

**Frauenfragen / Questions au féminin / Problemi al femminile**

**3/85**

---

Frauenfragen  
Questions au féminin  
Problemi al femminile



8. Jahrgang, Nr. 3  
Oktober 1985

herausgegeben von der Eidgenössischen  
Kommission für Frauenfragen. Bundesamt  
für Kulturpflege, Thunstrasse 20,  
3006 Bern, Tel. 031/61.92.75

Redaktion: Käthi Belser, Claudia  
Kaufmann, Verena Laedrach-Feller

Abdruck der Beiträge nach Rücksprache  
mit der Redaktion und unter genauer  
Quellenangabe erwünscht. Belegexemplare  
sind willkommen.

---

**FRAUEN**

**UND**

**GESUNDHEIT**

Bericht der Autorengruppe SOMIPOPS (E. Zemp, R.E. Leu, F. Gutzwiller, R.J. Doppmann)  
zuhanden  
der Eidgenössischen Kommission für Frauenfragen

SOMIPOPS (Sozio-Medizinisches Indikatorensystem der Population der Schweiz)

Projektleitung: F. Gutzwiller, R.E. Leu, H.-R. Schulz, E. Zemp

Projektteam: R.J. Doppmann, R. Grimm, A. Marazzi, R. Schröter, P. Shmaiovits

(Projekt des Nationalen Forschungsprogrammes Nr. 8)

# INHALTSVERZEICHNIS

	<u>Seite</u>
Vorbemerkungen	
1. Einleitung	1
2. Frauen und Gesundheit	2
3. Methodik	16
4. Datenerhebung	19
5. Resultate	20
5.1. Gesundheit von Männern und Frauen nach ihren eigenen Aussagen	21
5.1.1. Körperliche Gesundheit	21
5.1.2. Die selbsteingestufte Gesundheit	29
5.1.3. Psychische Gesundheit	31
5.1.4. Soziale Dimension der Gesundheit	33
5.1.5. Gesamtgesundheit	37
5.2. Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	40
5.2.1. Ambulante Inanspruchnahme	42
5.2.2. Stationäre Inanspruchnahme	43
5.2.3. Medikamentenkonsum	44
5.2.4. Art der Inanspruchnahme	44
5.3. Welche Faktoren beeinflussen das Gesund- heitsbefinden von Frauen und Männern	47
5.4. Welche Faktoren beeinflussen die unter- schiedliche Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Frauen und Männern	69
6. Zusammenfassung	72
Zusammenfassung und Kommentar der Eidgenössischen Kommission für Frauenfragen	77
Anhang	84

## Vorbemerkungen

Der vorliegende Bericht "Frauen und Gesundheit" ist auf einen von Josi Meier schon vor geraumer Zeit formulierten parlamentarischen Vorstoss zurückzuführen: In Anbetracht der bevorstehenden und laufenden Revisionen im Rahmen der schweizerischen Sozialversicherung reichte die damalige Nationalrätin und heutige Ständerätin mit zehn Mitunterzeichnenden am 7. Dezember 1978 folgendes Postulat ein:

"Die 10. AHV-Revision soll sich in besonderem Ausmasse mit sogenannten Frauenpostulaten auseinandersetzen. Es fehlen dazu noch zuverlässige Entscheid-Grundlagen. Der Bundesrat wird daher eingeladen

- eine umfassende Studie durchführen zu lassen über die Aktivitätsperiode der Frau, besonders über die psychischen und physischen Voraussetzungen ihrer Vielfachbelastung in Haushalt, Kinderbetreuung und Beruf, sowie über deren vielfältige Auswirkung auf ihre Gesundheit und Lebenserwartung;
- eine fachlich ausgewiesene Arbeitsgruppe zur (allenfalls auch begleitenden) Ueberprüfung der Berichtsergebnisse zu bestellen, in der auch Arbeitnehmerinnen angemessen vertreten sind."

Nachdem das Postulat am 27. November 1979 vom Nationalrat angenommen wurde, beauftragte der damalige Vorsteher des Eidg. Departementes des Innern die Eidg. Kommission für Frauenfragen, Informationen zu dieser Thematik zu sammeln. Diese hat einen umfangreichen Fragebogen zum Gesundheitszustand der Frauen zusammengestellt, dessen Beantwortung Aufschlüsse über die Querverbindungen von Lebensform, Ausbildung, Familienform und ähnlichen Faktoren zur Gesundheitssituation der Frauen erlaubt hätte. Dieser Fragekatalog, der in diesem Bericht als Anhang publiziert wird, ist mit einer Reihe von namhaften Schweizer Vertretern der Sozial- und Präventivmedizin diskutiert worden; die von der Kommission gestellten Fragen konnten dabei jedoch nicht oder nicht eindeutig beantwortet werden. Aktuelle Daten fehlten zu diesem Zeitpunkt, viele der - für die Situation der Frauen wichtigen - Variablen waren bei den vorhandenen Erhebungen nicht isolierbar.

Die Autorengruppe SOMIPOPS (Sozio-Medizinisches Indikatorensystem der Population der Schweiz) aus Basel übernahm schliesslich den Auftrag, ihre eigenen, im Rahmen des Nationalen Forschungsprogrammes Nr. 8 (Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit des schweizerischen Gesundheitswesens) hervorgebrachten Forschungsergebnisse sowie weitere Forschungsergebnisse zum Thema "Frauen und Gesundheit" in einem kurzen Bericht zusammenzufassen.

Ihrer Studie liegen die Daten der ersten repräsentativen Gesundheitsbefragung in der Schweiz zugrunde. Der Bericht berücksichtigt Angaben von 3'419 erwachsenen Schweizer Bürgerinnen und Bürger (20 Jahre und älter) sowie von 836 niedergelassenen Ausländerinnen und Ausländern (wohnhaft in der Schweiz seit mindestens 5 Jahren).

Die Eidg. Kommission für Frauenfragen hat die Ergebnisse des Berichts "Frauen und Gesundheit" zusammengefasst und kommentiert. Ihr Beitrag findet sich anschliessend an den Text der Autorengruppe SOMIPOPS.

## 1. Einleitung

Die 10. AHV-Revision soll sich speziell mit den sogenannten Frauenpostulaten auseinandersetzen. Häufig fehlen jedoch zu den in diesen Postulaten angesprochenen Fragekreisen in der Schweiz zuverlässige Informationen. Aus diesem Grund fordert die Nationalrätin Josi Meier in ihrem am 27. November 1979 überwiesenen Postulat den Bundesrat u.a. auf, "eine umfassende Studie durchführen zu lassen über die Aktivitätsperiode der Frau, besonders über die physischen und psychischen Voraussetzungen ihrer Vielfachbelastung im Haushalt, Kinderbetreuung und Beruf sowie über deren vielfältige Auswirkungen auf ihre Gesundheit und Lebenserwartung".

Die hier vorgelegte, in Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Kommission für Frauenfragen angefertigte Studie befasst sich mit dem Gesundheitsprofil von Frauen und Männern in der Schweiz. Untersucht wird unter anderem, ob sich ein Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Lebensbedingungen (Berufstätigkeit, Doppelbelastung) und dem Gesundheitszustand nachweisen lässt. Vor allem aus ausländischen Studien weiss man, dass Frauen in entwickelten Ländern eine höhere Morbidität, aber eine geringere Sterblichkeit und damit eine höhere Lebenserwartung aufweisen als Männer. In diesem Beitrag wird untersucht, ob die Frauen auch in der Schweiz eine höhere Morbidität bzw. eine schlechtere Gesundheit aufweisen als die Männer. Ausserdem werden einige mögliche Gründe für allfällige Unterschiede analysiert. Die Ergebnisse basieren auf der im Rahmen des Nationalen Forschungsprogrammes 8 durchgeführten ersten gesamtschweizerischen repräsentativen Gesundheitsbefragung (SOMIPOPS).

## 2. Frauen und Gesundheit

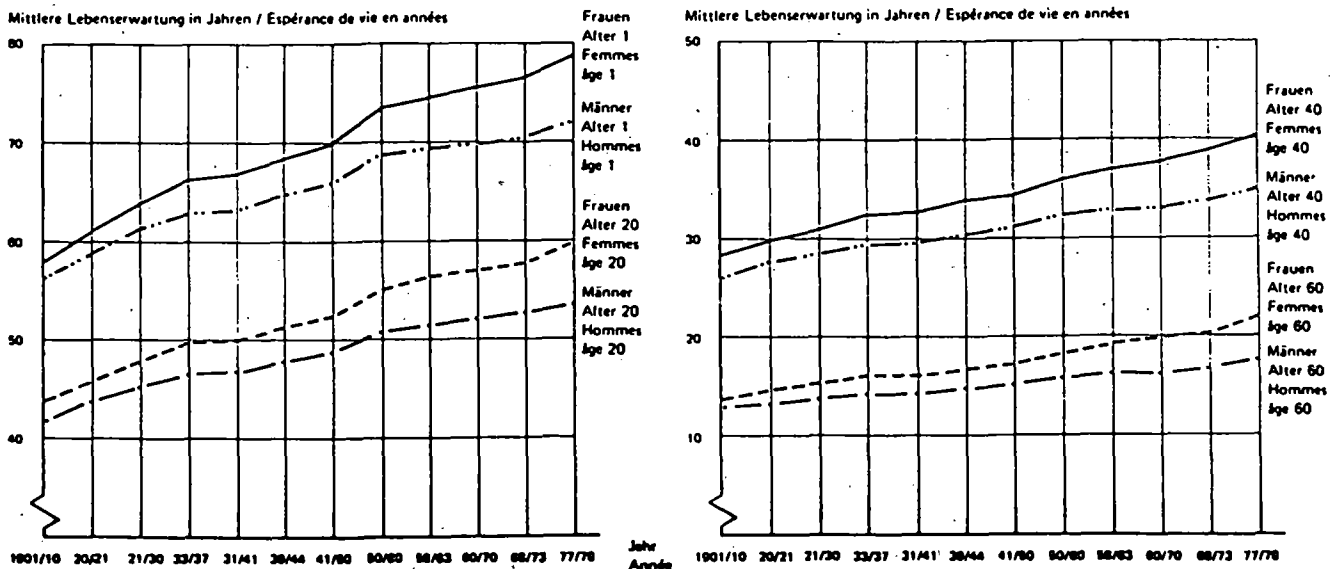
Frauen leben länger, sind aber zu Lebzeiten weniger gesund. Dies ist die Kurzformel eines paradox scheinenden Verhaltens, der zunehmend Interesse auf sich zieht.

### 2.1. Frauen leben länger (Mortalität)

Die Lebenserwartung<sup>1)</sup> der Frauen ist praktisch in allen industrialisierten Ländern höher als jene der Männer. Abbildung 1<sup>2)</sup> zeigt, dass sich in der Schweiz seit 1900 die Lebenserwartung für beide Geschlechter und für alle Ausgangsalter verbessert hat. Die Differenz der Lebenserwartung zwischen Frauen und Männern hat sich vergrössert.

Abbildung 1:

Lebenserwartung im Alter von 1, 20, 40, 60 Jahren, 1901/10–1977/78  
Espérance de vie à 1, 20, 40, 60 ans, de 1901/10 à 1977/78



1) Die Lebenserwartung ist ein Mass für die Länge des Lebens, die eine Person bestimmten Alters im Durchschnitt zu erwarten hat, wenn sie in ihrem zukünftigen Leben dem gleichen Sterberisiko ausgesetzt ist, das sich in der gegenwärtigen Periode für entsprechend ältere Leute ergibt.

2) Aus: Sozialindikatoren der Schweiz, Band 1, Gesundheit, 1981, Bundesamt für Statistik.

Dies zeigt vermutlich, dass neben verbesserter medizinischer Technik und Versorgung, die beiden Geschlechtern zugute kommen, weitere Faktoren für die Sterblichkeit eine Rolle spielen, welche für Männer und Frauen unterschiedlich sein müssen (beispielsweise unterschiedliche Lebensweisen, Verhalten, Lebensumstände).

Tabelle 1 zeigt die für Männer und Frauen unterschiedlichen Lebenserwartungen für mehrere Ausgangsalter.

Tabelle 1:

Mittlere Lebenserwartung in verschiedenen Ausgangsalter nach Geschlecht<sup>1)</sup>, 1978/1979

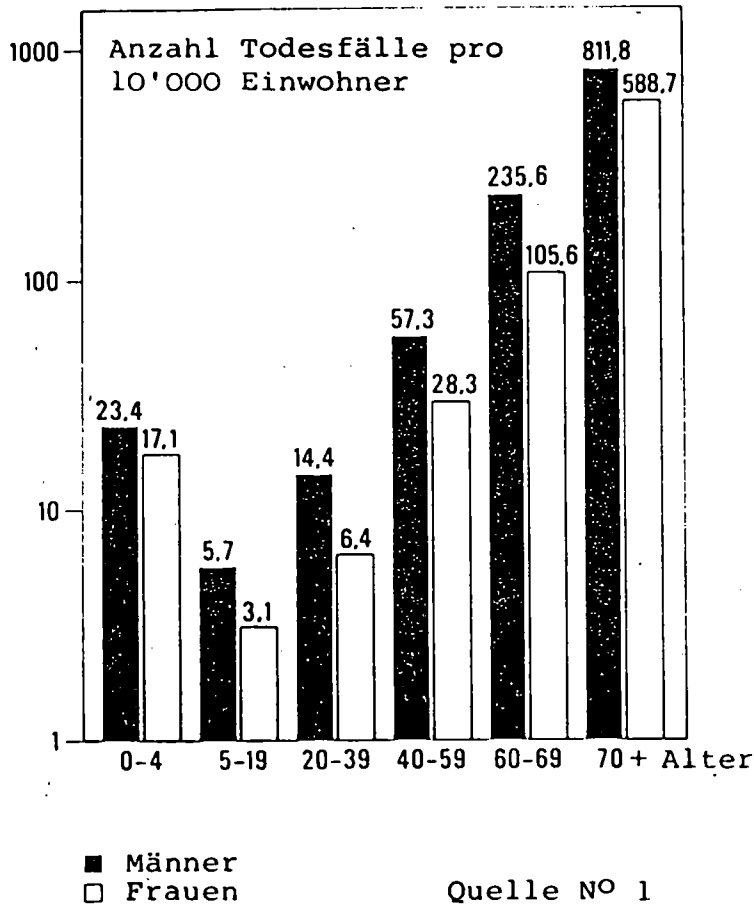
Lebenserwartung	Frauen	Männer
bei Geburt	78,8	72,1
mit 60 Jahren	22,2	17,8
mit 65 Jahren	18,0	14,3
mit 70 Jahren	14,1	11,2

Die mittlere Lebenserwartung bei Geburt beträgt für die Frauen 78,8 Jahre, für die Männer 72,1 Jahre. Frauen mit 65 Jahren leben durchschnittlich noch weitere 18 Jahre, Männer mit 65 Jahren hingegen durchschnittlich nur noch weitere 14,3 Jahre (sind die Risiken der frühen Kindheit wie auch der Jugend (v.a. Unfalltod) überlebt, kann mit einer höhern Lebenserwartung als beim Zeitpunkt der Geburt gerechnet werden).

1) Quelle: Bevölkerungsbewegung in der Schweiz, 1982.

Für sämtliche Altersgruppen ist die Sterblichkeit der Männer höher. Abbildung 2 zeigt dies für das Jahr 1981<sup>1)</sup> für die Schweiz.

Abbildung 2:  
Sterblichkeit nach Alter und Geschlecht (1981)



Die häufigsten Todesursachen insgesamt sind für Männer und Frauen Herzkreislauferkrankungen (1981: Männer 44,2%, Frauen 52,1%), bösartige Tumoren sowie Unfälle. Der Verlust an Lebensjahren zwischen 1 und 70 Jahren geht vorwiegend auf dieselben Ursachen zurück (bösartige Tumoren, Herzkreislauferkrankungen, Verkehrs- und sonstige Unfälle sowie Selbstmord).

Für die Uebermortalität der Männer sind Herzkrankheiten, Verkehrs- und sonstige Unfälle sowie Selbstmord hauptverantwortlich "als

---

1) Quelle: Schweizerisches Jahrbuch, Bundesamt für Statistik.

überwiegend Ursachen, die von Lebensweise und menschlichen Aktivitäten stark beeinflusst sind" (Sozialindikatoren für die Schweiz, Band 1, Gesundheit, 1981, S. 47/48). Für den vorzeitigen Verlust an Lebensjahren bei den Frauen sind vor allem bösartige Tumore verantwortlich.

### Internationaler Vergleich<sup>1)</sup>

Nach WHO-Statistiken<sup>2)</sup> gilt für alle industrialisierten Länder

- dass die Lebenserwartung seit 1900 gestiegen ist,
- dass Männer eine höhere Sterblichkeit aufweisen als Frauen,
- dass Unfälle und Herz-Kreislaufkrankheiten für die Uebermortalität der Männer hauptverantwortlich sind,
- dass sich verschiedene Trends in der Sterblichkeit an Herz-Kreislaufkrankheiten abzeichnen: in gewissen Ländern nimmt sie ab (z.B. USA, Australien, Japan), in andern Ländern nimmt sie zu (z.B. Bulgarien, Polen, Dänemark). In der Schweiz verhält es sich so, dass die Sterblichkeit der Männer an Herz-Kreislaufkrankheiten praktisch gleich geblieben ist, während sie bei den Frauen zwischen 1968 und 1977 abgenommen hat.

Untersucht man, in welchen Altersklassen die Männer die grösste Uebersterblichkeit gegenüber den Frauen aufweisen, so gilt für die Schweiz wie auch für einige andere Länder die in Abbildung 3 dargestellte zweigipflige Kurve: Zwischen 15 und 24 Jahren sterben etwa 3mal mehr Männer als Frauen und beim zweiten Gipfel, zwischen 65 und 74 Jahren, rund 2mal mehr Männer. Es scheint, dass sowohl der Eintritt ins Erwachsenen- und speziell ins Erwerbsleben wie

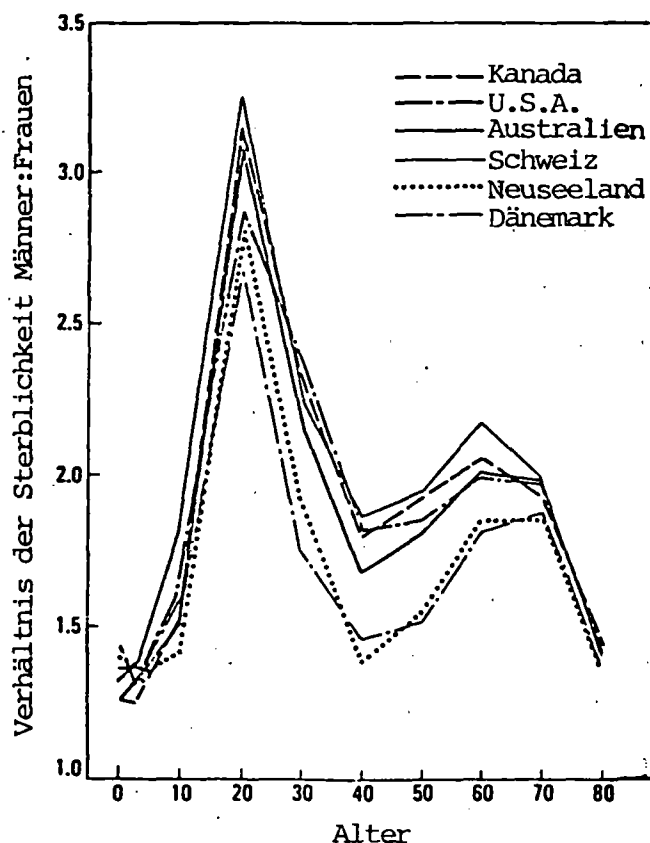
---

1) Die nachstehenden Ausführungen zur Sterblichkeit sind folgendem Buch entnommen: Lopez, A.D. and Ruzicka, L.T. (eds.), Sex Differentials in Mortality: Trends, Determinants and Consequences. Canberra: Department of Demography, The Australian National University, 1983.

2) WHO = Weltgesundheitsorganisation

auch der Austritt aus dem Erwerbsleben für Männer eine gefährliche Periode darstellt.

Abbildung 3



Quelle: Lopez (1983)

Insgesamt geht laut Lopez ungefähr die Hälfte der unterschiedlichen Sterblichkeit zu Lasten der Herzkreislaufkrankheiten, ein Fünftel zu Lasten des Lungenkrebses. Für den Unterschied zwischen 15 und 24 Jahren sind vor allem Unfälle verantwortlich. Demgegenüber vermindert die Sterblichkeit an Brustkrebs den Geschlechtsunterschied insgesamt um 6,6%.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass die unterschiedliche Lebenserwartung durch die Uebersterblichkeit der Männer, vor allem an Unfällen und Herzkreislaufkrankheiten zustande kommt. Diese Todesursachen hängen mit Lebensweisen zusammen.

## 2.2. Frauen sind zu Lebzeiten weniger gesund (Morbidity)

Die Lebenszeit ist zu messen, - in Jahren. Gesundheit hingegen ist keine eindimensionale Grösse, die man direkt messen kann. Gesundheit ist ein Konzept, gebunden an subjektive und gesellschaftliche Faktoren und beinhaltet mehrere Dimensionen (nach dem Konzept der WHO eine körperliche, eine seelische sowie eine soziale Dimension). Jemand, der sagt, es gehe ihm gut (oder schlecht, oder er sei krank), drückt eine subjektive Befindlichkeit aus, die aufgrund seines eigenen Gesundheitskonzeptes zustande kommt. Darin schlagen sich subjektive Wahrnehmungen und Bewertungen und damit eine gesellschaftliche Prägung nieder. Auch Medizinalpersonen erfassen durch Befragung und Untersuchung nur Zeichen der Gesundheit oder der Gesundheitsstörungen.

Gesundheit lässt sich also nur annäherungsweise durch solche indirekten Messgrössen, sogenannte Indikatoren, beschreiben. Auch die Sterblichkeitsraten sind im Grunde Messgrössen der Gesundheit (je länger jemand lebt, desto besser ist seine Gesundheit und umgekehrt).

Gesundheitsindikatoren im engern Sinn, d.h. solche, die etwas über die Gesundheit zu Lebzeiten aussagen, stammen aus folgenden Datenquellen:

- Krankheitsstatistiken von Spitälern
- Krankheitsstatistiken anhand von Konsultationen in ambulanten Arztpraxen
- Medizinischen Erhebungen
- Gesundheitsbefragungen

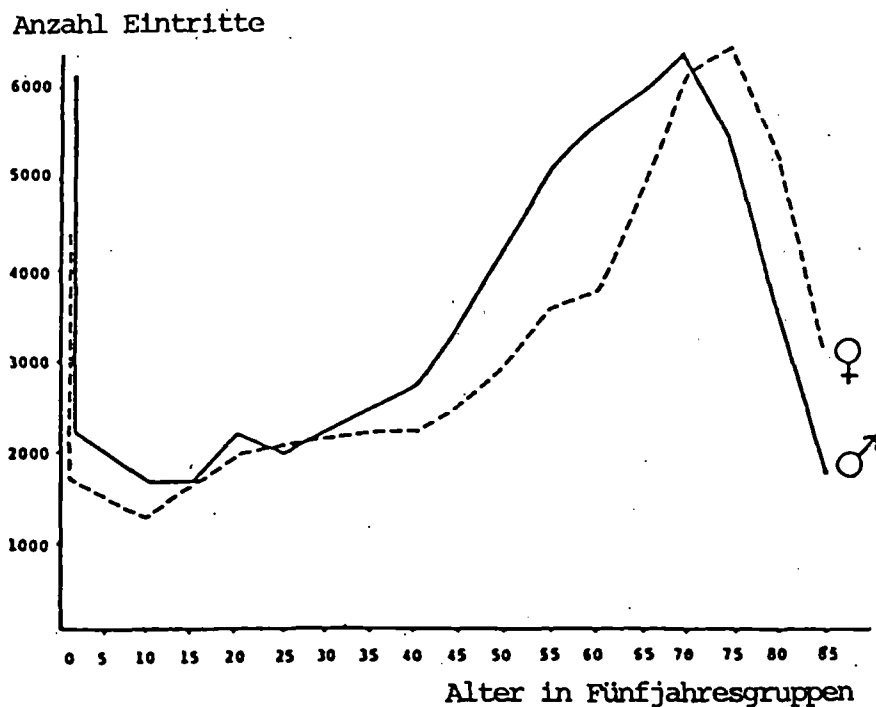
Aufgrund dieser Informationsquellen zeigt sich nun bezüglich der Geschlechter ein anderes Bild als bei der Mortalität.

### Spitalbereich

Es gibt leider keine gesamtschweizerische Quelle, die eine Untergliederung aller Spitalpatienten nach Alter und Geschlecht erlaubt. Es existieren nur Teilstatistiken z.B. für Akutspitäler oder für medizinische Abteilungen. Die Angaben können daher nicht ohne weiteres verallgemeinert werden. Die vollständigste ist die VESKA-Diagnosen- und Operationsstatistik<sup>1)</sup>, aus der die nachstehenden Informationen stammen. Auf den medizinischen Abteilungen werden in allen Altersklassen mehr Männer als Frauen hospitalisiert ausser bei den Betagten, wo die Frauen von ca. 75 Jahren an überwiegen (s. Abbildung 4).

Abbildung 4:

Eintritte in medizinische Abteilungen (VESKA, 1981) nach Alter und Geschlecht



1) VESKA: Vereinigung Schweizer Krankenhäuser.

Untergliedert man die Spitalpatienten der Akutspitäler des Kantons Aargau (1976) nach Alter und Geschlecht, zeigt sich folgendes<sup>1)</sup>: Im Alter von 0-14 Jahren müssen Knaben häufiger das Spital aufsuchen. Frauen weisen zwischen 20 und 39 Jahren eine deutlich erhöhte Hospitalisierungshäufigkeit auf (was hauptsächlich auf die Geburten zurückzuführen ist). Bei den Männern sind Spitalaufenthalte zwischen 15 und 24 Jahren häufiger als in den nachfolgenden Altersgruppen (25-49), was durch die besonders hohe Unfallhäufigkeit, u.a. für Verkehrsunfälle, verursacht wird. Männer über 55 werden im Vergleich zu den Frauen häufiger in Akutspitäler hospitalisiert.

