

1. Einleitung und Forschungsfragen

„Körperliche und psychische Gesundheit (ist) (...) gegeben wenn ein Mensch konstruktive Sozialbeziehungen aufbauen kann, sozial integriert ist, eine angemessene Befriedigung der Grundbedürfnisse durch die ökologische Umwelt erfährt, die eigene Lebensgestaltung an die wechselhaften Belastungen des Lebensumfeldes anpassen und dabei die persönlichen Bedürfnisse ausdrücken und Sinnerfüllung finden kann, und wenn dieses im Einklang mit den biogenetischen und physiologischen Potenzialen und den körperlichen Möglichkeiten geschieht“ (Hurrelmann, 2006: 134).

Sich rundherum gesund zu fühlen gehört zu den fundamentalen Bedürfnissen des Menschen. Gesundheit ist eine positive Ressource, welche im Lebensalltag eine grosse Rolle spielt. Sie ist neben anderen Faktoren wie der sozialen Lage, dem Innehaben bestimmter sozialer Rollen oder dem individuellen Ausmass der soziokulturellen Integration eine wesentliche Voraussetzung oder mindestens von grossem Vorteil für eine produktive, unabhängige und auf Selbstentfaltung ausgerichtete Lebensführung. Dahingegen sind Personen mit wenigen psychosozialen Ressourcen und chronisch kranke Menschen stark benachteiligt, weil sie dauerhaft oder punktuell auf Unterstützung unterschiedlicher Systeme und Netzwerke (Medizin, Psychiatrie, Sozialversicherungen, Nachbarschaft, Familie und Freunde etc.) angewiesen sind. Sie müssen die Erfahrung machen, dass ihre Vulnerabilität, ihr behinderter Körper oder ihre verletzte Psyche Lebenspläne einschränken oder sogar verunmöglichen. Erschwert wird ihre Situation möglicherweise durch gesellschaftliche Diskriminierung und Stigmatisierung¹, da es gesunden und ressourcenreichen Menschen oft schwer fällt zu begreifen, was es bedeutet sozial benachteiligt zu sein oder aufgrund einer Krankheit alternative Lebensweisen verfolgen zu müssen, um im Rahmen eingeschränkter Möglichkeiten gesund zu bleiben (vgl. Aneshensel & Phelan, 1999 / Golly, 2006 / Hurrelmann, 2006 / Kickbusch, 2001 / König, 2008 / Mitchell, Benito-León, Morales González & Rivera-Navarro, 2005 / Mohr, Dick, Russo, Pinn, Boudewyn, Likosky & Goodkin, 1999 / Schrottmann, 1990 / Siegrist, 2005 / Weiss, 2003). Darüber hinaus ist Gesundheit ein fundamentales Menschenrecht und *„ein Massstab zur Messung der Fortschritte hinsichtlich der Verringerung von Armut, der Förderung des sozialen Zusammenhalts und der Beseitigung von Diskriminierung“* (WHO, 1998a: 8).

Das Ziel der vorliegenden Lizentiatsarbeit ist es nun, einen Beitrag zur aktuellen Diskussion um geschlechtssensible und zielgruppenorientierte Gesundheitsforschung und -förderung in der Schweiz zu leisten (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2006). Im Einklang mit den

¹ Der Begriff Stigmatisierung ist vom Terminus Stigma (griech.: Wundmal) abgeleitet und bezeichnet die Tatsache, *„dass das Vorliegen eines negativ bewerteten Merkmals einer Person (...) Anlass gibt, das gesamte Verhalten und die gesamte Persönlichkeit entsprechend negativ zu bewerten“* (Siegrist, 2005: 42). Im sozialen Austausch wird der betroffenen Person gezielt ein negatives Selbstbild vermittelt, was im Sinne einer „self-fulfilling prophecy“ dazu führen kann, dass es von ihr internalisiert und gelebt wird (ebd.).

Ergebnissen der internationalen sozialepidemiologischen Forschung wird dem Gender-Gesundheitsbericht Schweiz (BAG, 2006) zu Folge die Gesundheit von Frauen und Männern von biologischen, psychologischen und soziokulturellen Wirkungsfaktoren beeinflusst. Letztere umfassen im Wesentlichen die Arbeits- und Lebensbedingungen, die sowohl zwischen den Geschlechtern wie auch innerhalb desselben Geschlechts stark variieren. In dieser Arbeit wird im Sinne der Eingrenzung des Forschungsfeldes die Gesundheit von Frauen im Jahr 2007 in der Schweiz untersucht² und den Konzepten Gesundheit und Gesundheitsförderung folgend primär der Fokus auf Ressourcen und sekundär auf Risikofaktoren gelegt. Somit stehen anregende und unterstützende Impulse (Förderung) im Vordergrund. Schützende und sichernde Aspekte (Prävention) werden zusätzlich berücksichtigt (vgl. Hurrelmann, 2006: 147).³

