

Dokumentation/Documentation

zur 3. Nationalen Tagung des Forschungsnetzwerks Gender Health
vom 29. Juni 2005 in Brugg

*du 3^{ème} colloque national du réseau de recherche Gender Health
le 29 juin 2005 à Brugg*

**Geschlecht und Gesundheit in den verschiedenen
Lebensaltern. Aktuelle Forschungsarbeiten aus dem
Bereich Gender Health.**

***Genre et santé aux différents âges de la vie.
Recherches actuelles dans le domaine Gender Health.***

Diese Dokumentation wurde unterstützt durch:
Cette documentation bénéficie du soutien de:



BAG OFSP UFSP SFOPH

Fachhochschule Aargau
Nordwestschweiz



FHA Soziale Arbeit

Impressum

© 2005 Forschungsnetzwerk Gender Health (Hrsg.)

Weitere Informationen:

Sibylle Nideröst

Koordinatorin Forschungsnetzwerk Gender Health

Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz

Departement Soziale Arbeit

Stahlrain 2

5200 Brugg

Telefon 0041 056 462 88 24

E-Mail: sibylle.nideroest@fh-aargau.ch

www.gendercampus.ch

Redaktion: Sibylle Nideröst

Bearbeitung: Doris Gehring, Sonja Rohr, Georg Schielke und Annette Weber

Fotos: Jonas Frei

Druck: Kopierlade, Brugg

Inhaltsverzeichnis/Sommaire

Vorwort	2
Gender, Gesundheit und Jugend.....	3
Georg Neubauer, Fachhochschule Jena, Fachbereich Sozialwesen	
Gesundheitliche Beschwerden und Belastungen von Frauen und Männern im Spiegel der Erwerbsarbeit – Ergebnisse einer repräsentativen Beschäftigtenbefragung in Deutschland.....	15
Prof. Dr. Frauke Koppelin, FH Oldenburg Ostfriesland Wilhelmshaven, Fachbereich Sozialwesen, Emden	
Genre et santé au cours de la vieillesse avancée – Différences versus inégalités	23
Christian Lalive d'Epinay, Université de Genève, Centre Interfacultaire de Gérontologie	
Workshop 1: Geschlecht, Gesundheit und Jugend/ Atelier 1: Genre, santé et jeunesse	
Soziale Rollen und Geschlechterunterschiede im Alkoholkonsum: Ein internationaler Vergleich.....	35
Sandra Kuntsche und Gerhard Gmel, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Lausanne	
Sexarbeit und Gesundheit	41
Ursula Koch, Abteilung für Public Mental Health, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	
Workshop 2: Geschlecht, Gesundheit und mittleres Erwachsenenalter/ Atelier 2: Genre, santé et âge adulte moyen	
Mutterschaft, Erwerbstätigkeit und Gesundheit	53
Katharina Staehelin und Paola Coda Berteau, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel	
Genre et santé psychique entre 30 et 60 ans	63
Dr. Maryvonne Gognalons-Nicolet, Hôpitaux Universitaires de Genève, Dépt. de Psychiatrie	
Eurosupport IV: Psychosoziale Probleme und Bedürfnisse von HIV-positiven Vätern in der Schweiz	73
Sibylle Nideröst, Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz, Departement Soziale Arbeit, Brugg	
Workshop 3: Geschlecht, Gesundheit und Alter/ Atelier 3: Genre, santé et âge plus avancé	
Herz-Kreislaufkrankheiten, körperliche Aktivität und Gesundheitsverhalten – Genderaspekte	83
Katharina Meyer, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel und Universität Bern	
Le travail invisible des femmes auprès des proches âgés	91
Anne Bardet Blochet, Hôpitaux Universitaires de Genève, Département de Psychiatrie	
Lebenserwartung und Gesundheit im Alter – im Geschlechtervergleich	99
François Höpflinger, Soziologisches Institut der Universität Zürich	
Gendersensitivität in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes	109
Ursula Ulrich-Vögtlin, Bundesamt für Gesundheit, Bern	

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser

Das Forschungsnetzwerk Gender Health ist ein nationales Forum zur Förderung der intersektoralen und interdisziplinären Forschungszusammenarbeit. Es versteht sich als ein offener Verbund von Forschenden und Lehrenden aus unterschiedlichen gesundheitswissenschaftlichen Bereichen, die sich mit Zusammenhängen von Geschlecht und Gesundheit auseinandersetzen. Ziel des Forschungsnetzwerks Gender Health ist eine nachhaltige Stärkung und Etablierung der Gender Health-Forschung in der Schweiz. Zu diesem Zweck führen wir jedes Jahr eine nationale Tagung durch, die sowohl den Austausch zwischen den Expertinnen und Experten fördern, als auch den Wissenstransfer in die Praxis ermöglichen soll.

Die Tagung vom 29. Juni 2005 in Brugg befasste sich mit dem Thema Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter, im Erwachsenenalter und im höheren Alter. Im Zentrum stand die Auseinandersetzung mit Forschungsergebnissen aus unterschiedlichen Bereichen, wie Sucht, Arbeit, Gesundheits- und Risikoverhalten, Betreuung und Sozialisation in den jeweiligen Lebensaltern.

Wir freuen uns, Ihnen nun die Dokumentation zu dieser Tagung vorlegen zu können. Sie umfasst die im Rahmen von Referaten und Workshops präsentierten Beiträge. An dieser Stelle bedanken wir uns auch nochmals recht herzlich bei den Referentinnen und Referenten und den Workshopleiterinnen und -leitern. Unser Dank geht aber auch an das Bundesamt für Gesundheit, Fachbereich Gender Health und die Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz, Departement Soziale Arbeit, die durch finanzielle und personelle Mittel diese Tagung erst möglich gemacht haben.



Sibylle Nideröst, lic. phil.
Koordinatorin Forschungsnetzwerk



PD Dr. med. Elisabeth Zemp Stutz
Leiterin Forschungsnetzwerk

Gender, Gesundheit und Jugend

Georg Neubauer, Fachhochschule Jena, Fachbereich Sozialwesen



Georg Neubauer

Aufbau der Arbeit

Mein Vortragstitel enthält drei Begriffe: Gender, Gesundheit und Jugend, auf die ich zuerst eingehen möchte. In der englischen Sprache hat man für den deutschen Begriff Geschlecht zwei Übersetzungen: sex für das biologische, spezifische Geschlecht – z.B. Frauen haben eine Scheide und können Kinder kriegen; Männer haben einen Penis und können Kinder zeugen – und gender für das soziale, typische Geschlecht – z.B. Frauen sind mehr an Kindern interessiert als Männer. In meinem Vortrag über Jugend werde ich vorwiegend auf das soziale Geschlecht also gender eingehen. Ich habe mich aber entschlossen, da auf dieser Tagung Kindheit nicht in den Focus genommen wird, auch auf Kindheit einzugehen und hier insbesondere auf die Unterschiede, die sich biologisch also physiologisch zeigen.

Die Betrachtungen der geschlechtlichen Unterschiede beziehe ich auf die Gesundheit. In meinem Vortrag möchte ich auf eine allgemein gehaltene Definition von Gesundheit zurückgreifen, die sich durch die WHO ergibt: Gesundheit ist dann gegeben, wenn physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden vorliegt. Dabei werde ich besonders auf das psychische und soziale Wohlbefinden im Jugendalter eingehen und weniger auf physische Erkrankungen. Wohl wissend, dass die Jugendlichen gerade das körperliche Wohlbefinden mit Gesundheit verknüpfen. Häufig arbeiten Jugendliche mit dem alltagssprachlichen Begriff von Gesundheit: Ich bin nicht körperlich krank, also bin ich gesund. Das Thema Gesundheit rankt entsprechend um die körperliche Unversehrtheit.

Nicht erst seit Antonovsky (1979) wissen wir, dass der Mensch nie ganz gesund noch ganz krank ist, und er sich bemüht gesund zu werden bzw. gesund zu bleiben. Andererseits sind viele Krankheiten heutzutage chronisch und werden häufig durch die Verhaltensweisen der Menschen hervorgebracht. Ich werde deshalb auf die Hauptrisiken

unserer heutigen Gesundheit eingehen, auf Tabak- und Alkoholkonsum, die erst Jahre später zum Ausbruch einer Krankheit bzw. zum Tode führen können. Ich werde mich besonders mit dem Gesundheitsverhalten Jugendlicher beschäftigen und der Bedeutung von legalen Drogen für die Jugendlichen. Vorweg werde ich auf jugendliche Sexualität eingehen, da gerade an diesem Beispiel gezeigt werden kann, dass häufig genannte Zweifel von Erwachsenen hinsichtlich jugendlichem Gesundheitsverhalten und -kompetenz mehrheitlich nicht gerechtfertigt sind. Ähnliches gilt auch für Tabak- und Alkoholkonsum.

Meine Ausführungen beziehe ich auf die Gruppe der 12–17-jährigen Jugendlichen.

Wir können davon ausgehen, dass das gesundheitliche, auch geschlechtstypische Verhalten sich nicht erst im Jugendalter einstellt. Deshalb möchte ich auch kurz auf die Kindheit eingehen, da hier schon gravierende Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen sichtbar werden.

Gender, Gesundheit und Kindheit

Jungen werden häufiger als Mädchen mit physischen Beeinträchtigungen geboren und zeigen auch häufiger körperliche Entwicklungsverzögerungen, so dass es nach der Geburt zu Nachreifungen kommt. Schon die Embryonenentwicklung und die Geburt stellen für Jungen ein erheblich höheres Risiko dar als für Mädchen. Auf 100 Mädchen werden im Durchschnitt 107 Jungen geboren. Da auf 100 Mädchen, die die Geburt oder die erste Lebenswoche nicht überstehen, 140 Jungen das gleiche Schicksal erfahren, verschiebt sich die Relation recht schnell, so dass im Grundschulalter das Verhältnis 49 % Mädchen und 51 % Jungen beträgt. Insgesamt sterben bis zum 75. Lebensjahr mehr Jungen als Mädchen, so dass in dieser Alterstufe erheblich mehr Frauen als Männer leben. (Schnack & Neutzling 1993, S. 101f.).

Die Auswertungen des Früherkennungsprogramms in Deutschland (Ü1 bis Ü8) zeigen, dass bei 32 festgestellten Krankheiten und Störungen in nur vier Fällen, darunter als folgenreichste Diagnose Hüftgelenksfehlstellungen, Mädchen stärker betroffen waren als Jungen. Alle anderen Krankheiten stellen sich als zum Teil extrem jungenspezifisch dar, z.B. Diabetes 2,5:1, Erkrankungen der Atmungsorgane 1,5:1, Fehlbildungen und Erkrankungen der Geschlechtsorgane 16:1 (Schnack & Neutzling 1993, S. 104). Insbesondere Jungen erfahren durch ihr kränklich Sein von ihren Müttern häufigere und intensivere Betreuung als Mädchen, so werden sie später abgestellt, häufiger auf den Arm genommen usw.

Trotz intensiver Versorgung und Bemutterung können die körperlichen Defizite aber nicht ausgeglichen werden. So gehen schliesslich mehr Jungen als Mädchen in alle Formen von Sonderschulen.

Wird alltagstheoretisch den Jungen mehr Aggressivität und körperliche Unruhe unterstellt, wäre für die Sonderschule für Verhaltensgestörte auch eine andere Erklärung möglich.

Dagegen kann für Seh- und Hörgeschädigte und Körperbehinderte angenommen werden, dass vorwiegend pathogene körperliche Defizite hierfür eine Rolle spielen, wie sie sich schon als Geburtserkrankungen gezeigt haben.

Die hohe Zahl von Sprachbehinderten ist auch auf den hohen Anteil von stotternden Jungen zurückzuführen.

Tabelle 1: Jungenanteil in Sonderschulen

Sonderschulen für Verhaltensgestörte	79 %
Sonderschulen für Sprachbehinderte	71 %
Sonderschulen für Lernbehinderte	60 %
Sonderschulen für Körperbehinderte	59 %
Sonderschulen für Sehgeschädigte	58 %
Sonderschulen für Hörgeschädigte	57 %
Sonderschulen für geistig Behinderte	57 %
Sonderschulen insgesamt	64 %

aus: Statistisches Bundesamt 2002 aus Focus 32/2002

Wenn man diese Zahlen sieht, wird man vermuten, dass mehr Mädchen als Jungen auf höhere Schulen gehen. Diese Vermutung stimmt: Mehr Mädchen in Deutschland machen Abitur als Jungen.

Tabelle 2: Jungenanteil in Schulen (in Prozent)

Schulform	1970	1980	1990	2000
Grundschulen	51	51	51	51
Sonderschulen	60	62	62	64
Hauptschulen	51	54	55	56
Realschulen	47	46	48	49
Gymnasien	56	50	49	46

aus: Statistisches Bundesamt 2002 aus: Focus 32/2002

Die Tabelle zeigt aber auch, dass dieser Wandel erst ab 1980 zu beobachten ist. Galt doch das „katholische Arbeitermädchen auf dem Lande“ bis dahin als die bildungsmässig meist diskriminierte Person in Deutschland. Die Bildungsoffensive in den 70er Jahren veränderte dieses Bild. Es wurden mehr Gymnasien auf dem Lande (insbesondere auch im katholischen Bayern) gebaut, und Eltern wurden ermutigt, ihre Kinder, insbesondere auch Mädchen, auf weiterführende Schulen zu schicken. So kann festgestellt werden, dass die physisch häufig gesünderen Mädchen ihre Vorteile auch gesellschaftlich in die Waagschale werfen können. Die physiologisch dagegen stärker belasteten Jungen in den unteren Ausbildungsgängen zunehmend die Mehrheit und in den höheren Ausbildungsgängen die Minderheit einnehmen.

Es liesse sich noch einiges zum Verhältnis von sex und gender, Jungen und Mädchen im Kindesalter sagen. Ich möchte mich aber jetzt der Gruppe der Jugendlichen zuwenden.

Gender, Gesundheitsbegriff und Jugend

Die eigene Vorstellung, was unter dem Begriff Gesundheit zu verstehen ist, ist nicht nur von kulturellen und sozialen Einflüssen abhängig, sondern auch vom Alter und Geschlecht. Kinder betonen in ihren Vorstellungen von Gesundheit besonders Körper- und Krankheitsaspekte, wobei Jugendlichen dann allmählich auch affektive und psychosoziale Aspekte mit einbeziehen.

Eine Studie von Franzkowiak (1986) zeigt, wie sich das Gesundheitskonzept von Heranwachsenden entwickelt :

1. Gesundheit wird bis zum Alter von 16 Jahren über sportliche und körperliche Leistungsfähigkeit und über kurzfristig erlebbares psychosomatisches Wohlbefinden, das stark gruppen- und gegenwartsorientiert ist, definiert.
2. Ab dem 16. Lebensjahr wird das Gesundheitskonzept – vor allem bei Mädchen – um psychische und soziale Komponenten erweitert. Seelische Ausgeglichenheit, Partnerschaft, Glück und soziale Unterstützung werden in einem Zusammenhang zu Gesundheit gesetzt.
3. Für ältere Heranwachsende, sogenannte Postadoleszente, konnten Kolip und Hurrelmann (1994) zeigen, dass die Mehrdimensionalität des Gesundheitsbegriffs voll ausgeprägt ist. Gesundheit wird sowohl am somatischen, physischen Massstab als auch am psychosozialen Massstab gemessen. Während die Jungen körperliche Funktionsfähigkeit betonen und das eigene Urteil durch ärztliche Befunde validieren, legen die älteren Mädchen besonderen Wert auf die Ausgewogenheit von psychischen und somatischen Komponenten. Dabei ist das subjektive Wohlbefinden der wichtigste Indikator.

In einer Bielefelder Studie bei Schülerinnen und Schülern der 9. Klasse (Engel & Hurrelmann 1993) ist besonders auffällig, dass fast doppelt so viele Mädchen wie Jungen ihr subjektives Wohlbefinden („ich fühle mich wohl in meiner Haut“) mit Gesundheit in Verbindung setzen, dagegen bei den Jungen die Funktionsfähigkeit („ich bin körperlich fit“) im Vordergrund steht.

Aus dieser Untersuchung wird deutlich, dass mit zunehmendem Alter Gesundheit immer weniger mit der Abwesenheit von Krankheit in Verbindung gebracht wird. Dagegen wird das Wohlbefinden immer wichtiger, wobei die Funktionsfähigkeit (verträgt viel, ist fit, usw.) eine grössere Bedeutung für die Jungen und das psychische Wohlbefinden (hat Freunde, wird anerkannt, usw) eine grössere Bedeutung für die Mädchen hat.

Entwicklungsaufgaben im Jugendalter

Jugendliche dürfen in der Jugend Dinge tun, die ihnen in der Kindheit verboten wurden, z.B. Sex, Alkohol und Rauchen. Aber auch andere Dinge eröffnen sich ihnen, z.B. Autofahren und Stimmabgabe bei den Kommunalwahlen und später Parlamentswahlen.

In der Jugendforschung werden diese Dinge als Entwicklungsaufgaben betrachtet, das heisst, indem Jugendliche diese Aufgaben für sich lösen, sind sie in der Lage erwachsen zu werden.

Entwicklungsaufgaben im Jugendalter

1. Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung und effektive Nutzung des Körpers
2. Erwerb der männlichen bzw. weiblichen Rolle
3. Erwerb neuerer und reiferer Beziehungen zu Altersgenossen beiderlei Geschlechts
4. Gewinnung emotionaler Unabhängigkeit von Eltern und anderen Erwachsenen
5. Vorbereitung auf die berufliche Karriere
6. Vorbereitung auf Heirat und Familienleben
7. Gewinnung eines sozial verantwortlichen Verhaltens
8. Aufbau eines Wertsystems und eines ethischen Bewusstseins als Richtschnur für eigenes Verhalten
9. Über sich selbst im Bilde sein
10. Entwicklung einer Zukunftsperspektive
11. Aufnahme intimer Beziehungen zum Partner (Sexualität, Intimität)

Die ersten neun Entwicklungsaufgaben wurden von Havighurst genannt, die letzten beiden wurden von Dreher & Dreher (1985) angefügt. Hierdurch wurde der Entwicklung Rechnung getragen, dass Jugendliche in den 60er Jahren durchgesetzt hatten, schon im Jugendalter sexuelle Erfahrungen haben zu dürfen (vgl. Neubauer 1990, 2002). Bevor ich mich aber dieser Entwicklungsaufgabe zuwende, möchte ich mich der Frage widmen, wie verarbeiten Jugendliche diese Herausforderung.

Gender, Stressbewältigung und Jugend

Die Jugendforschung hat sich auf vielen Ebenen diesen Fragen zugewandt. So wurde durch Coleman (1974) und später durch andere Forscher das Copingverhalten untersucht, also die Fähigkeit Probleme zu bewältigen. Insgesamt stehen die meisten Jugendlichen den Herausforderungen in der Jugend positiv gegenüber, d.h. sie sehen zwar die Probleme, glauben aber, dass sie zu lösen und eine interessante Herausforderung sind. Die Shell-Studien (1981) zeigten darüber hinaus, dass nicht alle Aufgaben gleichzeitig angegangen werden, sondern eine zeitliche Streckung und Aneinanderreihung erfolgt.

Trotzdem muss festgestellt werden, dass die Belastungen immer mehr ansteigen und zunehmend problematische psychosomatische Reaktionen bei den Jugendlichen zu beobachten sind, insbesondere Kopf- und Magenschmerzen, Unruhe, Konzentrationschwierigkeiten usw.

Diese Befunde konnten von der Forschergruppe um Klaus Hurrelmann immer wieder nachgewiesen werden, die Dimension fand dann auch Eingang im internationalen Forschungsverbund HBSC – Health Behavior of School Aged Children (siehe hierzu Hurrelmann u.a. 2002).

Besonders auffällig ist, dass Mädchen stärker als Jungen belastet sind. Als ein Beispiel möchte ich die zusammenfassenden Daten aus der deutsch-deutschen Studie von Mansel, Pollmer und Hurrelmann nennen.

Tabelle 3: Belastungen im Jugendalter

	Mädchen		Jungen	
	Ost	West	Ost	West
Emotionale Anspannung	40	34	31	28
Negative Selbstwertschätzung	27	18	19	14
Psychosomatische Beschwerden	31	31	16	19
Negative Einschätzung der eigenen Gesundheit	33	37	25	26

aus: Mansel, Pollmer. & Hurrelmann, K. 1992, S. 92

Emotionale Anspannungen und psychosomatische Beschwerden finden sich signifikant häufiger bei Mädchen. Es gibt dafür keine eindeutige Erklärung. Manche Autoren meinen, dass Jungen ungern angeben, dass sie schlecht drauf sind, es wird als unmännlich empfunden. Andere Autoren meinen, Mädchen agieren ihr Unwohlsein eher inner-somatisch ab, Jungen würden eher ihren Ärger nach aussen abreagieren.

Festzustellen bleibt aber, dass die psychosomatischen Beschwerden zunehmen und Mädchen höher belastet sind als Jungen. Die Frage, die sich dabei stellt, ist: Warum sind Mädchen, trotz physisch und kognitiv besserer Voraussetzungen in der Kindheit, in der Jugendphase stärker psychisch und somatisch belastet?

Hierauf gibt die Forschung bisher keine Antworten. Möglicherweise gehen Jungen durch die hohe Problembelastung in der Kindheit psychisch gestärkt in ihre Jugendzeit. Es ist aber auch zu vermuten, dass Jungen mehr als Mädchen ihre Kompetenz in grösseren Freiheitsräumen entwickeln dürfen.

Gerade beim folgenden Beispiel der Sexualität ist immer wieder zu beobachten, dass pubertierende Jungen auf diesem Gebiet ihre „Hörner abstossen“ dürfen und von den Eltern und Verwandten grössere Freiräume erhalten als Mädchen. Mädchen müssen schon früh erfahren, dass ihre Eltern sie mit ungerechtfertigten Vorhaltungen, wie z.B. „Kind bring kein Kind mit nach Hause“, konfrontieren und ihnen nur eingeschränkte Freiräume zugestehen.

Gender, Sexualität und Jugend

Bis in die 60er Jahre des letzten Jahrhunderts war es den Jugendlichen verboten bzw. verwehrt, Sexualität im frühen Jugendalter zu haben.

Der Blick in die 50er und 60er Jahre verdeutlicht die gesellschaftliche Reglementierung von Sexualität. Vor- und ausserehelicher Geschlechtsverkehr war unvorstellbar und wurde heimlich oder gar nicht ausgeübt. In der Regel verlobte man sich zuerst oder wartete sogar bis zur Heirat. Falls die Frau vor der Ehe schwanger wurde, kam es zur „Mussehe“, so dass die „Verfehlung“ legitimiert und legalisiert werden konnte.

Auch rechtlich war durch das Kuppeleigesetz geregelt, dass unverheiratete Paare keine Räumlichkeiten zur Übernachtung – durch Anmietung einer eigenen Wohnung oder eines Hotelzimmers – erhielten, da hierdurch der Prostitution Vorschub geleistet würde. So war vordergründig gewährleistet, dass Jugendsexualität und somit „Gefährdung“ von Jugendlichen weitestgehend ausgeschlossen wurden. Das Ziel war also, durch Repression Jugendsexualität zu verhindern oder zumindest zu erschweren.

Die Jugendlichen in der Schüler- und Studentenbewegung der 60er Jahre machten sich gerade die letztgenannten Ideen zu eigen: Sie wollten nicht länger ihre sexuellen Wünsche allein in der gesellschaftlich nützlichen Schularbeit sublimieren. Sie setzten einen Umdenkungsprozess in Gang, der auch die Sexualaufklärung in den Schulen erheblich veränderte und die Strategie des „Totschweigens“ von Sexualität in der Schule aufhob. So wurde in den 70er Jahren von fast allen Schulbehörden der Länder Regelungen für den Sexualkundeunterricht erlassen und erstmals für die Schulen vorgeschrieben (Kluge 1984).

Die Aufhebung bzw. Veränderung der Beschränkungen der (Jugend-) Sexualität ging nicht ohne erhebliche Bedenken in der Gesellschaft aber auch in der Wissenschaftsgemeinschaft vonstatten. So glaubte der angesehene Soziologe Schelsky (1955), dass durch die Freigabe von Jugendsexualität die Werte der abendländischen Kultur verloren gingen, und die Gesellschaft im Chaos ersticken würde. Diese Bedenkensträger hielten eine restriktive Verbotshaltung durch die Eltern und die Gesellschaft im Hinblick auf Jugendsexualität und eine repressive Sexualaufklärung von Jugendlichen für angebracht.

Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass an die Stelle der Verzichts- und Unterdrückungsmoral ein breites Feld der „Sexualaufklärung“ in den verschiedenen Medien getreten ist, so dass auch Jugendliche sich schon frühzeitig ein Bild über Sexualität machen können. Hierbei stehen sie vor dem Problem, dass Sexualität sich bunt darstellt (schon am Nachmittag können sie in den Talkshows die verwegenen sexuellen Subkulturen „erleben“). Sexualität wird aber auch vermarktet, so dass frühzeitig z.B. ein Leistungsdruck entsteht, sich in den Fitnessstudios sexuell attraktiv zu trainieren und sich durch Piercing und Tätowierung – an welchen Körperteilen auch immer – körperlich und somit sexuell attraktiv zu stylen. Sexualität wird häufig mit Körperkultur gleichgesetzt und die emotionalen Voraussetzungen von Sexualität z.T. vergessen.

Trotzdem muss davor gewarnt werden, dass sich besonders bei den Eltern das Bild im Kopf festsetzt, die Jugendlichen wollten nur Sex und wären hierzu schrankenlos bereit. Gerade die Sexualforschung der letzten Jahrzehnte zeigte auf, dass die sexuelle Liberalisierung zur „Lieberalisierung“ von Sexualität geführt hat. Denn „Liebe“ ist immer noch für viele Jugendliche, auch für Jungen, Voraussetzung für Sexualität (Schmidt 1993).

Im Vergleich zu den 60er Jahren hat sich das Verhütungsverhalten drastisch verbessert: Weniger Jugendliche verhüten heute beim ersten Koitus überhaupt nicht und wesentlich mehr verhüten mit Kondom oder/und Pille. So hatten beim ersten Mal 1970 31% der Jungen und 26% der Mädchen, 1990 nur 13% der Jungen und 17% der Mädchen ungeschützten Geschlechtsverkehr (Schmidt 1993, S. 146). Die von Schmidt-Tannwald und Urdze (1983) wiederholte Studie (BZgA 1998) bestätigt diesen Trend zu einem deutlich sichereren Verhütungsverhalten. Auch Studien in anderen westeuropäischen Ländern zeigen, dass dem Mythos von einem ungeschützten Geschlechtsver-

kehr (besonders beim ersten Mal) widersprochen werden muss. Fast alle Jugendlichen zeigen heutzutage durchaus Verantwortungsbewusstsein im Hinblick auf die Verhütung ungewollter Schwangerschaft.

Tabelle 4: Verhütungsverhalten beim ersten Mal

	1970 (1)		1990 (1)		2001 (2)	
	M	J	M	J	M	J
Ungeschützter Geschlechtsverkehr beim ersten Mal	26	31	17	13	12	15
Kondom und/oder Pille	39	51	77	81	81	74

(1) Schmidt 1993, S. 151; (2) BzGA 2001, S.60f.

Aber nicht nur vor dem ersten Geschlechtsverkehr sondern auch danach bleibt die Verhütung eine wichtige Frage. So ist zu beobachten, dass die Jugendlichen häufig bei späteren Sexualkontakten anders verhüten als beim ersten Mal. Es gilt insgesamt, dass nur wenige Jugendliche dann nicht verhüten (BZgA 1998, S. 258f.). Heutzutage wird aber viel häufiger mit dem Kondom verhütet als früher.

AIDS hat anscheinend auch die Jugendlichen nicht unbeeindruckt gelassen. Zwar ist die Zahl der koituserfahrenen Jugendlichen nicht zurückgegangen, aber gerade in den 80er Jahren war im Zuge der AIDS-Kampagne zu beobachten, dass der Kondomgebrauch und auch die Akzeptanz der Kondome erheblich zugenommen haben. Jugendliche benutzen heute fast so häufig das Kondom, wie es Erwachsene in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts getan hatten. Sie hatten in den 50er Jahren die Pille nicht zur Verfügung, die in der Regel den Eltern der heutigen Jugendlichen schon zur Verfügung stand. Insgesamt ist bei den heutigen Jugendlichen zu beobachten, dass der Kondomgebrauch zurückgeht, wenn die Partner sich längere Zeit kennen, und dann in der Regel nur mit der Pille verhütet wird (Schmidt 1993, S. 150; BZgA 1998, S. 258f.). Dann sind sich Jugendliche auch treu und es gibt keine „Seitensprünge“. So sprechen Sexualforscher wie Schmidt u.a. davon, dass Jugendliche seriell monogam leben. Insgesamt leben die Jugendlichen auch nicht promisk. So haben 1980/81 als auch 1994 drei Viertel der Mädchen mit maximal zwei Partnern Geschlechtsverkehr gehabt, den gleichen Anteil erreichen Jungen mit drei Partnerinnen (BZgA 1998, S.255).

Festzuhalten ist, dass Jugendliche heute in der Regel mit 16 Jahren Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr haben und in der Regel verhüten. In der Regel lieben sie ihren Partner resp. Partnerin und sind ihm resp. ihr treu. Dabei hat sich der Anteil an Jugendlichen, auf die dies zutrifft, besonders bei den Jungen erhöht. Mädchen haben diese Werte immer schon höher gehalten als die Jungen.

Wie sieht es nun bei Alkohol und Rauchen aus, einem Verhalten das bei männlichen Jugendlichen in den 60er Jahren stärker verbreitet war als bei Mädchen.

Welche Bedeutung hat Alkohol und Rauchen für die Jugendlichen.

Gender, Tabak- und Alkoholkonsum und Jugend

Den Jugendlichen wird im Unterschied zu den Kindern gestattet, zu rauchen und Alkohol zu trinken. Dieses ist den Jugendlichen bewusst und sie sehen sich vor die Frage gestellt, ob sie diese legalen Drogen konsumieren wollen oder nicht. Da in unserer Gesellschaft diese Drogen zum Alltag gehören, ist es für den Jugendlichen ein wichtiger Schritt, hierzu Stellung zu beziehen und eine Verhaltenskompetenz aufzubauen. Dabei hat der Konsum verschiedene Funktionen für den Jugendlichen.

Der Konsum von *Tabak, Alkohol und illegalen Drogen* dient als ausweichende Problemverarbeitung

- um mit Versagenssituationen umzugehen,
- zur Stress- und Gefühlsbewältigung,

darüber hinaus aber auch,

- um zu experimentieren,
- um Erfahrungen zu sammeln/Grenzen zu testen,
- um sozialen Protest auszudrücken,
- als Vorwegnahme des Erwachsenenseins,
- um den Zugang zu Peergruppen zu erleichtern,
- um bewusst elterliche Normen zu verletzen,
- um einen verantwortungsvollen Umgang zu lernen.

Rauchen

Die Tabelle 6 zeigt, dass Mädchen beim Rauchen aufgeholt und z.T. die Jungen überholt haben. War in den 80er Jahren das Rauchen unter Jugendlichen zurückgegangen, so nahm es in den 90er Jahren zu. In Deutschland wurde dieser Trend noch verstärkt, da nach der Wiedervereinigung ein rauchender Osten dazu kam. Aber insbesondere bei den Mädchen gab es einen erheblichen Anstieg. Möglicherweise wurde der Trend dadurch verstärkt, dass zunehmend mehr Zucker dem Tabak zugefügt wurde.

Tabelle 5: Raucherquote 12–17-Jährige (in Prozent)

	insgesamt	männlich	weiblich
1993	20	21	20
1997	28	27	29
2001	28	27	28
2003	23	22	23
2005	20	21	19

•BzgA-Repräsentativerhebungen zur Drogenaffinität Jugendlicher

Vielleicht ist dieses Verhalten auch durch zunehmenden schulischen Stress hervorgerufen worden.

Ich glaube aber, dass auch die gesellschaftliche Liberalisierung im Umgang mit dem Thema „Frauen und öffentliches Rauchverbot“ dazu geführt hat.

Zur Zeit ist zu beobachten, dass die Raucherquote fällt. Vielleicht hat das Gesundheitsbewusstsein zugenommen. Bestimmt hat aber auch die Erhöhung des Zigarettenpreises dazu beigetragen.

Alkohol

Der Alkoholkonsum bei Jugendlichen ist durch zwei Dinge beeinflusst. Mädchen vertragen weniger Alkohol als Jungen und trinken auch weniger. Mädchen trinken aber auch und wenn, dann eher süsse Getränke. Dies haben auch die Brauereien und Destillierfabriken erkannt und bieten zunehmend süsse Mixgetränke an, sogenannte Alkopops.

Tabelle 6: Alkoholkonsum Jugendlicher (in Prozent)

	1973	1982	1993	2004
Bierkonsum insgesamt	48	34	31	22
männlich	64	47	50	35
weiblich	30	21	11	8
Weinkonsum insgesamt	24	15	10	7
männlich	23	14	9	6
weiblich	25	16	12	9
Mixgetränke insgesamt	-	-	10	16
männlich	-	-	11	20
weiblich	-	-	6	11

•BzgA-Repräsentativerhebungen zur Drogenaffinität Jugendlicher

Insgesamt ist aber festzustellen, dass bei den anderen alkoholischen Getränken der Konsum zurückgeht. Da die Alkopops verteuert wurden, ist davon auszugehen, dass sich die Jugendlichen die Getränke selber mixen.

Bei Jungen scheint sich der Bierkonsum um die Mixgetränke zu erweitern, bei Mädchen scheint sich der Konsum immer mehr auf süsse Alkoholika zu konzentrieren.

Insgesamt liegt aber der Alkoholkonsum der Mädchen hinter dem der Jungen. Da Jungen mehr vertragen, neigen sie vielleicht dazu, die Langzeitwirkung von Alkohol zu unterschätzen.

Häufig ist der Drogenmissbrauch mit Stress- und Gefühlsbewältigung verbunden. So stellt Sunyia Luthar, Psychologieprofessorin an der Columbia Universität in New York, nach Auswertung verschiedener Studien fest, verbunden sei der Drogen- und Alkoholmissbrauch oft mit emotionalen Problemen wie Depressionen oder Angstzuständen: Töchter wohlhabender Vorstadtelterner würden dreimal häufiger depressiv als die übrigen heranwachsenden Mädchen. Jugendliche aus den wohlhabenden Vorstädten Amerikas nehmen häufiger Drogen und trinken mehr Alkohol als ihre Altersgenossen in anderen Gegenden, sogar mehr als die Jugendlichen in den verarmten Innenstadtvierteln (Focus 28/2005).

Zusammenfassung

- Im Kindesalter sind besonders Jungen von Krankheiten und anderen Auffälligkeiten betroffen, so dass ihre Gesundheit stärker als die der Mädchen belastet ist. Jungen werden deshalb auch häufiger in spezialisierten Institutionen ausgesondert.
- Die Vorteile, die Mädchen gesundheitlich haben, können sie erst jetzt in die Waagschale werfen und mehr höhere Schulabschlüsse als Jungen erwerben.
- Jungen und Mädchen unterscheiden sich häufiger in der Einschätzung von Gesundheit. Jungen heben besonders die körperliche Physis hervor, Mädchen eher das soziale Wohlbefinden. (Anmerkung: Körperliche Kraft wird im Arbeitsleben immer weniger wichtig, dagegen werden soziale Kompetenzen immer stärker gefordert.)
- Die den Jugendlichen zugestandenen Freiräume werden heutzutage auch von den Mädchen stark genutzt. Sie führen aber auch zu höheren Belastungen, die sich durch psychosomatische (besonders bei Mädchen) und andere Auffälligkeiten (besonders bei Jungen) manifestieren.
- Die Entwicklungsaufgabe „Sexualität“ gehen Jugendliche verantwortungsvoll an. Sowohl Jungen als auch Mädchen verhüten. Trotzdem zeigen Mädchen Unsicherheiten darüber inwieweit wirklich nichts passiert ist.
- Sowohl Jungen als auch Mädchen rauchen fast gleich viel. Der Anstieg in den 90er Jahren besonders bei Mädchen scheint gebremst, und der Konsum rückläufig.
- Auch der Alkoholkonsum geht zurück und verlagert sich besonders bei Mädchen in Richtung Mixgetränke.
- Sowohl bei Zigaretten als auch beim Alkohol ist zu beobachten, dass die Produzenten zunehmend die Mädchen ins Visier nehmen. Durch Versüssung der Produkte soll diese Käufergruppe gewonnen werden.
- Insgesamt ist aber festzustellen, dass Jugendliche grösstenteils verantwortungsvoll mit ihren neuen Möglichkeiten umgehen und im Vergleich zur vorherigen Generationen davor sehr vernünftig sind.
- Mädchen scheinen gesundheitlich bessere Voraussetzungen mitzubringen. Sie sind weniger krank als Jungen, und ihr soziales Wohlbefinden ist ihnen wichtig. Jungen legen ihr Augenmerk stärker auf physisches Wohlbefinden. Hier scheinen sie auch eher dem traditionellen Bild des tatkräftigen, handwerklichen Mannes zu entsprechen, der im Arbeitsleben immer weniger gefragt ist.