Aus der Diagnosenstatistik der VESKA können die häufigsten Gründe für Spitaleinweisungen nach Alter und Geschlecht aufgeschlüsselt werden<sup>2)</sup>. Dabei zeigen sich qualitative Unterschiede der Gesundheitsstörungen von Männern und Frauen.

Bei den Männern stehen in den jüngeren Altersklassen (zwischen 15 und 24 Jahren) Unfälle, u.a. Verkehrsunfälle sowie Drogen- und Alkoholprobleme im Vordergrund. Alkoholismus ist zwischen 25 und 44 Jahren der häufigste Grund für Spitaleinweisungen in medizinische Abteilungen. Im mittleren und höheren Erwachsenenalter sind Herzinfarkt und Lungen- sowie Luftröhrenkrebs die häufigsten Ursachen für Spitalaufenthalte. Herzinfarkt ist zwischen 45 und 80 Jahren der häufigste Hospitalisationsgrund für Männer.

Bei den Frauen spielen in jüngeren Jahren ebenfalls Suchtprobleme eine wichtige Rolle, allerdings mehr Drogen- und Medikamentenmissbrauch als Alkohol. Unfälle sind weniger häufig als bei den Männern. Zwischen 20 und 34 werden sie am häufigsten wegen normaler Geburt hospitalisiert. Psychische Störungen (Neurosen, funktionelle Störungen) zählen ebenfalls zu den häufigsten Ein-

---

1) Aus: Sozialindikatoren, Band 1, Gesundheit, 1981, S. 64.

2) Folgende Daten beziehen sich auf das Jahr 1981.

weisungsgründen. Ab 45 treten Tumoren (v.a. Brustkrebs) in den Vordergrund und im höhern Alter nehmen Herzkrankheiten, Krankheiten des Bewegungsapparates sowie Zuckerkrankheit an Bedeutung zu.

Bei den Männern zeigt sich somit, wie schon bei der Sterblichkeit, dass mit Unfällen, Suchtproblemen und Herzinfarkt Gesundheitsstörungen im Vordergrund stehen, die mit dem Lebensstil zusammenhängen. Bei den Frauen sind in jüngern Jahren ebenfalls Suchtprobleme wichtig, werden dann aber durch geburtshilflich-gynäkologische Probleme abgelöst. Möglicherweise zieht die Mutterschaft eine spezielle "Gesundheitskarriere" nach sich: Einerseits bringt sie eigene gesundheitliche Probleme, andererseits verträgt sie sich schlecht mit gesundheitsschädigenden Verhalten, speziell mit jenen, die bei den Männern im Zusammenhang mit den für ihre Uebersterblichkeit verantwortlichen Todesursachen stehen: Risikoverhalten, Risikoexposition, Rauchen, Alkoholismus.

#### Ambulanter Sektor:

Der Medizinische Diagnosenindex<sup>1)</sup> sammelt in 1'500 ausgewählten Praxen der Schweiz anhand der ambulanten Konsultationen Informationen über Verteilung und Häufigkeit von Krankheitsfällen.

Im Jahr 1979 fallen von den registrierten Konsultationen 43% auf Männer, 57% auf Frauen. Bis zu elf Jahren überwiegen die Knaben, ab 12 überwiegen die weiblichen Patienten.

In der Periode April 1981 - März 1982 findet sich folgendes: insgesamt vereinigen Frauen mehr Diagnosen auf sich (57,9%) als Männer (42,1%). Bei sämtlichen diagnostischen Gruppen bis auf drei Ausnahmen werden mehr Diagnosen bei den Frauen gestellt als bei den Männern. Die drei Ausnahmen sind Krankheiten der Atemwege, angeborene Anomalien sowie Unfälle.

---

1) Erstellt durch das Institut für Medizinische Statistik (IMS), Zug.

Bei Frauen sind Diagnosen häufiger, die an sich oft gestellt werden (Kreislaufkrankheiten, Krankheiten des Bewegungsapparates, Stoffwechsel- und hormonelle Störungen, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane). Ungefähr doppelt so oft als bei den Männern werden bei den Frauen psychiatrische Diagnosen, schlecht definierte Störungen, die an sich selteneren Blutkrankheiten diagnostiziert sowie andere Untersuchungen (ohne spezifische Diagnose) durchgeführt. Krankheiten der Genitalorgane und der Harnwege werden bei den Frauen dreimal häufiger diagnostiziert, wobei dies vor allem Krankheiten der Genitalorgane, speziell der Gebärmutter sind. Präventive Untersuchungen werden häufiger bei den Frauen gemacht.

#### Gesundheitsbefragungen (Health Surveys)

Im Gegensatz zu den Statistiken im Spitalsektor oder bei den praktizierenden Aerzten, wo "Benützer-Daten" erhoben werden und somit meist kranke Personen erfasst werden, zielt eine Gesundheitsbefragung auf die Erhebung von kranken wie gesunden Personen ab.

In der Schweiz ist SOMIPOPS der erste gesamtschweizerische Health Survey. In andern Ländern werden sie regelmässig durchgeführt, so in England seit 1943, in Japan seit 1953, in den USA seit 1957. Aus diesen Gesundheitsbefragungen geht nun hervor, dass Frauen - trotz ihrer höhern Lebenserwartung - eine höhere Morbidität angeben. Sie weisen in den USA<sup>1)</sup> mehr Krankheitsepisoden auf, schränken ihre Aktivitäten häufiger aus gesundheitlichen Gründen ein, gehen öfter zum Arzt<sup>2)</sup> und weisen für viele chronische Krankheiten höhere Raten auf, so für Rheumatismus, Zuckerkrankheit, gutartige und bösartige Tumoren, Anämien, Gallenblasenleiden, Verdauungsprobleme und Allergien. Männer weisen allerdings bei andern chronischen Krankheiten höhere Raten auf als Frauen, so bei Herzkrank-

---

1) L.M. Verbrugge: Sex Differentials in Health, Prevention (1982), Vol. 97, No. 5, 417-437.

2) auch wenn Arztbesuche wegen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nicht mitgezählt werden.

heiten (ischämischen Herzkrankheiten), Tuberkulose, Gicht, Lungenkrankheiten (Lungenentzündungen, Emphysem, Asthma, chronischem Husten), Schlaganfällen, Magengeschwüren, Problemen mit den Zwischenwirbelscheiben sowie Seh- und Hörstörungen. Frauen geben insgesamt häufiger als Männer chronische Behinderungen an. Männer sagen jedoch häufiger, sie seien durch die chronischen Behinderungen in ihrer Hauptaktivität eingeschränkt.

Untersuchungen von Bevölkerungsstichproben auf psychische Störungen<sup>1)</sup> erfassen das Vorkommen der Störungen genauer als Vergleiche der behandelten Patienten, da es ausser der Tatsache der Erkrankung von vielen weiteren Faktoren abhängt, ob jemand eine psychiatrische Behandlung aufnimmt. (z.B. vom Alter, Zivilstand und Erreichbarkeit einer Behandlung). Bei Frauen finden sich häufiger Depressionen (schwere wie auch leichte Formen), Angsterscheinungen, psychosomatische Symptome und Tabletten sucht. Die sozial besonders auffallenden Erscheinungen wie Alkoholismus und Persönlichkeitsstörungen überwiegen hingegen bei den Männern. Schizophrenien kommen bei beiden Geschlechtern gleich häufig vor.

Die häufigen chronischen Krankheiten der Männer sind konsistent mit den häufigen Todesursachen und lassen sich wieder in Zusammenhang mit einer Reihe von Lebensweisen bringen<sup>2)</sup>:

- Lungenkrankheiten mit Rauchen und mit gewissen Berufen, welche ein erhöhtes Risiko für Lungenkrankheiten aufweisen und die häufiger von Männern ausgeübt werden (z.B. Asbestose).
- Herzkrankheiten, insbesondere Herzinfarkt, ebenfalls mit Rauchen, aber z.B. auch mit dem sogenannten Typ-A-Verhalten, einem Verhaltensmuster, das als Risikofaktor für die Erkrankung an Herz-

---

1) Die Angaben über psychische Störungen stammen aus einem unveröffentlichten Manuskript von C. Ernst, 1983.

2) I. Waldron: An Analysis of Causes of Sex Differences in Mortality and Morbidity, in: The fundamental connection between nature and nurture, eds. W.R. Gove and G.P. Carpenter, Lexington, 1982.

infarkt gilt<sup>1)</sup> (es ist gekennzeichnet durch Neigung zu kompetitivem Verhalten, Bedürfnis nach Anerkennung und Vorwärtkommen, intensivem Bemühen, selbstgewählte Ziele zu erreichen, Engagement in Funktionen mit Druck durch Zeitlimiten, Gewohnheit, die Ausführung von Tätigkeiten zu beschleunigen, ausserordentlicher geistiger und körperlicher Aufmerksamkeit). Dieses Verhalten ist unter Männern häufiger. Waldron beschreibt es als kulturelles Merkmal, welches von Männern eher entwickelt wird, da es in traditionell männlichen Rollen mehr zum Erfolg beiträgt als in traditionell weiblichen Rollen.

- Unfälle und Risikoverhalten einerseits (gefährlicher Fahrstil im Verkehr, unfallträchtige Sportarten bei Männern) und andererseits höhere Gefahrenexposition in vielen Männerberufen.

Bei den Frauen hingegen trifft man auf einen Widerspruch: sie leben länger als Männer, müssten also gesünder sein. Sie geben aber mehr Krankheitsepisoden an, müssen öfter aus gesundheitlichen Gründen ihre Aktivität einschränken und gehen öfter zum Arzt.

#### Mögliche Erklärungen für Geschlechtsunterschiede in der Morbidität<sup>2)</sup>:

##### - Biologische Faktoren:

Die höhere frühkindliche Sterblichkeit von Knaben wie auch die höhere Anfälligkeit von Knaben auf Infektionen und Strahlenschäden wird auf biologische (genetische) Faktoren zurückgeführt. Die spezifischen Erkrankungen der Fortpflanzungsorgane der Frauen sind weit häufiger als Krankheiten im Zusammenhang mit den männlichen Fortpflanzungsorganen. Es wird aber auch postuliert, dass die weiblichen Sexualhormone (Oestrogene) bezüglich degenerativer Krankheiten einen gewissen Schutz bieten. Frauen hätten somit diesbezüglich bis zur Menopause einen biologischen Vorteil.

---

1) Ursprünglich in den USA identifiziert, seine Bedeutung ist aber auch für Europa nachgewiesen. S. in European Heart Journal 5, 440-446, 1984: Assessment of type A behaviour by the Bortner scale and ischaemic heart disease, The Belgian-French Pooling Project.

2) Diese Ausführungen stützen sich auf die Arbeit von L.M. Verbrugge: Sex Differentials in Health, Prevention, Vol. 97, No. 5, 1982 (417-437).

- Erworbene Krankheits- und Unfallrisiken:

Wie schon oben ausgeführt, bringen die sozial bedingten unterschiedlichen Lebensweisen von Männern und Frauen ein höheres Unfallrisiko für Männer wie auch einen höhern Befall von Krankheiten, die mit Rauchen, Alkoholskonsum und dem Typ-A-Verhalten zusammenhängen.

- Gesundheitssozialisation:

Frauen weisen eine ausgeprägtere Gesundheitssozialisation auf: sie werden weniger dazu erzogen, Schmerzempfindungen zu unterdrücken, sind im Erwachsenenalter öfter als Männer für die Gesundheit anderer Familienmitglieder verantwortlich und sind durch Schwangerschaft und Geburt vertrauter mit den Gesundheitsdiensten. Vermutlich beeinflusst dies ihr Krankheitsverhalten insgesamt.

- Gesundheits- und Krankheitsverhalten:

Frauen nehmen möglicherweise körperliche oder seelische Missempfindungen eher als Krankheitssymptome wahr als Männer, und sind auch eher bereit, deswegen etwas zu unternehmen: ihre Aktivitäten einzuschränken oder zu einem Arzt zu gehen (Es gibt aber auch die gegenteilige These: dass Frauen, die mit Hausarbeit, Kinderpflege, privater Krankenpflege sehr ausgelastet sind, nicht genügend für sich selbst sorgen können).

Es ist für Frauen sozial leichter, sich mit der Gesundheit abzugeben und insbesondere selbst krank zu sein. Krank zu sein verträgt sich mit den sozialen Rollen der Männer weniger als mit jenen der Frauen. Für viele Frauen ist es leichter, gewisse Aktivitäten einzuschränken oder zum Arzt zu gehen: Hausfrauen und teilweise erwerbstätige Frauen können flexibler über die Zeit verfügen als vollerwerbstätige Männer (und Frauen).

Frauen weisen eine ausgeprägtere präventive Orientierung auf. Möglicherweise hängt dies mit der stärkeren Gesundheitssozialisation, insbesondere mit den Erfahrungen mit präventiven Untersuchungen gynäkologischer und geburtshilflicher Art zusammen.

- Stress und Bewältigung von Stress:

Es bestehen verschiedene Thesen darüber, welches Geschlecht durch mehr Stress belastet sei. Männer werden durch den im Berufsleben verursachten Stress stärker betroffen, während Frauen anderen Arten von Stress ausgesetzt sind: Stress durch mangelnde Befriedigung durch Hausarbeit oder durch Erwerbsarbeit in niedrigen beruflichen Stellungen, Stress durch die widersprüchlichen Anforderungen ihrer verschiedenen Rollen, Stress durch Mehrfachbelastungen. Diese Stressformen sollen sich vorwiegend im psychischen Bereich auswirken. Zudem werden unterschiedliche Reaktionen in der Bewältigung von Stress postuliert: Männer bewältigen Stress entweder, indem sie ihn schweigend ertragen oder indem sie nach aussen reagieren: mehr rauchen, mehr trinken, aggressiver werden. Frauen reagieren eher so, dass sie mit Freunden sprechen, zu Medikamenten greifen, zum Arzt gehen, eher diskret-depressiv reagieren.

- Wiedergabegenauigkeit von Gesundheitsstörungen:

Es wurde postuliert, dass Frauen (vor allem) in Gesundheitsbefragungen bereitwilliger Auskunft geben und dass sie gesundheitliche Störungen weniger vergessen als Männer. Dies liess sich allerdings bisher nicht nachweisen, wird aber als mögliche Erklärung für bei Befragungen gefundene Geschlechtsunterschiede angesehen.

Die höhere Morbidität der Frauen, wie sie in Gesundheitsbefragungen zum Ausdruck kommt, ist stark von sozialen und psychologischen Faktoren geprägt. Frauen fühlen sich weniger gut als Männer, auch wenn sie länger leben. Es drückt möglicherweise ein soziales Unwohlsein aus. Dies ist (mindestens) insofern ernst zu nehmen, als subjektiv schlechtere Gesundheit mit Unterbrüchen der sozialen Funktionen und mit höhern Gesundheitskosten verbunden ist.

### 3. Methodik

Die Auswertung erfolgt mit Hilfe von drei verschiedenen Analysemethoden. In Abschnitt 5.1. und 5.2. wird eine deskriptiv-statistische Analyse der Gesundheitsprofile von Frauen und Männern und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach Geschlecht durchgeführt. In Abschnitt 5.3. werden mit Hilfe von multiplen Regressionsanalysen einige Einflussfaktoren von Gesundheitsstörungen untersucht. Ein MIMIC-Modell (MIMIC = Multiple Indicators MultIple Causes) wird verwendet, um in Abschnitt 5.3. einen Gesamtgesundheitsindex zu schätzen und in Abschnitt 5.4. Einflussfaktoren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu untersuchen.

#### 3.1. Deskriptiv-statistische Auswertungen nach Geschlecht

Die Gesundheitsdaten werden nach Geschlecht ausgewertet und mittels statistischer Methoden wird überprüft, ob allfällige Unterschiede signifikant (d.h. nicht zufällig) sind.

#### 3.2. Multiple Regressionsanalysen

Bei der multiplen Regression oder multiplen Koorelation wird für eine Zielgrösse (z.B. Gesundheit) statistisch ermittelt, ob Erklärungsgrössen (z.B. Geschlecht, Bildung, Lebensgewohnheiten) einen Erklärungswert für die Zielgrösse aufweisen und wie gross das durchschnittliche Erklärungsgewicht einzelner Erklärungsgrössen ist. Dabei wird der einzelne (partielle) Effekt einer Einflussgrösse ermittelt, indem die Wirkung anderer Einflussgrössen (z.B. für Alter, Bildung etc.) statistisch kontrolliert (konstant gehalten) wird. Dabei werden folgende Einflussfaktoren in die Analyse einbezogen:

##### 1) Soziodemographische Merkmale:

- Geschlecht
- Alter
- Bildung (Anzahl Schuljahre)
- Nationalität (Schweizer versus niedergelassene Ausländer)

- Sprachregion (französisch-, italienisch-, deutschsprachige Schweiz)

2) Lebensgewohnheiten:

- Rauchgewohnheiten
- sportliche Aktivitäten
- Körpergewicht
- Alkoholkonsum

3) Belastungen:

- Störungen am Wohnort
- Störungen am Arbeitsplatz
- Belastende Lebensereignisse (Tod einer nahestehenden Person oder Trennung vom Partner während der letzten 12 Monate)
- Mehrfachbelastungen
- Arbeitsausmass

4) Erwerbstätigkeit:

- Volle Erwerbstätigkeit
- Teilerwerbstätigkeit

5) Soziale Integration:

- Vorhandensein von einer oder mehreren nahestehenden Person(en)
- Allein lebend
- Persönliche Kontakte (Besuche von und/oder bei Freunden)
- Soziale Kontakte (Teilnahme bei Vereinen, Parteien, Berufsverbänden, Hobby-Clubs etc.)

6) Körperliche Gesundheit: (als möglicher Einflussfaktor für die psychische Gesundheit)

- körperliche Befindlichkeitsstörungen
- Gesundheitsstörungen stärkeren Schweregrades

7) Psychische Gesundheit: (als möglicher Einflussfaktor für die körperliche Gesundheit)

- Vorliegen von psychischen Gesundheitsstörungen

3.3. MIMIC-Modell

Voraussetzung des MIMIC-Modells ist die Annahme, dass Gesundheit wegen ihrer Mehrdimensionalität nicht direkt messbar ist, sich aber mittels Gesundheitsindikatoren äussert und von einer Reihe sozioökonomischer Faktoren beeinflusst wird. Mit Hilfe eines mathematischen Verfahrens wird für jede Stichprobenperson ein Gesundheitsmass, der sogenannte MIMIC-Index, berechnet. In diesem Verfahren werden einerseits die Beziehungen zwischen sozioökonomischen Faktoren (= "causes") und der Gesundheit, andererseits die Beziehungen zwischen den Gesundheitsindikatoren (= "indicators") und der Gesundheit spezifiziert und geschätzt (MIMIC-Modell = multiple causes multiple indicators-Modell). Das MIMIC-Modell wird hier für zwei Zwecke eingesetzt: 1. um einen umfassenden Gesundheitsindex für alle Befragten zu schätzen und 2. um die Einflussfaktoren der Gesundheit und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu untersuchen.

#### 4. Datenerhebung

Die vorliegenden Auswertungen basieren auf Daten der ersten repräsentativen Gesundheitsbefragung in der Schweiz (SOMIPOPS) sowie auf dem Projekt "Verteilung"<sup>1)</sup>. Die Stichprobe der Gesundheitsbefragung umfasst erwachsene Schweizer Bürger (20 Jahre und älter) sowie niedergelassene Ausländer (d.h. Ausländer, die sich seit mindestens 5 Jahren in der Schweiz aufhalten). Die Schweizer Bürger wurden gemäss dem "Berner Stichprobenplan"<sup>2)</sup> gemeindeweise aus den Stimmregistern gezogen (geklumpte geschichtete Zufallsstichprobe), während die niedergelassenen Ausländer nach dem Zufallsprinzip aus dem Zentralen Ausländerregister gezogen wurden (reine Zufallsstichprobe).

Die Befragung erfolgte mittels schriftlichem Fragebogen und mündlichem Interview und wurde Ende 1981/Anfang 1982 bei den Schweizer Bürgern und ein Jahr später bei den niedergelassenen Ausländern durchgeführt.

Vollständige auswertbare Daten (Fragebogen- sowie Interviewteil) liegen von 3'419 Schweizer Bürgern (Ausschöpfung von 70,4%) und von 836 niedergelassenen Ausländern (Ausschöpfung von 85,4%) vor, was einer Gesamtausschöpfung von 72,9% entspricht.

Die Befragung umfasst detaillierte Angaben zum subjektiv empfundenen Gesundheitszustand, zur Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen sowie möglichen Bestimmungsfaktoren. Sämtliche Daten basieren also auf den Angaben der Befragten. Es wurden keine medizinisch "objektivierte" Daten erhoben.

---

1) Projekt "Verteilung"

Projektleitung: R.-L. Frey, R.E. Leu  
Projekt Nr. 1.455.O.81

2) Fritschl, Meyer, Schweizer: Ein neuer Stichprobenplan für ein gesamtschweizerisches Sample, in: Schweiz. Zeitschrift für Soziologie, No. 3, 2. Jahrgang, 1976.

## 5. Resultate

Im Teil 5.1. werden die Gesundheitsprofile von Männern und Frauen sowie allfällige Geschlechtsunterschiede dargestellt. Die Gesundheitsprofile (Teil 5.1.) umfassen Indikatoren für folgende Gesundheitsdimensionen: physische, psychische und soziale Gesundheit, selbsteingestufte Gesundheitszustand<sup>1)</sup> sowie Gesamtgesundheit.

Abschnitt 5.2. beinhaltet die Ergebnisse der medizinischen Inanspruchnahme. Es werden Unterschiede in der ambulanten, stationären und präventiven Inanspruchnahme sowie im Medikamentenkonsum beschrieben.

Die Darstellung der mittels Regressionsanalysen (s. Seite 16) ermittelten Einflussfaktoren für den Gesundheitszustand findet sich unter Abschnitt 5.3., die mit dem MIMIC-Modell (s. Seite 18) ermittelten Einflussfaktoren der Inanspruchnahme unter 5.4.

Es werden nur solche Unterschiede dargestellt, die sich als statistisch signifikant erwiesen haben. Wenn dies nicht der Fall ist, wird es im Text ausdrücklich erwähnt.

---

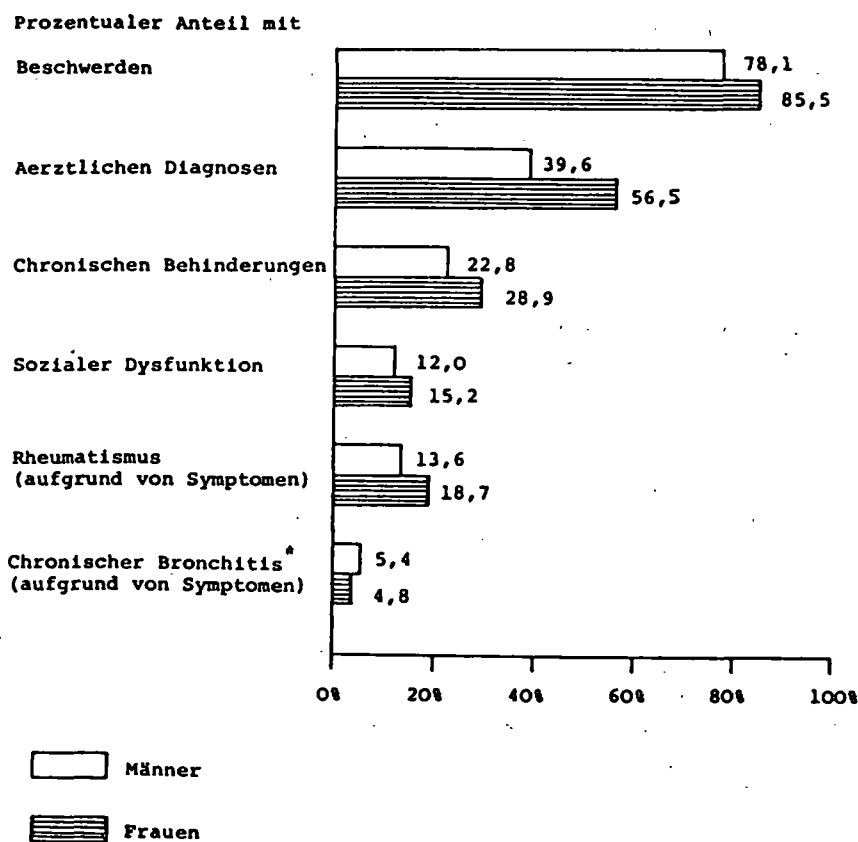
1) Der Begriff "selbsteingestufte Gesundheit" bezieht sich ausschliesslich auf die Frage, ob die eigene Gesundheit als ausgezeichnet, gut, nicht besonders gut oder schlecht bezeichnet wird.

## 5.1. Gesundheit von Männern und Frauen nach ihren eigenen Aussagen

### 5.1.1. Körperliche Gesundheit

In Abbildung 5 findet sich eine Uebersicht über die körperlichen Gesundheitsstörungen. Insgesamt geben bei sämtlichen Indikatoren mehr Frauen als Männer Gesundheitsstörungen an bis auf eine Ausnahme.

