

Quelle: Fachstelle Gesundheit von Frau und Mann, Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Gender Health: Policies, Praxis und Perspektiven

Claudia Meier

Wie in den USA war Gesundheit das erste Thema der schweizerischen Frauenbefreiungsbewegung in den 1970er Jahren. Gesundheit wurde darin neu definiert und zum zentralen Begriff der Selbstbestimmung erklärt. Die Selbstbestimmung über den eigenen Körper und die eigene Gesundheit waren Ausgangs- und Angelpunkte der Emanzipation, die auch und vor allem als Emanzipation vom (männlichen) Arzt und Gynäkologen verstanden wurde. Selbstuntersuchungsgruppen entstanden zu Dutzenden in allen grösseren und mittleren Städten der Schweiz und das Spekulum wurde zum Symbol der Selbstbefreiung. Die Selbstuntersuchungs- und Selbsterfahrungsgruppen markierten dabei nur den Start zu umfassenderen Themen: in der Schweiz wurde der Kampf um das Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper und in der Sexualität in der Diskussion um Abtreibung und Fristenregelung schon bald auch öffentlich thematisiert.

Die neue Frauenbewegung¹ war in ihrem Ursprung also wesentlich eine Gesundheitsbewegung. Und die Gesundheitswissenschaften haben ihrerseits vieles, was heute als methodischer Standard gilt, aus der Frauenbewegung übernommen. Das Konzept des Empowerment² wäre ohne die Diskurse der Frauenbewegung nicht denkbar.³ Auch weitere Begriffe und Modelle, die aus der historisch und inhaltlich engen Verknüpfung von Frauenbewegung und Gesundheitswissenschaften entstanden sind, haben bis heute Gültigkeit: beispielsweise subjektive Gesundheitsbegriffe, psychosoziale Determinanten von Gesundheit oder die Kritik an der Medikalisierung von weiblichen Lebensphasen.

Gender Health - Policies

Unbestritten ist heute, dass alle Frauen und Männer das Recht auf Gesundheit haben. Der höchste erreichbare Gesundheitszustand ist eines der Grundrechte jedes Menschen ohne Rücksicht auf ethnische Zugehörigkeit, Religion, politische Überzeugung oder soziale Lage. Dieses Recht ist durch die UNO⁴ und die WHO⁵ verbrieft, und auch die Schweiz hat entsprechende Abkommen unterzeichnet.

¹ Als «neue Frauenbewegung» wird die Frauenbewegung der 1970er Jahre bezeichnet, dies im Unterschied zur ersten Frauenbewegung Anfang des 20. Jahrhunderts

² Empowerment meint in Public Health die Befähigung und Ermächtigung von Bevölkerungsgruppen ihre Lebensstile und ihre Lebensbedingungen gesundheitsförderlicher zu gestalten.

³ Kickbusch Ilona: Die Frauengesundheitsbewegung, ein Forschungsgegenstand. In: Schneider U (Hrsg): Was macht Frauen krank? Campus, Frankfurt am Main 1981, Richka Regula: Kriterien guter Praxis.Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. Arbeitsdokumentation 2002

⁴ Artikel 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, UNO 1966, von der Schweiz ratifiziert 1992

⁵ WHO Europe: Madrid Statement. Mainstreaming gender equity in health: the need to move forward. Gender mainstreaming Health Policies in Europe. Madrid, Spain 2001

Um dieses hohe Ziele zu erreichen, muss die Gesundheitspolitik anerkennen, dass Frauen und Männer aufgrund der unterschiedlichen Wertungen des Geschlechts unterschiedliche Lebensbedingungen und damit unterschiedliche Bedürfnisse, Hindernisse und Chancen haben, den bestmöglichen Gesundheitszustand zu erreichen und zu erhalten. Um Diskriminierungen und Ungerechtigkeiten zu vermindern – darin sind sich die Verantwortlichen der Gesundheitspolitik auf nationaler und internationaler Ebene einig –, gibt es zwei nachweislich wirksame Strategien:

- die geschlechterspezifische Gesundheitspolitik, welche auf Gesundheitsanliegen von Frauen und von Männern jeweils mit spezifischen Massnahmen antwortet;
- die Politik des Gender Mainstreaming, welche auf beide Geschlechter bezogen ist und bezweckt, dass die gesundheitlichen, (physiologischen, psychologischen, sozialen) Besonderheiten von Frauen und Männern systematisch in allen Bereichen der öffentlichen Gesundheit berücksichtigt werden.

