

Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Elisabeth Zemp, Ursula Ackermann-Liebrich

Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel

Einleitung

Die höhere Lebenserwartung der Frauen steht – scheinbar paradox – im Gegensatz zu einer höheren Krankheitshäufigkeit, wenn man bevölkerungsbezogene Befragungs- und Konsultationsstatistiken betrachtet.

Ursachen und Bedeutung dieser Diskrepanz sind noch kaum untersucht. Man weiss wenig über den Stellenwert der den Geschlechtsunterschied verursachenden Komponenten; so beispielsweise, wie gross der Anteil der frauenspezifischen Morbidität ist, inwiefern die höhere Morbidität durch methodisch bedingte Verzerrungen zustande kommt, in welchem Ausmass dieser Diskrepanz eine geschlechtstypische Expressivität zugrundeliegt und möglicherweise Unterschiede im Krankheitsschweregrad spiegelt, oder auch, ob sie Ausdruck der sozialen Stellung der Frau ist. Dass die Eigeneinschätzung der Gesundheit für die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen wesentlicher ist als etwa diagnostische Kriterien, wurde schon nachgewiesen [1]. Es gibt jedoch noch keine Untersuchungen darüber, ob sich das Gesundheitsverhalten der Frau, insbesondere ihre grössere Bereitschaft, gesundheitliche Störungen als solche wahrzunehmen und sich deswegen behandeln zu lassen, auf lange Sicht auswirkt, etwa auf die höhere Lebenserwartung.

Interessant wären also Gegenüberstellungen von subjektiven Einschätzungen und medizinisch erhobenen Untersuchungsbefunden, die Rückschlüsse auf Gesundheitswahrnehmung und Gesundheitsverhalten erlauben würden.

Medizinische Untersuchungen von Bevölkerungsstichproben sind jedoch sehr aufwendig und teuer und es stellen sich grosse Probleme der Standardisierung. Daher stammen die meisten der zur Zeit zur Verfügung stehenden bevölkerungsbezogenen Morbiditätsdaten lediglich aus Gesundheitsbefragungen und Vergleiche von Daten verschiedener Quellen sind leider noch selten möglich.

Im Folgenden wird versucht, anhand von Daten aus der Schweiz

- aufzuzeigen, wie sich die subjektiv wahrgenommene *Gesundheit* der Frauen von derjenigen der Männer unterscheidet,
- das *Gesundheitsverhalten* von Männern und Frauen zu vergleichen
- und an ausgewählten Beispielen die Informationen verschiedener Quellen gegenüberzustellen.

Methode

Die angeführten Daten stammen aus vier bevölkerungsbezogenen Studien, deren Methodik daher kurz umrissen wird:

Gesundheitsbefragung SOMIPOPS (Sozio-Medizinisches Indikatorensystem der Population der Schweiz [2], Projekt des Nationalen Forschungsprogrammes No 8 «Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im Schweizerischen Gesundheitswesen»)

Die erste repräsentative Gesundheitsbefragung der Schweiz hatte zum Ziel, Daten über den Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung sowie die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen zu erfassen, eine Nachfrageanalyse der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen durchzuführen und handlungsrelevante Gesundheitsindikatoren (Vorbereitung eines Mikrozensus in der Schweiz) zu entwickeln. Eine geschichtete, geklumpte Stichprobe von über 20jährigen Schweizer Bürgern sowie eine reine Zufallsstichprobe von über 20jährigen niedergelassenen Ausländern wurden schriftlich und mündlich befragt (Schweizer Bürger 1981/82, niedergelassene Ausländer 1982/83). Es liegen Daten für 3419 Schweizer Bürger sowie 836 niedergelassene Ausländer vor, was einer Gesamtausschöpfung von 72,9% entspricht.

Nationales Forschungsprogramm 1A (NFPIA, [3])

In einer gemeindeorientierten Interventionsstudie wurden in zwei Schweizer Interventions-Städten Methoden zur Verhütung und Reduktion der Risikofaktoren für kardiovaskuläre Krankheiten evaluiert und mit zwei Kontrollstädten verglichen. Einer Grunduntersuchung 1977/78 folgte ein 3jähriges gesundheitserzieherisches Interventionsprogramm und 1980/81 eine Schlussuntersuchung. Die Wirksamkeit der Intervention wurde bei einer Zufallsstichprobe der Bevölkerung der Interventionsgemeinden Aarau und Nyon sowie der Kontrollgemeinden Solothurn und Vevey überprüft, nämlich 3926 Personen zwischen 16 und 69 Jahren.

Basler Studie [4]

Anscheinend gesunde Berufstätige der Basler Chemischen Industrien wurden seit 1959 drei Mal in fünfjährigen Abständen auf Venen-, Arterienkrankheiten und koronare Herzkrankheit befragt und untersucht (Basler Studie I, II, III). Die Population umfasste

anfänglich 4858 Männer und 1471 Frauen von durchschnittlich $39,3 \pm 11$ bzw. $31,4 \pm 8$ Jahren). Ziel war, Prävalenz und Inzidenz von Krankheiten der peripheren Arterien und Venen, sowie der Koronararterien zu erfassen, Möglichkeiten der Frühdiagnose zu prüfen und die Bedeutung der Risikofaktoren zu untersuchen.

Venenprojekt Follow-up [5]

Im Anschluss an die Basler-Studie III wurde ein 11-Jahres Follow-up bei 1441 unter Berücksichtigung ihres Venenstatus aus der Basler-Studie III-Population ausgewählten Probanden durchgeführt. Es sollten Informationen über Häufigkeit und sozialmedizinische Bedeutung der Venenkrankheiten gewonnen sowie Genese und Häufigkeit von Beinbeschwerden analysiert werden. Die Studie umfasste 890 Männer und 551 Frauen von durchschnittlich 57,4 bzw. 54,7 Jahren.

