reproduktive Risikofaktoren hin, z.B. traumatische Ereignisse wie Abort, Fehl- oder Totgeburten, oder das Prämenstruelle Syndrom (Appleby, Mortensen et al. 1998; Fergusson, Horwood et al. 2006; Saunders and Hawton 2006). Zusätzlich gibt es eine Reihe psychosozialer Risikofaktoren, denen Frauen häufiger ausgesetzt sind, z.B. sexuelle oder häusliche Gewalt (Beautrais 2006) oder Heimeinweisungen im Alter (siehe Kap. Alter/Pflegebedürftigkeit). Die Geschlechtsentwicklung per se stellt eine instabile Lebensphase dar. Zeitliche Abweichungen von der «normalen», sexuellen Entwicklung sind in beiden Geschlechtern mit Suizidalität assoziiert.

<sup>1</sup> Unterschiede in der Prävalenz von affektiven Störungen, Suchtmittelkonsum und anti-sozialem Verhalten (Beautrais 2002)

iert (Wichstrom 2000; Kaltiala-Heino, Kosunen et al. 2003; Michaud, Suris et al. 2006). Auch Homosexualität, insbesondere bei Jungen, ist mit Suizidalität im Jugendalter assoziiert (Silenzio, Pena et al. 2007).

Alters- und geschlechterspezifische Unterschiede der Suiziddeterminanten beruhen vor allem auf verschiedentlich starken Assoziationen oder Prävalenzen. Tabelle 4 stellt, basierend auf internationaler Literatur, etablierte Suiziddeterminanten für verschiedene Lebensalter nach Geschlecht synoptisch zusammen. Ein Grossteil der Determinanten sind in einem zeitlichen und gesellschaftlichen Wandel begriffen. Einige dieser Trends weisen auf eine Risikoerhöhung hin: So zeigt sich im Jahr 2005 im Vergleich zu 1990 eine Tendenz zu einem höheren Anteil lediger Personen (durch spätere Heirat; deutlicher bei Frauen), und zu einem höheren Anteil Geschiedener und Verwitweter (bei Frauen häufiger). Bei Männern blieb dieser Anteil wegen ihrer höheren Wiederverheiratungsrate stabiler. Die Erwerbsquoten von Männern zeigen seit 1990 eine rückläufige Tendenz, am ausgeprägtesten im jüngeren Erwachsenenalter und nach 50. Die Erwerbslosenquote der 14–25-Jährigen beider Geschlechter hat von gut 2 % auf knapp 5 % zugenommen. Bei Frauen dagegen hat die Erwerbsquote zugenommen (s. auch Kap. 2.1), da der mit der Familiengründung bzw. mit der Elternschaft einhergehende Rückgang abgenommen hat und Frauen nach der Familienpause deutlich häufiger wieder eine Erwerbstätigkeit aufnehmen. Die Erwerbstätigkeit befindet sich jedoch in einem Wandel, so dass ohne neuere Analysen auch hinsichtlich der protektiven oder risikoreichen Aspekte von Erwerbstätigkeit diese Trends in ihren Auswirkungen auf die Suizidhäufigkeit nicht zu beurteilen sind. Hinsichtlich Suizid begünstigendem Risikoverhalten, z.B. Alkoholkonsum, zeigt sich seit 1986 eine Zunahme bei 15–16-jährigen Jugendlichen, während er bei den 11–12-Jährigen zurückgegangen ist. Zwischen 1986 und 2002 ging das Verhältnis von männlichen Jugendlichen gegenüber weiblichen Jugendlichen, die Alkohol konsumierten, von 2,4/1 auf 1,5/1 zurück (Narring, Tschumper et al 2004). Bei Erwachsenen ist insgesamt ein Rückgang des Alkoholkonsums zu verzeichnen, allerdings sind die zeitlichen Veränderungen in den einzelnen Alters- und Bildungsgruppen heterogen (Bundesamt für Statistik 2005c).

Andere Determinanten weisen auf eine Verbesserung des Risikoprofils von Männern wie Frauen hin. Während sich die ambulante Inanspruchnahme zur Behandlung psychischer Probleme nicht wesentlich geändert hat (stabil

bei Frauen, um 1 % erhöht bei Männern), zeigt sich im Jahr 2004 gegenüber 1998 eine Zunahme der Hospitalisierungsraten (von 5 auf 8/100'000). In den Altersgruppen, in welchen die Hospitalisierungsraten am höchsten sind, sehen wir eine besonders deutliche Zunahme (von 8 auf 11/100'000 Einwohner und von 5 auf 9/100'000 Einwohnerinnen) (Schuler, Rüesch et al. 2007).

Ob und in welchem Ausmass diese und weitere Trends bei psychosozialen Determinanten zur Entwicklung der Suizidraten und speziell zur Dynamik der Geschlechterunterschiede beitragen, wurde bisher für die Schweiz nicht untersucht. Solche Verknüpfungen auf individueller Ebene müssten in Longitudinalstudien analysiert werden.

#### **2.2.1.4 Geschlechterspezifität von Hilfesuche und von Hilfsangeboten**

In allen Altersgruppen bestehen Geschlechterdifferenzen in der Bereitschaft, Hilfe einzufordern und anzunehmen. Frauen suchen generell häufiger ÄrztInnen auf und geben an, mehr emotionale Unterstützung zu haben (s. auch Kap. 2.3). Während Frauen sich ungefähr gleich stark auf verschiedene Personen ihres näheren Umkreises stützen (Partnerinnen, Kinder, Verwandte und FreundInnen), ist für Männer die Partnerin oder der Partner mit Abstand die grösste Unterstützungsquelle (Schuler, Rüesch et al. 2007). In der Schweiz besteht ein breites Hilfsangebot für suizidgefährdete Menschen und für Menschen nach erfolgtem Suizidversuch: ambulante und stationäre, medizinische oder psychologische Hilfe, Interessensgemeinschaften und offizielle Anlaufstellen. Diese Institutionen konzentrieren sich entsprechend der Nachfrage vorwiegend auf Behandlung und Krisenintervention (Stoll and Weil 2004). Jugendliche und junge Erwachsene stellen die Hauptzielgruppe dar. Die Altersgruppe der 34–64-Jährigen (höchste Anzahl Suizidfälle) und Betagte (höchste Suizidraten) werden nur selten explizit als Zielgruppe genannt. Adressaten der Prävention sind auch medizinisches Personal und freipraktizierende ÄrztInnen sowie die Bevölkerung, um die Erkennung und Behandlung von suizidgefährdeten Menschen zu verbessern (z.B. das Bündnis gegen Depression). Eine Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums wies einen Mangel an Informationen zur psychischen Gesundheit im mittleren Alter nach (Meyer and Ricka 2005). Obwohl die Studienlage hinsichtlich der Geschlechterdifferenz in der Prävalenz und bezüglich der Risikofaktoren von Suizidalität keine Zweifel lässt, wurde in einer Studie zur Suizidprävention

Tabelle 4 Determinanten von Suizid nach Altersgruppen und Geschlecht

		Frauen	Männer
15–25 Jahre Jugendalter	Psychiatrische Diagnosen	Früherer Suizidversuch Depression (Präv. >F) Zwangsstörungen/Esststörungen	Früherer Suizidversuch Depression Suchterkrankungen
	Soziale Umwelt	<b>Risikofaktoren:</b> Beziehungsprobleme (Ass.>F) Familiäre Probleme Schlechte Schulleistungen Suchtverhalten/Alkohol (Ass.>F) <b>Protektive Faktoren:</b> Soziale Unterstützung (Präv. >F) Inanspruchnahme professioneller Hilfe (Präv. >F)	<b>Risikofaktoren:</b> Beziehungsprobleme Familiäre Probleme Niedriges Einkommen (Lehre) Suchtverhalten/Alkohol (Präv. >M) <b>Protektive Faktoren:</b> Soziale Unterstützung Inanspruchnahme professioneller Hilfe
	Gewalterfahrung	<b>Risikofaktoren:</b> Sexuelle Gewalt (Ass. >F, Präv. >F) Körperliche Gewalt/Demütigung	<b>Risikofaktoren:</b> Sexuelle Gewalt, Körperliche Gewalt/ Demütigung (Ass. >M, Präv. >M)
	Pubertätsentwicklung	<b>Risikofaktoren:</b> Frühe Pubertät (Ass. >F)	<b>Risikofaktoren:</b> Frühe Pubertät Homosexualität (Ass. >M)
26–64 Jahre Erwachsene	Somatische Diagnosen	Somatische chronische Erkrankung/ bösartige Erkrankungen, reproduktive Charakteristika	Somatische chronische Erkrankung/ bösartige Erkrankungen
	Psychiatrische Diagnosen	Früherer Suizidversuch Depression, neurotische Störungen Persönlichkeitsstörungen/Zwangsstörungen Suchtverhalten/Alkohol (Ass.>F) Essstörungen (Präv. >F)	Früherer Suizidversuch Depression Persönlichkeitsstörungen/Zwangsstörungen Suchtverhalten (Präv. >M) Suchterkrankungen (Präv. >M)
	Soziale/familiäre Faktoren	<b>Risikofaktoren:</b> Krisen: Trennung/Scheidung Aspekte der Erwerbsarbeit Hoher Grad an Urbanisation <b>Protektive Faktoren:</b> Elternschaft (für F länger protektiv) Soziale Unterstützung (Präv. >F) Inanspruchnahme professioneller Hilfe (Präv. >F)	<b>Risikofaktoren:</b> Krisen: Trennung/Scheidung (Ass. >M) Aspekte der Erwerbsarbeit Arbeitslosigkeit (Ass. >M) <b>Protektive Faktoren:</b> Elternschaft (für M kürzer protektiv) Soziale Unterstützung Hoher Grad an Urbanisation Inanspruchnahme professioneller Hilfe
>64 Jahre Pensionierungs- alter/hohes Alter	Somatische Diagnosen	Somatische chronische Erkrankung/ bösartige Erkrankungen	Somatische chronische Erkrankung/ bösartige Erkrankungen
	Psychiatrische Faktoren	Depression, Angstzustände Kognitive Funktionsstörungen Einnahme von Beruhigungsmitteln	Depression, Angstzustände Kognitive Funktionsstörung Einnahme von Beruhigungsmitteln
	Soziale Faktoren	<b>Risikofaktoren:</b> Verwitwung (Präv. >F) Heimeinweisung (Präv. >F)	<b>Risikofaktoren:</b> Verwitwung Heimeinweisung

Legende:  
Ass. = Assoziation mit Suizidalität; Präv. = Prävalenz in der Bevölkerung;  
Präv. > M: Prävalenz ist bei Männern grösser  
Präv. > F: Prävalenz ist bei Frauen grösser; <: kleiner

Quelle: (De Leo, Scocco et al. 1999; Hawton 2000; Pitkala, Isometsa et al. 2000; Qin, Agerbo et al. 2000; Wichstrom 2000; Holtkamp and Herpertz-Dahlmann 2001; Scocco, Meneghel et al. 2001; Beautrais 2002; Hawton and Van Heeringen 2002; Fergusson, Beautrais et al. 2003; Moller-Leimkuhler 2003; De Leo and Evans 2004; Steinhausen and Metzke 2004; Fergusson, Horwood et al. 2005; Mean, Righini et al. 2005; Beautrais 2006; Franko and Keel 2006; Ruckebauer, Yazdani et al. 2007; Silenzio, Pena et al. 2007)

in der Schweiz nicht nach geschlechterspezifischen Ansätzen gefragt (Stoll and Weil 2004). Diese Unterlassung dokumentiert die weitreichende Geschlechterblindheit im Bereich der Suizidalität selbst in Fachkreisen.

Die Diskrepanz zwischen der Zahl der Suizidversuche und der Häufigkeit einer anschliessenden medizinischen/psychologischen Betreuung oder Mitteilung an Freunde und Verwandte lässt auf eine gewisse Bagatellisierung von Suizidgedanken und -versuchen im Jugendalter schliessen und zwar von Seiten der Betroffenen ebenso wie der Fachpersonen. Die Informationslage unterstreicht jedoch die Notwendigkeit, Suizidalität auch bei primär geringen gesundheitlichen Konsequenzen ernst zu nehmen und die Prävention auf alters- und geschlechterspezifische Besonderheiten auszurichten.

#### 2.2.1.5 Kernaussagen

- Suizidalität, einschliesslich Suizidgedanken, Suizidversuche und vollendete Suizide, ist für beide Geschlechter in jedem Alter ein wichtiges Gesundheits- und Präventionsthema. Im jungen Alter machen Suizide ein Fünftel (Frauen) bis ein Viertel (Männer) aller Todesursachen aus. Im mittleren Alter findet sich die höchste Anzahl an Suizidfällen und im höheren Alter sind die Suizidraten von Männern und Frauen am höchsten.
- Suizidalität führt zu erhöhter Morbidität (F>M) und zu erhöhter Mortalität (M>F).
- Die Suizidraten von Männern und Frauen nähern sich an, wobei die Annäherung v.a. durch einen stärkeren Rückgang der – allerdings weiterhin hohen – Suizidraten in der männlichen Bevölkerung zustande kommt.
- Die unterschiedliche Prävalenz der Suizidmethoden von Männern und Frauen ist eine Erklärung für die grössere Häufigkeit vollendeter Suizide bei Männern.
- Trotz insgesamt rückläufigen Suizidraten steigen die Raten bei einzelnen Altersgruppen:  
bei 55–64- und über 75-jährigen Frauen, sowie bei Männern über 85 Jahre.
- Suizide im Alter erfolgen, insbesondere bei Frauen, häufig mittels Beihilfe. Hier wäre zu eruieren, ob diese Personen sich von anderen Suizidenten desselben Alters unterscheiden, um spezifische Präventionsangebote zu erarbeiten.

- Die häufigsten Determinanten der Suizidalität sind psychiatrische Grunderkrankungen, die durch verbesserte Erkennung und Therapie weiter reduziert werden könnten.
- Die Geschlechterspezifität der Determinanten von Suizidalität beruht im Wesentlichen auf unterschiedlichen Prävalenzen und unterschiedlich starken Assoziationen. Es liegen aber auch einige geschlechterspezifische Determinanten vor.
- Psychosoziale Determinanten unterliegen teilweise einem zeitlichen und gesellschaftlichen Wandel, der auch auf die Dynamik der Geschlechterdifferenzen und die absoluten Suizidzahlen Auswirkungen hat.

#### 2.2.1.6 Empfehlungen

PH = Public Health, F = Forschung, A = mögliche Adressaten

**PH1** Information und Sensibilisierung von Fachkräften hinsichtlich der geschlechter- und altersspezifischen Determinanten des Suizids und Hilfesuchverhaltens.

A: Bundesamt für Gesundheit | nationale und kantonale Stellen der Gesundheitsförderung und Prävention | med. Fachgesellschaften | Public Health Schweiz | Erziehungsdepartemente

**PH2** Information von Betroffenen und Angehörigen über die Risiken und die Hilfsangebote nach Suizidversuchen, um die Gesprächsbereitschaft, den Zugang zu Hilfsangeboten und die Behandlungsquote zu erhöhen.

A: Bundesamt für Gesundheit | nationale und kantonale Stellen und Gesundheitsförderung und Prävention | Ärzteschaft/insbesondere Grundversorger | Public Health Schweiz | Schulärztliche Dienste | Erziehungsdepartemente | Eidg. Kommission für Kinder- und Jugendfragen | Selbsthilfegruppen/Verein Ipsilon

**PH3** Zugang zu Suizidmethoden konsequent erschweren. Schwerpunkt auf den Zugang zu Waffen legen und die Sicherung der für Suizid verwendeten Brücken oder Gefahrenzonen.

A: Gesetzgeber | Eidg. Justiz- und Polizeidepartement | Kantone | Gemeinden

**PH4** Verbesserung der Datenlage zur Prävalenz der Suizidalität und der Determinanten im hohen Alter verbessern. Sensibilisierung der Fachkräfte für die Problematik Alterssuizidalität unter Berücksichtigung der Geschlechterspezifität der Symptomatik und des Hilfesuchverhaltens.

A: Schw. Gesundheitsobservatorium | Bundesamt für Statistik | Bundesamt für Gesundheit | Kantonale Gesundheitsdienste | Gesellschaft für Gerontologie

**PH5** Erstellung resp. Vereinheitlichung von Richtlinien zur psychosozialen Versorgung und Betreuung in der ambulanten und stationären Altersversorgung zum Erhalt und der Verbesserung der psychischen Gesundheit.

Bundesamt für Gesundheit | Public Health Schweiz | kantonale Gesundheitsdienste | Schw. Gesellschaft für Gerontologie | Verbände, z.B. Pro Senectute | Curaviva | Senesuisse

**PH6** Überprüfung bestehender Präventionsangebote auf Geschlechter- und Alters-Sensibilität und Implementierung entsprechender Angebote.

Bundesamt für Gesundheit | Kantonale Gesundheitsdienste | Verbände: Pro Senectute, etc.

**F1** Ergänzung der Datenlage zu Suizidalität in der Schweiz um autoaggressives Verhalten (deliberate self harm) (Erweiterung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung und SMASH Befragungen)

Bundesamt für Gesundheit | Bundesamt für Statistik | Schw. Gesundheitsobservatorium | Schw. Nationalfonds | Public Health Schweiz | Forschende

**F2** Longitudinalstudien zu Suizidalität, um psychosoziale und geschlechterspezifische Determinanten auf individueller Ebene zu untersuchen.

Bundesamt für Gesundheit | Bundesamt für Statistik | Schw. Gesundheitsobservatorium | Schw. Nationalfonds | Public Health Schweiz | Forschende

## 2.2.2 Gewalt

Gewalt ist der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichen körperlichen Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklungen oder Deprivation führt (WHO international 2002).

Geschlechter- und altersspezifische Gewalterfahrungen sind für die Schweizer Bevölkerung recht gut dokumentiert. Die Datenlage in der Schweiz erlaubt auch, die Orte der Gewaltanwendung zu differenzieren: häusliche Gewalt, Gewalt in öffentlichen Räumen oder Gewalt an Schulen und am Arbeitsplatz. Der häuslichen Gewalt, bei der es sich mehrheitlich um Gewalt an Frauen und Kindern handelt, wurde in den letzten Jahren vermehrt Aufmerksamkeit gewidmet (Gillioz, De Puy et al. 1997; Gillioz, Gramoni et al. 2003; Gloor and Meier 2004; Bitzer 2005; Gloor and Meier 2005; Wyss 2006; Fachstelle gegen Gewalt 2007). Die Grössenordnung der Lebenszeitprävalenz von Gewalterfahrung in Paarbeziehungen wird für Frauen auf

15–20 % (Gillioz, De Puy et al. 1997), für Männer auf 5–10 % geschätzt (Godenzi 1993). Gewalt im öffentlichen Raum, an Schulen und am Arbeitsplatz wird ebenfalls vermehrt diskutiert. Ausserhäusliche Gewalterfahrungen, bereits im Schulalter, wird häufiger von Knaben und Männern angegeben als von Mädchen und Frauen (Eisner 2007). In den letzten Jahren wurden verschiedene Präventionsprogramme und Interventionsangebote lanciert, so die nationale Kampagne «Stopp! – Häusliche Gewalt» der Schweizerischen Koordinationsstelle für Verbrechenprävention (SKVP), das Berner Präventionsprogramm «Beprox» oder das nationale Programm «supra-f» zur Stärkung der sozialen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen (Eisner, Ribeaud et al. 2006).

### 2.2.2.1 Gewalt und Gesundheit, vulnerable Gruppen

Gewalt hat direkte und indirekte Auswirkungen auf die Gesundheit. Dem Gesundheitssektor kommt nicht nur in der Behandlung von gewaltbetroffenen Menschen, sondern auch in der Verhütung von Gewalt eine Schlüsselrolle zu (WHO international 2002; Gillioz, Gramoni et al. 2003). Die gesundheitlichen Folgen von Gewalt sind vielfältig (WHO international 2002). Sie führen zu einer beträchtlichen Morbidität der Betroffenen und zu sozialen und wirtschaftlichen Folgen. Männer wie Frauen erfahren auf Grund von Gewalterfahrungen Verletzungen, chronische Erkrankungen und sexuell übertragbare Erkrankungen. Frauen berichten häufiger von psychischen Folgen eines Gewalterlebnisses, Männer dagegen eher von körperlichen Verletzungen. Die psychische Gesundheit Gewaltbetroffener wird beeinträchtigt durch Depressionen, Angstzustände, posttraumatischen Stress, Mangel an Selbstachtung, Ernährungsprobleme sowie Missbrauch von Alkohol und anderen Substanzen. Frauen und Männer sind insbesondere im jungen bis mittleren Lebensalter von Gewalt betroffen (Kolip, Lademann et al. 2006). Entsprechend nimmt die Angst, Gewalt zu erleben, im höheren Alter ab (Bundesamt für Statistik 2005c). Gewalteinwirkungen und Unfälle gehören neben den chronischen Krankheiten zu den wichtigsten Todesursachen (Männer 7.8 %, Frauen 4.5 %) (Kolip, Lademann et al. 2006). Während der Zusammenhang von Gewalt und Gesundheit für Frauen gut belegt ist (Gillioz, De Puy et al. 1997; Fachstelle gegen Gewalt 2007), ist er für Männer hingegen weniger gut untersucht. Es besteht eine besonders starke gesellschaftliche Tabuisierung und Bagatellisierung des Themas «Gewalt gegen Männer» (Jungnitz, Lenz et al. 2007).

Aufgrund der unterschiedlich starken Gewaltgefährdung werden mehrere Bevölkerungsgruppen als vulnerable Gruppen eingestuft. So gelten Frauen und Kinder weltweit hinsichtlich ihrer Gefährdung, Gewalt und gesundheitliche Gewaltfolgen zu erleben, als besonders vulnerabel (WHO international 2002). Aber auch MigrantInnen, Sexworker, Menschen mit Behinderung und Menschen höheren Alters sind auf Grund ihres sozialen und gesundheitlichen Status Bevölkerungsgruppen, die bezüglich Gewalt als vulnerabel gelten. Für diese Gruppen sind Geschlechterbezüge weniger gut erfasst. Vor diesem Hintergrund wurde beschlossen, im vorliegenden Bericht den Fokus auf zwei dieser Gruppen zu legen, auf MigrantInnen und auf Menschen mit Behinderung.

#### 2.2.2.2 Migration und Gewalt: Datenlage

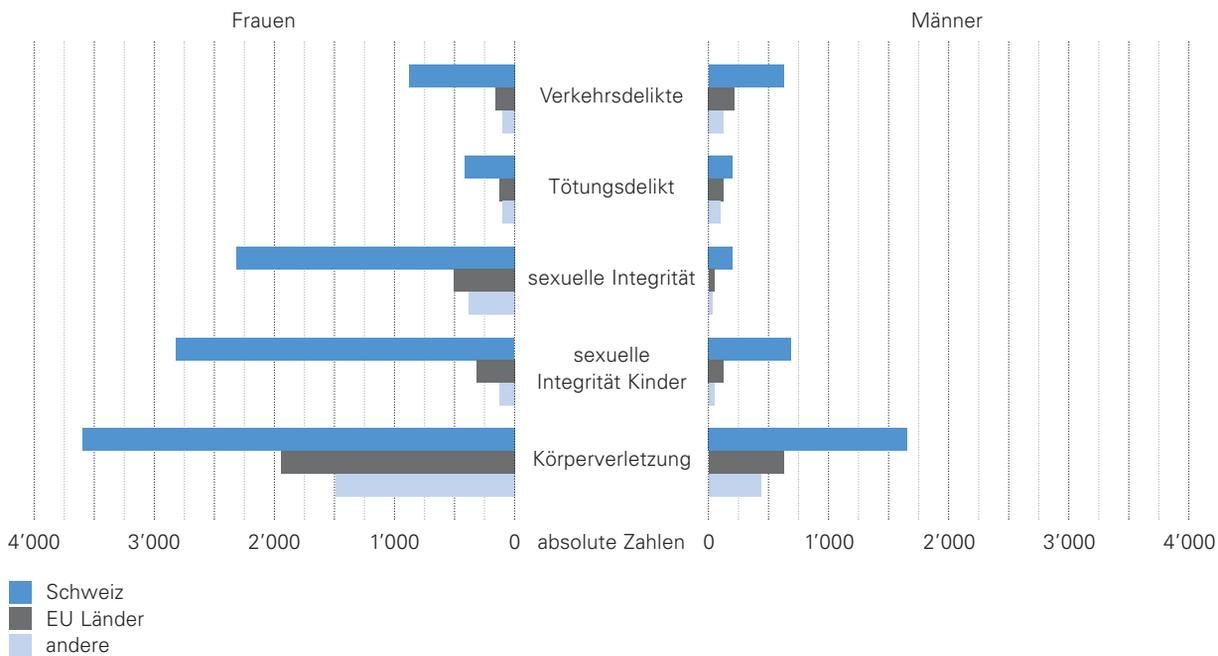
Zu Gewalterfahrung von MigrantInnen und den gesundheitlichen Folgen liegen keine repräsentativen Daten vor, was u.a. damit zusammenhängt, dass die Migrationsbevölkerung sehr heterogen ist. Die amtliche Klassifikation nach SchweizerInnen und AusländerInnen basiert auf einem rein legalen Kriterium, dem Besitz des Schweizer Passes. Sie berücksichtigt die Heterogenität bezüglich Nationalität, sozioökonomischer Lage, Migrationsgrund, Aufenthaltsstatus, erfolgter Integration und Gesundheitsstatus nicht. Analysen zur Jugendgewalt zeigen, dass hinsichtlich der Risikofaktoren und protektiven Faktoren von Gewalt je nach Nationalität sehr unterschiedliche Prävalenzen bestehen (Eisner, Ribeaud et al. 2006). Der Gesundheitszustand von MigrantInnen unterscheidet sich ebenfalls nach Sozialstatus und Migrationshintergrund (Bundesamt für Gesundheit 2006). Neben den klassischen Determinanten der Gesundheit müssen zudem spezifische migrationsbezogene Einflussfaktoren berücksichtigt werden, so hat z.B. jeder vierte anerkannte Flüchtling vor der Migration systematische Gewalt erlebt (SRK 2008). Gewalterfahrungen stellen ein Risiko für die Gesundheit aber auch für erneute Gewalterfahrungen und eigene Gewaltanwendung dar (Eisner, Ribeaud et al. 2006). Das Geschlecht spielt nicht nur für die gesundheitlichen Folgen einer Gewalterfahrung, sondern bereits für die Migration eine übergeordnete Rolle. Migrationsgründe, Migrationserfahrungen und -verarbeitung ebenso wie die soziale Integration nach der Migration stehen im Zusammenhang mit dem Geschlecht. Opferhilfe- und Polizeistatistik machen Angaben zu Gewalterfahrungen von MigrantInnen. Sie sind allerdings nicht repräsentativ und enthalten nur unzureichende An-

gaben zur Nationalität, zum Aufenthaltsstatus oder zur sozioökonomischen Lage. Der Anteil MigrantInnen in der Opferhilfestatistik ist grösser als in der Wohnbevölkerung der Schweiz und ist seit 2001 bei beiden Geschlechtern gestiegen (um 4 %-Punkte bei den Männern resp. um 5 %-Punkte bei den Frauen). MigrantInnen stellen ein Viertel der Gesamtbevölkerung dar und machen im Jahr 2005 ein Drittel der Opferhilfe-Beratungsfälle aus. Während 2001 33 % der männlichen und 37 % der weiblichen ausländischen Beratungsfälle aus nichteuropäischen Ländern stammen, hat inzwischen dieser Anteil bei beiden Geschlechtern zugenommen (Bundesamt für Statistik 2006). Frauen, sowohl Migrantinnen wie Schweizerinnen, wenden sich häufiger an die Opferhilfestelle als Männer: Diese Geschlechterdifferenz ist bei Sexualdelikten und Körperverletzungen sehr ausgeprägt und bei Verkehrsdelikten viel kleiner (Abb. 6).

