



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
Observatoire suisse de la santé  
Osservatorio svizzero della salute  
Swiss Health Observatory



BAG OFSP UFSP SFOPH

*Paul Camenzind, Claudia Meier (Hrsg.)*

# Gesundheitskosten und Geschlecht

**EINE GENDERBEZOGENE DATENANALYSE FÜR  
DIE SCHWEIZ**

*Mit Beiträgen von Paola Coda Bertea, Isabelle Sturny,  
Fabienne Peter und Elisabeth Zemp Stutz*

**Zusammenfassung**

---

Paul Camenzind, Claudia Meier (Hrsg.), Gesundheitskosten und Geschlecht – Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz; Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Verlag Hans-Huber, Bern 2004, CHF 39.90, (ISBN 3-456-84096-9)

---

## Zusammenfassung

Betrachtet man ausschliesslich die Gesundheitskosten, welche die Krankenversicherer übernehmen, so liegt der Schluss nahe, dass Frauen eine höhere Nachfrage nach medizinischen Leistungen haben und höhere Gesundheitskosten verursachen als Männer. Die Krankenversicherungen finanzieren jedoch in der Schweiz nur einen Drittel der ausgewiesenen Gesundheitsleistungen, während die anderen zwei Drittel durch andere Sozialversicherungen, staatliche Beiträge im stationären und ambulanten Bereich, Direktzahlungen von Privaten sowie durch Privatversicherungen bezahlt werden. Die Geschlechterverteilung der Kosten in diesen Bereichen wurde bisher nicht untersucht. Zudem erfassen bestehende Statistiken zu den Gesundheitskosten gewisse Gesundheitsleistungen nicht, so etwa die informellen Pflegeleistungen von Familienangehörigen oder Bekannten. Dass Frauen im Gesundheitsbereich mehr Kosten verursachen, beruht somit auf einer als pars pro toto genommenen Informationsbasis, die überprüft werden muss. *Ziel der vorliegenden Arbeit war es daher, eine geschlechtersensitive Kostenanalyse unter Berücksichtigung aller relevanten Bereiche der Gesundheitsausgaben vorzunehmen.*

Die Daten des Datenpools von santésuisse wurden im Hinblick auf Geschlechterunterschiede detailliert analysiert, um zu verstehen, ob und wieso Frauen höhere Krankenversicherungskosten aufweisen als Männer. Indem die Studie zusätzlich Vor- und Nachteile dieses Datenpools diskutiert, kann sie darüber hinaus Aufschlüsse über Möglichkeiten und Grenzen dieser Datenquelle liefern.

Die Analyse weiterer Finanzierungsquellen war dadurch eingeschränkt, dass gewisse Daten für diese Arbeit nicht zugänglich waren, nicht geschlechtergetrennt zur Verfügung standen oder gar nicht vorhanden waren. Die Studie präsentiert Vorschläge, welche weiteren Kosten berücksichtigt werden sollen und versucht, die finanziellen Grössenordnungen einiger Bereiche zu schätzen; sie diskutiert diese Bereiche, indem sie die internationale Literatur sowie Resultate anderer Studien berücksichtigt.

*In der Studie wird zweitens der Frage nachgegangen, was Geschlechtergerechtigkeit im Zusammenhang mit Gesundheitskosten bedeutet. Das Thema Geschlechtergerechtigkeit und die Frage der Geschlechterunterschiede in der Gesundheit und bei den Gesundheitskosten wird einerseits theoretisch, andererseits konkret auf die Schweiz bezogen beleuchtet. Dabei wird die genderspezifische Aussagekraft gegenwärtig verfügbarer ökonomischer Konzepte erörtert. Andererseits geht die Studie aus konzeptioneller Sicht auf gesundheitliche Geschlechterunterschiede ein, die aufgrund biologischer und sozialer Unterschiede bestehen und unterschiedliche Bedürfnissen bedingen. Die Studie liefert Hinweise für eine geschlechterspezifische Dokumentation der Gesundheitskosten in der Schweiz und für künftige Entscheide und Interventionen.*