Zur höheren Morbidität der Frauen

Surveydaten

Aus Gesundheitsbefragungen gewonnene Daten zeigen übereinstimmend eine höhere Morbidität der Frauen. Für die USA ging dies aus den von L. Verbrugge analysierten nationalen Surveydaten der Jahre 1977 bis 81 hervor [6-8]. Für die Schweiz liegen entsprechende Daten vor allem aus dem SOMIPOPS [9, 10] sowie aus einigen Arbeiten zu Teilaspekten an kleineren Kollektiven vor [11, 12]. Auch gemäss der im SOMIPOPS erhobenen Gesundheitsindikatoren geben Frauen eine deutlich schlechtere Gesundheit an. Im einzelnen:

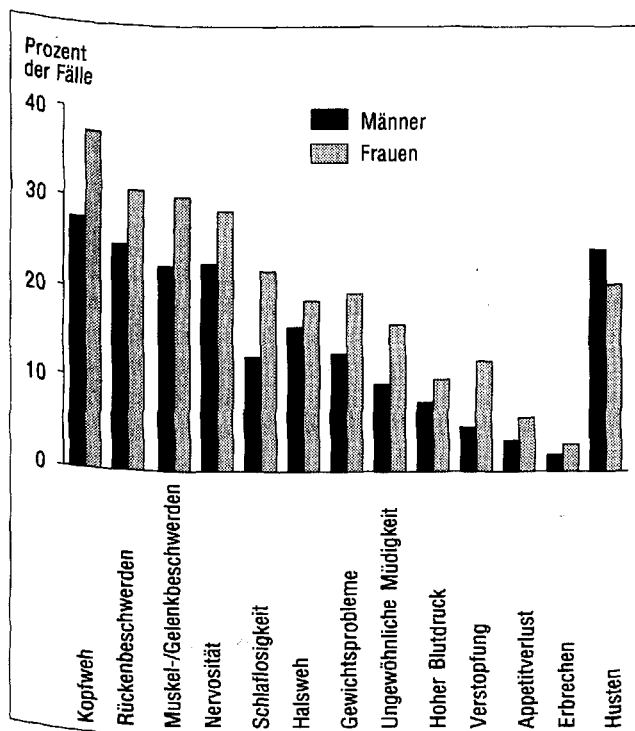


Abb. 1 Beschwerden und Geschlecht (Wohnbevölkerung).

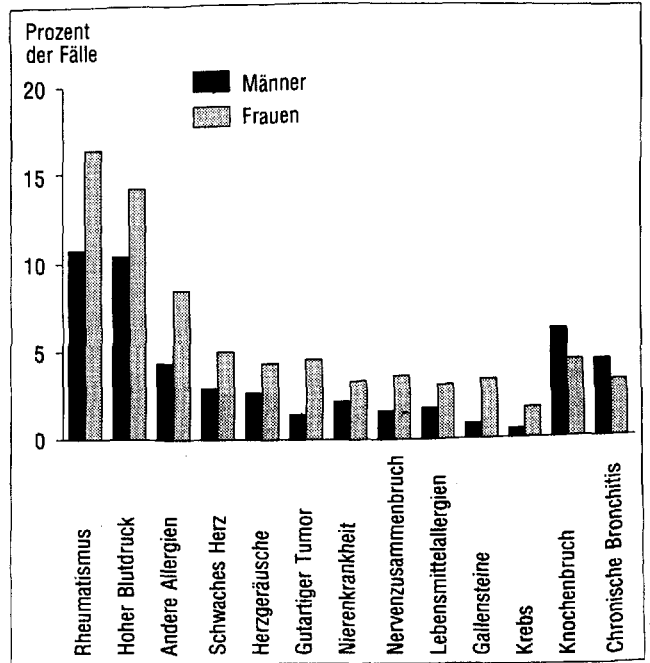


Abb. 2 Ärztliche Diagnosen und Geschlecht (Wohnbevölkerung).

Beschwerdehäufigkeit

In einer vorgegebenen Liste werden 12 von 20 Beschwerden von Frauen signifikant häufiger genannt (Abb. 1). Die grössten Geschlechtsunterschiede finden sich für Kopfweg, Muskel- oder Gelenksbeschwerden und Schlaflosigkeit. Lediglich Husten wird von Männern signifikant häufiger angegeben. Für die restlichen 7 Beschwerden fand sich kein signifikanter Unterschied. Ein grösserer Prozentsatz der Frauen klagt über Mehrfachbeschwerden (drei oder mehr Beschwerden bei 54% der Frauen, 41% der Männer) und sie bezeichnen die Beschwerden durchwegs als ausgeprägter als die Männer.