Abbildung 5:  
Körperliche Gesundheit nach Geschlecht



\* statistisch nicht signifikanter Unterschied  
SOMIPOPS, nicht altersstandardisierte Daten

#### Mehr Frauen

- klagen über Beschwerden während der letzten 4 Wochen,
- wurden während des letzten Jahres von Ärzten eine oder mehrere Diagnose(n) mitgeteilt (= ärztliche Diagnosen),

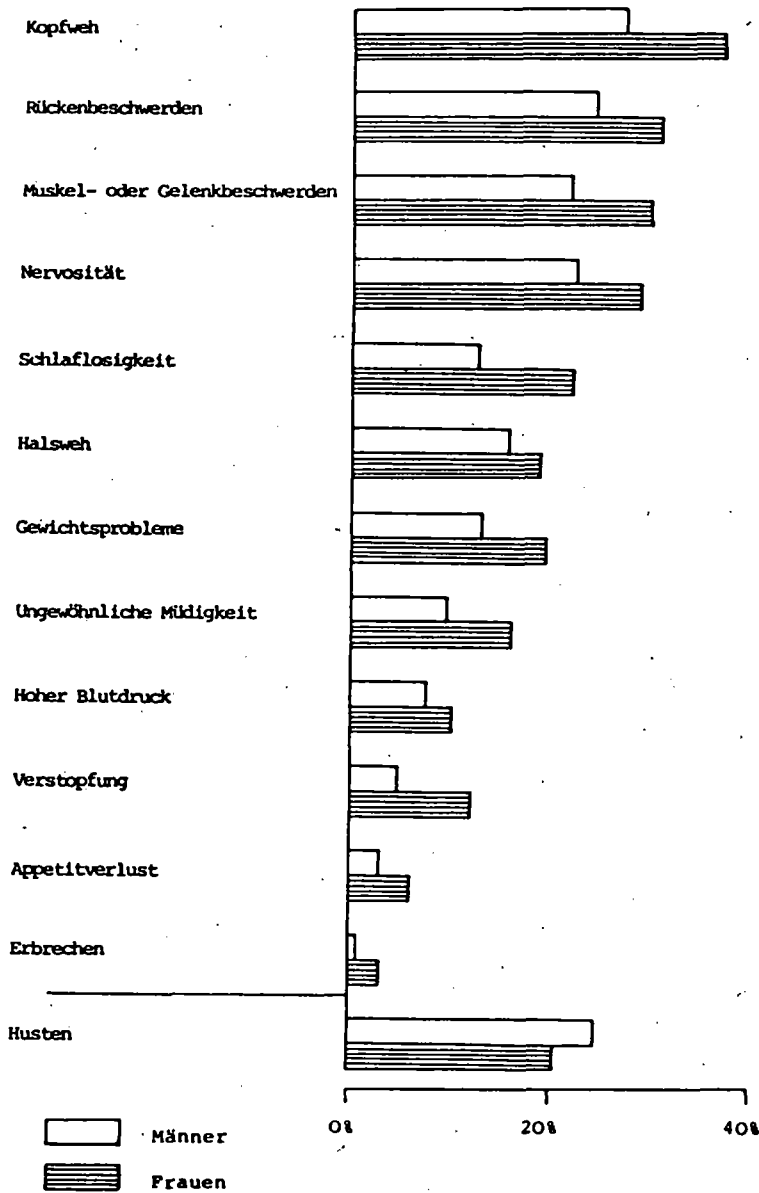
- weisen chronische Behinderungen auf,
- haben ihre üblichen Aktivitäten in den letzten 4 Wochen aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt (= soziale Dysfunktion),
- weisen aufgrund einer Symptombefragung Rheumatismus auf.

Einzig die Symptome der chronischen Bronchitis finden sich häufiger bei Männern als bei Frauen.

Die grösste Differenz findet sich bei den ärztlichen Diagnosen: 56,5% der Frauen wurden in den letzten 12 Monaten von einem Arzt mindestens eine Diagnose mitgeteilt, hingegen nur 39,6% der Männer. Dies hängt vermutlich auch damit zusammen, dass Frauen mehr Arztbesuche pro Jahr aufweisen und daher bei ihnen mehr Diagnosen gestellt werden. Frauen weisen aber auch da eine höhere subjektiv wahrgenommene Morbidität auf, wo dies nicht an Arztbesuche gebunden ist. Sie geben zudem auch ein grösseres Ausmass an körperlichen Gesundheitsstörungen an: Frauen klagen häufiger über Mehrfachbeschwerden und empfinden die Beschwerden wie auch die chronischen Behinderungen als störender und schwerwiegender als die Männer.

Beschwerden in den letzten 4 Wochen: Bei einer vorgegebenen Beschwerdeliste werden 12 Beschwerden häufiger von Frauen genannt, bei sieben findet sich kein signifikanter Geschlechtsunterschied und lediglich eine Beschwerde, nämlich Husten, wird von den Männern häufiger angegeben. Abbildung 6 zeigt jene Beschwerden, bei welchen Unterschiede in der Häufigkeit zwischen Männern und Frauen auftreten. Kopfweg ist mit 37,5% bei den Frauen und 27,7% bei den Männern die häufigste Beschwerde, gefolgt von Rücken- sowie Muskel- und Gelenkbeschwerden. Die grössten Geschlechtsunterschiede finden sich bei Kopfweg, Schlaflosigkeit, Muskel- oder Gelenkbeschwerden, Verstopfung, Gewichtsprobleme, ungewöhnliche Müdigkeit, Rückenbeschwerden und Nervosität. - Beschwerden also, die in ihrer Bedeutung vielfältig sind, z.B. als psychosomatische Beschwerden verstanden werden können.

Abbildung 6:  
Beschwerden nach Geschlecht (Wohnbevölkerung)



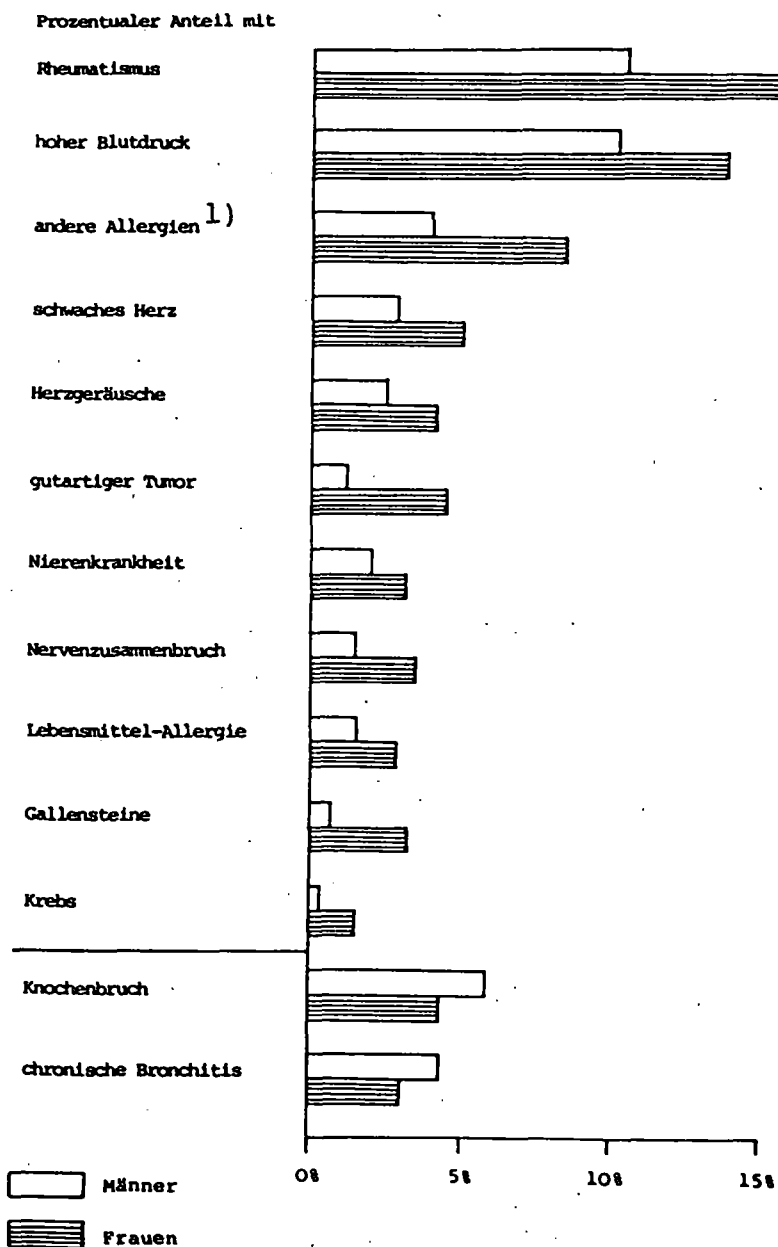
SOMIPOPS, nicht altersstandardisierte Daten

Mehr Frauen klagten über Gewichtsprobleme, obwohl mehr Männer übergewichtig sind. Frauen bewerten Uebergewicht offensichtlich eher als Störung als Männer. Dies spiegelt vermutlich die unterschiedliche gesellschaftliche Bedeutung des Aeussern für Männer und Frauen. Keine Geschlechtsunterschiede bestehen bei Erkältung, Fieber, Zahnbeschwerden, Hautbeschwerden, Magenbeschwerden, Durchfall sowie Beschwerden beim Wasserlösen.

"Frauenbeschwerden" in den letzten 4 Wochen werden von 4% der Frauen genannt.

Aerztliche Diagnosen in den letzten 12 Monaten: Die Befragten mussten aus einer vorgelegten Liste jene Diagnosen nennen, die ihnen in den letzten 12 Monaten von einem Arzt mitgeteilt worden waren. Insgesamt werden elf Diagnosen häufiger von Frauen genannt, zwei häufiger von Männern (s. Abbildung 7) und bei den übrigen neun finden sich keine Geschlechtsunterschiede.

Abbildung 7:  
Aerztliche Diagnose nach Geschlecht (Wohnbevölkerung)



SOMIPOPS, nicht altersstandardisierte Daten

Die grössten Geschlechtsunterschiede bestehen bei Rheumatismus (Frauen 16,4%, Männer 10,8%), Allergien<sup>1)</sup> (Frauen 8,5%,

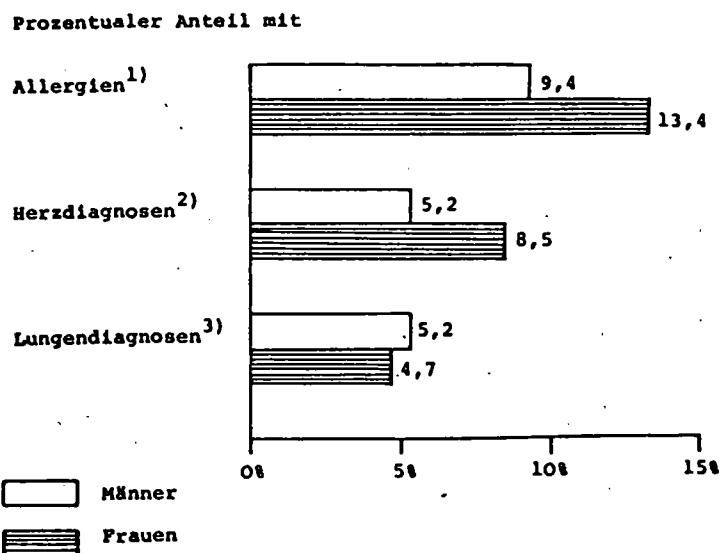
1) bezieht sich auf alle Allergien ausser Lebensmittelallergien und Heuschnupfen.

Männer 4,3%), hohem Blutdruck (Frauen 14,3%, Männer 10,4%) sowie bei gutartigen Tumoren (Frauen 4,5%, Männer 1,4%). Männer geben zwei Diagnosen häufiger an, nämlich chronische Bronchitis und Knochenbruch. Dies spiegelt wohl geschlechtsspezifische Rollenverhalten: Männer sind häufiger Raucher und haben mehr Unfälle.

Keine Unterschiede finden sich bei Heuschnupfen, Blutgerinnungsproblemen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Asthma, Magengeschwür, Hepatitis, Gicht und Tuberkulose. Mehr Frauen geben die Diagnose Krebs an. Bei Frauen scheinen also mehr Tumoren (bösartige wie auch gutartige) diagnostiziert zu werden. Es mag damit zusammenhängen, dass Frauen eine höhere Inzidenz an Tumoren (die nicht unbedingt zum Tode führen) aufweisen. Möglicherweise werden Tumoren bei Frauen in früheren Stadien erfasst, weil sie bei Frauen zum Teil früher erfassbar sind (z.B. Mamma- und Cervix-Karzinome), oder auch, weil Frauen häufiger zum Arzt gehen.

Fasst man die Herzdiagnosen "schwaches Herz", "Herzversagen" und "Herzinfarkt" zusammen (s. Abbildung 8), so findet man sie bei Frauen in 8,5%, bei Männer in 5,2%.

Abbildung 8:  
Zusammengefasste ärztliche Diagnosen nach Geschlecht  
(Wohnbevölkerung)



1) Umfasst Heuschnupfen, Lebensmittelallergien und andere Allergien

2) Umfasst schwaches Herz, Herzgeräusch und Herzinfarkt

3) Umfasst chronische Bronchitis, Asthma, Emphysem; statistisch nicht signifikanter Geschlechtsunterschied

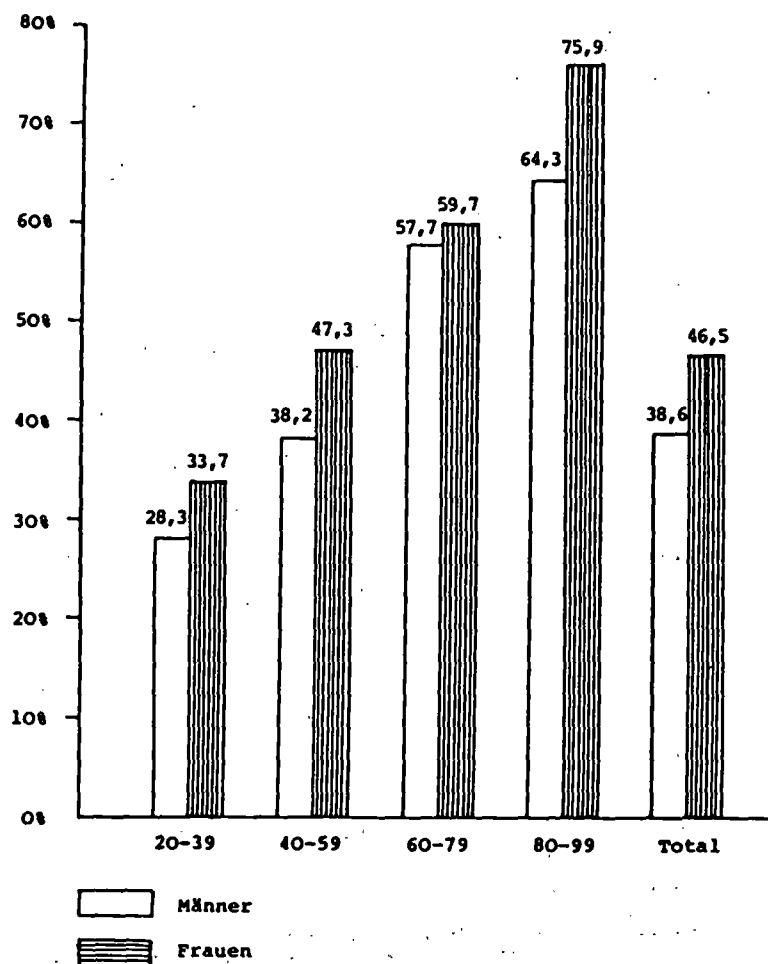
Auch die Allergien insgesamt (Heuschnupfen, Lebensmittelallergien und andere Allergien) sind bei Frauen häufiger (13,4% gegenüber 9,4% bei den Männern).

Fasst man die Lungendiagnosen chronische Bronchitis, Asthma, Emphysem sowie Tuberkulose zusammen, findet sich kein Geschlechtsunterschied.

Die grössten Geschlechtsunterschiede finden sich bei denjenigen Diagnosen, die von beiden Geschlechtern am häufigsten genannt werden (Rheumatismus, hoher Blutdruck, Allergien und Herzdiagnosen).

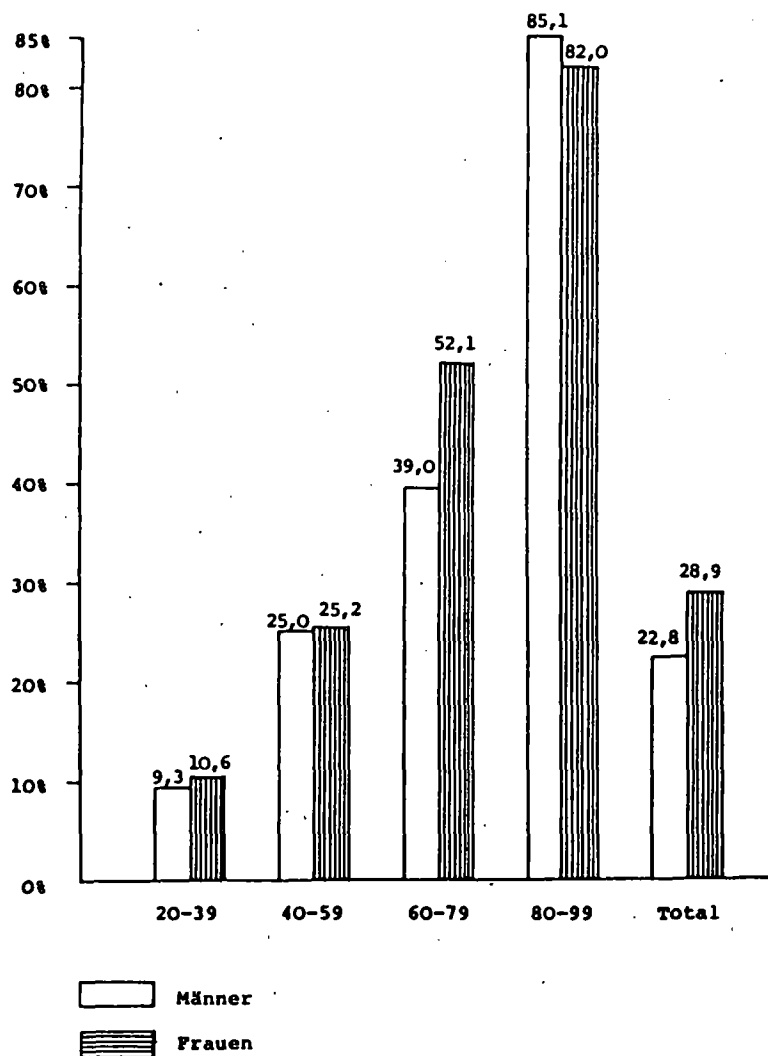
Aerztliche Diagnosen nehmen mit dem Alter zu (s. Abbildung 9). Die grössten Geschlechtsunterschiede finden sich bei den 40-59jährigen (Differenz: 9,1%) sowie bei den 80-99jährigen (11,6%).

Abbildung 9:  
Aerztliche Diagnosen nach Altersklassen und Geschlecht  
(Wohnbevölkerung)



Chronische Behinderungen werden daran gemessen, ob alltägliche Aktivitäten wie sehen, hören, sich kleiden, in der Wohnung herumgehen, selber essen, treppensteigen etc. mühelos oder nur mit Schwierigkeiten ausgeführt werden können. Insgesamt wurde der Behinderungsgrad von 10 solcher Aktivitäten erfragt. Abbildung 10 zeigt, dass Frauen insgesamt mehr chronische Behinderungen angeben als Männer (28,9% der Frauen gegenüber 22,8% der Männer). Man unterscheidet bei diesen Behinderungen zwischen chronisch-sensorischen (Seh- oder Hörbehinderungen) und chronisch-motorischen (Mobilität, Bewegungsapparat). Der Unterschied zwischen Frauen und Männern besteht ausschliesslich bei den chronisch-motorischen Behinderungen. Jede 5. Frau leidet unter solchen Behinderungen, aber nur jeder 9. Mann. Mit dem Alter nehmen die chronischen Behinderungen stark zu (s. Abbildung 10).

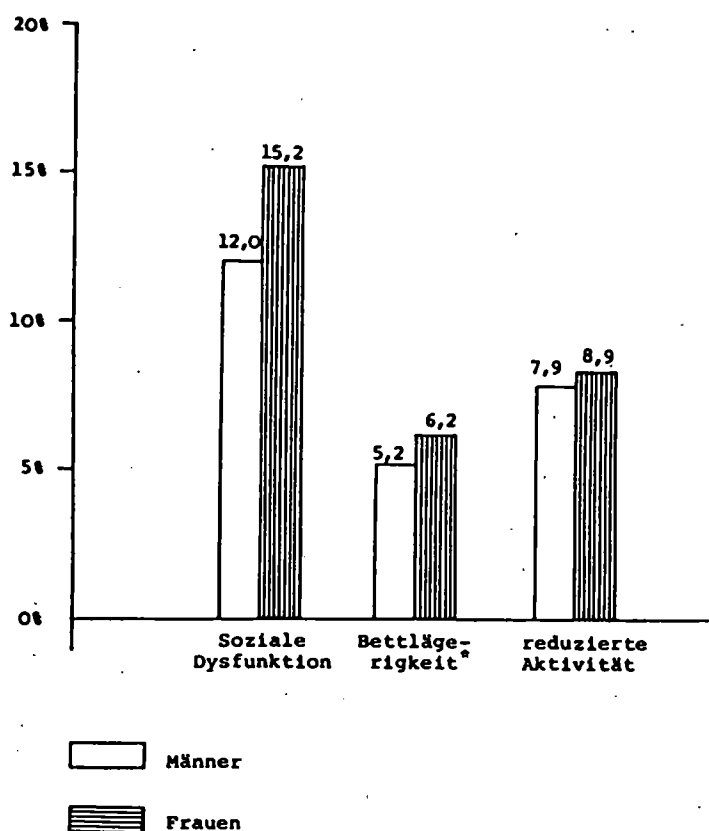
Abbildung 10:  
Prozentualer Anteil mit chronischer Behinderung  
nach Altersklassen (Wohnbevölkerung)



Der grösste Geschlechtsunterschied besteht bei den 60-79jährigen, wo 52,1% der Frauen, jedoch nur 39,0% der Männer Behinderungen angeben. Der sehr hohe Anteil bei den über 80jährigen kommt durch die im Alter sehr häufigen Seh- und Hörbehinderungen zustande.

Soziale Dysfunktion (Einschränkung der üblichen Aktivitäten aus gesundheitlichen Gründen) während der letzten 4 Wochen: Aus Abbildung 11 geht hervor, dass mehr Frauen angeben, sie hätten sich so krank oder unwohl gefühlt, dass sie ihre üblichen Aktivitäten mehr als einen halben Tag einschränken mussten (15,2% gegenüber 12,0% bei den Männern). Es zeigen sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede, wenn man danach untersucht, ob es sich um Bettlägerigkeit oder um Einschränkung der Aktivitäten ohne Bettlägerigkeit handelt.

Abbildung 11:  
Soziale Dysfunktion nach Geschlecht (Wohnbevölkerung)



\* statistisch nicht signifikant

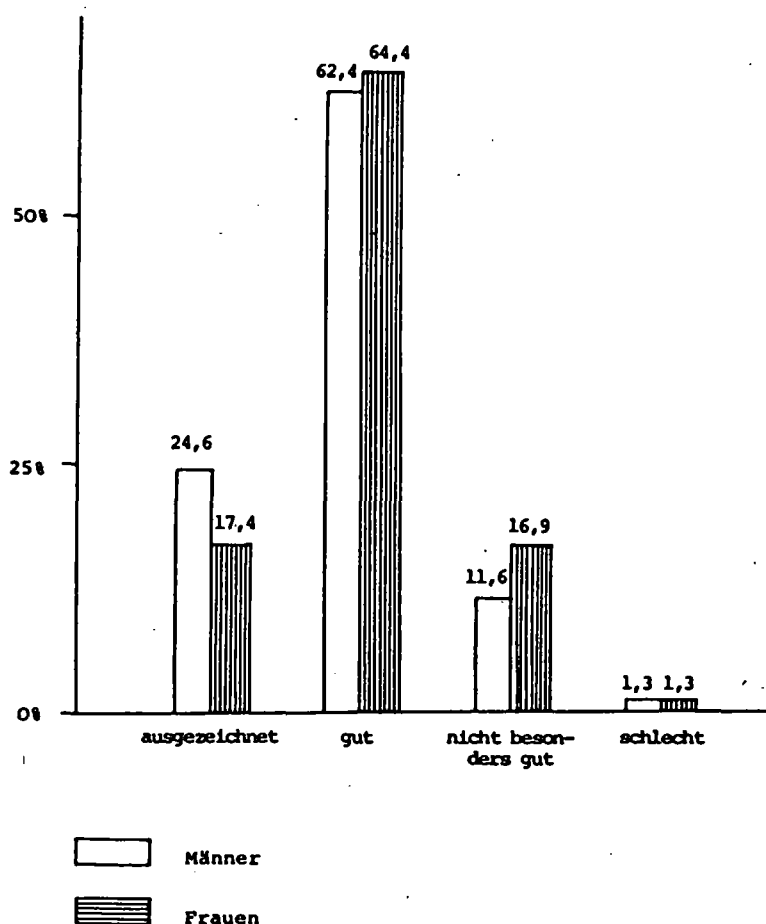
SOMIPOPS, nicht altersstandardisierte Daten

### 5.1.2. Die selbsteingestufte Gesundheit

Danach befragt, wie sie ihre eigene Gesundheit einschätzen, konnten die Befragten mit ausgezeichnet, gut, nicht besonders gut oder schlecht antworten. Diese Frage ist in Gesundheitsbefragungen oft verwendet worden.

Frauen beurteilen ihren Gesundheitszustand insgesamt schlechter. Mehr Männer bezeichnen ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet (24%) gegenüber 17% der Frauen. Umgekehrt sagen mit 17% mehr Frauen als Männer mit 11%, es gehe ihnen nicht besonders gut. Der Grossteil der Befragten bei beiden Geschlechtern bezeichnet ihren Gesundheitszustand als gut (s. Abbildung 12).