Literatur

- Antonovsky, A (1979): Health, Stress and coping. San Francisco
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (1998): Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der der Jugendlichen und ihrer Eltern. Köln
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2001): Jugendsexualität 2001. Köln
- Coleman, J. (ed.) (1976): Youth: Transition to adulthood. Chicago

- Dreher, E. & Dreher, M. (1985): Wahrnehmung und Bewältigung von Entwicklungsaufgaben im Jugendalter. In: Oerter, R. (Hrsg.): Lebensbewältigungen im Jugendalter. Weinheim, S. 30–60
- Engel, U. & Hurrelmann, K. (1993): Was Jugendliche wagen. Weinheim
- Franzkowiak, P. (1986): Risikoverhalten und Gesundheitsbewusstsein bei Jugendlichen. Berlin
- Havighurst, R.J. (1972): Developmental Tasks and Education. New York
- Hurrelmann, K. u.a. (Hrsg.) (2002): Jugendsurvey. Weinheim
- Jugendwerk der Deutschen Shell (Hrsg.): Jugend '81. Lebensentwürfe, Alltagskulturen, Zukunftsbilder. Hamburg
- Kolip, P. & Hurrelmann, K. (1994): Was ist Gesundheit im Jugendalter. In: Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Gesundheitsförderung. Weinheim, S. 25–46
- Kluge, N. (Hrsg.) (1984): Handbuch der Sexualpädagogik. Bd. 1 + 2. Düsseldorf
- Mansel, J., Pollmer, K. & Hurrelmann, K. (1992): Gestresst – in Ost und West. In: Neubauer, G. u.a. (Hrsg.): Jugend im deutsch-deutschen Vergleich. Neuwied: Luchterhand, S. 11–92
- Neubauer, G. (1990): Jugendphase und Sexualität. Eine empirische Überprüfung eines sozialisationstheoretischen Modells. Stuttgart
- Neubauer, G. (2002): Kindheit, Jugend und Sexualität. In: Krüger, H.-H./Grunert, C. (Hrsg.): Handbuch Kindheits- und Jugendforschung. Opladen: Leske + Budrich S. 865–878
- Schelsky, H. (1955): Soziologie der Sexualität. Über die Beziehungen zwischen Geschlecht, Moral und Gesellschaft. Reinbek
- Schmid-Tannwald, I./Urdze, A. (1983): Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern. Stuttgart
- Schmidt, G. (1993): Jugendsexualität. Sozialer Wandel, Gruppenunterschiede, Konfliktfelder. Stuttgart

Internet: <http://www.sw.fh-jena.de/> (Fachhochschule Jena, Fachbereich Sozialwesen)

Gesundheitliche Beschwerden und Belastungen von Frauen und Männern im Spiegel der Erwerbsarbeit – Ergebnisse einer repräsentativen Beschäftigtenbefragung in Deutschland

Prof. Dr. Frauke Koppelin, FH Oldenburg Ostfriesland Wilhelmshaven, Fachbereich Sozialwesen, Emden



Frauke Koppelin

Methodische Überlegungen

Gesundheitliche Beschwerden und Belastungen von Beschäftigten systematisch nach Geschlecht und Berufsgruppen auszuwerten ist vor dem Hintergrund unzureichend grosser Studienpopulationen in der Regel mit Hindernissen verbunden. Zu kleine Fallzahlen in den einzelnen Gruppen lassen evidente Aussagen über Einflussgrössen und Wechselwirkungen verschiedener Determinanten nicht oder nur unzureichend zu. Alternativen wie z.B. die Auswertung von Routine-Daten der Krankenkassen begrenzen die Aussagen in der Regel auf das objektive Krankheitsgeschehen in Form von Arbeitsunfähigkeitstagen und -fällen und der damit verbundenen Diagnosen usw.

Subjektiv erlebte Belastungen und Beschwerden wie auch gesundheitsförderliche Ressourcen des Arbeitsprozesses, die die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten erhalten, bleiben bei den Routinedaten ausgeblendet.

Parallel zu den eingangs beschriebenen „Datenproblemen“ muss auch der methodisch-theoretische Bezugsrahmen eine Verbindung von altbewährten und weiterentwickelten Modellen bzw. Ansätzen herstellen. Hierzu zählt:

- der arbeitsmedizinische Ansatz von Belastungen und Beanspruchungen,

- das Arbeits- und Organisationspsychologische Modell,
- das Erklärungsmodell für die Geschlechtsspezifität im Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen von Frauen und Männern.

Die Ansätze im Überblick

Im Rahmen des arbeitsmedizinischen Ansatzes werden **typische** Belastungen und Beanspruchungen der Arbeitswelt entlang einer pathogenetischen Sichtweise (vgl. Mohr & Udris, 1997) in den Blick genommen. Hierzu zählen u.a.

- Belastungen durch Über-, Unterforderungen, Störungen im Arbeitsablauf,
- Körperliche Belastungen (Schwere Lasten, Hitze & Kälte, Lärm, Luft, Zwangshaltungen),
- Arbeitszeiten (Schicht- und Nachtarbeit),
- soziale und organisationsimmanente Risiken (Rollenkonflikte, Mobbing usw.).

Das Arbeits- und Organisationspsychologische Modell stellt die individuelle Handlungsfähigkeit und die Entscheidungsspielräume im Sinne einer Regulationsfähigkeit in den Mittelpunkt. Dies beinhaltet die:

- Ganzheitlichkeit der Aufgabe,
- Entwicklungs- und Lernmöglichkeiten,
- Vielfältigkeit und Sinnhaftigkeit,
- Spielräume und Autonomie (vgl. auch Ducki/Greiner, 1992; BMFSFJ, 2001).

Verbrugge (1990) verweist auf die verschiedenen Erklärungsfaktoren für die Unterschiede in der Gesundheit beider Geschlechter. Diese sind auch für die arbeitsweltbezogene Gesundheitsforschung von hoher Bedeutung, da sie das Zusammenspiel verschiedener Faktoren in ihrer Wechselwirkung mit dem Geschlecht betonen.

Dazu zählen die unterschiedlichen biologischen Risiken, die erworbenen Risiken aus der Arbeits- und sonstigen Umwelt, die psychosoziale Risiken, die Bereitschaft über Krankheit, Gesundheit und Befinden zu berichten und die Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem.

Dies soll an einem Beispiel verdeutlicht werden:

Die Arbeitsschutzpraxis in Deutschland setzte zunächst für Frauen und Männer unterschiedliche Schutznormen (erstmalig 1839 mit der Begrenzung der Kinderarbeit und ab 1878 durch die Ergänzung des Mutterschutzgesetzes etabliert). 1996 wurde das heutige Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) in Kraft gesetzt. Dieses orientiert sich insgesamt am „male Standard“ und ignoriert Differenzen zwischen den Geschlechtern (z.B. bezogen auf die jeweiligen Arbeitsfelder, Berufe, Belastungen und deren Auswirkungen) (Landtag NRW, 2004: 138).

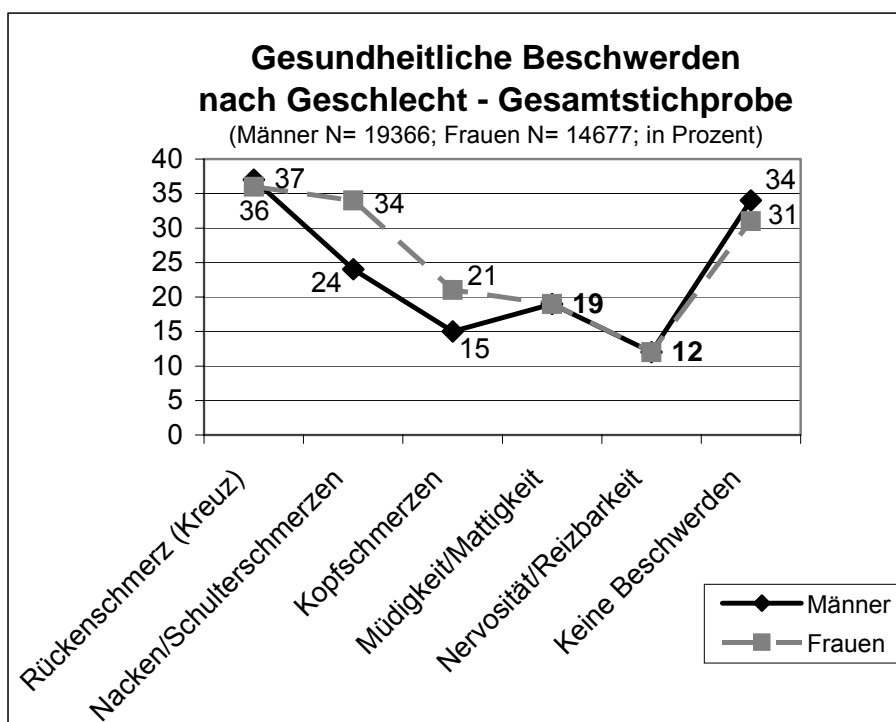
Empirische Befunde zeigen deutliche Geschlechterdifferenzen in den Arbeitsunfähigkeitszeiten und Krankheitsschwerpunkten. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten sind bei Frauen geringer als bei Männern (BKK-Bundesverband, 2000/2001). Die Krankheitsschwerpunkte unterscheiden sich bei den Fehlzeiten deutlich nach Geschlecht (ebenda.). Die Gründe hierfür sind, neben den reproduktionsbedingten Determinanten und ausserbetrieblichen Gesundheitsbelastungen der Frauen, in den divergenten Arbeitssituationen zu suchen (vgl. Landtag NRW, 2004). Darüber hinaus werden poten-

zielle kumulative schädigende Effekte (z.B. Exposition oder Stress) zwischen Erwerbsarbeit und Haus-/Familienarbeit bisher nur unzureichend untersucht.

Ergebnisse aus der repräsentativen Beschäftigtenstichprobe

Die Frage, wie subjektiv wahrgenommene gesundheitliche Belastungen und „Schädigungen“ hinsichtlich der eigenen Erwerbstätigkeit von Männern und Frauen erfahren werden, konnte mit der repräsentativen Stichprobe des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) bearbeitet werden. Im Rahmen dieser repräsentativen Befragung aus den Jahren 1998/1999 „Erwerb und Verwertung beruflicher Qualifikationen“ wurden über 30.000 erwerbstätige Frauen und Männer befragt. Insgesamt konnte für die Berechnungen auf eine Fallzahl von 19 399 Männer und 14 977 Frauen zurückgegriffen werden. Die Analyse der während und unmittelbar nach der Arbeit auftretenden Beschwerden zeigen lediglich bei den Beschwerdebildern Kopfschmerzen und Schmerzen im Schulter-/Nackbereich höhere Angaben bei den Frauen (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Gesundheitliche Beschwerden während oder unmittelbar nach der Arbeit



Quelle: BIBB/IAB 1998/99, eigene Berechnungen.

Für die differenzierte Bearbeitung der Fragestellung wurden nur diejenigen Berufe näher für die weiteren Analysen herangezogen, die eine relative Gleichverteilung von Frauen und Männern aufzeigten:

Berufsgruppen	Anzahl Männer	Anzahl Frauen
Ärzte/Ärztinnen	111	45
Gymnasiallehrer/innen	144	57
Grund-/Haupt-/Real-/Sonderschule	143	146
Koch/Köchinnen	153	175
Hilfsarbeiter/innen	267	205
Verkäufer/innen	134	256
Krankenpfleger/innen & Hebammen	109	388
Bankkaufleute	290	175
Bürofachkräfte & Kaufmännische Angestellte	421	635

Im Vordergrund des primären Forschungsinteresses stand die Zielsetzung einer geschlechtsspezifischen Kontrastierung.

Die Betrachtung der Arbeitsbelastung durch potenziell belastende Arbeitszeiten zeigt, dass 21% der Männer und 24% der Frauen in Wechselschicht arbeiten. 28% der männlichen Erwerbstätigen und 14% der weiblichen leisten regelmässig Überstunden. Der Anteil der Männer in regelmässiger Nachtarbeit liegt bei dieser Stichprobe bei 12% und bei den Frauen bei 6%.

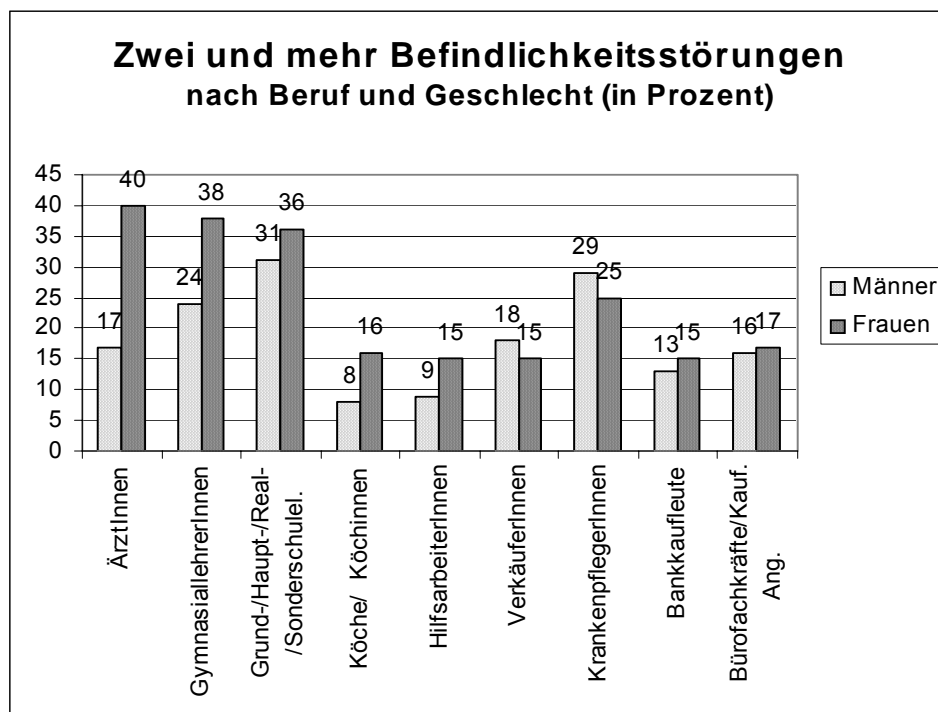
Bei der Mehrzahl der Beschäftigten steht die Zunahme von Stress und Arbeitsdruck im Vordergrund (49% der Männer; 41% der Frauen).

Trotz Technisierung sind die körperlichen Belastungen bei beiden Geschlechtern eher gestiegen (25% der Männer; 22% der Frauen).

Fast die Hälfte der Männer äussert, dass die fachlichen Anforderungen sich erhöht haben. Dies trifft bei einem Drittel der Frauen zu. Neben den mit Risiko behafteten Arbeitsbelastungen ist aber auch ein Zuwachs an Möglichkeiten zur Arbeitseinteilung und der Interessantheit erkennbar.

Als ein erster Indikator innerhalb des Vergleichs der Berufsgruppen wurden zwei oder mehrere der 21 abgefragten Befindlichkeitsstörungen herangezogen. In den Berufen Verkäufer und Pflege leiden Männer häufiger unter Befindlichkeitsstörungen als Frauen (siehe Abbildung 2). Ansonsten dominieren die Frauen mit den Beschwerdeangaben in allen ausgewählten Berufsgruppen.

Abbildung 2: Gesundheitliche Beschwerden: Kumulierte Betrachtung – zwei und mehr Befindlichkeitsstörungen



Quelle: BIBB/IAB 1998/99, eigene Berechnungen.

Wie sieht nun die Betroffenheit von Arbeitsanforderungen im Geschlechtervergleich aus? Betrachten wir dies ohne Spezifizierung der Berufsgruppen, zeigt sich folgendes Bild:

Starker Leistungsdruck ist für die Mehrheit der Männer (57%) und 39% der Frauen eine nahezu alltägliche Erfahrung.

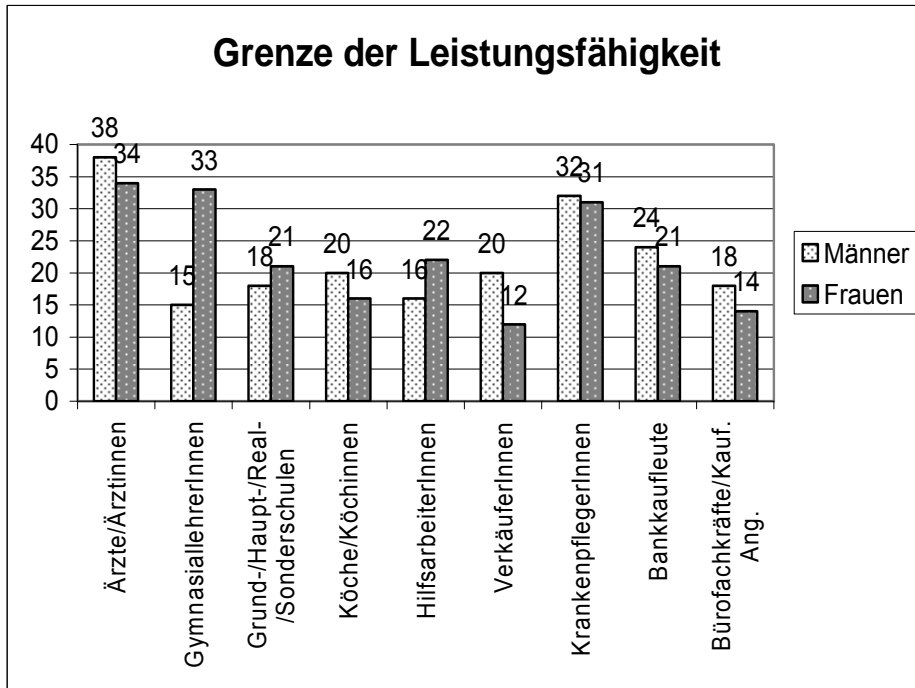
Der Vergleich psychosozialer Stressfaktoren zwischen Männern und Frauen zeigt, dass Männer häufiger (36%) als Frauen (19%) bei „kleinen Fehlern mit hohen Kosten“ zu rechnen haben. Hier liegt also ein Unterschied bei der Verantwortung gegenüber dem Arbeitsprozess vor.

Auch hinsichtlich der mentalen Konzentration sind Männer höher involviert (38% zu 28%). Nur bei den repetitiven Tätigkeiten, von der etwa die Hälfte der Frauen betroffen ist, fällt der Anteil der Männer (erwartungsgemäss) geringer aus. Dies ist ein Spiegel fortwährender Geschlechtersegregation in der Arbeitswelt.

Als wichtiger Indikator für die Beanspruchung im Sinne einer Gesamtbelastung muss der Faktor Arbeitsverausgabung – bis an die Grenzen der Leistungsfähigkeit – gesehen werden. Für fast ein Viertel der männlichen Erwerbstätigen und 16% der Frauen sind die Arbeitsbelastungen so stark, dass sie praktisch immer bzw. häufig bis an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit gehen müssen. Unterziehen wir nun diese Arbeitsbelastung einer berufsgruppenspezifischen Betrachtung nach den ausgewählten Berufen, zeigen sich interessante Differenzen nach Geschlecht und Beruf (Abbildung 3). Beschäftigte im Gesundheitswesen (Ärzte/innen und Pfleger/innen) leiden unter dieser

Belastung besonders stark. Überraschend hoch sind die Angaben der Gymnasiallehrerinnen.

Abbildung 3: Betrachtung der Einzeldimension „Bis an die Grenzen der Leistungsfähigkeit“



Quelle: BIBB/IAB 1998/99, eigene Berechnungen. (Antworten „praktisch immer“ oder „häufig“; nach Beruf und Geschlecht in %)

Resümee und Ausblick

Durch die systematische Betrachtung erwerbstätiger Frauen und Männer in ausgewählten Berufen, wurde die Notwendigkeit einer geschlechter- und berufsgruppenspezifischen Analyse unterstrichen. Allerdings beruhen die oben referierten Ergebnisse bislang auf rein deskriptiven und querschnittlichen Analysen. Dies beschränkt die Aussagekraft. Fragen nach Zusammenhängen und Wechselwirkungen können mit dieser Vorgehensweise nicht abschliessend geklärt werden. Hierfür sind weiterführende multivariate Betrachtungen notwendig. Darüber hinaus muss eine Erweiterung der traditionellen Sichtweise unter Einbeziehung der realen Lebens- und Arbeitsbedingungen beider Geschlechter erfolgen. Hierzu gehört die aktuelle Arbeitsschutzpraxis. Aber auch in den Modellen und Ansätzen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements müssen die realen Lebens- und Arbeitsbedingungen von Frauen und Männern Eingang finden. Gleiches gilt für die Fort- und Weiterbildungspraxis in diesem Bereich und die Datendokumentation und -auswertung.

Zusammenfassend lassen sich folgende Handlungsempfehlungen ableiten:

- Geschlechtergerechte Präventions- und Handlungsstrategien am Setting Arbeitsplatz/Betrieb sind notwendig und müssen entwickelt werden
- Erarbeitung der Konzepte und Strategien sowohl branchen- und betriebspezifisch als auch jeweils übergreifend
- Entwicklung, Initiierung und Durchführung gendersensibler Arbeits- und Gesundheitsschutzprojekte
- Entgegenwirken der Geschlechterblindheit in der Arbeitswissenschaft und arbeitsweltbezogenen GBE.

(vgl. auch Landtag NRW, 2004)

Eine umfassende Dokumentation der Ergebnisse ist bereits in dem Sammelband von Thomas Altgeld "Männergesundheit" im Jahre 2004 erschienen: Koppelin, F., Müller, R. (2004). «Macht Arbeit Männer Krank? Arbeitsbelastungen und arbeitsbedingte Erkrankungen bei Männern und Frauen». In: Altgeld, T. (Hrsg.). *Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention*. Juventa, Weinheim und München. S. 121–136.

Literatur

BKK-Bundesverband (2000/2001). *Krankheitsarten Statistik 2000/2001*

BMFSFJ (Hrsg.) (2001). *Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bd. 209. 1. Aufl.. Berlin: Kohlhammer.

Ducki, A.; Greiner, B. (1992). «Gesundheit als Entwicklung von Handlungsfähigkeit – ein arbeitspsychologischer Baustein zu einem allgemeinen Gesundheitsmodell». *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 36, S. 184–189.

Mohr, G.; Udris, I. (1997). «Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt». In: Schwarzer, R. (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie*. 2. Aufl.. Göttingen, S. 553–573.

Landtag Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2004) *Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquetekommission des Landtages Nordrhein-Westfalen*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften

Verbrugge, L. (1989). «The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality». *Journal of Health and Behavior*, 30: S. 282–304.

Internet: <http://www.fh-oow.de/sowe/content/welcome.php> (Fachhochschule Oldenburg Ostfriesland Wilhelmshaven, Emden)

Genre et santé au cours de la vieillesse avancée – Différences *versus* inégalités¹

Christian Lalive d'Epinay, Université de Genève, Centre Interfacultaire de Gérontologie



Christian Lalive d'Epinay

Introduction:

La thèse du paradoxe des genres

A la question des différences de genre devant la santé, la réponse apportée prend fréquemment la forme du paradoxe suivant:

La femme vit plus longtemps, mais l'homme a une meilleure santé.

C'est cette double proposition, qui est loin de faire l'unanimité dans la littérature scientifique (cf. par ex. Lahelma, Arber, Martikainen, Rahkonen, & Silventoinen, 2001), dont je me propose d'examiner le bien-fondé empirique en ce qui concerne les personnes très âgées de notre pays.

En introduction, pour la clarté des choses, j'introduirai deux distinctions sémantiques puis je soulignerai l'enjeu de la question traitée.

- a) La notion de *genre* désigne ce qu'une société donnée fait de la différenciation sexuelle propre à l'espèce humaine; c'est le produit de la construction socioculturelle de la différence sexuelle.

¹ Qu'Edith Guillely, Franca Armi ainsi que Nathalie Léchaud pour la mise au point du texte, soient remerciées de l'aide qu'elles m'ont apportée dans la préparation de cet exposé.

- b) Une *différence* est un écart entre deux individus ou deux ensembles (ici hommes et femmes) sur un paramètre donné. Une *inégalité* résulte de l'inscription sociétale d'une différence sur l'une ou l'autre des hiérarchies sociales, qu'il s'agisse d'une hiérarchie de pouvoir, de prestige ou de privilège (les trois P).

La santé comme la longévité renvoient en premier chef à la notion de privilège. Du fait de l'érosion et de la perte de crédibilité des "Grands Récits" (cf. Lyotard, 1979) d'explication de la vie et du monde, qu'ils soient religieux ou profanes, les valeurs consensuelles des sociétés occidentales contemporaines relèvent du monde de l'immanence; s'il est une certitude universellement partagée aujourd'hui, elle repose sur ce constat quotidien:

Je suis vivant.... mais un jour je vais mourir.

La vie, non tant le concept générique et abstrait, mais l'évidence empirique égocentrée "ma vie" (comme l'énonçait Groethuysen à propos de l'avènement du bourgeois – Groethuysen, 1927), est aujourd'hui érigée en valeur cardinale, nouveau Souverain Bien dont je dispose mais que je vais perdre, source de tous les biens possibles comme aussi de tous les maux possibles. La mort est comprise avant tout comme la perte, la fin de la vie, et son au-delà relève du domaine des incertitudes.

Dès lors, on comprend l'exacerbation de la valeur "vie" dans le monde contemporain. Bien sûr, il ne s'agit pas de la vie dans n'importe quel état; la revendication de la vie implique l'affirmation du *droit à la santé*. Ce deuxième astre de la constellation des valeurs contemporaines apparaît comme le satellite de l'étoile centrale, la vie: elle est la condition nécessaire de la quête d'épanouissement personnel, nirvana de l'individualisme post-moderne (Ehrenberg, 1998, Lalive d'Epinay, 1997).

Dès lors, on mesure la charge idéologique et conative que dégage la thèse paradoxale que nous nous proposons d'examiner: pour les femmes, un supplément de vie, pour les hommes, un supplément de qualité de vie? Qu'en est-il dans les faits?

Les espérances de vie

Une première réponse à notre question procède des tables démographiques, en particulier des mesures d'*espérance de vie* établies sur la base des tables de mortalité. On y observe que l'écart, à "l'avantage" des femmes, se creuse au cours du 20ème siècle pour se stabiliser, voir se rétrécir depuis 1980 environ. Il était de 2,6 années en 1880, il atteignait 6,9 ans en 1990 pour être de l'ordre de 6 ans aujourd'hui. Six ans de plus, quel privilège! Oui, mais de quelle vie s'agit-il? Depuis une vingtaine d'années, les démographes de la santé développent des instruments de mesure grâce auxquels on distingue entre l'espérance de vie totale, la *vie en (relativement) bonne santé*, et aussi celle des *années de vie sans souffrir d'incapacités lourdes* qui entravent l'indépendance de la personne. Sur cette base, le tableau se complique: des six années de supplément de vie dont dispose la femme, 2 ans et 7 mois s'écouleraient en état de maladie, dont une année en état de dépendance (Höpflinger, 2004). Est-ce vraiment un privilège que de disposer de trois ans supplémentaires de vie en santé au prix de presque trois autres années passées dans la maladie, dont une en état de dépendance? Curieux dilemme, qui, à mes yeux, s'apparente trop à une comptabilité de boutiquiers et passe à côté de l'essentiel! Ce qui me paraît bien plus intéressant, ce qui aussi m'importe beaucoup plus du point de vue existentiel, c'est de savoir comment se

dessine la vie devant celles et ceux qui, comme moi d'ailleurs, s'aventurent aujourd'hui dans le territoire de la vieillesse? Quels sont les chemins qui traversent la grande vieillesse et les obstacles qui peuvent s'y dresser? Et, last but not least, selon que l'on est homme ou femme, de statut social différent, ou que l'on vit dans des régions ou pays différents, y a-t-il ou non égalité des chances devant la grande vieillesse et l'approche de la mort? Telle est la problématique à laquelle je vais consacrer le reste de cet exposé.

Trajectoires de santé et de fin de vie au grand âge

Indépendant, Fragile, Dépendant: définition et opérationnalisation de trois statuts de santé

Pour pouvoir dégager l'organisation des parcours de vie au grand âge, nous avons construit trois statuts de santé dénommés dépendance, fragilité et indépendance.

La **dépendance (D)** fonctionnelle est classiquement définie au moyen des activités de base de la vie quotidienne. Elle correspond à l'incapacité pour la personne âgée à accomplir seule une ou plusieurs de cinq activités de base de la vie quotidienne suivantes (faire sa toilette; s'habiller / se déshabiller; manger seul-e; se lever / se coucher; se déplacer à l'intérieur de l'habitat – Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffee, 1963; Mendes de Leon et al., 1999).

Le **processus de fragilisation** correspond à la perte progressive avec l'avance en âge des réserves physiologiques et sensori-motrices. Il s'agit d'un processus multidimensionnel qui peut se manifester de manière très différente selon les individus. Ce processus peut être accéléré par différents facteurs comme un style de vie ou un comportement alimentaire non adaptée, par le développement de maladies ou par d'autres accidents de santé. L'état de **fragilité (F)** apparaît lorsque le processus de fragilisation atteint un seuil d'insuffisance. Cet état de fragilité affecte la *résilience* d'une personne, c'est-à-dire sa capacité à préserver un équilibre avec son environnement ou à le rétablir à la suite d'événements perturbateurs (Bortz, 2002; Fried, 1994; Fried & Walston, 1998; Markle-Reid & Browne, 2003). Sur le plan opératoire, nous avons retenu les cinq dimensions suivantes: sensorielle, neuro-locomotrice, énergétique, cognitive et pathologique (troubles de santé). Relevons que les quatre premières dimensions peuvent être affectées au fil de l'âge sans que des maladies soient diagnostiquées, ce qui renvoie à la notion de vieillissement non pathologique. Une personne est dite fragile lorsque qu'elle présente des atteintes sur deux de ces dimensions.

Le statut d'**indépendance (I)** regroupe l'ensemble des personnes qui ne sont ni fragiles, ni dépendantes.

Nous avons appliqué cette classification à deux populations, d'une part celle de l'étude transversale réalisée en 1994 sur un échantillon représentatif de personnes de 60 ans et plus de deux régions de Suisse romande², d'autre part aux cohortes d'octogénaires de l'étude longitudinale Swilso-o dont je parlerai plus longuement tout à l'heure.

² L'échantillon comprend 2200 personnes de 60 ans et plus. (Les principaux résultats de cette étude ont été publiés dans *Vieillesse au fil du temps: 1979-1994, une révolution tranquille*, Lalive d'Epinau, Bickel, Maystre, & Vollenwyder, 2000)

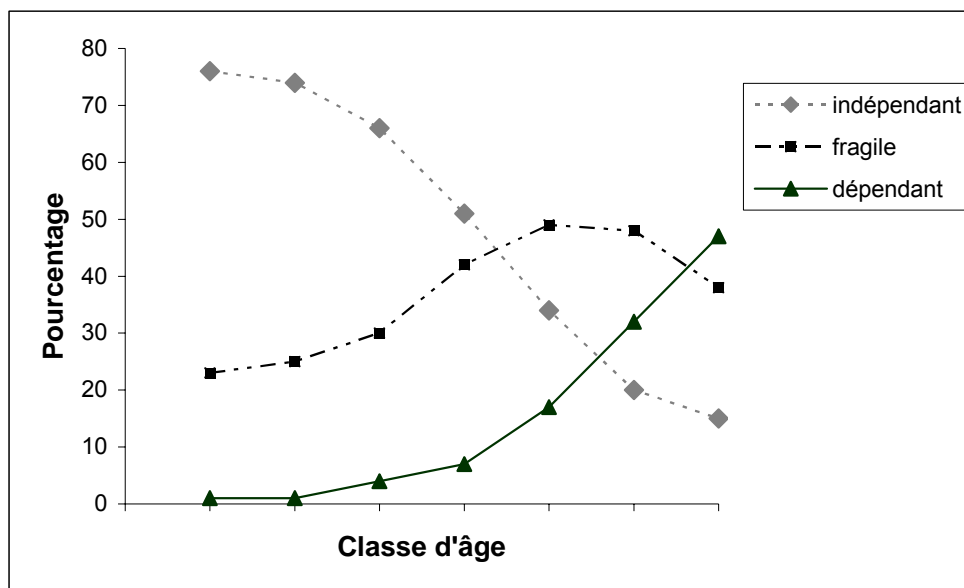
Sur la base d'une première analyse empirique, deux précisions peuvent être apportées concernant ce cadre classificatoire. 1) Tout d'abord, si les personnes fragiles ne sont pas toutes dépendantes, en revanche presque toutes les personnes dépendantes se sont révélées être également fragiles. La dépendance fonctionnelle apparaît ainsi comme un stade avancé du processus de fragilisation. Deux questions se posent, auxquelles il sera possible de répondre sur la base de l'étude longitudinale: au cours de la vieillesse, passe-t-on nécessairement par une période de fragilité avant de devenir dépendant? Ensuite, la dépendance est-elle la conséquence inéluctable de la fragilisation? On mesure l'enjeu de cette dernière interrogation : si la réponse est positive, une fois entrés dans la vieillesse, nous serions donc condamnés à terminer notre vie au cours d'une étape de dépendance chronique.

2) L'autre précision est que la fragilisation, comme processus, se déclenche en amont de l'état de fragilité tel que défini; en effet, on peut imaginer que des atteintes chroniques sur une seule des cinq dimensions mentionnées suffisent à fragiliser une personne.

Population âgée et statut de santé: une photographie

Le graphique 1 présente la distribution des personnes âgées selon le statut de santé et la classe d'âge, sur la base de nos données de 1994.

Graphique 1. Statuts de santé dans la population âgée, selon la classe d'âge (1994).

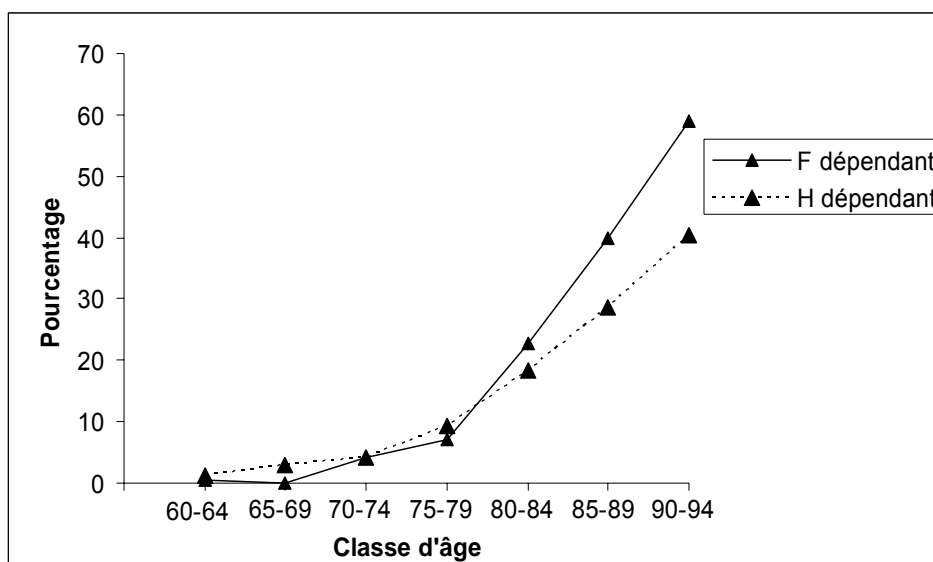


Source: Enquête sur la population âgée, CIG, Université de Genève, 1994

La population de 60 à 70 ans se subdivise presque totalement en deux groupes seulement, les personnes indépendantes qui sont largement majoritaires, et les personnes fragiles qui composent un petit quart de l'ensemble. Dans ces groupes d'âges, les personnes dépendantes constituent statistiquement une marge. Mais celle-ci s'impose peu à peu comme un troisième ensemble parmi les septuagénaires. Dès lors et jusqu'au plus grand âge, la population âgée se présente comme l'agrégation de trois en-

sembles de personnes qui, à âge égal, bénéficient ou souffrent d'un statut de santé bien différent, spécifique en ce que chacun d'entre eux balise – c'est là notre hypothèse générale – un "monde de vie" (Schütz, 1981) aux contraintes et au potentiel très inégaux. Le poids relatif de chaque groupe évolue avec la classe d'âge: à la frontière des 80 ans, les F deviennent majoritaires, puis les D à celle des 90 ans. La pente évolutive générale n'est pas pour surprendre; il n'empêche que même parmi le groupe des nonagénaires, 15% sont encore I, et que I et F pris ensemble s'y trouvent plus nombreux que les vieillards dépendants (D). Contrairement au stéréotype qui propose une image homogène, donc réductrice, c'est l'hétérogénéité des statuts de santé et donc des conditions de vie qui caractérise la population âgée, et cela surtout au "4ème âge". Observe-t-on ici des différences entre les femmes et les hommes? Oui, mais seulement dans la population de plus de 80 ans (cf. graph.2).

