

Schleswig-Holsteinscher Landtag

**Umdruck 15/3258****Stellungnahme Bericht zur geschlechtsdifferenzierten Förderung gesundheitsbezogener Leistungen Drucksache 15/1699**

In der folgenden Stellungnahme werde ich zunächst im Sinne einer allgemeinen Vorbemerkung auf Aspekte eingehen, die in Forschungsarbeiten zum Thema Gesundheit und Geschlecht im wissenschaftlichen Kontext als gut gesichert gelten können. Im Anschluss gehe ich entsprechend der Gliederung ihres Berichtes auf einige Punkte ein.

Gesundheit und Geschlecht sind eng miteinander verzahnt.

Viele Forschungsarbeiten beschäftigten sich damit, die Bedingungsfaktoren und deren Wechselwirkungen zu identifizieren, die beispielsweise erklären, warum Frauen einerseits eine im Vergleich zu Männern weitaus höhere Lebenserwartung haben und andererseits im Vergleich zu Männern weitaus höhere Morbiditätsrisiken aufweisen. Statistiken weisen für Frauen im Vergleich zu Männern beispielsweise höhere Erkrankungsrisiken insbesondere bei psychischen Erkrankungen wie Angst- und Depressionserkrankungen oder Essstörungen nach. Männer dagegen führen im Vergleich zu Frauen Krankheitsstatistiken schwerer, oft tödlich verlaufender organischer Erkrankungen wie Lungen- oder Leberkrebs an. Männer sterben im Vergleich zu Frauen auch häufiger an Verkehrsunfällen oder den Folgen gewaltsamer Auseinandersetzungen. Die Vielzahl geschlechtsspezifisch wirkender gesundheitsrelevanter Risiko- und Schutzfaktoren lassen sich in vier Kategorien einteilen: 1. Biologisch-genetische Unterschiede, 2. Unterschiede bei der Wahrnehmung von Männern und Frauen im medizinischen Versorgungssystem, 3. Unterschiede hinsichtlich der subjektiven Wahrnehmung von Krankheit und Gesundheit und Unterschiede in gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen. Die Kenntnis dieser geschlechtsspezifischen gesundheitlichen Risiko- und Schutzfaktoren ermöglicht eine zielgenauere und ökonomischere Platzierung gesundheitsbezogener Maßnahmen oder Fördermittel, die dazu dienen sollen Gesundheit zu erhalten, wiederherzustellen oder präventiv zu schützen (s. S. 23 Drucksache 15/2072).

Als biologisch-genetische Geschlechtsunterschiede die zu geschlechtsspezifisch wirkenden gesundheitlichen Risiko- und Schutzfaktoren beitragen gelten Brustkrebs, an dem fast ausschließlich Frauen und Prostatakrebs, an dem nur Männer erkranken. Weitere Beispiele sind die differenzielle Wirkung der Geschlechtshormone Testosteron und Östrogen: Testosteron wird als Auslöser für die gesundheitlich negativen Folgen männlichen Risikoverhaltens wie aggressives Autofahren oder gewalttätige Auseinandersetzungen diskutiert. Östrogen dagegen gilt für Frauen in mittlerem Lebensalter als Schutzfaktor gegen Herz-Kreislaufkrankungen.

Inwieweit die geschlechtsspezifische Wahrnehmung von Männern und Frauen durch medizinisches Behandlungspersonal Auswirkungen auf die Gesundheit von Männern und Frauen nehmen kann, illustrieren die folgenden Beispiele:

Bei medizinischem Behandlungspersonal zeigte sich, dass dessen Vorstellungen von einer gesunden Person Vorstellungen über einen gesunden Mann entsprachen, das Konzept von einer gesunden Frau jedoch signifikant von dem einer gesunden Person abwich (Benrud & Reddy, 1998). Die Tendenz, bei Einschätzungsaufgaben zum Thema Gesundheit Männer als Referenzgruppe heranzuziehen, spiegelt sich auch darin, dass Frauen als Teilnehmerinnen an psychologischen und medizinisch-biologischen Forschungen unterrepräsentiert sind. Als bekanntes Beispiel hierfür gilt die Studie der Physician's Health Study Group (1989) zur präventiven Wirkung von Aspirin auf das Herzinfarktisiko bei Männern und Frauen, in der alle 22071 Teilnehmenden Männer waren. Im Gegensatz zur üblichen Praxis hätten die Ergebnisse dieser Studie also nicht auf Frauen generalisiert werden dürfen (Benrud & Reddy, 1998). Geschlechtsstereotype Effekte ließen sich auch während der medizinischen

**GenderResearchGroup**

Konsultation nachweisen: Radley (1994) zitiert Studien, wonach ärztliches Behandlungspersonal psychische Symptome bei Frauen im Vergleich zu Männern stärker gewichtete. Auch Benrud & Reddy (1998) fanden korrespondierende Befunde dahingehend, dass Symptome einer Herzerkrankung bei Frauen im Vergleich zu Männern seltener und später mit Hilfe von speziellen Tests untersucht und die gleichen Symptome bei Frauen überzufällig häufig einer psychiatrischen Störung zugeordnet wurden.