Die Polizeistatistik weist mehr Gewaltdelikte von Männern als von Frauen aus. Der Strafverurteilungsstatistik zu Folge sind Verurteilungen von SchweizerInnen und AusländerInnen im Jahre 2005 insgesamt gleich häufig, je nach Delikt unterscheidet sich aber deren Anteil (Bundesamt für Statistik 2007a). Gemäss Auswertungen der Kriminalstatistik des Kantons Zürich lag der Anteil tatverdächtiger Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft im Bereich der häuslichen Gewalt bei 54 % (Amnesty International Sektion Schweiz 2007). Studien zu häuslicher Gewalt zeigen hingegen, dass die Zahl der von häuslicher Gewalt betroffenen Migrantinnen kleiner ist als jene von Schweizerinnen (Gillioz, De Puy et al. 1997; Gloor and Meier 2004; Kiliass, Simonin et al. 2005). Dieser Widerspruch wird mit der mangelnden Repräsentanz von Migrantinnen in Prävalenzstudien zu Gewaltereignissen erklärt (Belser 2005).

Die Tatsache, dass MigrantInnen in der Opferhilfe- und Polizeistatistik überproportional vertreten sind, hängt nicht zwangsläufig mit einer höheren Gewalterfahrung zusammen. Man darf davon ausgehen, dass MigrantInnen eher zu offiziellen Stellen gehen. Auf Grund der geringeren Verankerung in Gesellschaft und in Familien- und Freundeskreisen haben sie weniger Alternativen als SchweizerInnen (Belser 2005). Auch müssen MigrantInnen in einigen Kantonen die erlittene Misshandlung beweisen, um als Härtefall die Aufenthaltsbewilligung zu behalten, und somit Anzeige erstatten (Minder 2005). So beziehen MigrantInnen auch häufiger Leistungen wie «Schutz und

Abbildung 6 Beratungsfälle (absolute Zahlen) nach Delikt, Nationalität und Geschlecht



Quelle: Opferhilfestatistik (Bundesamt für Statistik 2006)

Unterkunft» oder finanzielle «Überbrückungshilfen», Hilfestellungen, die sozial gut integrierte Menschen weniger benötigen (Bundesamt für Statistik 2006). Versuche, die Häufigkeit der häuslichen Gewalt von und an MigrantInnen rein kulturell zu erklären, greifen zu kurz. Wichtige ursächliche Komponenten der Gewaltentwicklung liegen bei sozioökonomischen, rechtlichen, migrations- und integrationspezifischen Faktoren (Weiss 2003).

### 2.2.2.3 Hilfsangebote

MigrantInnen nehmen das Angebot von offiziellen Stellen (Opferhilfe, Frauenhäuser, Polizei und Jurisdiktion) in Anspruch. Wie bereits geschildert, wenden sich Migrantinnen häufiger an die Opferhilfestelle als Migranten, und dies vor allem wegen Sexualdelikten und Körperverletzungen. Die Opferhilfestatistik erlaubt weder eine Analyse der Faktoren, welche die Inanspruchnahme von Hilfe begünstigen, noch eine differenziertere Analyse der Klientel. Auf Grund fehlender repräsentativer Prävalenzdaten ist ebenfalls unklar, ob das Hilfsangebot allgemein und speziell für Menschen mit Migrationshintergrund ausreichend ist. Im Falle der Frauenhäuser liegt gemessen an den geltenden Empfehlungen des Europarats eine dramatische Unterversorgung vor (Egger 2004). Einige Frauenhäuser

bieten spezifische Betreuung durch Migrantinnen für Frauen mit Migrationshintergrund an, mit dem Erfolg, dass sie einen schnelleren und vertrauensvolleren Zugang zu ihren Klientinnen finden. Punktuell wird die Thematik Gewalt und Migration in Präventionsprojekten (z.B. VIFA in Lausanne<sup>2</sup>, Tikk<sup>3</sup>) oder in Schulungen (z.B. Spital Triemli, Universität Basel oder von der Schweizerischen Kriminalprävention) bereits aufgegriffen. Eine wirksame Intervention oder Gewaltprävention für Migranten und Migrantinnen bedarf nicht grundsätzlich anderer Inhalte oder Formen. Es hat sich aber gezeigt, dass auf Grund von Unterschieden in sozialen und finanziellen Ressourcen, im Bildungs- oder kulturellen Erfahrungshintergrund eine spezifische Ausgestaltung von Angeboten für Minderheiten und eine Mediation mittels Personen mit Migrationshintergrund den Zugang zu Hilfsangeboten und Präventionsmassnahmen erleichtern und langfristig die Integration fördern (Bundesamt für Gesundheit 2006; Eisner, Ribeaud et al. 2006).

<sup>2</sup> Die Beratungsstelle «Violence et Famille» (VIFA) in Lausanne bietet Männer, die Gewalt in der Partnerschaft ausüben, ein auf Freiwilligkeit basierendes Trainings-Interventionsprogramm an.

<sup>3</sup> Beratungs- und Fachstelle für interkulturelle Konflikte und Gewalt, <http://www.tikk.ch>

#### 2.2.2.4 Kernaussagen

- Offizielle Statistiken ebenso wie bisherige wissenschaftliche Studien zu Gewalt und Migration sind nicht repräsentativ und berücksichtigen die Heterogenität von MigrantInnen zu wenig.
- Wichtige ursächliche Komponenten der Gewaltentwicklung und deren gesundheitlichen Folgen liegen bei sozioökonomischen, rechtlichen, migrations- und integrationsspezifischen Faktoren.
- Es bedarf in der Gewaltprävention und der Betreuung von gewaltbetroffenen Menschen, TäterInnen wie Opfer, Ansätze, welche die Besonderheiten der Minderheiten berücksichtigen.

#### 2.2.2.5 Empfehlungen

PH = Public Health, F = Forschung, A = mögliche Adressaten

**PH1** Gewaltprävention als wichtigen Teilbereich der allgemeinen Gesundheitsförderung verstehen und die Schnittstellen zur Förderung von psychischer und körperlicher Gesundheit nutzen.

A: Bundesamt für Gesundheit | Nationale und kantonale Gesundheitsförderung | Kantonale Justiz und Polizeidepartemente | Schulärztliche Dienste | Erziehungsdepartemente | Schulen

**PH2** Sorgfältige Abklärung besonderer Bedürfnisse und Ressourcen von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund. Anpassung der Präventions- und Beratungsangebote, Ausbau und Vernetzung des Angebots für Frauen und Männer mit Migrationshintergrund unter Berücksichtigung der geschlechter- und altersspezifischen Bedürfnisse und Ressourcen.

A: Bundesamt für Gesundheit | Bundesamt für Migration | Eidg. Ausländerkommission | Kantonale Ausländer- und Einwanderungsbehörden | NGO's (z.B. Rotes Kreuz, Caritas) | Erziehungsdepartemente | Schulen

**PH3** Verbesserung der Information von Migrantinnen über ihre Rechte in der Schweiz

- Obligate Rechts-Belehrung mit behördlichen Dolmetschern
- Konzepte weiter- und neu entwickeln, um schwer zu erreichende Migrantinnen anzusprechen (z.B. via Mediatorinnen) Bundesamt für Migration

A: Eidg. Ausländerkommission | Kantonale Ausländer- und Einwanderungsbehörden | NGO's | Migrantenorganisationen | femmes tisch

**PH4** Der Mangel an Frauenhäusern und im Speziellen der Mangel an spezifischer Ausgestaltung von Angeboten für Minderheiten in Frauenhäusern (Migrantinnen, Frauen mit Behinderungen) sollen in absehbarer Zeit behoben werden.

A: Eidgenössisches Departement des Inneren | Kantonale Behörden | Frauenhäuser

**F1** Studie zu Gewalterfahrungen vor und nach der Migration zur Erfassung der Problematik und Erforschung präventiver Ansätze.

A: Schw. Nationalfonds | Swiss Forum for Migration and Population Studies | Bundesamt für Migration | NGO's | Forschende

#### 2.2.2.6 Menschen mit Behinderung: Datenlage

Behinderung oder chronische Erkrankungen betreffen nicht nur eine marginale Bevölkerungsgruppe, aber eine genaue Zahl an Menschen mit Behinderung in der Schweiz liegt nicht vor. Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung sind rund 15 % der in der Schweiz wohnhaften Männer und 18 % der Frauen von einer chronischen Erkrankung betroffen (knapp 1,25 Mio. Personen) (Bundesamt für Statistik 2005c). Diese Angaben sind jedoch nicht repräsentativ, da Personen in Heimen sowie unter 15- respektive über 75-Jährige nicht erfasst werden. Die IV-Statistik wiederum weist im Jahre 2006 circa 470'000 LeistungsbezügerInnen auf (Bundesamt für Sozialversicherungen 2006). Invalidität umfasst in dieser Statistik Geburtsgebrechen, Krankheiten und Unfälle, die mit einer voraussichtlich bleibenden oder länger andauernden Erwerbsunfähigkeit einhergehen. Diese Definition erfasst jedoch weder angeborene noch erworbene Behinderungen vollständig (Jeltsch-Schudel 2007). Anderen Schätzungen zu Folge liegt der Anteil der Menschen mit Behinderung bei 10–12 % (650'000–900'000 Personen) (Widmer 2002; Bundesamt für Sozialversicherungen 2003).

Aus einer Sekundäranalyse der SGB-Daten von 1997 geht hervor, dass der Anteil von Männern und Frauen mit Behinderungen mit dem Alter steigt. Gegenüber einem Zehntel der 15–39-Jährigen leben ein Fünftel der 62-jährigen Männern bzw. ein knappes Drittel der gleichaltrigen Frauen mit Behinderung (Zwicky 2003). Das Geschlechterverhältnis von Menschen mit Behinderungen variiert je nach untersuchter Population beträchtlich (Tab. 5). In der Gesamtbevölkerung ist der Anteil von Frauen mit Behinderung grösser als jener von Männern. In der Arbeitswelt hingegen sind Männer mit Behinderung gegenüber Frauen mit Behinderung übervertreten. (Tab. 5, Teilgruppe

Tabelle 5 Geschlechterverhältnis und Erwerbstätigkeit von Menschen mit Behinderungen

	Anteil Frauen (%)	Anteil Männer (%)	Total (%)
Gruppe 1 <sup>a</sup> : Menschen mit Behinderung	59,2	40,8	100 (n=2'229)
Teilgruppe 2 <sup>a</sup> : IV-BezügerInnen	55,3	44,7	100 (n=197)
Teilgruppe 3 <sup>a</sup> : Voll Erwerbstätige mit Behinderung	32,3	67,7	100 (n=532)
Teilgruppe 4 <sup>b</sup> : Eingeschränkt Erwerbstätige	53,5	46,5	100 (n=181)
Teilgruppe 5 <sup>b</sup> : Nicht Erwerbstätige	46,1	53,9	100 (n=207)

Quelle: Zwicky 2003

a: Gesundheitsbefragung 1997

b: Schweizerische Arbeitskräfteerhebung 2001 gewichtete Daten gemäss BfS

3 basierend auf SGB Daten). Gleichzeitig wurde ein höherer Prozentsatz der auf Grund einer Behinderung nicht-erwerbstätiger Männer in der Schweizer Arbeitskräfteerhebung 2001 erhoben (Teilgruppe 5).

Die oben genannten Zahlen weisen u.a. auf die Heterogenität der Gruppe von Menschen hin, die mit einer Behinderung leben, was den Behinderungsgrad, den Behinderungszeitpunkt und andere soziodemographische Merkmale betrifft. Sie machen auch auf die unterschiedlichen Konzepte von Behinderung aufmerksam. Für die Forschung wird empfohlen, die Definition und Klassifikation der WHO zu benutzen, die 2001 verabschiedet wurde und von einer Dreigliedrigkeit von Behinderung ausgeht: Schädigung, Aktivitätsbeeinträchtigung, Partizipationseinschränkung (WHO International 2001; Widmer 2002).

Das Problembewusstsein bezüglich der Erschwernisse, mit denen Menschen mit Behinderungen konfrontiert sind, ist in den vergangenen Jahren in Politik und Gesellschaft gewachsen. Im starken Kontrast dazu steht der geringe Bestand an gesichertem Wissen zu faktischen Lebenssituationen von Menschen mit Behinderungen (Gredig, Zwicky et al. 2007). Die Sekundäranalyse von Zwicky zeigt eine kumulierte Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen in verschiedenen Dimensionen der sozialen Lage, insbesondere bei der materiellen, beim Bildungsniveau, bei sozialen Netzwerken und bei der Partizipation am Vereinsleben (Zwicky 2003). Die soziale und ökonomische Lage von Menschen mit Behinderung wurde auch im Nationalen Forschungsprogramm «Probleme des Sozialstaats» untersucht (Widmer 2002; Bachmann, Müller et al. 2003). Seit den 80er Jahren wird auf

den Missstand der doppelten Behinderung von Frauen aufmerksam gemacht, die auf Grund ihrer Behinderung aber auch auf Grund ihres Geschlechts in den meisten Gesellschaften «Behinderungen» erleiden. (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend 2007a). Männerspezifische Kontexte von Behinderung werden erst seit kurzem diskutiert.

Gewalterfahrung, insbesondere sexuelle Gewalt, unterliegt generell einem gesellschaftlichen Tabu, dies gilt im Speziellen für Menschen mit Behinderung und besonders ausgeprägt für Männer mit Behinderungen. Im nachfolgenden Text wird der Fokus gezielt auf den Aspekt der sexuellen Gewalt bei Menschen mit Behinderung gerichtet mit dem Ziel, für die Schweiz den Forschungsbedarf in diesem Bereich zu dokumentieren.

### 2.2.2.7 Prävalenz von sexuellen Gewalterfahrungen von Frauen und Männern mit Behinderung

Prävalenzdaten zu sexueller Gewalt an Menschen mit Behinderungen liegen in der Schweiz nicht vor. Nach UN-Angaben sind Frauen mit Behinderungen doppelt so häufig als Frauen ohne Behinderung von sexueller und körperlicher Gewalt betroffen. Besonders gefährdet sind Menschen mit geistiger Behinderung (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend 2007b). Europäische Prävalenzdaten liegen zwischen 20–64 % für Frauen und 4–14 % für Männer (Zemp and Pircher 1996; Zemp, Pircher et al. 1997). Wie bei der sexuellen Gewalt gegen Menschen ohne Behinderung sind die Täter in der Regel männlich, die Mehrzahl stammt aus dem sozialen Umfeld der Betroffenen (Zemp and Pircher 1996; Zemp, Pircher et al. 1997). Frauen, die in Einrichtungen aufwachsen, erle-

ben häufiger Gewalterfahrungen als Frauen, die zu Hause versorgt werden können. Die Sozialisierung in den Strukturen einer Institution erhöht die Wahrscheinlichkeit, sexuelle Gewalt zu erfahren (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend 2007b).

### 2.2.2.8 Kernaussagen

Bezüglich der sexuellen Entwicklung und der reproduktiven Gesundheit von Frauen und Männern mit Behinderung sind folgende Punkte hervorzuheben:

- Die sexuelle Entwicklung von Männern und Frauen mit Behinderung unterscheidet sich nicht von derjenigen von Menschen ohne Behinderung. Unterschiedlich sind allenfalls die Ausdrucksformen für ihre Erfahrungen und Gefühle. Dennoch werden Menschen mit angeborener, vor allem geistiger Behinderung, häufig von sich selber und anderen als geschlechtsneutral betrachtet (Zemp, Pircher et al. 1997; Jeltsch-Schudel 2005). Dies erschwert die Entwicklung einer Geschlechteridentität und die sexuelle Entwicklung (Köbsell 2005).
- Für Menschen, die auf Grund ihrer Behinderung keinen eigenständigen Zugang zu Informationen über Sexualität haben, ist dieses Nicht-Wissen mit Ängsten und Unwohlsein verknüpft. Fehlende sexuelle Aufklärung erhöht ebenfalls das Risiko, einerseits misshandelt und andererseits TäterIn zu werden (Zemp and Pircher 1996; Zemp, Pircher et al. 1997; Jeltsch-Schudel 2005).
- Das Recht von Frauen und Männern mit Behinderungen auf ein eigenes Kind ist eng verbunden mit der sexuellen Entwicklung und Aufklärung, sowie dem Vorhandensein von Angeboten, die Menschen mit Behinderung hinsichtlich ihres Kinderwunschs beraten und unterstützen. Diese Angebote sind in der Schweiz nicht institutionalisiert bzw. fehlen weitgehend (Jeltsch-Schudel 2003; Hoyningen-Süess and Staudenmaier 2004; Lambert 2005).
- Mütter und Väter mit Behinderungen sind als Eltern benachteiligt: Entbindungsstationen, Kindergärten oder Schulen sind kaum auf Eltern mit Behinderungen eingestellt. Oft sind Nachteilsausgleiche an die Erwerbstätigkeit gekoppelt, was für viele behinderte Eltern den Alltag erschwert (Arnade 2007). Frauen, die gesellschaftskonform häufiger familiäre Pflichten wahrnehmen, sind diesbezüglich besonders betroffen.

### 2.2.2.9 Empfehlungen

PH = Public Health, F = Forschung, A = mögliche Adressaten

**PH1** Information und Sensibilisierung von Fachkräften zu sexueller Gewalt und Behinderung. Integration in die Curricula von Fachkräften.

A: Bundesamt für Gesundheit | Erziehungsdepartemente | Berufs- und Fachhochschulen/Hochschulen | Behinderten-Verbände | Behinderten-Heime und Arbeitsstätten

**PH2** Information und Sensibilisierung von Betroffenen und Angehörigen zu sexueller Gewalt und Behinderung.

A: Bundesamt für Gesundheit | Ärzteschaft, insbesondere Grundversorger- und PädiaterInnen | Behinderten-Verbände | Berufs- und Fachhochschulen/Hochschulen

**PH3** Unterstützung und professionelle Begleitung der sexuellen Entwicklung und sexuellen Aufklärung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung.

Med. Fachgesellschaften

A: Pflegeverbände | Behinderten-Verbände | Berufs- und Fachhochschulen/Hochschulen

**F1** Behebung des Mangels an verlässlichen Daten zu Menschen mit Behinderung in der Schweiz unter Berücksichtigung ihrer Heterogenität.

A: Bundesamt für Gesundheit | Bundesamt für Statistik | Schw. Nationalfonds | Forschende

**F2** Erfassung von Daten zur reproduktiven Gesundheit und zu sexuellen Gewalterfahrungen von Frauen und Männern mit Behinderung in der Schweiz.

A: Bundesamt für Gesundheit | Bundesamt für Statistik | Schw. Nationalfonds | Forschende

**F3** Untersuchung der Hindernisse, die Menschen mit Behinderung in ihrer sexuellen Entwicklung, in der Realisierung von Partnerschaften und Ausübung ihrer Rolle als Mütter und Väter in und von Seiten medizinischer Institutionen und anderer sozialer Einrichtungen erfahren.

A: Bundesamt für Gesundheit | Bundesamt für Statistik | Schw. Nationalfonds | Forschende

## 2.3 Psychische Gesundheit

Die psychische Gesundheit im Rahmen einer Gender-Analyse vertieft zu untersuchen, rechtfertigt sich einerseits durch die Grössenordnung des Problems, andererseits durch das beträchtliche Potential, welches hier im Hinblick auf Chancengleichheit, Gesundheitsförderung und Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen besteht. Im europäischen Raum ist dieses Thema aktuell Bestandteil der gesundheitspolitischen Diskussion. Das Interesse konzentriert sich nicht nur auf die psychischen Erkrankungen, sondern auch auf das psychische Wohlbefinden und die Inanspruchnahme von Behandlungen. In diesem Kapitel stehen deshalb Stress sowie die Selbsteinschätzung des psychischen Gesundheitszustands und des entsprechenden Hilfsbedarfs im Vordergrund. Die Analyse stützt sich auf die verfügbaren schweizerischen Untersuchungen und fokussiert hauptsächlich auf die Gender Dimensionen. Da in der Schweiz der Einfluss der Sozialstruktur auf das Geschlechterverhältnis (Kap. 1.3, Abb. 1) sowie ihre Interaktion mit anderen Determinanten der Gesundheit noch kaum erforscht ist, findet dieses Thema nur punktuell Eingang in die folgenden Ausführungen.

### 2.3.1 Stress: Ursachen und Auswirkungen bei Frauen und Männern

#### 2.3.1.1 Stressforschung

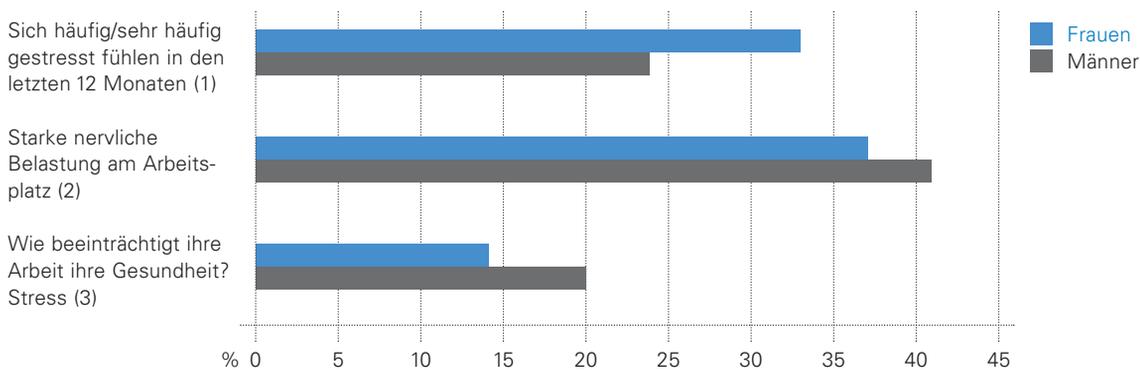
Forschungsarbeiten zum Einfluss von Stress auf die Gesundheit wurden bisher hauptsächlich im Bereich der Erwerbsarbeit durchgeführt. Dies hatte zur Folge, dass die stärker am Arbeitsmarkt beteiligten Männer in den Stichproben lange Zeit übervertreten waren. Geschlechterspezifische Besonderheiten wurden nur sehr selten berücksichtigt (Resch 2002). In jüngster Zeit hat sich die «work-life-balance» zu einem zentralen Thema in diesem Forschungsbereich entwickelt. Obwohl dieser Ansatz die verschiedenen Lebensbereiche in ihrer Gesamtheit betrachtet, beschäftigten sich entsprechende Studien bisher hauptsächlich mit den Arbeitsbedingungen, während das private Umfeld und Wechselwirkungen zwischen den beiden Bereichen noch kaum untersucht sind (Griffin, Fuhrer et al. 2002; Siegrist, Starke et al. 2004).

In den Forschungsarbeiten, die sich mit den Auswirkungen der Mehrfachbelastung auf die Gesundheit befassen, wurde auch Stress untersucht. Die entsprechenden Studien berücksichtigten jedoch fast ausschliesslich

Frauen, insbesondere das Kollektiv der berufstätigen Mütter (Barnett and Hyde 2001; Resch 2002). Zwei verschiedene Ansätze sind in diesem Zusammenhang während längerer Zeit nebeneinander verfolgt worden: Die Rollenstress-Theorie geht davon aus, dass die Kumulierung von Rollen mit Stress verbunden ist, der sich negativ auf die Gesundheit auswirkt. Gemäss der Rollenausweitungstheorie hingegen bringt die Kombination verschiedener Rollen eine Erweiterung des Tätigkeitsfeldes mit sich, die mit höherem Einkommen, Wissenszuwachs, vermehrter sozialer Unterstützung, mehr Erfolgserlebnissen und erhöhtem Selbstwertgefühl einhergehen kann; diese Faktoren tragen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes bei. Seit den 90er-Jahren hat sich in der Fachwelt der Konsens etabliert (Arber and Lahelma 1993; Lennon 1994; Arber 1997; Siegrist, Starke et al. 2004), dass für die gesundheitlichen Auswirkungen nicht die Anzahl der Tätigkeiten per se entscheidend ist, sondern die Umstände unter denen sie ausgeübt werden.

Bei beiden Geschlechtern scheinen sich die verschiedenen Rollen gegenseitig zu beeinflussen und sich auszugleichen (Barnett and Hyde 2001). Von grosser Bedeutung ist dabei die Arbeitsteilung in einer Lebensgemeinschaft und im Speziellen, wie diese von den Beteiligten wahrgenommen wird: Bei Frauen geht eine als ungerecht empfundene Aufteilung der Haushalts- und Familienarbeit mit grösserem Stress einher (Lennon and Rosenfield 1992; Goldberg and Perry-Jenkins 2004), bei Männern wiederum, welche die Aufteilung der bezahlten Arbeit als angemessen einschätzen, treten seltener Depressionssymptome auf (Lennon and Rosenfield 1992). Die Studien zeigen, dass im Zusammenhang mit den jeweiligen Rollen die Kontrollüberzeugungen ein wesentliches Element darstellen. Während diese jedoch in Bezug auf das Arbeitsleben operationalisiert und ausführlich untersucht worden sind (Karasek 1996; Karasek, Brisson et al. 1998; Karasek 2006), gibt es zu ihrer Bedeutung im Bereich der Haushaltsarbeit nur sehr wenige Untersuchungen (Griffin, Fuhrer et al. 2002; Siegrist, Starke et al. 2004). Ihnen lässt sich entnehmen, dass die Familienarbeit aus schwer messbaren und kontrollierbaren Aufgaben sowie psychologischen und materiellen Hilfeleistungen an andere Personen besteht, denen oft kaum Grenzen gesetzt werden und in Konkurrenz mit eigenen Bedürfnissen stehen (Reale and Vinay 2001).

Abbildung 7 Anteil von Männern und Frauen, die angeben, unter Stress zu leiden



Quellen: 1. Die Kosten des Stresses in der Schweiz (Ramaciotti and Perriard 2003)<sup>4</sup>;  
 2. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002/03 (Bundesamt für Statistik 2005c)<sup>5</sup>;  
 3. Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen (Graf, Pekruhl et al. 2007)<sup>6</sup>

### 2.3.1.2 Stress in der Schweizer Bevölkerung

Daten bezüglich Stress bei Erwachsenen liegen in der Schweiz nur aus Querschnittsstudien und für die Population der Erwerbstätigen vor. Auch sind zum Burnout einer höchst aktuellen Problematik kaum wissenschaftlich fundierte Daten verfügbar.