Graphique 2. Personnes dépendantes, selon la classe d'âge et le sexe (1994).



Source: Enquête sur la population âgée, CIG, Université de Genève, 1994

Comme on le voit dans le graphique, les courbes de personnes dépendantes se recouvrent jusqu'à la limite des 80 ans, puis se séparent de plus en plus nettement et parmi les nonagénaires (90–94 ans), l'écart entre les hommes et les femmes dépasse les 20%. Voilà qui conduit à se demander si la longévité supérieure de la femme relève bien du privilège!

Les données présentées ici sont d'ordre transversal, il se peut donc que les courbes trahissent un effet de cohorte: la comparaison que nous avons pu faire entre nos enquêtes de 1979 et de 1994 a montré que les nouvelles générations de personnes âgées bénéficient d'une santé meilleure (cf. Lalive d'Epinay et al., 2000). Dès lors, qu'enseignent les données longitudinales?

La Swiss interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest-Old

La recherche Swilso-o³ a été initiée en 1994, parallèlement à l'étude transversale mentionnée. Le projet était de suivre pendant 10 ans les personnes de l'échantillon, âgées de 80 à 84 ans, en ne retenant au départ que celles qui vivent dans leur propre domicile (n=340), et de mettre en place une deuxième cohorte de personnes du même âge cinq ans plus tard (n=371). L'objectif scientifique est d'observer et d'analyser les trajectoires de vie et de santé au cours de la grande vieillesse dans une démarche compréhensive qui tienne compte de l'ensemble des principaux domaines de vie, d'analyser les implications découlant des trajectoires et des statuts de santé et, de manière complémentaire, de mettre en évidence les facteurs prédisposant à tel état ou à telle trajectoire. Les vagues d'observation ont lieu chaque 12 ou 18 mois, et le questionnaire standardisé est complété dans certaines situations par un entretien en profondeur semi-directif. Dans les cas où la personne n'est pas à même de participer elle-même à l'entretien, on recourt à un proche.

Hommes et femmes octogénaires: deux conditions sociales différentes?

Décrivons d'abord certaines caractéristiques de nos octogénaires en mettant l'accent sur les différences de genre (il s'agit ici de la première cohorte, formée de personnes nées entre 1910 et 1914). La moitié d'entre elles n'a pas dépassé l'école obligatoire, et l'encouragement aux études n'était pas le même selon que l'on était homme (40% ne dépassent pas l'école obligatoire) ou femme (67%!). La moitié des femmes se déclarent "sans profession", bien qu'un certain nombre d'entre elles étaient paysannes ou épouses de petits commerçants, donc étroitement associées à l'entreprise familiale. Cela montre l'intériorisation par les femmes de la condition subalterne de ménagère. Au moment où commence l'étude, 27% d'entre elles sont encore mariées et 62% veuves; ces pourcentages sont respectivement de 72% et de 18% parmi les hommes. Cela a bien entendu une conséquence lourde sur la situation de vie: le ménage, qui est en principe le support d'une petite communauté de vie et d'entraide, est pour 60% des femmes un lieu où l'on vit seule (22% pour les hommes). Et même quand on y vit en couple (26% des femmes, 67% des hommes), la relation d'entraide dans le couple risque bien de ne pas se présenter de la même manière: l'homme a une épouse plus jeune d'un peu plus de cinq ans (en moyenne), alors que la femme a un conjoint d'un an plus âgé. En résumé, la femme octogénaire vit le plus souvent seule, ou avec un mari plus âgé, et on peut se demander laquelle de ces deux situations de vie est préférable? De leur côté, les deux tiers des hommes mènent une vie de couple avec une compagne significativement plus jeune. Une différence supplémentaire s'observe dans le domaine économique. Nous nous sommes efforcés de proposer une classification qui tienne compte tant du revenu que de la fortune, cela dans le but de cerner tout particulièrement les personnes défavorisées. 15% de nos vieillards vivent dans une situation de pauvreté (revenu inférieur à 2'000.- mensuel, pas ou peu de fortune), mais cela concerne le quart des femmes (et 7% des hommes seulement)! Nous retrouvons dans

³ La recherche SWILSO-O (Swiss Interdisciplinary Study on the oldest old), dirigée par le prof. Chr. Lalive d'Epinay est financée par le Fond national suisse de la recherche scientifique, avec le soutien des Départements de la santé des cantons de Genève et du Valais. On trouvera une présentation plus détaillée de SWILSO-O dans Lalive d'Epinay, Pin, & Spini (2001).

notre population ce qui a déjà été montré dans d'autres travaux sur le sujet, à savoir la persistance d'une importante poche de pauvreté parmi les femmes du 4ème âge.

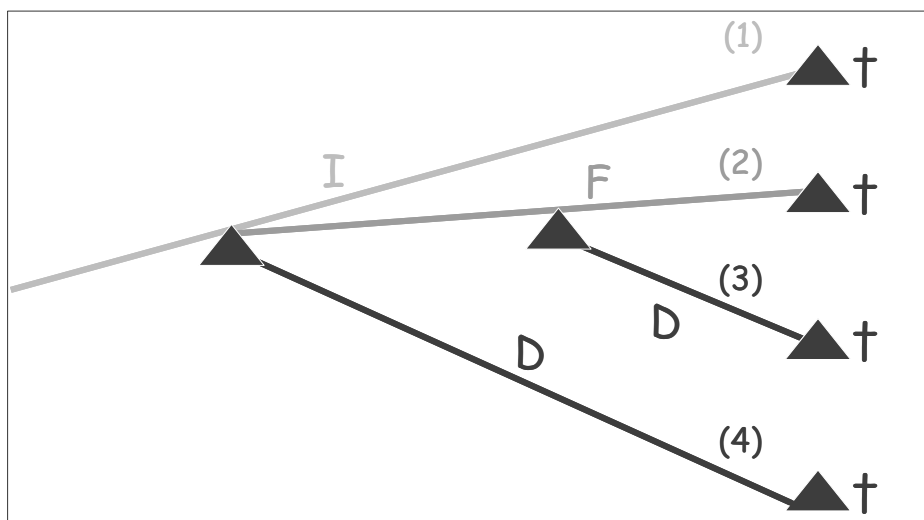
A notre connaissance, il n'est probablement pas d'autre âge de la vie où s'observent d'aussi fortes inégalités de situation et de ressource entre les genres; d'un point de vue socioculturel, on n'entre pas de la même manière dans le grand âge selon que l'on est femme ou homme.

En ce qui concerne la distribution des octogénaires selon les statuts de santé, l'analyse (de régression multivariée) ne signale pas de différence selon le genre; en revanche, le statut social n'est pas sans incidence: les "chances" d'être fragile ou dépendant sont deux fois plus fortes pour les personnes de statut populaire.

Trajectoires de fin de vie

Le graphique 3 présente, à titre d'hypothèses, quatre trajectoires possibles au grand âge. La première exprime notre rêve commun: devenir très âgé, mais en restant en santé (sinon jeune et beau!), et mourir rapidement. La quatrième correspond au cauchemar collectif: connaître un fort déclin de santé et s'installer dans une dernière et longue étape de vie marquée par la dépendance. Les deux autres partent de l'hypothèse que la fragilisation est un processus inévitable si l'on devient très âgé, mais elles posent la question de savoir dans quelle mesure il est possible ou non de décéder sans transiter par l'étape de la dépendance.

Graphique 3. Trajectoires de fin de vie: hypothèses



Pour tester ces hypothèses, il faut donc partir de la fin du parcours, le décès, et reconstruire le cheminement des individus. C'est ce que nous avons fait, sur la base de 264 cas de décès de personnes dont nous pouvons suivre la trajectoire pendant les dernières années. Qu'en est-il de la fréquentation de ces chemins de fin de vie?

La trajectoire (1) n'est pas impossible, mais seule une personne du grand âge sur huit (12.5%) la suit. Mourir au grand âge tout en restant en santé jusqu'aux derniers mois? Peut-être mais ne rêvons pas trop!

En revanche, et c'est la bonne nouvelle, la trajectoire (4) est presque désertée (5% des cas). Au grand âge, il est exceptionnel de subir une cassure de santé qui vous précipite dans un état de dépendance chronique.

Voilà qui confirme que la fragilité est aujourd'hui une étape normale (au sens probabiliste du terme) au grand âge, puisque fréquentée par plus de 80% des vieillards. Mais débouche-t-elle sur la dépendance? Pas nécessairement: les trajectoires 2 et 3 sont suivies par deux groupes importants, celui des personnes âgées qui suivent le chemin (2) l'emportant (respectivement 43,5% et 39%).

En résumé, le statut de fragilité (F) constitue aujourd'hui une étape structurelle du parcours de vie dans la vieillesse avancée, à la différence de la dépendance (D), qui se présente comme un risque élevé mais pas comme un destin; au total, 44% des défunts de notre étude ont connu une dernière étape de vie marquée par la dépendance, alors que cela a été épargné aux autres (56%).

Le risque de traverser une étape ultime de dépendance chronique est-il le même selon que l'on est homme ou femme? En d'autres termes, le genre a-t-il une incidence sur la trajectoire suivie?

Pour répondre à cette question, nous avons effectué une régression logistique multivariée par laquelle nous avons mesuré l'incidence de l'avance en âge, du sexe, du statut social et de la cohorte sur le fait de suivre une trajectoire débouchant sur une étape terminale durable de dépendance (cf. graphique 3, trajectoires 3–4) plutôt qu'une trajectoire évitant cette étape (trajectoires 1–2).

J'ai mentionné que le statut social avait un impact discriminant sur l'état de santé des octogénaires au départ de l'étude; la position sociale semble continuer à infléchir les trajectoires au détriment des personnes de statut populaire (prob.: .07). L'avance en âge a un impact sensible (prob.: .03); à chaque année supplémentaire, le risque de devenir dépendant croît de 15%. Si le sexe n'intervenait pas au départ de l'étude, son incidence sur les trajectoires est forte: le risque de traverser une période pre-mortem de dépendance chronique est deux fois plus élevé pour les femmes que pour les hommes (Exp. (B) = 1.95; prob.: .03)⁴.

Swilso-o, l'étude que je viens de vous présenter, est assez unique en son genre. Elle est originale, mais, en même temps, par manque de comparaison, on peut se demander jusqu'à quel point ses résultats sont généralisables. En ce qui concerne le thème traité aujourd'hui, il existe une autre étude. Il s'agit d'une très belle recherche réalisée par T.I. Romoren, un médecin doté également d'une formation sociologique, qui débarque à la fin des années 1970 pour occuper le poste de médecin communautaire dans la petite ville portuaire de Larvik en Norvège. Il décide de réaliser le suivi de toutes les personnes âgées de 80 ans et plus de cette ville (n=434), cela sous trois angles complémentaires: trajectoires de santé, "carrière" dans les institutions médico-sociales et dynamique du soutien familial. En 2000 décède le dernier des membres de sa cohorte, si bien qu'il va proposer une analyse détaillée des trajectoires de santé en relation avec les réseaux d'aide, formel et informel (Romoren, 2003).

Malgré les différences classificatoires et méthodologiques, les résultats de ces deux études se rejoignent largement. Une petite moitié de sa population est décédée sans

⁴ Nous n'observons pas de différence entre les deux cohortes.

s'installer dans la dépendance; mais les écarts de genre sont significatifs: 38 % des femmes seulement décèdent après avoir été "fairly healthy" jusqu'au seuil du dernier trimestre de leur vie en tout cas, alors que c'est le cas de 58% des hommes. L'auteur relève également que la durée moyenne de vie en dépendance est de près d'un an plus longue pour les femmes que pour les hommes. Et comme dans Swilso-o, il observe que le risque de terminer sa vie par une étape de dépendance lourde augmente au fil du grand âge.

Cette convergence entre deux études pionnières, réalisées dans deux contextes socio-économiques bien différents et géographiquement éloignés des sociétés industrielles avancées, renforce fortement la portée de leurs résultats.

Conclusion: Sexe ou genre? Différences ou inégalités?

1. Au terme de ce parcours, il apparaît clairement qu'hommes et femmes n'entrent pas de la même manière ni avec les mêmes ressources dans le grand âge. Les différences observées (d'éducation, de définition de soi, économique) relèvent bien évidemment du genre et non du sexe en soi. La situation de vie (le fait de vivre le plus souvent seule) doit en partie à la longévité des femmes, mais aussi à l'écart d'âge dans le couple, résultat de l'habitude sociale donc du genre (l'homme épouse une femme plus jeune, et le veuf comme le divorcé se remarie avec une femme encore plus jeune). Ces différences de genre structurent des conditions inégales. Répétons-le: les inégalités de genre apparaissent comme amplifiées à cet âge de la vie, au point de circonscrire des conditions de vie inégales.
2. Dans quelle mesure le risque accru pour la femme de traverser une dernière étape de vie marquée par la dépendance résulte-t-il du donné biologique ou de la fabrique sociale? On peut invoquer sa longévité supérieure, mais l'analyse de régression à laquelle nous avons procédé en tient compte et nous enseigne que "à âge égal", ce risque est supérieur chez la femme, et qu'en plus l'écart se creuse au fil des années.

Dès lors, comment rendre compte de cette santé plus dégradée de la femme qui renforce le risque pour elle de s'installer dans l'une ou l'autre des formes de dépendance chronique? A ce stade, je n'ai pas de réponse à cette question.

En conclusion, il me paraît hors de doute que l'homme et la femme d'une part n'abordent pas le grand âge dans les mêmes conditions d'existence, et qu'ils ne se répartissent pas de la même manière dans les diverses trajectoires possibles. Devant la grande vieillesse et devant la mort femmes et hommes ne sont pas égaux.

Le jeu complet de diapositifs (Powerpoint) présentés lors de cette conférence peut être consulté sur le site: <http://www.unige.ch/centres/cig/>

Lien direct: <http://www.unige.ch/centres/cig/recherches/brugg20050629.pdf>

Références:

- Bortz, W. M. (2002). A Conceptual Framework of Frailty: A Review. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 57A(5), M283–M288.
- Ehrenberg, A. (1998). La fatigue d'être soi. Dépression et société. Paris, Ed. O. Jacob
- Fried, L. P. (1994). Frailty. In W. R. Hazzard, R. L. Bierman, J. P. Blass, W. H. J. Ettinger & J. B. Halter (Eds.), *Principles of geriatric medicine and gerontology*, 3th eds (pp. 1149–1156). New York: McGraw Hill.
- Fried, L. P., & Walston, J. (1998). Frailty and failure to thrive. In W. R. Hazzard, J. P. Blass, W. H. Ettinger, J. B. Halter & J. Ouslander (Eds.), *Principles of Geriatrics Medicine and Gerontology* (pp. 1387–1402). New York: McGraw Hill.
- Groethuysen, B. (1966). *Origines de l'esprit bourgeois en France*. Paris: Gallimard (1ère éd. 1927).
- Groethuysen, B. (1978). Die Entstehung der bürgerlichen Welt- und Lebensanschauung in Frankreich, 2 vol., Frankfurt am Main, Suhrkamp (1ère éd., 1927)
- Höpfinger, F. (2004). Vieillir avec ou sans handicap: évolution et scénarios pour la Suisse. In P. Perrig-Chiello & H. B. Stähelin (Eds.), *La Santé: Cycle de vie, société et environnement*. Lausanne: Réalités sociales.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffee, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 94–101.
- Lahelma, E., Arber, S., Martikainen, P., Rahkonen, O., & Silventoinen, K. (2001). The Myth of Gender Differences in Health: Social Structural Determinants across Adult Ages in Britain and Finland. *Current Sociology*, 49(3), 31–54.
- Lalive d'Epinaï, C. (1997). Des croyances et des valeurs de notre temps; in: DuPâsquier, J. (sous la dir. de); *L'espérance de vie sans incapacité*, Paris, PUF.
- Lalive d'Epinaï, C., Pin, S., & Spini, D. (2001). Présentation de SWILSO-O, une Etude Longitudinale Suisse sur le Grand Age: l'Exemple de la Dynamique de la Santé, Fonctionnelle. In *L'Année gérontologique* (Vol. 15, pp. 78–96): Serdi Edition.
- Lalive d'Epinaï, C. Bickel, JF. Maystre, C. Vollenwyder, N. (2000) Vieillesse au fil du temps: 1979–1994, une révolution tranquille, Lausanne, Réalités sociales.
- Liotard, J.F. (1979). La condition postmoderne, Paris, les Editions de Minuit.
- Markle-Reid, M., & Browne, G. (2003). Conceptualizations of frailty in relation to older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 58–68.
- Mendes de Leon, C. F., Glass, T. A., Beckett, L. A., Seeman, T. E., Evans, D. A., & Berkman, L. F. (1999). Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the New Haven EPESE. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 54B(3), S162–S172.
- Romoren, T. I. (2003). *Last years of long lives: The Larvik study*. New York: Routledge.
- Schütz, A. (1981). *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einleitung in die verstehende Soziologie*. Frankfurt am Main, Suhrkamp. (1ère éd. 1932)

Internet: <http://www.unige.ch/centres/cig/> (Université de Genève, Centre interfacultaire de gérontologie, Thônex)

Workshop 1: Geschlecht, Gesundheit und Jugend *Atelier 1: Genre, santé et jeunesse*



Soziale Rollen und Geschlechterunterschiede im Alkoholkonsum: Ein internationaler Vergleich

Sandra Kuntsche und Gerhard Gmel, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Lausanne



Sandra Kuntsche

Eine steigende Zahl von Studien untersuchte den Einfluss von sozialen, strukturellen und materiellen Faktoren auf Gesundheitsfaktoren, darunter Alkoholkonsum. Die meisten Studien fokussierten dabei auf ein Geschlecht und zogen mögliche Unterschiede in den Geschlechtern nicht in Betracht. Traditionell wurden Unterschiede in der Gesundheit bei Männern über soziale Schichtungsmodelle untersucht, die Faktoren wie etwa die berufliche Position, die formale Bildung oder das Einkommen als unabhängige Variablen verwenden. Die Unterschiede bei den Frauen wurden überwiegend anhand sozialer Rollenmodelle (Mutter, Partnerin) erforscht. Untersuchungen in verschiedenen Ländern kamen dabei zu unterschiedlichen Ergebnissen, so dass von einem Einfluss der sozialen und kulturellen Werte und Erwartungen eines Landes auf den Alkoholkonsum ausgegangen werden kann.

Dieser Beitrag ist in zwei Bereiche unterteilt. In einem ersten Schritt soll zunächst versucht werden, sowohl die Relevanz von gendersensitiver Forschung im Alkoholbereich zu verdeutlichen als auch die Bedeutsamkeit des Faktors Kultur herauszustellen. Dies geschieht rein deskriptiv anhand internationaler Vergleiche zu Abstinenzraten und der Prävalenz chronisch risikoreichen Alkoholkonsums. In einem zweiten Schritt wird auf die Bedeutung sozialer Rollen und sozialer Schichtungsfaktoren für den Alkoholkonsum näher eingegangen. Diese Analysen erfolgen inferenzstatistisch und befassen sich mit folgenden Forschungsfragen zum risikoreichen Alkoholkonsum: A) Erweisen sich die sozialen Schichtungsfaktoren für Männer wirklich als bedeutsamer als für Frauen, und sind im Gegenzug die sozialen Rollen für Frauen bedeutsamer? B) Gibt

es Unterschiede in den betrachteten Ländern bezüglich des Einflusses sozialer Rollen oder sozialer Schichtungsfaktoren auf die beiden Geschlechter?

Der Beitrag fokussiert dabei auf Geschlechter- und Kulturunterschiede im Alkoholkonsum von insgesamt 17 überwiegend europäischen Ländern (Deutschland, Finnland, Frankreich, Island, Israel, Italien, Japan, die Niederlande, Norwegen, Österreich, Schweden, Schweiz, Spanien, Tschechien, Ungarn, USA, und UK). Alle Länder sind dabei in den grösseren Rahmen des GENACIS (Gender, Alcohol and Culture: An international Study) Projektes eingebettet. Die Analysen zu den sozialen Rollen begrenzen sich dabei auf 10 europäische Länder (Deutschland, Finnland, Frankreich, Norwegen, Österreich, Schweden, Schweiz, Tschechien, Ungarn, und UK) und beziehen sich auf den Erwerbsstatus und die familiäre Situation. Um annähernd sicherstellen zu können, dass es sich bei den Personen mit Kindern um solche mit einem gemeinsamen Haushalt handelt (Eltern und Kinder leben unter einem Dach) wurden die Analysen auf unter 50-Jährige begrenzt. Eine Begrenzung auf über 24-Jährige war nötig, um den Erwerbsstatus angemessen erfassen zu können.

Relevanz geschlechtsspezifischer Forschung und die Bedeutsamkeit des Faktors Kultur

Dabei wurde zunächst die Relevanz geschlechterspezifischer Forschung anhand unterschiedlicher Alkoholindikatoren erfasst. Vergleiche der Abstinenzraten (Abstinenz in den letzten 12 Monaten) zeigen, dass die Schweiz sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern vergleichsweise hohe Anteile an Abstinenten aufweist – 13% der Schweizer und nahezu ein Drittel der Schweizerinnen (28%) sind abstinent. Über alle Länder betrachtet sind die Abstinenzraten bei Frauen nicht nur höher als bei Männern, auch die Varianz der Abstinenzraten über die verschiedenen Länder ist bei Frauen grösser. So finden sich kaum Unterschiede in den geschlechtsspezifischen Abstinenzraten in Norwegen, Island, Finnland und Deutschland, hingegen sind Frauen in Österreich, Ungarn oder Italien etwa 2.5 mal häufiger abstinent als Männer. In der Schweiz liegt die Rate mit 2.1 ähnlich hoch.

Eine grössere Public Health Relevanz hat jedoch der chronische Alkoholkonsum. Die möglichen Folgen eines derartigen Konsums sind zahlreich und vielfältig. Gutjahr und Gmel (2001) stellten in einem Überblick die relativen Risiken für bspw. maligne Neoplasien und Karzinomen im Mund- und Rachenbereich, der Leber oder den weiblichen Brustdrüsen, neuropsychiatrische Erkrankungen, wie Alkoholpsychosen, Alkoholabhängigkeit oder Epilepsie, kardio- und zerebrovaskuläre Erkrankungen, gastrointestinale Erkrankungen und nicht zuletzt auch Folgen, die im perinatalen mütterlichen Konsum ihre Ursache haben, zusammen.

Im Rahmen dieses Beitrages wurde ein genderspezifisches Mass für Alkoholkonsum verwendet. Frauen mit einem täglichen Mindestkonsum von 20g reinen Alkohols und Männer mit einem Mindestkonsum von 40g reinen Alkohols wurden für die deskriptiven Vergleiche als risikoreich konsumierend eingestuft. Für die inferenzstatistischen Analysen im zweiten Teil folgten wir aktuelleren Empfehlungen der WHO und definierten die

männlich chronisch risikoreich Konsumierenden bereits ab einem Mindestkonsum von 30g reinen Alkohols. Die im folgenden berichteten Geschlechterunterschiede würden bei der Verwendung dieses Masses noch deutlicher ausfallen, da davon ausgegangen werden muss, dass mit einem um 10g geringeren täglichen Konsum als Mass für risikoreichen Alkoholkonsum mehr Männer berücksichtigt werden würden. Dennoch begrenzen wir uns für die deskriptiven Analysen auf das ältere, konservativere Mass von 40g.

Entgegen den Resultaten hinsichtlich der Abstinenz ist die Varianz in der Rate des risikoreichen Alkoholkonsumierens in den einzelnen Ländern bei den Männern höher als bei den Frauen. Gleichzeitig liegen die Raten der Männer in allen Ländern über denen der Frauen – und dies obwohl ein konservativeres Mass verwendet wurde. Für die Schweiz liegt die Rate der risikoreich konsumierenden Frauen bei 4%, während 7% aller in der Schweiz wohnhaften Männer risikoreich konsumieren. Damit liegt die Schweiz im internationalen Vergleich im Mittelfeld.

Soziale Rollen und Geschlechterunterschiede im Alkoholkonsum

Ungleichheiten im Bereich der Gesundheit, im speziellen Geschlechterungleichheiten, stellen aktuell einen Bereich mit grossem Forschungsinteresse dar. Bis in die 80er Jahre hinein fokuzierte die Forschung massgeblich auf Unterschiede in der männlichen Gesundheit und setzte diese in Verbindung mit den sozioökonomischen Bedingungen (Townsend, Davidson, & Whitehead, 1982, 1992). In späteren Untersuchungen gerieten auch die gesundheitlichen Unterschiede bei Frauen mehr und mehr in den Fokus der Wissenschaft. Zunächst wurde jedoch vorrangig auf familiäre Rollenmodelle (Mutter, Partnerin) bei gleichzeitiger beruflicher Tätigkeit fokussiert (Nathanson, 1980; Verbrugge, 1983; Thoits, 1983; Arber, 1991). Aktuell bemüht man sich darum, beiden Aspekten Rechnung zu tragen; der strukturellen und materiellen Situation auf der einen Seite und den familiären Rollen auf der anderen Seite (Bartley, Popay, & Plewis, 1992; Macran, Clarke, Slogget, & Bethune, 1994; Arber & Cooper, 2000).

Dabei sollten soziale Rollen nicht losgelöst vom jeweiligen Sozialsystem betrachtet werden. So variiert die Bedeutung der unterschiedlichen Rollenkombinationen in Abhängigkeit vom jeweiligen Sozialsystem einer Kultur ebenso wie von der Gleichstellung der beiden Geschlechter in den verschiedenen Gesellschaften. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen. Während alleinerziehende Mütter in Grossbritannien häufig von staatlichen Zuschüssen abhängig sind und in der Nähe der Armutsgrenze leben (Arber & Khat, 2002), ermöglicht das umfassende Sozialsystem Finnlands mit ganztägigen Betreuungsmöglichkeiten für Kinder, Frauen in der gleichen Situation ihren Beruf weiter auszuüben (Lahelma, Arber, Kivela, & Roos, 2002). Bei der Erforschung des Einflusses sozioökonomischer und sozialer Rollen auf das Gesundheitsverhalten, hier den Alkoholkonsum, von Männern und Frauen sollte versucht werden, sowohl der Mikroebene (individuelle Faktoren wie etwa Partnerschaft, Beruf, sozioökonomische Faktoren) als auch der Makroebene (gesellschaftliche Faktoren wie etwa gender equity) Rechnung zu tragen (Moss, 2002).

Die Analysen bezüglich des Erwerbsstatus ergaben klare Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern. Es zeigte sich, dass nicht erwerbstätige Männer häufiger einen chronisch risikoreicheren Konsum aufwiesen als erwerbstätige Männer. Anders bei den Frauen: Hier war der Anteil der risikoreich Alkoholkonsumierenden in der Gruppe der Erwerbstätigen höher. Ferner liessen sich deutliche Kulturunterschiede erkennen. Während die Unterschiede zwischen Erwerbstätigen und nicht Erwerbstätigen in einigen Ländern minim waren (etwa bei den Schweizerinnen und Schweizern) und dem Erwerbsstatus hinsichtlich des chronisch risikoreichen Alkoholkonsums somit eine geringe Bedeutung zukam, waren die Unterschiede in anderen Länder grösser (wie etwa in Ungarn oder Norwegen). In diesen Ländern kam dem Erwerbsstatus somit eine grössere Bedeutung hinsichtlich des Alkoholkonsums zu.

Bezüglich der familiären Situation zeigte sich, dass der Partnerschaft in beiden Geschlechtern eine massgebliche Rolle zuzukommen scheint. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen war die Tatsache, in einer Partnerschaft zu leben, in nahezu allen Ländern mit geringeren Raten von chronisch risikoreichem Alkoholkonsum assoziiert. Im Gegensatz zu den Männern konnte bei den Frauen ein zusätzlicher Effekt der Elternschaft beobachtet werden. Lebten Frauen in einer Partnerschaft mit Kind(ern) so war dies zusätzlich protektiv. Die Gruppe der Mütter mit Partner wies in der Mehrzahl der betrachteten Länder die geringste Rate an chronisch risikoreich Konsumierenden auf.

Abschliessend lässt sich also sagen, dass die Relevanz der Untersuchung von Geschlechterunterschieden im Bereich des Alkoholkonsums nicht hoch genug eingeschätzt werden kann. Ferner unterliegen die Geschlechtsunterschiede soziokulturellen Einflüssen und machen internationale Vergleichsstudien notwendig. Daraus ergibt sich aber auch, dass die Befunde eines Landes oder einer Kultur nicht ohne weiteres auf andere Länder oder Kulturen übertragen werden können – es gilt den soziokulturellen Background zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund können soziale Einflussfaktoren des Alkoholkonsums, wie etwa Elternschaft, Partnerschaft oder Berufstätigkeit von Frauen, in den einzelnen Ländern ganz unterschiedliche Bedeutung erlangen.

Literatur

- Arber, S. (1991). Class, paid employment and family roles: Making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Social Science and Medicine*, 32(4), 425–436.
- Arber, S., & Cooper, H. (2000). Gender and inequalities in health across the life course. In E. Annandale & K. Hunt (Eds.), *Gender inequalities in health* (pp. 123–149). Buckingham: Open University Press.
- Arber, S., & Khlat, M. (2002). Introduction to 'social and economic patterning of women's health in a changing world.' *Social Science and Medicine*, 54(5), 643–647.
- Bartley, M., Popay, J., & Plewis, I. (1992). Domestic condition, paid employment and women's experience of ill-health. *Sociology of Health and Illness*, 14, 313–343.

- Gutjahr, E., & Gmel, G. (2001). Defining alcohol-related fatal medical conditions for social-cost studies in Western societies: an update of the epidemiological evidence. *Journal of Substance Abuse, 13*(3), 239–264.
- Lahelma, E., Arber, S., Kivela, K., & Roos, E. (2002). Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances. *Social Science and Medicine, 54*(5), 727–740.
- Macran, S., Clarke, L., Slogget, A., & Bethune, A. (1994). Women's socioeconomic status and self-assessed health: Identifying some disadvantaged groups. *Sociology of Health and Illness, 16*, 182–208.
- Moss, N. E. (2002). Gender equity and socioeconomic inequality: A framework for the patterning of women's health. *Social Science and Medicine, 54*(5), 649–661.
- Nathanson, C. A. (1980). Social roles and health status among women: The significance of employment. *Social Science and Medicine, 14A*(6), 463–471.
- Thoits, P. A. (1983). Multiple identities and psychological well-being: A reformulation and test of the social isolation hypothesis. *American Sociological Review, 48*(2), 174–187.
- Townsend, P., Davidson, N., & Whitehead, M. (Eds.). (1982). *Inequalities in health: The Black Report*. Harmondsworth: Penguin.
- Townsend, P., Davidson, N., & Whitehead, M. (Eds.). (1992). *Inequalities in health: The Black Report and the health divide*. Harmondsworth: Penguin.
- Verbrugge, L. M. (1983). Multiple roles and physical health of women and men. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(1), 16–30.

Internet: <http://www.sfa-isp.ch/> (Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Lausanne)

Sexarbeit und Gesundheit

Ursula Koch, Abteilung für Public Mental Health, Psychiatrische Universitätsklinik
Zürich

Einleitung und Begründung des Projektes

Sexarbeit wurde in der wissenschaftlichen Forschung wie auch im Public Health-Bereich bis vor kurzem oft nur im Zusammenhang mit sexuell übertragbaren Krankheiten, vornehmlich im Rahmen der HIV-/STD-Prävention wahrgenommen. Dies ist überraschend, handelt es sich bei den Sexworkerinnen doch um eine gesellschaftlich bedeutende Gruppe, die von mehreren relevanten Public Health-Bereichen betroffen ist (u.a. Frauengesundheit, Sucht und Migration). Erst seit einigen Jahren finden sich Studien, die neben dem HIV-Risiko auch die generelle körperliche als auch psychische Gesundheit fokussieren. Die Ergebnisse weisen jedoch verschiedene Einschränkungen auf:

1. Bisherige Studien *fokussieren* auf spezifische psychische Erkrankungen, wie z.B. posttraumatische Belastungsstörung, Substanzmissbrauch (u.a. 1, 2, 3, 4). Die Ergebnisse lassen jedoch vermuten, dass die betroffenen Frauen unter weiteren psychischen Beeinträchtigungen leiden, was genauer untersucht werden muss.
2. *Health inequalities*, d.h. dem schlechteren Zugang zu und der verminderten Benutzung von Gesundheits-Angeboten durch Sexworkerinnen, wurde keine Beachtung geschenkt, obwohl Sexwork oft mit einem Leben verbunden ist, welches von Gewalt, Substanzabhängigkeit sowie Arbeits- und Rechtsunsicherheit geprägt ist. Dies führt gemäss verschiedener Studien zu einem erhöhten Gesundheitsrisiko (5–11) aber auch zu einer sechsfach erhöhten Mortalität unter aktiven Sexworkerinnen, was vor allem auf Drogen und Gewalt zurückzuführen ist (12).
3. Es fehlen Untersuchungen, die ein differenziertes und nicht *pathologisierendes* Bild der unterschiedlichen Arbeits-, Lebens- und Gesundheitsbedingungen der Sexarbeiterinnen ermöglichen.
4. Sexworkerinnen werden oft als homogene Gruppe dargestellt. Sexwork wird jedoch von *unterschiedlichen Gruppen*, aus *unterschiedlichen Motiven* (z.B. Berufung vs. Schulden) und in *unterschiedlichem Kontext* angeboten (z.B. Beschaffungsprostitution vs. Edelprostitution).
5. Bisherige Studien beschränken sich auf die Sexarbeit in *Entwicklungsländern*, in den *USA* oder andern *englischsprachigen Ländern*. Dies ist aus einer Public Health-Perspektive als ungenügend zu betrachten, weil die untersuchten sozioökonomischen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen nicht mit Europa vergleichbar sind. Im Deutschsprachigen Raum gibt es nur eine Studie aus Hamburg

(4), welche allerdings nur eine kleine Stichprobe (N=50) umfasst und zudem nur auf die Erhebung der Posttraumatischen Störung fokussiert.

6. Schliesslich gibt es nur sehr *wenige Interventionsstudien* bei Sexworkerinnen, z.B. zu deren Kondomgebrauch, nicht aber zu deren besseren Einbindung in ein sozial-medizinisches Hilfesystem.

Untersuchungsziele

Übergeordnetes Ziel des Gesamtvorhabens war, im Rahmen eines fachübergreifenden Mehrebenenansatzes Daten über die Gesundheit von Sexarbeiterinnen der Stadt Zürich zu generieren. Gesundheit wurde in Anlehnung an die WHO (1976) „als umfassendes körperliches, soziales und seelisches Wohlbefinden“ verstanden. Dieses positive Konzept der Gesundheit betrachtet dabei nicht nur körperliche und seelische Aspekte, sondern bezieht auch individuelle und soziale Ressourcen (z.B. soziale Einbindung), Bewältigungsverhalten (z.B. Schutz- und Copingstrategien) sowie verschiedene Rahmenbedingungen (wie z.B. Arbeits- und Lebensbedingungen) mit ein. Mittels dieser differenzierten Erfassung verschiedener Aspekte der Gesundheit von Sexarbeiterinnen sollten einerseits Defizite früherer Studien methodisch überwunden und andererseits differenzierte Aussagen über Art und Ausmass der psychischen Gesundheit, über psychosoziale Problembereiche aber auch über Bewältigungsverhalten ermöglicht werden. Letztlich sollten daraus erste versorgungspolitisch relevante Erkenntnisse gezogen werden, empirisches Material für die weitere Planung und Koordination der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von Sexarbeiterinnen bereit gestellt und Denkanstösse zur Ausarbeitung von präventiven und beratenden Ansätzen geliefert werden.

Die konkreten Ziele der Studie können zu folgenden vier Punkten zusammengefasst werden:

1. Deskriptive Analyse der Arbeits-/Lebens- und Gesundheitsbedingungen unterschiedlicher Subgruppen von Sexworkerinnen (Def. Gesundheit gemäss WHO, 1976)
2. Analyse des Bedarfs nach medizinisch-psychiatrischen sowie psycho-sozialen Versorgungsleistungen
3. Generation von Grundlage-Daten für eine Nachfolgestudie
4. Ausarbeitung von versorgungsrelevanten Informationen (z.B. Empfehlungen für eine bessere Ausnützung bestehender Angebote)

Fragestellungen der Untersuchung

Folgende zwei Fragestellungen stehen im Zentrum der Studie:

1. Gibt es einen Bedarf an psychiatrischen oder psycho-sozialen Versorgungsleistungen bei Sexarbeiterinnen in der Stadt Zürich?

