

Gesundheitssoziologie

Wintersemester 2013

Achtung:

Hierbei handelt es sich um kein offizielles Dokument der FH- Burgenland. Für den Inhalt wird keine Haftung übernommen. Der Autor garantiert nicht für Fehlerfreiheit, Vollständigkeit und Genauigkeit der Informationen.

Vorlesung

Mag. Dr. Martina Nitsch

Mag. Monika Simek

Zusammenfassung

Martina Meister

Theorien

Gesellschaftstheorien

- gehen der Frage nach, wie und warum sich **soziale, ökonomische und kulturelle Bedingungen** auf **gesundheitliche Ungleichheit** auswirken
- Entscheidend ist die Einschätzung der **ungleichen Ressourcenverteilung** in der Bevölkerung: Verteilung finanzieller Mittel, Bildungschancen, Anerkennungsmöglichkeiten etc. müssen fair, legitim und akzeptabel sein
- **Benachteiligung** führt zu politischen, sozialen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen
- Große **Kluft zwischen Arm und Reich** führt zu **fehlender sozialer Kohäsion** und in Folge zu **sozialer Ausgrenzung**

Public – Health – Theorien

Sozialepidemiologische Ansätze

- Konzept der Risikofaktoren/-verhalten: präventive Strategien setzen ein bevor Schädigungen eingetreten sind
- Personale und strukturelle Risikofaktoren
- Verbindung von medizinischer und sozialwissenschaftliche Sichtweise

Versorgungsorientierte Ansätze, z.B. Rollen- und systemtheoretische Ansätze

- Parsons (1981): Gesundheit kann nur durch Gleichgewicht zwischen den inneren Systemen (persönliche Bedürfnisse und Empfindungen) und Außenanforderungen (aus gesellschaftlicher Umwelt) erreicht werden.
- Krankheit ist Form abweichenden Verhaltens → muss schnell normalisiert werden, um Funktionsfähigkeit der Gesellschaft aufrecht zu erhalten.

Interaktionstheorien:

- betonen Dynamik der Krankenrolle/-karriere
- Definition eines Menschen als krank dient einerseits dazu gezielt zu helfen, andererseits führt dies zu Aussonderung (z.B. Ausgliederung in Versorgungsorganisationen – komplexe Karriere!)

Lerntheorien

- **Lernen** als Sammelbegriff für alle Vorgänge, die durch **Erfahrungen** entstehen und zu **Veränderungen des Verhaltens** führen
- Ursprünglich geradlinige, direkte **Reiz-Reaktions-Muster**
 - Psyche als „**Black Box**“ – nur ergebnisorientiert

Aktuelle Ansätze (berücksichtigen Black Box bereits):

Verhaltensorientiert (behavioristisch): Theorie des reaktiven Verhaltens

Health Belief Modell: Herstellung einer persönlichen Überzeugung, dass man durch die Änderung seines Verhaltens auch tatsächlichen Gesundheitsrisiken entgehen kann.

Informationsorientiert (kognitiv): Soziale Lerntheorie

Lernen am Modell: Menschliches Handeln wird durch soziale Vorbilder angeregt (Nachahmung) Belohnung wird als Verstärker eingesetzt

Bewältigungstheorien

- **Persönlichkeitstheorien:** Annahme eines direkten Zusammenhangs zwischen Körper und Psyche
- **Stresstheorien:** Stressreaktion ist gesund, jedoch nur wenn sie vorübergehend auftritt.
- **Ressourcen Bewältigungsmodell:** Soziale und personale Ausgangsbedingungen entscheiden über die Kontrolle über die eigene Lebensführung. Stärke der Bewältigungsbemühungen hängt von sozialen und personalen Ressourcen ab.