In Abbildung 7 werden die den Stress betreffenden Resultate aus drei in den letzten Jahren durchgeführten schweizerischen Studien gegenübergestellt.

Die drei Studien weichen bezüglich des beobachteten Stressniveaus beträchtlich voneinander ab. Da alle auf repräsentativen Stichproben der erwerbstätigen Bevölkerung basieren, müssen die divergierenden Ergebnisse wohl auf die erheblichen Unterschiede in der Formulierung der Fragen zum Stress sowie ihre Platzierung in den jeweiligen Fragebogen zurückgeführt werden. Das höchste Stressniveau ergab sich, wenn im Abschnitt «Beruf» nach «starker nervlicher Anspannung am Arbeitsplatz» gefragt wurde (Studie 2). Etwas niedriger lag es für beide Geschlechter, wenn sich die Frage auf Stress im Allgemeinen bezog<sup>7</sup> (Studie 1), und am tiefsten, wenn nach gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufgrund von Stress gefragt wurde (Studie 3).

Im Übrigen lassen sich geschlechterspezifische Unterschiede feststellen. Wird Stress im Zusammenhang mit Erwerbsarbeit untersucht, zeigt sich, dass die Männer stärker davon betroffen sind (41% versus 37% in Studie 2, 20% versus 14% in Studie 3). Die Unterschiede sind in den Altersklassen über 34 Jahre am grössten: Praktisch die Hälfte der Männer gibt hier an, unter «starker nervlicher Anspannung bei der Arbeit» zu leiden, während dieser Anteil bei den Frauen nur knapp über einem Drittel liegt (37%) (Bundesamt für Statistik 2005c). Das Risiko, bei der Arbeit einem starken Druck ausgesetzt zu sein, nimmt zudem mit höherem Bildungsniveau und höherer sozioprofessioneller Stellung zu (Bundesamt für Statistik 2005c).

Bei den Frauen erwächst die Stressbelastung eher aus der allgemeinen Lebenssituation (33% Frauen versus 24% Männer, Studie 1). Sie sind in der Gruppe derjenigen Personen übervertreten, die sehr gestresst sind und schlecht mit diesem Stress umgehen können, Probleme mit dem Kombinieren von Privat- und Berufsleben haben und einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen (Ramaciotti and Perriard 2003).

Die aktuell in der Schweiz verfügbaren Studien zur Stressproblematik bei berufstätigen Erwachsenen zeigen, dass bei den Männern Stress eher im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit auftritt, bei den Frauen häufiger im Zusammenhang mit der gesamten Lebenssituation. Dieser Befund überrascht kaum. Er widerspiegelt den Einfluss, den die in der Schweiz immer noch vorherrschende geschlechterspezifische Verteilung von bezahlter und unbezahlter Arbeit auf die Gesundheit hat (vgl.

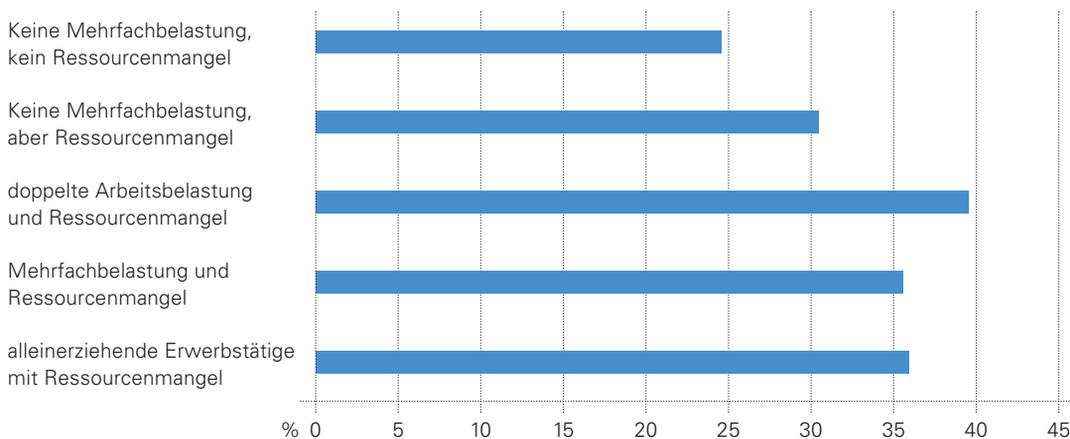
4 Repräsentative Stichprobe der gesamten erwerbstätigen Bevölkerung der Schweiz: 637 Männer und 269 Frauen (Ramaciotti & Perriard 2003)

5 Repräsentative Stichprobe aller Schweizer Privathaushalte: 8909 Männer und 10'797 Frauen (Bundesamt für Statistik 2005)

6 Repräsentative Stichprobe der gesamten erwerbstätigen Bevölkerung der Schweiz: 469 Frauen und 571 Männer (Graf, Pekruhl et al. 2007)

7 Die den Stress betreffende Frage ist in die Untersuchung der Stresskosten integriert; sie findet sich nicht beim Thema Arbeit, sondern in einem allgemeinen Abschnitt nach den Fragen zu traumatisierenden Lebensereignissen.

**Abbildung 8** Anteil von Frauen mit schlechter psychischer Gesundheit, nach Mehrfachbelastung und Ressourcenmangel (1997)



Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung, 1996/1997 (Zemp, Stutz, Coda et al. 2001)

Kap. 2.1). Da meist Frauen für Kinder und Haushalt zuständig sind, erleben sie häufiger Stresssituationen, wenn es darum geht, Privat- und Berufsleben zu vereinbaren. Bei den Männern hingegen, die in der Familie sehr häufig die Hauptverdiener sind, spielt der Stress durch die Erwerbsarbeit eine grössere Rolle. Dass der Beruf die psychische Gesundheit der Männer stärker beeinflusst, zeigt sich im Übrigen auch im Umstand, dass bei ihnen der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Inanspruchnahme einer Behandlung wegen psychischer Probleme stärker ist als bei den Frauen (Schuler, Rüesch et al. 2007).

### 2.3.1.3 Mehrfachbelastung, work-life-balance und psychische Gesundheit: Schweizer Daten

Eine der ersten Analysen des Zusammenhangs zwischen der Mehrfachbelastung durch Familie, Haushalt und Beruf und der psychischen Gesundheit in der Schweiz wurde mittels der Daten der Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997 durchgeführt (Zemp Stutz, Coda et al. 2001). Frauen ohne Mehrfachbelastung<sup>8</sup> oder Ressourcenmangel<sup>9</sup> weisen den besten psychischen Gesundheitszustand auf, gefolgt von Frauen ohne Mehrfachbelastung, aber mit Ressourcenmangel (Abb. 8).

Neuere, im Rahmen des Schweizer Haushaltspanels<sup>10</sup> durchgeführte Analysen zeigen, dass bei Erwerbstätigen eine mässige work-life-balance<sup>11</sup> mit einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit einhergeht (Hämmig and Bauer 2007a). Geschlechterspezifische Unter-

schiede lassen sich dabei sowohl bezüglich der Ursachen wie der Auswirkungen einer ungenügenden WLB beobachten. So stellen beispielsweise minderjährige Kinder ausschliesslich bei Frauen, das Vorhandensein einer Partnerin ausschliesslich bei Männern ein Risiko für eine beeinträchtigte WLB dar (Hämmig and Bauer 2007a). Dieses Ungleichgewicht in der WLB scheint sich zudem stärker auf die psychische Gesundheit der Frauen auszuwirken: Schon ein geringfügiges Ungleichgewicht führt bei ihnen auch zu einer Beeinträchtigung der psychischen Ausgeglichenheit, während es bei den Männern eines mittleren bis starken Ungleichgewichts bedarf, um ihr psychisches Wohlbefinden zu beeinflussen (Hämmig and Bauer 2007b).

Eine beim Pflegepersonal im Tessin durchgeführte Studie<sup>12</sup> (Testa-Mader 2004) zeigt, dass Personen, bei welchen sowohl ein hohes Mass an beruflichem Stress als auch eine grosse Belastung durch Familie/Haushalt besteht, ein erhöhtes Risiko von schlechtem emotionalem Befinden aufweisen. In der untersuchten Population, die

8 Doppelte Arbeitsbelastung: mindestens 20 Std. Erwerbsarbeit und 5 Std. Haushaltsarbeit wöchentlich; gesamte Wochenarbeitszeit über 60 Std. Mehrfachbelastung: zusätzlich zur doppelten Arbeitsbelastung werden Kinder im Alter von unter 15 Jahren betreut.

9 Ressourcenmangel: Haushaltseinkommen unter 2500 CHF/Monat oder nur obligatorische Schulbildung oder fehlende soziale Unterstützung oder zu kleine bzw. zu teure Wohnung.

10 Es handelt sich dabei um Querschnittsanalysen der im Haushaltspanel 2000 erhobenen Daten einer Stichprobe von 4766 erwerbstätigen Personen.

11 Auf Basis von drei Indikatoren: grosse Probleme, Berufs- und Privatleben zu koordinieren; unzufrieden mit der Dauer der verbleibenden Freizeit; Wunsch, das Arbeitspensum zu reduzieren.

12 Die 516 Personen umfassende Stichprobe entspricht der Hälfte des Pflegepersonals an öffentlichen Spitälern im Kanton Tessin.

Abbildung 9 Faktoren, die das Verhältnis von Mehrfachbelastung/work-life-balance und Stress/psychische Gesundheit beeinflussen



mehrheitlich aus Frauen besteht (82 %), scheint sich die Belastung durch den Haushalt stärker auf die Gesundheit auszuwirken als der Stress im Berufsleben. Kinder im Schulalter – die ausschliesslich bei Frauen zu einer höheren Belastung durch Haushaltsarbeit führen – haben hingegen bei beiden Geschlechtern einen positiven Einfluss auf das emotionale Befinden und gehen mit einer niedrigeren beruflichen Stressbelastung einher. Aus den Daten des Schweizerischen Haushaltspanels ergibt sich zudem, dass – unter Berücksichtigung von Bildungsniveau, Einkommen und Alter – Frauen und Männer, die Berufs- und Familienarbeit kombinieren, weniger häufig unter Depressionen leiden (Burton-Jeangros and Camenisch 2006).

#### 2.3.1.4 Kernaussagen

– Die in der Schweiz erhobenen Daten zu Stress und work-life-balance bei Erwachsenen betreffen ausschliesslich die erwerbstätige Bevölkerung. Zudem sind nur Querschnittsanalysen verfügbar, aus denen sich nicht abschliessend klären lässt, was Ursache und Wirkung ist. So kann beispielsweise eine mangelhafte work-life-balance einen schlechten psychischen Gesundheitszustand nach sich ziehen, ebenso ist es aber möglich, dass Letzterer für die beeinträchtigte work-life-balance verantwortlich ist.

- Erwerbstätige Männer sind häufiger von Stress durch ihr Berufsleben betroffen, während Stress bei den erwerbstätigen Frauen eher aus dem Problem resultiert, Berufs- und Privatleben zu vereinbaren. Dies widerspiegelt den Einfluss, den die in der Schweiz immer noch vorherrschende geschlechterspezifische Verteilung von bezahlter und unbezahlter Arbeit auf die Gesundheit hat.
- Zwischen Mehrfachbelastung/work-life-balance und Stress/psychischer Gesundheit bestehen komplexe Zusammenhänge. Die psychische Gesundheit wird stärker durch die jeweils vorherrschenden Bedingungen im Berufs- und Privatleben beeinflusst – bzw. dadurch, wie diese empfunden und beurteilt werden – als durch die Anzahl der verschiedenen wahrgenommenen Aufgaben.
- Eine Partnerin, einen Partner und/oder Kinder zu haben, kann sich sowohl als Schutz- wie als Risikofaktor erweisen. Ausschlaggebend sind individuelle Merkmale und Erwartungen, das Umfeld in Berufs- und Privatleben sowie die in diesen Bereichen bestehenden gesellschaftlichen Normen (Abb. 9). Da bei all diesen Faktoren das Geschlecht eine Rolle spielt, übt es einen wesentlichen Einfluss auf die Dynamik zwischen Mehrfachbelastung/work-life-balance und Stress/psychischer Gesundheit aus.

– In welchem Ausmass die öffentliche Hand wie auch Private gewillt sind Mittel bereitzustellen, um Bedingungen zu schaffen, die eine günstige Dynamik zwischen Erwerbs- und Privatleben ermöglichen, wird die psychische Gesundheit von Frauen, Männern und Kindern wesentlich beeinflussen und mitentscheiden, wieviele Fälle mit psychischen Krankheiten generiert oder verhindert werden.

### 2.3.1.5 Empfehlungen

PH = Public Health, F = Forschung, A = mögliche Adressaten

**PH1** Information und Sensibilisierung der Arbeitgeber hinsichtlich der Auswirkungen, welche die work-life-balance auf Gesundheit und Produktivität hat, wobei den geschlechterspezifischen Unterschieden Rechnung zu tragen ist.

A: Gesundheitsförderung Schweiz | Staatssekretariat für Wirtschaft | Economiesuisse | Nat. und kant. Stellen für Gesundheitsförderung und Prävention

**PH2** Schaffung von beruflichen Rahmenbedingungen, welche die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben fördern, durch Einführung und Evaluation von langfristigen, die Geschlechterperspektive berücksichtigenden Massnahmen in den Unternehmen (z.B. Recht auf Teilzeitarbeit, spezielle Beratung von Eltern).

A: Gesundheitsförderung Schweiz | Staatssekretariat für Wirtschaft | Economiesuisse

**PH3** Unterstützung von familienpolitischen Massnahmen, welche die Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben fördern (z.B. Kinderkrippen, schulergänzende Betreuung, Tagesschulen, Elternbildung).

A: Bund | Kantone | Economiesuisse

**PH4** Durchführung von breit angelegten Kampagnen zur Sensibilisierung der Bevölkerung hinsichtlich des Einflusses, den die Lebens- und Arbeitsbedingungen (z.B. gerechte Verteilung der Arbeitsbelastung in einer Partnerschaft, Ausgestaltung von Arbeitsbedingungen/ Schulsystemen im Hinblick auf die Vereinbarkeit verschiedener Lebensbereiche) auf die psychische Gesundheit von Männern und Frauen ausüben.

A: Gesundheitsförderung Schweiz | Bundesamt für Gesundheit | Nat. und kant. Stellen für Gesundheitsförderung und Prävention | Staatssekretariat für Wirtschaft

**PH5** Förderung der Anerkennung der mit der Arbeit verbundenen psychischen Störungen als «Berufskrankheiten» (gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung) und der Übernahme der Kosten durch die Unfallversicherungen.

A: Schweiz. Gesellschaft für Arbeitsmedizin | weitere medizinische Gesellschaften | Public Health Schweiz | Staatssekretariat für Wirtschaft | SUVA | Nat. und kant. Stellen für Gesundheitsförderung und Prävention

**F1** Durchführung von Längsschnitt- und Lebenslaufstudien zum Zusammenhang zwischen Arbeits-/Lebensbedingungen (einschliesslich der Bereiche Haushalt und Familie) und psychischer Gesundheit von Männern und Frauen.

A: Schweiz. Nationalfonds | Forschende

## 2.3.2 Psychische Gesundheit und Hilfsbedarf bei Männern und Frauen: Selbsteinschätzung und Beurteilung durch Fachpersonen

### 2.3.2.1 Geschlecht und psychische Gesundheit: Schweizer Daten

Ein erheblicher Teil der Daten zur psychischen Gesundheit der in der Schweiz lebenden Personen stammt aus grossen nationalen Befragungen, in deren Rahmen die Befragten Angaben zu ihrem Wohlbefinden und ihren Problemen machten<sup>13</sup>. Das selbsteingeschätzte psychische Befinden hängt wesentlich davon ab, wie die Betroffenen ihren Gesundheitszustand wahrnehmen und welche Bedeutung sie ihm bzw. den entsprechenden Symptomen zumessen. Dabei fliessen auch – unter anderem geschlechterspezifische – Normen und Erwartungshaltungen ein. Zusätzlich zu den eigenen Angaben zur psychischen Gesundheit werden auch indirekte Indikatoren berücksichtigt, wie beispielsweise Daten zur Inanspruchnahme von psychiatrischen Behandlungen sowie zum Konsum von psychoaktiven Substanzen (Alkohol, Medikamente). Während die Daten aus dem ambulanten Bereich nicht repräsentativ und im Allgemeinen eher lückenhaft sind, liegen zu den in Kliniken erbrachten Leistungen vollständigere und repräsentative Informationen vor, die unter anderem auch die Diagnosen beinhalten (Schuler, Rüesch et al. 2007). Andere in Betracht kommende indirekte Indikatoren der psychischen Gesundheit, wie Drogenkonsum, Gewaltverhalten oder auffällige Verhaltensmuster, werden häufig

<sup>13</sup> Hauptsächlich die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), das Schweizer Haushaltspanel (SHP) und die Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health (SMASH).

**Tabelle 6** Prävalenz ausgewählter Indikatoren der psychischen Gesundheit nach Geschlecht, 2002

Jugendliche (11–20 Jahre)	Mädchen (%)	Jungen (%)
Oft nervös (1)	17	12
Oft traurig (1)	18	7
Depressiv (2)	10	6
Alkoholkonsum: mind. 10-mal betrunken während des letzten Monats (2)	0,4	3,5
Jugendliche und Erwachsene (15–74 Jahre)	Frauen (%)	Männer (%)
Gefühl, das Leben nicht meistern zu können (3)	22	20
Niedrige psychische Ausgeglichenheit (3)	22	20
Leichte psychische Störungen (3)	33	28
Klinisch auffällige Depressionssymptome: mittel und stark ausgeprägt (3)	4	2
Risikoreicher Alkoholkonsum (M: >60 g/Tag, F: >40 g/Tag) (3)	1,1	2,9

Quellen: 1. Health Behaviour in School-Aged Children (2002), 11–16 Jahre (SFA 2002);  
 2. Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health (2002), 16–20 Jahre (Narring, Tschumper et al. 2004);  
 3. Schweizerische Gesundheitsbefragung (2002), 15–74 Jahre (Bundesamt für Statistik 2005c)

gar nicht als entsprechende Indikatoren wahrgenommen und finden somit nicht Eingang in die Statistiken über psychische Störungen und ambulante psychiatrische Behandlungen.

Dieser Überblick über die psychische Gesundheit in der Schweiz wird ergänzt durch punktuelle klinische Untersuchungen (Meyer and Ricka 2005), Angaben zur Anzahl der Personen, die aufgrund psychischer Erkrankungen eine IV-Rente beziehen (Bundesamt für Sozialversicherungen 2006), sowie die Suizidraten (Bundesamt für Statistik 2004b). Diese seit den 90er-Jahren erhobenen Daten erlauben es, Aussagen zu Trends zu machen.

### 2.3.2.2 Selbsteingeschätzte psychische Gesundheit

Für die meisten der untersuchten Indikatoren geben Frauen eine weniger gute psychische Gesundheit an als Männer; eine Ausnahme bildet einzig der vorwiegend bei Männern vorkommende übermässige Alkoholkonsum, ein oft vernachlässigter indirekter Indikator für die psychische Gesundheit (Tab. 6). Zur Erklärung dieses Sachverhalts sind auf internationaler Ebene mehrere Hypothesen formuliert worden: Einerseits wird ein Bezug zur Situation und den Lebensumständen der Frauen und ihrer Benachteiligung bezüglich Bildung, Einkommen und sozialer Stellung hergestellt, andererseits werden biologische Erklärungsversuche (genetische und hormonelle) Faktoren herangezogen. Ein weiterer Ansatz geht davon aus, dass Frauen – konform mit den zugeschriebenen

gesellschaftlichen Rollen und den daraus resultierenden Erwartungen – ihre psychische Gesundheit besser einschätzen können als Männer und eher bereit sind, sie als beeinträchtigt zu bezeichnen. Dass Frauen ihre psychische Verfassung häufiger als schlecht beurteilen, wäre somit weniger auf effektiv vorhandene Unterschiede im Gesundheitszustand zurückzuführen als auf die grössere Fähigkeit von Frauen, Probleme psychischer Art zu erkennen, zu akzeptieren und darüber zu sprechen.

Wird die Gesamtheit der Indikatoren betrachtet, sind die Geschlechterdifferenzen im Jugendalter am ausgeprägtesten, im Durchschnitt aller Altersklassen sind sie relativ gering.

### 2.3.2.3 Hilfsbedarf und Inanspruchnahme von Behandlung und Unterstützung

Zwischen Frauen und Männern zeigen sich bemerkenswerte Unterschiede bei der Suche nach Hilfe und Unterstützung bei nahestehenden Personen, Fachpersonen oder Selbsthilfegruppen.

Mädchen empfinden viel häufiger einen Bedarf nach persönlicher Hilfeleistung als Jungen, sowohl im Falle von Depressivität (34 % versus 19 %) als auch bei einer ganzen Reihe von psychosozialen und Beziehungsproblemen. Ein höherer Anteil der Jungen, die Hilfe wünschen, lässt sich allenfalls im Bereich des Missbrauchs psychoaktiver Substanzen (Tabak, Alkohol, illegale Drogen) feststellen. Mädchen scheinen eher in der Lage zu sein, ihre gesund-

**Tabelle 7** Jungen und Mädchen (als Anteil an der Gesamtbevölkerung), welche bei psychischen Problemen Hilfe von Nahestehenden oder professionelle Hilfe in Anspruch nahmen, 2002

	Mädchen(%)	Jungen(%)
Hilfsbedarf bei Nervosität und Depressivität	34	19
Hilfesuche bei PartnerIn im Falle von psychischen Problemen	34	20
Hilfesuche bei FreundIn im Falle von psychischen Problemen	57	37
Hilfesuche bei Familie im Falle von psychischen Problemen	40	37
Professionelle Hilfe bei Nervosität und Depressivität	7,4	2,5
<i>Als depressiv (gemäss Index) eingestufte Personen aus der Stichprobe</i>		
Professionelle Hilfe bei Nervosität und Depressivität	25	10

Quelle: SMASH, 2002 (Narring, Tschumper et al. 2004)

heitlichen Bedürfnisse und ihre Fragen im psychischen Bereich wahrzunehmen und auszudrücken (Narring, Tschumper et al. 2004).

Ausgeprägte geschlechterspezifische Unterschiede lassen sich auch feststellen, wenn es darum geht, bei nahestehenden Personen Hilfe einzufordern: Mädchen fragen bei psychischen Problemen sehr viel häufiger bei ihren FreundInnen und PartnerInnen um Hilfe nach als Jungen; etwas weniger gross ist der Unterschied für die Hilfesuche bei der Familie (Tab. 7). Der Anteil der Jugendlichen, die mit niemandem über ihre psychischen Probleme sprechen, liegt bei den Jungen höher (26 % der Jungen versus 19 % der Mädchen) (Narring, Tschumper et al. 2004).

Mit diesen Resultaten stimmt auch die Tatsache überein, dass dreimal mehr Mädchen als Jungen im Falle von Nervosität und Depressivität professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (Tab. 7). Ebenso deutliche Unterschiede zeigen sich bei anderen indirekt mit der psychischen Gesundheit zusammenhängenden Problemen, welche zur Konsultation einer Fachperson führen, wie beispielsweise Müdigkeit (6 % versus 2 %), Schlafstörungen (3 % versus 1 %) und Probleme im Bereich der Ernährung (3 % versus 1 %). Der Schweregrad der angegebenen psychischen Störungen ist dabei nicht allein entscheidend für die Inanspruchnahme von Hilfe und insbesondere von Behandlungen; das Inanspruchnahmeverhalten hängt auch von Normen und kulturell geprägten Erwartungshaltungen ab, welche ihm eine bestimmte Bedeutung verleihen (Gagnon-Nicolet, Bardet Blochet et al. 2007). Für diese Bedeutung spielt, neben anderen Faktoren, auch das Geschlecht eine Rolle. Dies lässt sich durch die Beobachtung bestätigen, dass im Falle von gleich schwerwiegenden Störungen (konkret: Jugendliche, bei denen eine Depression

festgestellt wurde) der Anteil der Mädchen, welche sich für eine ambulante Behandlung an eine Fachperson wenden, mehr als doppelt so hoch ist wie jener der Jungen. Letztere nehmen auch nach Suizidversuchen weniger häufig Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung in Anspruch als die Mädchen: 4 % (versus 27 % bei den Mädchen) wurden von einem/einer PsychologIn oder PsychiaterIn betreut, 3 % (versus 8 %) von einer Ärztin oder einem Arzt, 6 % (versus 16 %) wurden nach dem Suizidversuch hospitalisiert (Narring, Tschumper et al. 2004).

Für die erwachsene Bevölkerung liegen weniger Daten zum Hilfsbedarf und zur Inanspruchnahme von Leistungen im Bereich der psychischen Gesundheit vor. Unter anderem wurde festgestellt, dass in der Deutschschweiz zwei Drittel der Mitglieder von Selbsthilfegruppen – von denen sich ein grosser Teil mit Fragen auseinandersetzt, welche die psychische Gesundheit betreffen – Frauen sind (Stremlow, Gysel et al. 2004). Sowohl in der Gesamtbevölkerung wie auch in der Gruppe der Personen, die ihre psychische Ausgeglichenheit als schlecht bezeichnen, finden sich zweimal mehr Frauen, die sich bereits einmal aufgrund eines psychischen Problems einer Behandlung unterzogen haben. Geschlechterspezifische Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeit von Behandlungen bestehen ebenfalls bei den von einer chronischen psychischen Störung betroffenen Personen, wenn auch weniger ausgeprägt (Tab. 8).

**Tabelle 8** Anteile von Männern und Frauen, die wegen eines psychischen Problems in Behandlung waren

In Behandlung wegen eines psychischen Problems	Frauen %	Männer %
Gesamte Stichprobe	6	2,9
Personen mit beeinträchtigter psychischer Ausgeglichenheit	14	7,8
Personen mit chronischen psychischen Störungen (länger als 12 Monate)	51	42

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung, 2002 (Schuler, Rüesch et al. 2007)

Diese Geschlechterdifferenzen werden auch durch die Statistik der von den Krankenversicherern getragenen Kosten bestätigt: In der Altersklasse der 16- bis 85-Jährigen verursachten die Frauen im Jahr 2001 deutlich höhere Kosten für ambulante psychiatrische Behandlungen als die Männer. Für die Pro-Kopf-Ausgaben lag bei den Erwachsenen das Verhältnis zwischen Frauen und Männern im Bereich von 1.5 bis 2.0 (Camenzind and Meier 2004).