Diagnosen

Nach Diagnosen befragt, die ihnen in den letzten zwölf Monaten von einem Arzt mitgeteilt worden seien, nannten Frauen 11 von 22 vorgegebenen Diagnosen signifikant häufiger (Abb. 2), Männer gaben lediglich Knochenbruch und chronische Bronchitis häufiger an, während sich bei 9 Diagnosen kein signifikanter Unterschied fand. Erwartungsgemäss nahm die Häufigkeit der Diagnosen mit dem Alter zu: so bei den Frauen von 34% bei den 20-39jährigen auf 76% bei den über 80-jährigen, bei den altersentsprechenden Männern von 28% auf 64%. Für einzelne Diagnosen springt allerdings ein geschlechtsspezifischer Altersverlauf ins Auge (Abb. 3): Während beispielsweise Lungenkrankheiten bei den Frauen mit dem Alter stetig zunehmen, finden sie sich bei den über 80jährigen Männern seltener als bei den Männern zwischen 60 und 80 Jahren. Ein analoger Verlauf findet sich für Hypertonie, Herzinfarkt, «schwaches Herz» sowie Angina pectoris (mittels Fragebogen von Rose befragt

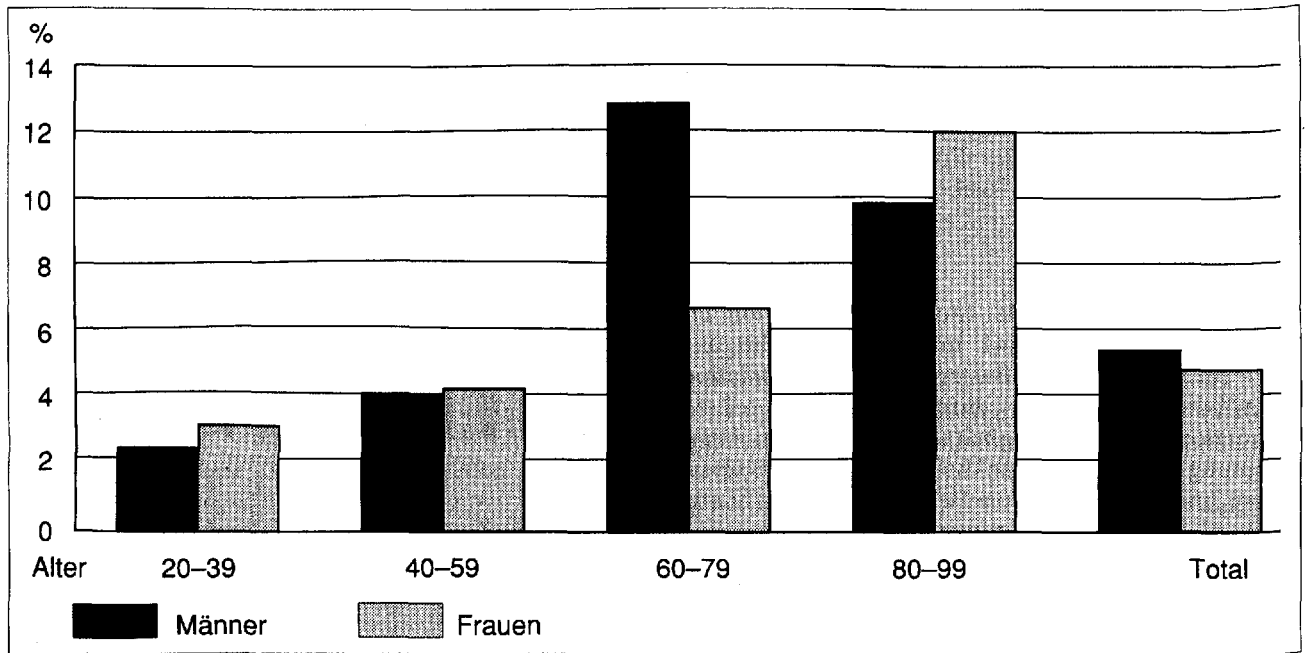


Abb. 3. Lungenkrankheiten nach Geschlecht und Alter (Wohnbevölkerung).