2. Unterscheiden sich Sexarbeiterinnen je nach Subgruppe in Bezug auf diesen Bedarf sowie hinsichtlich einiger ausgewählter Items, wie z.B.
- Arbeits- und Lebensbedingungen?
 - Umgang mit Krisen und Belastungen (Coping-Verhalten)?
 - Inanspruchnahmeverhalten?
 - Motivation?
 - Bedürfnisse wie z.B. Schutz, rechtliche Hilfe, Beratung?

Methodischer Teil

Methodische Schwierigkeiten der Sexwork-Forschung/Einschränkungen der Studie

Die Sexwork-Forschung hat mit verschiedenen methodischen Schwierigkeiten zu kämpfen. Dabei ist neben der *Heterogenität* und den fehlenden Angaben zur *Grösse der Grundpopulation* (Schätzung Abteilung für Milieu- und Sexualdelikte Zürich, 2005: ca. 3200 SA) v.a. die Stichprobenrekrutierung schwierig. Die Sexarbeiterinnen sind auf Grund der allgemeinen Stigmatisierung, der Illegalität, der Subkultur und der Verbindung zu kriminellen Netzwerken sowie auf Grund sprachlicher Einschränkungen schwierig zu erreichen. Wegen der Stichprobenrekrutierung ist mit Verzerrungen zu rechnen, was die Repräsentativität der Aussagen beeinflussen kann.

Auswahl der Stichprobe und Stichprobenrekrutierung

Auf Grund der erwähnten Schwierigkeiten sollte die Stichprobe (N = 200) eine möglichst repräsentative Zusammensetzung der Grundpopulation widerspiegeln und umfasste deshalb die Bereiche:

- *Edelprostitution* (z.B. Escort Service)
- *Studio-Prostitution* (z.B. Studio, Salon)
- *Strassenprostitution* (z.B. Beschaffungsprostituierte)

Um die Verzerrungen möglichst klein zu halten, wurden die Probandinnen zudem auf sehr unterschiedliche Art und Weise kontaktiert:

- via Beratungs- und Informationsstellen (z.B. FIZ, Frauenbus Flora Dora und Wohn- und Obdachlosenhilfe, bspw. Basta)
- via Internet, bzw. Sex-Anzeiger (z.B. E-Mail an Studierende an der Universität Zürich)
- durch direkte Kontaktaufnahme (z.B. Strasse, Salon, Bordell) („Streetwork-Ansatz“)

Erhebungsinstrumente

Die Befragung selber dauerte ca. 1 ½–2 Stunden und beinhaltete folgende sechs standardisierte Erhebungsinstrumente:

- 1) Sexwork-Fragebogen (in Anlehnung an Zumbeck, 2001)
- 2) Diagnostisches Interview DIA-X (Wittchen et al., 1995)
- 3) Kurz-Fragebogen zum Kohärenzsinn (Antonovsky, 1987)

- 4) Fragebogen zur sexuellen Gesundheit (im Auftrag des BAG)
- 5) Substanzerfassungsblatt (gemäss ICD-10-Kriterien)
- 6) Tweak-Test (Russel et al., 1991) (Alkoholabhängigkeit, -missbrauch)

Auswertung

Die Daten wurden mittels der Programme Access, Excel und SPSS („Statistical Package for Social Sciences“, Version 11) ausgewertet.

Auf Grund des querschnittlich angelegten Studiendesigns wurden vorwiegend deskriptive und vergleichende Auswertungen (z.B. Unterschiedshypothesen) durchgeführt.

Erste Auswertungen und Trends

Da die Interviews erst Ende September 2005 abgeschlossen sind, können noch keine endgültigen Ergebnisse dargestellt werden. Nachfolgende Auswertungen zielen deshalb darauf, einen ersten Einblick in soziodemographische Variablen, Arbeits- und Lebensbedingungen sowie psychische Gesundheit von 54 Sexarbeiterinnen der Stadt Zürich zu gewähren und ein erstes versorgungspolitisches Fazit zu ziehen.

Soziodemographische Variablen

Von den 54 Frauen arbeiten 39% im Edelbereich, d.h. im Escortservice, 49% im Salon-/Studiobereich und 22% auf der Strasse. Davon waren 18% Beschaffungsprostituierte. Die Frauen begannen im Alter zwischen 12 und 45 Jahren im Sexgewerbe zu arbeiten, der Durchschnitt lag bei 25 Jahren.

Alter

Der Altersdurchschnitt des Samples lag bei 33 Jahren (Mean = 33.39; Range: 18–63).

Nationalität

Der Grossteil der Frauen (42%) stammt aus Südamerika, gefolgt von Schweizerinnen (26%) und von Westeuropäerinnen (12%). Asiatinnen waren zu 10% und Osteuropäerinnen zu 6% vertreten.

Schulabschluss

Die Mehrheit (46%) verfügt über den landesüblichen Schulabschluss, 10% über die Matur, 8% über einen Hochschulabschluss und 10% über einen anderen Abschluss (z.B. Berufslehre). 10% hatten keinen Schulabschluss.

Soziale Einbindung (Indikatoren)/Lebensbedingungen

Feste Partnerschaft

Gut die Hälfte (60%) befand sich in einer festen Partnerschaft. Von diesen scheinen 41,2% der Partner von der Tätigkeit ihrer Frauen zu wissen, bzw. 12% auch am Verdienst beteiligt zu sein.

Nebenverdienst

18% der Frauen gaben an, neben der Sexarbeit noch einer anderen Tätigkeit nachzugehen.

Obdachlosigkeit

34% der Frauen gaben an, aktuell oder in der Vergangenheit obdachlos gewesen zu sein.

Stigmatisierung

92% gaben an, oft bis sehr oft das Gefühl zu haben, auf Grund ihrer Arbeit von der Gesellschaft diskriminiert bzw. aus ihrem Bekanntenkreis ausgeschlossen zu werden (87%).

Doppelleben

60% verbergen ihre Arbeit vor ihren Bekannten und Verwandten, 83% auch vor ihren Kindern.

Soziale Unterstützung

Rund ein Drittel der Frauen (33%) gab an, niemanden zu haben, dem sie vertrauen können. 24.1% scheinen des Weiteren keine Unterstützung von ihrer Familie/Verwandtschaft zu erhalten.

Arbeitsbedingungen und -belastungen

Zur Beschreibung der Arbeitsbedingungen können verschiedene Indikatoren, wie z.B. Verdienst, Miete und Arbeitssicherheit herangezogen werden. Die jeweiligen Indikatoren werden nachfolgend detaillierter dargestellt und im Anschluss daran mit der Tätigkeit einhergehende Belastungen stichwortartig aufgelistet.

Verdienst/Anzahl Arbeitstage/Anzahl Freier

Die Verdienstmöglichkeiten variieren stark und liegen zwischen 200 und 9000 Fr. pro Woche, im Mittel aber bei 1900.- pro Woche. Der Lohn allein sagt jedoch wenig über die tatsächlichen Verdienstmöglichkeiten der Frauen aus. Nur ca. ein Drittel (38.3%) der Frauen, vornehmlich aus dem Strassenbereich, kann über die gesamten Einnahmen verfügen. Bei Frauen im Salon- und z.T. auch im Edelbereich gehen bis zu 50% der Einnahmen an den Salon-, Bordellbesitzer oder die Agentur (Escort). Bei selbständigem Erwerb (u.a. in Studios) fallen hingegen Werbekosten und/oder Miete an. Die Zimmermieten liegen dabei bei einem Durchschnitt von 622.- pro Woche (Range: 50–2000).

Die Frauen arbeiten im Durchschnitt 5 Tage die Woche (Range: 1–7 Tage) und bedienen plus minus 20 Freier (Range: 4–60 Freier). Es zeigt sich, dass Frauen im Edelbereich höhere Mindestpreise pro Freier verlangen, deutlich weniger häufig arbeiten und insgesamt auch weniger Freier bedienen.

Sicherheit der Arbeitsumgebung

Nur gut ein Fünftel (22%) der Frauen empfinden Ihre Arbeitsumgebung als sicher. Diesbezüglich sind signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Subgruppen zu erwarten. Im Gegensatz zur Edel- und Salonprostitution schätzt die Mehrheit (56%) der Frauen auf der Strasse ihre Arbeitsumgebung als unsicher ein. Dieser Unterschied wird von den Frauen v.a. auf bessere Sicherheitsvorkehrungen im Salon- und Edelbereich, wie z.B. Alarmsystem, Videokameras, Arbeitskolleginnen in der Nähe etc. zurückgeführt.

Gewalterfahrungen

Frauen auf der Strasse scheinen häufiger mit Gewalt konfrontiert zu sein, als Frauen im Edelbereich. Insgesamt haben 55% der Frauen bisher sexuelle Gewalt erlebt (53% davon oft bis sehr oft). 67% der Frauen gaben an körperliche Gewalt erlebt zu haben (davon 61% oft bis sehr oft).

Zwang zu Sexarbeit/Finanzielle Abhängigkeit

Rund 22% aller Frauen werden oder wurden bereits zu Sexarbeit gezwungen. Dabei wurden 13% der Ausländerinnen gegen ihren Willen oder unter Vorspiegelung falscher Tatsachen vom Ausland in die Schweiz ins Gewerbe eingeführt. 18.5% der Ausländerinnen mussten zudem Vermittlungsgebühren zahlen, die sich z.T. auf über 15'000.- beliefen und die Frauen in eine grosse finanzielle Abhängigkeit brachten.

Arbeitsbelastungen

Eine detaillierte Auflistung der am häufigsten genannten Arbeitsbelastungen ist nachfolgend als Rangfolge geordnet ersichtlich:

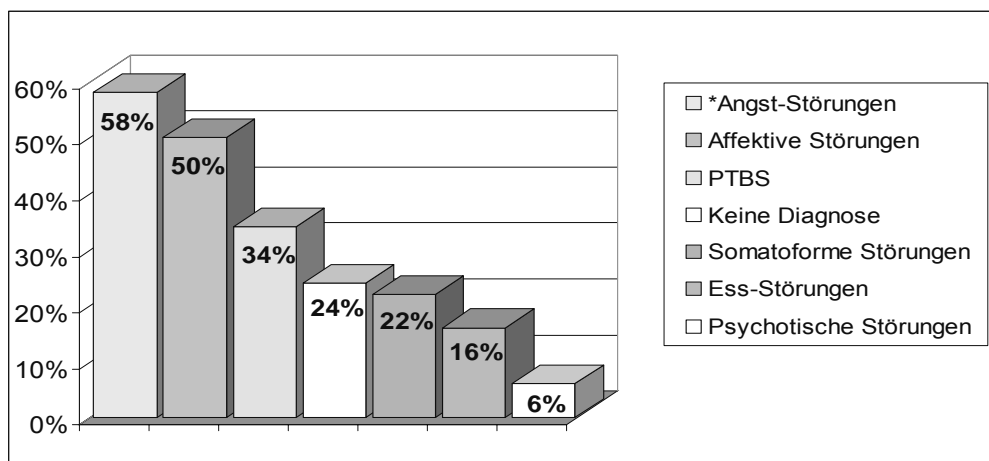
- Finanzielle Abhängigkeit: 70%
- Angst vor einer Ansteckung: 64%
- Doppelleben: 60%
- Tätigkeit an sich: 56%
- Sexuelle Probleme: 56%
- Kundenansprüche: 50%
- Umgebungsbelastungen: 46%
- Scham- und Schuldgefühle: 45%
- Beziehungsschwierigkeiten: 44%

Psychische Gesundheit

Über zwei Drittel der Frauen (76%) wiesen mindestens eine diagnostizierte psychische Störung auf. Es sind dabei signifikante Unterschiede zur Gesamtbevölkerung zu erwarten, da gemäss WHO (1998) nur rund 25% der über 18-Jährigen einmal in ihrem Leben an einer psychischen Störung litten. Beim Sexworksamplé standen dabei vornehmlich Angsterkrankungen und Affektive Störungen im Vordergrund. Es sind bereits Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit sowie der Art der psychiatrischen Diagnose zu erkennen. Frauen im Studio und auf der Strasse leiden proportional häufiger an affektiven Erkrankungen (z.B. Depressionen) als Frauen im Edel- oder Salonbereich. Zudem weisen Migrantinnen häufiger Angststörungen, insbesondere posttraumatische Belas-

tungsstörungen auf. Eine detaillierte Übersicht über die verschiedenen psychiatrischen Diagnosen gemäss ICD-10 findet sich in der nachfolgenden Abbildung:

Psychiatrische Diagnosen



* spezifische Phobien ausgenommen

Gesundheitspolitische Aspekte

Die Studie zielte neben Angaben zu Gesundheits-, Arbeits- und Lebensbedingungen darauf, versorgungspolitische Informationen, z.B. über den Bedarf an konkreten Lebenshilfen sowie über die Bekanntheit und Inanspruchnahme bestehender Versorgungsangebote, zu generieren. Nachfolgend werden die konkreten Bedürfnisse der Frauen kurz dargestellt und kommentiert.

An erster Stelle stand mit 63% der Antworten deutlich das Bedürfnis nach einer anderen Berufsausbildung. An zweiter Stelle (55%) folgte der Wunsch nach psychologischer Unterstützung und weiter mit je 46% der Wunsch nach Ausstiegshilfe sowie besseren Arbeitsbedingungen. 39% der Frauen wünschen sich die Anerkennung der Sexarbeit als normalen Beruf, was auf die noch immer vorherrschende Stigmatisierung hinweist. Von zentraler Bedeutung ist in diesem Zusammenhang aber auch der Wunsch nach Beratung durch Beratungs- und Informationsstellen (23%), u.a. bei juristischen Fragen (21%).

Die unterschiedlichen Bedürfnisse weisen auf Unterschiede zwischen den einzelnen Subgruppen hin. Während Frauen im Edelbereich, vornehmlich Schweizerinnen, sich für die Anerkennung der Sexarbeit einsetzen, so scheinen Frauen im Studio- und Salonbereich (vorwiegend Migrantinnen) v.a. psychologische Unterstützung und Beratung in verschiedenen Aspekten zu benötigen. Dabei weisen die Antworten in Hinblick auf den Bekanntheitsgrad von verschiedenen Institutionen in Zürich einerseits auf die fehlenden Kenntnisse bestehender Versorgungseinrichtungen (z.B. Beratungs- und Informationsstellen) aber auch auf wenig Angebote (z.B. im Bereich spanisch/portugiesisch sprechender Psychotherapeuten) hin. Bessere Arbeitsbedingungen wurden vornehmlich von Frauen auf der Strasse und teilweise aus dem Salon genannt.

Erstes Fazit

Obwohl auf Grund der kleinen Stichprobe noch keine repräsentativen Aussagen möglich sind, liefern die bisherigen Daten bereits Hinweise auf den Bedarf an (1) medizinisch-psychologischer Unterstützung, (2) Berufsveränderungsangeboten (u.a. Ausstiegshilfe), (3) Beratung in verschiedenen Bereichen (z.B. in juristischen Fragen), (4) die Verbesserung der Arbeitsbedingungen (z.B. „geschützte Orte“) und (5) Entstigmatisierung, d.h. rechtliche und soziale Absicherung der Sexarbeit. Konkrete Aussagen sowie Signifikanztests hinsichtlich Gruppenunterschiede im Sexgewerbe werden jedoch erst bei Abschluss der Interviews möglich sein.

Ausgewählte Literatur

1. Farley M., Barkan H.: Somatization, dissociation, and tension-reducing behaviors in psychiatric outpatients. *Psychother.Psychosom.* 1997; **66**: 133-140
2. Farley M., Barkan H.: Prostitution, violence, and posttraumatic stress disorder. *Women Health* 1998; **27**: 37-49
3. Chudakov B., Ilan K., Belmaker R.H., Cwikel J.: The motivation and mental health of sex workers. *J.Sex Marital Ther.* 2002; **28**: 305-315
4. Zumbeck S.: Die Prävalenz traumatischer Erfahrungen, posttraumatischer Belastungsstörungen und Dissoziation bei Prostituierten. Eine explorative Studie. 2001
5. Brogly S.B., Bruneau J., Lamothe F., Vinclette J., Franco E.L.: HIV-positive notification and behavior changes in Montreal injection drug users. *AIDS Educ. Prev.* 2002; **14**: 17-28
6. Cwikel J., Ilan K., Chudakov B.: Women brothel workers and occupational health risks. *J.Epidemiol.Community Health* 2003; **57**: 809-815
7. Ditmore M., Saunders P.: Sex work and sex trafficking. *Sex Health Exch.* 1998: 15
8. Jones D.L., Irwin K.L., Inciardi J. et al.: The high-risk sexual practices of crack-smoking sex workers recruited from the streets of three American cities. The Multi-center Crack Cocaine and HIV Infection Study Team. *Sex Transm.Dis.* 1998; **25**: 187-193
9. Minichiello V., Marino R., Browne J.: Knowledge, risk perceptions and condom usage in male sex workers from three Australian cities. *AIDS Care* 2001; **13**: 387-402
10. Pyett P.M., Warr D.J.: Vulnerability on the streets: female sex workers and HIV risk. *AIDS Care* 1997; **9**: 539-547
11. Romans S.E., Potter K., Martin J., Herbison P.: The mental and physical health of female sex workers: a comparative study. *Aust.N.Z.J.Psychiatry* 2001; **35**: 75-80
12. Potterat J.J., Brewer D.D., Muth S.Q. et al.: Mortality in a long-term open cohort of prostitute women. *Am.J.Epidemiol.* 2004; **159**: 778-785
13. El Bassel N., Witte S.S., Wada T., Gilbert L., Wallace J.: Correlates of partner violence among female street-based sex workers: substance abuse, history of childhood abuse, and HIV risks. *AIDS Patient.Care STDS.* 2001; **15**: 41-51
14. Day S., Ward H.: Violence towards female prostitutes. Violence in sex work extends to more than risks from clients. *BMJ* 2001; **323**: 230

15. Zimmerman C., Watts C.: Risks and responsibilities: guidelines for interviewing trafficked women. *Lancet* 2004; **363**: 565

Quellen: Erhebungsinstrumente

- Antonovsky, Q (1983). The sense of Coherence: Development of Research Instrument. WS. Schwartz Research Center of Behavioral Medicine, Tel Aviv. Newsletter and Research Reports, 1, 1–11.
- Robins, LN., Wing, J., Wittchen, H-U., et al (1988). The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry*, 45, 1069–1077.
- Schumacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, T. & Braehler, E. (2000). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. Teststatistische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzsкала. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 50, 472–282. .
- Russell, M., Czarnecki, DM., Cowan, R., et al. (1991). Measures of maternal alcohol use as predictors of development in early childhood. *Alcohol Clin Exp Res*, 15, 991–1000.
- Wittchen, H-U., Pfister, R. (1997). DIAX Interviews: Manual für Screening Verfahren und Interview; Interviewheft Längsschnittuntersuchung (DIAXLifetime); Ergänzungsheft (DIAXLifetime); Interviewheft Querschnittuntersuchung (DIAX12 Monate); Ergänzungsheft (DIAX12 Monate); PCProgramm zur Durchführung des Interviews (Längs- und Querschnittuntersuchung); Auswertungsprogramm. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.

Internet: <http://www.puk-west.unizh.ch/de/aktuell/sexworkhealth.shtml> (Psychiatrische Universitätsklinik, Forschungsbereich Klinische und Soziale Psychiatrie, Zürich)

**Workshop 2: Geschlecht, Gesundheit und mittleres
Erwachsenenalter**
Atelier 2: Genre, santé et âge adulte moyen



Mutterschaft, Erwerbstätigkeit und Gesundheit

Katharina Staehelin und Paola Coda Berteza, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel



Katharina Staehelin

Immer mehr Frauen kombinieren Mutterschaft und Erwerbstätigkeit. Auch in den Medien wird dies häufig thematisiert, sei es im Kontext der Vereinbarkeitsproblematik, der abnehmenden Kinderzahl in der Schweiz oder der Einführung neuer Gesetze wie bei der Mutterschaftsversicherung im Jahr 2004.

Diese Diskussionen werden allerdings nur selten unter dem Gesichtspunkt der Gesundheit geführt. Dies war für uns der Anlass, uns näher mit diesem Thema, d.h. mit der Verknüpfung von Mutterschaft, Erwerbstätigkeit und Gesundheit, auseinander zu setzen.

Statistische Informationen zu Mutterschaft und Erwerbstätigkeit in der Schweiz

Verlauf der Erwerbsquoten von Frauen und Männern in den letzten Jahrzehnten

Die Frauenerwerbsquote bezogen auf die Wohnbevölkerung stieg zwischen 1960 und 2003 beträchtlich von 33% auf 50% (Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2004). Insbesondere in den 1980er und 1990er Jahren kam es zu einer starken Zunahme. Bei den Männern ist der Verlauf leicht abnehmend. Ihre Erwerbsquote sank seit 1960 diskret von 66% auf 63% im Jahr 2003. Insgesamt kommt es zu einer Annäherung der beiden Erwerbsquoten.

Erwerbsquoten von Müttern und kinderlosen Frauen

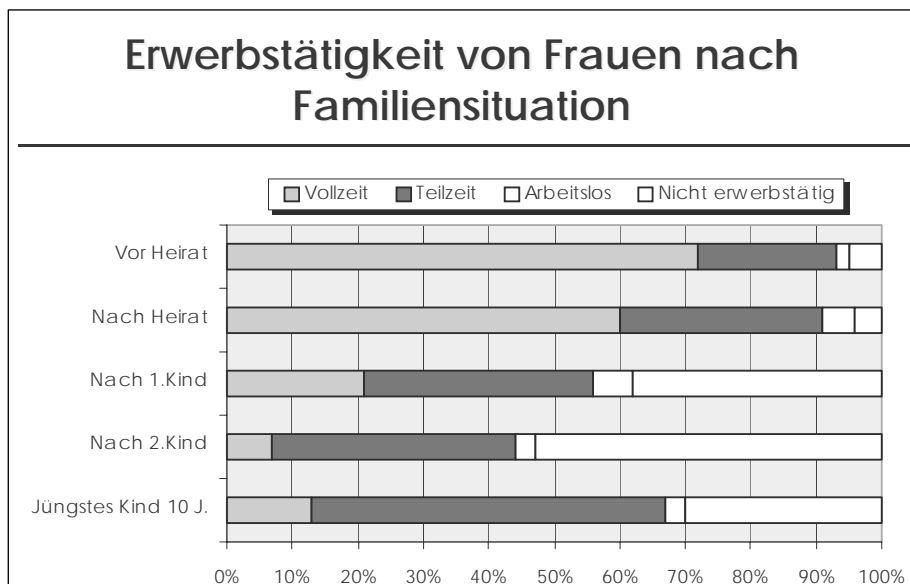
Die Erwerbsquote von Frauen mit Kindern liegt im Vergleich zu den gleichaltrigen kinderlosen Frauen deutlich tiefer und je kleiner die Kinder, desto geringer ist auch die

Erwerbsquote der Mütter. Allerdings ist die Erwerbsquote bei den Frauen mit den kleinsten Kindern (jüngstes Kind < 6 Jahren) in den Jahren 1990 bis 2000 von 40% auf 62% am stärksten gestiegen (Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2004). Bei Frauen mit Kindern zwischen 7 und 14 Jahren resp. 15 und 20 Jahren kam es zu einer weniger starken Steigerung von 60% auf 76% resp. von 71% auf 83%. Bei den kinderlosen Frauen war nur eine diskrete Zunahme der Erwerbsquote von 88% auf 91% zu verzeichnen. Somit nahm die Differenz zwischen diesen Gruppen in den letzten 10 Jahren ab.

Erwerbstätigkeit von Frauen nach Familiensituation

Eine Heirat hat heute nur noch einen geringen Einfluss auf die Erwerbstätigkeit der Frauen (Schweizerische Arbeitskräfteerhebung 1993-2003). Mit einem Anteil von ca. 90% arbeiten praktisch gleich viele Frauen vor wie nach einer Heirat. Einige Frauen verringern aber ihren Beschäftigungsgrad (s. Abb.1).

Abbildung 1



Die Geburt des ersten Kindes führt hingegen zu einer grossen Veränderung im Erwerbsleben der Frauen. Während vor der Geburt gut 90% der Frauen einer Erwerbstätigkeit nachgehen, sind es nach der ersten Geburt noch knapp 60%. Umgekehrt steigt der Anteil nicht erwerbstätiger Frauen von ca. 10% auf knapp 40% an. Am deutlichsten ist die Abnahme der Vollzeiterwerbstätigkeit von 60% vor auf 20% nach der Geburt. Nach der Geburt des zweiten Kindes kommt es zu einer weiteren Reduktion des Anteils erwerbstätiger Frauen, allerdings in einem geringeren Mass als nach der Geburt des 1. Kindes. Noch knapp 50% der Frauen sind erwerbstätig, resp. gut 50% nicht erwerbstätig. Der Anteil Frauen mit einer Vollzeiterwerbstätigkeit liegt noch bei 5%. Im Verlauf der Zeit, bis das jüngste Kind 10 Jahre alt ist, kommt es wieder zu einem Anstieg des Anteils erwerbstätiger Frauen, allerdings erreicht es nicht mehr das Niveau wie vor der Geburt des ersten Kindes, und die grosse Mehrheit der Frauen arbeitet in einem Teilzeitpensum.

Die Familiensituation stellt somit einen sehr entscheidenden Faktor in Bezug auf das Erwerbsleben der Frauen dar.

Frauenerwerbsquote und Fertilitätsrate

Wie bereits erwähnt, ist die Erwerbsquote in den letzten Jahrzehnten deutlich angestiegen, während die mittlere Kinderzahl pro Frau bis heute kontinuierlich abgenommen hat (Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2003 & 2004). Die stärkste Abnahme der Fertilitätsrate erfolgte zwischen 1965 und 1980, während der grosse Anstieg der Erwerbsbeteiligung der Frauen erst in den 1980er und 1990er Jahren kam. Ein direkter Zusammenhang zwischen der mittleren Kinderzahl pro Frau und der Frauenerwerbsquote für die Zeit vor 1975 ist daher eher unwahrscheinlich, andere Faktoren wie z.B. die Einführung der Pille hatten einen grösseren Einfluss. Für die Zeit nach 1975 könnte man allenfalls einen Zusammenhang postulieren.

Alter der Mutter beim ersten Kind

Einer der Gründe für die Abnahme der mittleren Kinderzahl pro Frau ist das zunehmende Alter der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes. Seit 1980 ist das mittlere Alter bei Geburt des ersten Kindes um über 2 Jahre auf 30.2 Jahre im Jahr 2003 angestiegen (Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2004).

Dieser Trend steht mit der Erwerbstätigkeit in enger Verbindung, denn der Ausbildungsgrad der Frauen hat sich verbessert und die Ausbildungen dauern heute länger als früher. Insgesamt steigen Frauen heute später in die Arbeitswelt ein und auch das Alter, in dem sie beruflich gut etabliert sind, hat sich erhöht. Im Zuge dieser Entwicklung möchten viele Frauen heute ihre Kinder erst zu einem späteren Zeitpunkt als früher. Damit verkürzt sich die reproduktive Phase und das Sterilitätsrisiko nimmt zu. Beides ist mit einer verminderten Kinderzahl pro Frau verbunden.

Mutterschaftsregelungen in der Schweiz und im europäischen Vergleich

Nationale Mutterschaftsregelungen in der Schweiz

Die gesetzlichen Regelungen für erwerbstätige schwangere Frauen und Mütter auf nationaler Ebene sind in der Schweiz in verschiedenen Erlassen geregelt (Bundesamt für Sozialversicherung 2004, CEDAW 2001, Seco 2003). Das Arbeitsgesetz legt fest, wie schwangere und stillende Frauen zu beschäftigen sind. Der Arbeitgeber muss demnach die Arbeitsbedingungen so einrichten, dass die Gesundheit von Mutter und Kind nicht gefährdet ist. Eine schwangere Frau darf beispielsweise keine schweren Lasten heben, nicht zu lange stehen und keine Überzeit leisten. Zusätzlich besteht während den ersten acht Wochen nach der Geburt ein grundsätzliches Arbeitsverbot. Weiter ist im Arbeitsgesetz geregelt, dass Stillen als Arbeitszeit gilt und jedem Elternteil pro Krankheitsfall eines Kindes während dreier Tagen ein bezahlter Urlaub zusteht. Im Obligationenrecht ist der Kündigungsschutz geregelt, welcher für die ganze Schwangerschaft und 16 Wochen nach der Geburt gilt. Am 1. Juli 2005 ist die neue Erwerbserersatzordnung in Kraft getreten, welche bei Mutterschaft eine Lohnfortzahlung von 80% während 14 Wochen für alle in der Schweiz erwerbstätigen Frauen einschliesslich

selbständig erwerbstätiger und im Familienbetrieb mitarbeitender Frauen festlegt. Die medizinischen Kosten bei Mutterschaft werden aufgrund des Krankenversicherungsgesetzes von der Krankenkasse übernommen.

Mutterschaftsregelungen im internationalen Vergleich

Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern ist der Mutterschaftsschutz in der Schweiz wenig umfassend geregelt (Bundesamt für Sozialversicherung 2004, CEDAW 2001, Seco 2003, MISSOC 2004, EU 1999 & 2003). Insbesondere fehlen Bestimmungen, welche die Phasen der Kleinkinderzeit und Schulzeit betreffen und so auf eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf abzielen.

Im internationalen Vergleich bestehen in der Schweiz auf nationaler Ebene die im folgenden Abschnitt beschriebenen Gesetzeslücken (einzelne Bestimmungen zu den erwähnten Punkten können jedoch in Gesamtarbeitsverträgen oder kantonalen Bestimmungen geregelt sein):

In allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union gilt ein Elternurlaub von mind. 3 Monaten. Dieser kann im Anschluss an den Mutterschaftsurlaub von Mutter oder Vater bezogen werden und ist meist mit einer Arbeitsplatzgarantie verbunden. Allerdings ist der Elternurlaub nicht in allen Ländern bezahlt. Die meisten europäischen Staaten haben zudem einen in der nationalen Gesetzgebung verankerten Vaterschaftsurlaub von bis zu drei Wochen wie z.B. die skandinavischen Länder. In einigen Ländern wie z.B. in Deutschland, Österreich und den skandinavischen Staaten gilt zudem ein Recht auf Reduktion der Arbeitszeit resp. auf Teilzeitarbeit bei Mutter- resp. Elternschaft. Die Schaffung von Diensten zur familienexternen Kinderbetreuung fällt in der Schweiz in den Zuständigkeitsbereich der Kantone, Gemeinden und privaten Organisationen. Das Angebot ist aber in den meisten Kantonen noch ungenügend. Dasselbe gilt auch für Tageschulen und Mittagstische. Auch fehlen in der Schweiz einheitliche Kinder- und Familienzulagen, die in anderen europäischen Ländern auf nationaler Ebene festgelegt sind.

Internationale Literatur und Ergebnisse aus der Schweiz zu den Auswirkungen der Erwerbstätigkeit auf die Gesundheit von schwangeren Frauen und Müttern

Erwerbstätigkeit und Schwangerschaft

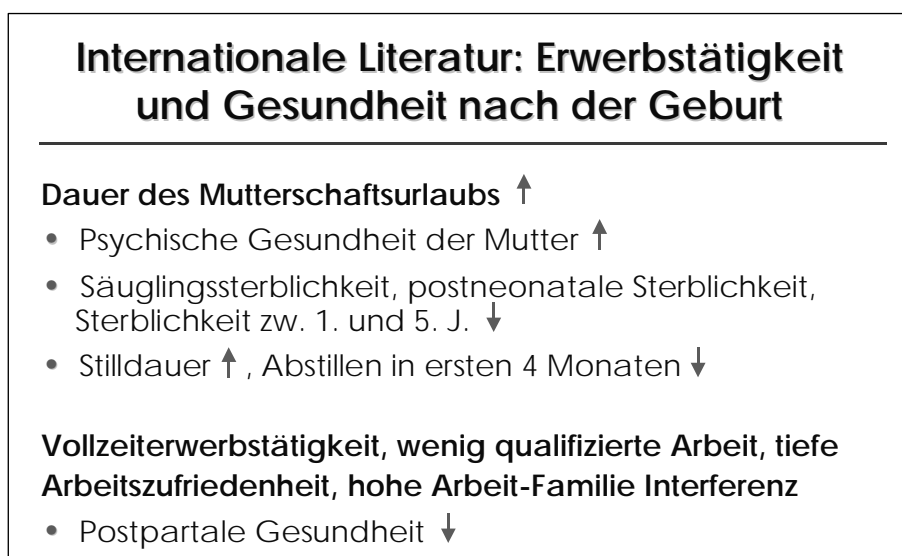
Eine Meta-Analyse zeigte eine signifikante Assoziation zwischen körperlich anstrengender Arbeit und einem erhöhten Risiko für eine Frühgeburt, tiefes Geburtsgewicht und für Schwangerschaftsbluthochdruck (Mozurkewich 2000). Auch langes Stehen, Schicht- und Nacharbeit sowie ein kumulativer Score für Arbeitsmüdigkeit waren signifikant mit einem erhöhten Risiko für eine Frühgeburt assoziiert. Kein signifikanter Zusammenhang wurde zwischen hoher Wochenarbeitszeit und einem erhöhten Frühgeburtsrisiko festgestellt.

Schweizer ExpertInnen aus verschiedenen Bereichen (Frauenärztinnen, VertreterInnen von Familienplanungsstellen, Mütterberatungsstellen, der Politik und der Arbeitgeber- sowie Arbeitnehmerseite), welche im Rahmen einer Studie (Stahelin et al. 2004) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit zum Thema Schwangerschaft, Mutterschaft, Erwerbstätigkeit und Gesundheit befragt wurden, thematisieren für die Zeitphase der Schwangerschaft v.a. stressbedingte Symptome, welche durch die Kombination von Erwerbstätigkeit und alltäglichen Aufgaben hervorgerufen werden. Sie berichten über Erschöpfung, Rücken-, Bauch- und Kopfschmerzen bei erwerbstätigen schwangeren Frauen. Mehrere ExpertInnen sagen zudem, dass das Arbeitsgesetz nicht immer eingehalten wird, insbesondere in Bezug auf z.B. das Bereitstellen von Liegemöglichkeiten oder das Vermeiden von langem Stehen. Es komme häufig zu Krankschreibungen anstelle von Anpassungen der Arbeitsbedingungen. Ein häufiger Grund für diese Krankschreibungen sind drohende oder vorhandene vorzeitige Wehen.

Das erste Jahr nach der Geburt

Mehrere Studien aus den USA haben den Zusammenhang zwischen der Dauer des Mutterschaftsurlaubs und der Gesundheit von Mutter und Kind untersucht (s. Abb. 2).

Abbildung 2



Sie fanden eine Assoziation zwischen einem längeren Mutterschaftsurlaub und besserer psychischer Gesundheit der Mutter (Chatterji & Markowitz 2004, Gjerdingen & Chaloner 1994, Hyde et al. 1995, Killien et al. 2001, McGovern et al. 1997, Romito et al. 1994), längerer Stilldauer (Arthur et al. 2003, Roe et al. 1999, Visness & Kennedy 1997, Yilmaz et al. 2002) sowie tieferer Säuglingssterblichkeit, postneonataler Sterblichkeit und Sterblichkeit zwischen dem 1. und 5. Lebensjahr (Ruhm 2000, Winegarden & Bracy 1995). Weiter gingen andere mit der Erwerbstätigkeit verbundene Faktoren wie Vollzeiterwerbstätigkeit, wenig qualifizierte Arbeit, tiefe Arbeitszufriedenheit und hohe Arbeit-Familie-Interferenz mit schlechterer physischer sowie psychischer postpartaler Gesundheit der Mutter einher (Gjerdingen & Chaloner 1994, Killien et al. 2001, McGovern et al. 1997, Romito et al. 1994).

Die ExpertInnen aus der Schweiz bestätigen die Verkürzung der Stilldauer bei kürzerem Mutterschaftsurlaub (Stahelin et al. 2004). Die meisten Frauen verzichten auf das Stillen am Arbeitsplatz, weil es zu kompliziert und aufwändig ist. Ausserdem finden die Fachpersonen, dass wiederum Stress und Überbelastung mit negativen gesundheitlichen Auswirkungen die Hauptprobleme nach der Geburt darstellen. Gefährdet sind insbesondere Frauen und Familien mit wenig Ressourcen, wie z.B. Migrantinnen und Alleinerziehende oder Frauen und Familien mit finanziellen Problemen.

Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Nach 20 Jahren Forschung weist die internationale Literatur den Mehrfachrollen in Familie und Beruf eher positive Auswirkungen auf die Gesundheit zu (Arber & Lahelma 1997, Barnett & Hyde 2001, Chandola et al. 2004a, Chandola et al. 2004b, Goldberg & Perry-Jenkins 2004, Hibbard & Pope 1991, Hibbard & Pope 1992, Lennon 1994, Martikainen 1995, Noor 1995, Resch 2002, Ross & Mirowsky 1995, Waldron et al. 1998, Weatherall et al. 1994). Die ForscherInnen und Forscher sind sich aber einig, dass die Bedingungen, unter welchen diese Rollen ausgeübt werden, für die Gesundheit ausschlaggebend sind. Die Balance zwischen Belastungen (z.B. zeitlichen Engpässen) und Ressourcen (z.B. finanziellen Möglichkeiten) scheint bezüglich den gesundheitlichen Auswirkungen bedeutend zu sein.

Die ExpertInnen aus der Schweiz sagen, dass die Mehrfachrollen oft zu Stress und Überlastung führen (Stahelin et al. 2004). Einerseits führen sie dies darauf zurück, dass die Rahmenbedingungen für eine bessere Vereinbarkeit der verwendeten Rollen in der Schweiz wenig entwickelt sind und Kinderhaben immer noch als Privatsache betrachtet wird. Andererseits ist das Rollenbild in der Schweiz noch traditionell geprägt. So wird von Müttern mit Kleinkindern erwartet, dass sie zu Hause bleiben. Von den Männern wiederum wird erwartet, dass sie berufstätig sind, wodurch das Durchschnittsbild eines Arbeitnehmers männlich bleibt.

Schlussfolgerungen

Die Erwerbstätigkeit resp. die Arbeitsbedingungen beeinflussen die Gesundheit der Mütter und Kinder.

Gesetzliche Regelungen sind in der Schweiz für die Schwangerschaft und die postpartale Phase vorhanden, allerdings nur in geringem Umfang. Eine bessere Umsetzung der Gesetze für die Zeit der Schwangerschaft und eine Erweiterung z.B. des Mutterschaftsurlaubs dürften eine Verbesserung im Gesundheitsbereich bewirken.

Vor allem bezüglich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf fehlen gute Rahmenbedingungen und gesetzliche Regelungen. Eine Entwicklung in diesem Bereich hätte positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Mütter und der ganzen Familie. Dies setzt aber ein kulturelles Umdenken in der Schweiz voraus.

Literatur

- Arber S, Lahelma E (1997). Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Inequalities in women's and men's ill-health: Britain and Finland compared*. *Social Science and Medicine* 44: 773–787.
- Arthur CR, Saenz RB, Replogle WH (2003). The Employment-Related Breastfeeding Decisions of Physician Mothers. *J Miss State Med Assoc.* 44 (12): 383–387.
- Barnett RC, Hyde JS. (2001). Women, Men, Work, and Family. An Expansionist Theory. *American Psychologist* 56: 781–796.
- Bundesamt für Sozialversicherung 2004. Faktenblatt EO-Revision: Worum geht es? Bern, 7.2004. http://www.bsv.admin.ch/eo/aktuell/d/d_Faktenblaetter_040802.pdf
- CEDAW (2001): Erster und zweiter Bericht der Schweiz über die Umsetzung des Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau. Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann. Bern, Dezember 2001.
- Chandola T, Martikainen P, Bartley M et al. (2004a). Does conflict between home and work explain the effect of multiple roles on mental health? A comparative study of Finland, Japan, and the UK. *International Journal of Epidemiology* 33: 884–893.
- Chandola T, Kuper H, Singh-Manoux A, Bartley M, Marmot M. (2004b). The effect of control at home on CHD events in the Whitehall II study: Gender differences in psychosocial domestic pathways to social inequalities in CHD. *Social Science and Medicine* 58: 1501–1509.
- Chatterji P, Markowitz S (2004). Does the Length of Maternity Leave affect Maternal Health? *Natl Bur Econ Res, Working Paper 10206*, Cambridge, January 2004.
- Gjerdingen DK & Chaloner KM (1994). The relationship of women's postpartum mental health to employment, childbirth, and social support. *J Fam Pract.* 38(5): 465–472.
- Goldberg AE, Perry-Jenkins M. (2004). Division of labor and working-class women's well-being across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology* 18: 225–236.
- Hibbard JH, Pope CR (1991). Effect of domestic and occupational roles on morbidity and mortality. *Social science and medicine* 12: 850-811.
- Hibbard JH, Pope CR (1992). Women's employment, social support, and mortality. *Women Health* 18: 119–133.
- Hyde JS, Klein MH, Essex MJ, Clark R (1995). Maternity Leave and Women's Mental Health. *Psychology of Women Quarterly* 19: 257-285.
- Killien MG, Habermann B, Jarrett M (2001). Influence of Employment Characteristics on Postpartum Mother's Health. *Women Health*, 33(1-2): 63–81
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (1999). Bericht der Kommission über die Durchführung der Richtlinie 92/85/EWG des Rates vom 19. Oktober 1992 über die Durchführung von Massnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes von schwangeren Arbeitnehmerinnen, Wöchnerinnen und stillenden Arbeitnehmerinnen am Arbeitsplatz. Brüssel, 15.3.1999. http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/news/preg-de.pdf
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2003). Bericht der Kommission über die Umsetzung der Richtlinie 96/34/EG des Rates vom 3. Juni 1996 zu der von UNICE, CEEP und EGB geschlossenen Rahmenvereinbarung über Elternurlaub.

- Brüssel, 19.6.2003. http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/documents/com2003358_de.pdf
- Lennon MC (1994). Women, work and well-being: the importance of work conditions. *Journal of health and social behaviour* 35: 235–247.
- Martikainen P (1995). Women's employment, marriage, motherhood and mortality: a test of the multiple role and role accumulation hypothesis. *Social Science and Medicine* 40: 199–212.
- McGovern, Dowd B, Gjerdingen D et al. (1997). Time off work and Postpartum Health of Employed Women. *Med Care* 35(5): 507–521.
- Mozurkewich EL, Luke B, Avni M, Wolf FM (2000). Working Conditions and Adverse Pregnancy Outcome: A Meta-Analysis. *Obstetrics & Gynecology* 95(4): 623–635.
- MISSOC (Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA 2004). MISSOC-Tabellen, 5.2004, Mutterschaft/Vaterschaft, Familienleistungen. http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/missoc-2004_may_de.pdf
- Noor NM (1995). Work and family roles in relation to women's well-being: a longitudinal study. *British Journal of Social Psychology* 34: 87–106.
- Resch M (2002). Der Einfluss von Familien- und Erwerbsarbeit auf die Gesundheit. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg). *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen in Vergleich*. Huber, Bern, 2002: 403–418.
- Roe B, Whittington LA, Beck Fein S, Teisl MF (1999). Is there Competition between Breast-Feeding and Maternal Employment? *Demography* 36(2): 157–171.
- Romito P, Saurel-Cubizolles MJ, Cuttini M (1994). Mother's Health After the Birth of the First Child: The Case of Employed Women in an Italian City. *Women & Health* 21(2/3): 1–22.
- Ross CE, Mirowsky J (1995). Does employment affect health? *Journal of health and social behavior* 36: 230–243.
- Ruhm CJ (2000). Parental leave and child health. *J Health Econ* 19(6): 931–960.
- Seco (2003). Merkblatt über den Schutz der Arbeitnehmerinnen bei Mutterschaft. <http://www.seco-admin.ch/publikationen/00015/index.html?lang=de>
- Staehelin K, Coda Berteau P, Zemp Stutz E (2004). Schwangerschaft, Mutterschaft, Erwerbstätigkeit und Gesundheit. Hrsg. Bundesamt für Gesundheit. Bern, 2004. <http://www.bag.admin.ch/gender/forschung/forschungsthemen/f/studie.pdf>
- Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2004, BFS, Kap. 1 Bevölkerung & Kap. 3 Arbeit und Erwerb.
- Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2003, BFS, Kap. 1 Bevölkerung & Kap. 3 Arbeit und Erwerb.
- Visness CM, Kennedy KI (1997). Maternal Employment and Breast-Feeding: Findings from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. *Am J Public Health* 87(6): 945–950.
- Waldron I, Weiss CC, Hughes ME (1998). Interacting effects of multiple roles on women's health. *Journal of Health and Social Behaviour* 39: 216–236.
- Wheatherall R, Joshi H, Macran S (1994). Double burden or double blessing? Employment, motherhood and mortality in the longitudinal study of England and Wales. *Social Science and Medicine* 38: 285–297.

Winegarden CR, Bracy PM (1995). Demographic Consequences of Maternal-Leave Programs in Industrial Countries: Evidence from Fixed-Effects Models. *South Econ J* 61(4): 1020–1035.

SAKE 1993-2003. Vuille A. ESPA (SAKE): Maternité, mariage et divorce dans les années 90: Quelles conséquences sur la vie professionnelle des femmes? SAKE-News Nr. 4/2000. (Persönliche Mitteilung A.Vuille: Alain.Vuille@bfs.admin.ch)

Yilmaz G, Gürakan B, Akgün S, Özbek N (2002). Factors influencing breastfeeding for working mothers. *Turk J Pediatr* 44(1): 30–34.

Internet: <http://pages.unibas.ch/ispmb/> (Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Basel)

Genre et santé psychique entre 30 et 60 ans

Dr. Maryvonne Gognalons-Nicolet, Hôpitaux Universitaires de Genève, Département de Psychiatrie

Les hommes et les femmes ne souffrent pas aussi intensément des mêmes troubles psychiques, ne font pas appel de la même façon aux professionnels de la santé, aux traitements médicamenteux, aux traitements psychothérapeutiques et ne sont pas traités de la même manière par les médecins.

Aucune donnée actuelle ne permet de justifier une mono causalité biologique pour ces différences (sexe biologique). Par contre, des théories sociologiques et psychologiques les expliquent par des causes structurelles (par exemple la division sexuelle du travail, l'organisation du marché du travail, diverses conditions de vie ou d'habitat ou des caractéristiques médicales) ou des causes liées aux interactions sociales (comme les relations familiales dans le couple ou les relations au travail) ou des stéréotypes féminins ou masculins. Comme l'a étudié de manière détaillée Lovell (1996) à partir des données d'épidémiologie psychiatrique provenant de nombreux pays suivant les travaux fondateurs de l'Epidémiologie psychiatrique « The Catchment Area Study » – ECA – (Robins et Regier, 1991), les femmes sont plus nombreuses à prendre contact pour des traitements d'un trouble mental, 16% pour les femmes contre 10% pour les hommes. Si des liens bio-sociaux doivent cependant être évoqués, en particulier pour les femmes lors de la période de procréation et d'éducation des enfants, il est indispensable de les replacer dans un contexte psychosocial plus général.

La diffusion des catégories diagnostiques psychiatriques par le DSM et la CIM, l'extension d'une culture psychologique de la performance, la puissance de la pharmacopée psychiatrique, entraînent la reconnaissance et la demande d'aide pour des symptômes moins connus auparavant. Comme le montrent de nombreux auteurs (Ehrenberg, 1998 ; Elias, 1991), dans une société de plus en plus individualiste prônant des valeurs d'autonomie, de performance individuelle et d'épanouissement, une partie de la population se trouvant dans des situations de détresse psychique et sociale utilise des médicaments à visée psychologique, drogues de la socialisation et de la performance selon les termes d'Ehrenberg (1998). Que peuvent faire les médecins pour répondre à ces souffrances ? Comment réagissent-ils comme prescripteurs de traitements psychothérapeutiques ou médicamenteux ?

En nous centrant sur la population âgée de 30 à 60 ans, nous avons souhaité atténuer les effets d'âge d'entrée et de sortie de la vie professionnelle dont on sait par ailleurs qu'ils exercent des effets propres.

Une problématique de genre pour la santé psychique de la population âgée de 30 à 60 ans

Le processus de stress demeure très complexe, comme nous l'avons décrit auparavant (Amiel-Lebigre & Gognalons-Nicolet, 1993), les sources ou les causes du stress

renvoient à des événements individuels comme à des situations sociales qui ont provoqué des tensions et des réactions très fortes. Lorsque certaines de ces situations persistent dans le temps, surtout lorsque les réactions s'établissent de manière durable, s'ensuivent des réactions négatives qui peuvent produire des troubles autant psychiques que physiques, variant fortement d'une personne à une autre, d'un contexte à un autre. D'une façon générale la persistance des réactions négatives sur la durée concerne trois types de troubles :

- Ceux psychologiques pouvant provoquer de l'anxiété, de la dépression ou des maladies psychiques identifiées.
- Ceux plutôt physiologiques ou fonctionnels, maux de tête, maux de dos, grande lassitude ou fatigue, pouvant mener à de sévères problèmes physiques.
- Ceux comportementaux d'usage de tabac, d'alcool, de toxicomanie licite ou illicite.

Le choix de la population âgée de 30 à 60 ans vivant en Suisse a été dicté par des impératifs méthodologiques et théoriques. Cette période assez courte sur la totalité du cycle de la vie, détermine de nombreuses orientations sanitaires futures. De plus, ce choix permet de limiter certains problèmes sociaux et personnels liés au processus de vieillissement, en particulier ceux liés aux maladies physiques et invalidantes (Gognalons-Nicolet, 2005). Cette étape de la vie, en termes professionnels et familiaux, va conditionner de nombreux problèmes futurs de vieillissement, les femmes vivant plus longtemps, elles accumuleront davantage d'événements de vie et de situations stressantes qui vont marquer les problèmes sanitaires de leur vieillesse. Aussi, les nombreuses conséquences qui vont peser sur les modes de vie féminins et masculins plus tardivement, en particulier les augmentations de troubles physiques et leurs traitements vont dépendre en grande partie des singularités acquises lors de cette période.

En terme de genre, que ce soit sous les formes de stress au travail et/ou de stress familial se répercutant sur la santé psychique, il est utile de rappeler quelques résultats de la littérature scientifique sociologique, psychologique et de santé publique. Comme dans tous les champs de la santé, mais en particulier durant les années de jeunesse, la santé psychique des femmes dépend de variables génétiques et hormonales liées à leur cycle reproducteur (Blehar, 2003) mais ne peuvent en aucun cas être seulement expliquée par cette mono causalité biologique. De plus même si les hommes et les femmes mariés peuvent effectuer des tâches communes, de nombreux stressors liés aux responsabilités du ménage et des enfants pèsent sur les femmes. Depuis très longtemps, les travaux d'Oakley (1974) comme ceux de Verbrugge (1986, 1995) et Waldron (1980) ont montré l'effet cumulatif sur la santé des rôles, parfois contradictoires entre l'activité professionnelle et les charges familiales (descendants comme ascendants), ainsi que les effets propres des prescripteurs médicaux (Morabia, 1992 ; Tamblyn, 1996). Aussi adopterons-nous deux perspectives issues de l'ensemble de ces travaux.

- L'une psychologique, plus individualiste orientée vers des dimensions personnelles issues des caractéristiques sociales des personnes ayant répondu à l'Enquête suisse sur la santé, 2002.

- L'autre plutôt structuro-organisationnelle tenant compte à la fois de la place occupée sur le marché de l'emploi et de la place dans la famille, selon les mêmes données de l'ESS-02.

Mesures de santé psychique utilisées dans l'Enquête suisse sur la santé 2002

La maladie psychique a été traitée de 3 façons dans l'Enquête suisse sur la santé (ESS-02), dont nous ne retiendrons dans le cadre de cet article que les deux premières :

- La dépression traitée médicalement dans un ensemble de questions liées au traitement médical des maladies (somatiques, diabète, cardiaques, etc.) déclarées par les personnes elles-mêmes.
- La dépression dite « clinique » d'après un questionnaire établi par Wittchen en soins primaires, proche des catégories CIM-DSM, construite à partir d'un ensemble de symptômes cliniques actuels. Dans une enquête de santé publique – et non une enquête d'épidémiologie psychiatrique – cet indice, proche des catégories diagnostiques habituelles de la psychiatrie, a permis de repérer les populations les plus à risques de maladies psychiques, c'est-à-dire celles avec des symptômes moyens à sévères voire majeurs.

Deux dimensions mesurent la santé psychique, le sentiment d'équilibre psychique et celui de bien-être psychique ; une troisième : le sentiment de détresse psychologique, a été créée à partir de ces mesures pour répondre aux critères européens (Eurostat, 2004). Toutes indiquent qu'au moins la moitié de la population estime sa santé psychique bonne et son sentiment de bien-être très élevé, soit à peu près la même proportion d'hommes et de femmes (58.8% d'hommes et 57.9% de femmes, OFS, 2005).

La mesure de détresse psychologique permet une évaluation simple et globale de l'état de santé psychique ainsi qu'une comparaison facilitée avec d'autres pays proches (Eurostat).

Cette notion de détresse inclut des états psychologiques aussi différents que l'anxiété, les changements d'humeur, la colère, les problèmes cognitifs, recouvrant une multitude d'états de souffrance psychique se rapprochant des troubles psychiques assez sévères.

Résultats

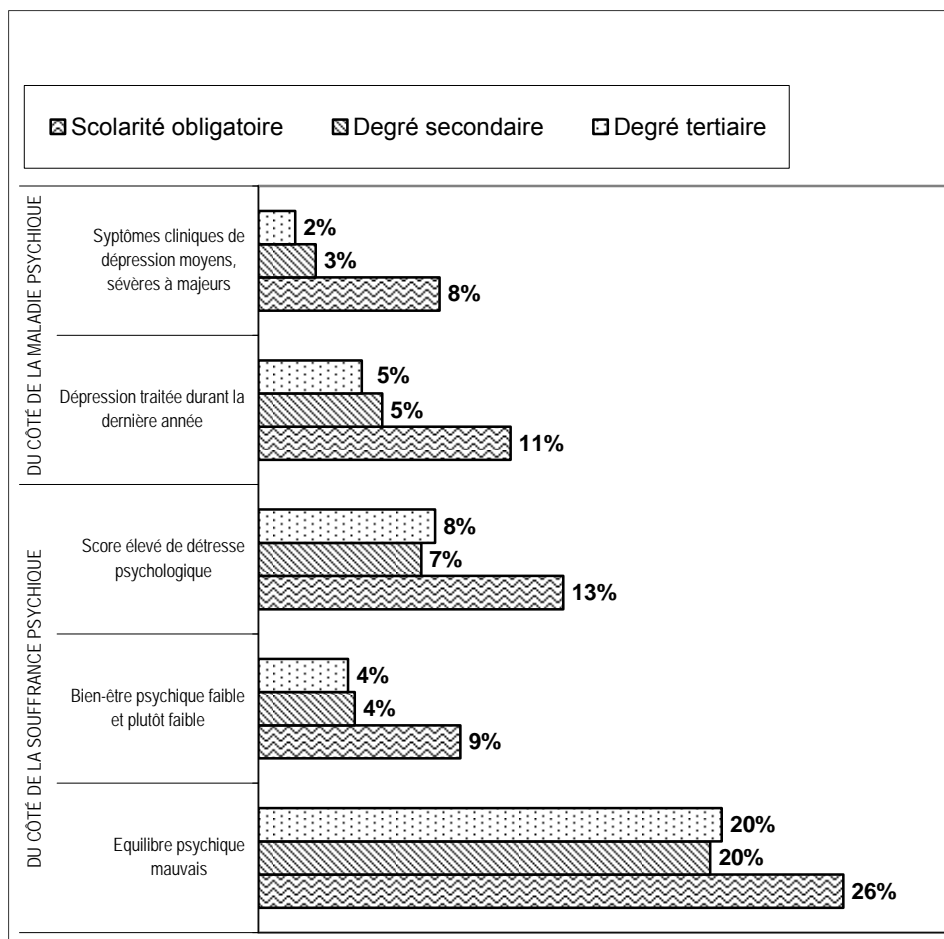
Préliminaires concernant la santé psychique et le niveau d'éducation

Il est indispensable de rappeler que le niveau d'éducation influence la plus grande partie des problèmes de santé psychique (Kovess, 2004). Dans une société exigeant davantage d'autonomie, de performance et de réussite individuelle, de plus en plus de personnes se trouvent dans un état de souffrance psychique et de mal-être important. Ceci d'autant plus pour la population la moins formée, l'intensité du mal-être et des souffrances psychiques est plus facilement convertible en plaintes physiques, davantage recevables par le prescripteur médical.

Comme de nombreux auteurs l'ont montré, avec la dégradation des conditions de travail ou même son absence par l'augmentation du chômage, de plus en plus de personnes se sentent menacées, anxieuses, et développent toutes sortes de peurs accentuant leur sentiment de faible contrôle sur leur mode de vie. « Ces troubles de la subjectivité » selon les termes d'Ehrenberg (1998), sont souvent convertis en symptômes corporels. La reconnaissance de la réalité psychique est moins aisée pour ceux et celles éloignés des classes favorisées. De plus, comme de nombreuses études anthropologiques et ethnologiques l'ont montré, le rituel de l'ordonnance joue un rôle déterminant pour les personnes les moins bien formées auprès desquelles le médecin conserve une grande autorité.

Comme le montre le graphique 1, les hommes et les femmes avec scolarité obligatoire seulement sont plus nombreux à toutes les mesures de gravité de maladie psychique et de santé psychique.

Graphique 1: La mauvaise santé psychique selon le niveau d'éducation – Population âgée de 30 à 60 ans – ESS-02



Source: OFS, ESS02

Toutefois, pour chacune des classes d'éducation, si l'on compare les différences entre les hommes et les femmes, des variations importantes se dessinent. Pour la dépression traitée dans un cadre médical, les femmes avec une éducation tertiaire (7%) se font davantage traiter que celles avec un niveau d'éducation secondaire (6%). Le résultat est le même pour le score élevé de détresse psychologique (9% et 8%), pour le bien-être psychique faible (4% pour les deux groupes) et l'équilibre psychique mauvais (23% contre 20% pour celles avec une éducation de niveau secondaire). La mesure la plus sévère de maladie psychique reste celle des troubles objectifs de la dépression qualifiée de dépression clinique, manifestations mesurant les symptômes durables sur une assez longue période de temps.

L'évolution selon le niveau d'éducation est assez linéaire pour les hommes, il n'en est pas de même pour les femmes avec un niveau d'éducation secondaire et tertiaire. Nous devons plus loin explorer les raisons à ces différences.

Santé psychique et activité professionnelle de la population masculine

L'activité professionnelle à plein temps continue à être la règle chez les hommes car elle concerne 85% d'entre eux. Comme le montre le tableau 1, ceux qui s'éloignent de cette norme de travail à plein temps, qu'ils travaillent à temps partiel et surtout qu'ils soient hors du marché du travail, présentent une santé psychique nettement péjorée à tous les indicateurs de mauvaise santé psychique, en particulier 6 fois plus d'hommes inactifs sont traités pour dépression par la profession médicale, 3 fois plus d'hommes travaillant à temps partiels, que ceux travaillant à plein temps. Sans préjuger du sens de la causalité : sont-ils en plus mauvaise santé psychique parce que des facteurs externes les écartent du marché du travail ? Ou cette exclusion est-elle déterminée par une mauvaise santé au départ ?

Il faut noter, comme toutes les études épidémiologiques le confirment (Lovell, 1996), que la consommation d'alcool à risque moyen et élevé échappe à cette explication car pour la majorité de la population masculine, quel que soit son statut d'activité, la consommation abusive représente une des formes d'automédication de l'humeur, une forme de recours, parmi d'autres, comme les traitements médicamenteux ou psychothérapeutiques.

Santé psychique et activité professionnelle de la population féminine

Du côté des femmes, entre 30 et 60 ans, l'insertion sur le marché du travail est étroitement liée à leur situation familiale, elle-même dépendante des problèmes de santé à la procréation. Seule une petite partie des femmes mariées travaille à plein temps, une sur deux à temps partiel et une sur trois ne travaille pas de façon rémunérée à l'extérieur du foyer.

Chez les non mariées (célibataires, divorcées, veuves) qui représentent deux femmes sur cinq dans cette classe d'âge, les résultats sont inversés: seule une petite partie n'a pas d'activité professionnelle tandis qu'un bon tiers travaille à temps partiel et près de la moitié à plein temps.

Ces différences obligent à considérer les liens entre santé psychique et statut d'activité selon la situation matrimoniale. Ainsi, parmi les femmes mariées, celles qui suivent la norme majoritaire du travail à temps partiel ont une meilleure santé psychique que les non actives, dont notamment une sur 10 présente un score élevé de détresse psychologique (tableau 4).

Tableau 4: Pourcentages pondérés de différents indicateurs de mauvaise santé psychique et activité professionnelle de la population féminine âgée de 30 à 60 ans selon le statut matrimonial – ESS-02

	Actives à plein temps		Actives à temps partiel		Non-actives	
	Mariées	Non mariées	Mariées	Non mariées	Mariées	Non mariées
N	470	1021	1777	797	1291	797
Equilibre psychique: mauvais	19.9	22.1	19.2	25.5	20.8	38.0
Bien-être psychique: faible, plutôt faible	(4.5)	5.1	3.3	4.4	5.6	18.1
Détresse psychologique: élevée	(7.6)	7.3	7.4	9.6	9.7	22.9
Dépression traitée: Oui, durant la dernière année	(6.7)	7.4	4.0	9.5	6.9	27.5
Dépression clinique: Moyenne, sévère à majeure	(1.8)	(3.3)	(1.8)	(3.0)	4.6	16.2

Parmi les non mariées où l'activité professionnelle est la norme, celles qui ne travaillent pas ont une santé psychique plus mauvaise. Peu nombreuses, comme chez les hommes, elles n'en représentent pas moins des populations à risque.

La consommation abusive d'alcool échappe à ces tendances puisque c'est parmi les femmes qui travaillent à plein temps que l'on rencontre une plus grande proportion alors que, c'est le cas pour les hommes qui travaillent à temps partiel.

Tableau 5: La consommation d'alcool à risque moyen à élevé selon le statut d'activité professionnelle de la population âgée de 30 à 60 ans – ESS-02

	Actifs-ves plein temps	Actifs-ves à temps partiel	Non- actifs-ves
Hommes	6.9	9.3	6.2
Femmes	5.9	4.4	4.2

Le statut professionnel explique en partie les différences de santé psychique. Plus particulièrement l'absence d'activité professionnelle est fortement liée à la mauvaise santé psychique, pour la population féminine s'ajoute le statut matrimonial. Dans cette dernière population, quel que soit son statut socioprofessionnel, le fait de ne pas être mariée augmente la mauvaise santé psychique. En revanche, parmi les femmes mariées, le fait de ne pas travailler à l'extérieur du foyer augmente les raisons de la mauvaise santé psychique.

Tableau 6 : Statut social de la population féminine âgée de 30 à 60 ans – ESS-02

	Actives à plein temps		Actives à temps partiel		Non- actives	
	Mariées	Non mariées	Mariées	Non mariées	Mariées	Non mariées
% scolarité obligatoire seulement	26.4	10.3	16.8	9.5	26.3	22.8

Il est nécessaire de remarquer que le niveau de formation discrimine peu le statut d'activité des femmes mariées, autant celui des femmes actives à plein temps que celui des femmes ne travaillant pas à l'extérieur du foyer (autour de 26% de scolarité obligatoire dans les deux cas). Par contre les femmes mariées travaillant à temps partiel ont un niveau de scolarité meilleur (seules 16.8% d'entre elles ont un faible niveau) comme d'ailleurs les femmes non-mariées actives à plein temps ou à mi-temps. Si l'on analyse selon le niveau d'éducation et le statut d'activité, les différents scores de mauvaise santé psychique, on comprend mieux les différences précédentes. Pour les hommes comme il été vu précédemment, les évolutions sont linéaires selon le statut d'activité, ce qui n'est pas le cas pour les femmes. Les femmes inactives, quel que soit leur niveau d'éducation, ont une plus mauvaise santé psychique.

Le fait de ne pas être mariée et de ne pas être active sur le marché du travail rémunéré hypothèquent fortement santé psychique, le sentiment de moins contrôler leur mode de vie et une plus grande solitude. On observe plus souvent un sentiment de maîtrise faible et un fort sentiment de solitude dans chaque catégorie d'activité parmi les femmes non-mariées surtout si elles travaillent à temps partiel ou si elles sont non-actives (tableau 7).

Tableau 7 : Maîtrise faible et sentiment de solitude de la population féminine âgée de 30 à 60 ans ESS-02

	Actives à plein temps		Actives à temps partiel		Non-actives	
	Mariées	Non mariées	Mariées	Non mariées	Mariées	Non mariées
Sentiment de maîtrise <u>faible</u>	13.6	19.2	18.4	27.2	21.1	34.7
Se sent souvent <u>seule</u>	(1.3)	3.0	1.7	5.1	5.7	17.3

Les chiffres (....) indiquent une représentativité statistique limitée (N<30)

Si au lieu de considérer les règles différentielles de genre, on compare à l'intérieur d'un même statut d'activité les mêmes scores de santé psychique, on voit alors une diminution des différences entre les hommes et les femmes.

Conclusion

L'intérêt à se centrer sur la période d'âge de 30 à 60 ans a permis de limiter les effets d'âge et de génération très sensibles dans les représentations de la santé psychique après les passages à la retraite et l'entrée dans le grand âge. En homogénéisant cette période d'âge pour les deux genres, l'impact des maladies chroniques et invalidantes sur la santé psychique se réduit.

Par contre, l'impact du niveau culturel et de la division sexuelle du travail entre les a été souligné avec de fortes différences de genre et d'effets liés aux prescripteurs médicaux.

Proches des services médicaux, les femmes se font davantage traiter pour dépression et troubles psychiques ; de même elles consomment davantage de médicaments psychotropes. Conséquences de rôles sociaux multiples et souvent contradictoires, elles n'en conservent pas moins un avantage lié à la protection du mariage comme l'ont souligné les travaux pionniers de Gove (1983) confirmés par les évidences des travaux longitudinaux sur la santé (Wilson, 2005). Pourtant les femmes sans activité professionnelle rémunérée restent malgré tout en plus mauvaise santé psychique.

Bibliographie

- Amiel-Lebigre F, Gognalons-Nicolet M (1993) Entre santé et maladie. Paris, PUF.
- Blehar MC (2003) Public Health context of women's mental health research, *Psychiatric clinics of North America*, 26 781–799.
- Ehrenberg A (1991) Le culte de la performance. Paris, Calmann Levy.
- Ehrenberg A (1998) La fatigue d'être soi. Dépression et société. Paris, Ed. Odile Jacob.
- Elias N (1991) La société d'individus. Paris, Le Seuil.
- Gognalons-Nicolet M et al. (2005) La santé psychique de la population suisse. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique, à paraître.
- Gove WR et al (1983) Does marriage have positive effects on the psychological well-being of the individual? *Journal of Health and social Behaviour*, 24, 122–131.

- Kovess V (2004) in EUROSTAT, Mental Health in the European Union. The state of mental health in the European Union. Draft, rapport préliminaire.
- Lovell A et al (1996) Troubles de la santé mentale. La plus grande « fragilité » des femmes remise en cause in : *La santé des femmes*. Paris, Flammarion.
- Morabia A et al (1992) The influence of patient and physician gender on prescription of psychotropic drugs. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 111–116.
- Oakley A (1974) *The sociology of housework*. New York, Pantheon Books.
- Robins LN, Regier DA (1991) *Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment area study*. New York, The Free Press.
- Tamblyn R et al (1996) Caractéristiques des médecins prescrivant des psychotropes davantage aux femmes qu'aux hommes in : Cohen D, Perodeau G, Drogues et médicaments mis en contexte. *Santé Mentale au Québec*, 22, 239–262.
- Verbrugge LM (1986) Role Burden and physical health of men and women. *Women and Health*, 11, 79–98.
- Verbrugge LM, Steiner LP (1995) Prescribing drugs to men and women. *Health Psychology*, 4, 79–98,
- Waldron I (1980) Employment and women's health: an analysis of causal relationships. *International Journal of Health Services*, 10, 435–454.
- Wilson C, Oswald AJ (2005) How does marriage affect physical and psychological health? A survey of the longitudinal evidence. *Warwick Economic Research Papers*, 728, 30 p.

Internet: <http://www.hug-ge.ch/> (Hôpitaux Universitaires de Genève, Département de Psychiatrie)

Eurosupport IV: Psychosoziale Probleme und Bedürfnisse von HIV-positiven Vätern in der Schweiz

Sibylle Nideröst, Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz, Departement Soziale Arbeit, Brugg



Sibylle Nideröst

Ausgangslage und Ziel der Studie

Die hier referierten Ergebnisse sind Teil des SNF-Projekts *Eurosupport IV/Switzerland*, das in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen HIV-Kohorten Studie (SHCS) durchgeführt wurde. Das Projekt ist eingebettet in die europäische Studie „Improving psychosocial support of caregivers living with HIV and their children“, welche unter der Leitung des Tropenmedizinischen Instituts Antwerpen (Ch. Nöstlinger) in insgesamt zehn europäischen Ländern durchgeführt wurde. Ziel der Studie war einerseits die Erweiterung des Wissens über psychosoziale Probleme und Bedürfnisse von HIV-positiven Eltern und deren Einfluss auf das Familienleben, andererseits aber sollten auf Grund der Ergebnisse bestehende Angebote überprüft und verbessert bzw. entsprechende Unterstützungsleistungen angeregt werden.

Bisher liegen über die faktische Lebenssituation von HIV-positiven Betreuungspersonen von Kindern erst vereinzelte Befunde vor. Die wenigen einschlägigen Untersuchungen rückten vor allem die Frage in den Vordergrund, ob die HIV-positiven Eltern ihren Serostatus gegenüber den Kindern offen legen. Die Ergebnisse lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass nur ein kleiner Teil der HIV-positiven Betreuungspersonen die Kinder über die elterliche HIV-Infektion informierten (Asander *et al.*, 2004; Nöstlinger *et al.*, 2004; Pilowsky *et al.*, 2000; Thorne *et al.*, 2000). Für diese geringe

Rate der Offenlegung sind offenbar zwei Gründe auszumachen. Zum einen zeigen die Analysen einen Zusammenhang mit dem Alter der Kinder. Zum anderen wird deutlich, dass die HIV-positiven Betreuungspersonen die Kinder nicht mit Themen wie Krankheit, Sterben und Tod belasten und ihnen Sorgen bereiten möchten (Pilowsky et al., 2000; Thorne et al., 2000). Ein weiteres Motiv dafür, die Infektion nicht offen zu legen, ist die Angst vor Stigmatisierung und Ausgrenzung, was insbesondere von Migrantinnen und Migrantinnen mit anderer Hautfarbe als eine real drohende Konsequenz gesehen wird. Nicht zuletzt wird aber auch angeführt, dass sich die Eltern selbst nicht dazu in der Lage sehen, sich ihren Kindern zu erklären (Asander et al., 2004; Nöstlinger et al., 2004; Thorne et al., 2000).

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Situation von HIV-positiven Vätern in der Schweiz. Neben der Offenlegung der HIV-Infektion gegenüber den Kindern interessiert vor allem, welche Probleme und Bedürfnisse HIV-positive Väter in der Schweiz haben, und wie sie ihre Erziehungstätigkeit erleben.

Methode und Datenerhebung

Die Erhebung erfolgte mittels einer standardisierten, anonymen, schriftlichen Befragung in Zusammenarbeit mit den sieben Zentren der Schweizerischen HIV-Kohorten Studie (Basel, Bern, Genève, Lausanne, Lugano, St. Gallen, Zürich). Der Fragebogen wurde von der Koordinationsstelle in Antwerpen in Zusammenarbeit mit den anderen beteiligten EU-Staaten ausgearbeitet und in einem Pretest auf Validität und Reliabilität getestet. Für den Schweizer Fragebogen mussten neben rein sprachlichen Formulierungen weitere Anpassungen vorgenommen werden. So wurden im speziellen die Schul- und Berufsbildung gemäss dem Schweizerischen Schulsystem und den Kategorien des BfS ermittelt. Auch die Einkommenskategorien wurden den hiesigen Verhältnissen angepasst. Die Frage nach finanziellen Problemen wurde um die Kategorie „Probleme beim Zahlen der Krankenkassen- und Versicherungsprämien und der Steuern“ erweitert. Ebenfalls wurden die CD4-Werte und die Viruslast direkt erhoben, da einerseits davon ausgegangen werden kann, dass die Patienten/-innen der SHCS sehr gut über ihren Gesundheitszustand informiert sind und andererseits die Kategorien „detectable/indetectable“ je nach medizinischem Test variieren können.