## **Mangelhafte Datenbasis**

*Im Gegensatz zu anderen Datenquellen im Krankenversicherungsbereich ermöglicht es der Datenpool von santésuisse, eine detaillierte geschlechterspezifische Differenzierung der jeweiligen Gesundheitskosten vorzunehmen. Wichtige Variablen wie Leistungserbringer, Leistungsarten, Altersgruppen, Kantone sowie Geschlecht erlauben eine umfassende Analyse der geschlechterspezifischen Verteilung dieser Gesundheitskosten. Für die Analyse standen jedoch ausschliesslich aggregierte Daten zur Verfügung, nämlich Versichertengruppen in Fünf-Jahres-Altersklassen und Gruppen von Leistungserbringern nach Fachbereichen. Eine weitere bedeutende Einschränkung des Datenpools ist das Fehlen verschiedener im Hinblick auf die Geschlechterforschung wichtiger Variablen, wie Angaben zum sozioökonomischen Hintergrund der Versicherten oder zu den Diagnosen, die hinter den Kosten stecken. Wegen dem fakultativen Charakter der Erhebung deckt der Datenpool etwa 93% der gesamtschweizerischen Bevölkerung ab. santésuisse überprüft die Datenpooldaten bezüglich verschiedener Qualitätskriterien.*

*Bei der Analyse der Ergebnisse wurde eine deskriptive Vorgehensweise gewählt: Die einzelnen Resultate der genderspezifischen Betrachtung der Daten wurden beschrieben und mit Tabellen sowie Abbildungen ergänzt. Dabei wurde der Schwerpunkt auf die Untersuchung der Daten aus dem Jahr 2001 gelegt. Nebst den Daten des Datenpools wurden weitere Finanzierungsquellen des Gesundheitswesens betrachtet. Einerseits handelt es sich dabei um weitere Direktzahler (Sozialversicherungen, Staat, private Haushalte, Privatversicherungen), andererseits um solche Leistungen, die bis heute in den Gesundheitskosten nicht erfasst sind wie die informelle Pflege von Verwandten und Bekannten. Da diese Daten nicht nach Geschlecht aufgeschlüsselt zur Verfügung stehen oder teilweise gar nicht systematisch erfasst sind, war eine Schätzung der Kostenaufteilung auf Frauen und Männer notwendig. Für einzelne Finanzierungsquellen liessen sich anhand der Kostenaufteilung bei der Krankenversicherung Schätzungen vornehmen. Zu anderen Fragen (z.B. unbezahlte Pflegeleistungen, Gewalt) lagen die Resultate verschiedener Schweizer Studien sowie internationale Literatur vor.*

## **Unterschiedliche Gesundheitsbiographien**

Geschlecht wirkt sich über soziale und biologische Faktoren auf die Gesundheit und die Gesundheitskosten aus. *Frauen und Männer haben unterschiedliche Gesundheitsresp. Krankheitsbiographien.* Ihre Gesundheit unterscheidet sich nicht nur in quantitativen Aspekten (z.B. durch grössere oder geringere Häufigkeiten bei bestimmten Krankheiten), sondern auch qualitativ (z.B. durch unterschiedliche Krankheiten und Krankheitsausprägungen).

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, was Geschlechtergerechtigkeit in Bezug auf Gesundheitskosten bedeutet. Sind die Mittel des Gesundheitswesens gerecht verteilt, wenn sie für Männer und Frauen gleich hoch sind, oder gibt es andere Faktoren, die zu berücksichtigen sind?

Für die Beurteilung der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen werden häufig zwei sich ergänzende Kriterien betrachtet: die horizontale und die vertikale Gerechtigkeit. Während die horizontale Gerechtigkeit gleiche Leistungen bei gleichen Bedürfnissen vorschreibt, verlangt die vertikale Gerechtigkeit unterschiedliche Leistungen bei unterschiedlichen Bedürfnissen. Da unterschiedliche Bedürfnisse bis heute im Gesundheitsbereich kaum definiert wurden, wurde dieses Gerechtigkeitskriterium bisher vernachlässigt. *Die unterschiedlichen Gesundheitsbedürfnisse sind jedoch eine der wichtigsten Erklärungen für geschlechterspezifische Unterschiede in der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und in den Gesundheitskosten.* Sie ergeben sich aus biologischen und sozialen Unterschieden, wie z.B. der unterschiedlichen Lebenserwartung von Frauen und Männern, der höheren Lungenkrebsrate bei Männern oder aus Unterschieden im Zusammenhang mit der reproduktiven Gesundheit.