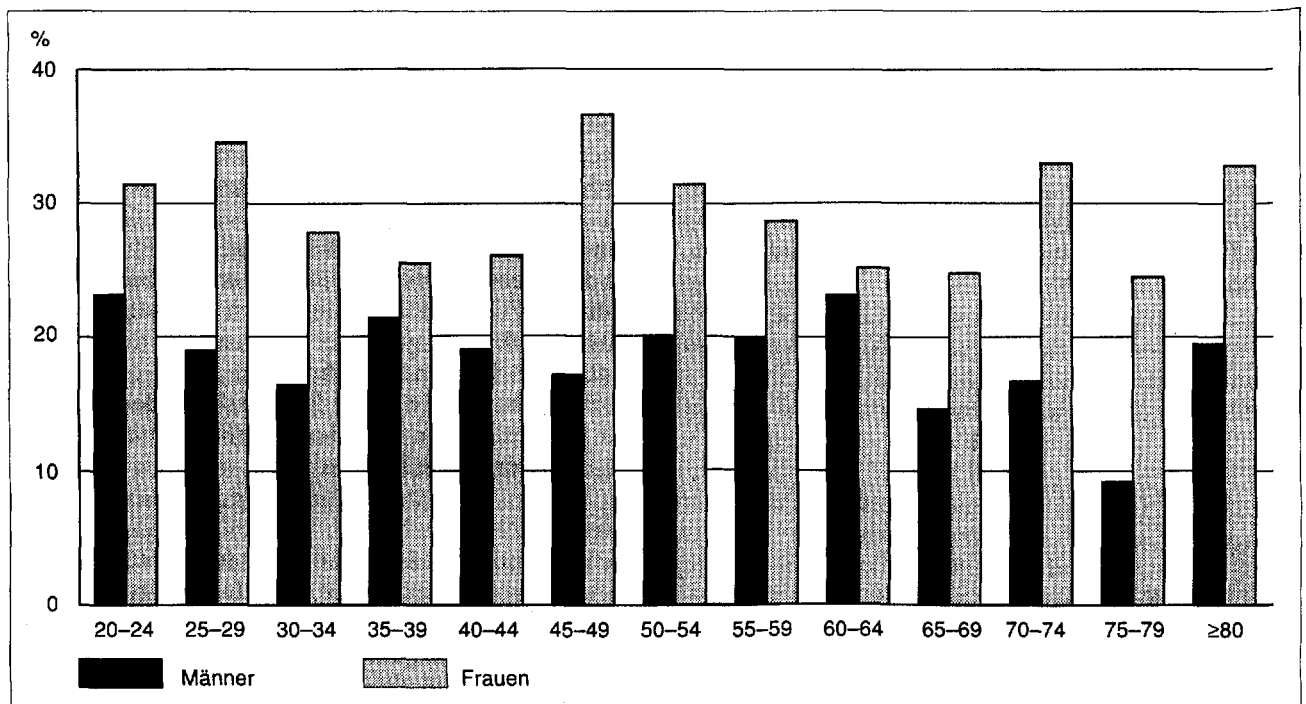


Abb. 4. Psychische Befindlichkeitsstörungen nach Geschlecht und Alter (Schweizer Bürger).

[13]), was wohl den vorzeitigen Tod der Männer an eben diesen Krankheiten spiegelt.

Psychische Morbidität

Untersuchungen von Bevölkerungsstichproben über die Prävalenz psychischer Störungen liegen zahlreich vor. Gemäss einer Literaturzusammenstellung von C. Ernst [14] finden sich bei Frauen häufiger psychosomatische Symptome, Medikamentenabusus, Angstsyndrome inklusive Phobien und leichte wie auch schwere

Formen von Depressionen, während bei den Männern sozial auffallendere Krankheitsbilder wie Alkoholismus und Soziopathien häufiger sind. Schizophrenien betreffen beide Geschlechter gleich häufig. Der den SOMIPOPS-Befragten vorgelegte General Health Questionnaire von Goldberg, ein Fragenset zu psychosomatischen Beschwerden, Suizidalität, Einschränkungen der sozialen Funktionsfähigkeit sowie Angst und Schlaflosigkeit [15], bestätigt die höhere Prävalenz psychischer Befindlichkeitsstörungen bei Frauen auch

für die Schweiz, und zwar für sämtliche Altersklassen (Abb.4) (s. auch [16]).

Einschränkungen aus gesundheitlichen Gründen
 Entsprechend der Angaben über häufigere Gesundheitsbeeinträchtigungen geben mehr Frauen an, sie hätten ihre üblichen Aktivitäten aus gesundheitlichen Gründen kurzfristig einschränken müssen. In den 4 Wochen vor der Befragung war dies bei 15% der Frauen und bei 12 % der Männer der Fall und zwar während durchschnittlich 2,3 bzw. 3,3 Tagen. Als Grund für die Einschränkung nannten Männer doppelt so häufig einen Unfall.

Chronische Behinderungen
 Es sind ebenfalls mehr Frauen, die von Langzeiteinschränkungen betroffen sind, wie sie vom Indikatorenset der OECD erfasst werden [17]: 29% geben an, bei alltäglichen Aktivitäten wie sich kleiden, selber essen, Treppen steigen bzw. beim Hören oder Sehen behindert zu sein gegenüber 23% der Männer. Der Geschlechtsunterschied dieser mit dem Alter stark zunehmenden Behinderungen ist vor allem bei den 60-79jährigen ausgeprägt und kommt durch Behinderungen in der Mobilität zustande, während Seh- und Hörbehinderungen etwa gleich häufig genannt werden. Zusammenfassend schränken Frauen ihre Aktivitäten häufiger aus gesundheitlichen Gründen ein, haben höhere Raten für Beschwerden, chronische Krankheiten und Behinderungen, psychische Befindlichkeitsstörungen und stufen ihre Gesundheit insgesamt schlechter ein als Männer. Männer geben lediglich einzelne, vorwiegend mit Lungenkrankheiten oder Unfällen im Zusammenhang stehende Morbiditätsindikatoren häufiger an. Selbst wenn mittels multivariater Verfahren für Alter, Bildung und verschiedene Belastungen kontrolliert wird, verbleibt für die Frauen eine subjektiv schlechtere Gesundheit [9].

Inanspruchnahme-Daten

Ambulante Inanspruchnahme
 Da gesundheitliche Störungen von Frauen häufiger wahrgenommen und auch als störender empfunden werden, erstaunt nicht, dass sie häufiger als Männer ambulante Dienste aufsuchen. Wie schon früher beschrieben [2, 10], weisen Frauen in der Schweiz jährlich im Durchschnitt 6,6 Konsultationen auf, wovon durchschnittlich 1 pro Jahr bei einem Gynäkologen, Männer durchschnittlich 4,8. Dass Frauen auch bezüglich Inanspruchnahme ein anderes Gesundheitsverhalten haben, geht aus den Motiven für die Konsultationen hervor: während Männer und Frauen etwa gleich häufig wegen eines Symptoms, einer Diagnose oder für eine spezielle Therapie einen Arzt aufsuchen, geben Frauen häufiger präventive, Männer häufiger administrative Gründe und Unfälle an. Der frauenspezifische Anteil (13,9%, beispielsweise Brustuntersuchungen, Zyklusstörungen, Schwangerschaftsuntersuchungen usw.) ist zwar wesentlich grösser als der män-

nerspezifische Anteil (1,3%), erklärt aber nicht den gesamten Unterschied. Aus den multivariaten Auswertungen ging ebenfalls hervor, dass Frauen – selbst wenn für die subjektive Gesundheit, Alter, Bildung und wirtschaftliche Verhältnisse kontrolliert wird – öfter zum Arzt gehen [2].