Das definitive Erhebungsinstrument umfasste schliesslich 85 Fragen. Auf die soziodemographischen Angaben folgten Fragen zum Gesundheitszustand der Befragten, zur Organisation und Wahrnehmung des Erziehungsalltags und Familienlebens, zum Unterstützungsbedarf und zur Diskriminierung und Offenlegung der HIV-Infektion. Am Ende des Fragebogens bestand noch die Möglichkeit, eigene Bemerkungen und Hinweise anzufügen. Die Fragebögen standen in den Sprachen der beteiligten Länder zur Verfügung. Verteilt wurden in der Schweiz neben der deutschen, französischen und italienischen Fassung auch englische und spanische Versionen des Fragebogens. Im Durchschnitt benötigten die Befragten rund 41 Minuten zum Ausfüllen des Fragebogens.

Stichprobe

Insgesamt identifizierte die SHCS 635 HIV-positive Personen, die mit minderjährigen Kindern in einem Haushalt zusammenleben. Darunter waren 408 Mütter und 261 Väter. Bis zum Abschluss der Erhebungsphase sind 520 Personen von den zuständigen Ärztinnen und Ärzten über das Projekt informiert worden. Im Zeitraum von zehn Monaten konnten schliesslich 261 HIV-positive Betreuungspersonen von Kindern befragt werden, was einer Rücklaufquote von insgesamt 50.2 % entspricht. Unter den befragten Betreuungspersonen sind 86 Väter im Alter zwischen 29 und 58 Jahren (durchschnittliches Alter = 42.04 Jahre). Die Verteilung nach Geschlecht und Alter entspricht derjenigen in der Population (N=635).

Soziale Lage und Lebenssituation der Väter

Mehr als 80% der Männer sind verheiratet oder leben in einer festen Beziehung mit einer Frau. 3.5% leben in einer gleichgeschlechtlichen Beziehung. 22.4% gaben an, dass die Partnerin/der Partner ebenfalls HIV-positiv sei. 19.8% sind allein Erziehende. 13.3% sind Adoptiv-, Pflege- oder Stiefväter. Das Durchschnittsalter ihrer Kinder liegt bei 11½ Jahren (Range 1-17). Rund 60% haben zwei und mehr Kinder. Bei 4.7% ist mindestens eines der Kinder HIV infiziert.

Die Mehrheit der Väter absolvierte eine Berufslehre (54.1%). Rund 30% verfügen über einen Abschluss auf Tertiärstufe (Höhere Berufsbildung oder Hochschulabschluss), während der Anteil derjenigen, die keinen Berufsabschluss haben bei 14.1% liegt. Knapp ein Viertel der Befragten ist nicht erwerbstätig und mehr als ein Fünftel der Männer bezieht eine IV-Rente. Entsprechend tief liegen auch die Einkommen der befragten Väter. So verfügt rund ein Viertel über ein Haushaltseinkommen von weniger als Fr. 4500.– pro Monat. Folglich äusserte mehr als die Hälfte der Väter (52.4%) in den letzten sechs Monaten finanzielle Schwierigkeiten gehabt zu haben. Diese betreffen vorwiegend Ausgaben für Freizeit und Hobby der Kinder und die Bezahlung von Krankenkasse, Versicherungen und Steuern.

Gesundheitszustand der Väter

54.1 % leben seit mehr als 10 Jahren mit ihrer HIV-Infektion. Angesteckt haben sie sich vorwiegend durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr. Immerhin 21.2% geben an nicht zu wissen, wie sie sich infiziert haben.

Nur ein geringer Anteil der befragten Väter leidet unter körperlichen Beschwerden. Mehr als drei Viertel nehmen antiretrovirale Medikamente. Entsprechend gering ist die durchschnittliche Viruslast. 75.8% haben eine Viruslast von weniger als 400 Viruskopien/mm³.

Auch scheinen die Väter ihre HIV-Infektion gut zu bewältigen. Eher selten werden Antidepressiva oder Schlaftabletten eingenommen (zwischen 7% und 9%). Immerhin 22.1% konsumieren aber mindestens einmal pro Monat so genannte Freizeitdrogen

wie Marihuana, Kokain, LSD oder Ecstasy. 31.1% geben an, dass sie Hilfe bei der Bewältigung ihrer HIV-Infektion benötigen.

Organisation und Einschätzung des Erziehungsalltags

Tagsüber ist die Mehrheit der Kinder in der Schule oder wird in einem Hort oder Kindergarten betreut. Lediglich 9.8% der Väter gaben an, keine externe Tagesbetreuung für ihre Kinder zu haben. Ein relativ hoher Anteil der Männer (43.5%) ist selbst für die Betreuung der Kinder verantwortlich. Die Väter werden in der Kinderbetreuung mehrheitlich durch ihre Partner/innen unterstützt. Auch verfügen die Väter über ein soziales Netzwerk, auf das sie in speziellen Fällen zurückgreifen können, wie bspw. Grosseltern und Freunde. Knapp ein Viertel (24.4%) der befragten Väter hat jedoch niemanden, der bei unvorhergesehenen Situationen wie etwa einem plötzlichen Arztbesuch oder Spitalaufenthalt bei der Kinderbetreuung einspringen bzw. aushelfen könnte.

Im Allgemeinen fühlen sich die Väter den Erziehungsaufgaben gewachsen und erleben ihr "Vater-Sein" nicht als Belastung ($M=3.4$, $SD=0.65$, $R=1-4$). Mehr als die Hälfte (51.2%) wünscht sich aber auf Grund der HIV-Infektion keine weiteren Kinder mehr.

Die Einschätzung der Erziehungstätigkeit wird neben dem Gesundheitszustand auch von der sozialen Lage beeinflusst (vgl. Tab. 1). So geben Väter aus sozial benachteiligten Lagen mit körperlichen Beschwerden als Folge der HIV-Infektion häufig an, zu erschöpft oder zu sehr um sich selbst besorgt zu sein, als dass sie sich auf die Kinder konzentrieren könnten. Ebenso können sozial benachteiligte Väter weniger gut Konflikte mit ihren Kindern lösen als Väter in höheren sozialen Positionen.

Tabelle 1: Prädiktoren für die Einschätzung der Erziehungstätigkeit

Variable	r	β
finanzielle Schwierigkeiten	-.25*	ns
körperliche Beschwerden	-.29*	-.20*
soziale Lage	.35**	.30**
Diskriminierung	-.22*	ns

* $p < .05$; ** $p < .01$; $N=78$; $R^2 = 0.14$, $p < .01$

Diskriminierung und Offenlegung der HIV-Infektion

Ebenfalls negativ auf die Einschätzung der eigenen Erziehungstätigkeit wirken sich Diskriminierungserfahrungen aus. So haben Väter, die auf Grund ihrer HIV-Infektion bereits Opfer von Diskriminierungen wurden, häufiger das Gefühl, ihrer Aufgabe als Vater nicht gewachsen zu sein. Diskriminierungserfahrungen sind gar nicht so selten. Knapp ein Drittel (32.6%) gab an, auf Grund der HIV-Infektion bereits Diskriminierung und Stigmatisierung im Alltag erlebt zu haben. Diese ereignen sich vorwiegend am Arbeitsplatz. Häufig werden die Betroffenen aber auch durch Freunde oder Freundinnen

diskriminiert oder durch medizinische Versorger, wie etwa durch den/die Hausarzt/-ärztin oder den/die Zahnarzt/-ärztin (vgl. Tab 2).

Tabelle 2: Diskriminierungserfahrungen der Väter¹⁾ (N=28)

Auf Grund der HIV-Infektion diskriminiert worden ...	n	%
am Arbeitsplatz	10	35.7
durch Freunde	10	35.7
durch medizinische Versorger	9	32.1
durch Verwandte	8	28.6
im Spital	6	21.4

¹⁾ Mehrfachnennungen

Bei den 58 Vätern, die angaben, noch nie auf Grund ihrer HIV-Infektion diskriminiert worden zu sein, muss berücksichtigt werden, dass darunter 40 Väter sind, die ihr weiteres Umfeld gar nicht über die HIV-Infektion informiert haben.

Die Offenlegung der HIV-Infektion beschränkt sich denn auch vorwiegend auf den engeren Kreis der Familie, wobei 22.4% die HIV-Infektion auch ihrem/ihrer Partner/in gegenüber verschweigen. Verschwiegenheit herrscht aber vor allem gegenüber den Kindern. Nur 19.0% der Väter haben das älteste Kind über ihre HIV-Infektion informiert. Dies hängt zum Teil mit dem Alter des Kindes zusammen. Von den Kindern, die über 13 Jahre alt sind, sind aber auch nur 28.9% über die HIV-Infektion ihres Vaters aufgeklärt worden. Ganze 21.9% der Väter haben auch nicht vor, ihr ältestes Kind zu einem späteren Zeitpunkt über die HIV-Infektion zu informieren. Viele Väter sind hingegen unsicher (34.4%), ob sie die Kinder jemals über die väterliche HIV-Infektion aufklären sollen und machen diesen Entscheid u.a. von ihrem Gesundheitszustand abhängig.

Unterstützungsbedarf

70.9% der Väter wünschen sich in mindestens einem Bereich mehr Unterstützung. Von diesen verlangen 39.3% mehr Unterstützung im Erziehungsalltag. Der grösste Bedarf an Unterstützung besteht allerdings bei finanziellen und rechtlichen Problemen (vgl. Tab. 3), aber auch Hilfe bei gesundheitlichen Problemen wird gewünscht. So äussern 37.7%, dass sie gerne bei einer gesunden Lebensführung unterstützt würden. 26.2% wünschen sich mehr Unterstützung bei Fragen zu sexueller Gesundheit (z.B. Safer Sex, Familienplanung).

Tabelle 3: Unterstützungsbedarf der Väter¹⁾ (N=61)

Unterstützung bei/in ...	n	%
rechtlichen Problemen	34	55.7
finanziellen Problemen	27	44.3
Erziehungsalltag	24	39.3
Zugang zu Sozialhilfe	23	37.7
gesunder Lebensführung	23	37.7
Arbeitssuche	22	36.1
Bewältigung der HIV-Infektion	19	31.1
Fragen zu sexueller Gesundheit	16	26.2
Wohnungssuche	16	26.2
Sexuellen Beziehungen	13	21.3
Lösung familiärer Konflikte	12	19.7
emotionalen Problemen des Kindes	12	19.7
Gesprächen über HIV	12	19.7
Haushaltstätigkeiten	11	18.0

¹⁾ Mehrfachnennungen

Konkrete Personen oder Personengruppen, die ihnen Hilfe leisten könnten, werden aber nur von 38.4% der Väter angegeben. Am häufigsten werden dabei der/die Psychologe/Psychologin und andere HIV-positive Personen genannt. Auch von dem/der Partner/in wünschen sich 33.3% mehr Unterstützung. Ebenso viele verlangen mehr Unterstützung von der Aids-Hilfe.

Fazit und Diskussion

Die Mehrheit der Männer erlebt die Erziehungsaufgabe nicht als Belastung. Trotzdem ist der Anteil der Männer, die auf Grund ihrer HIV-Infektion keine weiteren Kinder mehr möchten relativ gross. Zudem erleben nicht alle Väter die Erziehungsaufgabe positiv. Gerade Väter in sozial benachteiligten Lagen haben eher das Gefühl, mit der Erziehung ihrer Kinder überfordert zu sein. Körperliche Beschwerden als Folge der HIV-Infektion verstärken die Zweifel hinsichtlich der Erfüllung der väterlichen Aufgaben und Pflichten. Knapp 40 Prozent der Väter, die in mindestens einem Bereich mehr Unterstützung wünschen, verlangen Hilfe im Erziehungsalltag. Häufiger noch als bei der Erziehungstätigkeit wird Unterstützung bei finanziellen und rechtlichen Problemen gewünscht, aber auch bei gesundheitlichen Problemen wird Hilfe benötigt.

Ein weiteres Problem scheint auch die Offenlegung der eigenen HIV-Infektion zu sein, zumindest was die Kommunikation mit den Kindern angeht. Nur sehr wenige Väter haben mit ihren Kindern über die HIV-Infektion gesprochen. Die eigene HIV-Infektion wird auch deshalb verschwiegen, weil die Betroffenen bei deren Offenlegung mit Diskriminierung und Stigmatisierung rechnen müssen.

Zur Verbesserung der Situation HIV-positiver Väter braucht es ein Informations- und Unterstützungsangebot, das ihnen Zugang zu finanziellen Ressourcen verschafft und Möglichkeiten der Arbeitsintegration aufzeigt. Hier existieren bereits Angebote der Aids-Hilfe Schweiz, wie etwa die Rechtsberatung und der Solidaritätsfonds zur finanziellen Unterstützung von HIV-positiven Personen in Notlagen. Ebenfalls bietet die Aids-Hilfe Schweiz auch eine kostenlose Jobbörse für Menschen mit HIV und Arbeitgebende an, die im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit entwickelt wurde (www.workpositive.ch). Es könnte allerdings sein, dass die HIV-positiven Väter entweder nicht über die Angebote der Aids-Hilfe informiert sind oder sich von diesen nicht explizit angesprochen fühlen. So sollten neben den Aids-Hilfen auch Elternberatungsstellen vermehrt Angebote schaffen, die die Bedürfnisse von HIV-positiven Vätern berücksichtigen.

Neben finanziellen und rechtlichen Unterstützungsangeboten braucht es auch Bestrebungen zur sozialen Unterstützung im Sinne von formellen Netzwerken für HIV-positive Väter. Zur Verbesserung der Kommunikation über die HIV-Infektion mit dem Kind könnte ein entsprechendes Beratungsangebot nützlich sein, das sowohl den Vätern als auch den Kindern Unterstützung bietet, denn die Offenlegung der elterlichen HIV-Infektion bleibt nicht ohne Folgen für die Kinder. Im Weiteren braucht es vor allem Bestrebungen zum Abbau von Diskriminierung und Stigmatisierung HIV-positiver Eltern im Sinne einer breit angelegten Öffentlichkeitsarbeit.

Literatur

- Asander, A.-S., Belfrage, E., Pehrson, P.-O., Lindstein, T., & Björkman, A. (2004). HIV-infected African families living in Stockholm/Sweden: their social network, level of disclosure and knowledge about HIV. *International Journal of Social Welfare*, 13, 77–88.
- Nöstlinger, C., Jonckheer, T., De Belder, E., Van Wijngaerden, E., Wylock, C., Pelgrom, J., et al. (2004). Families affected by HIV: parent's and children's characteristics and disclosure to the children. *AIDS CARE*, 16(5), 641–648.
- Pilowsky, D. J., Sohler, N., & Susser, E. (2000). Reasons given for disclosure of maternal HIV status to children. *Journal of Urban Health*, 77(4), 723–734.
- Thorne, C., Newell, M.-L., & Peckham, C. S. (2000). Disclosure of diagnosis and planning for the future in HIV-affected families in Europe. *Child: Care, Health and Development*, 26(1), 29–40.

Internet: <http://www.fh-aargau.ch/soziale-arbeit> (Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz, Departement Soziale Arbeit)

Workshop 3: Geschlecht, Gesundheit und Alter ***Atelier 3: Genre, santé et âge plus avancé***



Elisabeth Zemp, Moderatorin Workshop 3



Im Plenum

Herz-Kreislaufkrankheiten, körperliche Aktivität und Gesundheitsverhalten – Genderaspekte

Katharina Meyer, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel und Universität Bern



Katharina Meyer

Einleitung

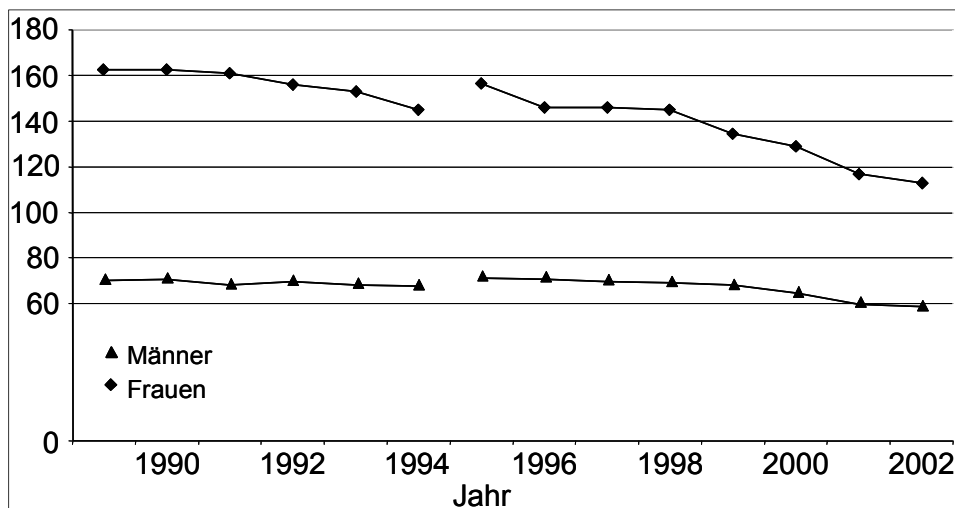
Zu den häufigsten Herz- und Kreislaufkrankheiten gehören die ischämische Herzerkrankung (koronare Herzerkrankung) und der Schlaganfall. Sie entstehen in den allermeisten Fällen auf dem Boden der Arteriosklerose, deren Entwicklung vor allem durch Risikofaktoren des Lebensstils sowie psychosoziale Belastungen gefördert wird. Diese Arbeit gibt einen kurzen Überblick über genderspezifische Unterschiede zur

- Prävalenz der Sterbefälle infolge ischämischer Herzkrankheiten,
- Morbidität und Behandlung des Herzinfarktes sowie
- Prävalenz der drei wichtigsten verhaltensbedingten koronaren Risikofaktoren auf Bevölkerungsebene.

Mortalität ischämischer Herzkrankheit

In den Jahren von 1989 bis 2002 haben die altersstandardisierten Sterbeziffern aufgrund der ischämischen Herzerkrankung bei Männern deutlich abgenommen, bei Frauen hingegen nur gering (vgl. Abb. 1). Im Vergleich zu 23 Kernländern der EU nimmt die Schweiz bezüglich der altersstandardisierten Sterbeziffer bei Frauen den Rang 6 und bei Männern Rang 7 ein (1). Dennoch ist die ischämische Herzerkrankung hierzulande immer noch die häufigste Todesursache in der Gesamtbevölkerung (2).

Abbildung 1: Alterstandardisierte Sterbeziffern zu ischämischen Herzkrankheiten pro 100 000 Einwohnern in der Schweiz für den Zeitraum von 1989 und 2002 (2)



Über Gründe der Genderunterschiede bei den Sterbeziffern kann spekuliert werden: u.a. Entlastungen in der männlichen Berufswelt z.B. durch bessere Arbeitsbedingungen, hingegen bei einer Vielzahl von Frauen eine relativ stärkere Zunahme von Belastungen, vor allem psychosozial (3). Zudem könnte bei Frauen die Zunahme der Rauchprävalenz ein möglicher Grund sein. Männer könnten vom medizinischen Fortschritt relativ stärker profitieren, da (wenn) ihre Behandlungen auf einem höheren Niveau ansetzen.

Morbidität und Behandlung des Myokardinfarktes – Genderspezifische Unterschiede

Die häufigste Manifestation der ischämischen Herzerkrankung ist der Myokardinfarkt. Die Analyse von Daten des AMIS Plus-Myokardinfarkt-Registers (**A**kuter **M**yokard-**I**nfarkt **S**chweiz) zu akutem Myokardinfarkt und Risikofaktoren, Komplikationen und Behandlungen ergeben für den Zeitraum zwischen 1997 und 2002 folgende Informationen (4):

In der CH existieren keine zuverlässigen Zahlen für die Prävalenz oder Inzidenz des akuten Myokardinfarktes. Geschätzt werden jedoch 10'000 – 15'000 Hospitalisationen pro Jahr wegen eines akuten Koronarsyndroms, welches u.a. Angina pectoris, akute Ischämie/EKG-Veränderungen und Myokardinfarkt einschliesst. Diese Inzidenz verteilt sich zu einem Drittel auf Frauen und zu zwei Dritteln auf Männer.

Bei Eintritt des Myokardinfarktes sind Frauen im Durchschnitt 9 Jahre älter als Männer (Median 64 vs. 71 Jahre). Hierin spiegelt sich u.a. der hormonelle Schutz bezüglich Arteriosklerose bei Frauen bis zur Menopause wider (5).

Bei beiden Geschlechtern ist das Hauptsymptom, welches den Myokardinfarkt ankündigt, der Brustschmerz (Frauen 90% vs. Männer 87%). Es ist wichtig, die Charakteristika dieses Symptoms auf Bevölkerungsebene zu kennen bez. bekannt zu machen,

um eine schnellst mögliche Spitaleinlieferung und einen frühest möglichen Beginn der Akutbehandlung zu gewährleisten.

Nach Auftreten der ersten Brustbeschwerden vor einem sich ankündigenden Infarkt werden Schweizer Frauen durchschnittlich 70 Minuten später hospitalisiert als Männer (Median: 300 Minuten bei Frauen, 240 Minuten bei Männern). Eine verzögerte Akut-Einlieferung von Frauen wird auch in der internationalen Literatur beschrieben. Als mögliche Gründe hierfür werden u.a. diskutiert:

- a) die sozialisationsbedingte Unterdrückung der Beschwerden durch die Frauen und Zurückstellung der eigenen Person hinter Funktionen und Rollen (6; 7).
- b) eine willkürliche Entscheidung durch den (männlichen) Arzt in Bezug auf die Indikationsstellung zur Akut-Katheteruntersuchung. Unabhängig von der Schwere der Akutsymptomatik und des geschätzten koronaren Risikos bzw. klinischen Befundes wurden Frauen seltener dieser diagnostisch/therapeutischen Intervention zugewiesen als Männer, wie eine Studie aus den USA zeigt (8).

In Bezug auf die akute koronare Katheterdilatation zeigen sich auch für die Schweiz zunächst Unterschiede zu Ungunsten der Frauen (11% bei Frauen vs. 16% bei Männern), die jedoch nach Alterskorrektur verschwinden. Allerdings erhalten laut AMIS Plus-Register Schweizer Frauen unabhängig vom Alter in der Akutphase des Herzinfarktes signifikant seltener eine Thrombolyse als Männer.

Genderunterschiede in der Akutbehandlung könnten ein Grund dafür sein, dass in der Schweiz 40–60-jährige Frauen nach akutem Myokardinfarkt eine um 40% höhere Frühsterblichkeit im Spital aufweisen als Männer (13,0% vs. 8,2%). Bei überlebter Spitalphase, wenn es um die physische und psychische Wiederherstellung nach einem Infarktereignis geht, sind Frauen seltener in Rehabilitationsmassnahmen zu finden. Hierhinter könnten möglicherweise wiederum sozialisationsbedingte psychosoziale Gründe stehen, z.B. die Unabkömmlichkeit der Frauen zu Hause – sei sie selbst auferlegt oder von der Familie erwartet (6,7).

Koronare Risikofaktoren bei Infarkteintritt

In der Schweiz lebende Frauen, die einen Herzinfarkt erleiden, weisen – unabhängig vom Alter – häufiger als Männer einen arteriellen Bluthochdruck (60% versus 44%) und Diabetes mellitus auf (24% versus 18%). Männer hingegen weisen in der Anamnese häufiger eine Fettstoffwechselstörung (50% vs. 45%) und typisch verhaltensbedingte Risikofaktoren wie Übergewicht (66% vs. 55%) und Rauchen auf (46 vs. 26%) (4).

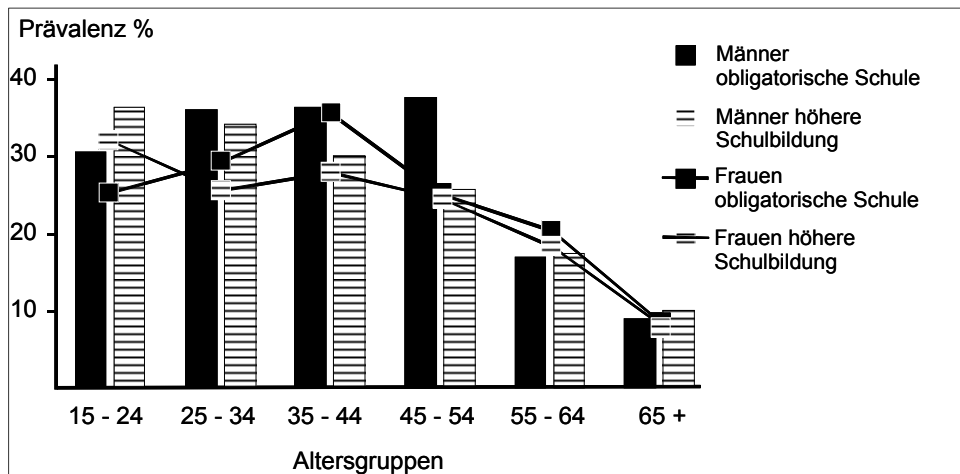
Verhaltensbedingte koronare Risikofaktoren auf Bevölkerungsebene

Rauchen

Gemäss Schweizerischer Gesundheitsbefragung berichteten im Jahr 2002 24% der Schweizer und 21% der Schweizerinnen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren, täglich mindestens eine Zigarette zu rauchen. Am höchsten ist die Prävalenz des täglichen Rauchens unter den 20–44-jährigen Männern (im Mittel 31%) und Frauen (25%) (vgl. Abb. 2) (9,10).

Ein Rückblick in die letzten 30 Jahre zeigt, dass die (indirekt geschätzte) Rauchprävalenz unter Frauen um ca. 6% zugenommen, während sie bei den Männern in etwa konstant geblieben ist (11).

Abbildung 2: Prävalenz (%) regelmässig Rauchender in der Schweizerischen Bevölkerung ab dem 15. Lebensjahr (mindestens 1 Zigarette täglich), differenziert nach Altersgruppen, Schulbildung und Geschlecht (9,10)



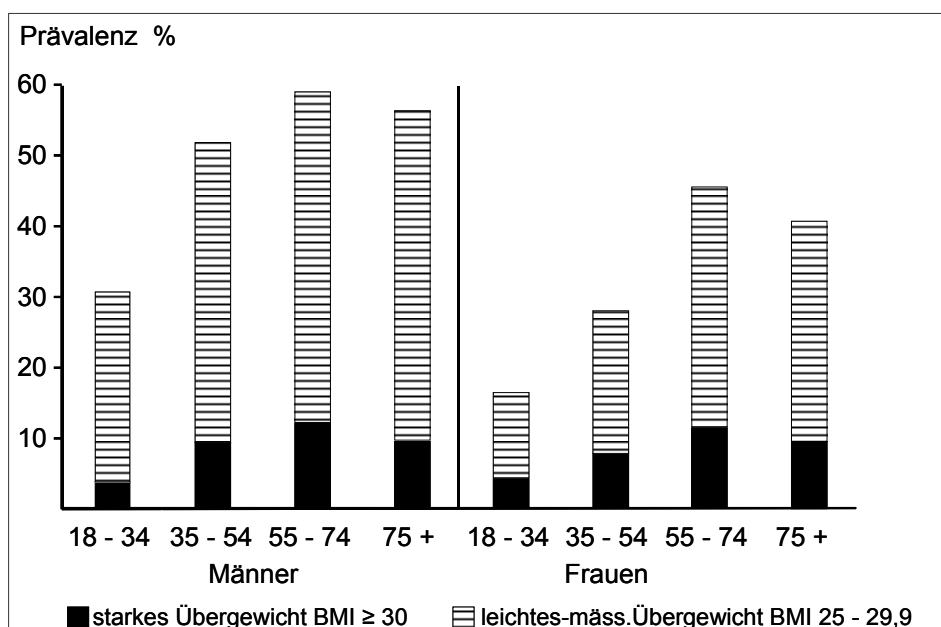
Bei den Bemühungen gegen das Rauchen ist neben Alter und Geschlecht auch die soziale Verankerung des Risikofaktors zu berücksichtigen (12). Bildung ist ein wichtiger Indikator für gesundheitsrelevante Einstellungen und gesundheitsrelevantes Verhalten, so auch in Bezug auf das Rauchen. Mit Ausnahme der 15–24-Jährigen sind bis zur Lebensmitte Männer mit obligatorischer Schulbildung häufiger Raucher als Männer mit höherer Schulbildung. Für die Frauen trifft dies zwischen dem 25. und dem 44. Lebensjahr zu. Im höheren Alter zeigen die Rauchprävalenzen in Bezug auf die Kombination Geschlecht und Schulbildung nur noch geringe Unterschiede.

Übergewicht

Gemäss selbst berichteter Angaben in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 (10)

1. nimmt der Anteil von Schweizern und Schweizerinnen mit leichtem und mässigem Übergewicht (BMI 25–29,9) wie auch mit Adipositas (BMI \geq 30) vom 18. bis zum 74. Lebensjahr stetig zu, danach nimmt er für beide BMI-Klassen bei beiden Geschlechtern wieder leicht ab.
2. In der Altersklasse 55-74 Jahre hat immerhin fast die Hälfte der männlichen Bevölkerung leichtes bzw. mässiges Übergewicht, bei den Frauen sind es mehr als ein Drittel.
3. In allen Altersklassen ist der Anteil von Männern mit leichtem bzw. mässigem Übergewicht grösser als bei Frauen. In Bezug auf die Prävalenz der Adipositas sind die Genderunterschiede gering (vgl. Abb. 3).

Abbildung 3: Prävalenz von leichtem bis mässigem Übergewicht (BMI 25-29,9) und starkem Übergewicht (BMI \geq 30) in der Schweizerischen Bevölkerung ab dem 18. Lebensjahr (9,10)



Unter Berücksichtigung der Schulbildung ist bei Männern im Alter zwischen 35 und 75+ mit obligatorischer Schulbildung leichtes bzw. mässiges Übergewicht etwa um 50% häufiger verbreitet als bei Männern mit höherer Bildung. Bei Frauen mit obligatorischer Schulbildung kommt Übergewicht erst ab dem 55. Lebensjahr um ein Drittel häufiger vor als bei Frauen mit höherer Schulbildung.

Kausale Beziehung von Übergewicht und kardiovaskulärem Risiko?

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Übergewicht ein Risikofaktor ist, der in der Regel in ein Verhaltensmuster eingebettet ist, stellt sich die Frage nach einer kausalen Beziehung von Übergewicht und kardiovaskulärem Risiko.

Viele Jahre wurde der direkte Zusammenhang zwischen Körpergewicht und kardiovaskulärer Morbidität und Mortalität verteidigt. Das populistische Modell „Mehr Körperfett – mehr Fett im Blut – mehr Arteriosklerose – mehr ischämische Herzerkrankungen“ schien ins Präventionskonzept zu passen.

Anfang der 90er Jahre tauchten erste Hinweise auf, dass Übergewichtige, die körperlich aktiv und fit waren, eine bessere Prognose bezüglich kardiovaskulärer Morbidität und Mortalität aufwiesen, als körperlich untrainierte, unfitte vergleichbar Übergewichtige.

Diese Vermutungen wurden 2004 durch eine Langzeitstudie von Hu et al. (13) erhärtet, die den Einfluss von Adipositas unter Berücksichtigung des Einflusses von körperlicher Aktivität auf die kardiovaskuläre Mortalität in einer Langzeitstudie, die über 24 Jahre lief, bei 116'564 Frauen untersuchten.

Im Vergleich zur Referenz (RR 1) bei einem Körpermassenindex (BMI) von unter 25 und körperlicher Aktivität von über 3.5 Stunden pro Woche zeigte sich das kardiovaskuläre Mortalitätsrisiko bei sitzender Lebensweise (<1 h/Woche Bewegung) fast doppelt so hoch (RR = 1.89). Frauen mit einem BMI von 30 und höher und gleichzeitigem Bewegungsmangel (<1 h/Woche) wiesen ein noch massiveres Risiko auf (RR 4.73) als jene mit Adipositas (BMI \geq 30), die sich bei vergleichbarem BMI ausreichend bewegten (>3,5h/Woche) (RR=2.87).

Der interagierende Effekt zwischen körperlicher Aktivität und Körpermassenindex/-gewicht in Bezug auf das kardiovaskuläre Mortalitätsrisiko ist verständlich, denn Bewegung wirkt zum einen direkt (über physiologische Effekte) auf die Körperzusammensetzung und Risikofaktoren des Stoffwechsels u.a., zum anderen indirekt auf das Übergewicht bzw. auf den Erhalt eines Normalgewichtes, und zwar über die Beeinflussung der Verhaltensmuster, in die Ernährungsfehlverhalten häufig eingebettet ist (14).

Körperliche Aktivität

Wie sieht die Prävalenz des Bewegungsverhaltens von Frauen und Männern im Alter von über 15 Jahren in der Schweiz aus, welches definiert ist als

- a) aktiv: Bewegung von mindestens 5 x 30 Minuten pro Woche unter Schwitzen und/oder ausser Atem sein,
- b) teilaktiv: Bewegung, jedoch nicht im geforderten Ausmass (siehe a)),
- c) sitzende Lebensweise: Erfüllung keiner der unter a) genannten Kriterien.

Ausreichende körperliche Aktivität in Sport und Alltag (>5 x/Woche 30 Minuten unter Schwitzen und/oder ausser Atem sein) geben etwa 33% der Schweizerinnen und 39% der Schweizer an. Als teilaktiv bezeichnen sich Frauen und Männer in vergleichbarem Ausmass (45 versus 44%). Eine sitzende Lebensweise geben 22% der Frauen und 16% der Männer an (15).

Sind diese Ergebnisse wirklich repräsentativ für das Bewegungsverhalten der Bevölkerung, wenn man berücksichtigt, dass

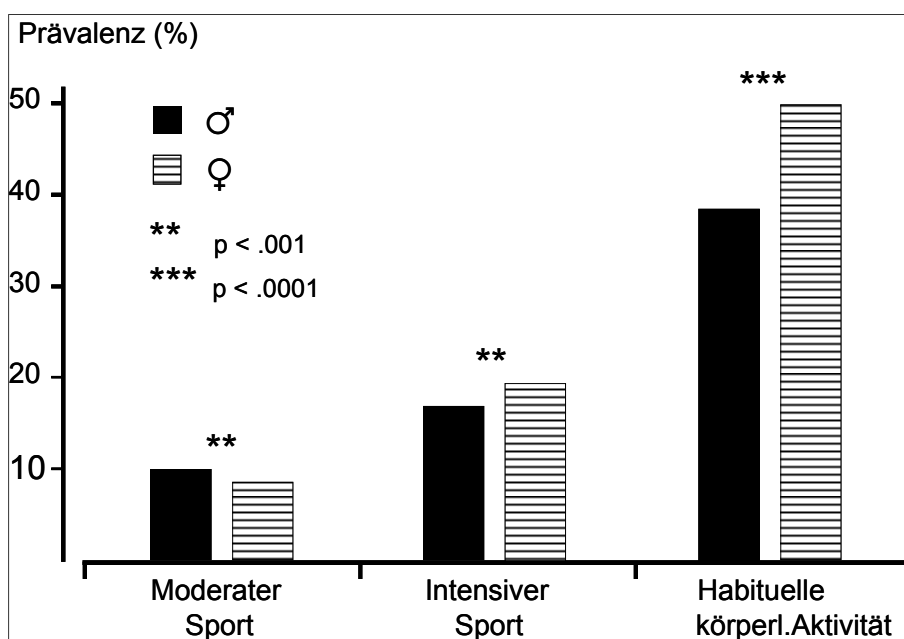
- jede Form der muskulären Aktivität, die den Energieverbrauch über den Basisbedarf hinaus steigert, als gesundheitsrelevant angesehen wird? (16)
- sich bspw. Frauen und ältere Menschen täglich viele Stunden bei der Alltagsbewältigung bewegen, ohne dabei zu schwitzen und/oder ausser Atem zu kommen?
- „ausser Atem kommen“ v.a. bei älteren Menschen ein pathologisches Äquivalent sein kann und nicht ein Mass für eine trainingsphysiologisch optimale Belastung?

In diesem Sinne ergibt sich für die Prävalenz einer gesundheitsrelevanten körperlichen Bewegung in der Schweizerischen Bevölkerung im Alter über 50 Jahre ein anderes Bild, wenn die Dauer und Häufigkeit des täglichen Gehens und Velofahrens zur Alltagsbewältigung bzw. in der Freizeit (habituelle körperliche Aktivität) erfasst wird – ohne Berücksichtigung eines objektiven Intensitätskriteriums, sondern des subjektiven Anstrengungsgefühls. Hierbei zeigen etwa die Hälfte der Schweizer Frauen und etwa 40% der Männer in der zweiten Lebenshälfte ein Ausmass an Bewegung, welches den Anforderungen an gesundheitsrelevante körperliche Aktivität entspricht (vgl. Abb. 4).

Wird die Gruppe der über 80-Jährigen betrachtet, so erfüllt etwa die Hälfte dieses Bevölkerungssegmentes die Bewegungsempfehlungen (17).

