

## Gender-Medizin – eine neue Disziplin für die Arbeitsmedizin?

1. Einleitung	50
2. Der historische Hintergrund von Gender-Medizin	51
3. Determinanten von Gesundheit unter dem Gender-Aspekt	52
4. Geschlechtsspezifische Unterschiede der Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz	59
5. Gendermedizinische Ansätze für die Arbeitsmedizin	61
6. Perspektiven für die geschlechtsspezifische Arbeitsmedizin	64

*Anna M.  
Dieplinger*

*Leiterin der Abteilung  
Sozialdienst im  
AKH-Linz, Wissen-  
schaftlerin am Institut  
für Gesellschaft- und  
Sozialpolitik Uni-  
Linz, Expertin für  
Gender-Medizin*

**Auszug aus WISO 3/2013**

**isw**

Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

Volksgartenstraße 40

A-4020 Linz, Austria

Tel.: +43 (0)732 66 92 73, Fax: +43 (0)732 66 92 73 - 2889

E-Mail: [wiso@isw-linz.at](mailto:wiso@isw-linz.at)

Internet: [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at)

## **1. Einleitung**

Gender-Medizin – eine neue Disziplin für die Arbeitsmedizin?  
Bevor wir zur eigentlichen Beantwortung dieser Frage kommen, ist es hilfreich, zunächst auf einige wesentliche Begriffe und Grundgedanken einzugehen.

*Gender-Medizin:  
geschlechtssensibles  
Gesundheitssystem*

Die Gender-Medizin befasst sich mit den geschlechtsspezifischen Faktoren in der medizinischen Betreuung, Diagnostik, Therapie und weiteren Bereichen. Frauen und Männer haben in unserer Gesellschaft unterschiedliche Zugänge zum Gesundheitssystem, zeigen unterschiedliche Copingstrategien in der Bewältigung von Krankheiten und weisen tatsächlich bei bestimmten Krankheiten unterschiedliche Symptome auf. Unter dem Begriff „Gender“ werden nicht nur geschlechtsbezogene anatomische und physische Unterschiede zwischen Frauen und Männern verstanden, sondern auch sozialisationsbedingte Faktoren, mit der Konsequenz, dass in der medizinischen Betreuung/ Behandlung der soziale Kontext einer Erkrankung mitbeachtet wird. Mittlerweile ist der Begriff „Gender-Medizin“ (ausgehend von der sozialwissenschaftlichen Frauengesundheitsforschung) zu einer akademischen Disziplin geworden. In Österreich gibt es die Österreichische Gesellschaft für Gender-Medizin ([www.gendermedizin.at](http://www.gendermedizin.at)), aus welcher ein universitärer Lehrgang für Gender-Medizin hervorging (vgl. Kautzky-Willer, 2011). (<http://www.meduniwien.ac.at/orgs/index.php?id=64>)

*Geschlechterdimension bei  
psychischen  
und physischen  
Erkrankungen  
berücksichtigen*

In allen Organsystemen und medizinischen Fachbereichen werden geschlechtsspezifische kausale Zusammenhänge um die soziale Dimension erweitert. Gesamte Behandlungsprozesse werden analysiert und auf deren bio-psycho-sozialen Ansatz überprüft. Gesellschaftliche sozialisationsbedingte Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern bedingen, dass medizinische Prozesse, Behandlungsstrategien und Therapien in allen Fachdisziplinen der Medizin auf das Geschlecht hin überprüft werden müssen: Welche Unterschiede zeigen sich in der Diagnostik, Symptomatik, im Outcome, bei Therapieverläufen, bei Ressourcen etc.? Im Bereich von Lifestyle-Erkrankungen, bei degenerativen Prozessen, bei psychischen und neurologischen Störungen, bei Herz-Kreislaufkrankungen usw. kann die Gender-Medizin heute schon erste Ergebnisse vorweisen (vgl. Kautzky-Willer, 2011).

Die Prävention und die betriebliche Gesundheitsförderung bieten viele neue Arbeitsfelder für Gender-Medizin im Bereich der Arbeitsmedizin. Beispiele hierfür sind: präventive Maßnahmen im Bereich der Lifestyle-Erkrankungen (Metabolisches Syndrom usw.), Work-Life-Balance, arbeitsplatzbezogene ergonomische Verbesserungen, welche für Männer und Frauen individuell angepasst werden, umweltbedingte Aspekte (geschlechtsspezifische Angabe von Grenzwerten bei Schadstoffen und sonstigen chemischen Belastungen usw.), Schwerarbeit (Nachtschichten usw.) oder geschlechtsspezifische gesundheitsförderliche Maßnahmen wie Rückenschuleprogramme für Frauen und Männer).

*Lifestyle-Erkrankungen, Work-Life-Balance, arbeitsplatzbezogene Verbesserungen, umweltbedingte Maßnahmen*

### 2. Der historische Hintergrund von Gender-Medizin

In den 1960iger-Jahren wurden erstmals Frauenthemen in der Öffentlichkeit angesprochen. Gefolgt von Women`s Studies, Genderforschung und Gleichberechtigungsdiskussionen wurde in den 80er-Jahren erstmals systematisch Frauengesundheitsforschung betrieben. 1996 wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die sich mit dem Thema Gender in der Medizin befasste. In den Sozialwissenschaften fanden Auseinandersetzungen in der Frauenforschung zum Thema „Frau und Gesundheit bzw. Krankheit“ statt. In Österreich wurden Frauengesundheitszentren gegründet und erste Symposien und Pilotprojekte gestartet (vgl. Kautzky-Willer, 2011).

*Geschichte der Gender-Medizin: von den USA in den 60er-Jahren ...*

Ein weiterer Schritt war die Madrider Erklärung – Gender Mainstreaming in Health (WHO, 2001). Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen wird darin als effektivste Strategie anerkannt, um Gleichberechtigung zu erzielen. Lokale Strategien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung im Sinne eines Gender Mainstreaming sind in allen Belangen des Gesundheitswesens zu entwickeln und umzusetzen. 2001 wurde vom europäischen Regionalbüro der WHO in Kopenhagen weiterhin der „Strategic Action Plan for the Health of Women in Europe“ herausgegeben. Im Rahmen der OECD-Konferenz der GesundheitsministerInnen in Paris wurde 2004 zudem festgelegt, dass relevante Gesundheitsdaten, Kennzahlen und Statistiken im Gesundheitswesen geschlechterspezifisch aufgeschlüsselt vorliegen müssen.