Genauer gesagt knüpft diese Untersuchung an die Dissertation „*Gesundheit im Sozialgefüge – soziale Ungleichheit, soziale Rollen und Gesundheit in der Schweiz, 1992 und 2002 im Vergleich*“ von König (2008) an. Die Autorin konnte anhand der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung zeigen, dass sich bei Frauen und Männern in der Altersspanne von 30-59 auch in der reichen Schweiz keine Chancengleichheit in Bezug auf gute Gesundheit ausmachen lässt, denn Personen mit geringem Einkommen, niedriger Bildung, einem tiefen Berufsstatus oder solche mit wenigen sozialen Kernrollen, die durch Eltern- oder Partnerschaft oder Erwerbstätigkeit definiert sind, haben geringere Chancen auf hohes gesundheitliches Wohlbefinden als solche, die über hohe finanzielle, bildungs- und berufsbezogene Ressourcen verfügen und sozial gut integriert sind. Wie sich gezeigt hat, bedeutet dies insbesondere für Frauen, dass sie von Lebensbedingungen profitieren, welche Integration in den Arbeitsmarkt kombiniert mit Partner- und Elternschaft mit sich bringen. Dabei ergibt sich nach der Definition von König (2008: 129ff) die geringste Integration aus

² Der Bezug zum männlichen Geschlecht wird lediglich dann hergestellt, sofern es die theoretische Argumentation erfordert oder im Rahmen weiterer Erläuterungen als interessant erachtet wird (Zum Thema gender equity vgl. Doyal, 2000 und zu Formen der Geschlechterverzerrung in der Forschung und deren Konsequenzen vgl. Babitsch, 2005). Ferner wird in dieser Arbeit oft der Einfachheit halber die männliche Bezeichnung (z.B. der Arbeitgeber) verwendet, wobei jeweils beide Geschlechter gemeint sind. Bezieht sich eine Argumentation ausschliesslich auf das weibliche Geschlecht, wird die weibliche Form verwendet.

³ Das Konzept Gesundheit ist mit Gesundheitsförderung, dasjenige von Krankheit mit Krankheitsprävention verknüpft. Sie unterscheiden sich im Hinblick auf ihre Zielorientierung. Gesundheitsförderung legt den Fokus auf „*Gesundheitsgewinn durch Verbesserung der Bedingungen für Gesundheit*“; Krankheitsprävention auf „*Gesundheitsgewinn durch Zurückdrängen von Risikofaktoren für Krankheit*“ (Hurrelmann, 2006: 151). Beide wollen Gesundheitsgewinne erzielen, weswegen sie in der Alltagssprache oft synonym verwendet werden. In den Gesundheitswissenschaften werden sie komplementär definiert, um entsprechend wirksame Strategien abzuleiten (ebd: 153ff). Da es sich bei dieser Arbeit um eine Querschnittanalyse handelt, können lediglich Aussagen darüber gemacht werden, ob sich ein Faktor als Risikofaktor für oder Schutzfaktor von Gesundheit erweist. Um hingegen zu überprüfen, ob bestimmte Faktoren Gesundheit verbessern, müsste ein Längsschnitt-design herangezogen werden.

der Absenz der drei sozialen Kernrollen, die sie dann als gegeben betrachtet, wenn eine Person mit eigene Kindern und/oder dem Partner im selben Haushalt lebt und/oder einer Erwerbstätigkeit zu mindestens 50% nachgeht.

In dieser Arbeit soll nun im Sinne einer Ergänzung der Ergebnisse von König (2008) eine breitere Altersspanne von 20-69 untersucht werden. Dies aus der Überlegung heraus, dass es im Hinblick auf die Zielverfolgung zielgruppenorientierte Ergebnisse zu diskutieren, sinnvoll ist, die Altersspanne nicht auf 30-59 jährige Frauen zu beschränken. Einerseits wird ebenfalls der Einfluss sozio-struktureller Faktoren und derjenige der Rollenkonfiguration auf das gesundheitliche Wohlbefinden untersucht. Da jedoch insbesondere junge Frauen oft noch nicht mit ihrem Partner zusammenleben oder auch viele Frauen in marginaler Teilzeit tätig sind, werden die Kernrollen breiter operationalisiert, indem beispielsweise die Berufsrolle auch bei einer Erwerbstätigkeit zu weniger als 50% als gegeben definiert wird. Darüber hinaus werden weitere qualitative, mit den Kernrollen einhergehende Faktoren wie beispielsweise Anzahl und Alter der Kinder, das individuell wahrgenommene Ausmass eines Rollenkonfliktes zwischen dem Privat- beziehungsweise dem Familienleben und einer Erwerbstätigkeit oder das Ausmass praktischer und emotionaler Unterstützung durch den Partner berücksichtigt. Möglicherweise lassen sich dadurch die Gesundheitschancen zwischen verschiedenen Gruppen der weiblichen Bevölkerung der Schweiz noch besser erfassen. Es wird also in erster Linie untersucht, **ob sich sowohl ein gesundheitlicher Gradient aufgrund der klassischen Ungleichheitsfaktoren wie Einkommen, Bildung und Berufsstatus als auch ein Gesundheitsgewinn aufgrund eines Kernrollenmixes bei Frauen zeigt**. In zweiter Linie gilt es die Frage zu beantworten, unter **welchen qualitativen Aspekten die drei Kernrollen eine Ressource für die weibliche Gesundheit in der Schweiz darstellen** und schliesslich interessiert, **ob sich weitere rollensoziologische Faktoren für die Gesundheit jüngerer und älterer Frauen als relevant erweisen**.