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass körperliches Aktivitätsverhalten Fokusgruppenspezifisch erfasst werden sollte, um das Bewegungsverhalten auf Bevölkerungsebene realistischer abzubilden.

Abbildung 4: Prävalenz von moderatem und intensiven Sport sowie habitueller körperlicher Aktivität in der Schweizerischen Bevölkerung ≥ 50 Jahre (17)



Implikationen

Die gender-differierende Prävalenz von Mortalität und Morbidität sowie Behandlung und Prognose der ischämischen Herzerkrankung ist nichts Unbekanntes. Gleiches betrifft die verhaltensbedingten koronaren Risikofaktoren und ihre soziodemographische Verankerung auf Bevölkerungsebene. Dennoch – oder gerade deshalb – ist unvermindert zu betonen bzw. fordern, dass alle Bemühungen in der Gesundheitsförderung und Primärprävention der ischämischen Herzerkrankung sowie Massnahmen im Rahmen der Akutbehandlung, Rehabilitation und Sekundärprävention des Myokardinfarktes durchgängig auf der Basis des Genderaspektes ansetzen.

Literatur:

1. WHO. Atlas of Health in Europe. Copenhagen. Dänemark 2003 (www.who.dk)
2. Todesursachenstatistik 2002 (www.bfs.admin.ch)
3. Weidemann H, Meyer K, Fischer T, Wetzel A. Frauen und koronare Herzkrankheit. Altersverteilung, Rauchen und orale Kontrazeption, klassische Risikofak-

- toren, psychosoziale Konstellationen, körperliches Training. Verlag Akademische Schriften. Band 8. Frankfurt/M. 2003
4. AMIS-Plus Register (www.amis-plus.ch)
 5. Kannel WB, Wilson PW. Risk factors that attenuate the female coronary disease advantage. *Arch Internal Med* 1995; 155: 57–61
 6. Grande G und B. Badura. Die Rehabilitation der KHK aus gesundheitssystemanalytischer Perspektive. Verlag Akademische Schriften. Band 8. Frankfurt/M 3. 2001
 7. Meyer K. Somatische und psychosoziale Risikofaktoren in der Ätiologie des Herzinfarktes der Frau. Hartung Gorre Verlag, Konstanz 1987
 8. Schulman KA, Berlin JA, Harless W et al. The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization. *N Engl J Med* 1999; 340:618–626
 9. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/gesundheit/html)
 10. www.obsan.ch/statistiken/d/index/htm
 11. Junker C, Pfluger DH, Diebold M. Die Entwicklung der Zahl tabakbedingter Todesfälle in der Schweiz. Vortrag anl. der Jahrestagung Public Health Schweiz. Bern. 25.6.2005
 12. Bisig B. und Gutzwiller F. (Hrsg) Frau und Herz. Epidemiologie, Prävention und Behandlung der koronaren Herzkrankheit bei Frauen in der Schweiz Hans Huber 2002
 13. Hu FB, Willett WC, Li T et al. Adiposity as compared with physical activity in predicting mortality among women. *N Engl J med* 2004; 35:2694–2703
 14. Meyer K, Niemann S, Abel T. Gender differences in physical activity and fitness – association with self-reported health and health-relevant attitudes in a middle-aged Swiss urban population. *J Public Health* 2004; 12:283–290
 15. Lamprecht M und Stamm HP. Bewegungsverhalten in der Gesundheitsbefragung 2002. Observatorium „Sport und Bewegung Schweiz“. www.baspo.ch
 16. American College of Sports Medicine. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. Philadelphia. 2005. 7th Edition
 17. Meyer K, Rezny L, Breuer C, Lamprecht M, Stamm HP. Physical activity of adults aged 50 years and older in Switzerland. *Soz Prev Med*. To be published in August 2005

Internet: <http://www.obsan.ch/> (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel)

Le travail invisible des femmes auprès des proches âgés

Anne Bardet Blochet, Hôpitaux Universitaires de Genève, Département de Psychiatrie

Les recherches développées actuellement sur la question des aides et des soins aux personnes âgées, malades, en perte d'autonomie vivant à domicile, mettent en évidence la part prépondérante de l'entourage familial, et plus particulièrement des femmes qui assurent la grande majorité des aides requises. A côté des services professionnels d'aides et de soins à domicile, s'active autour des personnes âgées tout un réseau informel participant largement à leur qualité de vie et à leur maintien à domicile. Avant de rendre compte de quelques résultats de recherche, nous aborderons dans un premier temps les questions de l'invisibilité et de la féminisation des aides et des soins informels.

Un travail invisible

Les aidantes « naturelles », « informelles » qui apportent aides et soins à leurs proches âgés, effectuent un travail invisible car les rapports liant les personnes entre elles sont naturalisés, limités à la sphère familiale. Les tâches effectuées ne sont pas rémunérées, le temps passé à ces tâches n'est pas comptabilisé, les coûts économisés ne sont pas mesurés (par rapport à ce qui serait dépensé si ces aides étaient effectuées par des professionnels). Au niveau de la comptabilité nationale mais aussi pour la majorité du grand public, ce travail est cantonné à la sphère privée, dans le prolongement des activités domestiques. Il n'est pas différencié de l'ensemble des activités non rémunérées fournies dans le cadre familial par ses différents membres pour assurer la cohésion et la bonne marche de la famille. Tout au plus fait-il l'objet d'une bonification au niveau de l'AVS⁵, au même titre que les tâches éducatives.

La sociologie de la famille nous apprend que la famille fonctionne sur un système de solidarités intergénérationnelles (Coenen-Huther, 1994 ; Lalive d'Épinay, 2000), par des échanges d'aides et de services entre ses membres. Dans cette perspective, elle s'est beaucoup intéressée à la génération-pivot des femmes autour de la cinquantaine (Attias-Donfut, 1995), axe central dispensateur d'aides et de soins aux parents, aux enfants et petits-enfants, tout en s'occupant de leur propre couple et de leurs aspirations personnelles. Or, d'une part, cette problématique ne représente qu'un aspect de l'ensemble des aides et des soins dispensés de manière informelle et, d'autre part, elle conforte la naturalité de ces rapports familiaux. Car il se trouve qu'une femme sur deux ne connaîtra pas – ou peu de temps – cette situation de pivot, par absence de descendance et/ou d'ascendants. Selon les estimations de Wanner (2002) pour la Suisse, actuellement seule la moitié des personnes de 55 ans a au moins un parent et un enfant, à 60 ans il n'en reste plus qu'un quart. De plus, d'autres configurations d'aides coexis-

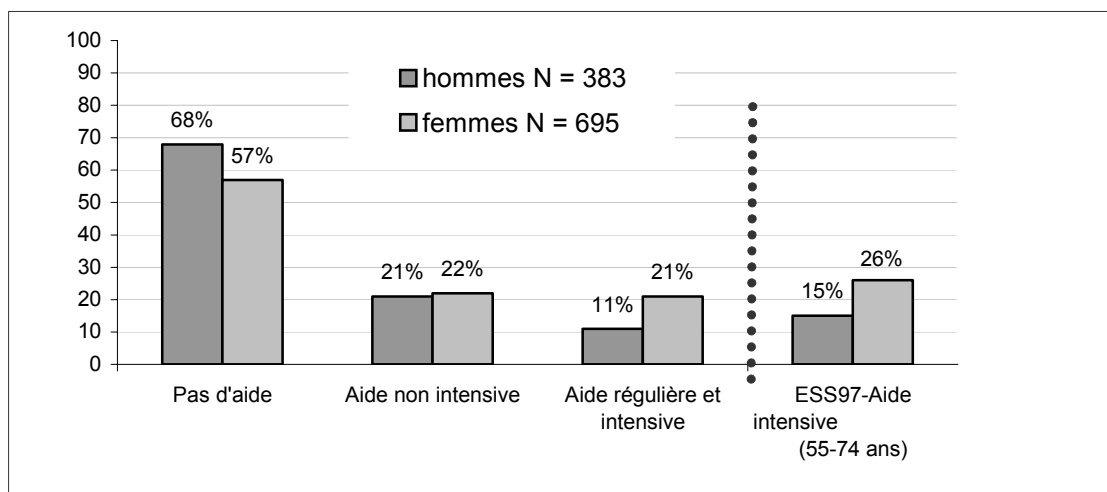
⁵ Bonifications pour tâches d'assistance – Art. 29septies de la LAVS

tent, celle auprès du-de la partenaire, celles auprès d'autres membres de la parenté ou celles auprès du réseau amical ou de voisinage, par exemple. A partir des données de l'Enquête suisse sur la santé (ESS-97), nous avons montré que la part des aides aux amis et aux voisins s'élevait à 45% du total des aides apportées (Gognalons-Nicolet, 2000). Prey (2004) dans une étude du PNR45 observe l'existence d'un réseau actif d'échange d'aides et de soins parmi les femmes retraitées, veuves ou célibataires.

Afin de le rendre plus visible, il s'agit dans un premier temps de définir ce travail invisible. A partir de quand, les échanges de services entre proches, la solidarité familiale, deviennent-ils des aides et soins informels ? Au niveau des données, nous avons toujours inscrit les tâches effectuées auprès des proches âgés dans un processus dépendant fortement des problèmes de santé et de vieillesse de la personne aidée. Par exemple, en 2003, un questionnaire postal, portant sur les aides éventuelles apportées à des proches âgés, a été envoyé à un échantillon représentatif de la population âgée de 50 à 74 ans habitant les cantons de Vaud, Neuchâtel et Genève⁶. Plus de 1000 questionnaires ont été retournés et analysés (Bardet Blochet et Disch, 2004).

Le graphique suivant constitue une photographie à un moment donné de l'état des aides informelles et permet à la fois d'estimer leur ampleur dans les trois cantons romands et de la comparer avec les données nationales issues de l'Enquête suisse sur la santé (ESS-97). Il illustre, de plus, le processus à l'œuvre dans la relation d'aide.

Graphique 1 : Structures des aides apportées par la population âgée de 50 à 74 ans dans 3 cantons romands, selon le sexe (VD, NE, GE – N = 1078). Comparaison avec l'ESS97



Source: Etude intercantonale, Bardet Blochet et Disch (2004)

Ainsi, si une majorité de la population n'en apporte pas actuellement (autour de 60%), elle en a peut-être apporté dans le passé ou devra en apporter dans le futur car c'est sur ce groupe d'âge que repose l'essentiel des tâches d'aide envers les proches âgés. Autour de 40% de cette population âgée de 50 à 74 ans fournit actuellement aides,

⁶ L'enquête a été réalisée par l'Unité d'Investigation Clinique (HUG – Département de psychiatrie), dans le cadre d'un *Partenariat romand sur les aidants*, avec le soutien financier de la Fondation LEENAARDS (Lausanne) et en collaboration avec l'AVIVO (Association de défense et de détente des retraités).

soins, soutiens, sous quelque forme que ce soit, à des proches. Elle l'apporte sous forme d'aides non intensives – dans à peu près la moitié des cas – inscrites dans le processus d'aide comme l'ensemble des aides ponctuelles (par exemple, faire les courses de temps en temps, tenir compagnie quelquefois dans le mois), des aides financières seulement, du soutien à distance (coups de fil réguliers, etc.) et, pour l'autre moitié, sous forme d'aides régulières et intensives (autant soins au corps qu'aides pour l'entretien du ménage) dispensées plusieurs fois par semaine, voire quotidiennement, aboutissement du processus lorsque la santé de la personne aidée s'est détériorée, lorsqu'elle est en perte d'autonomie ou que la fin de vie est proche.

Dans nos recherches, c'est ce dernier type d'aide (les aides régulières et intensives) que nous retenons pour l'analyse des aides informelles. Dans une définition plus officielle (OFS, 2004, p. 27), elles font partie de l'ensemble des activités produisant des biens et des services mais s'effectuant à l'écart du marché et qui pourraient être confiées à un tiers contre rémunération. C'est dire que ce travail informel d'aides et de soins peut être effectué par des professionnel-le-s, services d'aide ménagère, de soins à domicile, etc. On comprend alors mieux qu'à l'heure où les coûts de la santé explosent, à l'heure où les budgets des politiques sociales sont revus à la baisse, la pression sur les familles, sur les femmes, ne faiblit pas pour qu'elles continuent à effectuer gratuitement ces tâches domestiques et d'entretien des corps. Comme élément influençant la santé, le bien-être des individus mais aussi les soins de longue durée et les coûts de la santé, l'ensemble des aides informelles auprès des proches âgés a sa place dans une évaluation globale des politiques de la dépendance, des politiques de santé publique et de transferts entre la sphère publique et la sphère privée. Cette place est cependant minimisée, voire occultée au profit de la professionnalisation des aides et des soins à la vieillesse ; des professionnels à conjuguer au féminin, comme dans le travail informel d'ailleurs.

La féminisation des aides informelles

Toute la littérature sur ce thème confirme que les aides et les soins informels sont assumés principalement par les femmes. Comme le formule Clément (1996) : « *L'aide à la vieillesse repose essentiellement sur l'investissement des femmes, les aidants informels masculins et les services n'apportant qu'un complément. L'avenir de la prise en charge de la vieillesse dépendra largement de ce que les femmes continueront ou ne continueront pas d'assumer sur le plan informel.* »

En Suisse, selon les données de l'ESS97, un homme sur sept et une femme sur quatre entre 55 et 74 ans apportent une aide fréquente, au moins une fois par semaine à des proches (Cf. graphique 1). Dans les trois cantons romands de l'étude intercantonale portant sur la population aidante âgée de 50 à 74 ans, environ trois-quarts des aides régulières et intensives sont dispensées par les femmes. Dans un autre travail issu des données de l'ESS-92 (Gognalons-Nicolet & al., 1997), nous avons montré que les hommes, dès 65 ans, reçoivent davantage d'aide qu'ils n'en apportent alors que les femmes, au moins jusqu'à 74 ans, en donnent davantage qu'elles n'en reçoivent. Il est vrai que les femmes avec l'avancée en âge sont plus nombreuses que les hommes à recevoir des aides de la part de leurs proches ou par des services d'aides et de soins à

domicile. Les deux logiques d'âge et de genre sont à l'œuvre dans cette problématique de l'aide du point de vue de la personne qui la reçoit. C'est pour des raisons qui tiennent à la division sexuelle du travail mais aussi au fait que les femmes vivent plus souvent seules qu'elles reçoivent davantage d'aides que les hommes. En effet, les aides fournies par les proches concernent majoritairement la sphère domestique (courses, repas, ménage) traditionnellement dévolue aux femmes. Le soutien nécessaire porte « naturellement » sur les tâches qu'elles effectuaient et qu'elles ne peuvent plus assurer lorsque leur santé se détériore. Pour les hommes, qui ont le plus souvent une conjointe pour les effectuer, cela n'apparaît pas comme une aide mais comme le travail attendu d'une épouse. Il faut noter que, selon le recensement fédéral de 2000 (OFS, 2005) plus de la moitié des femmes entre 75 et 79 ans vivent seules (52%) et près des trois-quarts à partir de 90 ans. Parmi les hommes, jusqu'à 80 ans, plus des trois-quarts d'entre eux vivent en couple et encore près de la moitié après 90 ans. Il y a ainsi dissymétrie des tâches et invisibilité du travail accompli par les femmes dans le cadre de la vie quotidienne du couple.

Les réseaux de l'aide informelle et les aidant-e-s prioritaires

Comme cela a été dit plus haut, les aides et les soins informels effectués au sein de la famille ne représentent qu'une partie d'un ensemble s'étendant aux réseaux amicaux et de voisinage, voire au travail bénévole dans le cadre d'une institution. Les théories de l'échange portant sur les aides informelles aux personnes âgées ont montré que l'aide est fournie en priorité par le-la conjoint-e, puis, en son absence, par la fille ou la belle-fille, puis par les autres membres de la famille, les voisins et les amis, enfin par des personnes extérieures au réseau familial et amical si celui-ci est défaillant. Dans l'étude intercantonale, deux formes d'aides régulières et intensives dominent, celles aux ascendants – à la mère surtout – (55%) et celles au conjoint (28%), ce chiffre étant probablement sous-estimé en raison de la classe d'âge des répondants car l'aide conjugale s'étend bien après 74 ans. Les aides aux autres proches (enfants, famille élargie, voisins et amis), 17% du total, n'impliquent pas le même engagement, les mêmes liens d'attachement, le même parcours dans le processus d'aide. Méritant des analyses singulières, elles n'ont pas été incluses dans les résultats qui suivent.

Plus fréquentes dans le cadre du soutien aux âgé-e-s, l'aide conjugale et l'aide aux parents sont associées à des caractéristiques différentes, justifiant qu'on les distingue :

- **Le genre** – qui renvoie aux rôles traditionnels des hommes et des femmes – intervient fortement dans la répartition des aides, les femmes aident majoritairement leurs ascendants, les hommes aident autant leur conjointe que leurs parents. La norme de genre pèse davantage sur les femmes en ce qui concerne leurs parents. De ce point de vue, l'aide au conjoint est moins marquée par les rôles de sexe, c'est la norme du conjoint comme premier aidant mobilisable qui est prioritaire.
- **Le statut d'activité**, lié à l'âge des aidant-e-s, contribue aussi à cette distinction ; l'aide conjugale domine chez les retraités, plus âgés (leurs parents ont le plus souvent disparu) alors que l'aide aux ascendants est prépondérante chez les ac-

tifs, plus jeunes (les parents sont plus souvent en vie et le-la conjoint-e est encore en bonne santé).

- Un troisième facteur, **l'appel à des aides extérieures**, contribue à différencier ces deux types d'aide. Deux conjoints sur trois aident seuls contre seulement 15% des enfants, qui mobilisent davantage leur entourage et/ou des professionnels de l'aide et des soins.
- **Les aides et les soins au corps** représentent également une caractéristique importante distinguant aide conjugale et aide aux ascendants. S'agissant des soins intimes, au corps, impliquant une grande proximité, comme habiller, faire la toilette ou donner à manger, 90% des conjoints en apportent alors que 30% des enfants n'en dispensent pas à leurs parents tout en assurant d'autres tâches (courses, repas, ménage, transport, etc.).

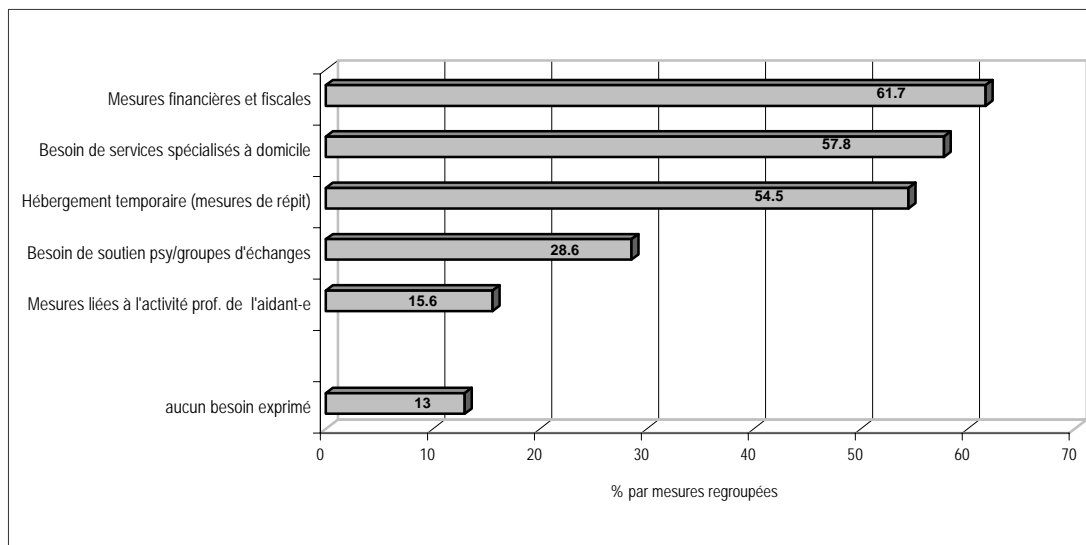
Ces différences conduisent à considérer les trajectoires des aidant-e-s selon leur lien de parenté avec la personne aidée.

Dans le cadre de cette présentation, nous nous intéressons à un aspect particulier de l'étude intercantonale, celui des mesures d'accompagnement souhaitées par les aidant-e-s pour les soutenir et les soulager. En effet, à terme, l'engagement des femmes et des familles dépendra de la reconnaissance sociale de ce travail informel par des mesures de soutien appropriées. Les situations de grande dépendance ou de soins de longue durée vont se multiplier avec l'allongement de la vie avec un risque de désengagement des femmes et de rupture de la politique de maintien à domicile. Comme l'explique Dufey (2004), « *les ruptures des situations de maintien à domicile auront des chances d'être prévenues si les aidants familiaux reçoivent l'aide psychologique requise, mais aussi s'ils peuvent bénéficier de diverses mesures sociales facilitant l'exercice de leur rôle* ».

Les mesures souhaitées par les aidant-e-s : évaluation globale

Afin de soutenir et de soulager les aidant-e-s dans leur engagement souvent lourd, des mesures d'accompagnement sont ou devraient être prises pour prévenir l'épuisement, les ruptures d'aide, sinon les situations de maltraitance qui en découlent parfois. A partir d'un catalogue de mesures proposées, établi à partir de la littérature nationale et internationale (Dufey, 2003 ; Twigg, 1996), les besoins et les attentes souhaités par les aidants eux-mêmes se présentent de la façon suivante (graphique 2). Bien entendu, une partie d'entre eux peut déjà bénéficier de prestations liées à certaines de ces mesures, disponibles selon les politiques sociales cantonales.

Graphique 2. Types de mesures souhaitées. Aides régulières et intensives auprès des ascendants et des conjoints (N = 154)



Source: Etude intercantonale, Bardet Blochet et Disch (2004)

Les **mesures financières et fiscales** regroupent les déductions fiscales, les prestations financières versées à la personne aidée, lui permettant de financer l'aide de son choix ainsi que les prestations financières à l'aidant-e. Les **besoins de services spécialisés à domicile** regroupent les assistances au domicile de la personne aidée, comme des aides ménagères ou des soins personnels ou infirmiers ainsi que la présence ponctuelle d'une tierce personne à son domicile, par exemple lorsqu'elle ne peut plus rester seule. Les **mesures de répit** regroupent les accueils de jour (centre ou hôpital de jour) ainsi que les hébergements temporaires pour des séjours dans un établissement ou durant les vacances. La demande de **soutien psychologique** – individuel ou de groupe – est associée avec **des groupes d'échange et d'information**. Les **mesures professionnelles** concernent par exemple, les horaires mobiles, les congés sans solde ou la garantie de réemploi après une longue absence. Enfin, un peu plus d'une personne sur dix n'expriment **aucun besoin**, ces mesures ne leur paraissant ni appropriées ni adéquates. Soit les tâches qu'elles effectuent, la présence qu'elles assurent ne leur paraissent pas nécessiter de soutien ou de contrepartie, soit elles se sont déjà entourées de tous les soutiens dont elles avaient besoin.

Facteurs favorisant la demande de mesures: bilan contrasté selon l'aide au conjoint et l'aide aux parents

Pour les trois mesures les plus fréquemment souhaitées, l'analyse selon les deux formes contrastées d'aide, celle aux parents, celle au conjoint, montre que :

- 1) **Les mesures financières et fiscales**, représentant une forme de reconnaissance financière par la collectivité, sont souhaitées autant par les conjoints que par les enfants aidant leurs parents (six sur dix), les premiers plus souvent lors-

qu'ils sont eux-mêmes en mauvaise santé, les seconds plus souvent lorsqu'ils apportent des soins au corps.

- 2) **Les besoins de services spécialisés à domicile** sont un peu plus souvent exprimés par les enfants aidant leurs parents (six sur dix), surtout quand l'aide leur paraît lourde, que par les conjoints (cinq sur dix), ceux-ci les mentionnant d'autant plus que l'aide leur paraît lourde et que l'état de santé du conjoint aidé est sévère. Le sentiment d'assumer une aide lourde ne coïncide pas toujours avec la sévérité de l'état de l'aidé-e. Les enfants qui apportent de l'aide à un parent ont souvent un autre ménage dont ils s'occupent (leur propre famille), en plus de leurs autres activités. Ce double travail domestique et de santé, dans des domiciles différents, peut leur sembler pesant, même lorsque la santé de l'aidé-e est moins atteinte. Dans le couple, il faut que l'état de santé de l'aidé-e soit particulièrement sévère pour que l'aide paraisse lourde et nécessite l'assistance de services professionnels.
- 3) **Les mesures de répit** sont un peu plus souvent demandées par les personnes qui aident un parent (six sur dix) que par celles qui prennent soin de leur conjoint (cinq sur dix). Tous, cependant, les souhaitent d'autant plus que l'aide leur paraît lourde et que l'état de santé de la personne aidée est sévère. Loin de l'image d'abandon présente dans le grand public, les mesures de répit représentent une réponse efficace contre l'épuisement permettant aux aidant-e-s de poursuivre leur tâche sur le long terme.

Conclusion

Les résultats de l'étude intercantonale ont montré l'ampleur et confirmé la féminisation du travail informel d'aides et de soins aux proches âgés, notamment en ce qui concerne les aides régulières et intensives. Dans les situations nécessitant des aides fréquentes, tant sur le plan domestique que sur celui des soins corporels, les femmes, dans des proportions similaires à celles observées dans de nombreux travaux, représentent trois-quarts des aidants familiaux.

Sur le plan méthodologique, notre travail a montré la nécessité de différencier le travail informel selon les liens de parenté entre aidants et aidés, c'est-à-dire de tenir compte des logiques qui animent un enfant s'occupant d'un vieux parent, différentes de celles d'une femme soutenant son mari ou d'une mère prenant soin de son enfant handicapé. L'étude intercantonale a aussi mis en évidence les mesures souhaitées par les aidants eux-mêmes, pour les soutenir dans les tâches souvent lourdes qu'ils assument. Une réflexion en profondeur devrait être menée au niveau politique si l'on veut pérenniser leur engagement.

Ces dernières années ont vu le développement de l'intérêt pour le travail invisible des aidants informels : recherches scientifiques, colloques, essor des groupes d'entraide, etc., intérêt qui contribue à rendre visible socialement l'ampleur de ce travail. Les aidant-e-s participent largement à un maintien à domicile de qualité pour les personnes fragilisées et à ce titre devraient être reconnu-e-s comme des partenaires à part entière au sein des politiques de soins à la vieillesse.

Bibliographie

- Attias-Donfut C (Dir.) (1995) *Les solidarités entre générations – vieillesse, familles, état*. Paris, Essais et Recherche, Nathan.
- Bardet Blochet A, Disch C (2004) Des mesures pour accompagner les aidants : premiers résultats d'une enquête intercantonale, in *Aide aux aidants familiaux. Travail invisible et enjeux de santé*, Actes du colloque romand, Montreux novembre 2003. Vevey, Ed. Pro Senectute Suisse.
- Clément S (1996) L'aide informelle visible et invisible, in S. Aymé & al. *Handicap et vieillissement – Politiques publiques et pratiques sociales*. Questions en santé publique, Ed. INSERM, pp 197–204.
- Coenen-Huther J, Kellerhals J, von Allmen M (1994) *Solidarités familiales*. Lausanne, Réalités sociales.
- Dufey A-F, Bovey G, Beetschen P (2003) Maintien à domicile des personnes âgées. Quel soutien pour les proches ? *Les Cahiers du CLPA*, N° 1.
- Dufey A-F (2004) Prévenir les ruptures du maintien à domicile : une utopie de santé publique ? in *Aide aux aidants familiaux. Travail invisible et enjeux de santé*, Actes du colloque romand, Montreux novembre 2003. Vevey, Ed. Pro Senectute Suisse.
- Gognalons-Nicolet M (2000) Aides informelles et systèmes d'entraide, in *Santé et comportements vis-à-vis de la santé*. Neuchâtel, OFS.
- Gognalons-Nicolet M, Bardet Blochet A, Fontaine P, Gramoni R, de la Rosa D (1997) *Genre et Santé après 40 ans/Geschlecht und Gesundheit nach 40*, Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes/Office fédéral de la santé publique (Ed), Berne, Hans Huber.
- Lalivé d'Epinaï C (2000) *Vieillesse au fil du temps*. Lausanne, Réalités sociales.
- OFS (2004) *Rapport sur le travail bénévole en Suisse*. Données sociales – Suisse. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- OFS (Ed.) (2005) Wanner P, Sauvain-Dugerdil C, Guilley E, Hussy C : *Âges et générations. La vie après 50 ans en Suisse*. Neuchâtel, OFS.
- Prey H et al. (2004) La situation du personnel dans le domaine des soins de longue durée en Suisse. Résumé de recherche PNR 45, site : www.sozialstaat.ch.
- Twigg J (1996) Les soins informels, in Protéger les personnes âgées dépendantes – Des politiques en mutation. OCDE, *Etudes de politiques sociales*, N° 19, 85–96.
- Wanner P (2002) Changements dans les configurations familiales et les modes de vie des familles : une analyse statistique. *Démos*, No 2, Neuchâtel, OFS.

Internet: <http://www.hcuge.ch/> (Hôpitaux Universitaires de Genève, Département de Psychiatrie)

Lebenserwartung und Gesundheit im Alter – im Geschlechtervergleich

François Höpflinger, Soziologisches Institut der Universität Zürich

In einem ersten Schritt werden geschlechtsspezifische Unterschiede der Lebenserwartung vorgestellt und diskutiert. In einem zweiten Schritt werden – auf der Grundlage der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 – subjektive Gesundheit und Beschwerdenhäufigkeit älterer Frauen und Männer verglichen.

Zur Lebenserwartung von Frauen und Männern – geschlechtsspezifische Unterschiede des Risikos eines vorzeitigen Todes

Die markant längere Lebenserwartung der Frauen ist weitgehend ein Phänomen des 20. Jahrhunderts. In einigen Regionen Europas (wie Schweden oder einigen Schweizer Städten) begann der Trend zur weiblichen Langlebigkeit zwar schon gegen Ende des 18. Jahrhunderts. Zu diesem Zeitpunkt lebten etwa Luzernerinnen rund 2 Jahre länger als Luzerner. Zu einer markanten Ausweitung der geschlechtsspezifischen Unterschiede der Lebenserwartung kam es jedoch vielfach erst im späten 19. Jh. und vor allem im 20. Jh. Historische Analysen zeigen, dass sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Lebenserwartung mit steigender industrieller Entwicklung und verstärkter Verstädterung ausgeweitet haben. So betrachtet ist die relative Langlebigkeit der Frauen weitgehend ein Phänomen moderner Gesellschaften.

Eine höhere Lebenserwartung von Frauen hat sich deshalb gegenwärtig zu einem weltweiten Phänomen entwickelt. Nur noch in wenigen Ländern Afrikas und Asiens weisen Frauen noch keine höhere Lebenserwartung auf als Männer, aber auch in diesen Ländern zeichnet sich ein Trend zu verstärkten geschlechtsspezifischen Ungleichheiten der Lebenserwartung ab. In Europa, wie auch in anderen hoch entwickelten Regionen, ist die Langlebigkeit der Frauen durchgehend ausgeprägt, auch wenn Form und Ausmass der geschlechtsspezifischen Unterschiede der Lebenserwartung je nach Land variieren.

In der Schweiz haben sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Lebenserwartung namentlich zwischen 1900 und 1990 ausgeweitet: Um 1900 lebten Frauen 2.8 Jahre länger als Männer. Bis 1989/90 stieg der Unterschied auf 6.9 Jahre an. In den 1990er Jahren kam es wieder zu einer leichten Angleichung und der Unterschied hat sich heute auf 5.6 Lebensjahre verringert. Da Frauen später sterben als Männer, erhöht sich der Frauenanteil mit steigendem Alter rasch. Liegt bei den 65–69-Jährigen der Frauenanteil noch bei 54%, sind dies bei den 80–84-Jährigen schon gut 62%, und bei den 95-jährigen und älteren Menschen liegt der Frauenanteil bei 84%. Auch in Zukunft ist mit bedeutsamen geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Lebenserwartung zu rechnen, so dass auch zukünftig eine ausgeprägte Feminisierung des Alters zu beobachten sein wird. Die früher häufig geäusserte Vermutung, dass erhöhte Frauen-

erwerbstätigkeit und Frauenemanzipation zu einer vollen Gleichstellung der Lebenserwartung von Frauen und Männern führen würde, hat sich nicht bestätigt.

Tabelle 1 illustriert die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Lebenschancen gemäss einer Kohortenbetrachtung. Es wird deutlich, dass Frauen nicht nur eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, 80- und 90-jährig zu werden, sondern dass geschlechtsspezifische Unterschiede der Restlebenswahrscheinlichkeit bis ins höchste Alter feststellbar sind. Die kohortenspezifischen Angaben zur Überlebensordnung illustrieren, dass auch in jüngeren Geburtskohorten die Frauen eine doppelt so hohe Chance haben, das 90. Altersjahr zu erreichen, und 90-jährige Frauen leben durchschnittlich gut ein Jahr länger als ihre gleichaltrigen männlichen Kollegen.

Tabelle 1: Chancen, ein hohes Alter zu erleben und die Lebenserwartung 80- und 90-jähriger Menschen

Jahrgang:	Jahr:	Anteil Personen, welche 80 Jahre alt werden:		Mittlere Lebenserwartung 80-jähriger Menschen:	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen
1920	2000	36%	57%	7.6 J.	10.0 J.
1930	2010	44%	65%	8.3 J.	10.7 J.
1940	2020	50%	70%	8.9 J.	11.3 J.
1950	2030	56%	75%	9.5 J.	11.7 J.
1960	2040	60%	78%	10.0 J.	12.1 J.

Jahrgang:	Jahr:	Anteil Personen, welche 90 Jahre alt werden		Mittlere Lebenserwartung 90-jähriger Menschen:	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen
1910	2000	7%	21%	3.5 J.	4.5 J.
1920	2010	11%	28%	3.8 J.	4.9 J.
1930	2020	16%	35%	4.2 J.	5.2 J.
1940	2030	20%	40%	4.5 J.	5.5 J.
1950	2040	25%	45%	4.8 J.	5.8 J.

Quelle: Bundesamt für Statistik (1998) Kohortensterbetafeln für die Schweiz, BfS: Bern.

Intereuropäische Vergleiche der geschlechtsspezifischen Lebenserwartung verdeutlichen drei Tatbestände:

Erstens variieren die geschlechtsspezifischen Unterschiede selbst im intereuropäischen Vergleich deutlich. Innerhalb Europas weist Dänemark mit 4.6 Jahren den geringsten geschlechtsspezifischen Unterschied auf, wogegen namentlich osteuropäi-

sche Länder ausgeprägte Unterschiede aufweisen. So leben in Weissrussland und der Ukraine Männer gegenwärtig 11 Jahre weniger lang als Frauen, und in Russland beträgt der Unterschied – aufgrund mangelhafter sozial- und gesundheitspolitischer Strukturen – heute um die 13 Lebensjahre. Diese nationalen Unterschiede weisen auf die Bedeutung der gesellschaftlichen Lebensverhältnisse hin. Auch die historische Entwicklung illustriert, dass soziale, wirtschaftliche und kulturelle Faktoren zur Erklärung der geschlechtsspezifischen Unterschiede der Lebenserwartung bedeutsamer sind als biologische Faktoren. Es ist allerdings unverkennbar, dass immunbiologische und hormonale Geschlechtsdifferenzen mit zur höheren Lebenserwartung beitragen, und Frauen sind beispielsweise bezüglich kardiovaskulären Erkrankungen besser geschützt als Männer. Historische Analysen belegen jedoch, dass die „konstitutiven Stärken des weiblichen Körpers“ erst in Gesellschaften mit ausgebauter Hygiene und nicht allzu ausgeprägter sozialer Ungleichbehandlung von Frauen hervortreten.

Zweitens illustrieren die Entwicklungen in osteuropäischen Ländern in welchem Mass gesellschaftliche Umwälzungen und wirtschaftliche Krisen zur Ausweitung der geschlechtsspezifischen Differenzen beitragen können, da solche Umwälzungen und Krisen die Mortalität von Männern stärker beeinflussen als diejenige von Frauen. In Weissrussland und der Ukraine sank die Lebenserwartung vor allem der Männer deutlich, und soziologische Analysen verdeutlichen, in welchem Mass die Langlebigkeit speziell von Männern auf einer hohen sozioökonomischen Integration und einem hohen gesundheitspolitischen Standard basiert.