*... über Madrid (2001) ...*

*... bis zur OECD-Konferenz in Paris 2004, wo Gesundheitsdaten und Statistiken festgelegt wurden*

Die Europäische Union beschäftigt sich bereits seit den 1990iger-Jahren mit dem Thema Frauengesundheit. 1996 bis 2001 wurde beispielsweise das EWHNET – European women's health net – als EU-Projekt im Rahmen des vierten mittelfristigen Aktionsprogramms für die Chancengleichheit von Männern und Frauen initiiert.

### **3. Determinanten von Gesundheit unter dem Gender-Aspekt**

*in Österreich lebten 2011 4,315 Millionen Frauen mit einer Lebenserwartung von 83,4 Jahren, ...*

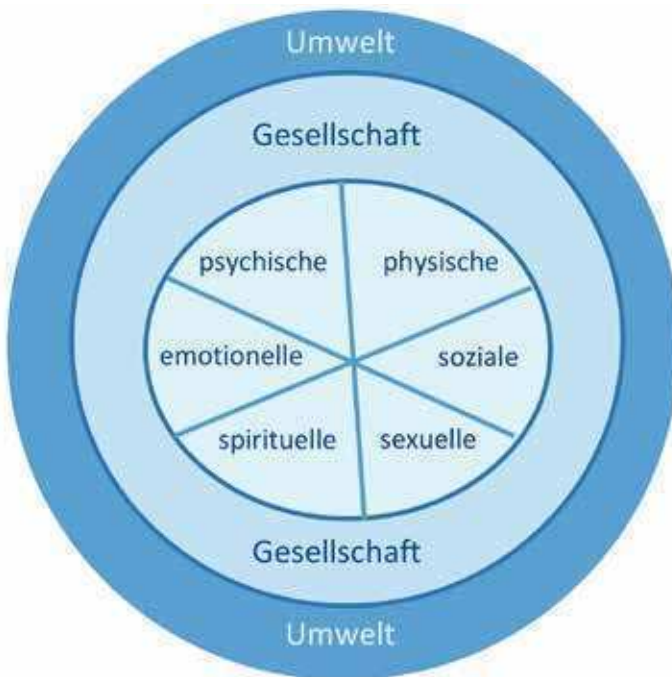
In Österreich lebten 2011 rund 8,42 Millionen Menschen, darunter 4,315 Millionen Frauen (51,2%) und 4,105 Millionen Männer (48,8%). Im Alter von 15 bis unter 60 Jahren ist das Verhältnis von Frauen und Männern überwiegend ausgeglichen. Erst im höheren Lebensalter verändern sich die Geschlechterproportionen immer stärker. Derzeit kann gesagt werden: Je älter, desto weiblicher – auch als „Feminisierung im Alter“ bezeichnet. Die Lebenserwartung der österreichischen Frauen beträgt derzeit 83,4 Jahre und die der Männer 78,1 Jahre (Statistik Austria, 2013). Frauen leben zwar länger, zeigen aber insgesamt höhere Lebensunzufriedenheitswerte und letztlich auch unterschiedliche Mortalitätsraten bei bestimmten Erkrankungen. Ab dem 75. Lebensjahr steigt bei Frauen in Österreich die Todesrate bei Herzinfarkt um das 9-Fache, bei Männern um das 5-Fache (Österreichischer Frauengesundheitsbericht, 2011). Laut der Studie „Euro Heart Survey“ (n ~ 2200 Männer und n ~ 1500 Frauen) zeigen die Ergebnisse, dass Frauen weniger sorgfältig untersucht wurden, weniger intensiv mit Medikamenten behandelt und auch seltener operiert wurden (Regitz-Zagrosek Vera, Berliner Charité). So verstarben in Österreich 2009 37,1% Männer und 48,2% Frauen an Herz-Kreislaufkrankungen (Statistik Austria, 2010).

*... aber nur 73% bewerteten ihre Gesundheit als „gut“*

Bei der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit (ab dem 15. Lebensjahr) geben 75,5% aller Österreicherinnen und Österreicher an, „zufrieden“ zu sein. 6% beurteilen ihre Gesundheit mit „schlecht“ bzw. „sehr schlecht“. 78% der Männer und 73% der Frauen bewerten ihre Gesundheit mit „gut“. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist nicht groß, aber bei der Betrachtung der Zahlen im ansteigenden Alter zeigt sich, dass Frauen im höheren Alter in einem höheren Ausmaß an gesundheitlichen Problemen leiden als die gleichaltrigen Männer.

Gesundheit wird durch verschiedene Determinanten beeinflusst. So zeigt das nachfolgende Dimensionenmodell nach Aggleton & Homans sowie Ewles & Simnett die individuellen, gesellschaftlichen und umweltbedingten Einflussfaktoren von Gesundheit. Die Erweiterung des Modells um den Faktor „Geschlecht“ kann in der betrieblichen Gesundheitsförderung und dem arbeitsmedizinischen Kontext neue Perspektiven aufzeigen. Analysiert man die Entstehung von Mobbing, sexueller Belästigung, psychischen Belastungssyndromen, physischen Erkrankungen und arbeitsplatzbezogenen Krankmachern usw. unter dem Aspekt Geschlecht, so zeigen sich in allen Bereichen geschlechtsspezifische Unterschiede. Aus diesen Unterschiedlichkeiten können wiederum neue, individuellere Konzepte in der Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt werden.

*Dimensionen der Gesundheit nach Aggleton & Homans, 1987; Ewles & Simnett, 1999*



*Gesundheit hat viele Ebenen und Dimensionen*

Übergeordnet haben monetäre, soziale, personale, umweltbedingte und politische Faktoren einen direkten Einfluss auf Gesundheit. Persönlichkeitsmerkmale, gesellschaftliche Ein-

flüsse, arbeitsbedingte Faktoren, persönliche Lebensformen, Geschlecht, individuelle Verhaltensweisen, genetische Dispositionen, psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz), Bildung, etc. bedingen direkt Gesundheit bzw. die Entstehung von Krankheiten.