Stationäre Inanspruchnahme

Dass chirurgische Dienste viel häufiger von Männern beansprucht werden, braucht hier nicht erwähnt zu werden. Im Gegensatz zur Inanspruchnahme ambulanter Dienste geht aus den VESKA-Statistiken hervor, dass Männer ausser in den ganz tiefen und den ganz hohen Alterskategorien häufiger in medizinische Abteilungen hospitalisiert werden, vor allem in den Altersgruppen 50-60. Ursachen für die häufigeren Hospitalisierungen sind in jüngeren Jahren vor allem Unfälle und Alkoholprobleme (Alkoholismus ist bei 25-44jährigen Männern der häufigste Einweisungsgrund in medizinische Abteilungen) in den mittleren und höheren Altersklassen Herz- und Lungenkrankheiten.

Mortalitätsdaten

Der Artikel Härtel (in diesem Heft) beschreibt ausführlich die höhere Sterblichkeit der Männer, wie sie für praktisch alle industrialisierten Länder zutrifft und auch von I. Waldron für die USA beschrieben worden sind (18,19). Die für Männer und Frauen unterschiedlichen Todesursachen sind der härteste Hinweis dafür, dass neben biologischen Faktoren tatsächlich die mit diesen Todesursachen in Zusammenhang stehenden Verhaltensunterschiede und unterschiedliche Lebensbedingungen für die kürzere Lebenserwartung der Männer verantwortlich sind.

Gesundheitsverhalten

Die Geschlechtsunterschiede in Morbidität und Mortalität werfen die Frage nach dem Stellenwert der unterschiedlichen Gesundheitsverhalten auf. Auch wenn die hier zitierten Studien keine Verhaltensanalysen erlauben, können aus ihnen Hinweise für geschlechtstypisch unterschiedliche Komponenten des Gesundheitsverhaltens gewonnen werden (Tab.1).

Gesundheitsverhalten im Alltag

Wie schon in zahlreichen Studien belegt, finden sich auch im NFP 1A und im SOMIPOPS bei Männern häufiger gesundheitsbeeinträchtigende Lebensgewohnheiten: Männer rauchen häufiger, trinken häufiger Alkohol, sind häufiger übergewichtig, weisen häufiger das Typ-A-Verhalten auf und erleiden mehr Unfälle (s. Tabelle 1). Wie aus den SUVA-Statistiken hervorgeht, haben Männer nicht nur ein höheres relatives Risiko für Berufs- sondern auch für Nichtberufsunfälle, insbesondere bei «Sport und Spiel» [21]. Frauen haben einerseits diese der Gesundheit abträglicheren Verhalten seltener, andererseits finden sich bei ihnen mehr der Gesundheit bekömmlichere Alltagsge-

Tab. 1. Gesundheitsverhalten.

	Männer %	Frauen %
Risikofaktoren / Lebensgewohnheiten		
Rauchen (regelmässig) (1)	49	30
Alkoholkonsum (täglich) (2)	43	18
Übergewicht (Massenindex) (2)	43	25
Typ-A-Verhalten (1)	17	14
Regelmässige sportliche Betätigung (mind. einmal/Woche (2))	39	37
Keinerlei sportliche Betätigung (2)	33	43
Regelmässig mind. 8 Stunden schlafen (2)	43	50
Präventive Inanspruchnahme (2)		
Blutdruckmessung im letzten Jahr	67	77
Letzter Arztbesuch aus präv. Grund	21	37
Teilnahme an Polioimpfaktion 1980	28	31
Inanspruchnahme wegen Unfällen (2)		
Letzter Arztbesuch wegen Unfalls	12	4
Letzter Spitalaufenthalt wegen Unfalls	25	8
Änderungsversuche (2)		
Versuch		
– Essgewohnheiten zu verbessern (Salz, Fett, Zucker, anderes)	21	33
– Gewicht zu reduzieren	10	17
– Rauchen aufzugeben	11	6
– Alkoholkonsum einzuschränken	11	7
– mehr Sport zu treiben	28	26

(1) NFPIA (3)

(2) SOMIPOPS-Daten (2, 10, 20)

wohnheiten wie regelmässig schlafen und Bemühung um eine gesunde Ernährung (Tab.1). Körperliche Betätigung ist der einzige Bereich, in welchem Männer im Vergleich zu den Frauen im Vorteil sind: 39% der Männer und 37% der Frauen treiben mindestens 1mal pro Woche Sport, während 43% der Frauen gegenüber 33% der Männer keinerlei sportliche Betätigung angeben. Dieser Vorteil wird allerdings dadurch abgeschwächt, dass Männer risikoreichere Sportarten bevorzugen und dabei mehr Unfälle erleiden.

Präventives Verhalten

Bei Frauen finden sich deutlich mehr Arztkonsultationen mit präventivem Zweck (Tab. 1). So nannten im SOMIPOPS 37% der Frauen gegenüber 21% der Männer einen präventiven Grund für den letzten Arztbesuch. Zu einem grossen Teil waren dies zwar frauenspezifische Gründe (Cervix-Abstrich, Schwangerschaftsuntersuchung), aber auch Blutdruckmessungen und Check-up wurden von Frauen häufiger angegeben. Auch beteiligten sich mehr Frauen an der Polioimpfaktion von 1980 (s. auch 10).