#### 2.3.2.4 Stationäre psychiatrische Behandlung

Während Frauen psychische Probleme häufiger ambulant behandeln lassen als Männer, sind unter den in der Schweiz lebenden Personen kaum geschlechterspezifische Unterschiede zu erkennen, was die stationäre Behandlung von psychischen Erkrankungen betrifft. Männer werden sogar etwas häufiger hospitalisiert (8 von 1000 versus 7 von 1000 im Jahr 2004), die mittlere Dauer des Aufenthalts hingegen liegt bei den Frauen höher (25 Tage versus 21 Tage bei Männern im Jahr 2004) (Schuler, Rüesch et al. 2007). Erhebliche Unterschiede lassen sich in Bezug auf die jeweiligen Diagnosen feststellen: Bei Hospitalisationen aufgrund von Schizophrenie sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch findet sich eine klare Mehrheit von Männern, während der Anteil der Frauen bei den durch Depressionen bedingten Klinikaufenthalten deutlich über jenem der Männer liegt (Schuler, Rüesch et al. 2007). Die Statistiken der Krankenversicherer zeigen im Übrigen, dass Männer höhere Kosten durch Behandlungen in Spitälern verursachen als im ambulanten Bereich; die Frauen hingegen nehmen häufiger ambulante psychiatrische Leistungen in Anspruch (Camenzind and Meier 2004). Männer scheinen also eine psychiatrische Behandlung erst in einem fortgeschritteneren Stadium der Erkrankung nachzufragen bzw. zu erhalten, das heisst zu einem Zeitpunkt, in dem keine Alternative zur Hospitalisation mehr besteht. Die höhere Suizidrate bei den Männern (Kap. 2.2.1) liesse sich somit zumindest teilweise dadurch begründen, dass

die notwendigen Leistungen zu spät in Anspruch genommen bzw. angeboten werden. Bei Personen, die sich trotz einer Erkrankung für gesund halten und ihre wahrgenommenen Symptome und ihr Risikoverhalten niemandem anvertrauen, besteht eine geringere Wahrscheinlichkeit, dass sie eine Behandlung in Anspruch nehmen und, falls sie dies tun, auch eine angemessene Beratung und Diagnose erhalten (Courtenay 2003). Dass sich unter diesen Personen eine Mehrheit von Männern findet, könnte auf die mit der männlichen Geschlechterrolle verbundenen Erwartungshaltungen und Normen zurückzuführen sein, welche Leistung, Kraft, Kontrolle und Selbstbeherrschung in den Vordergrund rücken (Maihofer 1995; Courtenay 2003; The Men's Health Forum 2006). Zu diesem Themenbereich liegen jedoch nur wenige wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse vor.

#### 2.3.2.5 Interpretation der Symptome durch Fachpersonen

Ob Ärztinnen und Ärzte oder andere Fachpersonen psychische Störungen neben anderen gesundheitlichen Problemen überhaupt diagnostizieren, hängt von ihrer Ausbildung ab, von dem, was PatientInnen darüber mitteilen, aber auch von einem allfälligen inneren Widerstand, sich überhaupt mit Gesundheitsproblemen psychischer Art auseinanderzusetzen (Gognalons-Nicolet, Bardet Blochet et al. 2007). Zudem können auch die Geschlechtervorstellungen von Ärztinnen und Ärzten ihre diagnostische und therapeutische Arbeit beeinflussen. Solche Phänomene sind im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen bereits dokumentiert, entsprechende Untersuchungen im Bereich der psychischen Gesundheit wurden jedoch noch wenig durchgeführt. Für die Schweiz finden sich zur Zeit keine Daten zu diesem Thema.

### 2.3.2.6 Kernaussagen

- In Übereinstimmung mit Erkenntnissen aus der internationalen Literatur geben Frauen eine weniger gute psychische Gesundheit an als Männer; eine Ausnahme bildet der Alkoholmissbrauch. Zur Erklärung dieses Befundes wird einerseits auf die biologischen Differenzen zwischen den Geschlechtern, andererseits auf die unterschiedlichen Lebensumstände verwiesen. Zu beachten ist im Übrigen, dass das Ausmass der Geschlechterdifferenzen im Bereich der psychischen Gesundheit möglicherweise verfälscht wird aufgrund einer geschlechterspezifischen Beurteilung gewisser Verhaltensweisen und Symptome durch die Öffentlichkeit, aber auch durch Fachpersonen.
- Bei den Jugendlichen sind die Geschlechterunterschiede im Bereich der psychischen Gesundheit derzeit noch ausgeprägter. Mädchen sind sich ihrer Bedürfnisse in Bezug auf die Gesundheit stärker bewusst als Jungen. Sie sind auch eher bereit, diese auszusprechen und bei Menschen aus ihrem Umfeld oder bei Fachpersonen Hilfe einzufordern.
- Bei vergleichbar schwerwiegenden psychischen Störungen nehmen Mädchen/Frauen deutlich häufiger eine ambulante Behandlung durch Fachpersonen in Anspruch als Jungen/Männer. In der Anzahl der stationären psychiatrischen Behandlungen, ihrer Dauer und den Pro-Kopf-Kosten lassen sich hingegen kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern erkennen.
- Die Kosten für Behandlungen in psychiatrischen Spitälern liegen bei den Männern, nicht aber bei den Frauen, höher als jene für ambulante Versorgung. Die psychiatrische Behandlung erfolgt bei den Männern erst in einem fortgeschritteneren Stadium der Erkrankung, das heisst, zu einem Zeitpunkt, in dem eine Hospitalisation unumgänglich geworden ist. Dies kann einerseits auf die Sozialisation der Männer zurückgeführt werden, andererseits auch auf gewisse bei Ärztinnen und Ärzten bestehende Geschlechterstereotypen.
- Zwischen Männern und Frauen lassen sich somit auf breiter Basis Unterschiede im Verhalten erkennen in Bezug darauf, wie psychische Probleme wahrgenommen und akzeptiert werden und ob eine Behandlung in Anspruch genommen wird. Sowohl im Rahmen von Präventionsprogrammen als auch innerhalb des Systems der psychiatrischen Versorgung muss deshalb ein geschlechterspezifischer Ansatz gewählt werden

### 2.3.2.7 Empfehlungen

PH = Public Health, F = Forschung, A = mögliche Adressaten

**PH1** Information und Sensibilisierung der medizinischen Fachpersonen hinsichtlich der Geschlechterdifferenzen im Bereich der psychischen Gesundheit und ihrer Auswirkungen bezüglich Inanspruchnahmeverhalten, um so Geschlechterstereotypen entgegenzuwirken und eine frühzeitige Erkennung psychischer Störungen insbesondere bei Männern zu ermöglichen.

A: FMH | Public Health Schweiz | Andere medizinische Gesellschaften

**PH2** Förderung der Kompetenzen im Bereich psychischer Gesundheit schon ab dem Kindesalter durch Bildungsmassnahmen in verschiedenen Kontexten (Familie, Schule, Freizeit, Gesundheitswesen). Den geschlechterspezifischen Unterschieden bezüglich psychischer Gesundheit (Wahrnehmen und Ausdrücken eines Bedarfs, Inanspruchnahmeverhalten, unterschiedliche Diagnosen, Suizid) ist explizit Rechnung zu tragen (s. Kap. 2.2.1.6).

A: Erziehungsdepartemente | Verantwortliche für die Ausbildung von Lehrpersonen, SozialberaterInnen und Eltern | Pro Juventute | Nat. und kant. Stellen für Gesundheitsförderung und Prävention

**PH3** Durchführung breit angelegter Sensibilisierungskampagnen mit dem Ziel, den Informationsstand bezüglich Gesundheit und psychischer Probleme insbesondere von Männern zu verbessern und die Inanspruchnahme von Hilfe zu entstigmatisieren (s. Kap. 2.2.1.6 und 2.4.2.8).

A: Gesundheitsförderung Schweiz | Bundesamt für Gesundheit | Aktionsbündnis Psychische Gesundheit Schweiz

**F1** Untersuchung der Zusammenhänge zwischen geschlechterspezifischer Sozialisation und psychischer Gesundheit, insbesondere:

- welche Bedeutung Männer und Frauen der psychischen Gesundheit bzw. Erkrankung beimessen und wie sie diese beurteilen,
- ob und wie bei Fachpersonen eigene Geschlechtervorstellungen in die Diagnose und Therapie von psychischen Erkrankungen einfließen,
- welche Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen der psychischen Gesundheit von Männern und Frauen bestehen, speziell in Bezug auf Paare und Familien.

A: Schweiz. Nationalfonds | Forschende

**Tabelle 9** Zeitliche Entwicklung bei der selbsteingeschätzten psychischen Gesundheit

Jugendliche und Erwachsene (15–74 Jahre)	1992		1997		2002	
	Frauen (%)	Männer (%)	Frauen (%)	Männer (%)	Frauen (%)	Männer (%)
Niedrige psychische Ausgeglichenheit	32	28	26	25	22	20
Leichte psychische Störungen	44	38	37	33	34	29
Risikoreicher Alkoholkonsum (M: >60g/Tag, F: >40g/Tag)	1,9	5,9	0,9	3,4	1,1	2,9

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung (1992, 1997, 2002)

### 2.3.3 Zeitliche Entwicklung der Geschlechterdifferenzen im Bereich der psychischen Gesundheit

#### 2.3.3.1 Selbsteingeschätzte psychische Gesundheit

Im Lauf der zehn Jahre zwischen 1992 und 2002 weisen die Indikatoren auf eine Verbesserung der selbsteingeschätzten psychischen Gesundheit bei den in der Schweiz lebenden Erwachsenen hin. Zudem lässt sich eine leichte Verringerung der geschlechterspezifischen Unterschiede beobachten (Tab. 9).

Vergleicht man die beiden SMASH-Studien von 1993 und 2002, hat sich der Anteil Jugendlicher, die angeben, persönliche Hilfe zur Bewältigung verschiedener gesundheitlicher Probleme nötig zu haben, sowohl bei den Mädchen wie bei den Jungen erstaunlich wenig verändert (Narring, Tschumper et al. 2004).

#### 2.3.3.2 Inanspruchnahme von Behandlungen

Der Anteil der Personen, die aufgrund einer Depression behandelt wurden, hat zwischen 1992 (2.6 % Männer, 5.4 % Frauen) und 2002 (4.4 % Männer, 5.9 % Frauen) zugenommen (Schuler, Rüesch et al. 2007). Da die Veränderung bei den Männern ausgeprägter ausgefallen ist, hat sich der Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern im untersuchten Zeitraum verringert.

Zwischen 1998 und 2004 ist auch die Zahl der Hospitalisationen angestiegen; dies gilt sowohl für beide Geschlechter wie auch für alle Alterskategorien. Männer werden zwar häufiger hospitalisiert, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt jedoch bei den Frauen über den gesamten betrachteten Zeitraum höher (Frauen fast 25 Tage, Männer 21 Tage) (Schuler, Rüesch et al. 2007).

#### 2.3.3.3 Invalidität

Die Zahl der Personen, welche aufgrund einer psychischen Erkrankung Anrecht auf eine IV-Rente haben, hat sich zwischen 1997 und 2006 bei den Männern fast verdoppelt, bei den Frauen mehr als verdoppelt (Tab. 10). Der Anteil der Frauen ist damit bis zum Jahr 2006 fast auf das gleiche Niveau angestiegen wie jener der Männer. In der betrachteten Zeitspanne hat sich somit die Differenz zwischen Männern und Frauen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung invalid sind, verringert.

Betrachtet man den Anteil der psychisch Kranken als Prozentsatz aller Invaliden, liegt dieser Wert bei den Frauen immer noch höher, was darauf zurückzuführen ist, dass insgesamt mehr Männer eine IV-Rente beziehen (138'879 versus 117'421 im Jahr 2006).

Was die Art der zum Anspruch auf eine IV-Rente führenden psychischen Erkrankungen betrifft, lassen sich in der Entwicklung der letzten Jahre kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern feststellen: Die Anteile der psychotischen Erkrankungen (schwere psychische Erkrankungen wie z.B. Schizophrenie) und der Suchterkrankungen sind bei beiden Geschlechtern rückläufig, jener der psychogenen Störungen (neurotische Störungen und andere als «psychogen» oder «milieureaktiv» bezeichnete Leiden) ist angestiegen. Im betrachteten Zeitraum erhielten Frauen häufiger eine IV-Rente aufgrund von psychogenen Störungen, Männer hingegen aufgrund von Suchterkrankungen.

**Tabelle 10** Anzahl und prozentualer Anteil der Männer und Frauen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung invalid sind (1997/2002/2006)

	Anzahl Personen, die aufgrund psychischer Erkrankungen invalid sind		Invalide aufgrund psychischer Erkrankung, prozentualer Anteil an der Gesamtzahl der Invaliden (%)		Invalide aufgrund psychischer Erkrankung, prozentualer Anteil an der Gesamtzahl der Versicherten (%)	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
1997	22'520	25'959	31	26	1,04	1,14
2002	34'788	38'136	36	31	1,55	1,65
2006	47'350	48'858	40	35	2,02	2,05

Quelle: IV-Statistik (Bundesamt für Sozialversicherungen 2006)

### 2.3.3.4 Kernaussagen

- Ob sich die psychische Gesundheit der in der Schweiz lebenden Personen im Lauf des letzten Jahrzehnts verbessert oder verschlechtert hat, lässt sich kaum abschliessend beurteilen, weil widersprüchliche Daten vorliegen: Einerseits wird die psychische Gesundheit von den Menschen selbst als leicht besser eingeschätzt, andererseits sind die Hospitalisationsraten und die Zahl der Invaliden angestiegen. Der Anteil der Jugendlichen, die angeben, zur Bewältigung verschiedener psychischer Gesundheitsprobleme auf persönliche Hilfe angewiesen zu sein, ist im betrachteten Zeitraum konstant geblieben. Die beobachteten unterschiedlichen Entwicklungen im Bereich der psychischen Gesundheit dürften darauf zurückzuführen sein, dass sich die Daten auf Gruppen von Personen mit unterschiedlich schwerwiegenden psychischen Beeinträchtigungen beziehen.
- Für einen grossen Teil der untersuchten Indikatoren der psychischen Gesundheit lässt sich eine, wenn auch sehr schwache, Verringerung der Geschlechterdifferenzen feststellen. Da noch keine nationalen Studien zum Einfluss der sich wandelnden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sowie der Veränderungen im Gesundheitswesen auf die psychische Gesundheit von Männern und Frauen vorliegen, scheint es verfrüht, diesen Befund interpretieren zu wollen.

14 Eine logistische Regression wurde für «niedrige psychische Ausgeglichenheit» durchgeführt, indem sukzessive die Variablen Geschlecht, Alter, Bildung, Haushaltseinkommen, Nationalität, Zivilstand, Sprachregion, Symptome körperlicher Beschwerden (Rückenschmerzen, Schwächezustand, Bauchschmerzen, Diarrhö/Verstopfung, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Brustschmerzen), chronische körperliche Probleme und Erwerbsarbeit eingeführt wurden.

### 2.3.3.5 Empfehlungen

PH = Public Health, F = Forschung, A = mögliche Adressaten

**F1** Durchführung von Untersuchungen zum Einfluss der Veränderungen in der Sozialstruktur und im Gesundheitswesen auf die psychische Gesundheit von Männern und Frauen.

A: Schweiz. Nationalfonds

**F2** Einbeziehen der Geschlechterperspektive in die Studie «Invalidität aus psychischen Gründen», die im Rahmen des mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung des Bundesamtes für Sozialversicherungen durchgeführt wird.

A: Bundesamt für Sozialversicherungen

### 2.3.4 Interaktion zwischen Geschlecht und anderen Determinanten der psychischen Gesundheit

Wie sich die Geschlechterdifferenzen bezüglich psychischer Gesundheit verändern, wenn soziodemographische und sozioökonomische Charakteristika sowie Indikatoren der körperlichen Gesundheit mitberücksichtigt werden, wurde auf Basis der im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 erhobenen Daten analysiert. Die diesem Ansatz zugrunde liegende Idee bestand darin zu untersuchen, ob sich die zwischen Männern und Frauen beobachteten Unterschiede in der psychischen Gesundheit durch Unterschiede im sozialen Status oder im körperlichen Gesundheitszustand erklären lassen.

Tabelle 11 gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Analyse<sup>14</sup>, in der schrittweise soziodemographische und sozioökonomische Faktoren sowie Indikatoren der physischen Gesundheit einbezogen wurden. Wird einzig das Geschlecht berücksichtigt (Modell 1), ergibt sich für

**Table 11** Zusammenhang von Geschlecht und beeinträchtigter psychischer Ausgeglichenheit: Veränderung des Zusammenhangs (OR) nach schrittweiser Einführung von sozioökonomischen und die physische Gesundheit betreffenden Faktoren

Modelle	Berücksichtigte Variablen	Odds Ratio (OR) für weibliches Geschlecht *
Modell 1	Geschlecht	1.15
Modell 2	Geschlecht + Alter	1.20
Modell 3	Geschlecht + Alter + Bildung	1.17
Modell 4	Geschlecht + Alter + Bildung + Haushaltseinkommen	1.15
Modell 5	Modell 5 + Nationalität	1.16
Modell 6	Modell 6 + Zivilstand	1.14
Modell 7	Modell 7 + Sprachregion	1.15
Modell 8	Modell 8 + Symptome körperlicher Beschwerden	0.84
Modell 9	Modell 9 + Chronische gesundheitliche Probleme	0.87
Modell 10	Modell 10 + Erwerbsarbeit	0.87

\* Alle Odds Ratio in dieser Tabelle sind statistisch signifikant, im Vergleich zu männlichem Geschlecht (Odds Ratio = 1)

Frauen eine um 15 % höhere Wahrscheinlichkeit für eine beeinträchtigte psychische Ausgeglichenheit (Odds Ratio 1.15). Auch nach Einführung der soziodemographischen und sozioökonomischen Faktoren bleibt dieser Zusammenhang bestehen (Odds ratio zwischen 1.15 und 1.20 in den Modellen 2 bis 7). Dass Frauen eine geringere psychische Ausgeglichenheit angeben als Männer, scheint also nicht in geschlechterspezifischen Unterschieden im sozialen Status begründet zu sein.

Werden jedoch auch «Symptome körperlicher Beschwerden» berücksichtigt (Modell 8), sinkt die Odds Ratio auf 0.84, das heisst, die Wahrscheinlichkeit für eine beeinträchtigte psychische Ausgeglichenheit liegt jetzt bei den Frauen signifikant tiefer als bei den Männern. Dieser Zusammenhang ändert sich auch nicht nach Einführen der Indikatoren «Chronische gesundheitliche Probleme» und «Erwerbsarbeit» (Modelle 9 und 10). Die Tatsache, dass Frauen eine weniger gute psychische Gesundheit angeben als Männer, scheint sich demzufolge auf Unterschiede im körperlichen Gesundheitszustand zwischen den Geschlechtern zurückführen zu lassen.

Auf Basis des aktuellen Wissensstands lassen sich nur Hypothesen zur Erklärung dieses Befundes anführen: So könnte die schlechtere psychische Ausgeglichenheit bei den Frauen mit einem weniger guten körperlichen Gesundheitszustand in Verbindung gebracht werden. Es könnte bei den Frauen jedoch auch ein engerer Zusam-

menhang zwischen psychischer und körperlicher Gesundheit bestehen als bei den Männern. Um weitere Hinweise zur Interpretation dieser Resultate zu gewinnen, wären genauere Fragestellungen und vertiefte Analysen notwendig.

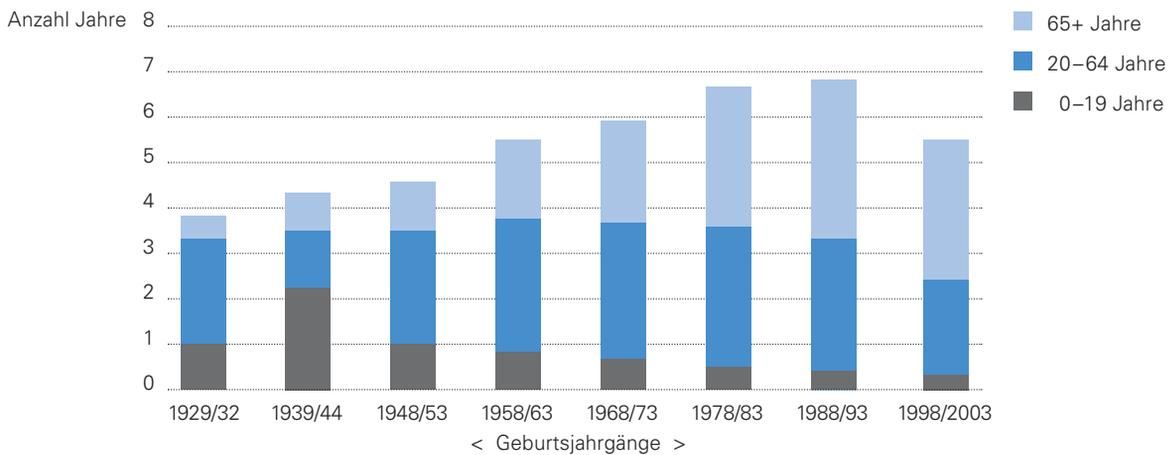
#### 2.3.4.1 Empfehlungen

PH = Public Health, F = Forschung, A = mögliche Adressaten

**F1** Erforschung der geschlechterspezifischen Einflüsse körperlicher Symptome auf die psychische Gesundheit von Männern und Frauen.

A: Schweiz. Nationalfonds | Forschende

**Abbildung 10** Geschlechterunterschied in der Lebenserwartung bei Geburt, seit 1929/1932: Anzahl Jahre, die verschiedene Altersgruppen zur längeren Lebenserwartung der Frauen beitragen



Quelle: Sterbetafeln für die Schweiz 1998/2003 (Bundesamt für Statistik 2005a)

## 2.4 Altern in Gesundheit/Pflegebedürftigkeit

Eine Vertiefung der Gender-Analyse des Themas «Altern in Gesundheit/Pflegebedürftigkeit» ermöglicht eine Fokussierung auf die Lebensphase, in welcher sich in westlichen Ländern das hauptsächliche Krankheitsgeschehen abspielt, dieses vor dem Hintergrund der für Männer und Frauen unterschiedlichen biographischen Kontexte zu bewerten und insbesondere auch das Altern bei Männern zu thematisieren. Noch ist das Verständnis gering, weshalb Männer eine kürzere Lebenserwartung haben als Frauen, obwohl »men have all the social determinants on their side« (Meryn 2004). Ein grosser Aktualitätsbezug ergibt sich aus der demographischen Entwicklung sowie aus den derzeitigen Diskussionen bezüglich der Betreuung im höheren Alter.

Dieses Kapitel fokussiert auf die zeitliche Entwicklung der Geschlechterunterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung, auf die Geschlechterunterschiede bei den Determinanten von Mortalität und Gesundheit und thematisiert den Einfluss von soziodemographischen Determinanten, Gesundheitsverhalten und lebenskritischen Ereignissen bei Männern und Frauen aus einer Lebenszeitperspektive. Zudem geht es auf die Pflegebedürftigkeit und formelle bzw. informelle Pflege ein.

## 2.4.1 Mortalität und Lebenserwartung

### 2.4.1.1 Zeitlicher Trend

Die Lebenserwartung bei Geburt ist im letzten Jahrhundert sowohl für Frauen als auch für Männer stark gestiegen. Seit rund 50 Jahren ist dieser Anstieg in erster Linie auf eine abnehmende Mortalität der über 65-Jährigen zurückzuführen (Bundesamt für Statistik 2005a). Der Unterschied in der Lebenserwartung von Männern und Frauen hat sich im letzten Jahrhundert von knapp vier (1929/1932) auf insgesamt sieben Jahre erhöht (1988/1993) (Abb. 10). Seit den 1990er Jahren ist der Geschlechterunterschied allerdings rückläufig. Er beträgt im Zeitraum 1998/2003 noch 5.6 Jahre. Verändert hat sich auch der Anteil, welchen die jeweiligen Altersgruppen zum Unterschied in der Lebenserwartung bei Geburt beitragen. Während die Bedeutung der Todesfälle von 0–19-Jährigen für den Geschlechterunterschied in den letzten 80 Jahren abgenommen hat (Abb. 10), hat der Beitrag der über 65-Jährigen deutlich zugenommen und macht in den Jahren 1998/2003 3.3 der insgesamt 5.6 Jahre Unterschied in der Lebenserwartung aus (entspricht somit 60 % des gesamten Unterschiedes). Die geschlechterrelevanten Veränderungen haben sich aber nicht nur im höheren, sondern auch im mittleren Lebensalter ereignet. Seit 1988/1993 hat der Beitrag der 20–64-Jährigen am gesamten Unterschied in der Lebenserwartung stark abgenommen (von

3 auf 2 Jahre 1998/ 2003). Der Unterschied in der Mortalität von Frauen und Männern in dieser Altersgruppe hat sich somit seit Anfang der 1990er Jahre verringert.

Ein Grund für die sich angleichende Lebenserwartung von Männern und Frauen liegt darin, dass bei Männern die Lungenkrebsmortalität zurückgegangen, bei Frauen hingegen gestiegen ist, und dass sich die Chancen auf eine erfolgreiche Therapie von Herz-Kreislauf-Krankheiten erhöht haben (Höpflinger 2002a). Möglicherweise tragen auch Veränderungen in den Lebenskontexten und sozialen Lagen von Frauen und Männern zu dieser Angleichung bei (s. Kap. 2.1). Untersuchungen dazu liegen in der Schweiz bisher jedoch nicht vor.

#### **2.4.1.2 Regionale Unterschiede**

In der Schweiz bestehen sowohl kantonale Unterschiede in der Differenz der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen als auch in der Lebenserwartung von Frauen und Männern untereinander. Diese regionalen Unterschiede weisen auf ein Verbesserungspotential hin.

Die Geschlechterdifferenz ist im Jura, Tessin, Appenzell Innerrhoden, Wallis, Fribourg, Graubünden und Glarus vergleichsweise grösser als in anderen Kantonen (Bundesamt für Statistik 2005a). Im Kanton Tessin wird der grosse Unterschied unter anderem durch die überdurchschnittliche Mortalität der Männer an koronaren Herzkrankheiten, in den Bergkantonen durch mehr Todesfälle von Männern durch Unfälle erklärt (Wanner, Fei et al. 1997).

Die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen den Kantonen mit höchster und tiefster Lebenserwartung sind für Männer (3.1 Jahre) etwas ausgeprägter als für Frauen (2.6 Jahre) (Bundesamt für Statistik 2005a). Hoch ist die Lebenserwartung von Frauen und Männern in den Kantonen Waadt und Genf, was zum Teil durch eine unterdurchschnittliche Mortalität an koronaren Herzkrankheiten bedingt ist (Wanner, Fei et al. 1997). Bei Frauen in diesen Kantonen ist seit 1980 auch ein Rückgang der Brustkrebsmortalität zu verzeichnen, wofür möglicherweise die dort bestehenden systematischen Mammographie-Programme eine Rolle spielen (Bulliard, La Vecchia et al. 2006).

#### **2.4.1.3 Soziodemographische Determinanten**

Im Folgenden werden die in der Schweiz vorhandenen Informationen zur Frage zusammengestellt, ob bei der Lebenserwartung und Mortalität von Frauen und Männern in der Schweiz soziodemographische Determinanten eine unterschiedliche Rolle spielen.