Definition von Gesundheit und Krankheit

Dichotomes Konzept:

Gesundheit wird als Freisein von Krankheit beschrieben (biomedizinisch)

Krankheit ist die Abwesenheit von Gesundheit (soziologisch, vgl. Parsons)

Definitionen schließen sich gegenseitig aus

Bipolares Konzept:

Gesundheit und Krankheit als Pole eines Kontinuums

Orthogonales Konzept:

Gesundheit und Krankheit als unabhängige Faktoren, beides kann auch gleichzeitig vorhanden sein

„Gesundheit ist der Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, 1946)

- Fokus auf subjektivem, persönlichem Wohlbefinden
- Gesundheit wird als Idealstatus definiert – im Grunde unerreichbar
- Mehrdimensionale, interdisziplinäre Sichtweise
- Gesundheit und Krankheit werden als Gegenpole dargestellt

Salutogenesemodell (Antonovsky)

- Basierend auf Stress- und Bewältigungstheorien
- **Widerstandsressourcen (WR)** als Voraussetzung für Spannungsverarbeitung
- **Kohärenzgefühl (Sense of Coherence / SoC)** = besonders günstige und gelungene Ausgangskonstellation von WR

Sozialisationsmodell Gekennzeichnet durch **lebenslaufspezifische Entwicklungs-aufgaben** (vgl. WR) und **produktive Realitätsverarbeitung** (vgl. SoC), die je nach Ausgang Gesundheits- oder Krankheitsdynamik auslöst

Konsensfähige Definitionen (Hurrelmann, 2010, S.146)

- GESUNDHEIT ist das Stadium des **Gleichgewichtes von Risikofaktoren** und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine **Bewältigung** sowohl der **inneren** (körperlichen und psychischen) als auch **äußeren** (sozialen und materiellen) **Anforderungen** gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen **Wohlbefinden** und **Lebensfreude** vermittelt.
- KRANKHEIT ist das Stadium des Ungleichgewichtes von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) und äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen nicht gelingt. Krankheit ist ein Stadium, das einem Menschen eine Beeinträchtigung seines Wohlbefindens und seiner Lebensfreude vermittelt.
- RELATIVE GESUNDHEIT / KRANKHEIT: Zwischenpositionen

Soziale Ungleichheit

Merkmale: (nie isoliert betrachten!)

Vertikale (Klassische) Merkmale:

- Bildung
- Beruf
- Einkommen
- Vermögen
- Soziale Herkunft

Horizontale Merkmale:

- Lebensalter
- Geschlecht
- Migrationshintergrund

Zusammenhänge von sozialer Ungleichheit und Gesundheit

- Frühzeitige Sterblichkeit und Lebenserwartung sind sozial ungleich verteilt (unabhängig von Bildung, Beruf, Einkommen)
- Gravierende gesundheitliche Ungleichheiten finden sich für die meisten Erkrankungen und Behinderungen
- Zusammenhänge sind linear: je ungünstiger der sozioökonomische Status, desto höher die Sterblichkeit und desto niedriger die Lebenserwartung
- Im Gegensatz zur Sterblichkeit sind gesundheitliche Ungleichheiten in der Morbidität über die letzten Jahrzehnte relativ stabil geblieben

→ Einkommen, Bildung und Beruf Status als zentrale Determinanten.

Whitehall Studie

Whitehall Studie I (1967 - 1992):

- Untersuchung der Mortalität innerhalb vier Hierarchiestufen (leitende Angestellte, qualifizierte Angestellte, einfache sowie angelernte Angestellte)
- Mortalitätsraten folgen einem Gradienten (Mortalitätsrate steigt mit jeder Stufe abwärts)
- Risikofaktoren erklären nur 40 Prozent der Unterschiede in der Mortalität

Whitehall Studie II (1985 - 2010):

- Bestätigung von Gesundheitsgefährdung durch psychosoziale Stressbelastung
- Faktoren wie Autonomie, Status in der Hierarchie, Gefühl unfair behandelt zu werden, organisationale Gerechtigkeit bedingen Entstehung von koronaren HK

Erklärungsansätze

Klassische Erklärungsansätze

- **Soziale Selektion (Drifthythese)** Gesundheit beeinflusst sozioökonomischen Status und nicht umgekehrt (Krankheit macht arm). Soziale Auf- und Abstiegsprozesse (→ Gesundere Personen steigen leichter auf)
- **Verursachungshypothese** Niedriger sozioökonomischer Status *verursacht* größere Gesundheitsgefährdung

Aktuelle Perspektiven

- **Materieller Ansatz:** ungleiche Exposition gegenüber gesundheitsschädigenden bzw. – förderlichen Umwelten (z.B. gesundheitsschädliche Arbeit, Qualität der Wohnung)