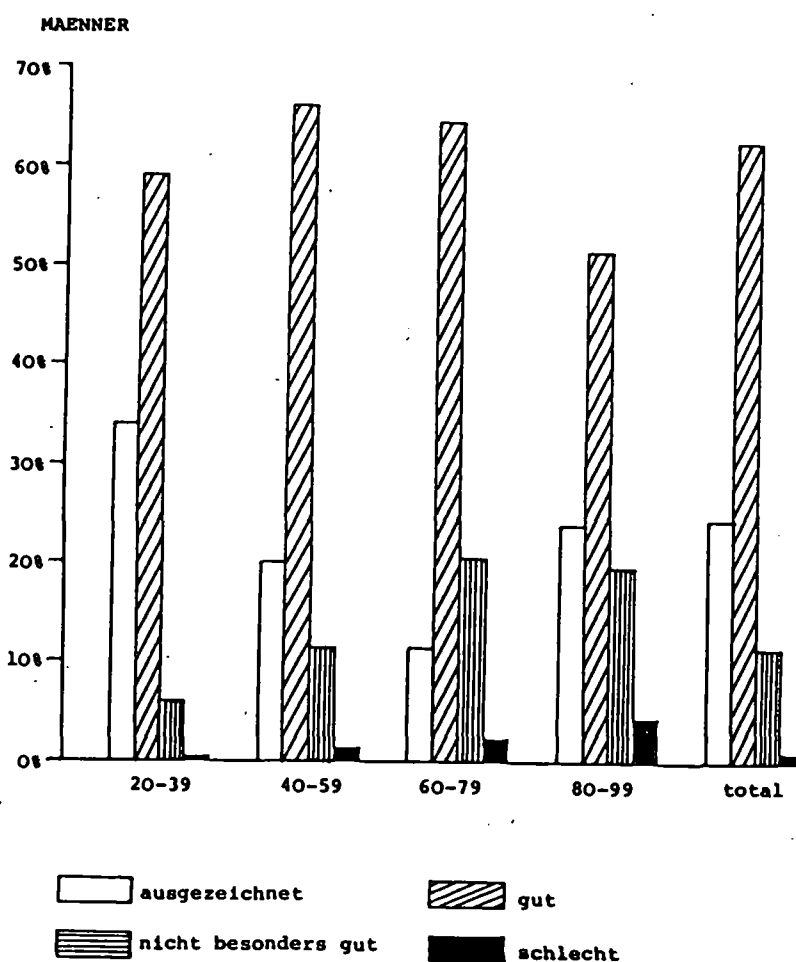
Abbildung 12:  
Selbsteingestufte Gesundheit nach Geschlecht (Wohnbevölkerung)



SOMIPOPS, nicht altersstandardisierte Daten

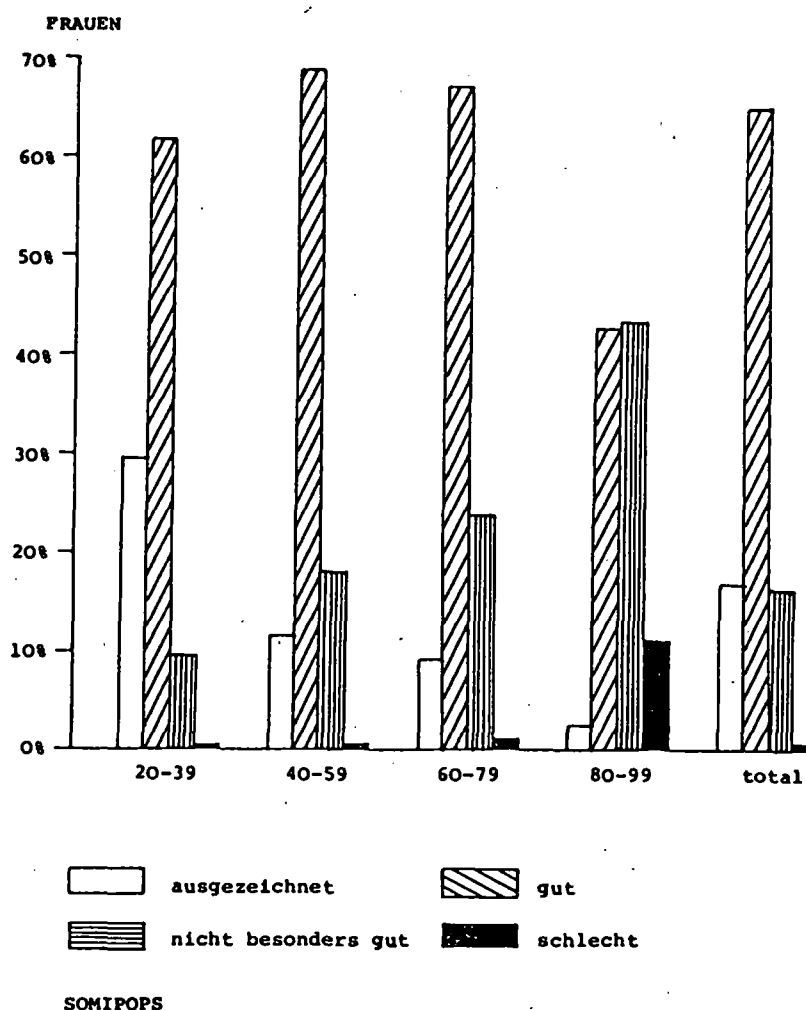
Untersucht man die Einstufung der Gesundheit nach Altersgruppen, fällt auf (s. Abbildungen 13 und 14), dass der Anteil der Frauen, die sagen, es gehe ihnen nicht besonders gut, mit dem Alter stetig zunimmt (wie auch der Anteil der Frauen, die sagen, es gehe ihnen schlecht), während mit zunehmendem Alter immer weniger Frauen sagen, es gehe ihnen ausgezeichnet. Bei den Männern hingegen bleibt der Anteil jener, die ihre Gesundheit als nicht so gut einstufen, ab 60 Jahren konstant. Die über 80jährigen Männer sagen nicht nur weitaus häufiger als die über 80jährigen Frauen es gehe ihnen ausgezeichnet, sie sagen es auch häufiger als die Männer zwischen 60 und 80 Jahren.

Abbildung 13:  
Selbsteingestufte Gesundheit nach Altersklassen (Wohnbevölkerung)



SOMIPOPS

Abbildung 14:  
Selbsteingestufte Gesundheit nach Altersklassen (Wohnbevölkerung)

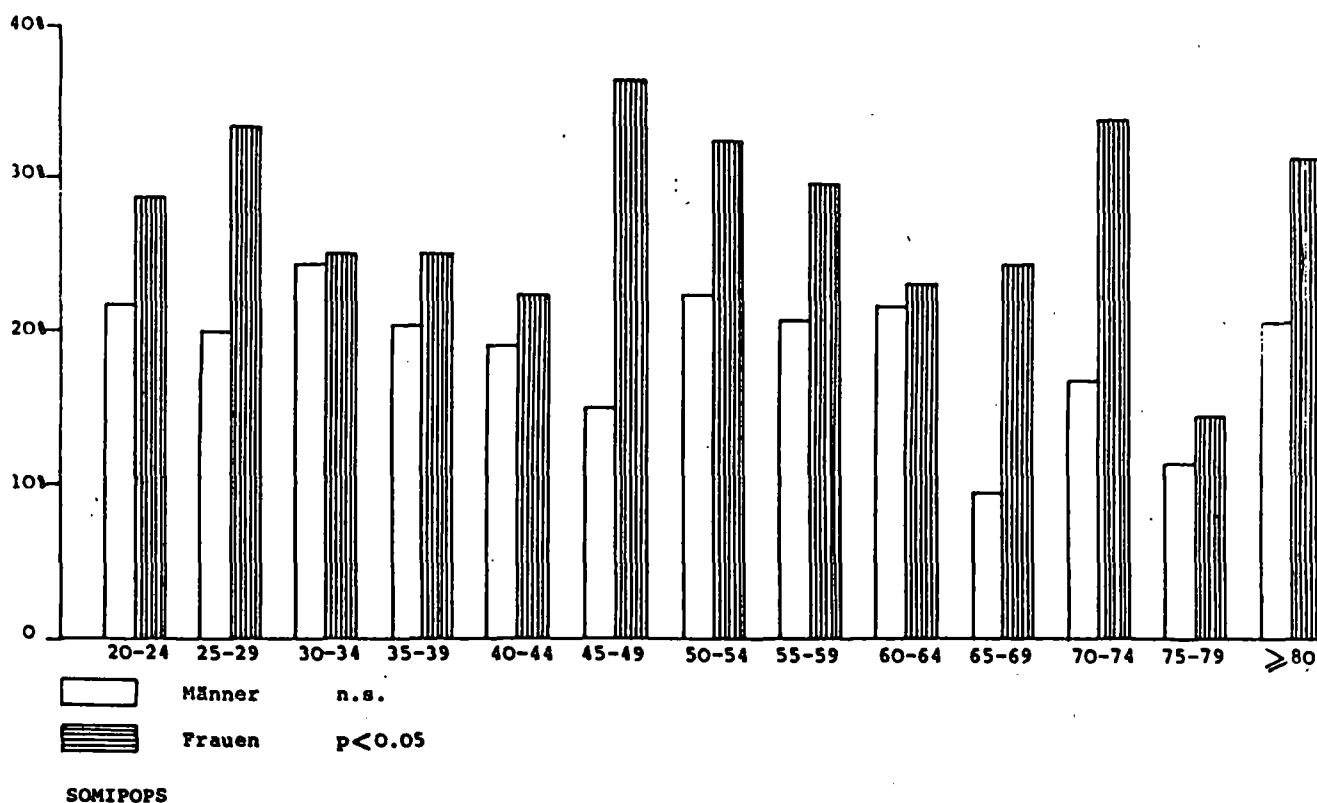


### 5.1.3. Psychische Gesundheit

Ein den Befragten vorgelegtes Fragenset von 28 Fragen über psychische Befindlichkeitsstörungen befasst sich inhaltlich mit psychosomatischen Beschwerden, Suizidalität, sozialer Dysfunktion und psychischer Ueberbelastung (Stress). Anhand dieser Symptome psychischer Befindlichkeitsstörungen kann man "Fälle" identifizieren, d.h. feststellen, wieviele Personen Symptome aufweisen, die in der Schwere denjenigen von z.B. in Polikliniken behandelten Personen entsprechen. Der Anteil solcher Personen mit psychischen Befindlichkeitsstörungen liegt in

der Schweiz bei 23,9%<sup>1)</sup>, wobei sie wesentlich häufiger unter Frauen gefunden werden (28,2%) als unter Männern (19,2%). Aus Abbildung 15 geht hervor, dass die Frauen sämtlicher Altersklassen mehr psychische Befindlichkeitsstörungen angeben. Die Differenz ist am grössten bei den 45-49jährigen, wo sich am meisten Frauen mit einer hohen Zahl an psychischen Symptomen finden, sowie bei den 65-69jährigen, den 70-74jährigen und auch bei den 25-29jährigen.

Abbildung 15:  
Psychische Befindlichkeitsstörungen nach Altersklassen und Geschlecht (Schweizer Bürger)



1) Der Fragebogen zur Erfassung der psychischen Gesundheit ist aus Grossbritannien übernommen und nach den dort entwickelten Kriterien ausgewertet worden. Wie eine inzwischen in der Schweiz durch Dr. V. Hobi (Psychiatrische Universitätsklinik Basel) durchgeführte Validierung ergeben hat, liegen die absoluten Zahlen etwas zu hoch. Auf die Geschlechtsunterschiede hat dies jedoch keinen Einfluss, da beide Geschlechter gleich betroffen sind.

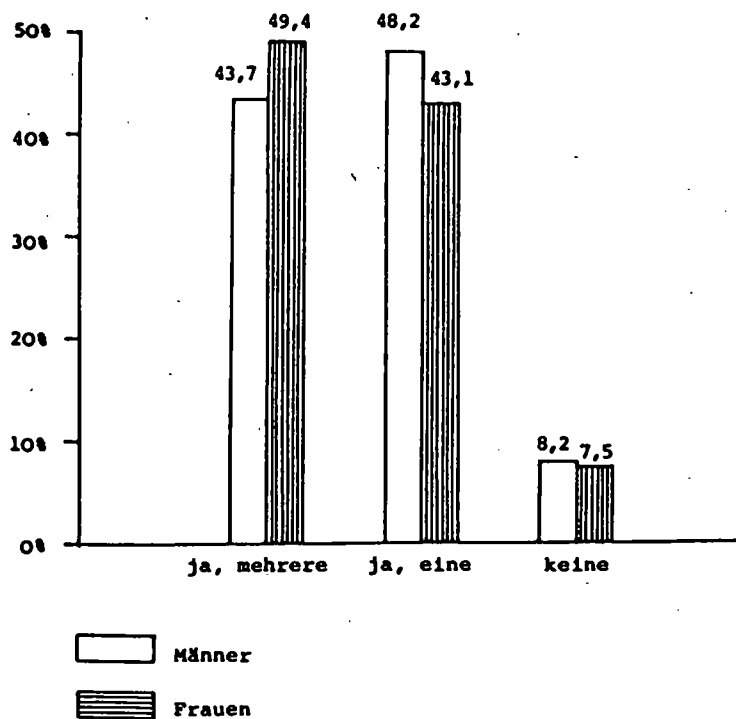
Die Differenz zwischen den Geschlechtern ist bei den 30-34jährigen und bei den 60-64jährigen am kleinsten. Ein eindeutiger Alterseinfluss ist anhand dieser Altersverteilung schwer zu erkennen. Bei den Männern scheinen sie eher abzunehmen, während sich bei den Frauen zwei Gipfel abzeichnen (der erste zwischen 25 und 30, der zweite zwischen 45 und 50 Jahren).

#### 5.1.4. Soziale Dimension der Gesundheit

Als Indikatoren, die Hinweise über die soziale Befindlichkeit liefern, werden persönliche Kontakte (Vorhandensein von nahestehenden Personen, Vermissen von nahestehenden Personen sowie Besuche bei und von Freunden) und soziale Aktivitäten (Teilnahme in Vereinen, Parteien, Berufsverbänden etc.) verwendet.

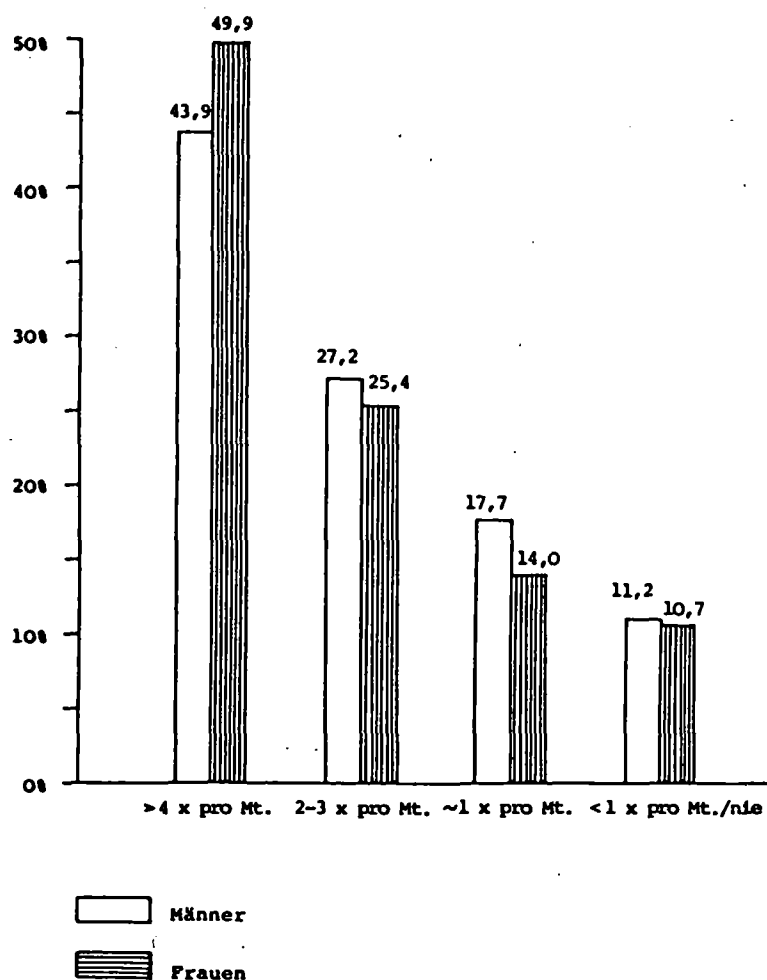
Frauen haben häufiger als Männer mehrere nahestehende Personen (49% und 44%) (s. Abbildung 16). Von den Personen, die keine nahestehende Person haben, vermissen dies die Frauen häufiger (53% der Frauen, 30% der Männer).

Abbildung 16:  
Nahestehende Personen nach Geschlecht (Wohnbevölkerung)



Bezüglich Kontakthäufigkeit ergibt sich, dass Frauen und Männer gleich oft Besuche machen, dass Frauen aber häufiger Besuch erhalten (s. Abbildung 17).

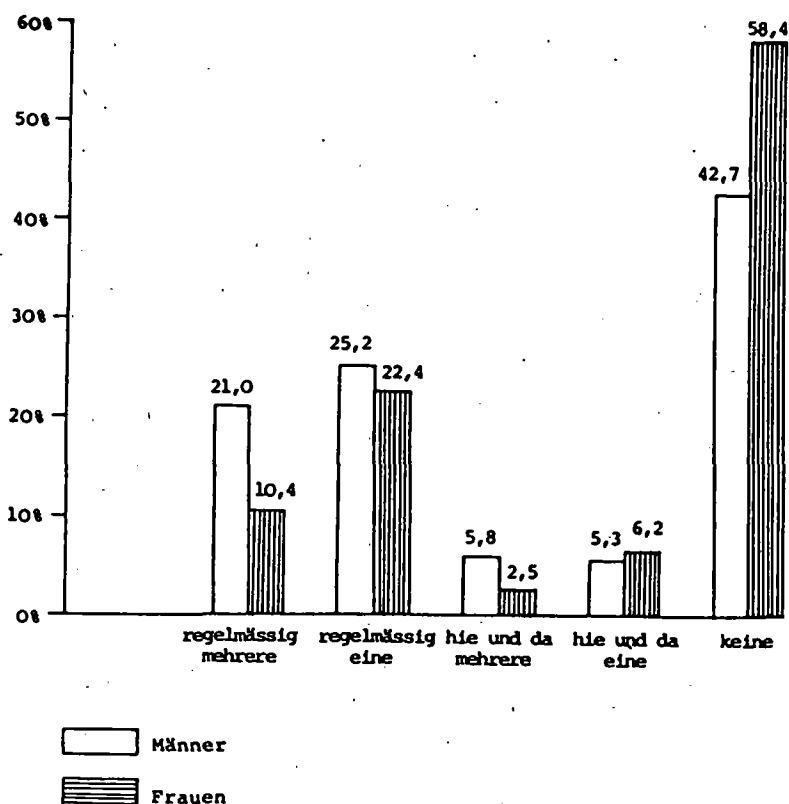
Abbildung 17:  
Besuche von Freunden nach Geschlecht (Wohnbevölkerung)



SOMIPOPS, nicht altersstandardisierte Daten

Bei den sozialen Aktivitäten geben mehr Männer regelmässige Aktivitäten bei mehreren Vereinen an als Frauen (vgl. Abbildung 18). Mehr Frauen weisen keine solchen Beteiligungen auf (58,4% gegenüber 42,7%).

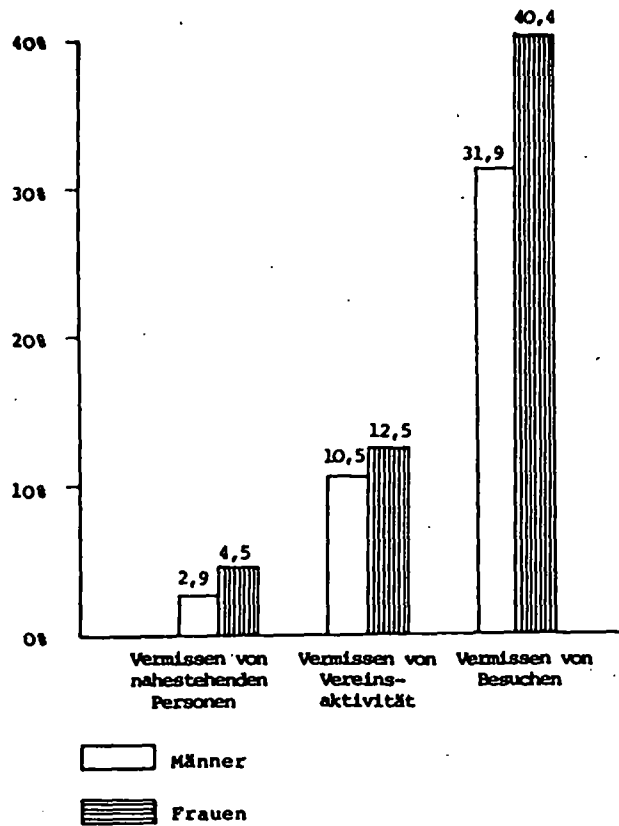
Abbildung 18:  
Soziale Aktivitäten nach Geschlecht (Wohnbevölkerung)



SOMIPOPS, nicht altersstandardisierte Daten

Abbildung 19 zeigt, wieviele sich in sozialer Hinsicht als nicht befriedigt erklären: Insgesamt sagen 4,5% der Frauen gegenüber 2,9% der Männer, sie vermissen eine nahestehende Person, 40,4% der Frauen gegenüber 31,9% der Männer, sie möchten Bekannte und Freunde häufiger sehen. Weiter bedauern 12,5% der Frauen gegenüber 10,5% der Männer, dass sie sich nicht mehr sozial aktiv betätigen.

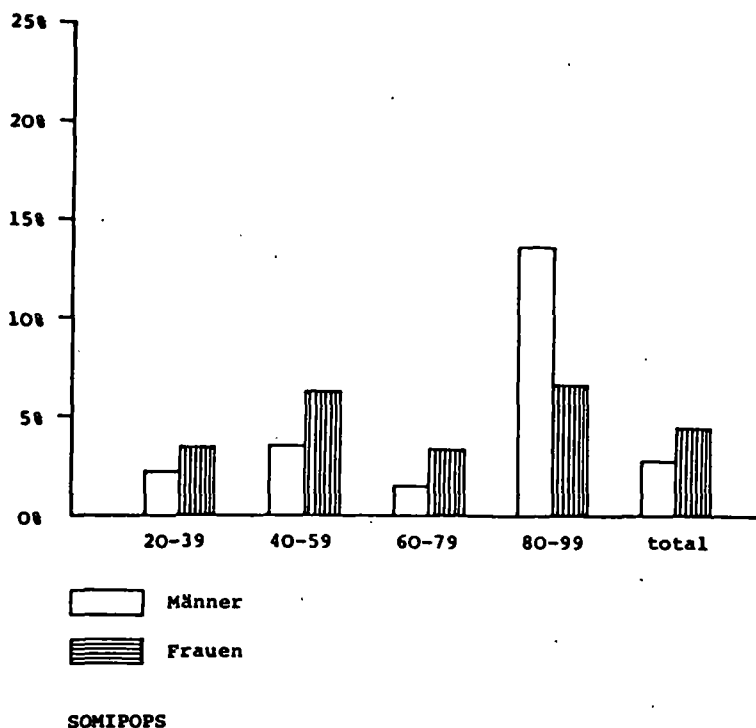
Abbildung 19:  
Vermissen von Sozialkontakten  
nach Geschlecht (Wohnbevölkerung)



SOMIPOPS, nicht altersstandardisierte Daten

Abbildung 20 zeigt, dass nahestehende Personen von Frauen bis zu 80 Jahren häufiger vermisst werden, hingegen bei den über 80jährigen häufiger von Männern.

Abbildung 20:  
 Vermissen von nahestehender Person nach Altersklassen  
 und Geschlecht (Wohnbevölkerung)



### 5.1.5. Gesamtgesundheit

Mit Hilfe des S. 18 beschriebenen MIMIC-Modells wurde für jede Stichprobenperson ein Gesundheitsmass (Gesundheitsindex) berechnet, welches über 100 Einzelindikatoren der körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheit berücksichtigt und auch sozio-ökonomischen Faktoren Rechnung trägt. Der Gesundheitsindex ist so konstruiert, dass er Werte zwischen Null und Hundert annehmen kann. Von den Befragten haben diejenigen Personen mit der schlechtesten Gesundheit die tiefsten, diejenigen mit der besten Gesundheit die höchsten Indexwerte. Um dies zu verdeutlichen, einige Beispiele:

- Ein typisches Beispiel für Indexwerte zwischen 0 und 5: Eine knapp fünfzigjährige Frau stuft ihre Gesundheit als schlecht ein, gibt für die letzten 4 Wochen 15 verschiedene Beschwerden an, musste während der letzten 4 Wochen ihre üblichen Aktivitäten jeden Tag aus gesundheitlichen Gründen einschränken, weist 5 verschiedene ärztliche Diagnosen auf (Herzdiagnosen, hoher Blutdruck, Magengeschwür, Gelbsucht), leidet aufgrund der Symptombefragung an Rheumatismus, bestätigt bei den

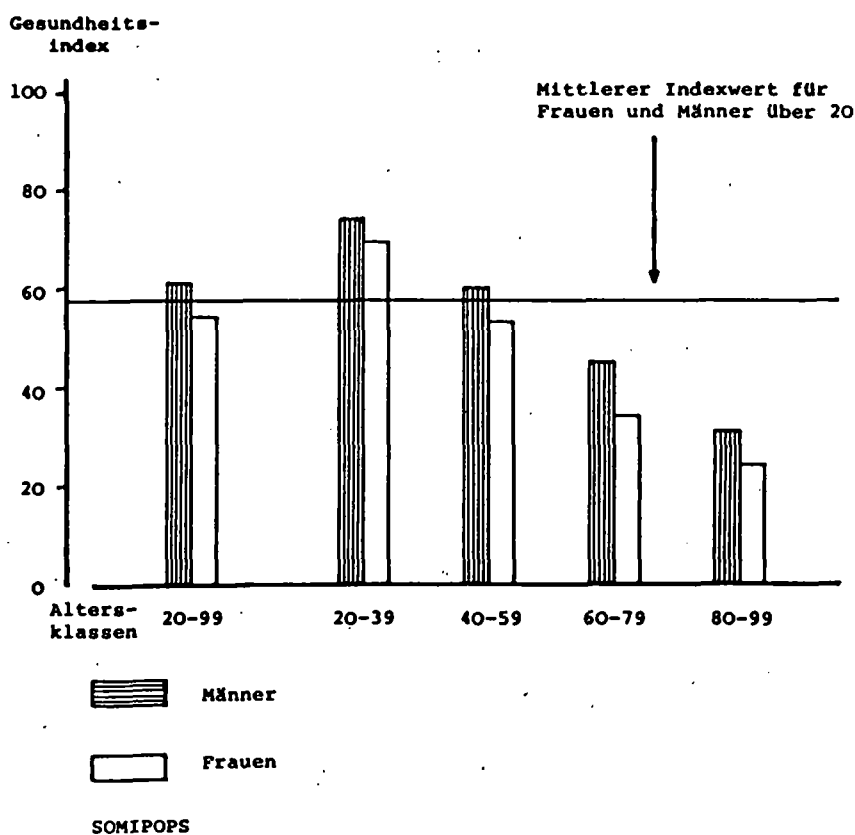
Fragen über psychische Beschwerden 23 von 28 möglichen und möchte gerne mehr Besuche. Sie war in den letzten 12 Monaten 20 mal bei einem Arzt (3 mal bei einem Psychiater) und einmal im Spital. Krankheit macht ihr oft Angst.