Zu 3. Forschungen zur subjektiven Wahrnehmung von Krankheit und Gesundheit belegen Geschlechtsunterschiede dahingehend, dass Frauen im Vergleich zu Männern Symptome psychischer oder körperlicher Erkrankungen frühzeitiger wahrnehmen. Männer hingegen beziehen die psychische Befindlichkeit im Vergleich zu Frauen seltener mit ein und beachten körperliche Anzeichen einer gestörten Gesundheit vergleichsweise später.

Zu 4. Geschlechtsspezifische gesundheitsrelevante Verhaltensunterschiede: Frauen und Männer unterscheiden sich darin wie häufig sie an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen oder einen Arzt aufsuchen. Im Geschlechtervergleich gingen Frauen frühzeitiger zum Arzt und nahmen regelmäßiger und häufiger an Vorsorgeuntersuchungen teil. Im Hinblick auf gesundheitsriskantes Verhalten dokumentiert die Datenlage, dass Frauen im Vergleich zu Männern (noch) seltener und weniger rauchen, seltener sogenannte harte Drogen und Alkohol konsumieren, im Vergleich zu Männern aber häufiger Medikamentenabhängigkeiten entwickeln. Männer riskieren ihre Gesundheit im Vergleich zu Frauen häufiger durch riskantes Autofahren oder die Ausübung von Sportarten mit hohem Verletzungsrisiko (Bergsteigen, Bunje-Jumping etc.) oder sie verletzen sich häufiger bei gewalttätigen Auseinandersetzungen. Im Geschlechtervergleich sprechen Frauen häufiger über ihre Befindlichkeit mit anderen und beziehen in ihre Schilderungen ihre seelische Verfassung mit ein.

Als Ursachen für diese geschlechtsspezifischen Unterschiede in gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen werden neben biologisch-genetischen Faktoren (s.o) v.a. Sozialisationsunterschiede und Unterschiede in der aktuellen Lebenssituation erwachsener Männer und Frauen, also Umweltfaktoren im weiteren Sinne, gesehen: Für gesundheitsrelevante Sozialisationsfaktoren sprechen Befunde, wonach Mädchen mit einsetzen der Pubertät für eine (kritische) Selbstwahrnehmung und die Entwicklung kommunikativer und sozialer Kompetenzen verstärkt werden, Jungen hingegen für riskantes Verhalten und geringe Selbstaufmerksamkeit anerkannt werden. Die Kommunikation von Jungen ist aktivitätsbezogener und handlungsorientierter als die der Mädchen. Als weitere geschlechtsspezifisch wirkende soziale Umweltfaktoren, die im Hinblick auf Gesundheit verhaltensrelevant ist, ist die unterschiedliche berufliche und familiäre Situation von Frauen und Männern. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Frauen seltener als Männer in qualifizierten, hoch dotierten Positionen beschäftigt sind, häufiger als Männer Teilzeitbeschäftigungen ausüben und häufiger Familienaufgaben wahrnehmen als Männer. Dementsprechend verfügen Frauen im Vergleich zu Männer über geringere Einkommen aber mehr Zeit, die sie beispielsweise in eine intensivere Nutzung gesundheitsförderlicher Angebote investieren.

**Fazit:** Gesundheitsbezogene Maßnahmen, die zur Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit von Männern und Frauen dienen sollen, sind umso wirkungsvoller, je spezifischer sie die geschlechtsspezifischen Risiko- und Schutzfaktoren berücksichtigen. Gender mainstreaming als Steuerungsinstrument in Verbindung mit sehr differenzierten gender-relevanten Analysen der Ausgangssituation der Betroffenen und Helfenden, und die Bestimmung des Gleichstellungsziels beider Gruppierungen ist für

gleichstellungsorientierte und diskriminierungsverhindernde Maßnahmen unumgänglich!  
Kritisch sei hier auf **Punkt 5** verwiesen.

Anmerkungen zu den einzelnen Abschnitten:

### **1. Umsetzung des Landtagsbeschlusses zum Gender Mainstreaming**

- 1.1 Die Verankerung geschlechtsdifferenzierter Aspekte bei Gesetzesentwürfen und Verordnungen ist eine wichtige Voraussetzung um Gleichstellung zu fördern und Diskriminierung zu vermeiden. Allerdings muss die in vier Schritten konzipierte Vorgehensweise sehr genau die Situation der Beteiligten einschließlich einer sorgfältigen Folgenabschätzung berücksichtigen. Die Maßnahmen werden umso erfolgreicher sein können, je konkreter die Zielsetzungen formuliert werden. Bei Gesetzesentwürfen und Konzeptionen, die die Heilberufe betreffen, sind beispielsweise zwar Kindererziehungszeiten berücksichtigt, für das Psychotherapeutengesetz beispielsweise wurden Frauen, die im nachweisrelevanten Zeitfenster schwanger wurden (1994-1997) im Hinblick auf eine unbeschränkte Niederlassungsmöglichkeit nachhaltig benachteiligt.
- 1.2 Bei der geschlechtergerechten Besetzung von Gremien sind Kohorteneffekte zu berücksichtigen. Wenn in einer Sparte aufgrund traditionell ungleicher Zugangschancen mehr Männer freiberuflich tätig sind, werden auch die Gremien, solange anteilig der praktizierenden Männer und Frauen besetzt sein.