- **Kulturell-verhaltensbezogener Ansatz:** als Effekt ungleicher Präferenz- oder Verhaltensmuster (z.B. Rauchen)
- **Psychosozialer Ansatz:** als Ergebnis einer übermäßigen Belastung durch Stress aus familiären Belastungen, kritischen Lebensereignissen oder individuellen Dispositionen
- **Lebenslauf:** Ereignisse und Prozess, die vor der Geburt beginnen und sich in der Kindheit fortsetzen, beeinflussen die (körperliche) Gesundheit und die Fähigkeit, Gesundheit zu erhalten.
- **Neo-materiell:** Politische und gesellschaftliche Prozesse beeinflussen die Beschaffung gesundheitsrelevanter Angebote, der Qualität der Umwelt und sozialer Beziehungen

Mackenbach (2012)

Erklärung für gesundheitliche Ungleichheit in **Wohlfahrtsstaaten**:

- (1) Ungleichheiten, die sich auf materielle und immaterielle Ressourcen beziehen sind von den Wohlfahrtsstaaten noch nicht ausgemerzt worden und immer noch vorherrschend
- (2) durch größere intergenerative Mobilität, sind niedrigere soziökonomische Gruppen homogener bezüglich ihrer persönlichen Charakteristika bezogen auf Krankheit/Gesundheit
- (3) "inverse-equity-Hypothese": neue Interventionen werden zuerst jene Personen mit hohem sozioökonomischen Status erreichen und erst später die niedrigeren Schichten

Healthy Lifestyle

Neuere Ansätze: Lebensstile als das Zusammenwirken von strukturbasierten Lebensbedingungen und den (kreativen) Auswahl- und Gestaltungsleistungen der Menschen

Gesundheitsrelevante Lebensstile sind daher „... typische Muster von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Orientierungen und Ressourcen, die von Individuen in ihrer Auseinandersetzung mit ihren sozialen, kulturellen, ökonomischen und ökologischen Lebensbedingungen entwickelt werden“ (Abel et al 2003)

Gesundheitsrelevantes Verhalten: alle Verhaltensweisen, die für die Gesundheit der Person direkt relevant sind, wie z.B. Ernährung, Sport, Bewegung

Krankheitsverhalten („illness behavior“): Verhalten von Personen, die **bereits Symptome einer Krankheit wahrnehmen** und sich darum bemühen, diese abzuklären, eine Diagnose vorzunehmen und eine geeignete Behandlung zu erreichen

Krankenrollenverhalten („sick role behavior“) → Verhalten von Personen, die bereits die medizinische Diagnose einer Krankheit erhalten haben → bereits in der Rolle des Patienten

Gesundheitshandeln: subjektiv bedeutsames Handeln von gesunden oder kranken Menschen, das mehr oder weniger bewusst mit dem **Ziel der Gesunderhaltung und im alltäglichen sozialen Kontext** erfolgt

Bedingungsfaktoren für Gesundheits- und Krankheitszustand:

- **Personale Faktoren** (genetische Disposition, körperliche-psychische Konstitution, ethnische Zugehörigkeit)
- **Verhaltensfaktoren** (z.B. Essgewohnheiten)
- **Verhältnisfaktoren** (soziökonomischer Status, Bildungsangebote, wirtschaftliche Verhältnisse, Gesundheits- und Krankheitsversorgung)

Führen zu: **Gesundheitsstatus der Bevölkerung**

Modelle des Gesundheitsverhaltens

Kontinuierlichen Prädiktionsmodellen

bestimmte Variablen nehmen auf bestimmtes Gesundheitsverhalten Einfluss

Health Belief Modell

- Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensänderung hängt mit dem Ausmaß an wahrgenommene Bedrohung und dem Ausmaß der angenommenen Wirksamkeit zusammen
- Kosten – Nutzen Abwägung

Theorie der Schutzmotivation

- Bedrohungseinschätzung
- Bewältigungseinschätzung
- Schutzmotivation
- Adaptives Coping (präventiven Verhaltensweisen) oder maladaptives Coping

Dynamische Stadienmodelle

qualitativ unterschiedliche Stadien während einer Verhaltensänderung

Transtheoretisches Modell (Stadien der Verhaltensänderung – Rückfall immer möglich)