Die Erklärung geschlechterspezifischer Unterschiede bei den Gesundheitskosten muss neben der Nachfrage von Gesundheitsleistungen auch das Angebot und die erbrachten Leistungen berücksichtigen. *So spielen unbezahlte Pflegeleistungen an nahe stehende Personen eine grosse Rolle in der Analyse von geschlechterspezifischen Unterschieden in den Gesundheitskosten.* Männer haben aufgrund der Arbeitsteilung und der längeren Lebenserwartung der Frauen eher Zugang zu unbezahlten Pflegeleistungen als Frauen. Auch die Qualität des medizinischen Angebots unterscheidet sich bezüglich der Geschlechter. Damit ist die Frage verbunden, ob die Bedürfnisse angemessen abgedeckt werden und wie das vorhandene Angebot und das Verhalten der Ärztinnen und Ärzte die Nachfrage nach Leistungen beeinflusst.

Aus zahlreichen Studien, etwa im Bereich der Herz-Kreislaufkrankungen, geht hervor, dass das Geschlecht der Patienten diagnostische und therapeutische Entscheide mitbestimmt. Geschlechterstereotype scheinen zudem auch nachteilige Auswirkungen auf die Qualität der Betreuung zu haben. Wenn solche Betreuungsunterschiede zu längeren Behandlungen bzw. sogar zu Fehlbehandlungen führen, fallen entsprechend Mehrkosten an. Dies gilt auch für die Wissenslücken, die im biomedizinischen Grundwissen bezüglich der Gesundheit von Frauen bestehen.

Vor diesem Hintergrund werden allgemeine Vergleiche den unterschiedlichen Gesundheitsmustern von Frauen und Männern nicht gerecht und sind dementsprechend auch ungeeignet zur Beurteilung der durch Frauen und Männer verursachten Kosten. *Die unterschiedlichen Bedürfnisse sowie eine Beurteilung der soziokulturellen Determinanten sind mit ausschlaggebend für eine Beurteilung der Gesundheitskosten.* Geschlechtergerechtigkeit im Gesundheitswesen hängt letztlich davon ab, ob Frauen und Männer die Gesundheitsleistungen erhalten, die für die Realisierung ihres Gesundheitspotenzials notwendig sind. Mit andern Worten: Jede Person soll die gleiche Chance auf Gesundheit haben.

## **Resultate der Datenpool-Auswertung**

*Im Jahr 2001 wurden den Krankenversicherern für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Datenpool insgesamt 15.4 Milliarden Franken – 9.2 Milliarden für*

*Frauen und 6.2 Milliarden für Männer – in Rechnung gestellt.* 85% der Gesamtausgaben trugen die Krankenversicherer, 15 % die Versicherten durch die Kostenbeteiligung. Die Leistungserbringer, bei denen am meisten Ausgaben anfallen, sind die Spitäler (6.8 Milliarden), die Ärztinnen und Ärzte in ambulanter Praxis (5 Milliarden) und die Apotheken (2.1 Milliarden). Die Kosten für Physiotherapie, Laboratorien und Spitex liegen zwischen einer viertel und einer halben Milliarde Franken. Bei allen anderen Leistungserbringern sind die Ausgaben wesentlich geringer.