Befragungs- versus Untersuchungsdaten

Dass wohl eine ganze Kaskade von unterschiedlicher Wahrnehmung, Bewertung von Gesundheitsstörungen und Verhalten besteht, die sich in "Prävalenzdaten" niederschlagen, aber auch gesundheitliche Konse-

quenzen haben können, mögen folgende Beispiele illustrieren:

Beschwerden

Wie aus Abbildung 1 hervorgeht, finden sich im SOMIPOPS die grössten Geschlechtsunterschiede für Kopfweh, Schlaflosigkeit, Muskel- oder Gelenkbeschwerden, Verstopfung, Gewichtsprobleme, ungewöhnliche Müdigkeit, Rückenbeschwerden und Nervosität, - alles Beschwerden, die in ihrer Bedeutung vielfältig sind und sicher oft als psychosomatisch verstanden werden können. Dass Bewertungen von Symptomen tatsächlich einem geschlechtstypischen Muster unterliegen, geht aus den Angaben zum Körpergewicht hervor: mehr Frauen klagten über «Gewichtsprobleme» (19% versus 13%), obwohl mehr Männer aufgrund des Massenindex (ebenfalls eigene Angaben!) übergewichtig sind (43% versus 25%). Offensichtlich bewerten Frauen Übergewicht eher als Problem. Für viele Symptome wie zum Beispiel Kopfweh ist ein solcher Bewertungsunterschied allerdings nicht nachweisbar. Möglicherweise besteht vor allem ein Geschlechtsunterschied bei geringfügigeren Befindlichkeitsstörungen: Frauen bezeichnen Unwohlsein eher als medizinisches Symptom, während es von Männern eher verdrängt wird (die soziale Akzeptanz des «Jammerns» ist für Frauen noch immer grösser).

Venenkrankheiten

In der Basler Studie ergab die Befragung einen für Frauen rund dreimal höheren Varizenbefall [4]. Allerdings bejahten nur gerade 19% der Personen, die gemäss der anschliessenden Untersuchung eine Stammvarikosis aufwiesen, die Frage, ob sie Krampfadern hätten. Die Untersuchung ergab dann eine altersstandardisierte Prävalenz für sämtliche Varizentypen und Schweregrade von 55% für die Männer, von 61% für die Frauen (statistisch signifikant). Berücksichtigt man nur jene Varizenformen, die sich in der Basler Studie als medizinisch bedeutsam erwiesen haben, so verschwindet der Geschlechtsunterschied: sie finden sich – altersstandardisiert – bei 12,9% der Männer und 12% der Frauen. Dass dies aber möglicherweise mit einer grösseren Behandlungsbereitschaft der Frauen zu tun hat, zeigt dieselbe Studie (Tab.2): Bei annähernd gleichem Varizenbefall nahmen Frauen 3mal häufiger Venenpharmaka ein, trugen aber auch 3mal häufiger Kompressionsstrümpfe und unterzogen sich rund 3mal häufiger einer eingreifenden Therapie wie Sklerosierung oder Stripping. Auch bei den Beschwerden vom sogenannt venösen Typ (Schwere, müde Beine, Schwellungsgefühl, unruhige Beine, Schmerzen) verhielten sich Frauen im Basler Venenprojekt Follow-up anders als Männer [5]: sie liessen sich, falls sie solche Beschwerden hatten, häufiger behandeln (47% gegenüber 38% der Männer): nahmen vor allem mehr Medikamente und Salben, liessen sich aber auch häufiger sklerosieren, – behandelten also offensichtlich früher.

Tab. 2. Varizenbefall und Behandlungsbereitschaft in der Basler Studie III [4].

Varizentyp	Venenpharmaka		Kompressionsstrümpfe		Sklerosierung Stripping	
	M	F	M	F	M	F
	n		%		%	
Besenreiser und retikuläre Varikosis	545	130	6	22	4	9
Stammvarizen	748	91	8	24	10	31

Hypertonie

Aufgrund der SOMIPOPS-Befragung geben mehr Frauen eine Hypertonie an (Frauen 14%, Männer 10%)[22]. Bei Untersuchungsdaten verschwindet dieser «Morbidityunterschied»: im NFP IA wurde eine Hypertonie bei 11% der Frauen und 12% der Männer gemessen. Interessanterweise glich sich der Unterschied im NFP IA aus, wenn zu den gemessenen Werten die anamnestischen Angaben von Hypertonie mitgerechnet wurden: eine gemessene oder anamnestische Hypertonie lag bei 14,3% der Frauen und 14% der Männer vor. Das bedeutet, dass die Hypertonie bei 3,3% der Frauen und 1,9% der Männer adäquat behandelt war, Frauen also bezüglich Blutdruck besser behandelt werden. Wahrscheinlich spiegelt auch die höhere «Prävalenz» im SOMIPOPS lediglich eine bessere Hypertonieerfassung, da Frauen öfter in ärztlicher Betreuung sind (ob auf eigene Initiative oder aufgeboten, sei dahingestellt). Mehr Frauen gaben zumindest an, ihr letzter Arztbesuch sei wegen einer Blutdruckkontrolle erfolgt (8,5% der Frauen versus 5,5% der Männer). Hingegen wiesen die Frauen bezüglich Hypertonie keinen besseren Wissensstand auf: Dass Hypertonie nicht mit Symptomen einhergehen muss, wussten lediglich 20,1% und zwar 18,9% der Frauen gegenüber 21,6% der Männer) (nicht signifikant).