Drittens wurde die in den 1990er Jahren in einigen westeuropäischen Ländern feststellbare leichte Angleichung der Lebenserwartung von Frauen und Männern weniger dadurch verursacht, dass Frauen erneut früher sterben, als dadurch, dass auch mehr Männer lange leben. Zwar liegt eine Komponente der Angleichung auch darin, dass mehr Frauen ebenso „ungesund“ leben wie manche Männer, aber der Hauptgrund für angleichende Lebenserwartungen besteht darin, dass vermehrt auch Männer einen gesunden Lebensstil pflegen. Gleichzeitig gelang es in den letzten Jahrzehnten besser, beispielsweise Kreislauf- und Herzkrankheiten erfolgreich zu behandeln (was die Überlebenschancen davon betroffener Männer signifikant erhöht hat). Reduzierte Unterschiede in der Lebenserwartung von Frauen und Männern widerspiegeln somit nicht allein negative Prozesse (vermehrte Aneignung ungesunder Lebensweisen durch Frauen), sondern auch positive Entwicklungen (verbessertes Gesundheitsverhalten von Männern).

Zusätzliche Informationen über geschlechtsspezifische Unterschiede und deren Entwicklung für die Schweiz erhalten wir, wenn wir die Ursachen vorzeitigen Sterbens von Frauen und Männern zwischen 1970 und 2000 betrachten (Tabelle 2). Zwei Beobachtungen stechen dabei hervor:

Erstens haben sich die Risiken eines vorzeitigen Todes zwischen 1970 und 2000 für beide Geschlechter weiter reduziert, und zumindest bis zum Alter von 70 Jahren zeigen sich kaum steigende Tendenzen. Gleichzeitig haben sich aber auch die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Risiko eines vorzeitigen Todes kaum verändert. Männer haben heute wie vor dreissig Jahren ein zweifaches Risiko, vor dem Alter von 70 Jahren zu sterben. Hohe und stabile geschlechtsspezifische Differenzen lassen sich namentlich bei Unfalltodesfällen und Selbsttötung festhalten. Dahinter verbergen sich

unterschiedliche Lebensweisen (mehr Männer als Frauen arbeiten in risikoreichen Berufen) aber auch unterschiedliche Formen der Problembewältigung (mehr Selbsttötungen bei Männern).

Tabelle 2: Potenziell verlorene Lebensjahre nach Geschlecht, 1970 und 2000

	Potenziell verlorene Lebensjahre zwischen 1. und 70. Lebensjahr pro 100'000 Einwohner*					
	Männer		Frauen		Quotient M/F	
	1970	2000	1970	2000	1970	2000
Alle Todesursachen	8157	4488	4091	2279	2.0	2.0
Unfälle	2122	725	582	185	3.6	3.9
Selbsttötung	681	622	224	204	3.0	3.0
Infektiöse Krankheiten/Aids	169	622	224	76	1.6	1.6
Krebskrankheiten	1692	1116	1416	964	1.2	1.2
Diabetes mellitus	73	48	68	29	1.1	1.7
Kreislaufsystem/Herzkrank.	1737	773	699	254	2.5	3.0
Atmungsorgane	402	102	217	60	1.9	1.7
Alkohol. Leberzirrhose	202	88	36	36	5.6	2.4

Altersstandardisierte Raten pro 100'000 Einwohner; Quelle: Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1993: 317 + Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2003: 633-634.

Zweitens sterben weiterhin mehr Männer als Frauen vorzeitig an Krebskrankheiten, Kreislaufproblemen oder Erkrankungen der Atmungsorgane. Die diesbezüglichen, geschlechtsspezifischen Differenzen sind entweder gleich geblieben oder haben sich sogar verstärkt. So haben Männer heute ein dreifach so hohes Risiko vorzeitig an Kreislauf- und Herzerkrankungen zu sterben (was allerdings auch immunbiologisch beeinflusst wird, da Frauen auch bei gleicher Lebensweise gegenüber Herzinfarkt besser geschützt sind). Einzig bei den Todesfällen durch Leberzirrhose zeigt sich eine Angleichung der Lebensverluste von Frauen an diejenigen der Männer. Eine Analyse der Ursachen vorzeitigen Sterbens deutet somit nur bei ausgewählten Krankheiten auf eine „Infizierung“ von Teilen der weiblichen Bevölkerung durch „schlechte männliche Verhaltensweisen“ hin. Bei vielen Todesursachen haben Frauen wie Männer von einer reduzierten Mortalität profitiert, wobei die erhöhte Lebenserwartung auch zu mehr gesunden Lebensjahren geführt hat.

Insgesamt wird deutlich, dass primär geschlechtsspezifische Unterschiede im Lebensstil zu geschlechtsspezifischen Unterschieden im Risikoverhalten führen. Männer führen häufiger ein risikoreiches und aggressives Leben, was sich in höheren Selbsttötungsraten, höherer Unfallhäufigkeit und häufigerem Suchtverhalten ausdrückt. Frauen dagegen zeigen weniger oft ein gesundheitsschädigendes Verhalten, und sie konsultieren Ärzte früher und regelmässiger. Solche Verhaltensunterschiede sind auf verschiedene frauenspezifische Aspekte zurückzuführen. So sensibilisiert der Monatszyklus

schon junge Frauen für körperliche Irregularitäten. Gleichzeitig sind Frauen eher sozialisiert, Emotionen und körperliche Symptome zu artikulieren und entsprechende Beschwerden frühzeitig anzugehen. Auch deshalb fühlen sich Frauen zwar häufiger krank, leben aber trotzdem länger. Frauen haben zusätzlich durch die Übernahme familialer Pflichten und Pflege (inkl. Pflege kranker Kinder und behinderter älterer Menschen) oft eine grössere gesundheitliche Expertise als Männer.

Allerdings sind alle angeführten geschlechtsspezifischen Unterschiede gradueller Art, und auch Frauen zeigen je nach sozialer Schichtzugehörigkeit, kultureller Einbettung und aktueller Lebensform ein unterschiedliches gesundheitliches Verhalten. Zur heutigen Gesellschaft gehört auch die Feststellung, dass sich die Lebensweise von Frauen und Männern gegenseitig überlappen und beeinflussen.

Subjektive Gesundheit und körperliche Beschwerden im Alter nach Geschlecht

Die subjektive Gesundheit ist im höheren Lebensalter ein wichtiger Indikator der Lebensqualität. Allerdings wird die eigene Gesundheit speziell von älteren Menschen nicht an medizinischen Kriterien gemessen, massgeblich sind vielmehr altersspezifische Normvorstellungen und der Vergleich mit gleichaltrigen Personen («Im Vergleich damit, was für mein Alter erwartbar ist, bin ich noch ganz gesund», «Ich habe zwar meine Altersbeschwerden, aber im Vergleich zu anderen Leuten meines Alters bin ich gesundheitlich noch gut dran»). Mit steigendem Alter werden zudem die Erwartungen an eine gute Gesundheit reduziert. Aus solchen Gründen weisen die Korrelationen zwischen subjektiver Gesundheit und objektiven Indikatoren der Gesundheit bei älteren Menschen zumeist nur eine mittlere Stärke auf.

Frauen fühlen sich gemäss verschiedenen Erhebungen teilweise gesundheitlich schlechter als Männer, und auch ihr psychisches Wohlbefinden liegt teilweise unter demjenigen gleichaltriger Männer. Darin können sich sowohl subjektive als auch objektive Tatbestände widerspiegeln: Frauen geben einerseits eher zu, sich gesundheitlich schlecht zu fühlen als Männer, die ihre Männlichkeit vorwiegend an ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit messen. Andererseits sind Frauen häufiger Doppelbelastungen und Stress ausgesetzt.

Ein erster Vergleich der subjektiven Gesundheit älterer Menschen (vgl. Tabelle 3) lässt zwei Beobachtungen zu:

Erstens weisen die zuhause lebenden schweizerischen AHV-Rentner und AHV-Rentnerinnen eine höhere subjektive Gesundheitseinschätzung auf als gleichaltrige Personen in Österreich. Dies hängt primär damit zusammen, dass in der Schweiz die heute ältere Bevölkerung früher und stärker von den Wohlstandsgewinnen der Nachkriegsjahrzehnten zu profitieren vermochten.

Zweitens zeigen sich in beiden Ländern kaum durchgehende und systematische geschlechtsspezifische Differenzen. In Österreich zeigen primär die über 80-jährigen Frauen eine geringere subjektive Gesundheit, wogegen in den jüngeren Altersgruppen kaum geschlechtsspezifische Unterschiede feststellbar sind. In der Schweiz hingegen zeigen sich primär bei den jüngeren Rentnern einige, wenn auch nicht besonders mar-

kante Differenzen. Die allgemeine These, dass sich Frauen auch im Alter generell weniger gesund einschätzen als Männer, erhält somit keine klare Unterstützung.

Tabelle 3: Subjektive Gesundheit zuhause lebender älterer Frauen und Männer: Österreich und Schweiz

Prozentanteil der Zuhause lebenden Bevölkerung, die ihre Gesundheit als gut bis sehr gut einschätzen						
	Österreich 1998		Schweiz 2002			
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Diff. M-F	
65-69 J.	61%	59%	86%	79%	7%	
70-74 J.	55%	51%	77%	72%	5%	
75-79 J.	46%	44%	72%	71%	1%	
80-84 J.	42%	33%	66%	68%	2%	
85-89 J.	36%	24%	85+	64%	57%	7%

Quelle: Doblhammer, Kytir 1999; Schweiz: Schweiz. Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Stichprobe).

Die Tatsache, dass sich die schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 ausschliesslich auf die zuhause lebende ältere Bevölkerung bezieht, führt allerdings gerade auch bei Frauen zu einer systematischen Überschätzung der subjektiven Gesundheit im Alter: Die kranken bzw. pflegebedürftigen älteren Menschen leben häufig nicht mehr zuhause, sondern in einer sozio-medizinischen Einrichtung. Da Frauen im Alter häufiger allein leben wie auch häufiger an chronischen Beschwerden leiden als gleichaltrige Männer, ist dieser Selektionseffekt bei Frauen besonders ausgeprägt. Während 22% der 85-jährigen und älteren Männer in institutionellen Haushaltungen wohnen, sind dies bei den 85-jährigen und älteren Frauen gut 37%.

Tabelle 4: Schätzwerte zur Gesundheit im Alter der gesamten Wohnbevölkerung 2002

Zuhause lebende und in Alters-/Pflegeeinrichtungen lebende Bevölkerung: Prozentanteil in verhältnismässig guter Gesundheit *			
	Männer	Frauen	Diff. M-F:
- 65-69 J.	84%	77%	7%
- 70-74 J.	75%	70%	5%
- 75-79 J.	69%	66%	3%
- 80-84 J.	60%	58%	2%
- 85+ J.	50%	36%	14%

* bei der zuhause lebenden Bevölkerung gemäss selbsteingeschätzter Gesundheit; bei Personen in Alters- und Pflegeeinrichtungen wird die Annahme getroffen, dass alle nur eine mittelmässige bis schlechte Gesundheit aufweisen.

Die Angaben in Tabelle 4 versuchen diese geschlechtsspezifisch geprägte Selektion dadurch zu korrigieren, dass die Gesundheit der gesamten Wohnbevölkerung – unab-

hängig von ihrer Wohnform – geschätzt wird. Und tatsächlich verstärken sich bei dieser korrekten Darstellung vor allem im hohen Lebensalter die geschlechtsspezifischen Gesundheitsunterschiede klar.

Aber auch so erweisen sich die geschlechtsspezifischen Differenzen der subjektiven Gesundheitseinschätzung im Alter als nicht besonders markant. Dies hängt auch damit zusammen, dass subjektive Einschätzungen selbstregulative Prozesse darstellen, die eng mit Vergleichen mit wichtigen Bezugsgruppen assoziiert sind, und ältere Frauen vergleichen ihre Gesundheit nicht mit derjenigen von Männern, sondern mit derjenigen gleichaltriger oder teilweise jüngerer Frauen. Ebenso nehmen Männer andere relevante Männer als „Richtwerte“ für die eigene Gesundheitsbetrachtung.

Da Frauen zwar einerseits länger leben, andererseits aber auch häufiger an chronischen Beschwerden leiden als Männer, zeigen sich deutlichere geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Erwähnung konkreter körperlicher Beschwerden, wie sie in Tabelle 5 aufgeführt werden. Allerdings beziehen sich auch diese Daten nur auf die zuhause lebenden Personen (was die Gesamtlage beschönigt).

Tabelle 5: Körperliche Beschwerden bei zuhause lebenden älteren Frauen und Männern 2002

Prozentanteil mit starken körperlichen Beschwerden in den letzten 4 Wochen:						
	60–69 J.		70–79 J.		80 J. + älter	
	M	F	M	F	M	F
Rücken- oder Kreuzschmerzen	9%	14%	9%	19%	11%	24%
Gelenk- oder Gliederschmerzen	8%	16%	11%	16%	15%	21%
Einschlaf- od. Durchschlafstörungen	7%	12%	7%	15%	11%	12%
Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit	6%	7%	6%	7%	9%	13%
Kopfschmerzen, Druck im Kopf u.ä.	3%	8%	2%	6%	4%	3%
Durchfall und/oder Verstopfung	2%	4%	3%	5%	5%	9%
Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch	3%	3%	2%	4%	3%	2%
Herzklopfen, Herzjagen u.ä.	2%	1%	3%	4%	1%	4%
Schmerzen oder Druck im Brustbereich	2%	2%	2%	2%	3%	3%

M: Männer
F: Frauen

Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 (gewichtete Stichprobe)

Die Rückenschmerzen und die Gelenk- und Gliederschmerzen sind die im Alter am häufigsten erwähnten Beschwerden. Ihre Verbreitung steigt mit zunehmendem Alter an, wobei in allen Altersgruppen deutlich mehr Frauen als Männer betroffen sind. Einschlaf- und Durchschlafstörungen weisen im höheren Lebensalter ebenfalls eine relativ hohe Verbreitung auf, wobei auch hier die Frauen häufiger betroffen sind als die Männer. Allgemeine Schwäche, Müdigkeit oder Energielosigkeit erreichen erst im hohen

Alter eine stärkere Verbreitung. Eine eher zunehmende Verbreitung im Alter finden – allerdings auf vergleichsweise tiefem Niveau – Durchfall respektive Verstopfung, Herzklopfen sowie Schmerzen oder Druck im Brustbereich. Kopfschmerzen dagegen verlieren bei Frauen mit zunehmendem Alter an Verbreitung.

Inwiefern alltagsrelevante funktionale Einschränkungen bei Männern oder bei Frauen im Alter rascher ansteigen, ist weniger klar, vor allem, wenn nur Daten zur zuhause lebenden Bevölkerung betrachtet werden. So zeigen die Daten in Tabelle 6, dass im hohen Alter mehr Frauen als Männer immobil sind. Da sich die Daten jedoch nur auf die zuhause lebende Bevölkerung beziehen, ist die Interpretation des Unterschieds unklar: Weisen Frauen im Alter ein höheres Risiko von Immobilität auf, oder widerspiegeln die Unterschiede primär die Tatsache, dass alte Frauen auch mit Gehbehinderungen besser als gleichbetroffene Männer in der Lage sind, weiterhin selbständig zu haushalten.

Tabelle 6: Häufigkeit und Grad von Gehbehinderungen bei zuhause lebenden älteren Männern und Frauen 2002

	Männer			Frauen		
	65–74	75–84	85+	65–74	75–84	85+
Wie weit können Sie alleine, d.h. ohne Hilfe gehen, ohne dass Sie anhalten müssen oder ohne dass Sie starke Beschwerden haben?						
200 Meter oder mehr	97%	91%	85%	95%	88%	62%
mehr als einige Schritte, aber weniger als 200 Meter	2%	5%	12%	3%	8%	20%
nur einige Schritte / überhaupt nicht	1%	4%	2%	2%	4%	18%

Quellen: Schweiz. Gesundheitsbefragung 2002 (2002; gewichtete Stichprobe)

Relativ eindeutig ist hingegen die zusätzliche Beobachtung, dass ältere Frauen häufiger stürzen (was auch damit zusammenhängt, dass Frauen auch im höheren Lebensalter bei der Besorgung des Haushalts aktiver sind und von daher ein grösseres Sturzrisiko tragen). Aufgrund von Osteoporose (Knochenbrüchigkeit) wirken sich gleichzeitig Stürze bei Frauen vielfach schwerwiegender aus, und entsprechend zeigen sich im Alter vor allem bei Unfälle mit ärztlicher Behandlung oder bei Sturzfrakturen markante geschlechtsspezifische Unterschiede.

Abschlussbemerkungen

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Lebenserwartung sind zu einem markanten Kennzeichen wirtschaftlich und sozial modernisierter Gesellschaften geworden, mit der Folge einer ausgeprägten ‚Feminisierung des Alters‘; ein Prozess, der heute global geworden ist und der sich sozial umso stärker auswirkt, je mehr selbstbewusste Frauengenerationen ins Alter kommen. Die allgemeine These, dass Frauen auch im Alter eine geringere subjektive Gesundheit aufweisen als gleichaltrige Männer, wird dagegen nur teilweise bestätigt (was auch damit zusammenhängt, dass die Gesundheitseinschätzung geschlechtsgetrennten Regulationen und Bezügen unterliegt). Deut-

licher sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich körperlicher Beschwerden im Alter, was mit der Tatsache übereinstimmt, dass Frauen insgesamt auch eine längere behinderte Lebenserwartung aufweisen als Männer.

Literatur

- Abelin, Theodor; Beer, Valerie; Gurtner, Felix (Hrsg.) (1998) Gesundheit der Betagten in der Schweiz, Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/93.
- Backes, Gertrud (1993) Frauen zwischen „alten“ und „neuen“ Altern(n)sriskien, in: Gerhard Naegele, Hans Peter Tews (Hg.) Lebenslagen im Strukturwandel des Alters, Opladen: Westdeutscher Verlag: 170-187.
- Baltes, Margaret M.; Freund, Alexandra M., Horgas, Ann L. (1998) Men and women in the Berlin aging study, in: Paul B. Baltes, Karl Ulrich Mayer (eds) The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100, Oxford: Academic Press: 259–281.
- Bundesamt für Gesundheit (2004) Osteoporose und Stürze im Alter. Ein Public-Health Ansatz, Bern: BAG.
- Doblhammer, Günther; Kytir, Jan (1999) „Kompression“ oder „Expansion“ der Morbidität? Trends in der Lebenserwartung älterer Menschen in guter Gesundheit 1978 bis 1998, Demographische Informationen 1997/1999, Österreichische Akademie der Wissenschaften: Wien: 71-79.
- Höpflinger, François (1994) Frauen im Alter – Alter der Frauen, Zürich: Seismo (2. Aufl. 1997).
- Höpflinger, François (2000) Auswirkungen weiblicher Langlebigkeit auf Lebensformen und Generationenbeziehungen, in: Pasqualina Perrig-Chiello, François Höpflinger (Hrsg.) Jenseits des Zenits. Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte, Bern: Haupt-Verlag: 61-74.
- Höpflinger, François; Hugentobler, Valérie (2003) Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert, Bern: Huber-Verlag.
- Höpflinger, François; Hugentobler, Valérie (2005) Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter – Perspektiven für die Schweiz, Bern: Huber.
- Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra (Hrsg.) (2002) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, Bern/Göttingen: Verlag Hans Huber: 419–438.
- Perrig-Chiello, Pasqualina; Höpflinger, François (Hrsg.) (2003) Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe, Bern: Huber-Verlag.
- Stuckelberger, Astrid; Höpflinger, François (1996) Vieillissement différentiel: hommes et femmes, Zürich: Seismo-Verlag.
- Wyss, Kurt (2005) Themenmonitoring „Alter und Gesundheit“, Arbeitsdokument Schweiz. Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

Internet: <http://www.mypage.bluewin.ch/hoepf/fhtop/fhperson2.html>

Gendersensitivität in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Ursula Ulrich-Vögtlin, Bundesamt für Gesundheit, Bern



Ursula Ulrich-Vögtlin

Gender Mainstreaming in Public Health

Ausgehend von der Definition des Europarates von 1998, „Gender Mainstreaming besteht in der (Re-)Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung politischer Prozesse mit dem Ziel, eine geschlechterbezogene Sichtweise in alle politischen Konzepte auf allen Ebenen und in allen Phasen durch alle an politischen Entscheidungen beteiligten Akteure und Akteurinnen einzubeziehen.“ (vgl. Council of Europe, 1998), schlage ich den Bogen zur Rolle von Gender Mainstreaming im öffentlichen Gesundheitssystem. Mit Gender Mainstreaming in Public Health sollen physische, psychologische und soziale Besonderheiten der Gesundheit der beiden Geschlechter in allen Bereichen der öffentlichen Gesundheit berücksichtigt werden (vgl. BAG, 2005a). Gender Mainstreaming in Public Health ist somit eine Querschnittsaufgabe, die alle Ebenen und Sektoren des Gesundheitssystems tangiert und auch die gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen der weiblichen und männlichen Lebenslagen reflektiert.

Internationale Verpflichtungen in Public Health

Auch in Internationalen Organisationen ist die Schweiz Verpflichtungen zur Umsetzung dieses Ansatzes eingegangen.

WHO: Im Madrid Statement von 2001 fordert die WHO alle Mitgliedstaaten auf, Gender Mainstreaming aktiv in alle öffentlichen Programme, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben, zu integrieren (vgl. WHO, 2001).

UNO: Bereits 1979 wurde das Übereinkommen CEDAW (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women) von den UN unterzeichnet. Im Jahr 1997 wurde dieses Übereinkommen von der Schweiz ratifiziert und im Januar 2003 hat die Schweiz dem CEDAW-Ausschuss in New York einen ersten Bericht zur Umsetzung der in CEDAW geforderten Massnahmen in der Schweiz präsentiert (vgl. Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann, 2005a). Die Schweiz wurde u.a. gelobt für die Entwicklung frauenspezifischer Projekte im Bereich der Sucht-, HIV-/Aidsprävention sowie der Schaffung einer zentralen Stelle für Frauengesundheit (s.w.u.). Gerügt wurde die Schweiz u.a. für unzureichende Massnahmen zur Herstellung von Lohngleichheit bei gleichwertiger Arbeit, zur Beseitigung von Gewalt gegen Frauen und für die prekäre Lebenssituation von Migrantinnen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus.

Europarat: Die Schweiz ist seit 1963 Mitglied des Europarats. 1998 hat eine Kommission von Regierungsvertreterinnen und Vertretern die Empfehlung des Europarats bezüglich Gender Mainstreaming angenommen.

Aktionsplan der Schweiz

Im Anschluss an die bei der Weltfrauenkonferenz in Beijing 1995 verabschiedete Aktionsplattform erteilte der Bundesrat einer Interdepartementalen Arbeitsgruppe den Auftrag, einen Massnahmekatalog zur Gleichstellung der Geschlechter für die Schweiz zu erarbeiten. Dieser erschien in Form eines Aktionsplans im Jahr 1999 (vgl. Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann, 2005b). Zum Themenbereich Gesundheit wurden insgesamt fünf strategische Ziele definiert:

- Sicherung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für Frauen
- Promotion geschlechterspezifischer Prävention
- Promotion der sexuellen und reproduktiven Gesundheit
- Promotion von Forschung und Bildung
- Bereitstellung finanzieller Mittel für Frauengesundheit

Diese Ziele wurden inzwischen teilweise durch konkrete Massnahmen angegangen. Die Schaffung einer zentralen Stelle für Frauengesundheit innerhalb des Bundesamtes für Gesundheit im Jahr 2007 ist eine davon.

Fachbereich Gender Health im Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Der Fachbereich Gender Health als nationales Koordinations-, Wissens- und Informationszentrum orientiert sich an einer geschlechtergerechten und geschlechterspezifischen Gesundheitspolitik (vgl. BAG, 2005b). Hierzu gehört einerseits die Garantie des gleichen Zugangs für Frauen und Männer zu Angeboten der Gesundheitsversorgung, -

⁷ 2001 Fachstelle Gender Health. Ab 15. Oktober 2004 Fachbereich Gender Health innerhalb der Sektion Chancengleichheit und Gesundheit des BAG

förderung und -prävention und andererseits die Bereitstellung notwendiger Grundlagen, wie sie in einem gendersensitiven Gesundheitsbericht, der die unterschiedlichen Bedürfnisse und Ressourcen von Frauen und Männern darlegt, erarbeitet werden.

Gesundheitsberichterstattung in der Schweiz

Als politische Grundlage der Gesundheitsberichterstattung in der Schweiz dient das Postulat von René Longet von 1986, in dem er eine „Bilanz über den Gesundheitszustand der schweizerischen Bevölkerung unter Berücksichtigung der wichtigsten Krankheitsfaktoren und ihrer geographischen, sozialen und beruflichen Verteilung“ forderte (vgl. Zeltner, 2003). 1990 erteilte der Bundesrat einen Auftrag zur Berichterstattung, dem 1993 durch den ersten Schweizerischen Gesundheitsbericht Folge geleistet wurde. Die nationalen Gesundheitsberichte dienen der Umsetzung geeigneter und notwendiger Massnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten. Leistungen des Gesundheitswesens müssen bedarfsgerecht, d.h. der gesundheitlichen Situation der Menschen angepasst sein. Zwischenzeitlich werden alle fünf Jahre Gesundheitsbefragungen durchgeführt, wobei die Federführung beim Bundesamt für Statistik (BfS) und dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (OBSAN) liegt.⁸ Der historische Rückblick auf eine Auswahl nationaler Gesundheitsberichte bestätigt die Annahme, dass bisher nur wenig geschlechterspezifische und noch keine gendersensitive Berichte erstellt wurden.

Bund als Herausgeber:

- Nationaler Gesundheitsbericht 1993, 2002/3 und 2006
- Schweizerischer Ernährungsbericht 1975, 1984, 1991, 1998 und 2005
- Daten für Taten: 1. Schweiz. Frauengesundheitsbericht 1996
- Gender-Gesundheitsbericht 2006
- Gesundheit der Ausländer in der Schweiz 1996
- Gesundheitsmonitoring Migration 2006

Bund als Auftraggeber:

- Sexuelle und reproduktive Gesundheit in der Schweiz 2002
- Health Behavior of School Children (11- bis 16-Jährige, alle vier Jahre), letzte Erhebung 2002

Geschlechterspezifische und -vergleichende Gesundheitsberichterstattung im Überblick

In den allgemeinen Gesundheitsberichten werden Daten nach Geschlechtern getrennt erhoben und präsentiert. Die dabei ersichtlichen Unterschiede werden jedoch nicht weiter analysiert.

Auf ein Geschlecht bezogene Gesundheitsberichte lassen zu, dass geschlechtsspezifische Besonderheiten stärker berücksichtigt werden als in einem allgemeinen Gesund-

⁸ vgl. www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen.html. Das OBSAN ist eine Institution von Bund und Kantonen. Sie hat ihr Domizil beim Bundesamt für Statistik in Neuenburg und erhält von diesem technische und administrative Unterstützung.

heitsbericht. In den 90er Jahren wurden auch aufgrund von Initiativen der WHO erste Frauengesundheitsberichte in Auftrag gegeben.

- „Women’s Health Profile“ 1995 (erste Ergebnisse aus 11 WHO-Mitgliedstaaten)
- „1. Österreichischer Frauengesundheitsbericht“ 1995
- „Daten für Taten“: Schweizerischer Frauengesundheitsbericht 1996
- „Die gesundheitliche Situation der Frauen in der Europäischen Gemeinschaft“ 1997
- „Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland“ 2001
- „Österreichischer Frauengesundheitsbericht“ 2005

Bis heute liegen nur einzelne Männergesundheitsberichte oder Konzepte hierfür vor.

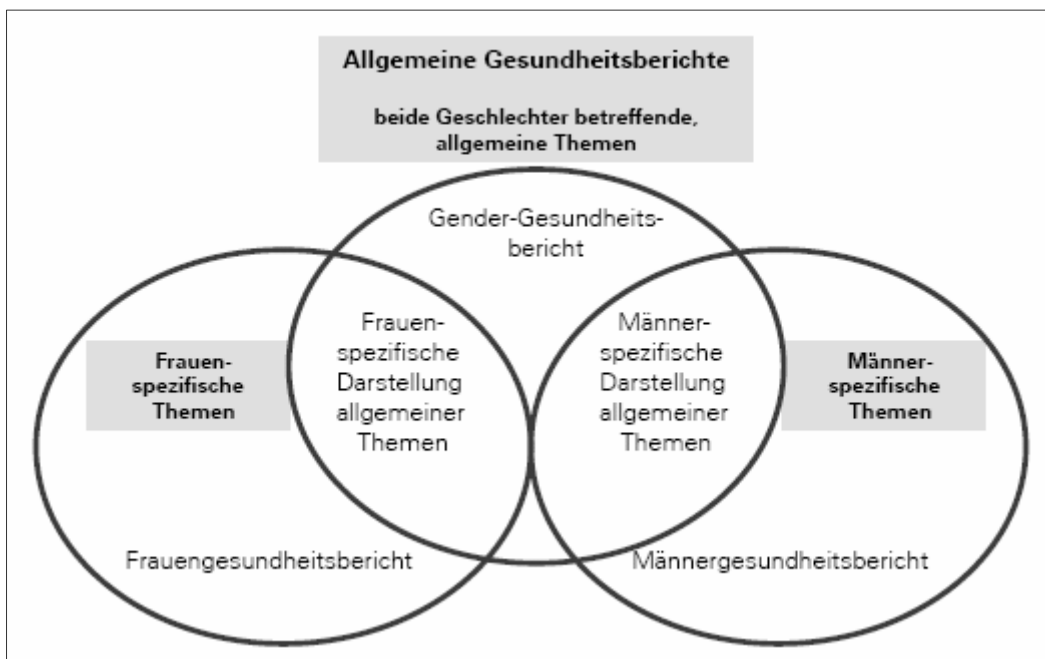
- Wiener Männergesundheitsbericht 1999
- Gründung „Initiativkreis Männergesundheitsbericht“ in Deutschland und Projekt „1. Schweizerischer Männergesundheitsbericht 2001
- Österreichischer Männergesundheitsbericht 2004

Gleichzeitig kann diese Trennung auch eine Überbewertung der Unterschiede zwischen den Geschlechtern bedeuten. Geschlechtervergleichende (-sensitive) Gesundheitsberichte, von denen es in Deutschland bald deren drei geben wird,

- Nordrhein-Westfalen: Gesundheit von Frauen und Männern 2000;
- Bericht zur Gesundheit von Frauen und Männern im Land Brandenburg 2003
- Gender Gesundheitsbericht Deutschland (Arbeitstitel) erscheint Ende 2005,

bedienen sich nun beider Herangehensweisen (vgl. Abbildung 1):

Abbildung 1 Schematische Darstellung von Gesundheitsberichten in Hinblick auf Geschlechtsspezifizität



Quelle: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, 2000

Diese Herangehensweise erlaubt die Analyse des unterschiedlichen Versorgungsbedarfs der Geschlechter und damit eine gezielte, geschlechterbezogene Planung gesundheitsfördernder und/oder präventiver Programme.

Geschlechterinsensitive Gesundheitsberichterstattungen hingegen führen zu einer ungenügenden, nicht optimalen Versorgung und damit zu unnötigen Kosten. Gender Mainstreaming in der Gesundheitsberichterstattung ist darum nicht nur eine gleichstellungspolitische Frage, sondern auch eine Massnahme der Qualitätssicherung im Gesundheitssystem (vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen, Land Brandenburg, 2003).

Was braucht es, damit diese Qualitätssicherung auch in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes Eingang findet?

Gendersensitivität und deren Umsetzung im Rahmen nationaler Gesundheitsberichte

Die Beachtung einer geschlechtersensiblen Perspektive betrifft den gesamten Produktionsprozess eines Gesundheitsberichts.

Gendersensitivität ist die systematische Berücksichtigung der Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Zur Erklärung dieser Unterschiede werden die soziale und gesundheitliche Lage einschliesslich der Bedürfnisse und Ressourcen von Frauen und Männern gleichermaßen berücksichtigt. Neben Unterschieden werden auch Gemeinsamkeiten herausgearbeitet.

Die Erstellung eines gendersensitiven Gesundheitsberichts basiert auf validen Daten und Erhebungsinstrumenten, die sowohl frauen- und mändnerspezifische, als auch geschlechtervergleichende Betrachtungen ermöglichen. Für eine geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung sind die amtlichen Statistiken, Register- und Routinedaten allein nicht ausreichend, da sie die oben genannte Analyse nicht erlauben. Den bestmöglichen Zugang eröffnen hierbei bevölkerungsrepräsentative Studien, v.a. Gesundheitssurveys. Die Erhebungsinstrumente sowie die Darstellung der Ergebnisse bedürfen einer kritischen Reflexion bzgl. Verzerrungen in Form eines Gender Bias (vgl. Eichler, 2000). In Fachkreisen wird auf der Suche nach geeigneten Erklärungsmodellen die Entwicklung eines bio-psycho-sozialen Modells diskutiert (vgl. Lange & Lampert, 2003). Dieses Modell umfasst drei Determinanten:

- biologisch (genetische Disposition)
- psychologisch (u.a. Identität, Körperbewusstsein, Belastungsverarbeitung)
- soziale (u.a. Geschlechterverhältnis, Lebenswelten, Chancengleichheit)

Es gleicht sich in seinem ganzheitlichen Ansatz jenem Gesundheitsmodell der WHO an, in welchem Gesundheit als Zusammenspiel verschiedenster Determinanten betrachtet wird und nicht einfach als Abwesenheit von Krankheit (vgl. WHO, 2005).

Der erste Gendersensitive Gesundheitsbericht (kurz Gender-Gesundheitsbericht) der Schweiz ist zurzeit in Erarbeitung. Dieser Bericht wird Ende 2006 vorliegen.

Der Schweizer Gender-Gesundheitsbericht

Als Ausgangspunkt für den Gender-Gesundheitsbericht der Schweiz dient der Schweizer Frauengesundheitsbericht von 1996. Der Gender- Gesundheitsbericht soll als dessen Kontinuum betrachtet werden, wobei die Frauenperspektive um die Männerperspektive erweitert wird. Somit wird der europäischen Entwicklung der letzten Dekade Rechnung getragen. Als Datengrundlage dienen u.a. bestehende Gesundheitsstatistiken, das gesamte Datenmaterial der Schweizer Gesundheitsbefragung 2002 und Daten des Schweizerischen Haushalt-Panels. Die Ergebnisdarstellung erfolgt in Anlehnung an die Gesundheitsziele für die Schweiz, Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (Regionalbüro der WHO) (vgl. SGPG, 2005), wobei diese Ziele aus Frauen- und Männerperspektive spezifiziert, bewertet und ergänzt werden.

Der Gender-Gesundheitsbericht wird uns ermöglichen, effiziente Projekte und Programme im Gesundheitsförderungs- und Präventionsbereich für Frauen und Männer zu entwickeln, um dem Ziel der ‚Chancengleichheit im Gesundheitssystem für Alle‘ ein Stück näher zu kommen.

Literatur

- BAG (Bundesamt für Gesundheit) (2005a). Internet: http://www.bag.admin.ch/gender/gender_health/glossar/d/index.htm (13.07.05), Bern
- BAG (Bundesamt für Gesundheit) (2005b). Internet: <http://www.bag.admin.ch/gender/forschung/netzwerk/d/index.htm> (13.07.05)
- Council of Europe (1998). Gender Mainstreaming. Internet: http://www.coe.int/T/E/Human_Rights/Equality/02._Gender_mainstreaming/ (13.07.05)
- Eichler, M. et al. (2000). Richtlinien zur Vermeidung von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. *Z Gesundheitswiss.*, H. 8, S. 293–310.
- Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (2005a). Internet: <http://www.equality-office.ch/d2/dokumente/cedaw.pdf> (13.07.05), Bern
- Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (2005b). Internet: <http://www.equality-office.ch/d/publikationsliste.htm#6> (13.07.05)
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen, Land Brandenburg, (Hrsg.) (2003). Zwei Geschlechter – zwei Gesundheit? Bericht zur Gesundheit von Männern und Frauen im Land Brandenburg. (Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 2)
- Lange, C. & Lampert, T. (2003). Stand und Perspektiven einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung. *Blickpunkt DER MANN*, H. 3, S. 20–25.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (MFJFG) (Hrsg.)(2000).: Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen. *Landesgesundheitsbericht 2000*, Bielefeld: Iögd, S. 21.
- SGPG (Schweizerischen Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen) (2005). Internet: <http://www.sgpg.ch/de/content/download/Zusammenfassung%20GZ%2021.pdf> (13.07.05)

WHO (2001). Madrid Statement. Mainstreaming gender equity in health: The need to move forward. Madrid. Internet: <http://www.euro.who.int/document/a75328.pdf> (13.07.05)

WHO (2005). Internet: <http://www.who.int/about/definition/en/> (13.07.05)

Zeltner, T. (2003). In: Weiss, W. (Hrsg.). Gesundheit in der Schweiz. Bundesamt für Gesundheitswesen: Bern, 2003, v–vi.

Internet: <http://www.bag.admin.ch/> (Bundesamt für Gesundheit, Bern)