Werden die Gesamtkosten der verschiedenen Leistungserbringer nach Höhe der Kosten sortiert, ergibt sich für Frauen und Männer, abgesehen von wenigen Ausnahmen, eine sehr ähnliche Reihenfolge. Die Beträge sind jedoch in den meisten Fällen bei den Frauen höher als bei den Männern, was insgesamt zum Unterschied zwischen den Geschlechtern in Höhe von drei Milliarden Franken führt. *Über die Hälfte dieses Unterschieds in den Gesamtkosten lässt sich jedoch durch die Tatsache erklären, dass Frauen länger leben als Männer.* Frauen haben durch ihre längere Lebenserwartung mehr Jahre, in denen ihre Gesundheitsversorgung gedeckt sein muss. Gleich wie bei den Männern sind die letzten Jahre vor dem Tod die kostenintensivsten. Die unterschiedliche Lebenserwartung von Frauen und Männern führt dazu, dass der Gipfel der Gesamtausgaben bei Frauen zehn Jahre später liegt als bei den Männern: Die höchsten Gesamtausgaben finden sich bei den Männern in der Altersklasse 66 bis 70 Jahre, bei den Frauen in der Altersklasse 76 bis 80 Jahre.

*Die Pro-Kopf-Kosten zeigen, dass mit der Berücksichtigung der Altersstruktur die Unterschiede zwischen Frauen und Männern viel geringer sind als bei den Gesamtkosten. Abgesehen von der Abnahme unmittelbar am Lebensanfang nehmen die Pro-Kopf-Kosten mit fortschreitendem Alter bei Frauen und Männern immer stärker zu.* Die Zunahme ist relativ gering bis zum Alter von 50 Jahren, steigt nach 50 stärker an und ist ab 81 Jahren am ausgeprägtesten. Die stetige Zunahme ist darauf zurückzuführen, dass der Anteil an kranken Personen mit dem Alter steigt. Zusätzlich sind die letzten Lebensjahre die teuersten. Dies erklärt auch, wieso bis zum Pensionsalter die Pro-Kopf-Kosten für stationäre und ambulante ärztlichen Leistungen sehr ähnlich verlaufen, die Spitalkosten aber ab dem Pensionsalter stärker zunehmen als die ambulanten ärztlichen Kosten.

*In zwei Lebensphasen weisen Frauen deutlich höhere Pro-Kopf-Kosten auf als Männer: um 30 Jahre und ab 81 Jahren.* In der Lebensspanne um 30 Jahre sind die Pro-Kopf-Ausgaben für Frauen bei den kostspieligen Leistungserbringern (Spitäler, Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, Laboratorien) doppelt bis viermal so hoch wie für Männer. Eine wichtige Erklärung dafür ist, dass die Mutterschaft in diese Lebensspanne fällt. Die Krankenversicherungen tragen die Gesundheitskosten der Mutterschaft: regelmässige Untersuchungen, Labor- und andere Analysen, Geburt, Wochenbett, Nachkontrollen. Auch Familienplanungsmassnahmen (Verhütung, Fertilitätsuntersuchungen bei Sterilitätsproblemen) fallen in diese Periode. All diese Gesundheitsausgaben betreffen verschiedene Leistungserbringer, ärztliche Praxen und Spitäler, aber auch Hebammen, Laboratorien und Apotheken. Im Jahr 2001 wurden insgesamt 363 Millionen Franken für Mutterschaftsleistungen ausgegeben.

Da die Gynäkologie der Betreuung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit dient, lässt sich auch ein Teil dieser Kosten unter «Reproduktion» zusammenfassen. *Die vorhandenen Daten zeigen, dass bei den Spezialisten die Ausgaben für Ärztinnen und Ärzte des Fachbereichs Gynäkologie /Geburtshilfe für die Altersklassen zwischen 21 und 40 Jahren am höchsten sind und zwei Drittel der Unterschiede zwischen Frauen und Männern bei den Pro-Kopf- Kosten erklären.* Die Kosten für die sexuelle und reproduktive Gesundheit erklären einen grossen Teil der Unterschiede bei den Pro-Kopf-Kosten zwischen Frauen und Männern in dieser Lebensspanne. Diese Kosten werden heute jedoch ausschliesslich den Frauen zugeschrieben, obwohl die Reproduktion beide Geschlechter betrifft.