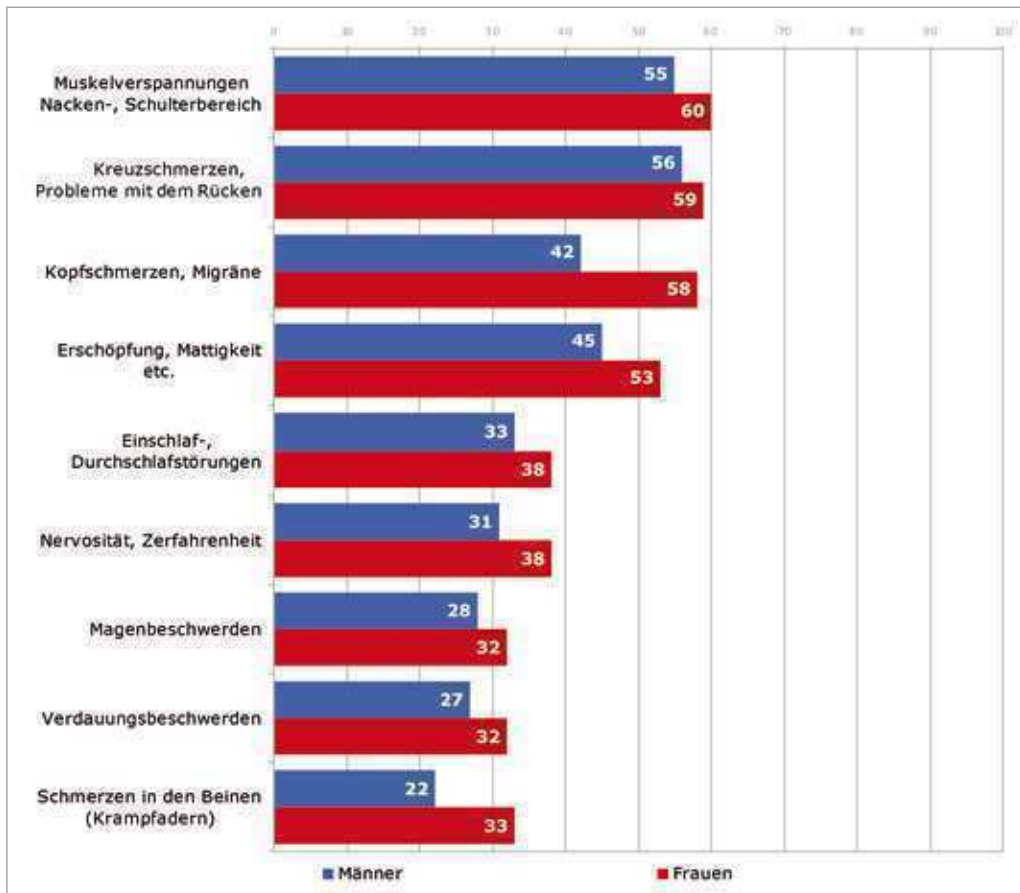
Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert die Einflussfaktoren von Gesundheit wie folgt (Determinanten für Gesundheit, WHO, Jakarta-Erklärung 1997):

*Gesundheit als  
Effekt von  
Bildung,  
Sicherheit und  
Emanzipation*

*„Grundvoraussetzungen für Gesundheit sind Frieden, Unterkunft, Bildung, soziale Sicherheit, soziale Beziehungen, Nahrung, Einkommen, Handlungskompetenzen (Empowerment) von Frauen, ein stabiles Ökosystem, nachhaltige Nutzung von Ressourcen, soziale Gerechtigkeit, die Achtung der Menschenrechte und die Chancengleichheit.“*

Viele der genannten Determinanten von Gesundheit (WHO) treffen direkt auf die arbeitsplatzbezogenen Bereiche zu. Besonderes Augenmerk sollte auf das Empowerment von Frauen, soziale Gerechtigkeit, Einkommen, soziale Sicherheit und die Chancengleichheit gelegt werden. Aufstiegschancen, Entlohnung, Diskriminierung und Leistung zeigen große Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Österreich.

Beschwerden, die auf die Arbeit zurückgeführt werden (in Prozent):



Quelle: Studie der Arbeiterkammer, IFES – Frage: Beschwerden, die auf die Arbeit zurückgeführt werden, Raml, 2008

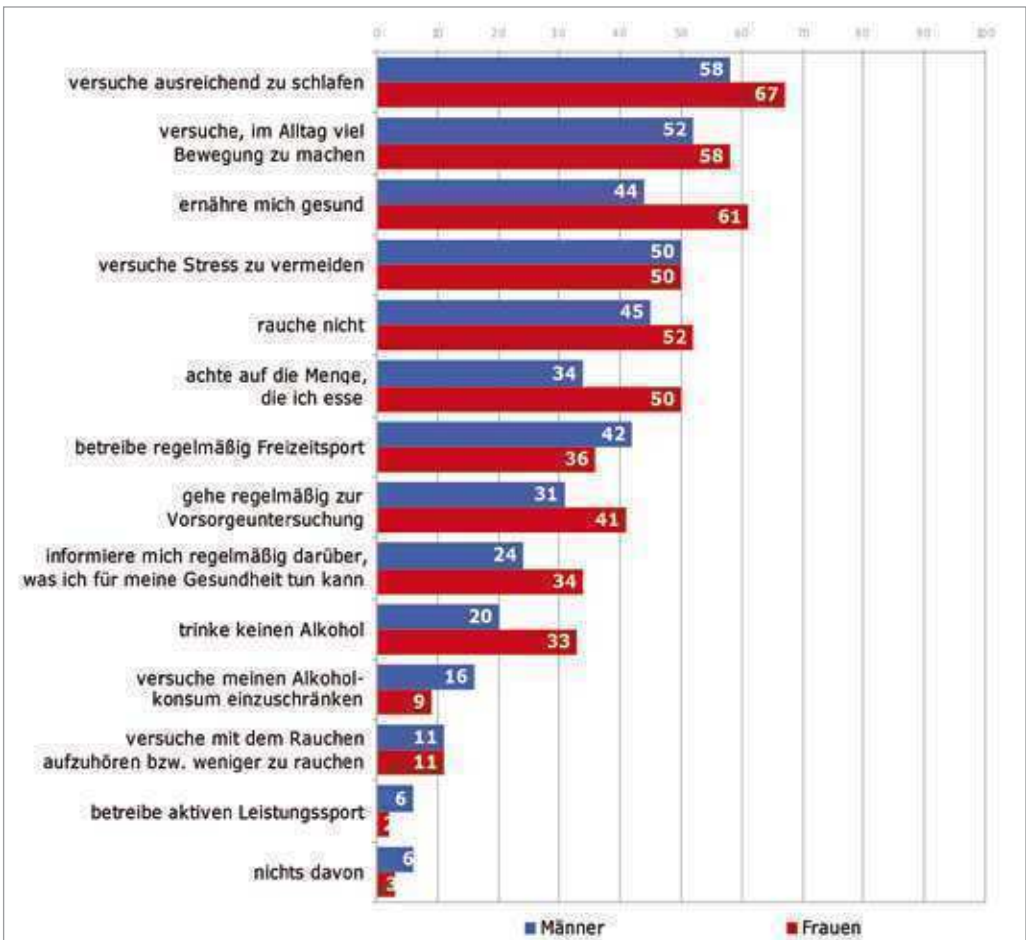
Gesundheitliche Beschwerden, soziale Kontakte, Belastungen am Arbeitsplatz, Arbeit trotz gesundheitlicher Einschränkungen, Freizeit- und Gesundheitsverhalten, Lärmbelastung am Arbeitsplatz und Auswirkungen auf die Gesundheit wurden 2008 in einer Studie der Arbeiterkammer auf geschlechtsspezifische Belastungen am Arbeitsplatz untersucht (n=4640; Raml, 2008). Die Ergebnisse zeigen eindeutig Unterschiede in vielen Bereichen. Bei der Frage nach den Beschwerden, die auf die Arbeit zurückgeführt werden, geben 58% der befragten Frauen Kopfschmerzen und Migräne an (Männer 42%). Schmerzen in