#### **Nationalität**

Personen mit ausländischer Nationalität haben eine tiefere Mortalität als SchweizerInnen, obwohl die meisten aus Regionen mit einer höheren Mortalität als der Schweiz stammen (Bundesamt für Statistik 2005a). Diese Resultate sind allerdings aufgrund von Einbürgerungen und Rückkehrbewegungen stark verzerrt (ständige Erneuerung der (jungen) ausländischen Bevölkerung, Erfassungsmängel) (Bopp and Gutzwiller 1999). Sie betreffen auch eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe. Bei den derzeit vorliegenden Daten zeigen sich bei SchweizerInnen und AusländerInnen dieselben Geschlechterunterschiede (Bopp and Gutzwiller 1999).

#### **Zivilstand**

Die im Vergleich zu Männern tiefere Mortalität von Frauen besteht auch innerhalb der verschiedenen Zivilstandsformen. Verheiratetsein ist bei beiden Geschlechtern mit dem tiefsten Sterberisiko verbunden (Bundesamt für Statistik 2005a). Das höchste Mortalitätsrisiko betrifft ältere geschiedene Frauen (65–80 Jahren) und ledige Männer (45–80 Jahre), welche somit als besondere Risikogruppen zu betrachten sind. Bei Frauen könnte die im Vergleich zu Männern nach einer Scheidung doppelt so häufig auftretende Armut (10 % versus 5 %) einen Einfluss auf die Mortalität haben (Freivogel 2007). Die bei Frauen häufiger auftretende Armut ist durch die gängige Rechtspraxis bedingt, wonach der unterhaltspflichtigen Person – aufgrund der traditionellen Rollenteilung nach wie vor meist dem Mann – nicht ins Existenzminimum eingegriffen werden darf (Eidgenössische Kommission für Frauenfragen 2007). Das gut belegte höhere Mortalitätsrisiko von alleinstehenden Männern wird unter anderem durch ihre vergleichsweise ungesündere Lebensweise mit vermehrtem Alkohol- und Nikotinkonsum sowie mit einer geringeren sozialen Integration erklärt (Kuhlmey 2003). Zivilstandsbezogene Unterschiede in der Mortalität können allerdings auch durch Selektionseffekte bedingt sein, da weniger gesunde Personen tiefere Heiratschancen haben und eher ledig bleiben. Zudem ist der formale Zivilstand ein zunehmend schlechterer Indikator für die faktische Lebensform, die für den sozioökonomischen Status, ein geregeltes Leben, die gesundheitliche Versorgung und für lebenskritische Ereignisse entscheidender ist (Höpflinger 2002b). Mögliche Auswirkungen der sich ändernden sozialen Situationen (s. auch Kap. 2.1) auf die Mortalität müssten daher in Longitudinalstudien erhärtet werden.

### Bildung

Ein höheres Bildungsniveau ist bei Männern und Frauen in allen Altersgruppen mit einer tieferen Mortalität verbunden (Bopp and Minder 2003). Der Einfluss der Bildung ist im mittleren Erwachsenenalter stärker bei Männern, im höheren Alter leicht stärker bei Frauen<sup>15</sup>. Bei Männern nimmt die Sterberisikoerhöhung, die mit einer niedrigeren Bildung einhergeht, mit zunehmendem Alter ab, während sie bei Frauen leicht zunimmt und bei den 80–89-Jährigen am höchsten ist (Huisman, Kunst et al. 2004). Möglicherweise ist dieser stärkere Einfluss der Bildung bei älteren Frauen durch die Lebensform, das heisst das Alleinleben beziehungsweise die Verwitwung, verzerrt. Bei Analysen zur Bedeutung der Bildung für die Mortalität bei Frauen sollte daher der Zivilstand mitberücksichtigt werden.

### Weitere soziale und berufliche Determinanten

Eine prospektive Studie bei 40–65-Jährigen aus dem Kanton Genf zeigt, dass auch berufliche und soziale Faktoren bei der Mortalität eine Rolle spielen (Gognalons-Nicolet, Derriennic et al. 1999). Eine signifikant höhere Mortalität (in der bivariaten Analyse) zeigte sich bei Frauen, welche keine beruflichen oder universitären Diplomen aufwiesen und bei Männern, welche während der Erwerbstätigkeit keine Weiterbildung absolvierten oder keine Teilnahme in Vereinen angaben. In der multivariaten Analyse, welche aufgrund der kleinen Anzahl Todesfälle bei Frauen nur für Männer durchgeführt werden konnte, zeigten sich vier Faktoren, die mit einer erhöhten Mortalität einhergingen: Vorhandensein einer Phase von Arbeitslosigkeit während des Erwerbslebens, Abwesenheit von Initiative im beruflichen Werdegang, Fehlen von sozialer Partizipation und tieferer beruflicher Status<sup>16</sup>.

#### 2.4.1.4 Kernaussagen

– Bei einer Gender-Analyse der Lebenserwartung darf nicht nur auf die höheren Altersgruppen fokussiert werden. Geschlechterrelevante Veränderungen haben sich insbesondere auch im mittleren Erwachsenenalter ereignet.

- Die regionalen Unterschiede in der Lebenserwartung – einerseits zwischen Männern und Frauen, andererseits innerhalb der Geschlechter – weisen auf ein Verbesserungspotential hin, das im Hinblick auf kantonale Massnahmen näher untersucht werden müsste.
- Das Ergebnis der insgesamt höheren Lebenserwartung der ausländischen Bevölkerung in der Schweiz ist als verzerrt einzustufen und trägt auch der Heterogenität der ausländischen Bevölkerung nicht Rechnung.
- Ledige Männer und ältere, geschiedene Frauen sind als besondere Risikogruppen zu betrachten. Neben der vergleichsweise ungesünderen Lebensweise und einer geringeren sozialen Integration bei ledigen Männern sind bei geschiedenen, älteren Frauen die finanziellen Einbussen von Bedeutung. Diese zivilstandsbezogenen Ergebnisse sollten in Längsschnittstudien erhärtet werden.
- Der Einfluss der Bildung auf die Mortalität ist bis ins höhere Lebensalter bei Männern grösser als bei Frauen. Die Bedeutung der Bildung nimmt bei Männern mit zunehmendem Alter ab, bei Frauen leicht zu. Bei Frauen könnte der Zivilstand diesen Zusammenhang verfälschen, was bei Analysen mitberücksichtigt werden sollte.
- Bei Männern gibt es Hinweise auf den Einfluss beruflicher und sozialer Faktoren auf die Mortalität, bei Frauen sind diese Zusammenhänge weniger untersucht.

#### 2.4.1.5 Empfehlungen

Da die Empfehlungen zum Kapitel «Mortalität und Lebenserwartung» und «Determinanten der Gesundheit» in die gleiche Richtung gehen, werden sie zusammengefasst und am Ende des folgenden Kapitels aufgeführt (2.4.2.8).

<sup>15</sup> Das relative Sterberisiko zwischen unterer und mittlerer/hoher Bildung bei 50–59-Jährigen ist bei Männern 1.62 und bei Frauen 1.29, bei 80–89-Jährigen 1.17 bei Männern und 1.33 bei Frauen.

<sup>16</sup> Relative Risiken je nach Modell (RR): Vorhandensein einer Phase von Arbeitslosigkeit während des Erwerbslebens RR 3.0–4.0, Abwesenheit von Initiative im beruflichen Werdegang RR 3.0, Fehlen von sozialer Partizipation RR 2.9–3.6 und tieferer beruflicher Status RR 1.7–1.9 (nur in einem Modell signifikant).

**Tabelle 12** Bedeutung des weiblichen Geschlechts im Vergleich zu männlichem Geschlecht in verschiedenen Bereichen des Gesundheitsverhaltens bei über 65-jährigen selbständig zu Hause lebenden Personen in der Schweiz\*

	Odds Ratio (95 % Konfidenzintervall) für weibliches Geschlecht**
Score für fettreiche Ernährung im obersten Quartil	0,7 (0,5–0,8)
Score für nahrungsfaserreiche Ernährung im untersten Quartil	0,5 (0,4–0,6)
Tabakkonsum	0,4 (0,2–0,5)
Zwei oder mehr alkoholische Getränke pro Tag	0,2 (0,2–0,3)
Körperliche Aktivität im untersten Quartil	1,5 (1,1–1,2)
Score für körperliche Aktivität Haushalt im untersten Quartil	0,6 (0,4–0,8)
Score für körperliche Aktivität Sport/Freizeit im untersten Quartil	1,8 (1,4–2,4)

\* Regressionsanalysen korrigiert nach Alter, Bildung, Lebenssituation (alleine lebend), sozialer Isolation, verschiedenen gesundheitlichen und funktionellen Faktoren.

\*\* Im Vergleich zu männlichem Geschlecht (Odds Ratio = 1), alle OR in dieser Tabelle sind statistisch signifikant.

Quelle: Gesundheitsprofil-Daten, n=3721, (Blozik, Meyer et al. 2007)

## 2.4.2 Determinanten der Gesundheit von Männern und Frauen aus einer Lebenszeitperspektive

Wie sich die Gesundheit im höheren Lebensalter entwickelt, ist das Ergebnis vieler Faktoren. Bedeutsam sind der frühere Lebenslauf, die gesundheitliche Biographie, die erlebten Strategien, mit gesundheitlichen Problemen umzugehen, die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, soziodemographische (Alter, Geschlecht, Bildung, soziales Netz) und ökonomische Faktoren (Einkommen), die Generationszugehörigkeit, biographische Übergänge und ebenso soziokulturelle Faktoren wie Männlichkeits- und Weiblichkeitsvorstellungen. Auch das aktuelle Gesundheitsverhalten im Alter wirkt sich auf die Gesundheit aus, unabhängig von den biographischen Faktoren (Wyss 2005).

In diesem Kapitel werden solche Faktoren als Determinanten der Gesundheit älterer Frauen und Männer in der Lebenslaufperspektive betrachtet.

### 2.4.2.1 Gesundheitsverhalten

Insgesamt nimmt sowohl bei Frauen wie auch bei Männern das gesundheitsförderliche Verhalten mit zunehmendem Alter ab (Wyss 2005). Die im frühen und mittleren Lebensalter gut dokumentierten Geschlechterunterschiede bestehen bis ins hohe Alter – Frauen verhalten sich insgesamt gesundheitsförderlicher als Männer, nach 70 Jahren ist die Differenz aber nicht mehr signifikant<sup>17</sup> (Wyss 2005). Dass Frauen eine tiefere Wahrscheinlichkeit für ein gesundheitsschädigendes Verhalten aufweisen, zeigt sich

auch, wenn verschiedene Bereiche des Gesundheitsverhaltens getrennt betrachtet werden (Tab. 12) (Blozik, Meyer et al. 2007). Ausnahme bildet die körperliche Aktivität (insgesamt und im Besonderen jene in der Freizeit). Des Weiteren wird Stress von Männern häufiger als Hinderungsgrund angegeben, den Tabakkonsum zu beenden, während mehr Frauen angeben, dass sie nicht aufhören wollen oder eine Gewichtszunahme befürchten. Soziale Isolation geht mit ungünstigerem Gesundheitsverhalten einher.

Eine Analyse von Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB 2002) im Kanton Zürich zeigt auch, dass mehr Frauen als Männer Gesundheitsempfehlungen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Rauchen, Alkoholkonsum und Körpergewicht gut befolgen und dass der Anteil Männer, welcher diese Empfehlungen gut befolgt, mit zunehmendem Alter deutlich stärker abnimmt als der entsprechende Anteil bei den Frauen (Bopp and Ceesay 2007). Das unterschiedliche Gesundheitsverhalten schlägt sich auch im Risikoprofil bei bestimmten Krankheiten nieder. Männer, die wegen eines akuten Herzinfarkts hospitalisiert wurden (AMIS Plus Register), hatten häufiger ein ungünstiges Blutfettprofil, Übergewicht und waren häufiger Raucher, Frauen wiesen dagegen häufiger einen hohen Blutdruck und Diabetes auf (Radovanovic, Gaspoz et

<sup>17</sup> Der Analyse zugrundegelegt ist ein Index zum Gesundheitsverhalten unter Einbezug von körperlicher Betätigung, Bewegung, Ernährung, BMI, Rauchen, Alkohol, soziale Ressourcen.

al. 2006). Die einzelnen Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankheiten haben zudem für Frauen und Männer eine unterschiedliche Relevanz. Frauen haben bei Vorliegen eines Diabetes oder erhöhter Triglyceridwerte ein höheres Risiko für einen Herzinfarkt als Männer mit entsprechenden Risikofaktoren (Darioli 1998). Dieses Wissen sollte in der medizinischen Betreuung mitberücksichtigt werden.

#### 2.4.2.2 Inanspruchnahmeverhalten von medizinischen Leistungen

Frauen nehmen medizinische Leistungen insgesamt häufiger in Anspruch als Männer. Dies wird mit ihren spezifischen Bedürfnissen im Bereich der reproduktiven Gesundheit, einem stärkeren Beachten von Symptomen und einem aktiveren Nachfrageverhalten begründet (Bisig and Gutzwiller 2004; Camenzind and Meier 2004). Berechnungen der Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand stützen diese Annahme (Berechnungen für die ganze Schweizer Bevölkerung über 15 Jahren) (Bisig and Gutzwiller 2004): Die Wahrscheinlichkeit für ambulante Konsultationen (Abb. 11a), für Konsultationen bei SpezialistInnen (Abb. 11b) und für Notfall-Konsultationen (Abb. 11c) ist bei Frauen (hellblaue Säulen) grösser als bei Männern (dunkelblaue Säulen), wenn geringfügigere gesundheitliche Beeinträchtigungen<sup>18</sup> vorliegen. Bei ausgeprägteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen<sup>19</sup> gehen dagegen Männer mit einer grösseren Wahrscheinlichkeit zu einer Konsultation als Frauen. Ob diese frühzeitigere Inanspruchnahme von Frauen positive Auswirkungen auf ihre Gesundheit und Mortalität hat, resp. ob sich für Männer durch ihr späteres Hilfsucheverhalten Nachteile ergeben, ist empirisch kaum untersucht. Für die Schweiz fanden sich dazu keine Studien.

Unklar ist, ob diese Befunde der frühzeitigeren Inanspruchnahme von Frauen auch für die ältere Bevölkerung gelten. Die Geschlechterunterschiede im Inanspruchnahmeverhalten – ohne Berücksichtigung des Gesundheitszustandes – sind im höheren Lebensalter auf jeden Fall weniger ausgeprägt als in jüngeren Jahren, verschwinden teilweise ganz oder kehren sich gar um. Der Anteil über 80-jähriger Frauen ohne Arzt- oder Spitalbesuch im letzten Jahr ist grösser als derjenige bei gleichaltrigen Männern (Wyss 2005). Über 65-jährige Männer gingen im Jahre 2002 (Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002) häufiger zum Spezialisten oder zur Spezialistin als gleichaltrige

Frauen und auch Hospitalisationen waren bei 65–74-jährigen Männern etwas häufiger als bei gleichaltrigen Frauen. Allerdings blieben ältere Frauen länger im Spital (Bundesamt für Statistik 2005c).

In einer Studie bei über 65-jährigen, selbständig zu Hause lebenden Personen in der Schweiz zeigte sich zudem, dass ältere Frauen im Vergleich zu älteren Männern bezüglich Vorsorgeuntersuchungen (Cholesterinmessung, Blutzuckerbestimmung, Gehörkontrolle, Impfung gegen Lungenentzündung, Blut im Stuhl) eher unterversorgt sind<sup>20</sup> (Blozik, Meyer et al. 2007).

Zugangsbarrieren für Vorsorgeuntersuchungen können für Frauen bei der Krebsvorsorge resp. -früherkennung gezeigt werden: Alter über 65 Jahre, tiefe Schulbildung und ausländische Nationalität sind mit einer signifikant tieferen Wahrscheinlichkeit für eine Brustuntersuchung durch den Arzt/die Ärztin, für eine Mammographie oder einen Gebärmutterhalsabstrich assoziiert (Lebenszeitprävalenz, Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992 und 1997) (Bisig and Gutzwiller 2004). Beim Gebärmutterhalsabstrich sind es insbesondere Frauen aus Portugal, dem ehemaligen Jugoslawien, Frankreich, Spanien und Italien, welche diesen noch nie in Anspruch genommen haben<sup>21</sup> (Greuter 2006). Auch selbständig zu Hause lebende ältere Frauen mit mehr als zwei chronischen Krankheiten und alleinlebende Frauen liessen in den letzten 2 und 3 Jahren eine Mammographie resp. einen Gebärmutterhalsabstrich seltener durchführen (Blozik, Meyer et al. 2007). Den Hausärzten und Hausärztinnen als regelmässigen Ansprechpartnern in der Grundversorgung kommt insbesondere bei älteren Frauen eine wichtige Rolle beim Thematisieren und Durchführen von Vorsorgeuntersuchungen zu (Bisig and Gutzwiller 2004).

18 Einschätzung des Gesundheitszustands gut, aber Vorhandensein von Symptomen.

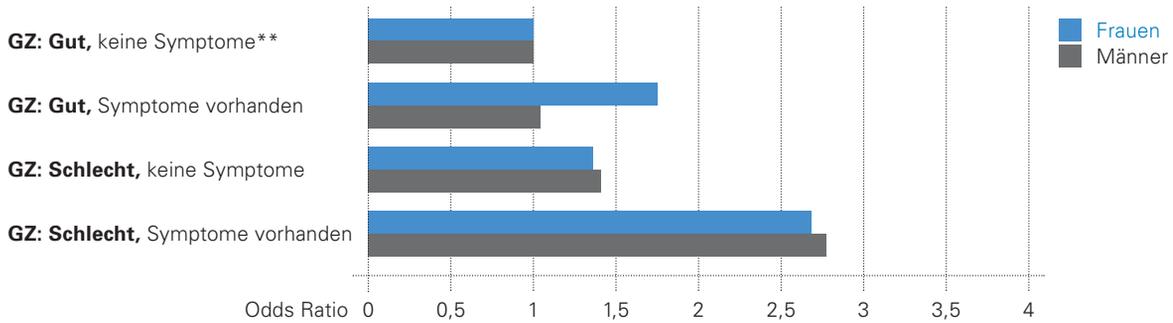
19 Einschätzung des Gesundheitszustands nicht gut, Vorhandensein von Symptomen.

20 Frauen hatten eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, im erfragten Zeitraum keine Cholesterinmessung (Odds Ratio für weibliches Geschlecht=1.7), keine Blutzuckerbestimmung (OR=1.3), keine Gehörkontrolle (OR=1.4), keine Impfung gegen Lungenentzündung (OR=1.9) und keine Untersuchung auf Blut im Stuhl (OR=1.5) erhalten zu haben. Dass sie keine Zahnkontrolle erhielten, war weniger wahrscheinlich (OR=0.7).

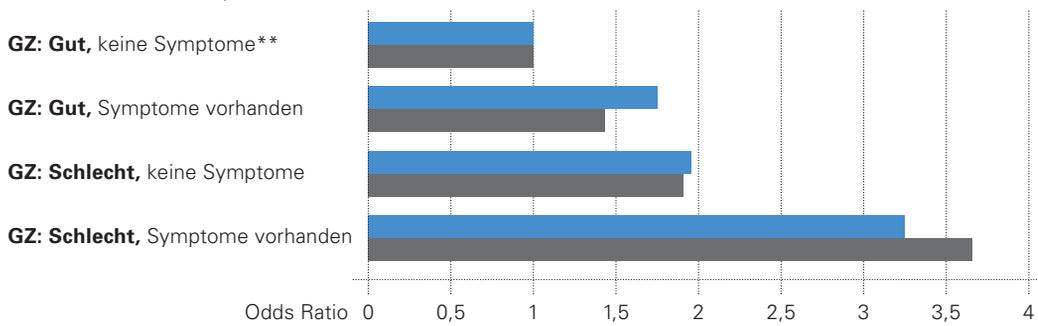
21 Analysen korrigiert nach Alter, Ausbildung, Berufskategorie, Einkommen, Wohnregion.

Abbildung 11 Inanspruchnahmewahrscheinlichkeit (Odds Ratio) für ambulante Konsultationen (a), Konsultationen bei SpezialistInnen (b) und Notfall-Konsultationen (c), in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand und Vorliegen von Symptomen, nach Geschlecht\*

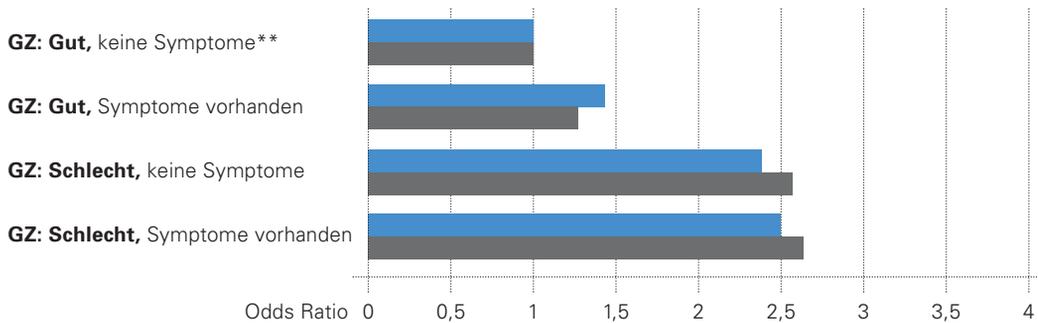
a) Ambulante Konsultationen



b) Konsultationen bei SpezialistInnen



c) Notfall-Konsultationen



\* Alle Odds Ratio in diesen Abbildungen sind statistisch signifikant.

\*\* Referenzgruppe

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (Bisig and Gutzwiller 2004)

### 2.4.2.3 Männlichkeit und Altern

Wie in Kapitel 2.4.2.1. beschrieben, haben Männer bis ins hohe Alter ein schlechteres Gesundheitsverhalten als Frauen. Dies wird unter anderem auf die gesellschaftlich und kulturell tradierten Rollenvorgaben und maskulinen Rollennormen zurückgeführt (Thiele 2000). Männlichkeitsideale bestehen weitgehend aus Jugendlichkeitsidealen (Kraft, Ausdauer, Potenz, Fitness). Eine einseitige Orientierung an diesen Männlichkeitsidealen kann daher im Übergang zum höheren Lebensalter zu Anpassungsschwierigkeiten und zu Beeinträchtigungen der körperlichen und psychischen Gesundheit führen. Dies konnte in Studien in Deutschland zum Teil bestätigt werden (Thiele 2000): Bei ökonomisch und sozial gut gestellten, gesunden 35–64-jährigen Männern zeigte sich, dass körperlich fitte Männer, die zugleich eine hohe maskuline Normorientierung aufwiesen, die insgesamt höchste Ausprägung beim maskulinen Geschlechtsrollenstress hatten und bei gesundheitlichen Beschwerden eine ähnlich hohe Belastungsangabe wie Männer mit einer niedrigen körperlichen Fitness. Thiele führt dies darauf zurück, dass bei diesen Männern altersbezogene körperliche Grenzen überschritten und negative Begleiterscheinungen für Wohlbefinden und objektive Gesundheit wahrscheinlicher werden. Maskulinität war in einer weiteren Studie jedoch ein stabiler Prädiktor eines hohen Selbstwertgefühls und von niedriger Depressivität (Thiele 2000). Da es sich um sehr selektionierte Stichproben handelt, sind diese Resultate allerdings mit Vorsicht zu interpretieren. Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass bei der Selbsterfassung in Beschwerdeinventaren und Erhebungsinstrumenten zur psychischen Gesundheit sozial erwünscht, d.h. rollenkonform, geantwortet wird.

Im späten Erwachsenenalter wird eine Persönlichkeitsentwicklung in Richtung eines balancierteren Verhältnisses von maskulinen und femininen Eigenschaften für Männer als gesundheitlicher Vorteil angesehen (Thiele 2000). Diese Hypothese wurde in der gerontologischen Bonner Längsschnittstudie gestützt: Männer, bei welchen im Alter die Orientierung an traditionellen Normen und Stereotypen der Geschlechterrolle abnahm, lebten länger. Diese Männer waren häufiger um die Erhaltung und Ausweitung sozialer Kontakte bemüht und berichteten eher von Gefühlen der inneren Verbundenheit, der Akzeptanz und des Vertrauens im zwischenmenschlichen Bereich. Des Weiteren zeigte sich, dass Männlichkeitsvorstellungen auch Auswirkungen auf die Wahrnehmung von Be-

schwerden und damit auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen haben können (Thiele 2000): Ein feminines/expressives Selbstkonzept war bei Männern mit einer verstärkten Wahrnehmung körperlicher und psychischer Beschwerden verbunden. Als Aspekt der Selbstwahrnehmung wird Expressivität auch als positiver Prädiktor für die langfristige Aufrechterhaltung der Gesundheit interpretiert. Um präventive Massnahmen rechtzeitig in Anspruch zu nehmen, sind möglicherweise eine sensiblere Körperwahrnehmung und ein frühzeitigeres Klagen über Belastungen und Beschwerden besonders beim Verlust von objektiven Ressourcen hilfreich und förderlich (Thiele 2000).

### 2.4.2.4 Biographische Übergänge und lebenskritische Ereignisse

Biographische Übergänge und lebenskritische Ereignisse, wie sie eine Scheidung und Verwitwung darstellen, können mit erhöhter Mortalität verbunden sein (s. Kap. 2.4.1) (Höpflinger 2002b). Auswirkungen solcher Ereignisse auf die Morbidität sind in der Schweiz aber kaum untersucht. Internationale Studien zeigen, dass sich eine späte Scheidung beim Mann in Form von erhöhter Suizidalität, sozialer Isolation, emotionaler Verarmung und Suchtverhalten ausdrücken kann (Höpflinger 2002a). Frauen erfahren bei einer Scheidung oft finanzielle Einbussen (Freivogel 2007). Auch bezüglich Verwitwung zeigt eine Studie der Genfer Seniorenuniversität Geschlechterunterschiede im psychologischen Umgang mit dem Erleben des Verwitwens (Höpflinger 2002a): Witwer reden weniger über ihr seelisches oder emotionales Befinden als Witwen, was besonders auf Witwer mit einer starken Männlichkeitsorientierung zuzutreffen scheint.