- Ein typisches Beispiel für Indexwerte zwischen 50 und 55: 30jährige Frau. Sie bezeichnet ihre eigene Gesundheit als gut, gibt für die letzten 4 Wochen 2 Beschwerden an (Durchfall, Schlaflosigkeit), musste ihre Aktivitäten in den letzten 4 Wochen nie aus gesundheitlichen Gründen einschränken, weist keine ärztlichen Diagnosen auf, litt in den letzten 12 Monaten einmal an einer akuten Bronchitis, bejaht 2 von den 28 erfragten psychischen Beschwerden, wünscht sich mehr Besuche, war in den letzten 12 Monaten 2 mal bei einem Arzt. Ueber Krankheit macht sie sich keine Sorgen.
  
- Ein typisches Beispiel für Indexwerte zwischen 90 und 95: 22jährige Frau. Sie stuft ihre Gesundheit als gut ein, gibt für die letzten 4 Wochen 2 verschiedene Beschwerden an (Frauenbeschwerden, Erkältung), weist sonst keinerlei gesundheitliche Störungen auf. Sie war in den letzten 12 Monaten 4 mal bei einem Arzt. Ueber Krankheit macht sie sich keine Sorgen.

In Abbildung 21 finden sich die Gesundheitsindices nach Geschlecht und Alterklassen. Der mittlere Indexwert für Männer und Frauen über 20 Jahre beträgt 57.5. Der Index ist in allen Altersklassen höher für Männer als für Frauen und nimmt bei beiden mit zunehmendem Alter ab. Alle Unterschiede sind statistisch signifikant. Für alle Altersklassen über 20 zusammen beträgt der Index für Männer 61.1, für Frauen 53.8. Er ist am höchsten in der Altersklasse 20-39 mit 73.9 für Männer und 68.9 für Frauen und am niedrigsten in der Altersklasse der 80-99jährigen mit 31.5 für Männer und 23.7 für Frauen. In der Altersklasse der 40-59jährigen ist der Index mit 59.6 für Männer und 53.2 für Frauen nahe beim Durchschnittswert von 57.5 für alle Altersklassen und beide Geschlechter. Die Ergebnisse betätigen somit, dass sich die Frauen auch in der Schweiz insgesamt weniger gesund fühlen als die Männer.

Abbildung 21:

## Gesamtgesundheit nach Geschlecht und Alter (Schweizer Bürger)



In Tabelle 2 und 3 finden sich einige zusätzliche Auswertungen für ausgewählte Untergruppen von Frauen in den Altersklassen 20-64 Jahre. Frauen, die mit Kindern unter 20 Jahren im selben Haushalt leben, haben in den Altersklassen 20-39 und 40-59 einen höheren Indexwert als Frauen ohne Kinder. Unter Erwerbstätigen sind alle voll oder teilweise erwerbstätigen Frauen, unter Doppelbelasteten alle voll- oder teilerwerbstätigen Frauen mit Kindern unter 15 Jahren zusammengefasst. Es besteht kein signifikanter Unterschied im Gesundheitsindex zwischen Frauen mit und ohne Doppelbelastung (bei der Altersklasse der 40-59jährigen liegt er für doppelbelastete Frauen allerdings etwas höher, s. Tabelle 2). Hausfrauen weisen einen höheren Index auf als erwerbstätige Frauen. Frauen mit Bildungsabschluss weisen bei den Hausfrauen in allen Altersklassen einen höheren Index auf als Hausfrauen ohne Bildungsabschluss. Bei den erwerbstätigen Frauen sind die Unterschiede zwischen Frauen mit und ohne Bildungsabschluss nicht signifikant. Die in Tabelle 2 dargestellten Ergebnisse dürfen nicht kausal interpretiert werden. Man kann also nicht sagen, erwerbstätige Frauen hätten einen schlechteren Gesundheitszustand als Hausfrauen mit höherem Bildungsabschluss, weil sie erwerbstätig sind. Die Frage,

ob sich die Erwerbstätigkeit bezüglich Gesundheit positiv oder negativ auswirkt, wird in Abschnitt 5.3. näher untersucht.

Tabelle 2: Gesamtgesundheitsindex nach ausgewählten Frauengruppen und Altersklassen<sup>1)</sup>

Alters- klasse	Total Frauen		Erwerbstätige Frauen	
	mit Kin- dern	ohne Kinder	mit Kind- dern	ohne Kinder
20 - 39	71.9	69.1	69.7	68.5
40 - 59	67.1	63.9	65.3	61.8

Tabelle 3: Gesamtgesundheitsindex nach ausgewählten Frauengruppen und Altersklassen<sup>1)</sup>

Alters- klasse	Hausfrauen			Erwerbstätige Frauen		
	total	mit Bildungs- abschluss	ohne Bil- dungsab- schluss	total	mit Bildungs- abschluss	ohne Bil- dungs- abschluss
20 - 34	72.4	73.0	70.4	66.9	67.0	65.9
35 - 49	68.7	71.0	64.6	66.9	67.1	65.8
50 - 64	63.6	65.5	61.9	65.3	65.6	65.6

1) Die absoluten Indexwerte sind nicht mit den Indexwerten in Abbildung 21 vergleichbar, weil die hier dargestellte Auswertung sich nur auf Frauen, diejenige in Abbildung 21 dagegen auf beide Geschlechter bezieht.

## 5.2. Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (bei Schweizer Bürgern)

Tabelle 4 zeigt, zu welchen Anteilen Frauen und Männer verschiedene Gesundheitsdienste in Anspruch genommen haben. Mehr Frauen weisen bei praktisch allen Diensten eine höhere Inanspruchnahme auf: bei den ambulanten Diensten, bei der stationären Inanspruchnahme, beim Medikamentenkonsum sowie bei der präventiven Inanspruchnahme.

Tabelle 4:

Uebersicht: Inanspruchnahme nach Geschlecht (Schweizer Bürger)

	Männer	Frauen	Total
<u>Ambulante Inanspruchnahme</u> letzte 12 Monate			
Prozentualer Anteil mit:			
Ambulanten Konsultationen insgesamt	73,2	85,9	80,0%
Konsultationen beim Hausarzt	63,1	68,6	65,5%
" beim Nervenarzt	2,9	3,1	3,0%
" beim Spezialisten	19,0	17,5	18,2%
" beim Gynäkologen	-	24,2	-
" beim Zahnarzt	52,8	56,6	54,8%
" beim Augenarzt	13,8	19,3	16,8%
" beim HNO-Arzt	7,4	8,4	7,9%
" bei Arzt in Poliklinik	5,8	5,9	5,8%
Paramedizinischen Konsultationen	15,6	19,5	17,7%
<u>Stationäre Inanspruchnahme</u> letzte 12 Monate			
Prozentualer Anteil mit:			
Spitalaufenthalten	8,3	13,0	10,9%
Kuraufenthalten	3,0	3,7	3,4%
<u>Medikamentenkonsum</u>			
Prozentualer Anteil mit Einnahme von:			
Schmerzmitteln in den letzten 7 Tagen	10,8	18,5	14,9%
Schlaf- oder Beruhigungsmitteln in den letzten 7 Tagen	8,7	15,7	12,5%
Heilmitteln letzte 4 Wochen	36,9	45,6	41,6%
<u>Präventive Inanspruchnahme</u>			
Prozentualer Anteil mit:			
Blutdruckmessung in den letzten 12 Monaten	67,4	76,3	72,2%
Krebs-Abstrich in den letzten 12 Monaten	-	41,8	-
Beteiligung an Polioimpfaktion 1980	28,8	32,4	30,8%

### 5.2.1. Ambulante Inanspruchnahme

Gemäss Tabelle 5 weisen die Frauen im Durchschnitt insgesamt 6.6 ambulante Konsultationen auf gegenüber 4.8 der Männer. Davon entfällt durchschnittlich eine Konsultation auf den Gynäkologen.

Tabelle 5:

Ambulante Konsultationen nach ärztlicher Fachrichtung (12 Monate)  
Schweizer Bürger

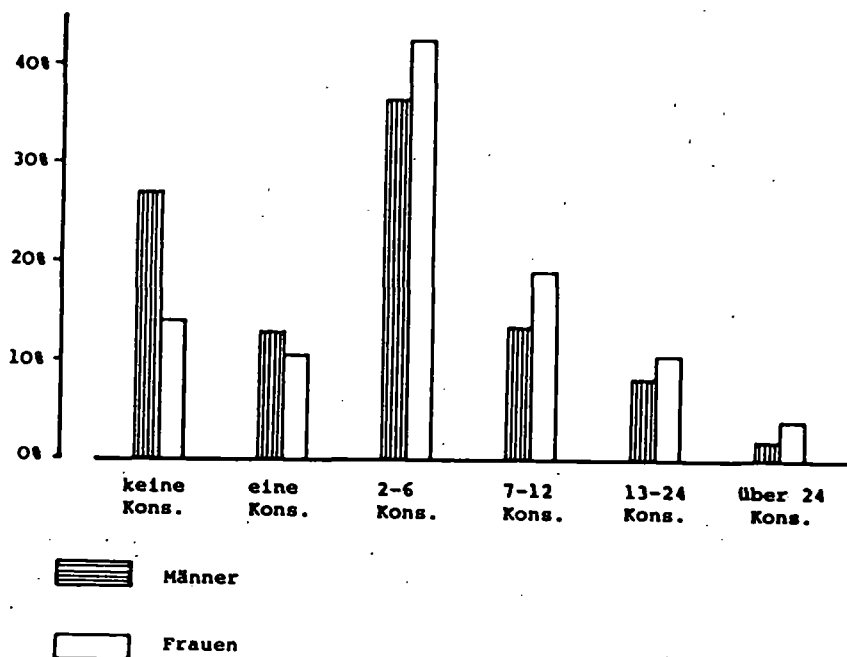
	<u>Anzahl Konsultationen pro Person</u>		
	Männer	Frauen	Total
Total ambulante Konsultationen (inkl. Konsultationen beim Gynäkologen)	4.8	6.6	5.8
Paramedizinische Konsultationen	1.1	1.5	1.4
Konsultationen beim Hausarzt	3.1	3.8	3.5
Konsultationen beim Nervenarzt	0.2	0.2	0.2
Konsultationen beim Spezialisten	0.7	0.7	0.7
Konsultationen beim Gynäkologen	-	1.0	-

SOMIPOPS, nicht altersstandardisierte Daten

Abbildung 22 zeigt, dass von beiden Geschlechtern am häufigsten 2-6 Konsultationen angegeben werden. Deutlich mehr Frauen suchen jedoch häufiger als 1mal pro Monat einen Arzt auf.

Abbildung 22:

Ambulante Konsultationen (12 Monate) nach Geschlecht (Schweizer Bürger)



SOMIPOPS, nicht altersstandardisierte Daten

5.2.2. Stationäre Inanspruchnahme

Tabelle 6:

Stationäre Inanspruchnahme (12 Monate) nach Geschlecht (Schweizer Bürger)

	<u>Spital</u>		<u>Kuren</u>	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Prozentualer Anteil mit Spital-/Kuraufenthalten	8.3	13.0	3.0	3.7
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen <sup>1)</sup>	14.0	17.7	26.2	25.2

1) Diese Werte beziehen sich nur auf jene Personen, die Spital-/Kuraufenthalte aufweisen.

SOMIPOPS, nicht altersstandardisierte Daten.

Tabelle 6 zeigt den Anteil der Befragten mit einem Spital- oder Kuraufenthalt sowie die durchschnittliche Aufenthaltsdauer. 8,3% der Männer und 13% der Frauen geben an, in den letzten 12 Monaten

im Spital gewesen zu sein. Auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist bei den Frauen mit 17.7 Tagen grösser als bei den Männern mit 14 Tagen.

Einen Kuraufenthalt haben bei beiden Geschlechtern etwa 3% der Befragten gehabt. Die durchschnittliche Kurdauer unterscheidet sich dabei nicht.

### 5.2.3. Medikamentenkonsum

Tabelle 7:

Medikamentenkonsum nach Geschlecht (Schweizer Bürger)

	<u>Anzahl eingenommene Tabletten</u> <u>pro Person (letzte 7 Tage)</u>		
	Männer	Frauen	Total
Schmerzmittel	0.4	0.9	0.7
Schlaf- oder Beruhigungsmittel	0.5	0.8	0.6

SOMIPOPS, nicht altersstandardisierte Daten

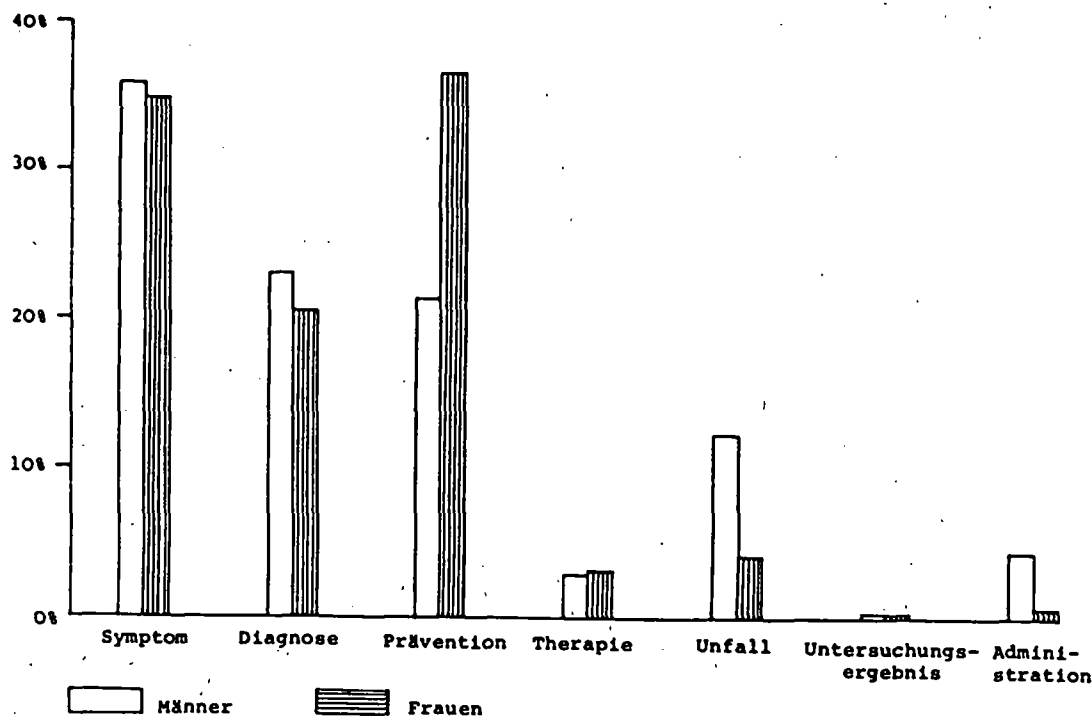
Tabelle 7 zeigt, dass Frauen in den letzten 7 Tagen doppelt so viele Schmerzmittel und beinahe doppelt so viele Schlaf- und Beruhigungsmittel eingenommen haben. Mehr Frauen geben an, täglich oder mehrmals wöchentlich Schmerzmittel einzunehmen (4,9% gegenüber 2,9% der Männer).

Auch aus Tabelle 4 geht hervor, dass mehr Frauen Medikamente einnehmen.

### 5.2.4. Art der Inanspruchnahme

Die Befragten konnten in einer offenen Frage den Grund für den letzten Arztbesuch formulieren. Diese Gründe lassen sich gruppieren zu Inanspruchnahmekategorien (s. Abbildung 23).

Abbildung 23:  
Inanspruchnahmekategorien nach Geschlecht (Schweizer Bürger)



SOMIPOPS, nicht altersstandardisierte Daten

Männer und Frauen nennen etwa gleich häufig ein Symptom oder eine Diagnose als Grund und gehen gleich häufig wegen einer speziellen Therapie oder wegen eines Untersuchungsergebnisses zum Arzt. Frauen führen hingegen weit häufiger präventive Gründe an (36,5% gegenüber 21,4% der Männer). Zieht man von der Differenz jene präventiven Gründe ab, die mit Schwangerschaft oder Prävention im gynäkologischen Bereich zusammenhängen (10,7%), so verbleiben noch immer 4,4%, die auf Blutdruckmessungen, Generaluntersuchungen oder andere präventive Gründe entfallen, welche auch von Männern genannt werden können.

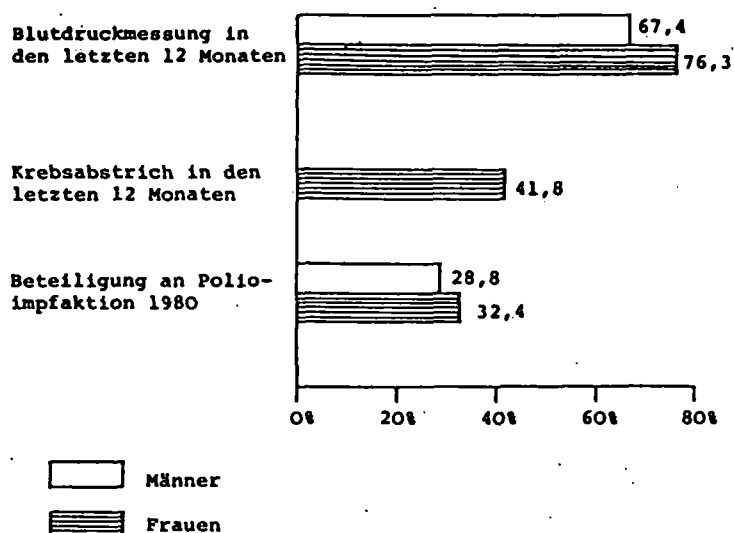
Männer gehen hingegen häufiger als Frauen wegen Unfällen oder aus administrativen Gründen zum Arzt. - Also eher aus Gründen, die entweder zwingend sind (Unfälle) oder die von aussen an sie herange-

tragen werden (z.B. Arbeitsuntersuchungen oder Untersuchungen für Versicherungen).

Jede siebte Frau nennt einen frauenspezifischen Grund für den letzten Arztbesuch. Demgegenüber finden sich bei den Männern nur in 1,3% männerspezifische Gründe. Die höhere Inanspruchnahme der Frauen hängt somit zu einem gewissen Teil mit spezifischen Gesundheitsproblemen zusammen.

Dass Frauen häufiger zu präventiven Zwecken zum Arzt gehen, zeigt auch Abbildung 24.

Abbildung 24:  
Präventive Inanspruchnahme nach Geschlecht (Schweizer Bürger)



SOMIPOPS, nicht altersstandardisierte Daten

Mehr Frauen haben während des letzten Jahres eine Blutdruckmessung gehabt (76,3% gegenüber 67,4% bei den Männern). Bei den Männern ist die letzte Blutdruckmessung häufiger vor 1-5 Jahren oder vor noch mehr Jahren durchgeführt worden. Dies mag u.a. damit zusammenhängen, dass Frauen mehr Arztbesuche aufweisen und dass daher die Wahrscheinlichkeit für eine Blutdruckmessung steigt.

Es geben aber auch mehr Frauen an, Blutdruckmessung sei der Grund für den letzten Arztbesuch gewesen (5,3% gegenüber 3,5% der Männer).

1980 wurde in der Schweiz eine Polio-Impfkampagne durchgeführt. 32,4% der Frauen und 28,8% der Männer geben an, sie hätten sich daran beteiligt.

### 5.3. Welche Faktoren beeinflussen das Gesundheitsbefinden von Frauen und Männern?

In diesem Abschnitt werden die befragten Indikatoren zu fünf Gesundheitsindices zusammengefasst: Befindlichkeitsstörungen leichteren Ausmasses, Gesundheitsstörungen stärkeren Ausmasses, selbsteingestufte Gesundheit, psychische Gesundheitsstörungen sowie einem Gesamtgesundheits-Index. Diese Indices decken verschiedene Gesundheitsbereiche ab und werden wie folgt definiert:

- a) "Befindlichkeitsstörungen" umfassen Beschwerden leichteren Schweregrades, die in den letzten vier Wochen aufgetreten sind und die unter Umständen zu Bettlägerigkeit und/oder Einschränkung oder Erschwerung der üblichen Aktivitäten geführt haben (vgl. Abschnitt 5.1.1., Beschwerden und soziale Dysfunktion).
- b) "Gesundheitsstörungen" beinhalten einerseits Störungen stärkeren Ausmasses, die den Befragten anlässlich eines Arztbesuches als Diagnose mitgeteilt wurden (vgl. Abschnitt 5.1.1., Diagnosen). Andererseits gehören vier häufige Krankheitsbilder dazu, die aufgrund von erfragten Symptomen ermittelt wur-

- den, nämlich Rheumatismus, Angina pectoris, chronische Bronchitis sowie Claudicatio intermittens (periphere arterielle Gefässverschlusskrankheit, auch "Schaufensterkrankheit" genannt). Auch die chronischen Behinderungen (vgl. Abschnitt 5.1.1.) werden hier einbezogen.
- c) Selbsteingestufte Gesundheit: Die Befragten konnten ihre Gesundheit, so wie sie selbst sie einschätzten, als ausgezeichnet, gut, nicht besonders gut oder schlecht bezeichnen. Man weiss aus mehreren Studien, dass dieser Frage ein besonderer Stellenwert beigemessen werden kann. Die selbsteingestufte Gesundheit hängt ausser mit der körperlichen Gesundheit mit einer Reihe anderer Faktoren wie funktioneller Gesundheit, psychosozialen Faktoren (Alter, Geschlecht, Stress, Depression und/oder Lebenszufriedenheit zusammen<sup>1)</sup>. Zudem hat sich in mehreren Studien gezeigt, dass die selbsteingestufte Gesundheit eine Voraussagekraft für die weitere Ueberlebenszeit aufweist<sup>1), 2), 3)</sup>.
- d) Psychische Befindlichkeitsstörungen liegen dann vor, wenn ein Befragter psychische Beschwerden der im Abschnitt 5.1.3. beschriebenen Skala aufweist.
- e) Gesamtgesundheitsindex: Darin sind alle Indikatoren der unter a) bis d) erfassten Gesundheitsstörungen enthalten (s. Beschreibung unter 5.1.5.).

- 
- 1) Kaplan G.A., Camacho T.: Perceived health and mortality: A nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. American Journal of Epidemiology, 1983, Vol. 117, No. 3.
- 2) Mossey J.M. et al.: Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. American Journal of Public Health, 1982, Vol. 72, No. 8.
- 3) Singer E., Garfinkel R., Cohen S.M. et al.: Mortality and mental health: Evidence from the Midtown Manhattan restudy. Soc. Sci. Med., 1976, 10, 517-525.

Die Ergebnisse der Regressionen werden nach den einzelnen Einflussfaktoren, d.h. den in die Regressionsanalysen einbezogenen Faktoren (s. S. 16), beschrieben, zugleich mit einem kurzen Vergleich mit Ergebnissen anderer Studien. Wichtig für die Interpretation ist, dass alle aufgeführten Einflussfaktoren simultan in der jeweiligen Schätzgleichung berücksichtigt und die Ergebnisse dadurch für alle diese Grössen "standardisiert" sind. Dadurch ist es möglich, die isolierte (partielle) Wirkung jedes einzelnen Einflussfaktors auf die verschiedenen Gesundheitsindices statistisch zu schätzen.

Für Befindlichkeitsstörungen, Gesundheitsstörungen und psychische Gesundheitsstörungen wurden zwei Fragestellungen untersucht:

- 1) Welche Faktoren haben einen Einfluss darauf, ob eine oder auch mehrere gesundheitliche Störungen auftreten?
- 2) Falls gesundheitliche Störungen vorliegen: Welche Faktoren haben auf das Ausmass (d.h. Anzahl oder Schweregrad) der Störungen einen Einfluss?

Für die selbsteingestufte Gesundheit und für den Gesamtgesundheitsindex wurde untersucht, ob sich Faktoren finden lassen, die mit einer bessern oder schlechtern selbsteingestuften Gesundheit respektive mit einer bessern oder schlechtern Gesamtgesundheit einhergehen.

Die Fragestellungen werden je für das Total der Befragten wie auch getrennt für Männer und für Frauen untersucht.

Es ist nochmals zu betonen, dass alle Gesundheitsindices auf den Aussagen der Befragten beruhen, es sind nirgends Angaben durch Medizinalpersonen "objektiviert" worden. Die Studie zielt auf die subjektiv wahrgenommene Morbidität ab, da angenommen wird, dass diese für das Handeln eines Individuums am entscheidendsten ist.

#### 1. Geschlecht und Gesundheit

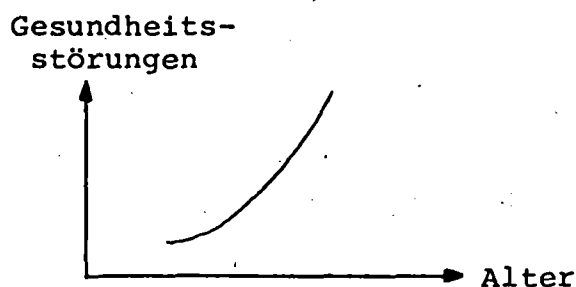
Unter Frauen finden sich mit grösserer Wahrscheinlichkeit Befindlichkeitsstörungen und psychische Gesundheitsstörungen.

Frauen stufen ihre Gesundheit etwa gleich ein wie Männer, jedoch ist der Gesamtgesundheitsindex der Frauen tiefer als jener der Männer. Mit dem Auftreten von Gesundheitsstörungen stärkeren Schweregrades lässt sich kein Zusammenhang nachweisen. Dies bestätigt somit die Ergebnisse aus Abschnitt 5.1.: Selbst wenn für Alter, Bildung und eine Reihe weiterer Merkmale statistisch kontrolliert wird, erweist sich das weibliche Geschlecht als Prädispositionsfaktor für subjektiv schlechter empfundene Gesundheit.

