

Ziel 8: Gesundheit von Frauen

Bis zum Jahr 2000 sollte sich im Gesundheitszustand aller Frauen eine anhaltende und positive Entwicklung abzeichnen.

Problemlage

Die Lebenserwartung der Frauen in der Schweiz ist mit 81 Jahren vergleichsweise hoch und das WHO-Postulat, diese auf mindestens 75 Jahre anzuheben, erfüllt. In den Vordergrund rücken somit Aspekte der Morbidität und der Lebensqualität.

Die durchschnittliche Anzahl Geburten pro Frau ist in der Schweiz mit 1,5 – 1,6 relativ gering. Eine lange Lebensspanne der Frauen ist daher durch gesundheitliche Auswirkungen anderer Bereiche als Schwangerschaft und Kinderbetreuung beeinflusst. Eine gesundheitlich vertretbare Kontrazeption über längere Zeit ist daher von Bedeutung.

Der Anteil der Frauen, die erwerbstätig sind, wie auch die Dauer der Erwerbstätigkeit nehmen zu. Dies erhöht die gesundheitliche Bedeutung von Arbeitsplatzrisiken. Die Ausbildung der Frauen wird noch zentraler: Frauen mit schlechter Ausbildung werden häufiger in Arbeitssituationen mit hohen beruflichen Belastungen und Risiken beschäftigt (Service, Reinigung etc.). Lebensstil und Risikoverhalten sind Änderungen unterworfen. Die Zunahme der Mortalität an Lungenkrebs (1970: 36 pro 100'000 Einwohnerinnen, 1990: 94 pro 100'000 Einwohnerinnen) sowie die Zunahme der Selbsttötung, die 1970 5,5%, 1990 9,7% der potentiell verlorenen Lebensjahre ausmacht, sind in diesem Zusammenhang zu erwähnen.

Ein grosser Anteil der Frauen erreicht ein hohes Alter (17% der weiblichen Bevölkerung sind über 65 Jahre und 5% über 80 Jahre alt). Von diesen Frauen lebt ein beträchtlicher Anteil in Einpersonenhaushalten und ist verwitwet. In dieser Lebensphase ist die Prävention von Behinderungen im Alltag wichtig. Ambulante Betreuungsformen werden zwar vermehrt gefördert; immer noch bleibt aber ein grosses Ausbau-

potential.

Bezüglich Müttersterblichkeit ist das WHO-Postulat von unter 15 pro 100'000 Geburten erfüllt. Der Anteil von Geburten bei Frauen unter 20 Jahren lag 1991 bei 5,5%. Dieser Anteil ist jedoch im Zunehmen. Gruppen, die hinsichtlich der Gesundheit im Zusammenhang mit der Reproduktion besonders beachtet werden müssen, sind ledige Mütter und immigrierte Frauen.

Auch für Frauen sind die Herz-Kreislauf- und die Krebserkrankungen die häufigsten Todesursachen (48% bzw. 25%). Für potentiell verlorene Lebensjahre sind jedoch bei Frauen in erster Linie Krebserkrankungen (in 39%) verantwortlich (bei Männern in erster Linie Unfälle, 39%). Dies geht vor allem zu Lasten des Brustkrebs, der 1990 für 11,3% der potentiell verlorenen Lebensjahre verantwortlich war. Dieser Anteil ist seit 1970 (7,7%) gestiegen.

Weitere frauenspezifische Aspekte ergeben sich bei der Menopause, bei Erkrankungen, die bei Frauen besonders häufig sind, wie beispielsweise die Osteoporose. Auch gibt es bei an sich nicht geschlechtsspezifischen Erkrankungen frauenspezifische Risikofaktoren und Determinanten, die entsprechend mit zielgruppenorientierten Präventionsstrategien angegangen werden sollten.

Die Auswirkungen der gesellschaftlichen Stellung, Mehrfachbelastung und Betreuungsaufgaben auf die Gesundheit der Frau, müssen erst noch erfasst werden.

Auch ist die Gesundheit der Frauen bisher nicht als eigener Bereich für Forschung und Berichterstattung angesehen worden. Problemlage und Zielvorstellungen sind daher in vielen Bereichen nicht detailliert. Für die Schweiz liegt ein erster Frauengesundheitsbericht vor^{1,2}, welcher die bis 1995 vorliegenden Informationen zur Gesundheit von Frauen beschreibt und in einer Gesundheitsagenda Handlungsbedarf und

Informationslücken für verschiedene Altersphasen präzisiert.