*Arbeitsbeschwerden 2008*

## Gender-Medizin – eine neue Disziplin für die Arbeitsmedizin? – A. Dieplinger

den Beinen haben 33% der Frauen und 22% der Männer. Aber ganz generell zeigte sich bei den 4640 befragten Personen, dass Frauen in allen Beschwerdebereichen mehr Belastungen angeben als Männer.

*Bewältigungsstrategien, um „gesund“ zu bleiben bzw. zu werden (in Prozent):*



Quelle: Studie der Arbeiterkammer, IFES-Frage: Bewältigungsstrategien, Raml, 2008

*höheres Gesundheitsbewusstsein bei Frauen*

Bei den Strategien zur Bewältigung von Krankheiten und für die Erhaltung der eigenen Gesundheit zeigt sich in vielen Bereichen der Befragung, dass Frauen ein höheres Gesundheitsbewusstsein und mehr Strategien für gesunde Lebensweisen nennen. Gesundheitsbewusste Ernährung, Verzicht auf Alkohol, aus-



reichend Schlaf, Vorsorgeuntersuchungen und Informationen über Gesundheit sind eher den Frauen zuzuschreiben. Männer hingegen betreiben mehr Sport in der Freizeit und auch mehr Leistungssport.

46,5% (gesamt 1.588.800 Frauen; Jahresdurchschnitt, 2008) beträgt der Anteil der Arbeitnehmerinnen in Österreich (laut Hauptverband der Sozialversicherungsträger, 2010). Es zeigt sich für Frauen, je nach Bundesland, eine Differenz im Einkommen (trotz Vollzeitbeschäftigung) von -23,9% in Wien bis -33,4% in Vorarlberg (vgl. Österreichischer Frauengesundheitsbericht, 2011, S. 309). Die Daten von Statistik Austria zeigen, dass bei einer Vollzeitbeschäftigung das Bruttojahreseinkommen der Frauen auch 2013 noch immer um 18,5% (31.598 Euro) unter jenem der Männer (38.776 Euro) liegt (Statistik Austria, 2013).

*Einkommens-  
schere öffnet  
sich weiter und  
das hat Effekte  
auf die Gesund-  
heit*

Die Bildungsstatistik zeigt, dass die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Niveau abgenommen haben. 23,9% der Frauen im Alter zwischen 25 und 64 Jahren haben als höchsten Schulabschluss Pflichtschule (14,8% Männer). Jedoch überholten Frauen ihre männlichen Schulkollegen bei der Reifeprüfung. 47,1% junge Frauen (Alter zwischen 18 und 19 Jahren) haben die Matura (33,7% Männer). Auch an Universitäten haben die Frauen die Männer überholt. 55,5% Studienabschlüsse werden von Frauen absolviert (Statistik Austria, 2013).

Betrachtet man den Unterschied der Geschlechter in Bezug auf die Erwerbstätigenquote, so zeigt sich ein steigender Anteil an Frauen in der Gruppe der 15- bis 64-Jährigen. Waren es 2001 noch 59,9% der Frauen, welche erwerbstätig waren, so sind es heute (Daten von 2011) 66,5%. Die Anzahl der Frauen in Teilzeit stieg in den letzten 10 Jahren von 561.600 (34,3% 2001) auf 843.400 (44% 2011). Ebenso stieg die Teilzeitarbeit bei der Gruppe der Männer – 2001: 4,4%; 2011: 8,9%. Die Gründe, warum viele Frauen Teilzeit arbeiten, finden sich z.B. in der Betreuungspflicht für Kinder oder der Pflege pflegebedürftiger Personen. 80% der häuslichen Pflege wird von Frauen übernommen (Österreichischer Frauengesundheitsbericht, 2011). Männer hingegen arbeiten dann Teilzeit, wenn schulische oder berufliche Aus- und Fortbildungen absolviert werden (Statistik Austria, 2013). Besonders Frauen sind von der doppelten Be-

*Pflegearbeit ist  
in Österreich  
nach wie vor  
Frauensache*

*Doppelbelastung  
von Frauen noch  
immer hoch*

lastung – Beruf und Familie – betroffen. Laut Bundesministerium für Gesundheit und Frauen beanspruchten 2010 lediglich 4,5% der Väter Karenz. Kindererziehung und Pflege von Angehörigen ist immer noch Aufgabe der Frau.

Generell kann gesagt werden, dass die Gleichstellung von Frauen in der Gesellschaft und besonders in der Arbeitswelt in Österreich sehr zaghafte erfolgt. Teilweise passiert dies in sehr unmerklichen Schritten und oftmaligen Pseudoprogrammen, welche eine tatsächliche Wirkung kaum zeigen bzw. sogar generell vermissen lassen. Diese Diskriminierung hat Auswirkungen auf das gesamte Leben (nicht nur auf die Gesundheit) von Frauen. So zeigt die Praxis, dass Frauen im Beruf oft mehr leisten müssen, um dieselbe Anerkennung zu erzielen wie Männer. In der internationalen Accenture Studie („So definieren Frauen Erfolg“, 2013; [www.accenture.com](http://www.accenture.com); n=4100; 13 Länder) zeigt sich, dass Frauen ihre Karriere passiver planen als Männer. Zudem fragen Frauen seltener nach einer Beförderung oder Gehaltserhöhung (26% der befragten Frauen, 74% der Männer) und sie werden tatsächlich auch weniger oft befördert (48% Frauen, 72% Männer). 50% der Männer erreichten eine neue Position (vs. 38% Frauen). Zudem ist Frauen eine ausgeglichene Work-Life-Balance wichtiger als Geld. In der Studie geben 46% der Frauen an, dass ein ausgeglichenes Verhältnis von Arbeit und Freizeit wichtig ist. Anerkennung im Beruf und Geld folgen erst auf den nächsten beiden Plätzen.