Geschlechterspezifische Massnahmen in Public Health

Die Faktoren, welche Gesundheit und Krankheit von Frauen und von Männern beeinflussen, sind unterschiedlich. Wenn Männer beispielsweise unter Stress am Arbeitsplatz leiden, dann meist deshalb, weil sie sich qualitativ oder quantitativ überfordert fühlen, weil sie bei ihrer Arbeit häufig unterbrochen werden oder weil sie zu viele Tätigkeiten gleichzeitig überblicken bzw. ausführen müssen. Für Frauen bedeutet Stress am Arbeitsplatz in den meisten Fällen sozialer Stress: Konflikte, schlechtes Arbeitsklima, mangelnde Anerkennung durch KollegInnen und Vorgesetzte oder Mobbing sind die hauptsächlichen Stressoren für Frauen am Arbeitsplatz. Beide, Frauen und Männer, können durch Stress am Arbeitsplatz krank werden. Und für beide Geschlechter sind präventive Massnahmen nötig. Um nachhaltige Wirkungen zu erreichen, sind allerdings spezifische Angebote für Männer und spezifische Angebote für Frauen notwendig. Frauen- oder mänderspezifische Angebote sind immer dann notwendig, wenn ein Geschlecht exklusiv, in stärkerem Ausmass oder in einer besonderen Ausprägung von einem Krankheitsrisiko betroffen oder von Gesundheitsressourcen ausgeschlossen ist.

Gender Mainstreaming in Public Health

Männer- und Frauenrollen sind gesellschaftlich nicht als gleichwertig anerkannt. In den westlichen Industriegesellschaften ist die männliche Rolle höher bewertet. Dies beeinflusst direkt und indirekt den Zugang zu gesundheitsrelevanten Ressourcen und Entscheidungskompetenzen. Eine Gesundheitsversorgung, die qualitativ und quantitativ beiden Geschlechtern gerecht wird, ist noch längst nicht systematisch realisiert.

Besonders deutlich wird das am Beispiel von Gewalt und Gesundheit . Obwohl bekannt ist, dass häusliche Gewalt für Frauen direkte und indirekte, kurzfristige wie langfristige gesundheitliche Beeinträchtigungen und Schäden zur Folge hat, bleibt das reguläre Gesundheitsversorgungssystem bis heute eine adäquate Antwort auf dieses Problem schuldig. Frauenhäuser und Beratungsstellen für vergewaltigte Frauen und Mädchen sind immer noch im Bereich der «alternativen» Angebote angesiedelt: es gibt weder eine flächendeckende Versorgung in der Schweiz noch sind die bestehenden Einrichtungen ausreichend subventioniert.

Schlagzeilen haben im Zusammenhang mit der qualitativ geschlechterneutralen Gesundheitsversorgung die Ergebnisse amerikanischer und deutscher Studien gemacht, welche gezeigt haben, dass Herzinfarkte bei Frauen andere Symptome erzeugen als bei Männern. Da die bei Frauen vorkommenden Symptome zu wenig bekannt sind, wird diese Erkrankung bei ihnen häufig nicht richtig diagnostiziert und behandelt. Fazit: Frauen erkranken statistisch zwar seltener an einem Herzinfarkt, wenn sie aber einen Infarkt erleiden, dann sterben sie daran häufiger als Männer.⁶ Solche und weitere Geschlechterunterschiede sind zwar in der Zwischenzeit bekannt; im Unterschied zu anderen neueren Entwicklungen haben sie jedoch nicht durchgängig Eingang in Ausbildungscurrucula und Fachliteratur gefunden.⁷

Gender Mainstreaming ist da eine wirksame politische Strategie, welche darauf hinwirkt, dass Geschlechterunterschiede systematisch berücksichtigt werden bei der Formulierung, der Durchführung und der Evaluation von Politiken, Programmen und Projekten der öffentlichen Gesundheit. Gender Mainstreaming ist sowohl ein politischer als auch ein technischer Prozess, der Veränderungen in Organisationen und in Organisationskulturen ebenso erfordert wie die Neudefinition von Zielen, Strukturen und Ressourcenplänen von Regierungen, Organisationen und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung.