Beim Übergang in die nachberufliche Phase nach der Pensionierung zeigt eine Schweizer Studie, dass sich das persönliche Wohlbefinden bei Frauen und Männern insgesamt wenig verändert (Mayring 1998; Mayring 2000). Gewisse Untergruppen weisen jedoch eine vergleichsweise stärkere Verschlechterung der Befindlichkeit nach der Pensionierung auf. Dazu gehören Frauen, Personen mit geringerem sozioökonomischem Status und Personen mit kleinerem sozialen Netz. Bei Frauen scheinen insbesondere ökonomische Aspekte den Übergang in den Ruhestand zu erschweren. Pensionierte Frauen beziehen deutlich weniger häufig Leistungen aus der zweiten und dritten Säule und verfügen über ein tieferes Äquivalenzeinkommen als Männer (Guggisberg and Künzi 2005). Bei

**Tabelle 13** Zusammenhang von Geschlecht und mittelmässiger bis schlechter subjektiver Gesundheit bei über 65-Jährigen: Veränderung des Zusammenhangs bei schrittweiser Berücksichtigung von sozioökonomischen, demographischen und gesundheitlichen Faktoren

Modell	Eingeschlossene Variablen	Odds Ratio für weibliches Geschlecht*
Modell 1	Geschlecht (rohe Odds Ratio)	1.35**
Modell 2	Geschlecht + Alter	1.33**
Modell 3	Geschlecht + Alter + Zivilstand	1.29**
Modell 4	Geschlecht + Alter + Zivilstand + Bildung	1.07
Modell 5	Geschlecht + Alter + Zivilstand + Bildung + Einkommen	1.00
Modell 6	Geschlecht + Alter + Zivilstand + Bildung + Einkommen + Nationalität	1.00
Modell 7	Modell 6 + Sprachregion	1.00
Modell 8	Modell 7 + Klasse der Spitalversicherung	0.99
Modell 9	Modell 8 + Bezug von Ergänzungsleistungen	0.98
Modell 10	Modell 9 + Wohnen in Einpersonenhaushalt	0.99
Modell 11	Modell 10 + Vorhandensein von Vertrauensperson	1.06
Modell 12	Modell 11 + Einsamkeit	1.05
Modell 13	Modell 12 + gesundheitsbewusste Lebensweise	0.99
Modell 14	Modell 13 + Grippeimpfung	0.95
Modell 15	Modell 14 + Krebsvorsorge	0.99
Modell 16	Modell 15 + psychisches Wohlbefinden	1.02
Modell 17	Modell 16 + chronisches psychisches/phisches Problem	0.98
Modell 18	Modell 17 + Beschwerden	0.71**

\* Im Vergleich zum männlichen Geschlecht (Odds Ratio = 1)  
 \*\* Statistisch signifikante Resultate

Männern bilden jene, die einseitig beruflich aktiv, dominant und nach aussen gerichtet waren, eine Untergruppe, welcher der Übergang in die nachberufliche Phase zumindest mittelfristig weniger gut gelingt (Höpflinger 2002a). Auch stellen ausländische Männer, welche überdurchschnittlich stark unter schlechten wirtschaftlichen und gesundheitlichen Bedingungen leiden und auch besonders häufig von zwangsweisen Frühpensionierungen betroffen sind, eine Risikogruppe dar (Höpflinger and Stuckelberger 1999). Das Erleben des Übergangs in den Ruhestand ist stark von Kohorteneffekten geprägt (Mayring 2000). Derzeit in den Ruhestand tretende Personen können dies unter guten Bedingungen und insbesondere in grosser finanzieller Sicherheit tun. Dies dürfte sich aber bereits bei der nachfolgenden Generation verändern (Mayring 2000).

#### 2.4.2.5 Soziale Beziehungen und Unterstützung

Der Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen/sozialer Unterstützung und der Gesundheit der erwachsenen Schweizer Bevölkerung ist anhand der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung belegt (s. auch Kap. 2.4.2.1) (Bundesamt für Statistik 2005c). Für die ältere Bevölkerung sind Geschlechterunterschiede bei den sozialen Beziehungen dokumentiert (über 65-jährige Frauen haben häufiger keine Vertrauensperson, vermissen häufiger eine Vertrauensperson, sind häufiger einsam als gleichaltrige Männer) (Bundesamt für Statistik 2005c), allerdings fehlen in der Schweiz Studien dazu, ob sich soziale Ressourcen auf die Gesundheit älterer Männer und Frauen unterschiedlich auswirken.

**Tabelle 14** Zusammenhang von Geschlecht und Einschränkungen im Alltag bei über 65-Jährigen: Veränderung des Zusammenhangs (Odds Ratio) bei schrittweiser Berücksichtigung von sozioökonomischen, demographischen und gesundheitlichen Faktoren

Modell	Eingeschlossene Variablen	Odds Ratio für weibliches Geschlecht*
Modell 1	Geschlecht (rohe Odds Ratio)	1.70
Modell 2	Geschlecht + Alter	1.66
Modell 3	Geschlecht + Alter + Zivilstand	1.68
Modell 4	Geschlecht + Alter + Zivilstand + Bildung	1.47
Modell 5	Geschlecht + Alter, Zivilstand + Bildung + Einkommen	1.48
Modell 6	Geschlecht + Alter + Zivilstand + Bildung + Einkommen + Nationalität	1.48
Modell 7	Modell 6 + Sprachregion	1.47
Modell 8	Modell 7 + Klasse der Spitalversicherung	1.48
Modell 9	Modell 8 + Bezug von Ergänzungsleistungen	1.56
Modell 10	Modell 9 + Wohnen in Einpersonenhaushalt	1.61
Modell 11	Modell 10 + Vorhandensein von Vertrauensperson	1.77
Modell 12	Modell 11 + Einsamkeit	1.77
Modell 13	Modell 12 + gesundheitsbewusste Lebensweise	1.70
Modell 14	Modell 13 + Grippeimpfung	1.64
Modell 15	Modell 14 + Krebsvorsorge	1.73
Modell 16	Modell 15 + psychisches Wohlbefinden	1.80
Modell 17	Modell 16 + chronisches psychisches/phisches Problem	1.77
Modell 18	Modell 17 + Beschwerden	1.51

\* Alle Odds Ratio in dieser Tabelle sind statistisch signifikant, im Vergleich zu männlichem Geschlecht (Odds Ratio = 1)

#### 2.4.2.6 Interaktion von Geschlecht mit anderen Determinanten der Gesundheit bezüglich selbsteingeschätzter Gesundheit und Einschränkungen im Alltag

In Anlehnung an Arbeiten von S. Arber in Grossbritannien (Arber and Cooper 1999) wurde mit den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung untersucht, ob resp. wie sich der Zusammenhang von Geschlecht mit Gesundheitsindikatoren verändert, wenn Schritt für Schritt soziale, ökonomische, demographische und gesundheitliche Determinanten berücksichtigt werden<sup>22</sup>. Als Gesundheitsindikatoren wurden einerseits die *selbsteingeschätzte Gesundheit*, andererseits *Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten*<sup>23</sup> verwendet. Die eigene Gesundheit wird von 26 % der über 65-jährigen Frauen und von 20 % der gleichaltri-

gen Männer als mittelmässig bis schlecht eingeschätzt<sup>24</sup>, die Prävalenz von Einschränkungen im Alltag beträgt bei Frauen 20 %, bei Männern 11 %<sup>25</sup>. Die Ergebnisse der Modelle, in denen schrittweise weitere Faktoren berücksichtigt wurden, finden sich in den Tabellen 13 und 14. Die Modelle 18 in Tab. 13 resp. 14 sind je das vollständige Modell, welches – nach Berücksichtigung des Einflusses aller eingefügten Determinanten – die Wahrscheinlichkeit für eine mittelmässige bis schlechte Gesundheit resp. Einschränkungen im Alltag bei Frauen im Vergleich zu Männern zeigt. In der Analyse der mittelmässigen bis schlechten subjektiven Gesundheit (Tab. 13) haben Frauen ohne Berücksichtigung von zusätzlichen Faktoren (Modell 1) eine um 35 % höhere Wahrscheinlichkeit, ihre Gesundheit als mittelmässig bis schlecht einzustufen (Odds Ratio=1.35). Dieser Geschlechterunterschied wird beim Einfügen von Zivilstand, Bildung und Einkommen weniger stark, nach Berücksichtigung der Bildung ist er nicht mehr signifikant. Diese sozialen Faktoren (vor allem die Bildung) können den Unterschied zwischen Frauen und Männern somit er-

22 In logistischen Regressionsmodellen.

23 Definition der Einschränkungen im Alltag: nicht alleine/ohne Hilfe an- und ausziehen, aus dem Bett steigen, essen; nicht alleine/ohne Hilfe in einen Sessel sitzen/aufstehen, zur Toilette gehen, sich Hände/Gesicht waschen; <200 m Laufen möglich, mind. 1x/Woche inkontinent.

24 Rohe Odds Ratio von 1.35

25 Rohe Odds Ratio von 1.7

klären: Die schlechtere Ausbildung von Frauen gegenüber Männern ist zu einem grossen Teil für die Unterschiede in der selbstbeurteilten Gesundheit verantwortlich. Beim Einfügen zusätzlicher sozialer Determinanten ergeben sich keine wesentlichen Änderungen mehr. Werden jedoch auch das Vorhandensein von Beschwerden in der Analyse berücksichtigt (Modell 18), ergibt sich eine Umkehr des Zusammenhangs: Frauen weisen nun eine um 29 % geringere Wahrscheinlichkeit auf, ihre Gesundheit als mittelmässig bis schlecht zu beurteilen (Odds Ratio=0.71). Das bedeutet, dass Frauen ihre Gesundheit sogar signifikant seltener mittelmässig bis schlecht einschätzen als Männer, wenn für die höhere Beschwerdelast von Frauen korrigiert wird.

Anders beim Modell zu den Einschränkungen im Alltag (Tab. 14): Frauen haben auch nach Einfügen aller Faktoren eine um 50 % höhere Wahrscheinlichkeit für Einschränkungen im Alltag (Odds Ratio=1.51). Die Interaktion von sozialen Determinanten und Geschlecht ist somit nicht für jeden Gesundheitsbereich dieselbe (s. auch analoge Analyse für psychisches Wohlbefinden im Kapitel 2.5).

#### 2.4.2.7 Kernaussagen

- Frauen verhalten sich auch im höheren Alter gesundheitsförderlicher als Männer. Dies betrifft alle Bereiche mit Ausnahme der körperlichen Aktivität. Männer zeigen mit zunehmendem Alter eine deutlichere Abnahme im Befolgen von Gesundheitsempfehlungen als Frauen.
- Frauen nehmen vergleichsweise früher resp. häufiger als Männer bei geringfügigeren gesundheitlichen Beeinträchtigungen ärztliche Leistungen in Anspruch. Im höheren Alter nehmen die Geschlechterunterschiede im Inanspruchnahmeverhalten ab, verschwinden teilweise ganz resp. kehren sich um. Bezüglich Vorsorgeuntersuchungen sind ältere Frauen im Vergleich zu älteren Männern eher unterversorgt. Barrieren zur Krebsvorsorge bei Frauen bestehen im höheren Alter (über 65 Jahre), in der tiefen Schulbildung und in der ausländischen Nationalität.
- Das ungünstigere Gesundheitsverhalten von Männern kann unter anderem mit gesellschaftlich und kulturell tradierten Rollenvorgaben und maskulinen Rollennormen erklärt werden. Männlichkeitsvorstellungen wirken sich auch beim Wahrnehmen von Beschwerden und demzufolge bei der medizinischen Inanspruchnahme aus. Eine einseitige Orientierung an (jugendlichen) Männlichkeitsidealen kann im Übergang zum

höheren Lebensalter zu Anpassungsschwierigkeiten und Beeinträchtigungen der körperlichen und psychischen Gesundheit führen.

- Auswirkungen von lebenskritischen Ereignissen auf die Gesundheit sind in der Schweiz kaum untersucht.
- Zu gesundheitlichen Risikogruppen nach der Pensionierung gehören Frauen (ökonomische Aspekte) und ausländische Männer (schlechte wirtschaftliche und gesundheitliche Bedingungen, zwangsweise Frühpensionierungen).
- In der Schweiz fehlen Studien dazu, ob die Auswirkungen von sozialen Ressourcen auf die Gesundheit älterer Männer und Frauen unterschiedlich sind oder nicht.
- Soziale und demographische Faktoren können den Unterschied in der selbstwahrgenommenen Gesundheit zwischen Frauen und Männern weitgehend erklären (insbesondere die Bildung). Nach Berücksichtigung von gesundheitlichen Faktoren (Beschwerden) schätzen Frauen ihre Gesundheit signifikant besser ein als Männer. Bei Einschränkungen im Alltag können die Geschlechterunterschiede nicht mit den sozialen Determinanten erklärt werden.

#### 2.4.2.8 Empfehlungen

*PH = Public Health, F = Forschung, A = mögliche Adressaten*

Da die Empfehlungen zum Kapitel «Mortalität und Lebenserwartung» und «Determinanten der Gesundheit» in die gleiche Richtung gehen, werden hier nachfolgend auch die Empfehlungen zum Kapitel 2.4.1 aufgeführt.

- PH 1** Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung bei Frauen und Männern im mittleren und höheren Erwachsenenalter. Entsprechende Massnahmen sollten alters- und geschlechterspezifisch durchgeführt werden. Verstärkt aufzunehmende Themen sind:
- Bei Männern: Rauchen, Ernährung, Alkoholkonsum,
  - Bei Frauen: körperliche Aktivität.
- Besonders zu adressierende Zielgruppen sind:
- Ledige und verwitwete Männer,
  - geschiedene Frauen,
  - Männer und Frauen mit tiefer Bildung/ohne Weiterbildung,
  - ausländische Bevölkerung.

A: Nationale und kantonale Stellen für Gesundheitsförderung und Prävention | NGO's (z.B. Lungenliga, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und Drogenfragen SFA) | Medizinische Fachgesellschaften | Public Health Schweiz | Pro Senectute

**PH 2** Erreichung eines besseren Informationsstandes und höherer Gesundheitskompetenzen durch breit angelegte Kampagnen insbesondere bei Männern im mittleren und höheren Lebensalter (vgl. PH 3 in 2.3.2.7). Dabei ist der Zusammenhang von Männlichkeitsvorstellungen mit Gesundheitsverhalten und medizinischer Inanspruchnahme zu thematisieren.

A: Gesundheitsförderung Schweiz | Bundesamt für Gesundheit | Radix | Pro Senectute

**PH 3** Information und Sensibilisierung von Fachkräften und insbesondere HausärztInnen hinsichtlich geschlechterspezifischer Risikofaktoren (z.B. für Herz-Kreislaufkrankheiten) und unterschiedlichem Inanspruchnahmeverhalten (z.B. Vorsorgeuntersuchungen) bei Aus-, Fort- und Weiterbildungen.

A: FMH | medizinische Fachgesellschaften | Public Health Schweiz

**PH 4** Infrastrukturelle Stärkung und finanzielle Unterstützung von geschlechterspezifischen Angeboten zur Förderung der sozialen Vernetzung von älteren Personen. Die Bedürfnisse von speziellen Untergruppen wie ledigen und verwitweten Männern sind zu berücksichtigen.

A: Kantone | Gemeinden | Pro Senectute | Kirchen

**PH 5** Verstärkung von Massnahmen zur Verbesserung der ökonomischen Situation von Frauen im mittleren und höheren Lebensalter:

- Bessere Berücksichtigung der unterschiedlichen Erwerbsbiographien bei der Alterssicherung (Teilzeitarbeitsphasen, zweite Säule, Koordinationsabzug).
- Geschlechtergerechte Aufteilung der wirtschaftlichen Folgen bei Scheidung.

A: Nationale und kantonale Gleichstellungsbüros | Gesetzgeber (Bund, Kantone) | Gerichte

**PH 6** Verstärkung von Beschäftigungs- und Weiterbildungsmaßnahmen speziell für gesundheitlich vulnerable wie Personen mit tiefem beruflichem Status, schlechter sozialer Integration und Arbeitslose.

A: Kantone | Regionale Arbeitsvermittlungstellen (RAV) | Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) | Arbeitgeber

**F 1** Untersuchung des Einflusses von folgenden soziodemographischen Faktoren auf die Mortalität von Männern und Frauen in Längsschnittstudien unter Berücksichtigung von Geschlechts- und Alterskohorten (Datenbasis: Swiss National Cohort):

- Zivilstand,
- Bildung (unter Korrektur für den Zivilstand),
- berufliche/arbeitsbezogene Faktoren (z.B. Arbeitslosigkeit),
- Nationalität unter Berücksichtigung von Untergruppen (z.B. Aufenthaltsstatus).

A: Schweiz. Nationalfonds | Bundesamt für Gesundheit | Bundesamt für Statistik | Schweizerisches Gesundheitsobservatorium | Schweizerisches und kantonale Krebsregister | Forschende

**F 2** Untersuchung des Zusammenwirkens von sozialen, familiären und ökonomischen Faktoren (z.B. soziale Unterstützung, soziales Netzwerk, Lebenssituation, Einkommen) mit der unterschiedlichen Morbidität von Frauen und Männern mit Longitudinaldaten (Datenbasis: Schweizerisches Haushaltspanel).

A: Schweiz. Nationalfonds | Bundesamt für Gesundheit | Bundesamt für Statistik | Schweizerisches Gesundheitsobservatorium | Schweizerisches und kantonale Krebsregister | Forschende

**F 3** Erforschung ob und inwieweit die spätere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Männern mit ihrer höheren Mortalität/kürzeren Lebenserwartung assoziiert ist. Verstärkung der Forschung mit salutogenetischer Sichtweise zum Gesundheits- und Krankheitsverhalten.

A: Schweiz. Nationalfonds | Bundesamt für Gesundheit | Bundesamt für Statistik | Schweizerisches Gesundheitsobservatorium | Schweizerisches und kantonale Krebsregister | Forschende

**F 4** Nähere Untersuchung von kantonalen Unterschieden in der Mortalität von Frauen und Männern im Hinblick auf kantonal unterschiedlich zu gestaltende Massnahmen: Zusammenhang mit sozioökonomischem Umfeld, Alkoholkonsum, traditionellen Männlichkeitsvorstellungen, kulturellen Unterschieden, organisierten Mammographie-Programmen.

A: Schweiz. Nationalfonds | Bundesamt für Gesundheit | Bundesamt für Statistik | Schweizerisches Gesundheitsobservatorium | Schweizerisches und kantonale Krebsregister | Forschende

**F 5** Erweiterung der Routinestatistiken (u.a. der Todesursachenstatistik) um die Lebenssituation (alleinlebend/in Partnerschaft), zur besseren Erfassung der zunehmenden Vielfalt von Lebensformen.

A: Schweiz. Nationalfonds | Bundesamt für Gesundheit | Bundesamt für Statistik | Schweizerisches Gesundheitsobservatorium | Schweizerisches und kantonale Krebsregister | Forschende

### 2.4.3 Pflegebedürftigkeit und formelle/informelle Pflege

#### 2.4.3.1 Behinderungsfreie Lebenserwartung und Pflegebedürftigkeit

Die Erhöhung der Lebenserwartung im letzten Jahrhundert ist auch mit einer Zunahme an Jahren ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen bzw. in sehr guter Gesundheit einhergegangen (Kompression der Morbidität) (Wanner, Sauvain-Dugerdil et al. 2005). 1997/1999 betrug die behinderungsfreie Lebenserwartung von Männern 70.3 Jahre, diejenige von Frauen 75 Jahre (Höpflinger and Hugentobler 2003). Die Anzahl Jahre mit Behinderung belief sich für Männer auf 6.2 Jahre (8 % der gesamten Lebenserwartung) und für Frauen auf 7.5 Jahre (9 %). Zwischen 1992 und 2002 haben Männer mehr behinderungsfreie Lebenszeit hinzugewonnen als Frauen (2 Jahre 5 Monate versus 1 Jahr 5 Monate) und die Anzahl Jahre mit Behinderung hat bei ihnen stärker abgenommen (8 Monate versus 1 Monat) (Wanner, Sauvain-Dugerdil et al. 2005).

Frauen sind auch häufiger pflegebedürftig als Männer. Laut Schweizerischer Gesundheitsbefragung betrug die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit bei zu Hause lebenden Frauen 2002 zwischen 4 % und 10 %, bei Männern 1.5–4.5 % (Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002) (Höpflinger and Hugentobler 2005). Für die Häufigkeit der Pflegebedürftigkeit in der gesamten älteren Schweizer Bevölkerung (einschliesslich Personen in Institutionen) gibt es nur Schätzungen: Für das Jahr 2000 betrug sie für über 65-Jährige 9.8–11.4 % (entspricht 109'000 bis 126'000 pflegebedürftigen Personen) (Höpflinger and Hugentobler 2003). Angaben zu Geschlechterunterschieden fehlen dabei. In sozialmedizinischen Institutionen leben allerdings deutlich mehr Frauen als Männer (s. Kapitel 2.1), was den beobachteten Geschlechterunterschied in der Pflegebedürftigkeit bei zu Hause Lebenden noch verstärken dürfte.

#### 2.4.3.2 Informelle und formelle Pflege und Hilfe, nach Lebenssituation

Der informellen Pflege und Hilfe<sup>26</sup> kommt eine grosse Bedeutung zu: 60 % der älteren pflegebedürftigen Personen werden zu Hause gepflegt (Höpflinger and Hugentobler 2005). Geschlechterunterschiede bestehen sowohl bei der Leistung als auch beim Erhalt von Pflegeleistungen.

Frauen leisten mehr informelle Pflege (rund 80 % von Frauen) und Hilfe. Sie erhalten auch mehr formelle und informelle Pflege und Hilfe (Bundesamt für Statistik 2005c; Stutz and Strub 2006), da bei ihnen die Häufigkeit der Pflegebedürftigkeit grösser ist. Pflegeleistungen werden in erster Linie von Partnern und Partnerinnen übernommen (Höpflinger and Hugentobler 2005). Somit ist für die Leistung und für den Zugang zum Erhalt von informeller Pflege der Zivilstand resp. die Lebenssituation entscheidend. Für diese gibt es im höheren Alter deutliche Geschlechterunterschiede (s. Kap. 2.1). Um effektiv Geschlechterunterschiede im Erhalt und der Leistung von Pflege und Hilfe zu zeigen, wäre es daher wichtig, die Lebenssituation zu berücksichtigen.

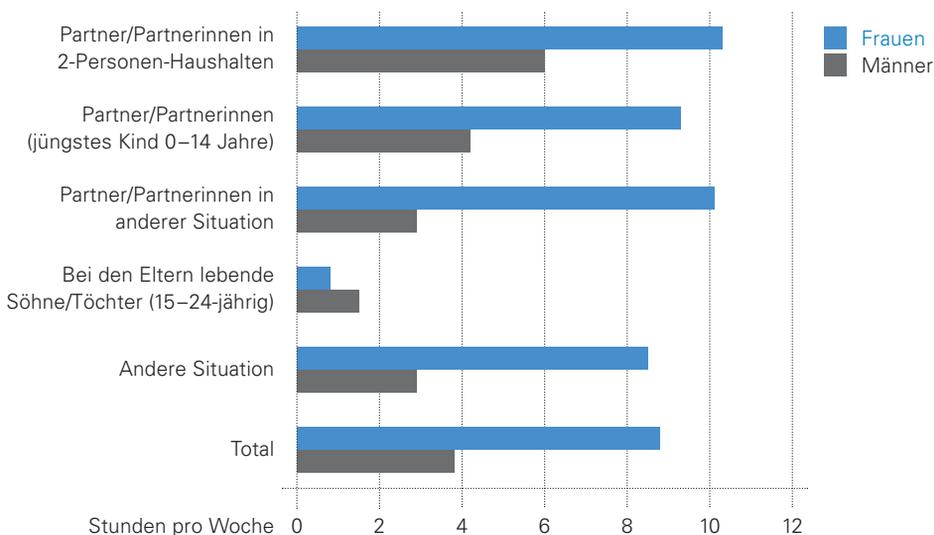
#### Informelle Pflege

*Erhalt:* Die Datenlage in der Schweiz ist insbesondere für den Erhalt von informeller Pflege ungenügend. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung ist die informelle Pflege nur als Teil der informellen Hilfe berücksichtigt. Da Personen aus Heimen nicht eingeschlossen und pflegebedürftige Personen wahrscheinlich untervertreten sind, ist die Anzahl Personen bei dieser Unterfrage aber sehr gering. Eine Auswertung der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung zum Erhalt von informeller Pflege, insbesondere nach Zivilstand und Haushaltsform, ist daher nicht sinnvoll.

*Leistung:* Bezüglich Leistung von informeller Pflege gibt die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) Auskunft (Stichprobe >15-Jährige). Der zeitliche Aufwand für Pflege und Betreuung zeigt grosse Geschlechterunterschiede in Abhängigkeit von der Familiensituation (Abb. 12) (Schön-Bühlmann 2005). Frauen wenden in jeder Lebenssituation mehr Zeit für die Pflege von pflegebedürftigen Haushaltsmitgliedern auf als Männer. Der Unterschied in einem Zweipersonenhaushalt (Pflege des Partners/der Partnerin) beträgt rund 4 Stunden pro Woche. Diese Differenz erhöht sich auf knapp 7 Stunden, wenn noch mehr erwachsene Personen im Haushalt wohnen (Partner/Partnerinnen in anderer Situation).

<sup>26</sup> Informelle Hilfe umfasst breitere Leistungen als Pflege (Hilfe beim Einkaufen, im Haushalt, Krankentransporte, administrative Hilfe oder Pflege).

Abbildung 12 Zeitaufwand für Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Haushaltsmitgliedern, nach Familiensituation (in Stunden pro Woche)



Quelle: SAKE 2004, >15-Jährige (Schön-Bühlmann 2005)

### Informelle Hilfe

Bei den Informationen zur informellen Hilfe aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung muss einschränkend bemerkt werden, dass bei der Frage nicht explizit nach Hilfeleistungen vom Partner/von der Partnerin oder für den Partner/die Partnerin gefragt wird<sup>27</sup>. Dies kann zu Verzerrungen bei den Auswertungen nach Zivilstand und Haushaltsform führen.

**Leistung:** Über 65-jährige Frauen leisten häufiger informelle Hilfe als gleichaltrige Männer (24 % versus 22 %) (Tab. 15). Bei den Frauen sind es am häufigsten Ledige und in Einpersonenhaushalten Lebende, bei den Männern v.a. Verheiratete und in Mehrpersonenhaushalten Wohnende, welche informelle Hilfe leisten. Männer in diesen Lebenssituationen leisten ebenso oft informelle Hilfe wie Frauen in derselben Situation.

**Erhalt:** Über 65-jährige Frauen erhalten unabhängig von der Wohnform und vom Zivilstand häufiger informelle Hilfe als Männer (Tab. 15). Dies gilt sowohl bezogen auf die Bevölkerung als auch auf Personen mit Einschränkungen im täglichen Leben. Eine sehr hohe Inanspruchnahme zeigen ledige und verwitwete Frauen und verwitwete Männer. Männer und Frauen in Einpersonenhaushalten erhalten häufiger informelle Hilfe als Personen in Mehrpersonenhaushalten. Der Unterschied, dass deutlich mehr ältere

Frauen als Männer informelle Hilfe erhalten, bleibt auch nach Kontrolle von Alter, Zivilstand, subjektiver Gesundheit und Mobilität/Gehfähigkeit bestehen (Höpflinger and Hugentobler 2005).