## 2. Alter und Gesundheit

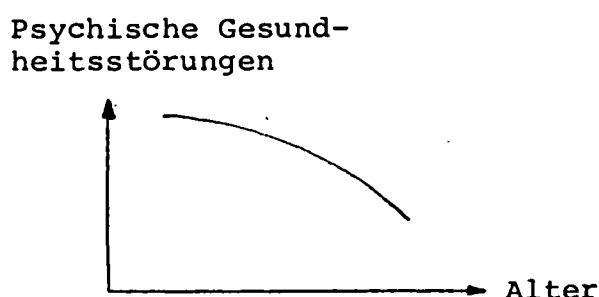
Das Alter der Befragten hat keinen Einfluss auf das Auftreten von körperlichen Befindlichkeitsstörungen. Untersucht man nur jene Befragten, welche Befindlichkeitsstörungen angeben, weisen die Frauen höheren Alters ein grösseres Ausmass an Störungen auf als die jüngeren Frauen, während sich bei den Männern dieser Zusammenhang nicht findet. Bezüglich Gesundheitsstörungen zeigt sich der in Abbildung 25 schematisch dargestellte nicht-lineare Zusammenhang: Mit zunehmendem Alter finden sich zunehmend mehr Gesundheitsstörungen. Untersucht man getrennt nach Geschlecht, so gilt dieser Zusammenhang nur für die Frauen. Dies ist konsistent mit den Ergebnissen von mehreren Krankheitsdiagnosen: Männer der höchsten Altersklasse (über 80 Jahre) weisen gewisse Diagnosen nicht nur seltener auf als Frauen derselben Altersklasse, sondern auch seltener als die Männer zwischen 60 und 80 Jahren (z.B. Herzdiagnosen und Lungendiagnosen). Es scheint, dass Männer, wenn sie ein hohes Alter erreichen, weniger Krankheitsdiagnosen aufweisen als Frauen in sehr hohem Alter.

Abbildung 25: Alter und Gesundheitsstörungen



Das Ausmass der Gesundheitsstörungen nimmt jedoch, nach den Aussagen der Befragten, bei Männern und Frauen mit dem Alter zu. Anders verhält es sich bei psychischen Gesundheitsstörungen: sie nehmen bei den Männern mit dem Alter ab (s. Skizze in Abbildung 26).

Abbildung 26: Alter und psychische Gesundheitsstörungen, Männer



SOMIPOPS

Bei den Frauen ist kein eindeutiger Alterstrend zu finden. Dies stimmt überein mit den Ergebnissen Seite 32 und 33. Die eigene Gesundheit wird von Männern und Frauen mit zunehmendem Alter schlechter eingestuft und der Gesamtgesundheitsindex sinkt mit dem Alter.

Das Alter hat offenbar einen unterschiedlichen Einfluss auf die verschiedenen Gesundheitsbereiche: die Klagsamkeit scheint eher abzunehmen (Beschwerden, psychische Befindlichkeitsstörungen), während körperliche Gesundheitsstörungen wie Krankheitsdiagnosen und chronische Behinderungen zunehmen. Frauen in ganz hohem Alter fühlen sich sowohl körperlich wie psychisch weniger gut als Männer in ganz hohem Alter.

### Kulturelle Merkmale und Gesundheit

An kulturellen Merkmalen wurden die verschiedenen Sprachregionen der Schweiz (deutschsprachige Region inklusive der rätoromanischen Schweiz, französisch- und italienischsprachige Region) sowie die Schweizer Bürger gegenüber den niedergelassenen Ausländern untersucht.

Frauen der französischsprachigen Schweiz geben im Vergleich zu den übrigen Frauen häufiger körperliche Befindlichkeitsstörungen an, sie klagen jedoch seltener über psychische Befindlichkeitsstörungen. Bei Männern und Frauen der französischsprachigen Schweiz treten häufiger und auch mehr körperliche Gesundheitsstörungen wie z.B. Krankheitsdiagnosen und chronische Behinderungen auf. Trotzdem stufen sie ihre Gesundheit gleich ein wie Männer und Frauen der übrigen Schweiz.

Männer der italienischsprachigen Schweiz geben häufiger körperliche wie auch psychische Befindlichkeitsstörungen an als die befragten Männer der übrigen Schweiz. Für die Tessiner Frauen ist dies nicht der Fall. Sie stufen ihre Gesundheit jedoch schlechter ein als die Frauen der übrigen Schweiz. Diese Unterschiede zeigen vermutlich neben "tatsächlichen" Unterschieden in der Gesundheit kulturell bedingte unterschiedliche Bewertungen von Befindlichkeitsstörungen.

Vergleicht man niedergelassene Ausländer und Schweizer Bürger, so treten bei mehr Schweizer Männern körperliche Befindlichkeitsstörungen auf. Untersucht man nur jene, welche Befindlichkeitsstörungen aufweisen, geben Schweizer Bürger - und zwar Männer wie Frauen - jedoch ein geringeres Ausmass an Befindlichkeitsstörungen an. Von den Gesundheitsstörungen stärkeren Schweregrades sind die niedergelassenen Ausländerinnen stärker betroffen als Schweizer Frauen. Demgegenüber geben mehr Schweizer Bürger (Männer wie Frauen) Störungen im psychischen Bereich an. Schweizer Frauen klagen zudem auch über ein grösseres Ausmass an psychischen Befindlichkeitsstörungen. Schweizer Männer stufen ihre Gesundheit schlechter ein als niedergelassene Ausländer.

Zusammenfassend geben also Schweizer Männer im Vergleich mit den niedergelassenen Ausländern mehr Befindlichkeitsstörungen und eine schlechter eingestufte Gesundheit, Schweizer Frauen weniger Gesundheitsstörungen stärkeren Schweregrades und Schweizer Männer wie Frauen mehr psychische Befindlichkeitsstörungen an.

### Soziale Schicht und Gesundheit

Als Schichtindikatoren werden die Bildung (Anzahl Schuljahre), das Einkommen und als Indikatoren der beruflichen Stellung ungelernete Arbeiter/Angestellte einerseits, Akademiker/Führungskräfte anderseits berücksichtigt.

Die Bildung spielt für Gesundheitsstörungen stärkeren Schweregrades, psychische Befindlichkeitsstörungen sowie für den Gesamtgesundheitsindex eine Rolle: Bei Männern wie Frauen treten umso seltener Gesundheitsstörungen auf, je mehr Schuljahre sie aufweisen. Bei den Frauen mit höherer Ausbildung wird zudem ein geringeres Ausmass an Gesundheitsstörungen gefunden. Andererseits zeigt sich bei den Männern, dass umso mehr psychische Symptome auftreten, je mehr Schuljahre sie aufweisen.

Auf die Gesamtgesundheit wirkt sich die Bildung bei Männern wie Frauen positiv aus.

Das Einkommen hat nach den Angaben der Befragten wenig Einfluss. Das Auftreten von Störungen in den verschiedenen Gesundheitsbereichen scheint davon nicht betroffen, wohl aber das Ausmass: Männer mit höhern Einkommen geben eine grössere Zahl an Befindlichkeitsstörungen an. Frauen mit höheren Einkommen (Haushaltseinkommen) geben hingegen eine kleinere Zahl Befindlichkeits- wie auch Gesundheitsstörungen an. Anders ausgedrückt: es liegen umso mehr Störungen vor, je tiefer das Einkommen ist.

Insgesamt wirkt sich hohes Einkommen positiv auf den Gesamtgesundheitsindex aus.

Ungelernte Arbeiter und Angestellte geben im Vergleich mit den übrigen Befragten ein höheres Ausmass an Befindlichkeitsstörungen an und weisen eine schlechtere Einstufung der eigenen Gesundheit auf. Untersucht man getrennt nach Geschlecht, so sind es die Frauen, die über mehr Beschwerden klagen, aber es sind die Männer, die ihre Gesundheit tiefer einstufen.

Akademiker und Führungskräfte hingegen stufen ihre Gesundheit besser ein als die übrigen Befragten. Männer in dieser Stellung geben jedoch häufiger psychische Befindlichkeitsstörungen an. Für Männer ist es demnach kein Widerspruch, psychische Befindlichkeitsstörungen anzugeben und dennoch zu finden, es gehe ihnen gut. Diese Ergebnisse sind vielleicht ein Hinweis darauf, dass bei der Einstufung der eigenen Gesundheit soziale Momente eine Rolle spielen. Für die Frauen der obersten beruflichen Stellungen findet sich lediglich, dass sie über eine grössere Zahl an Beschwerden klagen.

Hier zeigt sich somit als Tendenz, dass höhere Schichten (gemessen mit Bildung, Einkommen und beruflicher Stellung) insgesamt eine bessere Gesundheit, insbesondere eine bessere körperliche Gesundheit angeben. Im psychischen Bereich jedoch weisen Männer in höheren Schichten mehr Befindlichkeitsstörungen auf.

Es gibt bereits eine umfangreiche Literatur zur sozialen Ungleichheit, die bestätigt, dass Unterschichten eine schlechtere körperliche Gesundheit aufweisen<sup>1)</sup>. So weiss man z.B. aus Grossbritannien, dass bezüglich Gesamtsterblichkeit, Säuglingssterblichkeit sowie Sterblichkeit an Unfällen, Lungenentzündungen und andern Infektionskrankheiten die untern Schichten zum Teil erheblich höhere Raten aufweisen<sup>2)</sup>. In Unterschichten finden sich auch höhere Sterblichkeitsraten an Herzkrankheiten, wobei nachgewiesen werden konnte,

---

1) Eine Uebersicht über ausländische und schweizerische Arbeiten findet sich in der Dissertation von H. Bucher "Soziale Ungleichheit und Gesundheit der Schweizer Bevölkerung", Basel 1985.

2) Keil U.: Soziale Faktoren und Mortalität. Fortschr.Med. 93: No. 16, S. 805-806/842, 1975.

dass in Unterschichten mehr Gesundheitsrisiken für diese Krankheiten bestehen<sup>1), 2)</sup>. Weiter hat D. Mechanic gefunden, dass chronische Krankheiten vor allem in höhern Altersklassen Schichtunterschiede aufweisen<sup>3)</sup>.

Im psychischen Bereich wird in Unterschichten mehrheitlich ein grösseres Ausmass an psychischen Störungen vorgefunden. So zeigten Dohrenwerd und Dohrenwerd<sup>4)</sup> in einer Ueberblickstudie, dass die meisten Studien die höchsten Raten psychischer Erkrankungen in den unteren Schichten finden. Sie weisen jedoch auch darauf hin, dass vor allem bestimmte Krankheitsbilder in Unterschichten häufiger diagnostiziert werden, nämlich Schizophrenien und Persönlichkeitsstörungen. Demgegenüber weisen Neurosen und psychosomatische Erkrankungen eine unterschiedliche soziale Verteilung auf und manisch-depressive Krankheitsbilder überwiegen in den oberen Schichten.

Das im SOMIPOPS verwendete Instrument erfasst keine diagnostisch-spezifischen Störungen, sondern psychische Befindlichkeitsstörungen, die mit psychosomatischen Störungen, Depressivität, Stress und Suizidalität zusammenhängen. Es sind somit Störungen,

- 
- 1) Marmot M.G., Rose G., Shipley M., Hamilton P.J.S.: Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. J. of Epidemiology and Community Health 32: p. 244-249, 1978.
  - 2) Holme I., Helgeland A., Hjermer I., Leren P., Lund-Larson P.G.: Coronary risk factors in various occupational groups: The Oslo study. British J. of Preventive and Social Medicine 31: p. 96-100, 1977.
  - 3) Mechanic D.: Medical Sociology: p. 259-266, 1968, Free Press New York.
  - 4) Dohrenwerd B.P., Dohrenwerd B.S.: Social status and psychological disorder: A causal inquiry, New York 1969.

die mit den auch in oberen Schichten häufigen Störungen einhergehen können.

Weiter ist zu beachten, dass die Angaben von den Befragten und nicht von Medizinalpersonen stammen. Möglicherweise drücken Personen mit höherer Bildung ihre Befindlichkeitsstörungen psychischer Art auch als solche aus, während in unteren Schichten psychische Befindlichkeit eher über den Körper ausgedrückt werden. Hollingshead und Redlich<sup>1)</sup> betonen die Tendenz unterer Schichten, psychische Probleme zu somatisieren.

#### Lebensgewohnheiten und Gesundheit

Dass Lebensgewohnheiten für die Gesundheit eine wichtige Rolle spielen, wurde schon in Abschnitt 2 ausgeführt. Untersucht wurden vier solcher Gewohnheiten, nämlich Rauchen, Alkoholkonsum, sportliche Aktivitäten und Uebergewicht als Indikator des Essverhaltens. Von diesen vier Gesundheitsverhalten ist in einer Studie in den USA ein Zusammenhang mit verschiedenen chronischen Krankheiten nachgewiesen worden<sup>2)</sup>. Sie gehören auch zu einem Set von sieben Lebensgewohnheiten, für die untersucht wurde, ob sie sich auf die Sterblichkeit auswirken<sup>3)</sup>. Dabei hatte sich gezeigt, dass die Sterblichkeit unter Personen mit gesundheitsfördernden Gewohnheiten niedriger war.

---

1) Hollingshead H.B., Redlich F.C.: Social class and mental illness: A community study. New York, Wiley 1958.

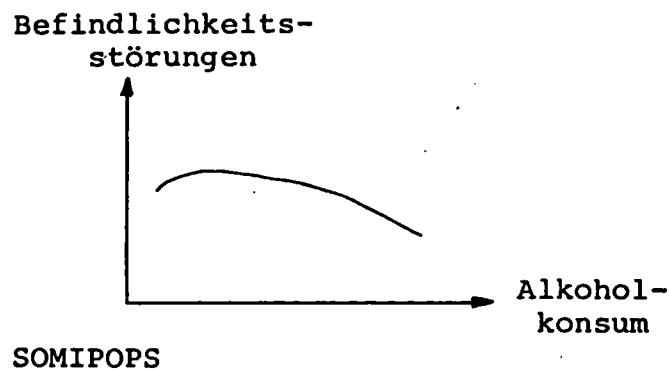
2) Metzner H.L., Carman W.J., House J.: Health Practices, Risk Factors, and Chronic Disease in Tecumseh. Preventive Medicine 12 (1983), 491-507.

3) Breslow L., Enstrom J.E.: Persistence of Health Habits and their Relationship to Mortality. Preventive Medicine 9 (1980), 469-483.

Die vier Lebensgewohnheiten zeigen auch im SOMIPOPS Zusammenhänge mit den verschiedenen Gesundheitsbereichen auf: Zwischen Alkoholkonsum und den Befindlichkeitsstörungen findet sich der in Abbildung 27 skizzierte nichtlineare Zusammenhang.

Abbildung 27: Alkoholkonsum und Befindlichkeitsstörungen

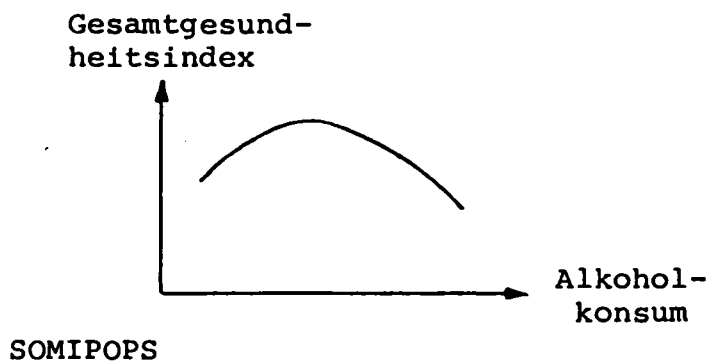
---



Zunächst nehmen Befindlichkeitsstörungen mit zunehmendem Alkoholkonsum zu, dann jedoch, bei weiter zunehmendem Alkoholkonsum, wieder ab. Es handelt sich dabei wohl kaum um einen "echten" Gesundheitsgewinn, sondern eher um eine veränderte Wahrnehmung im Sinne einer zunehmenden Gleichgültigkeit (Indolenz) gegenüber leichteren Gesundheitsstörungen. Auf Gesundheitsstörungen stärkeren Schweregrades lässt sich kein Einfluss finden. Mit der Gesamtgesundheit besteht der in Abbildung 28 skizzierte Zusammenhang.

Abbildung 28: Alkoholkonsum und Gesamtgesundheitsindex

---



Der Index steigt mit zunehmendem Konsum zuerst an, nimmt aber bei weiter zunehmendem Alkohol stetig ab.

Bezüglich psychischer und selbsteingestufte r Gesundheit wurde Alkoholkonsum nicht untersucht, da der Einfluss wohl öfter in der Richtung besteht, dass getrunken wird, weil die psychische Verfassung schlecht ist und weil man findet, es gehe einem schlecht.

Beim Rauchen zeigen sich für Männer und Frauen unterschiedliche Einflüsse. Je mehr die Männer rauchen, desto häufiger geben sie Gesundheitsstörungen an und desto schlechter ist ihre Gesamtgesundheit. Bei den Frauen lässt sich dies nicht nachweisen. Dies liegt vermutlich daran, dass wesentlich mehr Männer als Frauen über eine lange Zeit geraucht haben, und dass gesundheitliche Auswirkungen des Rauchens erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung auftreten. Somit gibt es - zumindest bisher - mehr Männer als Frauen, bei welchen sich die gesundheitlichen Auswirkungen des Rauchens manifestieren (und der Zusammenhang nachzuweisen ist).

Uebergewicht führt bei beiden Geschlechtern zu einem häufigeren Auftreten von Befindlichkeitsstörungen, wie auch zu einem stärkeren Ausmass dieser Störungen. Auch Gesundheitsstörungen stärkeren Schweregrades treten bei beiden Geschlechtern unter Uebergewichtigen häufiger auf. Nur die Männer geben jedoch ein höheres Ausmass an solchen Störungen an. Auch auf den Gesamtgesundheitsindex wirkt sich Uebergewicht nur bei den Männern negativ aus. Dies überrascht insofern, als Frauen Uebergewicht häufiger als Gesundheitsproblem angeben als Männer (s. Seite 23). Männer schreiben offenbar erst den durch Uebergewicht verursachten gesundheitlichen Störungen Krankheitswert zu.

Befindlichkeitsstörungen finden sich in geringerem Ausmass unter Leuten, die regelmässig Sport betreiben. Der Gesamtgesundheitsindex ist umso höher, je häufiger Sport ausgeübt wird. Dies gilt für Frauen und Männer. Sportlich aktiv sein könnte also als Indi-

kator für gute Befindlichkeit angesehen werden.

Der Zusammenhang mit Gesundheitsstörungen, psychischen Gesundheitsstörungen und selbsteingestufte Gesundheit wurde nicht untersucht, da kaum Sport betrieben werden kann, wenn jemand schwer krank ist.

### Belastungen und Gesundheit

Es interessieren vor allem lang andauernde Belastungen wie Störungen am Wohnort oder am Arbeitsplatz, die Mehrfachbelastung der Frauen durch Erwerbs-, Erziehungs- sowie Hausarbeit und schliesslich sogenannte "belastende Lebensereignisse", hier definiert als Tod einer nahestehenden Person oder Trennung von einem Partner während der letzten 12 Monate.

Störungen am Wohnort umfassen Verkehrslärm, Fabriklärm, Lärm von Leuten oder Kindern, die nicht zum eigenen Haushalt gehören, Verkehrsabgase, Industrieabgase sowie andere Störungen. Störungen am Arbeitsplatz umfassen Verkehrslärm, Fabrik- oder Betriebslärm, Staub, Hitze, chemische Stoffe, Gerüche, Abgase sowie andere Störungen. Störungen am Wohnort führen bei den Frauen zu einem grösseren Ausmass an Befindlichkeitsstörungen und zu einem häufigeren Auftreten von Gesundheitsstörungen (je nach Rechnungsmodell auch zu mehr psychischen Störungen). Bei den Männern findet sich dieser Zusammenhang nicht. Umgekehrt sind Störungen am Arbeitsplatz bei beiden Geschlechtern mit häufigeren gesundheitlichen Störungen verbunden und zwar sowohl mit körperlichen Befindlichkeits- und Gesundheitsstörungen wie auch mit psychischen Symptomen.

Dem Arbeitsplatz kommt also offensichtlich für die Gesundheit beider Geschlechter eine vergleichbare Bedeutung zu. Der Wohnort dagegen ist für die Gesundheit der Frauen von grösserer Bedeutung als für diejenige der Männer. Dies erstaunt nicht, sind doch von den befragten Männern rund 75% vollerwerbs- und 5% teilerwerbstätig, während bei den Frauen lediglich 23,6% voll- und rund 18% teilerwerbstätig sind. Frauen verbringen damit wesentlich mehr Zeit

in der Wohnung und sind entsprechend den Störungen am Wohnort mehr ausgesetzt.

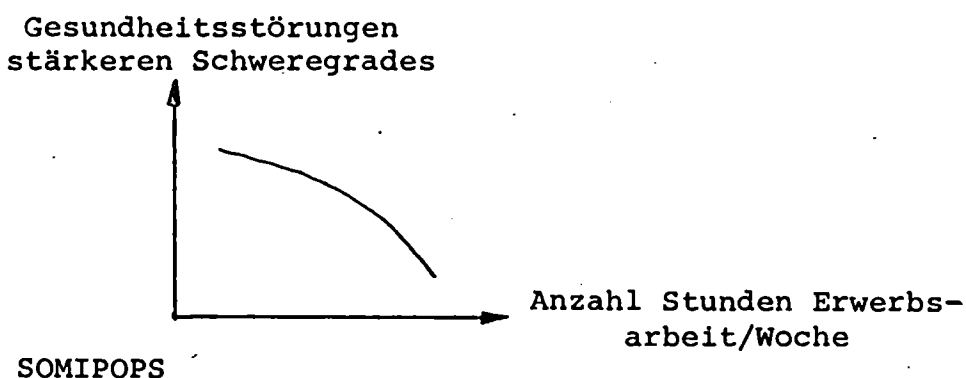
Bei den Frauen, die für das Jahr vor der Befragung ein belastendes Lebensereignis angeben, finden sich häufiger Befindlichkeitsstörungen, während ein solcher Zusammenhang bei den Männern nicht besteht. Bei beiden Geschlechtern schlagen sich belastende Lebensereignisse jedoch als psychische Befindlichkeitsstörungen und als Verminderung des Gesamtgesundheitsindex nieder. Bei den Frauen drücken sich belastende Lebensereignisse somit im psychischen wie auch im körperlichen Bereich aus.

In der Literatur findet sich eine grosse Zahl Studien, die sich mit Lebensereignissen (life events) befasst. Es bestehen jedoch widersprüchliche Ergebnisse darüber, ob belastende Lebensereignisse als Ursache für nachfolgende Gesundheitsstörungen angesehen werden können<sup>1)</sup>.

#### Arbeitsbelastung und Gesundheit

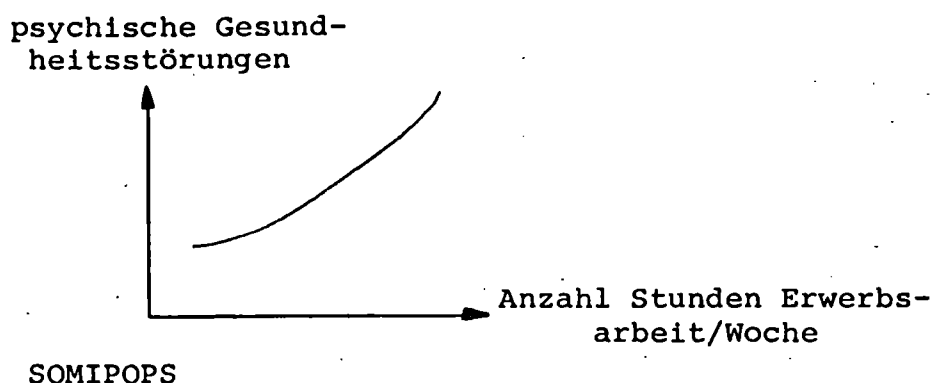
Zwischen der wöchentlichen Arbeitszeit (Erwerbsarbeit) und Gesundheit zeigen sich die in Abbildung 29 und Abbildung 30 skizzierten nichtlinearen Zusammenhänge.

Abbildung 29: Anzahl Stunden Erwerbsarbeit pro Woche und Gesundheitsstörungen, Männer



1) Tennant C.: Life events and psychological morbidity: The evidence from prospective studies. Psychological Medicine, 1983, 13, 483-486.

Abbildung 30: Anzahl Stunden Erwerbsarbeit pro Woche und psychische Gesundheitsstörungen, Frauen



Bei den Männern werden, je mehr Stunden sie pro Woche arbeiten, zunehmend weniger Gesundheitsstörungen stärkeren Schweregrades angegeben. Je besser es Männern geht, desto mehr scheinen sie zu arbeiten. Vielleicht handelt es sich auch um einen Selektionsprozess: Nur jene vermögen viele Arbeitsstunden zu leisten, deren gesundheitliche Verfassung gut ist.

Bei den Frauen hingegen nehmen mit zunehmender Anzahl Stunden Erwerbsarbeit die psychischen Befindlichkeitsstörungen zu. Bezüglich Hausarbeit zeigt sich jedoch für die Frauen ein ähnlicher Zusammenhang wie für die Männer bei der Erwerbsarbeit: Je mehr Hausarbeit Frauen leisten, desto geringer ist bei ihnen das Ausmass der Befindlichkeitsstörungen und desto besser wird die eigene Gesundheit eingestuft. Bei den Männern lässt sich kein Zusammenhang von Gesundheit und Hausarbeit nachweisen.

Zählt man Hausarbeit und Erwerbsarbeit zusammen und untersucht den Einfluss der gesamten wöchentlichen Arbeitszeit auf die Gesundheit, so zeigt sich folgendes: Je mehr die Frauen arbeiten, desto weniger Befindlichkeitsstörungen und desto weniger Gesundheitsstörungen geben sie an. Im psychischen Bereich weisen sie aber mit zunehmender Arbeitszeit zunehmend mehr Befindlichkeitsstörungen auf, während sich bei den Männern kein Zusammenhang zeigt. Für den körperlichen Gesundheitsbereich scheint somit für Männer wie Frauen derselbe

Zusammenhang zu bestehen: Je mehr Stunden gearbeitet werden, desto weniger liegen gesundheitliche Störungen vor oder umgekehrt: Je mehr gesundheitliche Störungen vorliegen, desto weniger kann gearbeitet werden. Für Frauen scheint jedoch eine hohe Arbeitsauslastung, und zwar speziell durch Erwerbsarbeit, mit häufigeren psychischen Befindlichkeitsstörungen verbunden zu sein. Um zu überprüfen, ob dies mit der Mehrfachbelastung zusammenhängt, wurden 6 Belastungsausmasse definiert und untersucht.