Diskussion

Die genannten Beispiele zeigen trotz ihrer Komplexität gewisse Gemeinsamkeiten, die zu Aussagen über unterschiedliches Gesundheitsbewusstsein, unterschiedliches Gesundheitsverhalten und letztlich wohl auch unterschiedlicher Morbidität zwischen Männern und Frauen berechtigen. Frauen äussern häufiger gesundheitliche Störungen, sie zeigen aber auch eine höhere Bereitschaft, etwas dagegen zu unternehmen. Das mag wohl in gewissen Belangen weniger durch ein grösseres Gesundheitsbewusstsein als durch die grössere Bedeutung des Äussers bedingt sein (Übergewicht, Varizen), kann aber sehr wohl medizinisch bedeutsam werden, wenn schwerwiegende Konsequenzen vermieden werden, wie beispielsweise Komplikationen ausgeprägter Varikosis, oder durch eine bessere Hypertoniebehandlung.

Auf der anderen Seite zeigt sich für Männer in all jenen Bereichen eine subjektiv und objektiv höhere Morbidität, in welchen Risikofreudigkeit oder eine nachlässigere Einstellung zur eigenen Gesundheit eine

Rolle spielen: Unfälle und Unfallfolgen sind nicht nur auf häufigere Gefährdung am Arbeitsplatz zurückzuführen. Unfallstatistiken belegen, dass Männer auch in der Freizeit (in Verkehr und Sport) häufiger in Unfälle verwickelt sind. Dass die bei Männern häufigeren Lungenkrankheiten eine Folge des häufigeren Zigarettenkonsums ist, darf als offensichtlich betrachtet werden. Auch Alkoholkonsum kann als weniger gesundheitsbewusstes Verhalten gewertet werden, da die damit verbundenen Pathologien hinlänglich bekannt sind.

Ein Teil des gesundheitsbewussteren Verhaltens der Frauen entsteht wohl durch ihre noch immer weitgehend geltenden sozialen Rollen – Zuständigkeit für Ernährung und Kindererziehung – und ihre spezielle Gesundheitsbiographie: Rauchen und Alkoholkonsum vertragen sich schlecht mit der Schwangerschaft. Das Typ-A-Verhalten ist im Berufsleben wohl weit nützlicher als bei der Kindererziehung. Auch dürften die präventiven Massnahmen im gynäkologisch-geburtshilflichen Bereich das Gesundheitsverhalten allgemein beeinflussen.

Zahlt sich nun das gesundheitsbewusstere Verhalten der Frauen in einem verlängerten Leben aus? Hinweise, dass zumindest ein Teil des Geschlechtsunterschiedes in der Lebenserwartung dadurch bedingt ist, mehren sich. So schätzt Mc Keown, dass rund 50% der Veränderung des Unterschiedes in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen seit 1950 auf das Rauchen zurückzuführen sei [23]. Da die Übersterblichkeit der Männer ausser auf Herz-Kreislauf-Krankheiten auch auf die erhöhte Unfallgefährdung zurückzuführen ist, sollte sich die Prävention speziell in diesen Bereichen am Gesundheitsverständnis orientieren. Im Rahmen der Emanzipation haben viele Frauen ihr Risikoverhalten den Männern angeglichen (Stress, Rauchen). Eine «Männeremanzipation» im umgekehrten Sinne könnte zusätzliche Lebensjahre versprechen.

Zusammenfassung

Die höhere Lebenserwartung der Frau steht im Gegensatz zu ihrer höheren Morbidität aufgrund von Health Surveys und Konsultationsstatistiken. So geben Frauen in der gesamtschweizerischen Gesundheitsbefragung SOMIPOPS mehr Beschwerden, Diagnosen, chronische Behinderungen und psychische Befindlichkeitsstörungen an als Männer, schränken ihre Aktivitäten öfter aus gesundheitlichen Gründen ein und beurteilen ihre Gesundheit insgesamt als schlechter. Männer nannten lediglich einzelne mit Lungenkrankheiten oder Unfällen zusammenhängende Morbiditätsindikatoren häufiger.

Demgegenüber zeigt sich ein ausgeprägteres gesundheitsorientiertes Verhalten der Frauen im Alltag, bei Auftreten von Gesundheitsstörungen und bezüglich präventiven Massnahmen. Eine Gegenüberstellung von Befragungs- und Untersuchungsdaten zeigt für einzelne Beispiele, dass aus Befragungen gewonnene Prävalenzdaten durch unterschiedliche Gesundheitswahrnehmung bedingte Geschlechtsbias aufweisen können, sowie eine grössere Behandlungsbereitschaft der Frauen.

Es stellt sich die Frage nach den Auswirkungen der unterschiedlichen Gesundheitsverhalten auf lange Sicht, insbesondere auf die Lebenserwartung.

Résumé

Différences liées au sexe concernant la santé et l'attitude envers la santé

L'espérance de vie plus élevée des femmes par rapport aux hommes contraste avec une morbidité des femmes plus élevée, telle qu'elle est estimée par les enquêtes de santé et les enquêtes sur l'utilisation des soins. Dans l'enquête de santé suisse «SOMIPOPS», les femmes interrogées mentionnent plus souvent des symptômes, des diagnostics, de maladies chroniques, de maladies psychiques et de handicaps que les hommes; l'appréciation subjective de leur état de santé est moins bonne que celle des hommes. Seuls les indicateurs de morbidité concernant les maladies respiratoires et les accidents sont plus élevés chez les hommes. Par ailleurs, les femmes mentionnent plus souvent des attitudes positives à l'égard de la santé et une meilleure disponibilité à l'égard des mesures préventives. Quelques exemples, comparant les données provenant d'interviews et d'examen cliniques montrent que la perception de la santé, spécifique aux femmes, peut biaiser les données de prévalence des maladies: les femmes recourent plus facilement aux soins que les hommes. La question est de savoir si ces différences de comportements ont des effets à long terme, particulièrement sur l'espérance de vie.