### Formelle Pflege

**Ambulant:** Gemäss Spitex-Statistik waren im Jahr 2005 70 % der KlientInnen weiblich (Bundesamt für Sozialversicherungen 2006). Je nach Altersgruppe haben 2–9 % der über 65-jährigen Männer und 6–11 % der älteren Frauen im Jahr 2002 Spitex in Anspruch genommen (Tab. 15) (Höpflinger and Hugentobler 2005). Dieser Geschlechterunterschied bleibt auch nach Kontrolle von Gesundheitszustand und Zivilstand bestehen, beides Faktoren, welche signifikant mit der Nachfrage von Spitexleistungen assoziiert sind. Ledige, verwitwete und geschiedene Frauen nehmen die Spitex häufiger in Anspruch als verheiratete oder getrennt lebende Frauen, bei den Männern wird sie v.a. von Verwitweten und noch häufiger von getrennt Lebenden beansprucht. Nur bei den Verwitweten ist die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Männern und Frauen etwa gleich hoch.

Ob es auch Geschlechterunterschiede im Leistungsmuster gibt, kann aufgrund der heutigen Datenlage nicht gesagt werden (die Spitex-Leistungstatistik ist nicht getrennt nach Frauen/Männern).

**Tabelle 15** Leistung und Erhalt von informeller Hilfe und formeller Pflege (Spitex)\* bei über 65-jährigen Frauen und Männern nach Zivilstand und Haushaltsform (bezogen auf die zu Hause lebende über 65-jährige Bevölkerung)

Zivilstand	Leistung informeller Hilfe		Erhalt informeller Hilfe		Spitex	
	Frauen (%)	Männer (%)	Frauen (%)	Männer (%)	Frauen (%)	Männer (%)
ledig	32,8	20,3	20,1	6,2	12	5
verheiratet	21,3	23,3	12,6	5,3	6	3
verwitwet	25,4	18,3	22,8	14,9	15	14
geschieden/getrennt	21,2	17,0	17,3	3,5	12/5	9/18
<b>Haushaltsform</b>						
Einpersonenhaushalt	26,2	18,8	19,2	11,7	–	–
Mehrpersonenhaushalt	22,0	23,0	15,5	5,2	–	–
<b>Total</b>						
>65 Jahre oder 65–74 Jahre/75+ Jahre	23,8 (n=552)	22,3 (n=322)	17,1 (n=336)	6,2 (n=94)	6/15	2/9

\* Leistung informeller Hilfe: mind. 1x/Woche, Erhalt informeller Hilfe: in den letzten 12 Monaten, Spitex Erhalt: in den letzten 12 Monate

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002: eigene Auswertungen, gewichtete Stichprobe; Höpflinger and Hugentobler 2005 (Spitex)

*Stationär:* Über 65-jährige Frauen leben deutlich häufiger in sozialmedizinischen Institutionen als gleichaltrige Männer (Kap. 2.1) (Wanner, Sauvain-Dugerdil et al. 2005). Für Ledige beider Geschlechter trifft dies am häufigsten zu<sup>28</sup>, am zweithäufigsten für Verwitwete und Geschiedene. Bei Männern ist die Wahrscheinlichkeit, in einer sozialmedizinischen Institution zu leben, für Geschiedene oder Ledige im Vergleich zu Verheirateten stärker erhöht als bei Frauen, bei Verwitweten ist sie etwa gleich hoch. Zusätzliche Faktoren wie z.B. eine schlechtere Ausbildung, die auch mit einem höheren Institutionalierungsrisiko verbunden sind, potenzieren sich bei Frauen. Eine Analyse mit Volkszählungsdaten ergibt, dass Männer bei gleichem Alter und mit gleichem Zivil- und Bildungsstand ebenso zahlreich in Pflegeheimen vertreten sind wie Frauen (Wanner, Sauvain-Dugerdil et al. 2005).

### 2.4.3.3 Gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Pflegenden

Die Pflege von Angehörigen wird sowohl als Befriedigung und Bereicherung als auch als Belastung und Bürde erlebt (Kesselring 2004). Pflegenden Angehörigen leiden signifikant häufiger an Depressionen und Schlafstörungen sowie unter Kopf-, Rücken- und Gelenkschmerzen als Gleichaltrige, die nicht pflegen (Kesselring 2004). Gleichzeitig bejahen signifikant mehr 65–70-jährige Männer als Frauen die Aussage, dass man im Alter weniger nützlich ist (33 % versus 25 %, Santos-Eggimann, persönliche Mitteilung 2007)<sup>29</sup>. Möglicherweise hängt dies auch damit zusammen, dass Frauen mehr informelle Pflege leisten und sich dabei nützlicher fühlen.

Zu Geschlechterunterschieden in der Belastung durch die Pflege gibt es in der Schweiz nur wenige Studien mit zum Teil unterschiedlichen Resultaten. Kesselring (Kesselring 2004) geht davon aus, dass sich Männer durch die Pflege tendenziell weniger belastet fühlen als Frauen, da sie mehr als Frauen nur dann pflegen, wenn die Beziehung zur gepflegten Person gut ist und weil sie eher bereit sind, auf eigene Bedürfnisse zu achten und Hilfe anzunehmen. Frauen sind zwar eher gewöhnt, sich um ihre Angehörigen zu kümmern, dies kann aber auch mit einer Erwartungshaltung verbunden sein (Kesselring 2004). Eine Studie aus dem Tessin mit pflegenden Angehörigen von

27 Frage nach dem Erhalt von informeller Hilfe: «Haben Sie in den letzten 12 Monaten aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Verwandten, Bekannten oder Nachbarn erhalten, z.B. Hilfe wie Einkaufen, Pflegen, Essen bringen?». Frage nach der Leistung von informeller Hilfe: «Helfen sie regelmässig – ohne dafür bezahlt zu werden – anderen Leuten?» (z.B. Kranke, Behinderte oder Betagte besuchen, im Haushalt helfen, Essen bringen oder jemanden transportieren).

28 30 % resp. 27 % der ledigen über 80-jährigen Frauen resp. Männer lebten in einem Heim (Wanner, Sauvain-Dugerdil et al. 2005).

29 Lausanner Kohorte Lc 65+ (repräsentative Stichprobe, ohne institutionalisierte Personen, Alter 65–70 Jahre, n=1448, 2004)

Demenzkranken zeigt hingegen eine stärkere Belastung der Männer: Mehr Männer als Frauen fühlten sich stark oder extrem stark belastet (44 % versus 27 %) und wiesen Depressionen oder Angststörungen auf (33 % versus 23 %) (Molo-Bettelini, Clerici et al. 1999). Zudem hatten Männer deutlich häufiger als Frauen selten oder keine soziale Unterstützung durch andere Familienmitglieder (50 % versus 20 %). Die Belastung durch Pflege bei spezifischen, schweren Krankheitsbildern scheint sich von der Belastung allgemeiner Pflege zu unterscheiden.

In einer Deutschschweizer Studie gaben Männer im Alter von 40–55 Jahren zudem bei Vorhandensein von Pflegebedürftigkeit der Eltern oder eines Elternteils – unabhängig von einer Pflegeleistung – eine signifikant tiefere subjektive Gesundheit an als Frauen in derselben Situation (Perren and Perrig-Chiello 2003). Die Pflegebedürftigkeit der Eltern per se scheint somit unabhängig von der erbrachten Pflegeleistung ein belastendes Ereignis zu sein, welches Männer stärker betrifft. Möglicherweise stehen die Männer aufgrund ihrer stärkeren beruflichen Einbindung und ihrem geringeren sozialen Netz der Pflegebedürftigkeit ihrer Eltern hilfloser gegenüber als Frauen (Perren and Perrig-Chiello 2003).

Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt es auch bei den Bedürfnissen von Pflegenden. Pflegenden Männern wünschten sich in einer Studie aus der Westschweiz signifikant häufiger finanzielle Unterstützung und/oder steuerliche Entlastung als Frauen (81 % versus 56 %) und gaben auch mehr Bedürfnisse bezüglich spezifischen Unterstützungen für zu Hause an (zeitlich begrenzte Unterbringungsmöglichkeiten wie Tagesheim oder Ferienbetten, psychologische Unterstützung im Sinne von Informationsaustausch) (Bardet Blochet 2005). Frauen wünschten sich etwas häufiger berufliche Massnahmen wie z.B. flexible Arbeitszeiten, nannten aber auch häufiger keine Bedürfnisse (15 % versus 5 %).

#### **2.4.3.4 Auswirkungen verschiedener Pflegefinanzierungsmodelle auf Männer und Frauen (Forschungsfrage)**

Kostensteigerungen und Kostenintransparenz im Pflegebereich führen dazu, dass in der Schweiz neue Regelungen zur finanziellen Entlastung der Krankenversicherung gesucht werden (Bundesamt für Sozialversicherungen 2007). Momentan befindet sich ein Vorschlag im politischen Prozess, welcher die von der Krankenkasse zu vergütenden Pflegekosten nach dem Pflegebedarf abstuft.

Die in Diskussion stehenden Modelle zur Neuordnung der Pflegefinanzierung dürften sich auf Männer und Frauen unterschiedlich auswirken, da die KlientInnen der Spitex und die BewohnerInnen der Pflegeheime mehrheitlich weiblich sind (s. Kap. 2.1 und 2.4.3.2). Zudem sind Frauen wahrscheinlich schon bei tieferer Pflegestufe und insbesondere in der Grundpflege früher und häufiger auf formelle Hilfe angewiesen als Männer, da sie häufiger alleine wohnen (s. Kap. 2.1).

Ob ein Modell mit Abstufung nach Pflegestufen effektiv geschlechtergerecht ist, lässt sich mit der heutigen Datenlage in der Schweiz allerdings nicht überprüfen. Nach unserer Kenntnis werden weder die Spitexstatistik noch die Statistiken zur Langzeitversorgung nach Geschlecht ausgewiesen.

#### **2.4.3.5 Kernaussagen**

- Frauen erleben vergleichsweise mehr Jahre mit funktionellen Behinderungen als Männer und sie sind häufiger pflegebedürftig.
- Frauen leisten mehr informelle Pflege und Hilfe. Frauen erhalten auch häufiger formelle und informelle Pflege und Hilfe (wegen der bei ihnen häufigeren Pflegebedürftigkeit).
- Frauen wenden in jeder Lebenssituation mehr Zeit für die Pflege von pflegebedürftigen Haushaltsmitgliedern auf als Männer.
- Informelle Hilfe wird bei Frauen am häufigsten von Ledigen/allein Lebenden, bei Männern am häufigsten von Verheirateten/in Mehrpersonenhaushalten Lebenden geleistet.
- Der Erhalt von informeller Hilfe ist für Frauen in jedem Zivilstand/jeder Lebenssituation höher als bei Männern (auch nach Berücksichtigung von Alter, subjektiver Gesundheit und Mobilität/Gehfähigkeit). Eine sehr hohe Inanspruchnahme zeigen ledige und verwitwete Frauen und verwitwete Männer.
- Frauen nehmen häufiger als Männer formelle Pflege in Anspruch. Bei beiden Geschlechtern sind es am häufigsten Verwitwete (Spitex) und Ledige (stationär), welche Pflege erhalten. Ledige und geschiedene Männer stellen bezüglich der Wahrscheinlichkeit, in einem Pflegeheim zu leben, eine Risikogruppe dar. Die im Vergleich zu Männern bestehende Übervertretung von Frauen in Pflegeheimen kann durch die längere Lebensdauer, die häufigere Verwitwung und die niedrigere Schulbildung erklärt werden.

- Sowohl Männer als auch Frauen scheinen durch das Leisten von Pflege belastet zu sein. Männer verfügen über geringere soziale Unterstützung bei der Pflege und Pflegebedürftigkeit belastet sie in ihrer subjektiven Gesundheit stärker (unabhängig von eigenen Pflegeleistungen). Männer und Frauen wünschen sich in verschiedenen Bereichen Massnahmen zur Unterstützung und Entlastung bei der Pflege (Männer mehr steuerliche/finanzielle Entlastung, Frauen mehr berufliche Massnahmen).
- Die Datenlage für den Erhalt von informeller Pflege in der Schweiz ist ungenügend. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung wird nur die informelle Hilfe erfragt und pflegebedürftige Personen sind unterrepräsentiert.
- Mit der heutigen Datenlage zur Pflege (keine Unterscheidung der Pflegestufen nach Geschlecht in den verfügbaren Statistiken) kann nicht untersucht werden, ob sich die geplante Neuordnung der Pflegefinanzierung auf Männer und Frauen unterschiedlich auswirkt.

**F 1** Verbesserung der Datenlage zur Häufigkeit des Erhalts und der Leistung von informeller Pflege (und Hilfe) in der Schweizer Bevölkerung durch:

- Anpassung des Fragebogens der Schweizerischen Gesundheitsbefragung.
- Gezielte Studien.

Validere Informationen sollten zu folgenden Fragen beschaffen werden: Wer erhält informelle Pflege/Hilfe (Geschlecht, Alter, Lebenssituation, Zivilstand, Grad der Pflegebedürftigkeit)? Von wem wird sie geleistet (Geschlecht, Alter, Lebenssituation, Zivilstand)?

A: Bundesamt für Statistik | Schweiz. Nationalfonds | Forschende

#### 2.4.3.6 Empfehlungen

PH = Public Health, F = Forschung, A = mögliche Adressaten

**PH 1** Gezieltere Entlastung von pflegenden Angehörigen/Personen durch:

- Geschlechterspezifische Ausrichtung von Angeboten zur sozialen und psychologischen Unterstützung von Pflegenden.
- Stärkere Fokussierung von Entlastungsmodellen auf die Zielgruppen der verheirateten Männer und alleinstehenden Frauen.
- Finanzielle Unterstützung von Pflegenden durch z.B. steuerliche Abzüge oder Guthaben.

A: Pro Senectute | Schweiz. Rotes Kreuz | Spitex | Kantone | Gemeinden | Gesetzgeber (Kantone)

**PH 2** Förderung der Übernahme von Pflegeleistungen durch Männer durch Vermittlung von Rollenbildern von pflegenden oder fürsorgerisch aktiven Männern.

A: Pro Senectute | Spitex | Radix

**PH 3** Präsentation der Spitexstatistik und der Statistiken der Langzeitversorgung nach Geschlecht, Alter und Pflegestufen.

A: Bundesamt für Sozialversicherung | Kantone

# 3 Diskussion

Der Fokusbericht Gender und Gesundheit enthält für die drei Themenbereiche *Suizide* und *Gewalt, psychische Gesundheit* und *Altern in Gesundheit/Pflegebedürftigkeit* eine vertiefte Gender-Analyse und legt Handlungsempfehlungen für Praxis und Forschung vor.

Die Stossrichtung der Gender-Analyse liegt darin, auf gesundheitliche Veränderungen der letzten 10 Jahre einzugehen und bezugnehmend auf das WHO-Modell der Chancengleichheit auf jene soziale Determinanten zu fokussieren, für die Geschlechterunterschiede bekannt sind oder die für Männer und Frauen unterschiedliche Bedeutungen haben. Ziel war es herauszuarbeiten, ob sich aus deren zeitlichen Entwicklungen geschlechterrelevante Auswirkungen in der Gesundheit herleiten lassen, um sie für die Chancengleichheit zu nutzen.

Im Gesundheitsbereich zeigen sich Hinweise auf Angleichungen zwischen den Geschlechtern, die – soweit es die Datenlage erkennen lässt – durch eine günstigere Entwicklung der Gesundheit von Männern zustande kommen: So bei Suiziden, bei der Mortalität im mittleren Lebensalter und bei der behinderungsfreien Lebenserwartung. Solche Veränderungen zeichnen sich zum Teil auch im Bereich der psychischen Gesundheit ab, wobei sie sich nicht durch einzelne Faktoren begründen lassen. Zur Erklärung dieser beobachteten, kleiner gewordenen Geschlechterdifferenzen kann derzeit noch wenig beigeleitet werden: Was an empirischer Evidenz vorliegt, betrifft am ehesten Verbesserungen im Behandlungsbereich. Ob bzw. wie sich soziale Determinanten auf diese Entwicklung auswirken, ist sowohl im Bereich der Suizide als auch bei der psychischen Gesundheit und bei der Mortalität noch offen. Die Trends bei den sozialen Determinanten gehen insgesamt nicht eindeutig in eine für die Gesundheit günstige oder ungünstige Richtung. Möglicherweise kompensieren Verbesserungen in der medizinischen Betreuung ungünstige Entwicklungen im sozialen Bereich.

Im Fokusbericht stehen eher «unspektakuläre» soziale Determinanten wie z.B. der Zivilstand im Vordergrund. Seine Bedeutung wird zwar im Kontext des demographischen Wandels und unter ökonomischen Gesichtspunkten oft angeführt und diskutiert. Angesichts der zunehmenden Vielfalt der Lebensformen bildet dieser Indikator jedoch die tatsächliche Lebenssituation zunehmend schlechter ab. Was die zeitlichen Veränderungen der Lebenssituation

im gesundheitlichen Bereich implizieren, ist zudem erstaunlich wenig untersucht und findet in der Gesundheits- und Sozialpolitik wenig Beachtung. Eine stärkere Differenzierung dieser Determinante in Routinestatistiken in Richtung einer besseren Erfassung der sozialen Lage würde es erlauben, die Entwicklung der Zusammenhänge mit der geschlechterspezifischen Gesundheit zu beobachten und Massnahmen in diesem Bereich auch zu evaluieren. Bereits mit der vorliegenden Datenbasis könnte jedoch beispielweise für die Mortalität das Zusammenwirken von Zivilstand, Bildung und arbeitsbezogenen Faktoren für Männer und Frauen vertieft untersucht werden (unter Berücksichtigung von Geschlechts- und Alterskohorten in longitudinalen Untersuchungen). Die Forderung nach einer Differenzierung der sozialen Determinanten in Routinestatistiken und Forschungsarbeiten deckt sich auch mit dem Forschungsplan 2008–2011 des Bundesamtes für Sozialversicherung, welcher eine Analyse der Einflussfaktoren unterschiedlicher Mortalitätsraten als Priorität bezeichnet.

Der Bericht zeigt, dass in einigen Themenbereichen die Betroffenheit von Männern tabuisiert wird: Behinderung, Altern/Pflege und Hilfesuche bei psychischen Problemen scheinen mit dem Konzept der Männlichkeit zu kollidieren. Tradierte Rollenvorgaben und maskuline Rollennormen scheinen sich bei Männern auch ungünstig für das Gesundheitsverhalten, für die Wahrnehmung von Beschwerden und die medizinische Inanspruchnahme auszuwirken. Deshalb fordern einige Empfehlungen eine stärkere Beachtung dieses Aspektes. Erstaunlich wenig ist darüber bekannt, warum das Konzept von Männlichkeit und männliche Rollennormen so stark mit der Gesundheit kollidieren und wie dem im Gesundheitsbereich begegnet werden könnte. Dies dürfte eine der wichtigsten Herausforderungen für die Gesundheitsförderung bei Männern sein.

Aus Frauenperspektive stehen stärker die Themen der Pflegebedürftigkeit, sowohl im physischen wie auch im psychischen Bereich und die länger dauernden funktionellen Behinderungen im Vordergrund. Weibliche Geschlechterrollen und die schwächere Integration von Frauen in der Arbeitswelt sind die wichtigsten Erklärungen für die geringeren materiellen Ressourcen von Frauen. Tiefere Bildung und materielle Benachteiligung wiederum sind bei älteren geschiedenen Frauen mit einem höheren Sterberisiko, bei Frauen generell mit einer schlechteren

subjektiv eingestuftem Gesundheit und bei älteren Frauen mit Zugangsbarrieren für Vorsorgeuntersuchungen verbunden. In Anlehnung an das WHO-Modell der Chancengleichheit sind daher bei Frauen strukturelle Massnahmen und zusätzlich gezielte Unterstützung und Entlastung in der mit finanziellen und gesundheitlichen Einbussen einhergehenden Pflegerolle prioritäre Aufgaben bei der Gesundheitsförderung.

Die grosse Anzahl an Forschungsempfehlungen weist darauf hin, dass auch 10 Jahre nach dem Frauengesundheitsbericht von 1996 noch viele Fragen offen oder nicht bearbeitet sind. Die Forschungsempfehlungen betreffen verschiedenste Ebenen: Teilweise geht es um die Beschaffung grundlegendster Daten (s. Spitexbereich) oder um die Modifizierung bzw. Ergänzung von Informationen in Routinestatistiken (s. Zivilstand als ungenügender Indikator der Lebenssituation). Dazu wird eine weitergehende Analyse deskriptiver Ergebnisse empfohlen wie etwa der regionalen Geschlechterunterschiede in der Mortalität oder eine themenbezogene Forschungsbündelung, wie sie in NFP's erzielt werden kann. Teilweise geht es um komplexere Forschungsmethodik. Mehrfach stellt sich die Notwendigkeit von longitudinalen Studien, wofür inzwischen Datengrundlagen vorliegen (Haushaltspanel, National Cohort Study).

Viele der Empfehlungen zielen sowohl auf eine Erhöhung der Chancengleichheit wie auch auf Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen. Der Bericht bringt vorwiegend Hinweise für Verbesserungen der vertikalen Chancengleichheit (Erbringung unterschiedlicher Leistungen bei unterschiedlichen Bedürfnissen). Die Datenlage bezüglich horizontaler Chancengleichheit (gleiche Leistungen bei gleichen Bedürfnissen) ist wesentlich schlechter. Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen sollen einerseits durch Sensibilisierung für das geschlechterbezogene Wissen und durch Aus-, Weiter- und Fortbildung von Fachkräften angestrebt werden. Andererseits können sie auch durch eine Verbesserung der Daten- und Informationslage erzielt werden. Insofern sind Forschungsempfehlungen ebenfalls zu den Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu zählen.

Bei allen drei Themen geht die Stossrichtung der Empfehlungen hin zu einer stärkeren alters- und geschlechterspezifischen Ausdifferenzierung von Ansätzen der Health Literacy, Gesundheitsförderung, Prävention und Gesund-

heitsbetreuung. Diese Stossrichtung beinhaltet durch eine stärkere Ausrichtung auf spezifische Bedürfnisse die wichtigste Grundlage zur Verbesserung der vertikalen Chancengleichheit wie auch für Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen. Daher sollte sie in die neuen gesetzlichen Grundlagen zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz Eingang finden. Neben dem Geschlecht sind bei den Empfehlungen weitere soziale Determinanten berücksichtigt worden (z. B. spezielle Massnahmen für Arbeitslose, ledige und verwitwete Männer, Frauen mit tiefer Bildung), was eine gewisse Annäherung an die tatsächliche soziale Lage ermöglicht. Bei der Konkretisierung solcher Massnahmen müsste im Sinne des WHO-Modells der Chancengleichheit präzisiert werden, auf welcher Ebene sie ansetzen (strukturell oder intermediär) und auf welcher Ebene eine Wirkung erzielt werden soll. Eine solche Ausdifferenzierung der Massnahmen – wie auch die Ausdifferenzierung nach Geschlecht und Alter – sollte überprüfbar eine höhere Wirksamkeit erzielen.