- 1) Vollerwerbstätige Frauen mit Kindern bis zu 4 Jahren
- 2) Vollerwerbstätige Frauen mit Kindern zwischen 4 und 9 Jahren
- 3) Vollerwerbstätige Frauen mit Kindern zwischen 9 und 15 Jahren
- 4) Teilweise erwerbstätige Frauen mit Kindern bis zu 4 Jahren
- 5) Teilweise erwerbstätige Frauen mit Kindern zwischen 4 und 9 Jahren
- 6) Teilweise erwerbstätige Frauen mit Kindern zwischen 9 und 15 Jahren.

Die Ergebnisse lassen jedoch keinen eindeutigen Schluss zu. Lediglich vollerwerbstätige Frauen mit Kindern zwischen 10 und 15 Jahren geben mehr psychische Befindlichkeitsstörungen an und teilerwerbstätige Frauen mit Kindern zwischen 0 und 4 Jahren stufen ihre Gesundheit schlechter ein. Weiter zeigte sich, dass vollerwerbstätige Frauen mit Kindern zwischen 4 und 9 Jahren ein höheres Ausmass an Befindlichkeits- und Gesundheitsstörungen angeben als die übrigen Frauen.

Um diese Zusammenhänge sauber herauszuarbeiten, müssten einerseits die Art der Arbeit wie auch eventuelle soziale Unterstützung (Haushalthilfen, Hilfen bei der Kinderbetreuung) mitberücksichtigt werden, andererseits bedürfte es einer anderen Studienanlage: mit einer einmaligen Erhebung, wie in der vorliegenden Studie, lassen sich ursächliche Zusammenhänge nicht eindeutig nachweisen. Es bräuchte sogenannte Longitudinalstudien, die ein bestimmtes Kollektiv über längere Zeit immer wieder untersucht.

### Erwerbstätigkeit und Gesundheit

Ein weiteres viel diskutiertes Thema ist der Einfluss der Erwerbstätigkeit auf die Gesundheit von Männern und Frauen. Bei den Männern stehen dabei vor allem spezifische Berufskrankheiten im Vordergrund, also die gesundheitsschädigenden Aspekte der Erwerbstätigkeit. Für die Frauen bestehen jedoch Hypothesen, wonach sich die soziale Teilnahme in der Erwerbstätigkeit - im Gegensatz zur sozialen Isolation durch die Beschränkung auf den privaten Bereich ("Hausfrauensyndrom", "Four-walls-neurosis") - positiv auf ihre Gesundheit auswirkt.

Im Rahmen dieser Arbeit kann nur pauschal ein Zusammenhang von Erwerbstätigkeit und verschiedenen Gesundheitsbereichen gesucht werden, ohne dass eine Kausalität herausgelesen werden kann. (Dafür müsste man Longitudinalstudien benützen). Zusammenhänge zwischen einzelnen Krankheiten und Erwerbstätigkeit müssten mit spezifischeren Angaben untersucht werden.

Es zeigt sich nun, dass volle Erwerbstätigkeit bei den Männern seltener mit Befindlichkeits- und Gesundheitsstörungen wie auch seltener mit psychischen Gesundheitsstörungen einhergeht. Auch das Ausmass dieser Störungen ist bei den voll-erwerbstätigen Männern geringer. Bei den Frauen findet sich weder bei den Befindlichkeits-, noch bei Gesundheits- und psychischen Störungen ein Zusammenhang.

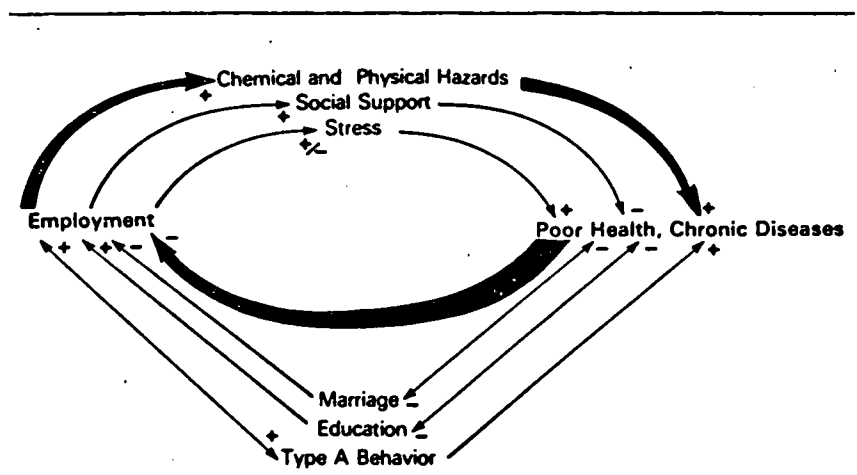
Vollerwerbstätige Frauen und Männer stufen ihre Gesundheit besser ein als nicht Vollerwerbstätige.

Vermutlich schlägt sich "gute Gesundheit" bei den Männern in voller Erwerbstätigkeit nieder, während sie sich bei den Frauen nicht so ausschliesslich in einer Rolle auswirkt. Mutterschaft, Erziehung und Familienversorgung können wohl neben Erwerbstätigkeit als "Beansprucher" der Gesundheit der Frauen verstanden werden. Bei teilerwerbstätigen Frauen finden sich häufiger psychische Befindlichkeitsstörungen als bei den übrigen Frauen. Zwischen Teilerwerbstätigkeit und selbsteingestufte(r) Gesundheit findet sich kein Zusammenhang.

Zu den komplexen Zusammenhängen zwischen Erwerbstätigkeit, Mehrfachbelastung und der Gesundheit bei Frauen liegen vor allem aus den USA einige Arbeiten vor:

J. Waldron<sup>1)</sup> entwickelte ein Modell für Faktoren, die sie sowohl bezüglich Erwerbstätigkeit wie auch bezüglich Gesundheit untersucht hat (s. Abbildung 31).

Abbildung 31: Faktoren im Zusammenhang mit Gesundheit und Erwerbstätigkeit der Frauen



Aus: Waldron<sup>1)</sup>

Erwerbstätigkeit kann sich auf die Gesundheit der Frauen sowohl positiv wie negativ auswirken: berufliche Risiken (Noxen, Unfälle) wie auch beruflich bedingter Stress erhöhen Gesundheitsstörungen, wie sie ja auch für Männer nachgewiesen sind. Indirekt wirkt sich auch das Typ-A-Verhalten (s. Seite 12), das für Karrieren im Erwerbsleben mehr Erfolg bringt als zum Beispiel für die Hausfrauenrolle, negativ auf die Gesundheit aus. Auch andere gesundheits-schädigende Verhalten wie z.B. Rauchen finden sich häufiger unter erwerbstätigen als unter nicht erwerbstätigen Frauen. Demgegenüber stehen positive Auswirkungen auf die Gesundheit durch soziale

1) Waldron J.: Employment and Women's Health: An Analysis of causal relationship. International Journal of Health Services, 1980, Vol. 10, Nr. 3, 435-454.

Kontakte und soziale Unterstützung. Frauen nannten dies in einer Studie von Ferrée<sup>1)</sup> als einen wichtigen Vorteil der Erwerbstätigkeit. In einer andern Studie wurde nachgewiesen, dass soziale Unterstützung das Krankheitsrisiko wie auch das Sterberisiko herabsetzen<sup>2)</sup>. Die Gesundheit hat auf Erwerbstätigkeit ebenfalls Auswirkungen. Gesundheitliche Gründen geben nach J. Waldron für viele Frauen den Ausschlag dafür, keine Arbeit zu suchen oder die Arbeit aufzugeben (mit zunehmendem Alter wird bei Frauen dieser Grund häufiger). Für Frauen gilt wohl noch stärker als für Männer die "Gesundheitsselektion" für die Erwerbstätigkeit. Weiter spielen einige sozioökonomische Merkmale für die Erwerbstätigkeit eine Rolle: Frauen mit höherer Bildung weisen eine bessere Gesundheit auf und werden eher angestellt<sup>3)</sup>. Verheiratete Frauen weisen im allgemeinen eine bessere Gesundheit auf als unverheiratete Frauen, aber sie gehen weniger häufig einer Erwerbstätigkeit nach. Waldron fand jedoch insgesamt wenig Erklärungswert durch diese Merkmale für Gesundheitsunterschiede zwischen Hausfrauen und erwerbstätigen Frauen.

Waldron<sup>4)</sup> untersuchte in 2 Longitudinalstudien bei Frauen mittleren Alters nach gesundheitlichen Auswirkungen der Erwerbstätigkeit sowie nach Auswirkungen der Gesundheit auf das Erwerbsverhalten. Die Gesundheitsangaben stammten von den Befragten. Sie fand über einen Zeitraum von 10 Jahren keine gesundheitlichen Auswirkungen der Erwerbstätigkeit. Hingegen findet sich unter den Frauen, die die Erwerbstätigkeit in dieser Zeit aufgegeben haben, signifikant

- 
- 1) Ferrée M.M.: Working-class jobs: Housework and paid work as sources of satisfaction, social problems (1976) 23, 431-441.
  - 2) Berkman L.F., Syme L.: Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residence. Am. Journal of Epidemiology (1979) 109, 186-204.
  - 3) U.S. Department of Labor. 1975 Handbook on Women Workers. Women's Bureau Bulletin 297. U.S. Government Printing Office, Washington, D.C. 1975.
  - 4) Waldron J. et al.: Reciprocal effects of health and labor force participation among women: Evidence from two longitudinal studies. Journal of Occupational Medicine 1982, Vo. 24, No. 2, 126-132.

häufiger eine schlechtere Gesundheit als unter den Frauen, die noch immer arbeiten.

In einer Arbeit von Verbrugge<sup>1)</sup> wird in einer Gesundheitsbefragung den Fragen nachgegangen, 1) wie die Rollen Erwerbstätigkeit, Verheiratetsein und Elternschaft mit der körperlichen Gesundheit zusammenhängen, 2) welche dieser Rollen der stärkste Zusammenhang mit Gesundheit aufweist, 3) ob Mehrfachrollen sich negativ auf die Gesundheit auswirken und 4) ob diese Rollen Männer und Frauen in gleichem Masse betreffen. Nach dieser Studie haben für Frauen und Männer alle drei Rollen (Erwerbstätigkeit, Verheiratetsein und Elternschaft) einen Zusammenhang mit guter körperlicher Gesundheit. Verheiratete, erwerbstätige Eltern weisen das beste Gesundheitsprofil auf, während sich bei Personen ohne eine dieser Rollen die schlechtesten Gesundheitsprofile finden. Erwerbstätigkeit ist am stärksten mit guter Gesundheit verknüpft, Elternschaft am wenigsten stark. Mehrfachrollen zeigen keine Auswirkung auf die Gesundheit, weder bei Frauen noch bei Männern. Nach Verbrugge hängt dies damit zusammen, dass einerseits nur Personen mit guter Gesundheit sich in mehreren Rollen engagieren können (soziale Selektion), dass aber jede dieser Rollen u.a. positive gesundheitliche Auswirkungen hat, die somit Personen mit Mehrfachrollen zugute kommen.

Es liegen zur Zeit zuwenig Informationen vor, um die Wechselwirkungen zwischen Erwerbstätigkeit und Gesundheit wie über Mehrfachrollen und Gesundheit beschreiben zu können. Es ist ersichtlich, dass die Gesündesten am ehesten Mehrfachrollen innehalten können. Es ist aber zuwenig ersichtlich, wie sich Einzel- und Mehrfachrollen auf die Gesundheit auswirken.

---

1) Verbrugge L.M.: Multiple roles and physical health of women and men. Journal of Health and Social Behaviour (1983), Vol. 24, 16-30.

### Soziale Integration, soziales Wohlbefinden und Gesundheit

Der Zusammenhang von sozialer Integration und Gesundheit wird mit folgenden Indikatoren überprüft: Zusammenleben mit einem Partner, Vorhandensein einer nahestehenden Person/Partner oder sonst jemand), Häufigkeit sozialer Kontakte (Besuche) sowie Häufigkeit sozialer Aktivitäten (in Vereinen, Berufsverbänden etc.). Das soziale Wohlbefinden wird an der subjektiven Einschätzung dieser Indikatoren gemessen.

Männer und Frauen, die mit einem Partner zusammenleben, geben ein geringeres Ausmass an Gesundheitsstörungen an und stufen ihre Gesundheit besser ein als allein Lebende. Bei den Frauen treten seltener psychische Befindlichkeitsstörungen auf, wenn sie mit einem Partner zusammenleben. Männer, die oft Besuche machen, weisen seltener psychische Befindlichkeitsstörungen auf. Frauen, die sich oft sozial betätigen, klagen öfter über psychische Störungen, allerdings über weniger ausgeprägte Störungen (möglicherweise beginnen sich Frauen mit psychischen Befindlichkeitsstörungen sozial zu betätigen, während Männer dies ohnehin häufiger tun).

Die sozial besser integrierten weisen somit eher weniger gesundheitliche Störungen auf. Umgekehrt schlägt sich soziales Unwohlsein in verschiedenen Gesundheitsbereichen nieder; Frauen und Männer, die bedauern, sich sozial nicht stärker zu beteiligen, klagen häufiger über Befindlichkeitsstörungen. Männer, die gerne häufiger Besuche hätten, geben eine grössere Zahl Beschwerden an. Frauen weisen mehr psychische Befindlichkeitsstörungen auf, wenn sie eine nahe Bezugsperson vermissen, wenn sie sich mehr Besuche wünschen und auch, wenn sie finden, sie seien sozial zuwenig aktiv. Bei den Männern finden sich lediglich weniger ausgeprägte psychische Beschwerden, wenn sie das Fehlen einer nahen Bezugsperson als störend empfinden.

Frauen stufen ihre Gesundheit eher schlecht ein, wenn sie soziale Aktivitäten vermissen.

Bei sozialem Unwohlsein reagieren Männer somit etwas stärker im körperlichen, Frauen stärker im psychischen Bereich.

### Die Wechselwirkung der verschiedenen Gesundheitsbereiche

Man weiss, dass schwere körperliche Krankheiten sich auf die psychische Gesundheit negativ auswirken können (z.B. Krebs, chronisch-rheumatische Krankheiten).

Schlechte psychische Verfassung kann sich umgekehrt auf das körperliche Wohlbefinden negativ auswirken. Man kennt eine ganze Reihe von "psychosomatischen" Beschwerden (Somatisierung von psychischen Leiden). Bei bestimmten Krankheiten (Krebs, Multiple Sklerose u.a.) werden neben anderen Entstehungsfaktoren auch psychische Konstellationen diskutiert.

Kausalzusammenhänge können in der vorliegenden Auswertung nicht geklärt werden, jedoch bestätigt sich auch hier, wie eng körperliche und psychische Leiden miteinander verflochten sind: Bei beiden Geschlechtern weisen die psychischen Gesundheitsstörungen von allen Faktoren den stärksten Zusammenhang mit Befindlichkeitsstörungen auf. Bei den Frauen ist dieser Zusammenhang etwas ausgeprägter als bei den Männern. Umgekehrt werden umso häufiger und umso mehr psychische Symptome genannt, je mehr die Befragten unter körperlichen Störungen (leichterer und schwererer Art) leiden.

Die eigene Gesundheit wird umso schlechter eingestuft, je mehr Störungen körperlicher oder psychischer Art genannt werden. Es zeigt sich, dass der Zusammenhang zwischen selbsteingestufte Gesundheit und Gesundheitsstörungen stärkeren Schweregrades wie auch psychischen Störungen bei den Männern etwas enger ist als bei den Frauen. Bei ihnen sind demgegenüber selbsteingestufte Gesundheit und Befindlichkeitsstörungen enger als bei den Männern miteinander verknüpft.

#### 5.4. Welche Faktoren beeinflussen die unterschiedliche Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Frauen und Männern?

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass subjektiv empfundene Befindlichkeits- oder Gesundheitsstörungen einen zentralen Grund für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen darstellen (Manning et al. 1981; Leu et al. 1984). Insbesondere hat sich herausgestellt, dass subjektiv empfundene Gesundheitsstörungen das Inanspruchnahmeverhalten wesentlich besser zu erklären vermögen als medizinisch-klinische Morbiditätsindikatoren. In Abschnitt 5.1. ist dargestellt worden, dass Gesundheitsstörungen von Frauen häufiger wahrgenommen und auch als störender empfunden werden als von Männern. Es erstaunt daher nicht, dass Frauen auch mehr Arztkonsultationen und Spitaltage aufweisen als Männer (vgl. Abschnitt 5.2.). Im folgenden sollen die Gründe für die nach Geschlecht unterschiedliche Inanspruchnahme medizinischer Leistungen näher untersucht werden. Insbesondere soll abgeklärt werden, ob die höhere Inanspruchnahme der Frauen ausschliesslich durch ausgeprägter vorhandene oder empfundene Gesundheitsstörungen bedingt ist oder ob auch andere Einflussfaktoren eine Rolle spielen. Wir stützen uns dabei auf das im Abschnitt 3.3. beschriebene Erklärungsmodell (MIMIC-Modell) der Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Ähnlich wie bei den in Abschnitt 5.3. dargestellten Regressionsgleichungen wird in diesem Modell der Einfluss einer grossen Zahl möglicher Einflussfaktoren gleichzeitig (simultan) untersucht. Dies erlaubt, den isolierten (partiellen) Einfluss jedes einzelnen Faktors herauszuarbeiten.

Als wichtigstes Resultat ergibt sich, dass Frauen auch bei gleicher Gesundheit, gleichem Alter, gleichen wirtschaftlichen Verhältnissen usw. öfters den Arzt aufsuchen als Männer. Sie weisen unter sonst gleichen Umständen rund 8% mehr Konsultationen auf. Ein Grund ist wohl die in Abschnitt 5.2.4. aufgezeigte höhere präventive Inanspruchnahme der Frauen. Frauen gehen öfter ohne zwingenden Krankheitsgrund zum Arzt. Ob Frauen auch öfter bestellt werden als Männer, also öfter durch Aerzte zur Konsulta-

tionen aufgefordert werden, kann mit den vorliegenden Daten nicht beurteilt werden. Umgekehrt haben Männer unter sonst gleichen Umständen rund 10% mehr Kurtage als Frauen. Schliesslich zeigt sich, dass Frauen bei gleichem Gesundheitszustand, gleichem Alter, gleicher Bildung etc. gleich viele Spitaltage aufweisen wie die Männer. Mit anderen Worten: Die in Abschnitt 5.2. ausgewiesene grössere Inanspruchnahme von Spitalleistungen der Frauen erklärt sich weitgehend durch deren höhere Morbidität.

Folgende Ergebnisse zeigen sich in Bezug auf einige weitere untersuchte Einflussfaktoren: Bei Frauen und Männern steigt unter sonst gleichen Umständen die Zahl der Arztkonsultationen mit steigendem Haushaltseinkommen. Die Zahl der Spital- und Kurtage dagegen ist unabhängig von der wirtschaftlichen Lage der Befragten. Zumindest in Bezug auf die Spitaltage dürfte der Hauptgrund darin liegen, dass 97% der Befragten eine Krankenversicherung hatten und dass bei Spitalaufenthalten weder Selbstbehalt noch Franchise erhoben werden. Umgekehrt zeigt sich bei beiden Geschlechtern, dass Personen mit einer Krankenversicherung deutlich mehr Arztkonsultationen aufweisen als Personen ohne Krankenversicherung. Bei den Männern ist dabei der Unterschied mit 14% mehr Konsultationen wesentlich stärker ausgeprägt als bei den Frauen mit 8%.

Personen mit höherer Bildung nehmen bei beiden Geschlechtern mehr Arztkonsultationen in Anspruch. Der Effekt ist stärker ausgeprägt bei den Frauen als bei den Männern. Erstere haben pro zusätzlich absolviertem Schuljahr (im Vergleich zur Minimal-schulzeit) 8%, letztere 5% mehr Konsultationen. Umgekehrt ist sowohl die Zahl der Spital- als auch der Kurtage unabhängig von der Bildung der Befragten. Zusätzlich muss hier allerdings beachtet werden, dass höhere Bildung in diesem Modell auch zu einem besseren Gesundheitsindex beiträgt (vgl. Abschnitt 5.3.), wobei eine bessere Gesundheit wiederum die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen reduziert. Berücksichtigt man auch diesen indirekten Effekt, ergibt sich, dass die Zahl der Konsultationen pro zusätzlichem Schul-

jahr im Durchschnitt für beide Geschlechter um 4,6% höher ist, während umgekehrt die Zahl der Spitaltage um 3,6% und diejenige der Kurtage um 1,9% kleiner ist. Per Saldo führt höhere Bildung damit zu einer Reduktion der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

Erwerbstätige weisen bei beiden Geschlechtern weniger Spitaltage auf als Nichterwerbstätige. Bei den Männern ergeben sich für die Nichterwerbstätigen auch mehr Kurtage. Medizinisches Wissen und eine positive Einstellung zum Arztbesuch sind bei beiden Geschlechtern mit einer höheren Zahl von Konsultationen verbunden. Ein geschlechtsspezifisches Ergebnis ergibt sich in Bezug auf den Zeitpreis von Arztkonsultationen, d.h. inkl. Zeitaufwand für den Weg vom und zum Arzt sowie die Wartezeit. Bei den Männern ist - unter sonst gleichen Umständen - die Zahl der Konsultationen umso kleiner, je grösser der Zeitpreis ist. Bei den Frauen dagegen zeigt sich kein Zusammenhang. Vermutlich spielt ein flexibleres Verfügen über die Zeit, wie es mehr Frauen als Männern möglich ist, dabei eine Rolle. Umgekehrt steigt bei den Männern die Zahl der Konsultationen mit der Zeitdauer, die der Arzt pro Konsultation auf seinen Patienten verwendet (reine Behandlungszeit). Bei den Frauen zeigt sich auch hier kein Zusammenhang.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass mit Ausnahme der Spitaltage tatsächlich geschlechtsspezifische Muster der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen vorliegen. Frauen weisen - auch wenn eine ganze Reihe von möglichen weiteren Einflussfaktoren statistisch kontrolliert werden - mehr ambulante Konsultationen und weniger Kurtage auf als Männer.

## 6. Zusammenfassung

Frauen weisen in industrialisierten Ländern eine höhere Lebenserwartung auf als Männer, sind aber zu Lebzeiten, wie dies aus verschiedenen Datenquellen hervorgeht, häufiger krank. Die unterschiedliche Sterblichkeit kommt durch die Uebersterblichkeit der Männer vor allem an Unfällen und Herz-Kreislaufkrankheiten zustande, was mit gesundheitsschädigenden Lebensweisen und Lebensumständen erklärt wird (Risikoverhalten, Alkoholismus, Rauchen, Typ-A-Verhalten, Gefahrenexposition in vielen Männerberufen).

Informationsquellen über die Morbidität zeigen, dass bei den Männern ähnliche Gesundheitsstörungen im Vordergrund stehen, die auch für ihre erhöhte Sterblichkeit verantwortlich sind: Unfälle, Suchtprobleme, Herzkrankheiten. Bei den Frauen sind in jüngeren Jahren ebenfalls Suchtprobleme wichtig, werden dann aber durch geburtshilflich-gynäkologische Probleme abgelöst. Sie leiden zudem häufiger an Gesundheitsstörungen, die im täglichen Leben Krankheitswert einnehmen, aber weniger oft zu einem vorzeitigen Verlust an Lebensjahren führen (z.B. Rheumatismus, psychische Befindlichkeitsstörungen). Für die Erklärung der Geschlechtsunterschiede in der Morbidität werden

- biologische Faktoren
- sozial bedingte unterschiedliche Lebensweisen (erworbene Krankheits- und Unfallrisiken),
- eine ausgeprägtere Gesundheitssozialisation der Frauen,
- unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitsverhalten (Lebensgewohnheiten, Inanspruchnahmeverhalten, präventive Orientierung),
- unterschiedliche Stressformen und unterschiedliche Bewältigung von Stress sowie
- unterschiedliche Wiedergabegenauigkeit von Gesundheitsstörungen

angeführt.

In der ersten gesamtschweizerischen Gesundheitsbefragung wurden Gesundheitsdaten zum körperlichen, seelischen, sozialen Gesundheitszustand, die subjektiv eingestufte Gesundheit wie auch Bestimmungsfaktoren der Gesundheit erhoben. Faktoren, welche die Gesundheit beeinflussen, können sich in verschiedenen Gesundheitsbereichen manifestieren. Dieses mehrdimensionale Konzept der Gesundheit erschwert zwar Gesamtaussagen, ermöglicht aber eine differenziertere Erfassung der Zusammenhänge.

Aufgrund dieser Gesundheitsbefragung gilt auch für die Schweiz, dass Frauen eine höhere subjektiv wahrgenommene Morbidität aufweisen. Sie klagen über mehr Beschwerden als Männer, weisen mehr Krankheitsdiagnosen und chronische Behinderungen auf, schränken ihre Aktivitäten häufiger aus gesundheitlichen Gründen ein, geben mehr psychische Befindlichkeitsstörungen an, fühlen sich sozial weniger zufrieden und stufen insgesamt ihre Gesundheit schlechter ein als Männer. Diese weisen lediglich häufiger Husten, chronische Bronchitis und Unfälle auf.

Betrachtet man die Gesundheitsangaben in Abhängigkeit vom Alter, so nehmen Gesundheitsstörungen mit dem Alter bei Männern und Frauen an Gewicht zu. Die Geschlechtsunterschiede bleiben bei Beschwerden, sozialer Dysfunktion, ärztlichen Diagnosen (s. S. 26), chronischen Behinderungen (s. S. 27) wie auch beim Gesamtgesundheitsindex (s. S. 39) in allen Altersklassen bestehen. In ganz hohem Alter geben Männer mehr chronische Behinderungen, jedoch wesentlich weniger Krankheitsdiagnosen an als Frauen. Die psychischen Befindlichkeitsstörungen weisen bei den Frauen zwei Gipfel auf (zwischen 25 und 30 sowie zwischen 45 und 50), während sie bei den Männern mit dem Alter abnehmen (s. S. 32 und S. 51). Selbst wenn statistisch für Alter, Bildung, Belastungen und eine Reihe weiterer Faktoren kontrolliert wird, geben Frauen noch immer eine schlechtere Gesundheit an (s. S. 50).