### **3. Berücksichtigung der Geschlechterperspektive in den Förderichtlinien**

Positiv hervorzuheben sind die an den geschlechtsspezifisch variierenden Sozialisationsbedingungen ausgerichteten Maßnahmen, (S. 9).

Insbesondere die Förderung von Maßnahmen, die es auch Frauen ermöglichen als qualifiziertes medizinisches Fachpersonal tätig sein zu können. Siehe kritisch Punkt 5.

### **4. Geschlechtsdifferenzierte Ansätze in der Suchtmittelpolitik**

Im Hinblick auf die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Betreuungs- und Behandlungsangebote vergleichsweise sehr differenziert.

### **5. Geschlechtsdifferenzierte Ansätze in der Gesundheitspolitik für Seniorinnen und Senioren**

Das Verhältnis von pflegebedürftigen Frauen zu pflegenden Frauen entspricht in etwa dem rechnerischen Geschlechterverhältnis. Die Bewertung „dadurch ist zurzeit der frauenspezifische Ansatz in einem besonderen Maße erreicht“ (s.S. 18) ist mehrdeutig. Diese Situation spiegelt auch die berufliche Situation vieler Frauen wieder. Frauen arbeiten im Vergleich zu Männern häufiger nicht-qualifikationsadäquat in weniger gut bezahlten Berufen und Positionen, sie haben vergleichsweise schlechtere Aufstiegschancen oder Weiterbildungsmöglichkeiten. Gerade Berufe wie die in der Altenpflege gehen mit gesundheitlichen Risiken wie Muskel- und Skeletterkrankungen einher, von denen Frauen im Vergleich zu Männern stärker betroffen sind.

### **6. Gesundheitliche Prävention**

Gesundheitliche Prävention in Form von Aufklärung und konkretem Einüben gesundheitsdienlicher Verhaltensweisen ist die ökonomischste Art Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Für jedes Entwicklungsalter (Vorschule, Grundschule, Jugendliche, Junge Erwachsene) und für die spezifischen Lebensphasen im Erwachsenenalter (Single, Paare ohne Kinder, Junge Familien; Nach-Familienphase, Rentenalter) getrennt, sollten entsprechend den

geschlechtsspezifischen Risiko- und Schutzfaktoren gezielte gesundheitsfördernde Angebote vernetzt werden.

**Jungenarbeit:**

Entsprechende geschlechtsspezifische Forschungsarbeiten haben eindrucksvoll dokumentiert wie sich beispielsweise Geschlechterstereotypen auf die Entwicklung emotionaler, sozialer und kommunikativer Kompetenzen auswirken können. Beispielsweise lernen Jungen durch geschlechterstereotypisches Verhalten ihrer erwachsenen Bezugspersonen im Vergleich zu Mädchen seltener wie sie ihre eigenen negativen Gefühle, v.a. Scham, Unsicherheit oder Angst wahrnehmen und verbalisieren und damit einer erfolgreichen Bewältigung zugänglich machen können. Sozial kompetente Jungen, die gelernt haben beispielsweise mit Misserfolgen erfolgreich umgehen zu können haben ein geringeres Risiko für gesundheitsriskante Verhaltensweisen. Dementsprechend ist die im Bericht genannte Initiative positiv hervorzuheben. Wünschenswert wäre die Vernetzung mit dem Vorschulbereich.

**7. Psychiatrische Versorgung**

Eine geschlechtsspezifische Aufschlüsselung der Verweildauern und Diagnosen wäre zu begrüßen. Auch bei Kindern und Jugendlichen gelten in Ansätzen, die Einflüsse geschlechterstereotyper Wahrnehmung durch das medizinische Behandlungspersonal, sowie die geschlechtstypischen Unterschiede in gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen. Allerdings sind es bis zur Pubertät die Jungen, die im Vergleich zu Mädchen häufiger in den Arztpraxen vorgestellt werden. Inwieweit dies Ausdruck einer erhöhten Vulnerabilität von Jungen oder Ausdruck eines geschlechtsspezifischen Fürsorgeverhaltens der Bezugspersonen ist, ist nicht erforscht. Gemäß den Statistiken sind Jungen häufiger krank als Mädchen und die Mortalitätsrate von Jungen ist im Vergleich zu der Mädchen erhöht. Ab der Pubertät kehrt sich das Geschlechterverhältnis um. Die Mädchen beschreiben eine größere Unzufriedenheit mit ihrem Körper und beschreiben sich im Vergleich häufiger krank, wobei sie die seelische Befindlichkeit im Vergleich zu Jungen stärker einbeziehen. Die weitaus höheren Risiken für Mädchen an einer Essstörung zu erkranken, dokumentieren diese geschlechtstypischen Unterschiede in der kritischen Körperwahrnehmung.

differenzierte Folgenabschätzung von beabsichtigten oder erfolgten Maßnahmen getrennt für Männer und Frauen unterschiedlicher Altersgruppen.