*Frauen vor allem  
im Sozialwesen,  
Dienstleistungs-  
und Gastge-  
werbe tätig*

In Österreich sind erwerbstätige Frauen überwiegend in den Wirtschaftsbereichen im Gesundheits- und Sozialwesen, als Hauspersonal in privaten Haushalten und bei der Herstellung von Waren und Dienstleistungen sowie im Gastgewerbe, Grundstücks- und Wohnungswesen tätig (Daten WKO, 2009).

## Gender-Medizin – eine neue Disziplin für die Arbeitsmedizin? – A. Dieplinger

Frauenanteile nach Wirtschaftsbereichen	Anteil Frauen in %
Verkehr und Lagerei	21,0
Information und Kommunikation	33,4
Kunst, Unterhaltung und Erholung	44,4
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	46,2
Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	50,3
Freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen	53,9
Handel; Instandhaltung, Reparatur von KFZ	54,8
Erziehung und Unterricht	58,0
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	58,1
Gastgewerbe/Beherbergung, Gastronomie	60,1
Exterritoriale Organisation und Körperschaften	60,8
Grundstücks- und Wohnungswesen	65,2
Sonstige Dienstleistungen	70,6
Gesundheits- und Sozialwesen	76,8
Private Haushalte mit Hauspersonal, Herstellung von Waren und Dienstleistungen	89,3

Quelle: Wirtschaftskammer Österreich – Statistik 02/2010: Beschäftigte nach Wirtschaftsbereichen und Geschlecht 2009, Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2011, S. 289

Besonders in frauendominierten Branchen sind arbeitsplatzbezogene medizinische Konzepte für Frauen gefordert. Individuelle gesundheitsförderliche Maßnahmen (Beispiel: Raucherausstieg für Frauen) brauchen im Vorfeld eine gute Recherche nach den Bedürfnissen der Mitarbeiterinnen im Betrieb. Erst wenn diese Ergebnisse vorliegen, können neue geschlechtsspezifische Konzepte entwickelt werden. Gendermedizinische Daten sind in organspezifischen medizinischen Bereichen vorhanden. Der Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zeigt besonders für die Arbeitsmedizin viel Potential für die Gender-Medizin.

*in frauendominierten Branchen herrscht besonderer Bedarf nach arbeitsplatzbezogenen medizinischen Konzepten*

#### 4. Geschlechtsspezifische Unterschiede der Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz

(vgl. Österreichischer Frauengesundheitsbericht, 2011)

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich bei Männern und Frauen in den verschiedensten Bereichen am Arbeitsplatz.

Die in der nachfolgenden Tabelle angeführten Belastungen sind nur ein Teil der bestehenden Risiken.

Risiko	Stärkere Exposition und größere Häufigkeit
Stress	Besondere Stressfaktoren bei Frauen sind sexuelle Belästigungen, Diskriminierung, Tätigkeiten mit wenig Ansehen und geringen Einflussmöglichkeiten, emotionale anstrengende Tätigkeiten sowie Doppelbelastungen durch die bezahlte Lohnarbeit und die unbezahlte Arbeit zu Hause.
Unfälle	Männer weisen eine höhere Unfallrate auf, selbst unter Berücksichtigung der geringeren Arbeitsstundenzahl bei Frauen.
Heben von schweren Lasten	Frauen leiden z.B. in Reinigungs-, Verpflegungs- und Pflgetätigkeiten an Schädigung durch das Heben und Tragen schwerer Lasten. Eine hohe Häufigkeit tritt bei beiden Geschlechtern auf.
Lärm/Hörverlust	Frauen können z.B. in der Textil- und Lebensmittelproduktion starker Lärmbelastung ausgesetzt sein.
Arbeitsbedingte Krebserkrankungen	Größere Häufigkeit bei Frauen in bestimmten Herstellungsbranchen.
Asthma und Allergien	Frauen betroffen z.B. durch Reinigungsmittel, Sterilisationsmittel und Staub in Schutzhandschuhen aus Latex, die im Gesundheitswesen eingesetzt werden, sowie durch Staub in der Textil- und Bekleidungsindustrie.
Infektionskrankheiten	Frauen, welche im Gesundheitswesen tätig sind oder Tätigkeiten im Kontakt mit Kindern ausüben.
Schutzausrüstung	Schutzausrüstung wurde für den „Durchschnittsmann“ entworfen, was für viele Frauen und „Nicht-Durchschnittsmänner“ problematisch ist.
Ungünstige Arbeitszeiten	Für Männer ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie lange bezahlte Arbeitsstunden ableisten, während Frauen mehr unbezahlte Arbeit zu Hause erledigen.

Quelle: Österreichischer Frauengesundheitsbericht, 2011, S. 294f, EASWH, 2003

*Frauen 10,6 und Männer 10,7 Tage im Jahr krank – Abstand rapide verringert*

Die Krankenstandsstatistik zeigt, dass im Durchschnitt Frauen 10,6 Tage und Männer 10,7 Tage krank sind. Waren bislang die Frauen im Vergleich zu den Männern nicht nur seltener, sondern auch kürzer krank, so hat sich der Abstand bei der Dauer nahezu aufgehoben und bei der Häufigkeit umgekehrt: 2011 waren Frauen im Durchschnitt etwa gleich lang im Krankenstand wie Männer, hatten aber pro erwerbstätiger Frau 13,5 entfallende Tage, die Männer hingegen lediglich 12,9 Tage (Statistik Austria, 2013). Frauen gehen laut Österreichischem Frauengesundheitsbericht durchschnittlich mehr zum Arzt/zur Ärztin und weisen mehr Entlassungen aus Akut-Krankenanstalten auf. Frauen sind in der Familie die „Gesundheitsmanagerinnen“ und nutzen weitaus öfter gesundheitsförderliche Programme (Gesunden-

untersuchung 60% Frauen; 40% Männer; BMGF, 2011). Sie achten mehr auf eine gesündere Ernährung, gehen eher zu Fuß oder fahren häufiger mit dem Fahrrad (Frauen 38,1%, Männer 28,6%), achten auf phosphatfreie Waschmittel und kaufen eher Naturtextilien aus ökologischem Anbau (Frauen 23,1%, Männer 13,7%), um Allergien vorzubeugen (Deutsche Studie, n=1947, 2013; Pirhalla, 2013).