*Die sexuelle und reproduktive Gesundheit ist für Frauen lebenslang von grösserer Bedeutung als für Männer und verursacht somit auch deutlich höhere Kosten.* Die gesamten ärztlichen Kosten für Urologie belaufen sich im Jahr 2001 auf ein Sechstel der Gesamtausgaben für Gynäkologie/Geburtshilfe. Ausserdem betreffen die ambulanten ärztlichen Kosten für Urologie vorwiegend Männer im Alter ab 55 Jahren, während die Kosten für Gynäkologie/Geburtshilfe praktisch das ganze Leben lang anfallen.

*Die höheren Ausgaben für Frauen im hohen Alter fallen nicht bei allen Leistungserbringern an, sondern ausschliesslich bei Spitälern.* Die detailliertere Analyse des stationären Kostenbereichs zeigt, dass die höheren Pro-Kopf-Ausgaben für Frauen durch die höheren Ausgaben für Pflegeheime sowie die Krankenhausabteilung «Geriatric» zustande kommen. Eine mögliche Erklärung für den Unterschied bei den Pflegeheimkosten ist, dass Frauen länger leben als Männer und somit ihre Ehemänner länger zu Hause betreuen (können) als umgekehrt. *In zwei Lebensphasen sind die Pro-Kopf-Ausgaben bei den Männern höher: am Lebensanfang (bis zu 15 Jahren) und im Alter um 70 Jahre.* Buben haben aufgrund von Reifungsprozessen in der frühen Kindheit mehr Gesundheitsprobleme als Mädchen. Dazu kommt, dass sie mehr Unfälle haben als Mädchen. Buben weisen deshalb höhere Pro-Kopf-Kosten für praktisch alle betrachteten Leistungserbringer auf. Die zweite Periode betrifft jene Altersspanne, in der sich bei Männern vergleichsweise viele Todesfälle ereignen. Da die letzten Lebensjahre die teuersten sind und Männer durchschnittlich jünger sterben als Frauen, schlägt sich dies auch in der Statistik nieder. So weisen Männer in dieser Altersspanne vor allem höhere Spitalkosten als Frauen auf, und dies vorwiegend in den Abteilungen, in denen sich eher altersbedingte Todesfälle ereignen: Innere Medizin, Chirurgie, Intensivmedizin sowie in der Abteilung «Übrige Fachgebiete».

*Im ambulanten ärztlichen Bereich sind bis zum 15. Lebensjahr bei beiden Geschlechtern die Grundversorgerkosten viel höher als die Spezialistenkosten.* Dies erklärt sich dadurch, dass die Kosten für Kinderärztinnen und -ärzte in die Grundversorgerkosten einfließen. Im mittleren Lebensalter ist die Höhe der Pro-Kopf-Kosten für Grundversorger und Spezialisten im ambulanten Bereich sehr ähnlich. Ab der Altersklasse der 71- bis 75-Jährigen steigen dann die Grundversorgerkosten weiter, während die Spezialistenkosten abnehmen. Die Geschlechterunterschiede bei den Spezialistenkosten sind ausgeprägter als bei den Grundversorgerkosten. Bei den Spezialisten in ambulanten Praxen weisen Frauen bis ins hohe Alter höhere Pro-

Kopf-Kosten auf als Männer. Dieser Unterschied ist wiederum am ausgeprägtesten im Alter um 30 Jahre und wird zu zwei Dritteln durch die Kosten für Frauenärztinnen und -ärzte bestimmt. Der Unterschied zwischen Frauen und Männern in den Ausgaben für Spezialisten in ambulanter Praxis bleibt aber bis in die Altersklasse der 56- bis 60-Jährigen relativ hoch.