Ziele

- Die Datenlage über die für Frauen charakteristischen Gesundheitsprobleme sollte verbessert werden.
- Die für Frauen charakteristischen Gesundheitsprobleme sollten reduziert werden (siehe Agenda des Frauengesundheitsberichtes).
- Die mit der historisch-gesellschaftlichen Rolle der Frau (sozioökonomischer Status, Abhängigkeiten, funktionale Mehrfachbelastung) in Zusammenhang stehenden charakteristischen Gesundheitsprobleme sollten in einem besonderen Gesundheitssurvey erfasst und in einem Frauengesundheitsbericht kommentiert werden.
- Die Müttersterblichkeit in der Altersgruppe der 15-34-jährigen Frauen sollte weniger als 5 pro 100'000 Geburten pro Jahr betragen. Zahlen zur Müttersterblichkeit sollen regelmässig erfasst und publiziert werden. Dies gilt auch für den Gebrauch von Kontrazeptiva und für die induzierten Schwangerschaftsabbrüche.
- Die Müttersterblichkeit sollte in der Altersgruppe der 35-44-jährigen weniger als 10 pro 100'000 Geburten pro Jahr betragen.
- Bis zum Jahr 1996 soll die Mortalität an Mamma-Karzinom weniger als 25 pro 100'000 Frauen sein und die dadurch potentiell verlorenen Lebensjahre sollten auf 8'000 gesenkt werden (1990: 9'715).
- Die gesellschaftliche Stellung der Frau ist so zu verbessern, dass sexuelle Belästigung und Gewalt gegen Frauen gesellschaftlich inakzeptabel werden.
- Alkoholismus und Drogenabhängigkeit bei Frauen sollten abnehmen.
- Im Spitexbereich ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass Frauen den grössten Teil der nicht finanzierten Gesundheitsbetreuung leisten. Frauen mit eigenen Behinderungen sollten eine adäquate Unterstützung von aussen erhalten (vgl. Ziel 4).

Massnahmen

- Ein Frauengesundheitsbericht ist alle fünf Jahre zu veröffentlichen. Darin sollte aufgezeigt werden, in welchen Bereichen verstärkte Aktivitäten möglich sind. Die Gesundheit im Zusammenhang mit der Reproduktivität sollte in speziellen Kapiteln abgehandelt werden, insbesondere sollte auch der Gebrauch von Kontrazeptiva und die Häufigkeit induzierter Aborte erfasst werden.
- Die Ursachen der Zunahme von Alkoholismus und Drogenabhängigkeit bei Frauen sollten untersucht, und es sollten spezifische Programme zu deren Prävention entwickelt werden.
- Ein systematisches, qualitativ hochstehendes (überwachtes) Mamma-Karzinom-Screening sollte allen Frauen über 50 angeboten werden. Die Ressourcen im Gesundheitswesen sind dafür freizumachen.
- Sexuelle Belästigung, häusliche Gewalt und Vergewaltigung sind strenger zu ahnden, Hilffsysteme für solche Notlagen sind zu entwickeln und die gesundheitlichen Folgen genauer zu untersuchen.
- Der von den Frauen geleistete freiwillige Teil an die Betreuung Chronischkranker und Behinderter ist auszuweisen. Vor allem bei Angehörigen von Behinderten und Chronischkranken sind Entlastungen für Ferien und Wochenenden zu organisieren. Frauen sollen bei eigenen Behinderungen auch eine adäquate Unterstützung von aussen, inklusive Bereitstellung von Hilfsmitteln, erhalten. Dieser Bedarf ist zu eruieren.

Elisabeth Zemp

Literatur

- ¹ Zemp Stutz E, Martin-Diener E, Wick M, Bowley M. Women's Health Profile Switzerland. Basel: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel/Bundesamt für Gesundheit, 1996: 251pp.
- ² Dieffenbacher Ch, Zemp Stutz E. Schweizerischer Frauen Gesundheitsbericht. Daten für Taten. Bern: Schweiz. Nationalfonds, 1996: 45pp.