Die folgende Forderungen⁸ und beispielhafte Schlüsselfragen sollen verdeutlichen, wie Gender Mainstreaming in Public Health wirksam werden kann:

⁶ Ahlrichs, Domenika: Kein Herz für Frauen. Männliche Medizin. In: Der Spiegel, 28. Februar 2003

⁷ Schmerl, Christiane: Die Frau im Mond – weit entfernt, doch klar sichtbar. Psychologie und Gesellschaftskritik, (13), 49/50, 1989, S.5-25; Clarke, Adele E. and Virginia Olesen: Revisioning Women, Health and Healing: Feminist, Cultural and Technoscience Perspectives. Routledge, London, 1999.

⁸ WHO Europe: Madrid Statement. Mainstreaming gender equity in health: the need to move forward. Gender mainstreaming Health Policies in Europe. Madrid, Spain 2001

Forderungen	Beispielhafte Schlüsselfragen
<p>- Frauen und Männer haben gleichen Einfluss auf gesellschaftliche Gesundheitsressourcen: z.B. Bildung, Partizipation, Einkommen, Nahrung, Wohnung oder allgemeine Lebensbedingungen, welche psychosoziales Wohlbefinden ermöglichen.</p>	<p>- Entspricht die reale Möglichkeit gesellschaftlicher Partizipation den Bildungs- und Wissensressourcen der Geschlechter oder zeigen sich in der Schweiz nach wie vor gesundheitsbeeinträchtigende Diskrepanzen zwischen hoher Bildung und niedriger Partizipation für Frauen?⁹</p>
<p>- Frauen und Männer haben gleichen Zugang zu Gütern, Privilegien und Angeboten im Gesundheitsbereich.</p>	<p>- Erhalten Frauen und Männer im Bedarfsfall gleichberechtigt Zugang zu Ersatzorganen oder bleiben Männer privilegiert in Bezug auf Zuteilung und Wartezeiten?¹⁰</p>
<p>- Frauen und Männer haben gleichen Einfluss bei der Definition dessen, was gesellschaftlich wertvoll und wichtig ist. Frauen und Männer haben den gleichen Einfluss auf die Gestaltung gesundheitsrelevanter Entwicklungen.</p>	<p>- Erhalten gesundheitsfördernde geschlechterpolitische Massnahmen wie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie dieselbe Priorität wie andere, traditionell «geschlechterneutrale» Anliegen?</p>
<p>- Frauen und Männer haben den gleichen Einfluss beim Verteilen von Möglichkeiten zu Interventionen und Massnahmen.</p>	<p>- Werden Massnahmen unterstützt, welche sich scheinbar geschlechterneutral an «die Öffentlichkeit», «die Jugendlichen», «die Familien» richten (und dabei ausser Acht lassen, dass Frauen und Männer in ihren Familien und in der Öffentlichkeit unterschiedliche Rollen, Funktionen und unterschiedliche Machtbefugnisse haben)?</p>

Gender Health: Politische Ziele in der Schweiz

Eine Gender-Gesundheitspolitik im eigentlichen Sinne existiert in der Schweiz (noch) nicht. Nach der Konferenz von Beijing, welche die Aufhebung der Geschlechterdiskriminierung in allen Bereichen der Gesellschaft als Programm festgeschrieben hat, gehört aber auch die

⁹ Baudelot Christian und Establet Roger: Allez. Les filles! Editions du Seuil, Paris, 1992

geschlechtergerechte Gesundheitspolitik zu den Zielsetzungen des Bundes. Mit der Schaffung der Fachstelle Gender Health (s. Kasten) haben Parlament und Bundesrat ein Zeichen gesetzt: Frauen- und Männer- bzw. Geschlechtergesundheit sind gesundheitspolitisch wichtige Themen, die eine eigenständige Bearbeitung auch auf Bundesebene erfordern.