Unter den Frauen findet sich, gemessen am Gesamtgesundheitsindex (s. S. 37), insgesamt eine bessere Gesundheit bei den Hausfrauen als bei den erwerbstätigen Frauen (s. S. 40) und ebenfalls eine

bessere Gesundheit unter Frauen mit Kindern als unter Frauen ohne Kinder. Es finden sich wenig Hinweise dafür, dass ihre Gesundheit besser ist, wenn sie vollberufstätig sind (s. S. 63), wie dies aus den USA bekannt ist (s. S. 66) und wie dies für die Männer in der Schweiz gilt. Es zeigt sich jedoch bei der Auslastung durch Hausarbeit derselbe Zusammenhang wie bei den Männern bei der Auslastung durch Erwerbsarbeit (s. S. 61): je mehr Stunden pro Woche gearbeitet wird, desto besser ist die Gesundheit. Dasselbe zeigt sich, wenn bei den Frauen die gesamte wöchentliche Arbeitszeit (Hausarbeit und Erwerbsarbeit) in Beziehung zur Gesundheit gesetzt wird. Im psychischen Bereich geben Frauen jedoch mit zunehmender Arbeitszeit mehr Befindlichkeitsstörungen an, was bei den Männern nicht der Fall ist. Die Auswirkungen von Mehrfachbelastungen auf die Gesundheit lassen sich in der vorliegenden Studie nicht erfassen. Es zeigt sich lediglich der Zusammenhang, dass die Gesamtgesundheit bei 40-59jährigen Frauen mit einer Mehrfachbelastung etwas besser ist als bei Frauen gleichen Alters ohne Mehrfachbelastung (allerdings statistisch nicht signifikant, s. Tabelle 2, S. 40).

In höheren sozialen Schichten (gemessen mit Bildung, Einkommen und beruflicher Stellung) findet sich insgesamt bei beiden Geschlechtern eine bessere Gesundheit, insbesondere ein besserer körperlicher Gesundheitszustand. Dabei kommt der Bildung eine grössere Bedeutung zu als dem Einkommen. Ihre positive Wirkung auf die Gesundheit ist bei den Frauen etwas grösser als bei den Männern, die mit zunehmender Anzahl an Schuljahren ebenfalls einen besseren körperlichen Gesundheitszustand angeben, jedoch über mehr psychische Befindlichkeitsstörungen klagen.

Lebensgewohnheiten spielen für die Gesundheit von Männern und Frauen zum Teil eine unterschiedliche Rolle: Der Zusammenhang zwischen Rauchen und dem Auftreten von Gesundheitsstörungen lässt sich (bisher) nur für Männer nachweisen. Übergewicht geht bei beiden Geschlechtern mit mehr Gesundheitsstörungen

leichteren und stärkeren Schweregrades einher, der Zusammenhang ist bei den Männern jedoch ausgeprägter. Unter Leuten, die häufig Sport treiben, finden sich seltener Befindlichkeitsstörungen. Die Gesamtgesundheit wird mit zunehmendem Alkoholkonsum bei beiden Geschlechtern vorerst besser, mit weiter zunehmendem Alkoholkonsum jedoch zunehmend schlechter.

Langandauernde Belastungen wie Störungen am Arbeitsplatz (Lärm, Hitze, chemische Stoffe, Abgase etc.) sind bei Männern und Frauen mit häufigeren und stärkeren Störungen in allen Gesundheitsbereichen (im körperlichen und psychischen Bereich) verbunden. Störungen am Wohnort (z.B. Verkehrslärm, Verkehrsabgabe, Fabriklärm etc.) hingegen sind für die Gesundheit von Frauen von größerer Bedeutung: nur die Frauen geben bei zunehmender Zahl an Störungen mehr gesundheitliche Störungen an.

Bei Personen, die für das Jahr vor der Befragung ein belastendes Lebensereignis (z.B. Tod des Partners, Verlust einer nahestehenden Person) angeben, finden sich häufiger als sonst psychische Befindlichkeitsstörungen und ein tieferer Gesamtgesundheitsindex. Zudem treten bei den Frauen auch mehr körperliche Befindlichkeitsstörungen auf.

Soziale Integration hat bei beiden Geschlechtern einen Zusammenhang mit der Gesundheit. Männer reagieren bei sozialem Unwohlsein etwas stärker im körperlichen, Frauen stärker im psychischen Bereich.

Körperliche und seelische Leiden sind bei Männern und Frauen eng miteinander verknüpft. Je mehr Störungen im körperlichen Bereich auftreten, desto mehr Störungen treten auch im psychischen Bereich auf und umgekehrt. Bei den Frauen ist der Zusammenhang zwischen psychischen Befindlichkeitsstörungen und körperlichen Befindlichkeitsstörungen etwas stärker als bei den Männern.

Subjektiv empfundene Befindlichkeits- oder Gesundheitsstörungen stellen einen zentralen Grund für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen dar. Es erstaunt daher nicht, dass Frauen mehr Arztkonsultationen und mehr Spitaltage aufweisen als Männer (s. S. 42 ff.). Sie konsumieren auch häufiger und mehr Medikamente.

Als Hinweis für ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten findet sich bei den Frauen eine höhere präventive Inanspruchnahme.

Mittels komplexen Auswertungen (S. 69) zeigt sich nun aber weiter, dass Frauen auch bei gleicher Gesundheit, gleichem Alter, gleichen wirtschaftlichen Verhältnissen etc. öfters zum Arzt gehen als Männer. Die grössere Inanspruchnahme von stationären Leistungen hingegen sind weitgehend durch die höhere Morbidität der Frauen bedingt: Bei gleicher Gesundheit sind Frauen nicht häufiger und nicht länger im Spital. Männer weisen unter sonst gleichen Umständen mehr Kurtage auf als Frauen. Bei beiden Geschlechtern ist die ambulante Inanspruchnahme höher bei höheren Einkommen, bei Vorhandensein einer Krankenversicherung (stärker ausgeprägt bei den Männern), mit höherer Bildung (dieser Effekt ist stärker bei den Frauen), unter Nichterwerbstätigen, bei guter Beziehung mit dem Hausarzt und bei gutem medizinischem Wissen. Der Zeitaufwand für eine Konsultation (Hin- und Rückweg, Wartezeit und Behandlungszeit) spielt nur für Männer eine Rolle: je höher er ist, desto seltener gehen sie zum Arzt. Hingegen nimmt die Zahl der Arztbesuche bei Männern mit der Zeitdauer zu, die der Arzt pro Konsultation für seinen Patienten verwendet (reine Behandlungszeit).

Es bestehen also wichtige Geschlechtsunterschiede bezüglich Sterblichkeit, Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten wie auch bezüglich die Gesundheit beeinflussender Faktoren. Will man Einfluss nehmen, muss dies - so komplex es ist - über Veränderungen der Lebensbedingungen und Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens geschehen.

Zusammenfassung und Kommentar der  
Eidgenössischen Kommission für Frauenfragen

Frauen weisen in industrialisierten Ländern eine höhere Lebenserwartung auf als Männer (in der Schweiz bei der Geburt um ca. 6,7 Jahre höher, im 65. Altersjahr allerdings nur noch um 3,7 Jahre), sind aber zu Lebzeiten, wie dies aus verschiedenen Datenquellen hervorgeht, häufiger krank. Die unterschiedliche Sterblichkeit kommt durch die erhöhte Mortalität der Männer vor allem an Unfällen und Herzkreislaufkrankheiten zustande, was mit gesundheitsschädigenden Lebensweisen und Lebensumständen erklärt wird (Risikoverhalten in Verkehr und Freizeit, Gefahrenexposition in vielen Männerberufen, Alkoholismus, Rauchen). Informationsquellen zur Morbidität zeigen, dass bei den Männern ähnliche Gesundheitsstörungen im Vordergrund stehen, die auch für ihre erhöhte Sterblichkeit verantwortlich sind: Suchtprobleme, Unfälle, Herzkrankheiten. Bei den Frauen nehmen Suchtprobleme in jüngeren Jahren ebenfalls einen grossen Platz ein, werden dann jedoch durch frauenspezifische Probleme (geburtshilflich-gynäkologischer Bereich) abgelöst. Frauen leiden zudem häufiger an Gesundheitsbeeinträchtigungen, die im täglichen Leben Krankheitswert einnehmen, jedoch weniger häufig zu vorzeitigem Verlust an Lebensjahren führen (z.B. Rheumatismus, psychische Befindlichkeitsstörungen). Für den vorzeitigen Verlust an Lebensjahren sind bei den Frauen vor allem Tumore (spez. der Genitalorgane) verantwortlich.

Die Daten der Gesundheitsbefragung bestätigen, dass auch die Frauen in der Schweiz eine höhere subjektiv wahrgenommene Morbidität aufweisen: sie klagen über mehr Beschwerden als Männer, weisen mehr Krankheitsdiagnosen und chronische Behinderungen auf, schränken ihre Aktivitäten häufiger aus gesundheitlichen Gründen ein, geben mehr psychische Befindlichkeitsstörungen an, vermischen mehr Sozialkontakte und stufen insgesamt ihre Gesundheit schlechter ein als Männer.

Frauen nehmen ambulante Dienste häufiger in Anspruch, was z.T. zulasten einer höhern frauenspezifischen Morbidität geht (für die ambulanten Arztbesuche werden von 14% der Frauen gegenüber 10% der Männer geschlechtsspezifische Gründe angegeben), z.T. zulasten - oder zugunsten - eines unterschiedlichen Inanspruchnahmeverhaltens: Frauen gehen öfter aus präventiven Gründen zum Arzt, Männer hingegen öfter, wenn sie dazu gezwungen sind (wegen Unfällen, aus administrativen Gründen).

Die Gesundheit von Männern und Frauen wird durch viele Faktoren beeinflusst, jedoch haben einzelne Faktoren für die beiden Geschlechter ein unterschiedliches Gewicht. So zeigten sich - unter vergleichbaren Bedingungen - für folgende Faktoren Unterschiede:

- Frauen in höherem Alter sind durch Gesundheitsbeeinträchtigungen stärker betroffen als Männer (im körperlichen und psychischen Bereich). Dies ist insofern wichtig, als Frauen ja älter werden als Männer.
- Höhere Bildung geht bei Männern und Frauen - bei den Frauen jedoch in stärkerem Ausmass - mit besserer körperlicher Gesundheit einher. Dieser Unterschied ist umso wichtiger, als Frauen wesentlich weniger Schul- wie auch berufliche Bildung aufweisen.
- Lebensgewohnheiten: Der gesundheitsschädigende Einfluss von starkem Alkoholkonsum und der gesundheitsfördernde Einfluss von sportlicher Aktivität gilt für beide Geschlechter. Der schädliche Einfluss des Rauchens lässt sich (bisher) nur für die Männer nachweisen.
- Sozialkontakte spielen für die Frauen, speziell im psychischen Gesundheitsbereich, eine grössere Rolle als für Männer, weil Männer ihr Bedürfnis nach Sozialkontakten mehr aktiv im öffentlichen Bereich befriedigen, Frauen eher passiv im familiären Bereich.

Langdauernde Belastungen, z.B. Störungen am Arbeitsplatz, gehen bei beiden Geschlechtern mit schlechter Gesundheit einher. Nur für Frauen lässt sich zeigen, dass umso mehr Gesundheitsstörungen auftreten, je mehr sie Störungen am Wohnort ausgesetzt sind (dies betrifft vor allem Hausfrauen). Das Ausmass der täglichen Arbeit unterliegt einem gesundheitlichen Selektionsprozess: je gesünder jemand ist, desto länger wird gearbeitet, - und umgekehrt. Dies gilt bei den Männern für die Erwerbsarbeit, für die Frauen bei der Hausarbeit.

- Hinweise für Rolleneinflüsse: Bei den Männern geht "gute Gesundheit" weitgehend mit Vollerwerbstätigkeit einher, - im Gegensatz zu den Frauen, bei welchen sich ein analoger Zusammenhang mit Mutterschaft und mit hohem Ausmass an Hausarbeit manifestiert. Allerdings geben Frauen mit zunehmendem Ausmass an Haus- und Erwerbsarbeit zunehmend mehr psychische Befindlichkeitsstörungen an.
  - Bezüglich Mehrfachbelastungen lassen sich aus den vorliegenden Daten keine eindeutigen Schlüsse ziehen.
3. Aus dem Bericht geht hervor, dass für den Gesundheitszustand vor allem auch sozio-ökonomische Faktoren wie Bildung, Lebensumstände, soziale Kontakte, usw. massgeblich sind. Zu diesem Umfeld gehört u.E. auch der gesamte Komplex der weiblichen Rollennorm: Frauen dürfen eher Schwäche zeigen, sie dürfen "wehleidiger" sein, es wird bei Frauen eher akzeptiert, wenn sie bei leichteren Symptomen zum Arzt gehen. Allerdings ist sicher auch die bessere zeitliche Disponibilität der nicht berufstätigen Frauen ein Grund für häufigere Arztbesuche - auch dem Arzt wird es dadurch leichter, Patientinnen öfters zur Kontrolle aufzubieten, als es Berufstätigen zuzumuten ist. Interessant ist in diesem Zusammenhang der (nicht dem Bericht zu entnehmende) Umstand, dass mit höherer Dichte von operativ tätigen Gynäkologen auch die Zahl der gynäkologischen Operationen zunimmt - Frauen

als noch auszuschöpfendes, mit der Angst vor dem Krebs willig gemachtes "Arbeitsmaterial" für Aerzte? (Offensichtlich ist also nicht nur die medizinische Indikation, sondern die Verfügbarkeit von Patientinnen für die Operation und damit auch für die entsprechenden Kosten verantwortlich) \*).

Ein weiterer, zwar tatsächlicher, doch nicht allein den Frauen anzurechender Faktor ist die durch die Mutterschaft bedingte höhere Medikalisation der Frauen. Schwangerschaftsverhütung, Schwangerschaft, Geburt und später die Gesundheitsversorgung der Kinder lassen Arztbesuche für Frauen zu etwas Alltäglichem werden. Dieser regelmässige Kontakt mit Arzt und Aerztin bietet mehr Gelegenheit, auf gesundheitliche Störungen einzugehen, welche für Männer (und berufstätige Frauen) den Effort zu einem Arztbesuch noch nicht legitimieren würden.

Nach den Wechseljahren dürfte bei den Frauen zusätzlich der Verlust der Fruchtbarkeit zumindest emotional und psychisch ein Grund für die erhöhte Krankheitsanfälligkeit sein. Die Aussage des Berichtes, dass sich die soziale Integration positiv auf die Gesundheit auswirkt, müsste namentlich bei den älteren Frauen besonders berücksichtigt werden: die Mehrheit der älteren Leute sind weiblichen Geschlechts und alleinstehend (verwitwet, ledig oder geschieden) und sozial isoliert.

4. Die Fragen, welche die Kommission vor Erstellen des Berichtes im Zusammenhang mit der Beantwortung des Postulates zusammengestellt hat (s. Anhang), lassen sich mit dieser Untersuchung nur zum kleineren Teil beantworten, weil die Frage für SOMIPOPS nicht der Gesundheitszustand der Frauen war, sondern Krankheitshäufigkeiten und Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen der Schweizer Bevölkerung.

---

\*) Vgl. G. Domenighetti, P. Luraschi, A. Casabianca, E. Pedrinis, A. Spinelli: "Prévalence de l'hystérectomie et cancer de l'utérus dans la population du Canton du Tessin", 1984.

Als einigermaßen beantwortet gelten können die Fragen 3.03 / 3.05 / 3.06 / 4.02 / 4.04 / 4.11 / 4.17 und 4.19. Die unter fünf genannten Variablen wurden zum grössten Teil berücksichtigt.

Für die Beantwortung der übrigen Fragen ist folgendes zu bemerken: Die Definition der Gesundheit sollte unbedingt auch eine "objektive" medizinische Beurteilung enthalten. Die Resultate des vorliegenden Berichtes beziehen sich ja auf eigene Angaben der Befragten. Immerhin ist festzuhalten, dass sich keine Widersprüche zu andern Datenquellen (VESKA, Schweiz. Diagnosenindex) ergeben haben. Dabei ist zu beachten, dass Gesundheit auch in den Augen der Aerzte für Männer und Frauen nicht dasselbe bedeutet (verschiedene Untersuchungen beweisen dies, insbesondere für psychische Gesundheit).

Zum Problem der biologisch bzw. sozial bedingten Unterschiede in der Krankheitsanfälligkeit und im Gesundheitszustand der Geschlechter sind Hinweise möglich, wenn einerseits Frauen und Männer in der gleichen sozialen Situation und andererseits Frauen in verschiedenen Lebenszusammenhängen miteinander verglichen werden. Zudem ist das Problem solange nicht entscheidbar, als Mädchen und Knaben verschieden sozialisiert werden, weil unterschiedliche Sozialisation immer auch zu unterschiedlicher Verarbeitung derselben äusseren Situation führen kann.

Zur Beantwortung verschiedener anderer Fragen (etwa 4.01 / 4.07-4.10) könnten epidemiologische Untersuchungen wie sie in anderen westlichen Industrieländern gemacht wurden, beigezogen oder selbst durchgeführt werden.

Allgemein ist zu sagen, dass die Erhebung des Gesundheitszustandes sowie der Beanspruchung medizinischer Dienstleistungen einfacher ist als die Suche nach Ursachen von allfälligen Unterschieden. Querschnittsstudien wie die vorliegende können mögliche Zusammenhänge aufdecken, Aussagen über Ursache und Wirkung lassen sich damit jedoch nicht machen. Dafür wären ausgedehnte Longitudinalstudien nötig.

5. Aufgrund des beiliegenden Berichtes lassen sich also keine klaren sozialpolitischen Forderungen ableiten. Der Umstand, dass Frauen höhere Gesundheitskosten verursachen, kann mit ihrer längeren Lebensdauer, mit den biologischen Vorgängen Schwangerschaft und Geburt, mit ihrer rollenspezifischen Erziehung und ihrer allgemeinen Stellung in der Gesellschaft erklärt werden, alles Faktoren, die nicht in ihrer Verantwortung liegen.

Sozialpolitische Regelungen, welche lediglich nach dem Geschlecht differenzieren, lassen sich daher nicht rechtfertigen. \*) Eher sind Differenzierungen nach der sozialen Funktion oder nach dem eigenen Risiko- und Gesundheitsverhalten verantwortbar. Für diesbezügliche Entscheide fehlen jedoch noch immer die nötigen Grundlagen. Die Kommission möchte deshalb an dieser Stelle festhalten, dass sie mit diesem Bericht das Postulat Josi Meier nicht als beantwortet betrachtet. Sie regt deshalb als einzige konkrete Forderung zu den Ausführungen im Bericht an, dass im Sinne des Postulates Josi Meier gründliche, zielgerichtete und umfangreichere Untersuchungen zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Frauen in Gang gesetzt werden. Diese müssten im Rahmen eines umfassenden Nationalen Forschungsprogrammes über den Gesundheitszustand einzelner Bevölkerungs- und Beschäftigungsgruppen stehen. Im Interesse von Gerechtigkeit, Solidarität und Wirtschaftlichkeit sollen auf diesen Grundlagen die sich stellenden Fragen in der Sozialversicherung erörtert werden.

Die Kommission ist sich dabei bewusst, dass die angesprochenen Entscheide im Gesundheits- und Sozialversicherungsbereich letztlich politische Entscheide sind und nicht durch eine auch noch so umfassende wissenschaftliche Studie gefällt werden

---

\*) Eine andere Meinung vertritt die Vertreterin des Schweiz. Gewerbeverbandes: "Ob lediglich nach dem Geschlecht differenzierte sozialpolitische Regelungen gerechtfertigt sind, lässt sich aus dem Bericht nicht ableiten. Hingegen legt der Bericht eher Differenzierungen nach sozialen Funktionen oder nach eigenen Risiko- und Gesundheitsverhalten nahe".

können. Es ist Aufgabe der Politik, die von der Wissenschaft zur Verfügung gestellten Materialien und Daten zu gewichten, Entscheidungskriterien zu setzen und Konsequenzen zu ziehen. Die Kommission hält es deshalb für wichtig, dass Frauen an diesen politischen Entscheiden vermehrt beteiligt werden.

Fragen, welche die Eidg. Kommission für Frauenfragen vor Erstellen des Berichtes im Zusammenhang mit der Beantwortung des Postulates Josi Meier zusammengestellt hat

1. Ausgangslage

1.01 10. AHV-Revision

Fragen stellen sich insbesondere im Zusammenhang mit der Diskussion um das unterschiedliche Rentenalter von Mann und Frau. Das frühere Pensionierungsalter der Frau war bis heute eines der wenigen Privilegien in der Sozialversicherung. Ist dieses Privileg begründet oder muss es im Lichte von Art. 4 Abs. 2 BV preisgegeben werden?

1.02 Prämien der Kranken- und Unfallversicherung

Frauen verursachen die höheren Kranken- und Unfallversicherungskosten als Männer, selbst nach Abzug der mit der Mutterschaft verbundenen Kosten. Welches sind die Gründe dazu, inwieweit sind die durchwegs höheren Prämien für Frauen gerechtfertigt?

2. Hypothese

Frauen sind - aus biologischen Gründen und/oder aus Gründen, die in der heutigen Rollenerwartung an Mann und Frau, der damit verbundenen Arbeitsteilung, der Doppelbelastung namentlich der berufstätigen und betreuungspflichtigen Frau liegen - früher als Männer pensionsreif.

3. Hauptfragen

3.01 Welches sind die Kriterien, nach welchen "Gesundheit" definiert wird?

3.02 Wieweit ist "Krankheit" mit "Leistungsschwäche" verbunden, d.h. der Unzumutbarkeit der Fortsetzung einer Erwerbstätigkeit?

3.03 Inwiefern unterscheidet sich der Gesundheitszustand von Frauen über 60 im Speziellen und von Frauen in jedem Alter im Allgemeinen von demjenigen der Männer?

3.04 Welches sind die Gründe für einen allfälligen Unterschied?

- Gibt es Gründe, die mit den biologischen Geschlechtsunterschieden zusammenhängen?

- Gibt es Gründe, die in der sozialen Ungleichbehandlung in unterschiedlichen Rollenerwartungen, psychischen Rahmenbedingungen, unterschiedlicher Lebensweise von Frau und Mann wurzeln?

- 3.05 Aus welchem Anlass nehmen Frau und Mann ärztliche Dienste in Anspruch? (Krankheit, Unfall, Beruf, Haushalt, Sport, Strassenverkehr?)
- 3.06 Welches sind die Todesursachen von Mann und Frau - in welchem Alter?

4. Einzelfragen

- 4.01 Wie unterscheidet sich Gesundheit von männlichen und weiblichen Säuglingen?
- 4.02 Wie gesund fühlt sich die erwachsene Frau subjektiv?
- 4.03 Wie ist ihr Gesundheitszustand 'objektiv'?
- 4.04 Welche Krankheiten (inkl. Unfälle) treffen vor allem Frauen, bzw. Männer?
- 4.05 Welches sind "unechte" Krankheiten?
- 4.06 Welche hängen direkt mit den geschlechtlichen und hormonellen Unterschieden zusammen?
- 4.07 Welche psychischen Erkrankungen treten häufiger bei einem Geschlecht auf?
- 4.08 Welche psycho-somatischen Krankheiten sind geschlechtsspezifisch?
- 4.09 Welche Krankheiten/Unfälle stehen im Zusammenhang mit typisch geschlechts- und rollenspezifischen Tätigkeiten und Berufen?
- 4.10 Welches sind die Gesundheitsprobleme der Hausfrauen?
- 4.11 Unterscheidet sich die Gesundheitskarriere von berufstätigen und nicht-berufstätigen Frauen?
- 4.12 Wie verlaufen diese geschlechtsspezifischen Krankheiten?
- Führen sie schnell zum Tod?
  - Sind sie chronisch?
  - Verlaufen sie in Schüben?
  - Bedingen sie langdauernde Pflege?
  - Ist kostenintensive Betreuung notwendig?
  - Sind hohe Spalkosten damit verbunden? (Operationen, Bestrahlungen, Spezialbehandlungen)?
  - Können sie nur mit teuren Medikamenten behandelt werden? Sind diese Medikamente kassenpflichtig?

- In welchem Alter wird der Patient/die Patientin von der Krankheit befallen?
  - Wird psychische Zusatzbetreuung notwendig?
  - Hat die Erkrankung Auswirkungen auf die soziale Integration der erkrankten Person?
  - Ist die Betreuung nur im Spital möglich?
  - Ist Betreuung zu Hause theoretisch möglich?
- 4.13 Ist - wenn die Betreuung zu Hause möglich wäre - dies auch faktisch durchführbar?
- 4.14 Wie sieht die ärztliche Behandlung aus? (Gespräche mit Arzt, Zeitaufwand des Arztes? Beurteilung durch Patientin/Patient?)
- 4.15 Wie und wann lassen sich Frauen und Männer verarzten? (sofort, spät, zögernd, bereitwillig, skeptisch, medizin-gläubig, präventiv?)
- 4.16 Werden Spezialärzte aufgesucht oder Allgemeinpraktiker?
- 4.17 Inwiefern tragen Frauen anders als Männer zu ihrer Gesundheit Sorge? (Alkohol, Drogen, Nikotin, Medikamente, risikoreiches Verhalten, Sport, Strassenverkehr usw.)  
Lassen sie sich präventiv untersuchen? Betreiben sie Gesundheitsprophylaxe?
- 4.18 Wie gut ertragen Frauen und Männer ihre Krankheit?
- 4.19 Wie ist der Gesundheitszustand der über 60-jährigen?

## 5. Variable

Alle Fragen müssten aufgeschlüsselt werden nach:

- Alter
- Ausbildung
- Berufstätigkeit (ob)
- Tätigkeit
- Gelerntem Beruf
- Zivilstand
- Lebensform
- Kinder(zahl)
- Weitere betreuungspflichtige Personen im Haushalt
- Tätigkeit und Beruf des Partners/Partnerin
- Wohnform (Wohnung/Haus, Stadt/Land, Einzelhaus/Siedlung usw.)
- Hilfspersonen
- Mithilfe des Partners/der Partnerin
- Soziale Schicht (Familieneinkommen)

Korrespondenzadressen:

Frau Dr.med. E. Zemp  
Nationales Forschungsprogramm 8  
Kantonsspital  
4031 Basel

Prof. F. Gutzwiller  
Institut universitaire de médecine sociale  
et préventive  
Rue du Bugnon 17  
1011 Lausanne