1. Absichtslosigkeitsstadium
2. Absichtsbildungsstadium
3. Vorbereitungsstadium
4. Handlungsstadium
5. Aufrechterhaltungsstadium
6. Stabiles Gesundheitsverhalten

Prozessmodell präventiven Handelns

1. Unkenntnis eines Gesundheitsverhalten
2. Kenntnis des Gesundheitsverhaltens
3. Entscheidung
4. (Entscheidung nicht zu Handeln)
5. Entscheidung zu handeln
6. Handlung
7. Aufrechterhaltung

Sozial- kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns

Motivationale Phase Selbstwirksamkeitserwartung Handlungsergebniserwartung

Risikowahrnehmung

Zielsetzung

Volitionale Phase präaktionale (Planung) aktionale (Handlung) postaktionale (Rückfall,

Disengagement)

Soziologie des Kranken

Gesundheit und Krankheit können in drei Bezugssystemen definiert werden:

- **Bezugssystem der betroffenen Person:** sich gesund/krank fühlen (*illness*)
- **Bezugssystem der Medizin:** Gesundheit/Krankheit als Erfüllung/Abweichung von objektivierbaren Normen physiologischer Regulation bzw. organischer Funktionen (*disease*)
- **Bezugssystem der Gesellschaft** (des Sozial-versicherungssystems): Gesundheit/Krankheit unter dem Aspekt der Leistungsminderung bzw. der Notwendigkeit, Hilfe zu gewähren (*sickness*)

Divergenzen zwischen den Bezugssystemen, z.B.

- Gesundheitsempfinden entspricht nicht dem medizinischen Krankheitsbefund
 - Gefühlte Krankheit wird nicht diagnostiziert.
 - Vorliegen einer Krankheit trotz subjektivem Gesundheitsgefühl (→ gesundheitspolitische Bedeutung!)
- Verlegenheitsdiagnosen zum Empfang von Versicherungsleistungen
- Einschränkung des ärztlichen Handelns durch gesellschaftliche Einflüsse

Krankenrolle

Jemand, der auf seine Krankheit eingeht, tritt soziologisch betrachtet in die so genannte Krankenrolle (*Talcott Parsons' „sick-role“*)

- Entbindung von den allgemein geltenden Rollenverpflichtungen und Verantwortlichkeiten des Alltags nach Maßgabe der Dauer, Schwere und Natur seiner Krankheit; Krankheit muss vom Arzt legitimiert werden.
- Keine Verantwortlichkeit der/des Kranken für seinen Krankheitszustand und die soziale Abweichung;
- Verpflichtung zur Verbesserung des Zustandes;
- Verpflichtung zur Inanspruchnahme von Hilfe von ExpertInnen und zur Kooperation mit diesen; „Krankenrolle“ ist nicht gleich „PatientInnenrolle“!

Kritik an Parsons Definition der Krankenrolle

- Nicht-Beachtung der **soziokulturellen & sozioökonomischen Variation**, die mit der Bereitschaft zur Vergabe sowie zur Übernahme der Krankenrolle verbunden ist.
- Vernachlässigung von **chronisch und psychisch Kranken**. Krankenrolle nicht als soziale Abweichung, sondern eher als eine gesellschaftliche Option.
- Strukturfunktionalismus betont einseitig den **Leistungs- und Produktionsaspekt** und berücksichtigt damit ausschließlich den defizitären Modus des Daseins, dagegen werden in anderen Denktraditionen folgende Aspekte betrachtet...

Hilfesuchen

Selbst- bzw. fremdinitiiertes Hilfesuchen

Hilfesuchen als Prozess mit vier Entscheidungsstufen im Vorfeld professioneller Versorgung, in der „unorganisierten Phase der Krankheit“

- Selbsthilfe / Selbstmedikation
- Mitteilung an signifikante andere
- Hilfesuchen im Laiensystem
- Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen

Soziologie des Arztes

Arzt als „**Profession**“ (Expertengruppe, akadem. Beruf)

Ärztliche Rollennormen (nach Parsons)