Die Fachstelle Gender Health im Bundesamt für Gesundheit hat die Aufgabe, auf nationaler Ebene zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit von Frauen und Männern in der Schweiz beizutragen. Die Einrichtung der Fachstelle ist das Ergebnis eines längeren politischen Sensibilisierungsprozesses, der angestossen und vorangetrieben wurde durch internationale Konferenzen, nationale Studien und Vorstösse im Parlament ebenso wie durch zahlreiche Untersuchungen und Projekte, welche Frauen (und vereinzelt auch Männer) im Bereich der Geschlechtergesundheit in der Schweiz in den 90er Jahren entwickelten und realisierten.

Gender Health - Praxis

Obwohl die neue Frauenbewegung den Gesundheitsbegriff für Frauen so erweiterte, dass er soziale Beziehungen, Selbstbestimmung und Sexualität als Faktoren der Gesundheit ebenso einschloss wie die körperliche Befindlichkeit, waren die Konzepte noch stark beschränkt auf die gynäkologische Gesundheitsvorsorge und damit immer noch dem klassischen Bild von Frauengesundheit verhaftet. Dennoch waren die Aktionen und Projekte der Frauen in der Schweiz seit den 80er Jahren massgebend für Veränderungen im institutionellen Angebot und für Reformen im Gesundheitswesen:

- Die Frauengesundheitszentren, welche teilweise aus den Selbstuntersuchungsgruppen entstanden sind, etablierten sich in den grösseren Städten der Schweiz als Alternative zu gynäkologischen Praxen und Einrichtungen.
- Was als Wiederentdeckung von altem Hebammenwissen begonnen hatte, entwickelte sich zu einem neuen Selbstverständnis des Berufsstandes der Hebammen. Hausgeburten, Geburten in Geburtshäusern und mit Belegshebammen sind heute selbstverständliche Alternativen zu Geburten in Spitälern, welche ihrerseits eine grundlegende Umorientierung zugunsten der Bedürfnisse der Frauen und Kinder erfahren haben.
- Frauenhäuser, Beratungsstellen und Nottelefone sind das Ergebnis der öffentlichen Thematisierung von häuslicher und sexueller Gewalt an Frauen. Diese Einrichtungen haben sich als Institutionen in der Zusammenarbeit mit Polizei und Behörden etabliert.

¹⁰ Clarke, Adele E. and Virginia Olesen: *Revisioning Women, Health and Healing: Feminist, Cultural and Technoscience Perspectives*. Routledge, London, 1999.

Auf Bundesebene wurde im Eidgenössischen Büro für Gleichstellungsfragen die erste nationale Fachstelle gegen Gewalt an Frauen eingerichtet.

Die Frauenbewegung hat damit etliche Themen im Bereich von Gender Health etabliert. Ursprünglich autonome Institutionen sind in der Praxis inzwischen zu einem akzeptierten Angebot der Gesundheitsversorgung geworden – jedenfalls was die Aussen- und die Selbstwahrnehmung dieser Einrichtungen betrifft. Die meisten dieser Einrichtungen und Projekte sind immer noch im Bereich der «alternativen» Angebote angesiedelt: Es gibt für weder frauen- noch männerspezifisch eine flächendeckende Versorgung in der Schweiz. Entwicklung und Betrieb der Institutionen und Projekte im Bereich Gender Health sind im Unterschied zu anderen Angeboten des etablierten Gesundheitssystems nicht oder nicht ausreichend subventioniert. Ein grosser Teil der Arbeitsaufwendungen der Fachpersonen in diesen Institutionen fliesst auch nach zwanzigjährigem oder längerem Bestehen in die Beschaffung der finanziellen Ressourcen, das heisst in die Sicherung des unmittelbaren Weiterbestehens. Innerhalb der etablierten Sozial- und Gesundheitssysteme haben etliche staatliche und nichtstaatliche Institutionen und Organisationen wichtige Anstösse für die Entwicklung von frauen- und geschlechtergerechten Angeboten in Public Health gegeben:

- Die kantonalen Fachstellen für Suchtprävention und Gesundheitsförderung haben in den vergangenen zwölf Jahren eine breite Palette von Angeboten zunächst für Mädchen und Frauen¹¹, dann für Jungen und Männer¹² und als erste im Gesundheitsbereich auch umfassende Gender-Projekte für beide Geschlechter¹³ entwickelt. Gestützt wurden und werden diese Entwicklungen durch den Bund über ein Mandat zur geschlechtergerechten Suchtarbeit im Bundesamt für Gesundheit.
- In der offenen Jugendarbeit wurden schon früh geschlechterspezifische Gesundheitsförderungs-Angebote entwickelt, welche sich nun in Form von Jugendtreffs und der vielerorts neu geschaffenen Mädchentreffs etablieren. ¹⁴ Die geschlechtergerechte Gesundheitsförderung im Jugendbereich wird unterstützt von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz.
- Schwerpunkt von Radix ist die männerspezifische Gesundheitsförderung. ¹⁵
- Im Bereich der sexuellen Gesundheit haben die Fachstellen der Aids-Hilfe Schweiz und die Familienplanungsstellen (PLANes) ihre Beratungsangebote frauengerecht

¹¹ Meier Claudia, Hablützel Susanne und Ramsauer Susanne: Medikamente, Männer, Marzipan. Handbuch zur frauengerechten Suchtprävention und Gesundheitsförderung. SEISMO, Zürich 1997

¹² Lehner Andreas, Bürgisser, Titus. Heldengeschichten. Werkbuch zur jungen- und männerspezifischen Suchtprävention und Gesundheitsförderung. Fachstelle für Suchtprävention Zug, 2002

¹³ Glücks Elisabeth und Ottomeier-Glücks Franz G: Was Frauen Jungen erlauben können - was Männer Mädchen anzubieten haben. In: Suchtmagazin, 6,27, Dezember 2002, S.3-12

¹⁴ Nabholz, Stefanie: Geschlechtergerechte Jugendarbeit in der Schweiz. Freiburg. Erscheint 2003

¹⁵ Verweis auf den Beitrag von Enrico Violi in diesem Heft

ausgestaltet.

Teilweise hat das Thema Gender Health – wenn auch eher punktuell – Eingang gefunden in Aus- und Weiterbildungslehrgängen vor allem in der Pflege und im Rahmen von Nachdiplomstudiengängen (Master of Public Health).

Für frauen- oder männergerechte Projekte innerhalb von bestehenden Einrichtungen gibt es nur in wenigen Kantonen einen Leistungsauftrag. Ob und wie Genderfragen in Angeboten berücksichtigt werden, hängt in der Regel vom persönlichen Engagement einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ab.

Gender Health: Perspektiven

Die Fortschritte in Wissenschaft, Praxis und Politik unter dem Aspekt von Gender Health sind sichtbar und unbestritten. Ein Blick in den öffentlichen Alltag relativiert aber doch einiges.

Während die Männergesundheitsbewegung die krankmachenden Elemente einer traditionell verstandenen «Männlichkeit» erkennt und zu verändern versucht¹⁶, übernehmen Frauen in Konsum- und Arbeitsverhalten zunehmend Elemente eben dieses «männlichen»

gesundheitsschädigenden Lebensstils. Während die Forderung, dass eine frauengerechte Gesundheitsförderung auch eine Absage an eine normative, sexualisierte und verdinglichte Sicht auf den weiblichen Körper beinhaltet¹⁷, gewirkt zu haben scheint, was Darstellung von Frauen in der Werbung für Gesundheitsprodukte anbelangt, werden Männerkörper in der Gesundheitswerbung um so mehr sexualisiert und verdinglicht dargestellt. Unter Fachleuten zeichnet sich zudem, wenn auch nicht offen, ein Wettstreit ab in der Frage, welches der beiden Geschlechter nun bezogen auf die Gesundheit das kränkste im ganzen Land und somit bei der Verteilung von Ressourcen das anspruchsberechtigte sei.