So leben Frauen zwar gesünder und auch bewusster, sie erleben jedoch im Arbeitsumfeld Stressoren, welche die Psyche stark belasten. So sind mehr Frauen von Mobbing betroffen als Männer. Mobbing gegenüber Frauen zielt meist auf das Geschlecht, die Sexualität und das Erscheinungsbild ab. Bei Männern wird eher im Bereich Leistung gemobbt (Arbeitsmarktservice, 2013). 76,8% Frauen arbeiten im Gesundheits- und Sozialwesen. Sie sind der Gefahr von Infektionskrankheiten, Schichtarbeit, Heben von schweren Lasten, ungünstigen Arbeitszeiten, Allergien und sonstigen Stressoren ausgesetzt. Schichtarbeiterinnen erkranken wesentlich häufiger an Brustkrebs und haben letztlich ein um 40 Prozent höheres Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, als Frauen, welche keine Schichtarbeit verrichten (vgl. Hanes und Lassen, 2012).

*Frauen leben gesünder, erleben mehr psychische Stressoren im Arbeitsumfeld*

Die Unfallstatistik zeigt, dass Männer fast doppelt so viele Arbeitsunfälle (6,4%) erleiden wie Frauen (3,4%). Physischen Belastungen (Chemikalien, Hantieren von schweren Lasten, Lärm etc.) sind ebenso Männer häufiger ausgesetzt (zu 48%, im Vergleich zu 35% der Frauen). Schutz- und Sicherheitsausrüstungen sind in vielen Branchen für Männer entworfen und sind oft nicht für Frauen (und auch nicht für Nicht-Durchschnittsmänner) geeignet.

*Männer haben fast doppelt so viele Arbeitsunfälle (6,4%) wie Frauen (3,4%)*

## **5. Gendermedizinische Ansätze für die Arbeitsmedizin**

Lifestyle-Faktoren (Ernährung, Bewegung, Sucht etc.) sind besonders gut geeignet, um mit einem geschlechtsspezifischen Ansatz zielgerichtet Programme für die Arbeitsmedizin zu starten. Generell kann gesagt werden, dass alle Bereiche der Arbeitsmedizin auf das Geschlecht hin geprüft werden können.

Hier ein paar Beispiele, wie sich die Datenlage derzeit zeigt:

- **Gesundenuntersuchungen** werden überwiegend (zu 60%)

*Aufgaben der Gender-Medizin: Gesundenuntersuchung, Ernährung, Bewegung, psychische Faktoren beobachten*

- von Frauen regelmäßig in Anspruch genommen. Nur 40% der Männer gehen regelmäßig zum Gesundheits-Check (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2011). Frauen sind eher für gesundheitsförderliche Lebensweisen zu gewinnen. Hingegen halten sich Männer generell für gesünder (Österreichischer Frauengesundheitsbericht, 2011).
- **Ernährung:** „Diäten sind weiblich“ – Männer sind wesentlich weniger für das Abnehmen zu begeistern als Frauen. Frauen ernähren sich zwar gesünder, haben aber auch häufiger ein ambivalentes Verhältnis zum Essen (Bsp. Diäten, Essstörungen, gesellschaftliche Schönheitsideale, Folge: Schönheitsoperationen usw.). Die Sorge um den eigenen Körper ist generell bei Frauen ausgeprägter.
  - **Adipositas:** Der Body-Mass-Index (in der Gruppe von 25 bis unter 30) ist in den Jahren von 1999 bei Frauen von 22% auf 30% angestiegen. In der Gruppe der Personen mit einem BMI über 30 (Adipositas) zeigt sich kein geschlechtsspezifischer Unterschied. Sowohl die Gruppe der Frauen als auch die der Männer stieg gleichermaßen von 9% im Jahre 1999 auf 13% im Jahre 2006 an (Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung, 2006/2007).
  - **Bewegung:** Männer betreiben mehr Sport als Frauen und geben zudem an, die Freizeit überwiegend mit Freunden zu verbringen. Fragt man Frauen, wie diese ihre Freizeit verbringen, dann geben diese überwiegend an, dass sie die Zeit mit den Kindern verbringen (Dieplinger, 2005). Gerade im Bereich Bewegung zeigt sich ganz deutlich, dass Männer körperlich aktiver sind und durch ein Mehr an Muskelmasse mehr Leistung erbringen können (Österreichischer Frauengesundheitsbericht, 2011). Frauen haben andere physiologische Voraussetzungen und unterscheiden sich dadurch auch in der Leistungsfähigkeit. Die geringere körperliche Leistungsfähigkeit wird wiederum Frauen eher negativ ausgelegt als Männern. Letztlich würden dann Frauen wieder als das „schwache Geschlecht“ etikettiert und diskriminiert (vgl. Alfermann, 2009). Eine solche Etikettierung mit einer hierarchischen „besseren“ oder „schlechten“ Stellung der Geschlechter kommt besonders in männerdominierten Branchen vor.
  - **Psychische Faktoren:** Stationäre Aufenthalte bei psychischen und Verhaltensstörungen (PV) und Krankheiten des Nervensystems sind von 2001 bis 2008 um 12% gestiegen.

Der Frauenanteil liegt hier bei 54,3%. Frauen sind von psychischen Beeinträchtigungen besonders betroffen bzw. werden diese häufiger bei Frauen diagnostiziert. Der Frauenanteil bei affektiven Störungen liegt bei 66,8%. Doppel- und Mehrfachbelastungen sowie eine steigende Diagnosestellung sind hier anzumerken. 71% der PV durch Alkohol entfallen dagegen auf Männer.

- **Rauchen und Raucherausstiegsprogramme:** Zwar geht die Zahl der Raucher insgesamt zurück, jedoch steigt das Rauchen bei Frauen stark an. 19,4% der Frauen in Österreich rauchen täglich. Bei den Männern sind dies 27,5%. Der Wert der Männer hat sich von 1972 um fast 10% reduziert. Frauen hingegen rauchten 1972 nur zu 9,8%, d.h. dieser Wert hat sich seitdem verdoppelt (Statistik Austria, Mikrozensus-Sonderprogramm, 2007).