- Ärztliches Handeln soll **affektiv neutral** sein (ohne Behinderung durch persönliche Vorlieben und Gefühlsregungen)
- Ärztliches Handeln soll **funktional spezifisch** sein (innerhalb von zugewiesenen Grenzen)
- Ärztliches Handeln soll von einer **Kollektivitätsorientierung** und von einer **universalistischen** Einstellung geprägt sein (allgemeines Wohl der zu Behandelnden)

Arzt Patienten- Beziehung

Strukturell asymmetrische soziale Beziehung durch

- Unterschiedliche Wissensverteilung (**Expertenmacht** der Ärztin / des Arztes)
- Unterschiedliche soziale Rollen (**Definitionsmacht** der Ärztin / des Arztes)
- Funktional-spezifische Kompetenz und Imperative des instrumentellen Handelns (**Steuerungsmacht** der Ärztin / des Arztes): Beginn, Verlauf, Endes des Kontakts, Recht auf Unterbrechungen,...

Macht (soziologisch) = Kontrolle über die Unsicherheit des anderen & die Gewährung von knappen, erstrebten Gütern;

Typen der Arzt- Patienten Beziehung

- **Bevormundung:** als Regelfall bei Parsons, ergänzende soziale Erwartungen: Patient/in in Krankenrolle, Ärztin/Arzt als Professionelle/r mit Hilfsverpflichtung, einseitige Machtbeeinflussung;
- **Konsumhaltung:** Nachfrageorientierung, Patient/in als Konsument der ärztlichen Angebote, z.B. bei lang andauernden Krankheiten;
- **Gleichgültigkeit:** kein Einfluss, Arztbesuch als Ritual, z.B. bei Bedarf an unterstützenden sozialen Kontakten;
- **Gegenseitigkeit:** wechselseitiges Aushandeln und aufeinander gerichteter Einfluss der Partner/innen, gemeinsamer Entscheidungsprozess;

Coping

Bewältigung, Bewältigungsverhalten, Stressbewältigung, Krankheitsbewältigung, Krankheitsverarbeitung,...

Coping = **Auseinandersetzung mit einer irgendwie gearteten Belastung** (Stress)

- **Psychisches Coping:** kognitiver Zugang zum Erreichen einer wenig bedrohlichen Sicht d. Krankheit
- **Soziales Coping:** aktives Eingreifen in die Umwelt
- **Privates Coping:** Bewältigung des häuslichen oder geselligen Alltags
- **Sozioökonomisches Coping:** soziales Handeln zur Sicherung der wirtschaftlichen und sozialen Existenz

Zu bewältigende psychosoziale Belastungen (Heim):

- Veränderung von Körperintegrität und Wohlbefinden
- Verändertes Selbstkonzept
- Gestörtes emotionales Gleichgewicht
- Verunsicherung bzgl. der sozialen Rollen und Aufgaben
- Situative Anpassung
- Bedrohung des Lebens, Angst vor dem Sterben

Ziele des Copingprozesses

Aus Sicht der Patientin / des Patienten (Heim):

- Wiedergewinnen von Körperintegrität
- Wiedergewinnen von Wohlbefinden
- Wiederherstellen des emotionalen Gleichgewichts nach belastenden Situationen
- Erarbeiten von klaren Zukunftsperspektiven nach krankheitsbedingter Verunsicherung und Kontrollverlust
- Bestmögliche Anpassung an ungewohnte situative Bedingungen (z.B. Hospitalisierung)
- Durchstehen von unentrinnbarer existentieller Bedrohung (z.B. im terminalen Ausgang)
- Erhalten einer situationsgemäß optimalen Lebensqualität

Aus Sicht des Umfeldes (Heim):

- Aufrechterhaltung oder Wiedergewinnen der familiären Rolle und Verantwortung
- Wiedergewinnen der Beziehungsfähigkeit in der Partnerschaft
- Aufrechterhalten oder geeignete Umstellung in beruflicher Tätigkeit
- Sichern der finanziellen und sozialen Ressourcen
- Pflege der sozialen und freundschaftlichen Beziehungen

Aus ärztlich-medizinischer Sicht (Heim):