Diese drei unterschiedlichen und vielleicht etwas zufälligen Beobachtungen charakterisieren den aktuellen Stand der Entwicklungen in Gender Health. Auch in Public Health geht es nun um die Frage, wie Gender in den Mainstream kommt: Die wissenschaftlichen Erkenntnisse und die Erfahrungen aus der Praxis müssen systematisch in allen Bereichen der öffentlichen Gesundheit so umgesetzt werden, dass sie für Frauen und Männer gesundheitsfördernd wirksam werden.

Dazu ist es notwendig, das umfangreiche Wissen zu Gender Health zu sammeln und so aufzuarbeiten, dass es in Aus- und Weiterbildung an Fachschulen, Universitäten und anderen Hochschulen vermittelt werden kann. Erste Schritte dazu sind bereits getan.¹⁸ Schwieriger wird

¹⁶ Andreas Bortler, Thomas Cerny, Ueli Grüniger, Ruedi Hösli, Anton Lehmann: Männergesundheit: Ein Manifest. Radix Gesundheitsförderung Schweiz. Bern 2000

¹⁷ Meier Claudia, Isenschmid-Gerster Bettina: Frauen Sucht Forschung. ISPM Bern 1995

¹⁸ Hurrelmann, K. & Kolip, P. (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Frauen und Männer im Vergleich. Bern: Huber. 2002

es sein, die betroffenen Bildungseinrichtungen davon zu überzeugen, ihre Curricula den neuen Erkenntnissen anzupassen und die Bedeutung der Geschlechterrollen und der Geschlechterverhältnisse für Prävention, Therapie und Gesundheitsversorgung systematisch in Lehre und Praxis einzubeziehen. Es wird notwendig sein, auch spezifisch für die Schweiz aufzeigen zu können, dass und wie viele Mehrkosten im Gesundheitswesen allein dadurch entstehen, dass weite Bereiche der Gesundheitsversorgung nicht oder nicht durchgehend geschlechterspezifisch orientiert arbeiten.

Parallel dazu werden politische Massnahmen notwendig sein. In vereinzelt Kantonen werden Vorüberlegungen zur Schaffung von Fachstellen für Gender Health auf kantonaler Ebene angestellt. Mehrere Kantone haben die gendergerechte Ausrichtung zumindest für Präventionsfachstellen in ihren Leistungsaufträgen verankert. Entsprechend könnten auch die Aufträge für Leistungserbringer im kurativen Bereich ergänzt werden.

Gender Mainstreaming in Public Health wird in den nächsten Jahren viel Arbeit in kleinen Schritten bedeuten – und viel Durchsetzungskraft erfordern. Es wäre aber zu einfach, diesen Prozess als rein politisch-technischen zu begreifen. Erfahrungen in Deutschland haben gezeigt, dass psychologische und relationale Aspekte sehr bedeutsam sind.¹⁹ Eine Interventionsstudie zum Gender Mainstreaming und der Prävention mit Jugendlichen hat nämlich gezeigt, dass Gender-Ansätze erst dann umsetzbar sind, wenn es gelingt, eine Kultur der Sicherheit und des Vertrauens in der Interaktion zwischen Frauen und Männern zu etablieren. Dennoch bleibt zu hoffen, dass wir nach den Selbsterfahrungsgruppen für Frauen in den 70er Jahren und den Selbsterfahrungsgruppen für Männer in den 90er Jahren kein weiteres Jahrzehnt für die gemeinsame Selbsterfahrung der Geschlechterinteraktion brauchen, bevor wir die notwendigen nächsten Schritte hin zu einer wirklich geschlechtergerechten Gesundheitspolitik machen können.

Jan. 2004

Anschrift aktualisiert Juli 2007:

Anschrift Autorin

Claudia Meier, Dr., Pädagogische Hochschule Bern, Brückenstrasse 73, 3005 Bern
031 309 23 54, claudia.meier@phbern.ch, www.phbern.ch

¹⁹ Helfferich Cornelia, Meinke Anne, Zanolli Patrizia: «Grenzen und Brücken – Geschlechtsspezifische Ansätze und Methoden für die Prävention mit Jugendlichen». Abschlussbericht der Evaluation. SoffiK, Freiburg im Breisgau 2002