*RaucherInnen-  
ausstiegspro-  
gramme, Dro-  
gen- und Alko-  
holprävention*

Immer mehr Frauen sterben heute auch an Lungenkrebs. Laut einer dänischen Studie verdoppelt sich bei Frauen bereits ab drei Zigaretten täglich das Risiko eines Herzinfarktes. Bei Männern erhöht sich das Risiko ab sechs Zigaretten (DBMG, 2009). Das Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken, ist bei Raucherinnen achtmal so hoch wie bei Nichtraucherinnen. 10 bis 20% der Raucherinnen schaffen erfolgreich einen Rauchausstieg. Bei den Männern sind es 40 bis 50%. Die Rückfallquote ist jedoch bei Frauen geringer und sie benötigen weniger Versuche, um das Rauchen aufzuhören (Österreichischer Frauengesundheitsbericht, 2011). Frauen rauchen wesentlich häufiger bei Stress, frustrierenden Erlebnissen und bei Ärger als Männer. Zudem haben Frauen andere Copingstrategien, um mit dem Rauchen aufzuhören (Die Welt, 2013; Forum Gesundheit, 2013).

- **Drogen:** Frauen konsumieren überwiegend legale Drogen, sprich Schlafmittel, Schmerz- und Beruhigungsmittel. Männer tendieren eher zu illegalen Drogen. Der größte Anteil an Männern besteht beim Konsum von Heroin (83%), LSD, Ecstasy und biogenen Drogen. Frauen konsumieren anteilmäßig am meisten Schnüffelstoffe (44%), Cannabis und Amphetamine (BMGF, 2006).
- **Alkohol:** Knapp 5% der österreichischen Bevölkerung sind alkoholkrank (330.000). 9% Frauen und 30% Männer befinden sich mit ihren Trinkgewohnheiten in diesem Bereich, welcher eindeutig als gesundheitsschädlich bezeichnet werden kann (BMGF, 2009).

## **6. Perspektiven für die geschlechtsspezifische Arbeitsmedizin**

Die Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin nennt in ihren Zielen zwei Punkte, welche besonders für die Gender-Medizin zum Tragen kommen: ([www.gamed.at](http://www.gamed.at))

*Erforschung  
arbeitsbedingter  
gesundheitlicher  
Gefährdungen ...*

Ziel 1: Erforschen und Aufzeigen arbeitsbedingter gesundheitlicher Gefährdungen und Erkrankungen, um daraus Maßnahmen für eine effektive Prävention abzuleiten.

Ziel 2: Förderung und Weiterentwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Betrachtet man diese Ziele unter dem Aspekt des Geschlechtes und der sozialen Faktoren, so können Maßnahmen und Ressourcen für die Gender-Medizin abgeleitet werden. Nach Gutiérrez-Loboos sind die Überprüfung des Gesundheitsstatus von Frauen und Männern, der Zugang und die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, die Auswirkungen von gesundheitspolitischen Maßnahmen und Programmen, die Verteilung und Entlohnung von Gesundheitsarbeit und die Partizipation an Gesundheitspolitik für die Gender-Medizin wesentlich (Gutiérrez-Lobos, 2009).

Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2001) sind folgende Ziele von Gender Mainstreaming als Strategien im Gesundheitsbereich umzusetzen: Die Erreichung der gesundheitlichen Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern, die Verbesserung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen, die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Bedürfnisse, die Verteilung von Ressourcen im Gesundheits- und Sozialwesen und die Entscheidungsmacht und Verantwortung (Wimmer-Puchinger, 2008).

*... Förderung  
der betrieblichen  
Gesundheitsförderung*

Für die Arbeitsmedizin zeigen sich in allen Arbeitsfeldern Perspektiven für die Gender-Medizin. Hier einige Vorschläge für Programme und Konzepte:

- Vereinbarkeit von Beruf und Familie (Kinderbetreuungsplätze, Arbeitszeitmodelle etc.).
- Aktive Karriereplanung für Frauen mit dem Aspekt Entlohnung und Beförderung.
- Gleichstellung bei der Bezahlung und der Fort- und Weiterbildung.
- Entlastungsprogramme für pflegende Angehörige (Erholung



und Kurangebote durch die Versicherungsträger nutzen).

- Senkung der arbeitsplatzbezogenen Risiken durch die Beachtung des Geschlechts und der sozialen Rolle.
- Angepasste Schutzausrüstungen für Frauen, besonders in männerdominierten Berufen.
- Geschlechtsspezifische Grenzen für Belastungsfaktoren und Schadstoffe (Informationen können über das Umweltbundesamt eingeholt werden).
- Lifestyle-bezogene Gesundheitsförderung und Präventionsprogramme (Rauchausstieg, Diätkonzepte und Sportprogramme für Frauen, Suchtberatung für Männer).
- Aufklärung von Frauen im Betrieb über Medikamentenkonsum (legale Drogen).
- Arbeitsplatzbezogene geschlechtsspezifische Aspekte (Wandfarbe, Ausstattung der Büros usw.).

Mit diesen und weiteren Maßnahmen könnten in der Arbeitsmedizin effektive Präventions- und Gesundheitsförderkonzepte entwickelt werden. Gender-Medizin kann für das berufliche Umfeld von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern einen sehr wichtigen Beitrag für ein „besseres“ Arbeitsumfeld bieten. Die Arbeitsmedizin kann zwar nicht alle Aspekte am Arbeitsplatz abdecken, aber sie hat die Chance, in einigen Ebenen und Bereichen Programme und Ideen anzustoßen. In der interdisziplinären Rolle der Arbeitsmedizin können Daten und Fakten an entsprechende Akteure im Betrieb weitergeleitet werden. Sicherheitstechnik, Betriebsrat, Führungskräfte, technische Ausstatter der Arbeitsplätze, Personalverantwortliche usw., welche in vielen Betrieben derzeit mit der Arbeitsmedizin verbunden sind, könnten unter dem Aspekt der Gender-Medizin die Arbeitsmedizinerin/den Arbeitsmediziner noch effektiver unterstützen.