Vor diesem Hintergrund erfolgt zuerst ein theoretischer Teil (Kapitel 2), welcher mit definitorischen Aspekten rund um den Begriff Gesundheit beginnt. Vor dem Hintergrund einleitender Worte wird ausgehend vom vielzitierten Gesundheitsbegriff der WHO sowohl die Gesundheitsdefinition aus der Perspektive der Salutogenese hergeleitet (Antonovsky, 1997),⁴ als auch diejenige, welche Hurrelmann (2006) in Anlehnung an sein Sozialisationsmodell entwickelt hat. Letztere aus der Überlegung heraus, dass die Analysen unter Berücksichtigung verschiedener Altersdekaden ein wesentlicher Bestandteil dieser Arbeit darstellen. Aus

⁴ Ich beziehe mich auf die deutsche Übersetzung des 1987 erschienen Werks, in welchem Antonovsky seine stresstheoretischen Überlegungen aufgreift und zum Salutogenesemodell ausbaut (vgl. Antonovsky, 1979; 1987).

diesem Grund wird die Diskussion des Sozialisationsmodells den Gesundheit erklärenden Kapiteln vorangestellt. Schliesslich wird die dieser Arbeit zugrunde liegende Definition von Gesundheit festgehalten. Da die von soziologischen und sozialegpidemiologischen Ansätzen abgeleiteten Hypothesen jeweils Annahmen zum Einfluss sozial bedingten Stresses oder sozialer Ressourcen auf Gesundheit implizieren, wird aus den verschiedenen Stress- und Ressourcentheorien die Theorie der Ressourcenerhaltung von Hobfoll (1989) herausgegriffen und zu soziologischen Theorien zu „sozialer Ungleichheit“ übergeleitet. Für die Einbettung des Themas werden im Kapitel 2.3. die prominentesten Begriffe und Modelle soziologischer Theorien zu sozialer Ungleichheit vorgestellt und das Zentrum-Peripherie-Modell von Borschier (1991b) erläutert. Das letzte Kapitel 2.4. des theoretischen Teils dient dann der Hypothesengenerierung für die empirischen Analysen im zweiten Teil der Arbeit. Es wird erstens ein Überblick über sozialegpidemiologische Erklärungsansätze des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit gegeben. Zweitens werden für die Ableitung von Hypothesen bezüglich des Einflusses von Einkommen, Bildung und Berufsstatus auf Gesundheit relevante Konzepte und Modelle wie relative Armut, Gesundheitskompetenz, das Anforderungs-Kontroll-Modell (Karasek & Theorell, 1990) und das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist, 2001) eingeflochten. Darauf folgend werden drittens rollensoziologische Theorieannahmen aufgegriffen, wobei ich mich in erster Linie auf Meyer (2000) beziehe, der zur Überprüfung der Anforderungen und Ressourcen sozialer Rollen unter anderen die Begriffe Rollenkonfigurationen und Rollenfunktionen entwickelte. Darauf aufbauend werden schliesslich Hypothesen bezüglich des Einflusses der Qualität sozialer Rollen auf die Gesundheit von Frauen in der Schweiz hergeleitet. Darauf folgt ein exemplarischer Überblick bezüglich des bisherigen Forschungsstandes (Kapitel 3) und schliesslich der empirischen Teil dieser Arbeit (Kapitel 4 & 5), welcher auf Querschnittsdaten des Schweizerischen Haushaltspanels (SHP)⁵ des Jahres 2007 basiert. Erstens wird die Datenlage und die hier untersuchte Stichprobe beschrieben, zweitens die Operationalisierung der Variablen festgehalten und drittens die Ergebnisse verschiedener statistischer Auswertungen präsentiert. In der Schlussdiskussion (Kapitel 6) werden schliesslich die zentralen Ergebnisse theoriegeleitet zusammengefasst und ein Ausblick gegeben.

⁵ In dessen Rahmen werden seit 1999 jährlich sowohl Haushalts- als auch Individualdaten erhoben, um verschiedene Forschungsfragen zum „Leben in der Schweiz“ bearbeiten zu können. *„The project is funded by the Swiss National Science Foundation (SNSF) and is run at the Swiss Foundation of Research in Social Sciences (FORS), located at the University of Lausanne“* (SHP_CD, 2009: 2 / www.swisspanel.ch (27.5.2009)).