# 4 Literatur

- Ajdacic-Gross, V. (1999). Suizid, sozialer Wandel und die Gegenwart der Zukunft. Bern, Lang AG.
- Amnesty International Sektion Schweiz (2007). Zahlen zu häuslicher Gewalt. <http://www.amnesty.ch/de/kampagnen/stopviolence/mobil-gegen-hauesliche-gewalt>. Sept. 2007.
- Appleby, L., P. Mortensen, et al. (1998). «Suicide and other causes of mortality after postpartum psychiatric admission.» *British Journal of Psychiatry* 173: 209-11.
- Arber, S. (1997). «Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s.» *Soc Sci Med* 44(6): 773-87.
- Arber, S. and H. Cooper (1999). «Gender differences in health in later life: the new paradox?» *Soc Sci Med* 48(1): 61-76.
- Arber, S. and E. Lahelma (1993). «Inequalities in women's and men's ill-health: Britain and Finland compared.» *Soc Sci Med* 37(8): 1055-68.
- Arnade, S. (2007). Behinderte Frauen: oft unsichtbar, aber meist unschlagbar. DOSSIER Europa 2007: Chancengleichheit für alle! [http://www.migration-boell.de/web/migration/46\\_948.asp](http://www.migration-boell.de/web/migration/46_948.asp). Sept. 2007.
- Bachmann, R., F. Müller, et al. (2003). Einmal Rente – immer Rente? Eine Analyse von Prozessen und Bedingungen, die zum Eintritt in das Invalidenversicherungssystem und zum Austritt daraus führen. Nationales Forschungsprogramm. <http://www.sozialstaat.ch/d/behinderung/bachmann.html>. Sept. 2007.
- Balthasar, A., O. Bieri, et al. (2003). Der Übergang in den Ruhestand – Wege, Einflussfaktoren und Konsequenzen. Bericht im Rahmen des Forschungsprogramms zur längerfristigen Zukunft der Alterssicherung (IDA ForAlt), Bundesamt für Sozialversicherung, Beiträge der sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 2/2003, Bern
- Bardet Blochet, A. (2005). Le travail invisible des femmes auprès des proches âgés. Dokumentation zur 3. nationalen Tagung des Forschungsnetzwerks Gender Health; 29. Juni 2005, Brugg.
- Barnett, R. C. and J. S. Hyde (2001). «Women, men, work, and family. An expansionist theory.» *Am Psychol* 56(10): 781-96.
- Beautrais, A. L. (2002). «Gender issues in youth suicidal behaviour.» *Emerg Med (Fremantle)* 14(1): 35-42.
- Beautrais, A. L. (2006). «Women and suicidal behavior.» *Crisis* 27(4): 153-6.
- Belser, K. (2005). Häusliche Gewalt kommt in allen Kreisen vor – nur in manchen vielleicht etwas häufiger. Was wir aus Polizeistatistiken und Prävalenzstudien lernen können. In: Häusliche Gewalt und Migration. Bern, Eidgenössische Kommission für Frauenfragen. 1: 9-12.
- Bird, C. E. and P. P. Rieker (1999). «Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health.» *Soc Sci Med* 48(6): 745-55.
- Bisig, B. and F. Gutzwiller (2004). Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? Band 2: Detailresultate. Zürich/Chur, Rüegger
- Bitzer, J. (2005). «Sexuelle und häusliche Gewalt gegen Mädchen und Frauen.» *Therapeutische Umschau*. Band 62. Heft 4.
- Blozik, E., K. Meyer, et al. (2007). Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz, Ergebnisse aus dem Gesundheitsprofil-Projekt. Arbeitsdokument 21, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.
- Bopp, M. and K. Ceesay (2007). Gesundheit im Kanton Zürich 2000–2006. Zusammenfassung. Prävention & Gesundheitsförderung im Kanton Zürich; 21 (Sonderheft Gesundheitsbericht): 3-6
- Bopp, M. and F. Gutzwiller (1999). «Entwicklung der Mortalität in der Schweiz seit 1950. 1. Internationaler Vergleich und Unterschiede nach Geschlecht, Alter und Nationalität.» *Schweiz Med Wochenschr* 129(20): 760-71.
- Bopp, M. and C. E. Minder (2003). «Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990-1997: results from the Swiss National Cohort.» *Int J Epidemiol* 32(3): 346-54.
- Branger, K., P. Gazareth, et al. (2003). Auf dem Weg zur Gleichstellung? Frauen und Männer in der Schweiz. Dritter statistischer Bericht. Sozialberichterstattung Schweiz. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- Budowski, M. (2003). Armut und Gender. In: Auf dem Weg zur Gleichstellung? Frauen und Männer in der Schweiz. Dritter statistischer Bericht. Sozialberichterstattung Schweiz. Neuchâtel. Bundesamt für Statistik: 191-207.
- Bulliard, J. L., C. La Vecchia, et al. (2006). «Diverging trends in breast cancer mortality within Switzerland.» *Ann Oncol* 17(1): 57-9.
- Bundesamt für Gesundheit (2006). Forschung Migration und Gesundheit – im Rahmen der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2002–2007». Bern.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2003). Soziale Sicherheit CHSS Bern.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2006). IV-Statistik 2006. Bern.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2007). Sozialversicherungsgesetzgebung – Stand der Reformen per Ende Frühlingssession 2007. <http://www.bsv.admin.ch/themen/ueberblick/00003/index.html?lang=de>. Juli 2007.
- Bundesamt für Statistik (1998). «Mehr als eine von vier Eheschließungen mit einer geschiedenen Person.» *Pressemittteilung* Nr. 88/1998.
- Bundesamt für Statistik (2004a). Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2004. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (2004b). Todesursachenstatistik. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (2005a). Sterbetafeln für die Schweiz 1998/2003. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (2005b). Demographisches Porträt der Schweiz, Ausgabe 2005. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (2005c). Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1992–2002. Schweizerische Gesundheitsbefragung. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (2006). Opferhilfestatistik. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (2007a). Kriminalität, Strafvollzug – Daten und Indikatoren. [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/19/03/03/key/ueberblick/wichtigste\\_zahlen.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/19/03/03/key/ueberblick/wichtigste_zahlen.html). Sept. 2007.
- Bundesamt für Statistik (2007b). Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2007. Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (2007a). Behinderte Frauen – weltweit unsichtbar. <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Politikbereiche/gleichstellung.did=96800.html>. Sept. 2007.
- Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (2007b). (Sexuelle) Gewalt gegen behinderte Mädchen und Frauen. <http://www.einmischen-mitmischen.de/gewalt/ausmass.html>. Sept. 2007.
- Burton-Jeangros, C. and M. Camenisch (2006). Etat de santé, situation familiale et activité professionnelle. La double charge des femmes est-elle mauvaise pour leur santé? Panel Suisse des ménages. Vivre en Suisse: Nouvelles à l'attention des ménages interrogés.
- Camenzind, P. and C. Meier (2004). Gesundheitskosten und Geschlecht. Eine gesundheitsbezogene Daten-analyse für die Schweiz. Bern, Hans Huber Verlag.
- Carr, D. (2004). «The desire to date and remarry among older widows and widowers.» *Journal of Marriage and Family* 66: 1051-1068.
- Courtenay, W. (2000). «Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health.» *Social Science & Medicine* 50: 1385-1401.
- Courtenay, W. H. (2003). «Key determinants of the health and well-being of men and boys» *International Journal of Men's Health* 2(1): 1-30.
- Darioli, R. (1998). «Epidémiologie des facteurs de risque cardio-vasculaires chez la femme.» *Kardiologiskä-re Medizin* 1: 200-207.
- Davidson, K. and S. Arber (2003). «Older men's health: A life course issue?» *Men's Health Journal* 2(3): 72-75.
- De Leo, D. and E. Evans (2004). International suicide rates and prevention strategies. Bern, Hogrefe & Huber.
- De Leo, D., P. Scocco, et al. (1999). «Physical illness and parasuicide: evidence from the European Parasuicide Study Interview Schedule (EPSIS/WHO-EURO).» *Int J Psychiatry Med* 29(2): 149-63.
- Doyal, L. (2000). «Gender equity in health: debates and dilemmas.» *Soc Sci Med* 51(6): 931-9.
- egger, T. (2004). Bedarfsanalyse Frauenhäuser. Integraler Bericht zur Vorstudie im Auftrag der Fachstelle gegen Gewalt des Eidg. Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann. Bern, Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS.
- Eidg. Büro für Gleichstellung von Frau und Mann (1999). Aktionsplan der Schweiz. Bern.
- Eidgenössische Kommission für Frauenfragen (2005). Häusliche Gewalt und Migration. Bern, Eidgenössische Kommission für Frauenfragen.
- Eidgenössische Kommission für Frauenfragen (2007). Für eine geschlechtergerechte Aufteilung der wirtschaftlichen Folgen von Trennung und Scheidung. Empfehlungen der eidgenössischen Kommission für Frauenfragen an Anwaltschaft, Rechtssprechung, Sozialhilfebehörden und Politik. [http://www.frauenkommission.ch/pdf/56\\_Empfehlungen\\_d.pdf](http://www.frauenkommission.ch/pdf/56_Empfehlungen_d.pdf). Juni 2008.
- Eisner, M. (2007). Das Zürcher Präventions- und Interventionsprojekt an Schulen zips. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Evaluationsstudie z-proso. NPF 52. Schweizer National Fonds.
- Eisner, M., D. Ribeaud, et al. (2006). Prävention von Jugendgewalt: Wege zu einer evidenzbasierten Präventionspolitik Bern, Eidgenössische Ausländerkommission EKA.
- Evans, E., K. Hawton, et al. (2005). «The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies.» *Suicide Life Threat Behav* 35(3): 239-50.
- Fachstelle gegen Gewalt. (2007). «Faktenblätter zu Gewalt. Eidg. Büro für Gleichstellung von Frau und Mann. <http://www.ebg.admin.ch/themen/00009/00089/index.html?lang=de>. Jan. 2008.» from <http://www.ebg.admin.ch/themen/00009/00089/index.html?lang=de>.
- Fergusson, D. M., A. L. Beautrais, et al. (2003). «Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people.» *Psychol Med* 33(1): 61-73.
- Fergusson, D. M., J. L. Horwood, et al. (2006). «Abortion in young women and subsequent mental health.» *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47(1): 16-24.
- Fergusson, D. M., L. J. Horwood, et al. (2005). «Suicidal behaviour in adolescence and subsequent mental health outcomes in young adulthood.» *Psychol Med* 35(7): 983-93.
- Fortune, S. A. and K. Hawton (2005). «Deliberate self-harm in children and adolescents: a research update.» *Curr Opin Psychiatry* 18(4): 401-6.
- Franko, D. L. and P. K. Keel (2006). «Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications.» *Clin Psychol Rev* 26(6): 769-82.

- Freivogel, E. (2007). Nachehelicher Unterhalt – Verwandtenunterstützung – Sozialhilfe. Wenn das Familieneinkommen nach Trennung oder Scheidung nicht für zwei Haushalte ausreicht: Rechtssprechung und Änderungsbedarf in Mankofällen. Im Auftrag der eidgenössischen Kommission für Frauenfragen. [http://www.frauenkommission.ch/pdf/56\\_Freivogel\\_d.pdf](http://www.frauenkommission.ch/pdf/56_Freivogel_d.pdf).
- Gijsbergs, C., K. P. Van Vliet, et al. (1996). «Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care for women.» *Social Science & Medicine* 43(5): 707-720.
- Gillioz, L., J. De Puy, et al. (1997). Domination et violence envers la femme dans le couple. Lausanne, Editions Payot.
- Gillioz, L., R. Gramoni, et al. (2003). Voir et agir. Responsabilités des professionnelles de la santé en matière de violence à l'égard des femmes. Genève, Médecine & Hygiène
- Gloor, D. and H. Meier (2004). Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum – Repräsentativbefragung bei Patientinnen der Maternité Inselhof Triemli, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Zü-ri- ch. Bern, Edition Soziothek.
- Gloor, D. and H. Meier (2005). Häusliche Gewalt bei Patientinnen und Patienten. Basel, Justizdepartement des Kantons Basel-Stadt.
- Godenzi, A. (1993). Gewalt im sozialen Nahraum. Basel/Frankfurt, Hebling&Lichterhahn
- Gognalons-Nicolet, M., A. Bardet Blochet, et al. (2007). La santé psychique de la population vivant en Suisse. Obsan.
- Gognalons-Nicolet, M., F. Derriennic, et al. (1999). «Social prognostic factors of mortality in a random co-hort of Geneva subjects followed up for a period of 12 years.» *J Epidemiol Community Health* 53(3): 138-43.
- Goldberg, A. E. and M. Perry-Jenkins (2004). «Division of labor and working-class women's well-being across the transition to parenthood.» *J Fam Psychol* 18(1): 225-36.
- Graf, M., U. Pekruhl, et al. (2007). 4. Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2005, Schweizerische Eidgenossenschaft, Eidgenössische Volkswirtschaftsdepartement, Staatssekretariat für Wirtschaft, Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Gredig, D., H. Zwicky, et al. (2007). Menschen mit Behinderung in der Schweiz: Die Lebenslage von Bezügerinnen und Bezü- gern von Leistungen der Invalidenversicherung. Kurzfassung der Ergebnisse des Projektes im Rahmen des NFP 45 «Probleme des Sozialstaats». <http://www.sozialstaat.ch/d/projekte/projekte.html>. Sept. 2007.
- Greuter, U. (2006). Cervical cancer screening in migrants to Switzerland. Institute of Nursing Science, University of Basel.
- Griffin, J. M., R. Fuhrer, et al. (2002). «The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class?» *Soc Sci Med* 54(5): 783-98.
- Guggisberg, J. and K. Künzi (2005). Lage der Personen vor und nach Erreichen des ordentlichen Rentenalters. Auswertung des Zusatzmoduls «Soziale Sicherheit» der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) 2002. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS). Bundesamt für Sozialversicherung, Beiträge der sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 13/2005, Bern
- Hämmig, O. and G. Bauer (2007a). «Prevalence and health effects of an unequal work-life balance for male and female employees in Switzerland.» to be submitted to *Journal of Occupational and Environmental Medicine*.
- Hämmig, O. and G. Bauer (2007b). «Role accumulation and work-life balance for male and female employees in Switzerland.» to be submitted to *Journal of Occupational and Organizational Psychology*.
- Hawton, K. (2000). «Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour.» *Br J Psychiatry* 177: 484-5.
- Hawton, K., L. Harriss, et al. (2003). «Deliberate self-harm in Oxford, 1990–2000: a time of change in patient characteristics.» *Psychol Med* 33(6): 987-95.
- Hawton, K. and K. Van Heeringen (2002). Suicide and attempted suicide. Baffins Lane, John Wiley & sons Ltd.
- Holtkamp, K. and B. Herpertz-Dahlmann (2001). «Suizide und Suizidversuche im Kindes – und Jugendalter.» *Monatsschrift Kinderheilkunde* 149: 717-729.
- Höpflinger, F. (2001). Frauen im Alter – die heimliche Mehrheit. Geschlechts-spezifische Unterschiede der Lebenserwartung – ein globales Phänomen moderner Gesellschaften. <http://www.hoepflinger.com/ftpof/fhalter1K.html>. Sept. 2007.
- Höpflinger, F. (2002a). «Männer im Alter, eine Grundlagenstudie.» Pro Senectute.
- Höpflinger, F. (2002b). Private Lebensformen, Mortalität und Gesundheit. In: Geschlecht, Gesundheit und Krankheit – Männer und Frauen im Vergleich. K. Hurrelmann and P. Kolip, Hans Huber Verlag.
- Höpflinger, F. and V. Hugentobler (2003). Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Verlag Hans Huber.
- Höpflinger, F. and V. Hugentobler (2005). Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz. Buchreihe des Gesundheitsobservatoriums, Verlag Hans Huber.
- Höpflinger, F. and A. Stuckelberger (1999). Alter – Hauptergebnisse und Folgerungen aus dem Nationalen Forschungsprogramm NFP32. Bern.
- Hoyningen-Süess, U. and M. Staudenmaier (2004). «Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung bedingt angemessene Unterstützungsangebote.» *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik* 2: 45-50.
- Huisman, M., A. Kunst, et al. (2004). «Socio-economic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations.» *J Epidemiol Community Health* 58: 468-475.
- Hurrelmann, K. and P. Kolip (2002). Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, Hans Huber Verlag.
- Jeltsch-Schudel, B. (2003). «Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung in der deutschsprachigen Schweiz.» *Halbjahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete* 72(3): 266-272.
- Jeltsch-Schudel, B. (2005). «Sexuelle Gewalt und geistige Behinderung.» *Universitas Fribourgensis* Dec: 16-18.
- Jeltsch-Schudel, B. (2007). Identität und Behinderung – Publikation in Vorbereitung. In Press. Basel.
- Jungnitz, L., H. Lenz, et al. (2007). Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland, Verlag Barbara Budrich.
- Kaltiala-Heino, R., E. Kosunen, et al. (2003). «Pubertal timing, sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence.» *Journal of adolescence* 26(5): 531-45.
- Karasek, R. (1996). «Job strain and the prevalence and outcome of coronary artery disease.» *Circulation* 94(5): 1140-1.
- Karasek, R. (2006). «The stress-disequilibrium theory: chronic disease development, low social control, and physiological de-regulation.» *Med Lav* 97(2): 258-71.
- Karasek, R., C. Brisson, et al. (1998). «The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics.» *J Occup Health Psychol* 3(4): 322-55.
- Kesselring, A. (2004). «Angehörige zu Hause pflegen: Anatomie einer Arbeit.» *Schweizerische Ärztezeitung* 85(10): 504-506.
- Kickbusch, I. (2006). Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Hamburg, Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kilias, M., M. Simonin, et al. (2005). Violence experienced by women in Switzerland over their lifespan. Results of the International Violence against Women Survey (IVAWS). Bern, Stämpfli Publishers Ltd.
- Köbsell, S. (2005). Gender mainstreaming und Behinderung. <http://www.isl-ev.de/wp-content/KbsellGenderundBehinderung.pdf>. Sept. 2007.
- Kolip, P., J. Lademann, et al. (2006). Gender-Gesundheitsbericht Schweiz. Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten. Bern, Bundesamt für Gesundheit
- Krieger, N. (2003). «Genders, sexes, and health: what are the connections and why does it matter?» *Int J Epidemiol* 32(4): 652-7.
- Kuhlmeiy, A. (2003). Gesundheitsbiographien im Geschlechtervergleich. In: Gesundheitsbiographien – Variationen und Hintergründe. P. Perrig-Chiello and F. Höpflinger, Hans Huber Verlag.
- Lambert, J. (2005). «Die Lebensbedingungen geistig behinderter Mütter.» *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete VHN* 74(3): 232-241.
- Lennon, M. C. (1994). «Women, work, and well-being: the importance of work conditions.» *J Health Soc Behav* 35(3): 235-47.
- Lennon, M. C. and S. Rosenfield (1992). «Women and mental health: the interaction of job and family conditions.» *J Health Soc Behav* 33(4): 316-27.
- Levy, R. (1999). Inégalité dans et par la famille. Politiques familiales. L'impasse? F. J. Despland B. Lausanne, Editions EESP: 41-57.
- Maihofer, A. (1995). Geschlecht als Existenzweise. Frankfurt am Main.
- Mayring, P. (1998). Veränderungen des subjektiven Wohlbefindens im Übergang in den Ruhestand. NFP 32, Alter/Vieillesse/Anziani, Zürich
- Mayring, P. (2000). «Pensionierung als Krise oder Glücksgewinn? – Ergebnisse aus einer quantitativ-qualitativen Längsschnittuntersuchung.» *Z Gerontol Geriatr* 33: 124-133.
- Mean, M., N. C. Righini, et al. (2005). «Substance use and suicidal conduct: a study of adolescents hospitalized for suicide attempt and ideation.» *Acta Paediatr* 94(7): 952-9.
- Meryn, S. (2004). «Gender Quo Vadis: 21 the first female century?» *The journal of men's health and gender* 1: 3-7.
- Meyer, P. C. and R. Ricka (2005). Wissenschaftliche Informationen zur psychischen Gesundheit in der Schweiz. Arbeitsdokument 7, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.
- Michaud, P. A., J. C. Suris, et al. (2006). «Gender-related psychological and behavioural correlates of pubertal timing in a national sample of Swiss adolescents.» *Mol Cell Endocrinol* 254-255: 172-8.
- Minder, M. (2005). Häusliche Gewalt im Migrationskontext professionell angehen – Kompetenz statt Kulturalisierung. In: Häusliche Gewalt und Migration. Bern, Eidgenössische Kommission für Frauenfragen. 1: 22-25.

- Moller-Leimkuhler, A. M. (2003). «The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable?» *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 253(1): 1-8.
- Molo-Bettelini, C., N. Clerici, et al. (1999). Soigner à domicile un membre de famille atteint de démence sénile: charge perçue, impact et malaise psychique. In: *Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Beiträge zur Soziologie der Gesundheit*. C. Maeder, C. Burton-Jeangros and M. Haour-Knipe, Seismo Verlag.
- Mustard, C., P. Kaufert, et al. (1998). «Sex differences in the use of health care services.» *New England Journal of Medicine* 338: 1678-1683.
- Narring, F., A. Tschumper, et al. (2004). *Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz (2002)*. SMASH 2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Raisons de santé, 95b).
- Narring, F., A. Tschumper, et al. (1994). *Die Gesundheit Jugendlicher in der Schweiz. Cahier de recherches et de documentation*. Lausanne: Institut de médecine sociale et préventive.
- Perren, S. and P. Perrig-Chiello (2003). Das Erleben von Krankheit und Tod im mittleren Erwachsenenalter. In: *Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe*. P. Perrig-Chiello and F. Höpflinger, Verlag Hans Huber.
- Pitkala, K., E. T. Isometsa, et al. (2000). «Elderly suicide in Finland.» *Int Psychogeriatr* 12(2): 209-20.
- Portzky, G. and K. van Heeringen (2007). «Deliberate self-harm in adolescents.» *Curr Opin Psychiatry* 20(4): 337-42.
- Qin, P., E. Agerbo, et al. (2000). «Gender differences in risk factors for suicide in Denmark.» *Br J Psychiatry* 177: 546-50.
- Radovanovic, D., J. Gaspoz, et al. (2006). Are there gender differences in patients with acute coronary syn-drome or is it all just a question of age? *Kardiovaskuläre Medizin*. 9 (Suppl 12): 16S.
- Raine, R. (2000). «Does gender bias exist in the use of specialist health care?» *Journal of health service research and policy* 5: 237-249.
- Ramaciotti, D. and J. Perriard (2003). Die Kosten des Stresses in der Schweiz. Bern, Staatssekretariat für Wirtschaft (Seco).
- Reale, E. and P. Vinay (2001). Gli studi sullo stress ed il lavoro invisibile. Una salute a misura di donna. Atti del gruppo di lavoro «Medicina Donne Salute», Roma, Dipartimento Pari Opportunità.
- Resch, M. (2002). Der Einfluss von Familien- und Erwerbsarbeit auf die Gesundheit. In: *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. K. Hurrelmann and P. Kolip. Bern, Hans Huber Verlag.
- Ruckenbauer, G., F. Yazdani, et al. (2007). «Suicide in old age: illness or autonomous decision of old age.» *Archives of Gerontology and Geriatrics Supplement* 1: 355-58.
- Saunders, K. E. and K. Hawton (2006). «Suicidal behaviour and the menstrual cycle.» *Psychol Med* 36(7): 901-12.
- Schlueter, V., F. Narring, et al. (2004). «Trends in violent deaths among young people 10-24 years old, in Switzerland, 1969-1997.» *Eur J Epidemiol* 19(4): 291-7.
- Schön-Bühlmann (2005). Unbezahnte Pflegeleistungen von Privatpersonen und -haushalten. Soziale Sicherheit CHSS 5/2005, Bundesamt für Sozialversicherung.
- Schuler, D., P. Rüesch, et al. (2007). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring. Arbeitsdokument 24. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Neuchâtel.
- Scocco, P., G. Meneghel, et al. (2001). «Death ideation and its correlates: survey of an over-65-year-old population.» *J Nerv Ment Dis* 189(4): 210-8.
- SFA (2002). Die Gesundheit der Jugendlichen als Spiegel der Gesellschaft. <http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/jungenspiegel.pdf>. Januar 2008. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Siegrist, J., D. Starke, et al. (2004). «The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons.» *Soc Sci Med* 58(8): 1483-99.
- Silenzio, V. M., J. B. Pena, et al. (2007). «Sexual orientation and risk factors for suicidal ideation and suicide attempts among adolescents and young adults.» *Am J Public Health* 97(11): 2017-9.
- Sourander, A., M. Aromaa, et al. (2006). «Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15.» *J Affect Disord* 93(1-3): 87-96.
- SRK (2008). Schweizerisches Rotes Kreuz. <http://www.redcross.ch> Jan. 2008.
- Steinhausen, H. C. and C. W. Metzke (2004). «The impact of suicidal ideation in preadolescence, adolescence, and young adulthood on psychosocial functioning and psychopathology in young adulthood.» *Acta Psychiatr Scand* 110(6): 438-45.
- Stoll, B. and B. Weil (2004). Untersuchung zu einer künftigen schweizerischen Institution im Bereich der Suizidprävention. Genf.
- Stremlow, J., S. Gysel, et al. (2004). Es gibt Leute, die das Gleiche haben ... Selbsthilfe und Selbsthilfeförderung in der deutschen Schweiz. Luzern, Stiftung KOSCH.
- Stutz, H. and S. Strub (2006). Leistungen der Familien in späteren Lebensphasen. In: *Pflegen, betreuen und bezahlen. Familien in späteren Lebensphasen*. Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen (EKFF). Bern.
- Suter, C. (2000). *Sozialbericht 2000*. Zürich: Seismo.
- Sutton, M. (2002). «Vertical and horizontal aspects of socioeconomic inequity in general practitioner contacts in Scotland.» *Health Econ* 11(6): 537-49.
- Testa-Mader, A. (2004). Stress professionnel, santé et double charge de travail: une étude en milieu hospitalier. Comano, Edizioni Alice.
- The Men's Health Forum (2006). *Mind Your Head. Men, boys and mental wellbeing*. Policy report. London.
- Thiele, A. (2000). Männer, Maskulinität und psychische Adaptation im Kontext körperlicher Altersveränderungen. Jenseits des Zenits. Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. P. Perrig-Chiello and F. Höpflinger, Verlag Paul Haupt.
- van Doorslaer, E., A. Wagstaff, et al. (2000). «Equity in the delivery of health care in Europe and the US.» *J Health Econ* 19(5): 553-83.
- Vlassoff, C. and C. Garcia Moreno (2002). «Placing gender at the centre of health programming: challenges and limitations.» *Soc Sci Med* 54(11): 1713-23.
- Wanner, P., P. Fei, et al. (1997). «Mortalité par âge et cause de décès en Suisse: Une analyse des disparités cantonales durant la période 1978/83 et 1988/93.» *European Journal of Population* 13: 381-399.
- Wanner, P., C. Sauvain-Dugerdil, et al. (2005). Alter und Generationen, das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren. Eidgenössische Volkszählung 2000. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- Weiss, R. (2003). Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich, Seismo Verlag.
- WHO (2005). Framework on social determinants of health. [http://www.who.int/social\\_determinants/country\\_action/Country%20Work%20Valentine%20AFRO%20v3.pdf](http://www.who.int/social_determinants/country_action/Country%20Work%20Valentine%20AFRO%20v3.pdf). Jan. 2008.
- WHO Euro (2001). Mainstreaming gender equity health: the need to move forward. A discussion paper («Madrid Statement»). <http://www.euro.who.int/document/a75328.pdf>. Januar 2008. Madrid.
- WHO International (2001). ICF Introduction. <http://www.who.int/classifications/icf/site/intros/ICF-Eng-Intro.pdf>. Sept. 2007.
- WHO international (2002). *World Report on Violence and Health – Summary*. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/index.html). Dez. 2007.
- Wichstrom, L. (2000). «Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents.» *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39(5): 603-10.
- Widmer, R. (2002). *Berichterstattung zur sozialen und ökonomischen Lage behinderter Menschen in der Schweiz*. <http://www.sozialstaat.ch/d/behinderung/widmer.html>. NFP45. Sept. 2007.
- Widmer, R. and A. Sousa-Poza (2003). Verbreitung und Potenzial der Alters-Teilzeit-Arbeit in der Schweiz. Studie im Auftrag von Avenir Suisse, Zürich.
- Wyss, E. (2006). Wenn Frauen gewalttätig werden: Fakten contra Mythen. Bern, Kantonale Fachkommission für Gleichstellungsfragen.
- Wyss, K. (2005). Themenmonitoring «Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte». Arbeitsdokument 11. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Neuchâtel.
- Zemp, A. and E. Pircher (1996). Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung, Bundesministerin für Frauen Angelegenheiten Österreich.
- Zemp, A., E. Pircher, et al. (1997). Sexualisierte Gewalt im behinderten Alltag – Jungen und Männer mit Behinderung als Opfer und Täter. Genderlink Netzwerk für Sozialforschung, Bundesministerin für Frauen Angelegenheiten und Verbraucherschutz Österreich.
- Zemp, E., P. Coda, et al. (1999). Konzeptionelle Arbeiten zur Förderung der Gesundheit von Frauen.
- Zemp Stutz, E., P. Coda, et al. (2001). Risikofaktoren für Psychische Erkrankungen bei Frauen. Soziale Faktoren und psychisches Wohlbefinden. In: *Psychische Erkrankungen bei Frauen*. A. Riechler-Rössler and A. Rohde. Freiburg, Karger GmbH: 103-114.
- Zwicky, H. (2003). «Zur sozialen Lage von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz.» *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie zum Thema «Exklusion»* 1: 1-20

## Impressum

Erstellt im Auftrag des BAG  
Basel, Januar 2008

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel  
Steinengraben 49, 4051 Basel  
Telefon 061 267 60 66, Fax 061 267 61 90  
[www.ispm-unibasel.ch](http://www.ispm-unibasel.ch)

Projektleitung: Elisabeth Zemp Stutz

Projektbearbeitung/Arbeitsgruppenleitung:

Julia Dratva (Suizid, Gewalt)  
Paola Coda Berteza (Psychische Gesundheit)  
Katharina Staehelin (Gesundes Altern/Pflegebedürftigkeit)  
Carine Weiss (wissenschaftliche Mitarbeit)

Fachliche Begleitung:

- Arbeitsgruppe Suizid, Gewalt: Monique Aeschbacher, Vladeta Ajdacic-Gross, Conrad Frey, Barbara Jeltsch, Susanne Hablützel, Christian Ludwig, Aiha Zemp
- Arbeitsgruppe Psychische Gesundheit: Christin Achermann, Daniela Schuler, René Setz, Doris Summermatter, Anita Testa Mader, Hans Wydler
- Arbeitsgruppe Gesundes Altern/Pflegebedürftigkeit: Pasqualina Perrig-Chiello, Silvia Strub, Felix Gurtner, Katharina Meyer, François Höpflinger, Brigitte Santos-Eggimann, Anne Bardet Blochet

Vertrieb:

BAG, Direktionsbereich Gesundheitspolitik  
Abteilung Multisektorale Projekte, Projekt Gender Health  
E-Mail [genderhealth@bag.admin.ch](mailto:genderhealth@bag.admin.ch)

Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer Sprache.

BAG-Publikationsnummer: 7.08 1'000 d 500 f GP 20EXT0806