*Verbesserung  
des Arbeitsumfeldes und der  
Arbeitsbedingungen heißt  
Hebung der  
Arbeitsqualität*

### Literatur

- Aggleton & Homans, 1987; Ewles & Simnett, 1999: Dimensionen von Gesundheit in Naidoo Jennie, Wills Lane: 2010, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Lehrbuch der Gesundheitsförderung, Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg
- Alfermann Dorothee: 2009, erschienen in: J. Baur, K. Bös, A. Conzelmann & R. Singer (Hrsg.), Handbuch motorische Entwicklung (2. Aufl., 251-260). Schorndorf: Hofmann
- Appiano-Kugler Iris, Kogoj Traude (Hgin.): 2008, Going Gender and Diversity – Ein Arbeitsbuch, Facultas Verlag, Wien
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen: 2010/2011, Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2011, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen: 2006 Illegaler Drogenkonsum

- in Österreich, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen: 2009, Handbuch Österreich –
- Dieplinger Anna: 2005, Patienten- und Patientinnen-Umfrage eine Ist-Analyse Eine Erhebung über das soziale Umfeld von Patienten/innen mit chronischen Schmerzen; Projektbericht
- EASHW – European Agency of Safety and Health at Work: 2003, Gender issues in safety and health at work, A review.
- Gutiérrez-Lobos Karin: 2009, Vortrag – Was ist Gender-Medizin; Medizinische Universität Wien
- Hansen Johnni, Lassen Christina F.: 2012, Nested case-control study of night shift work and breast cancer risk among women in the Danish military, Journal occupational and environmental medicine
- Hauptverband der Sozialversicherungsträger: 2010, Statistik, Österreichische Sozialversicherung
- Kautzky-Willer Alexandra: 2011, Gender-Medizin: Beispiel in Österreich, in Frauengesundheitsbericht Österreich, 2010/2011, Bundesministerium für Gesundheit
- Naidoo Jennie, Wills Lane: 2010, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Lehrbuch der Gesundheitsförderung, Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg
- Pirhalla Ruth: 2013, Das umweltbewusstere Geschlecht – Umfrage: Ökologisches Verhalten ist unter Frauen weiter verbreitet als unter Männer, Apotheken Umschau
- Raml: 2008, IFES, AK-Studie Geschlechtsspezifische Belastungen am Arbeitsplatz; Vortrag Linz
- Regitz-Zagrosek Vera: 2011, Studie Euro Heart Survey, Berliner Charité
- Statistik Austria: 2006, 2007, 2008, Österreichische Gesundheitsbefragung, Gesundheitsdaten, [www.statistik.at](http://www.statistik.at)
- Wimmer-Puchinger Beate: 2008, Going Gender and Diversity, in Appiano-Kugler Iris, Kogoj Traude (Hgin.), Going Gender and Diversity – Ein Arbeitsbuch, Facultas Verlag, Wien

### Internet

- [http://www.ams.at/\\_docs/001\\_mobbing\\_am\\_arbeitsplatz.pdf](http://www.ams.at/_docs/001_mobbing_am_arbeitsplatz.pdf), dl.03.07.2013
- <http://www.umweltbundesamt-daten-zur-umwelt.de/umweltdaten/public/theme.do?nodent=2887>, dl. 03.07.2013
- [http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/510710\\_Berufsliste%20f%C3%BCr%20Frauen%20und%20M%C3%A4nner%20mit%20k%C3%B6rperlicher%20Schwerarbeit%20\(f%C3%BCr%20Internet\)%20-%20112008.pdf](http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/510710_Berufsliste%20f%C3%BCr%20Frauen%20und%20M%C3%A4nner%20mit%20k%C3%B6rperlicher%20Schwerarbeit%20(f%C3%BCr%20Internet)%20-%20112008.pdf), dl. 03.07.2013
- <http://oem.bmj.com/content/early/2012/05/11/oemed-2011-100240.short>, dl. 03.07.2013
- <http://www.welt.de/gesundheit/psychologie/article3144940/Frauen-rauchen-aus-anderen-Gruenden-als-Maenner.html>, dl. 10.07.2013
- [http://www.forumgesundheit.at/portal27/portal/forumgesundheitportal/channel\\_content/cmsWindow?p\\_pubid=661106&action=2&p\\_menuid=61362&p\\_tabid=1](http://www.forumgesundheit.at/portal27/portal/forumgesundheitportal/channel_content/cmsWindow?p_pubid=661106&action=2&p_menuid=61362&p_tabid=1), dl. 10.07.2013
- <http://agency.osha.eu/publications/repo/209/en/ReportgenderEN.pdf>, dl. 02.12.2010
- <http://www.meduniwien.ac.at/orgs/index.php?id=64>, dl. 13.07.2013
- [www.gendermedizin.at](http://www.gendermedizin.at), dl. 13.07.2013
- <http://careers.accenture.com/de-de/working/development/career-path/Pages/karrierechancen-fur-frauen.aspx>, dl 13.07.2013
- <http://www.gamed.at/index.php?id=15>, dl. 13.07.2013

INSTITUT FÜR SOZIAL- UND WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTEN

# WISO

WIRTSCHAFTS-UND SOZIALPOLITISCHE ZEITSCHRIFT

Die Zeitschrift WISO wird vom Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (ISW) herausgegeben. Sie dient der Veröffentlichung neuer sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Behandlung wichtiger gesellschaftspolitischer Fragen aus Arbeitnehmersicht.

Lohnpolitik, soziale Sicherheit, Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit, Arbeit und Bildung, Frauenpolitik, Mitbestimmung, EU-Integration - das sind einige der Themen, mit denen sich WISO bereits intensiv auseinander gesetzt hat.

WISO richtet sich an BetriebsrätInnen, GewerkschafterInnen, WissenschaftlerInnen, StudentInnen, Aktive in Verbänden, Kammern, Parteien und Institutionen sowie an alle, die Interesse an Arbeitnehmerfragen haben.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Preise:\* Jahresabonnement EUR 22,00 (Ausland EUR 28,00)  
Studenten mit Inskriptionsnachweis EUR 13,00  
Einzelausgabe EUR 7,00 (Ausland EUR 12,00)

(\* Stand 2005 - Die aktuellen Preise finden Sie auf unserer Homepage unter [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at))

Wir laden Sie ein, kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen ein WISO-Probeexemplar zu bestellen. Natürlich können Sie auch gerne das WISO-Jahresabonnement anfordern.

Informationen zum ISW und zu unseren Publikationen - inklusive Bestellmöglichkeit - finden Sie unter [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at).



## BESTELLSCHEIN\*

Bitte senden Sie mir kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen

- 1 Probeexemplar der Zeitschrift WISO
- 1 ISW Publikationsverzeichnis

Ich bestelle \_\_\_\_\_ Exemplare des WISO-Jahresabonnements (Normalpreis)

Ich bestelle \_\_\_\_\_ Exemplare des WISO-Jahresabonnements für StudentInnen mit Inskriptionsnachweis

\* Schneller und einfacher bestellen Sie über das Internet: [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at)

Name \_\_\_\_\_

Institution/Firma \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Plz/Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### BESTELLADRESSE:

ISW  
Volksgartenstraße 40, A-4020 Linz  
Tel. ++43/732/66 92 73  
Fax ++43/732/66 92 73-28 89  
E-Mail: [wiso@akooe.at](mailto:wiso@akooe.at)  
Internet: [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at)