- Optimale Compliance im diagnostischen und therapeutischen Prozess
- Ertragen von schmerzhaften und unangenehmen diagnostischen Verfahren; von behindernden oder iatrogen schädigenden therapeutischen Eingriffen
- Anpassen an die sozialen Regeln des Settings
- Aktive Kooperation im Rehabilitationsprozess
- Bei Chronifizierung oder terminalem Ausgang ausreichende emotionale Stabilität, die den Umgang mit der Patientin / dem Patienten nicht zur Belastung der BetreuerInnen werden lässt

Sozial Support

- **Emotionale** Unterstützung: Liebe, Zuneigung, Vertrauen etc.
- **Instrumentelle** Unterstützung: Konkrete Hilfen wie finanzielle Unterstützung, Unterstützung im Haushalt etc.
- **Informative** Unterstützung: Informationen, die helfen ein Problem in den Griff zu bekommen
- **Bewertende** Unterstützung: Bewertungen, die Personen Wertschätzung, Anerkennung etc. entgegenbringen

Hilfehandeln

kann zur Krankheitsbewältigung beitragen

- Indem man anderen hilft, lenkt man von eigenen Schwierigkeiten ab, konzentriert Aufmerksamkeit nicht nur auf sich und erreicht so emotionale Stabilität
- Hilfehandeln verleiht dem eigenen Leben Bedeutung und verhindert Gefühle von Nutzlosigkeit
- Die Wahrnehmung der eigenen Kompetenz wird gestärkt und somit das Selbstwertgefühl gesteigert
- Anderen zu helfen beeinflusst die eigene Stimmung positiv
- Die soziale Einbindung wird begünstigt und dadurch Einsamkeit vorgebeugt

Selbsthilfegruppen basieren auf dem Grundsatz des gegenseitigen Helfens

Haupttypen der Sicherung und Versorgung im Krankheitsfall

Sozialversicherungssysteme

- Gesundheit als Rechtsanspruch
- Mittel bis hohes Ausmaß politischer Intervention
- Kollektive Risikoabsicherung (Solidargemeinschaft)
- Verbindliche Inklusion ([ehemals] Erwerbstätige)
- Finanzierung durch obligatorische Versicherungsbeiträge
- Leistungserbringung teils privatwirtschaftlich, teils öffentlich; eingeschränkter Wettbewerb
- Sachleistungsprinzip

Bereitstellung von Leistungen am Bedarf orientiert; Leistungskataloge; korporatistische Steuerung

Sozialstaatliche Systeme

- Gesundheit als öffentliches Gut
- Sehr hohes und direktes Ausmaß politischer Interventionen
- Kollektive Risikoabsicherung
- Inklusion aller Einwohner
- Finanzierung durch allgemeine Steuerung
- mehrheitlich öffentliche, aber auch private Leistungserbringer;
- Sachleistungsprinzip

Bereitstellung von Leistungen vom politisch anerkannten Bedarf abhängig; staatliche Steuerung; keine expliziten Leistungskataloge

Privatwirtschaftlich ausgerichtete Systeme

- Gesundheit als privates Gut
- Geringes Ausmaß politischer Intervention
- Individuelle Risikoabsicherung (Eigenverantwortung)
- Inklusion abhängig von Kaufkraft, Bildung; Risikoselektion durch Versicherungen; subsidiäre Armenfürsorge;
- Überwiegend private Finanzierung
- Privatwirtschaftliche Leistungserbringung; gewinnorientiert, Wettbewerb
- Geldleistungsprinzip, Tarifgestaltung nach Risikobewertung
- Leistungen von Nachfrage abhängig

Gender und Gesundheit

Geschlechterparadox

Frauen leben länger als Männer, zugleich ist aber ihre subjektive Befindlichkeit schlechter.

- Frauen leben gut fünf Jahre länger
- Frauen leben aber nur zwei Jahre länger ohne beeinträchtigende Erkrankungen
- Übersterblichkeit der Männer vor 65 Jahren vor allem aufgrund von verhaltensbedingten Todesursachen
- Unterschiedliche Morbiditätsprofile für Frauen und Männer
 - Frauen: höhere Prävalenz für nicht bedrohliche, akute und chronische Krankheiten
 - Männer: höhere Prävalenz für lebensbedrohliche Erkrankungen

Faktoren zur Erklärung der Geschlechterunter-schiede in Morbidität und Mortalität:

Biologische Faktoren:→ erklären vor allem männliche Übersterblichkeit in ersten Lebensjahren; genetische, hormonelle und immunologische Ausstattung der Geschlechter;

Methodische Faktoren:

- Frauen berichten anders als Männer (häufig wurden Haushalte befragt)
- Wahl des Indikators

Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem: → Frauen und Männer berichten anders; differenzielle Reaktion des Gesundheitssystems auf Beschwerden von Frauen und Männern; unterschiedl.