Summary

Sex Differences in Health and Health Behaviour

The higher life expectancy of women is contrasting with the higher female morbidity known from health interview surveys and statistics on use of health services.

In the Swiss Health Survey SOMIPOPS, women report higher rates of complaints, diagnoses, chronic impairments and psychic illness, more frequent restrictions of their daily activities for health reasons and a worse overall health status. In men, only higher rates of indicators related to respiratory diseases and accidents were found.

On the other hand, women have a stronger health orientation in daily life habits, seem to differ from men in health perception, are more willing to treat symptoms and use health services more often for preventive reasons. Comparison of survey and examination data reveal a different health perception and a higher female willingness to treat symptoms.

The question is arised whether the different health behaviour have long-term effects, especially on life-expectancy.

Literaturverzeichnis

[1] Manning W.G., Morris C.N., Newhouse J.P. et al: A two-part model of the demand for medical Care - Preliminary Results from the Health Insurance Study In: J. Van der Gaag, M. Perlman (eds): Health, Economics and Health Economics. Amsterdam: North-Holland, 1981

[2] Gutzwiller F., Leu R.E., Schulz H.R., Zemp E.: Eine schweizerische Gesundheitsbefragung (SOMIPOPS): Methoden zur Definition und Erfassung von Gesundheits- und Versorgungsindikatoren. Studienbericht, Basel 1986. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber, 1988

[3] Gutzwiller F., Junod B. Schweizer W. (Hrsg.): Wirksamkeit der gemeindeorientierten Prävention kardiovaskulärer Krankheiten. Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogrammes IA. Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Schweiz. Efficacité de la prévention communautaire des maladies cardiovasculaires en Suisse: Bern, Stuttgart, Toronto: Huber, 1985: 349

[4] Widmer L.K., Stähelin H.B., Nissen C., da Silva A.: Venen-, Arterien-Krankheiten, koronare Herzkrankheit bei Berufstätigen. Basler Studie I-III. Bern: Huber, 1981

[5] Tschopp S.: Beinbeschwerden: «Subjektive» Beschwerden und «objektive» Befunde. Dissertation, Medizinische Fakultät Basel 1986

[6] Verbrugge L.M.: Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence. Journal of Health and Social Behaviour 1985; 26: 156-182

[7] Verbrugge L.M.: Sex differentials in Health. Prevention 1982; 97: 417-437

[8] Verbrugge L.M.: Sex differences in Complaints and Diagnoses. Journal of Behavioral Medicine 1980: 327-355

[9] Zemp E., Leu R.E., Gutzwiller F., Doppmann R.J.: Frauen und Gesundheit. Bericht der Autorengruppe SOMIPOPS zu Handen der Eidgen. Kommission für Frauenfragen. Frauenfragen Nr. 3, Bern 1985

[10] Zemp E. und Autorengruppe SOMIPOPS: Geschlechtsunterschiede in der Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen. Soz Präv Med 1984; 29: 180-182

[11] Buchmann M., Karrer D., Meier R.: Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Alltag. Bern, Stuttgart: Haupt, 1985

[12] Mayer Th., Müller H.R.M., Brändli A., Hämmerle P., Heiniger D., Jeger C., Olivieri R., Schwarz A.: Krankheitsverhalten: Der Einfluss von Alter, Geschlecht und sozioökonomischen Merkmalen. Soz Präv Med 1977; 226: 1186

[13] Rose G.A., Mc Cartney P., Reid D.D.: Self-Administration of a Questionnaire on Chest Pain and Intermittent Claudication. Brit J prev soc Med 1977; 31: 42-46

[14] Ernst C.: Frau und Krankheit in: Christa Köppel, Ruth Sommerauer (Herausgeber): Frauen-Realität und Utopie. Zürich: Verlag der Fachvereine, 1984: 63

[15] Goldberg D.P., Hillier V.F.: A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine 1979; 9: 139-145

[16] Hugenschmidt F.: Epidemiologie psychischer Befindlichkeitsstörungen in der Schweizer Bevölkerung. Dissertation, Medizinische Fakultät, Basel, 1988

[17] Raymond L., Christe E., Clemence A.: Vers l'établissement d'un score global d'incapacité fonctionelle sur la base des questions de l'OECD. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 1981; 4: 413-419, 451-459

[18] Waldron I.: An analysis of Causes of Sex Differences in Mortality and Morbidity In: W. R. Gove, G. R. Carpenter: The fundamental connection between nature and nurture. Lexington 1982

[19] Waldron I.: Why do women live longer than men? Pergamon Press. Social Science and Medicine 1976; 10: 349-362,

[20] Bucher H., Gutzwiller F. et al: Gesundheitsverhalten und soziale Ungleichheit in der Schweizer Bevölkerung. Schweiz. med. Wschr. 1987; 117: Nr. 41

[21] Ergebnisse der Unfallstatistik der dreizehnten fünfjährigen Beobachtungsperiode 1978-1982. Schweiz. Unfallversicherungsanstalt Luzern 1984

[22] Robbiani M.B., Zemp E., Gutzwiller F. und Autorengruppe SOMIPOPS: Blutdruck, Wissen und Verhalten. Soz Präv Med 1985; 30: 88

[23] MC Keown Th: Die Bedeutung der Medizin. Frankfurt: Suhrkamp 1982

Korrespondenzadresse:
Dr. Elisabeth Zemp
Feierabendstrasse 72
4051 Basel