Diagnose- und Therapieprozeduren

Gesundheitsriskantes Verhalten

- Männer: rauchen häufiger, konsumieren mehr Alkohol, verhalten sich im Straßenverkehr riskanter, schützen sich schlechter von UV-Strahlung, ernähren sich ungesünder und nehmen seltener Früherkennungs-maßnahmen in Anspruch;
- Frauen: treiben seltener Sport, nehmen häufiger psychotrope Medikamente ein, zeigen häufiger restriktive Formen des Essverhaltens;
- Geschlechtsspezifische Sozialisationserfahrungen
- Konstruktion von Geschlechtlichkeit

Arbeits- und Lebensbedingungen

- Geschlechtsspezifische Arbeitsteilung: unter-schiedliche Teilhabe am öffentlichen Leben und ungleiche Wertschätzung, unterschiedliche Belastungen und zur Verfügung stehende Ressourcen
- Vereinbarkeit von Erwerbs- und Familienarbeit: Unterschiede in der Art der Hausarbeit
- Frauen: doppelt so viel Zeit für Haus- und Familienarbeit; zusätzlich Pflege von Angehörigen
- Männer: Belastung durch Einschränkung auf Erwerbsarbeit, Beschränkung auf Rolle des Ernährers und gleichzeitig Druck durch Erwartungen der Partnerinnen

Gender Mainstream

- Politische Strategie („Gender in den Mainstream bringen“)
- Gleichstellungspolitisches Instrument (in Organisationen eingesetzt)

Ziele:

- Verbesserung der Gleichstellung von Frauen und Männern in allen gesellschaftlichen Bereichen
- Optimierung organisationaler Prozesse

Innovativer Ansatz:

- Geschlechterfragen in bisher als geschlechts-neutral geltenden Bereichen
- Fokus von den Frauen hin zu beiden Geschlechtern → gesellschaftliche Aufgabe
- Frauen nicht mehr in der Rolle der Benachteiligten, sondern soziale Konstruktion und Beziehungen im Fokus
- Top-down: richtet sich an Entscheidungsträger → nachhaltige Verankerung durch strukturelle Veränderungen; Partizipation

GM in Organisationen

Einführung in Organisationen

- Komplexer Prozess mit vielschichtigen, strukturellen, sozialen und kulturellen Veränderungen
- Vielfältige Widerstände

Umsetzungsbedingungen:

- Sensibilisierung zentraler Akteur/-innen (Gender Trainings nach top-down-Prinzip)
- Benennung von Verantwortlichen
- Etablierung von Regulierungsgremien
- Entwicklung und Implementierung praktikabler Instrumente

GM in der Gesundheitspolitik

- Bisher nur wenige Ansätze für systematische Einführung
- **WHO Madrid Statement** „Mainstreaming gender equity in health“ (**2001**): GM als effektivste Strategie zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit zwischen Frauen und Männern

Ziele:

Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit zwischen den Geschlechtern

- Gleiche Zugangschancen zu gesundheitlichen Ressourcen
- Gleiche Berücksichtigung von Bedürfnissen beider Geschlechter im Gesundheitswesen
- Nicht Angleichung, sondern Chancen-gleichheit, die Gesundheitspotentiale auszuschöpfen
- Basis: geschlechtersensible Analysen

Qualitätsverbesserung der Gesundheitsversorgung

- Berücksichtigung der Geschlechterperspektive in den Angeboten der Gesundheitsversorgung
- Erkenntnisse aus der Gesundheitsförderung, Angebote bedürfnis- und bedarfsgerecht entsprechend der Zielgruppen zu gestalten
- Zu wenig Wissen über Unterschiede → GM zu wenig ausgeschöpft

Indikatoren: HDI, GDI, GEM