Ein weiterer beträchtlicher Teil der Unterschiede in diesen Ausgaben betrifft den *Bereich Psychiatrie/Psychotherapie: Frauen weisen das ganze Leben hindurch, aber vorwiegend im erwerbstätigen Alter, höhere ambulante Psychiatriekosten auf als Männer*. Im psychiatrischen Spitalbereich sind hingegen die Geschlechterunterschiede nicht so ausgeprägt: Mit Ausnahme der Altersgruppe 11 bis 20 Jahre sind die Kosten für Männer dort bis zum Alter von 40 Jahren höher. Männer weisen über fast alle Alterskategorien hinweg höhere Pro-Kopf-Kosten in psychiatrischen Kliniken auf als bei den ambulanten psychiatrischen Leistungserbringern. Bei den Frauen zwischen dem 26. und dem 50. Lebensjahr ist dies gerade umgekehrt: In dieser Zeit sind ihre Kosten für ambulante psychiatrische Behandlungen höher als für jene in psychiatrischen Kliniken. Es ist deshalb möglich, dass Frauen und Männer einen anderen Zugang zu psychiatrischen Leistungen haben. Möglicherweise kommen Männer erst in einer späteren Krankheitsphase mit der Psychiatrie in Kontakt, nämlich dann, wenn eine Hospitalisierung nicht mehr vermeidbar ist.

*Was die meisten anderen Spezialisten anbelangt, so sind die Pro-Kopf-Kosten für Frauen und Männer sehr ähnlich*. Ausnahmen bilden die Ophthalmologie und die Innere Medizin mit dem Spezialgebiet Herzkrankheiten: Bei der Ophthalmologie verursachen Frauen ab dem Pensionsalter höhere Kosten, bei den Herzkrankheiten sind die Kosten für Männer höher. Abgesehen vom Lebensanfang nehmen sowohl die Anzahl Grundleistungen (Konsultationen und Hausbesuche) pro versicherte Person sowie die Kosten pro Grundleistung mit dem Alter stetig zu. Von durchschnittlich jährlich 5 Grundleistungen bei einem Kleinkind steigt die Anzahl Grundleistungen auf jährlich 13 Grundleistungen bei den 81- bis 85-Jährigen. Die Kosten verdoppeln sich zwischen der ersten Altersklasse und der Altersklasse der 66- bis 70-Jährigen. Nach dem 70. Lebensjahr nehmen die Kosten pro Grundleistung wieder ab.

*Abgesehen vom Lebensanfang und ab 91 Jahren beanspruchen Frauen das ganze Leben hindurch mehr Konsultationen als Männer, wobei die Unterschiede zwischen 26 und 40 Jahren am grössten sind*. Dies hat zum grossen Teil mit den Unterschieden in den Bereichen Gynäkologie/Geburtshilfe und Psychiatrie zu tun. Es ist aber auch möglich, dass Frauen tendenziell eher professionelle ärztliche Hilfe suchen als Männer. Bei den Männern kostet hingegen – abgesehen von den Altersklassen zwischen 16 und 35 Jahren – jede Grundleistung mehr als bei den Frauen. *Die Anzahl Spitaltage pro Person ist mit Ausnahme der Reproduktionsphase bei Frauen und Männer sehr ähnlich*. In dieser Lebensspanne sind für Frauen die Kosten pro Spitaltag höher, während sie für Männer ab 46 Jahren höher sind.

## Resultate weiterer Datenquellen

Werden die anderen Finanzierungsträger des Gesundheitswesens betrachtet, so ergibt sich bei der Geschlechterverteilung der Ausgaben ein anderes Bild als bei den Krankenversicherungsdaten. *Während die Krankenversicherer höhere Ausgaben für Frauen ausweisen, sieht es bei den übrigen Sozialversicherungen (8% der gesamten Gesundheitskosten) umgekehrt aus:* So entfallen im Jahr 2001 bei der Unfallversicherung 72% der Kosten auf Männer, was einen Mehrbetrag von 640 Millionen Franken bedeutet. Dies lässt sich einerseits dadurch erklären, dass mehr Männer in der Unfallversicherung versichert sind, andererseits führt die grössere Risikoneigung der Männer (z.B. Auto, Sport) zu mehr Unfällen und somit zu höheren Ausgaben. Da Frauen öfter über die obligatorische Krankenpflegeversicherung gegen Unfall versichert sind, erklärt dies einen Teil der höheren Krankenversicherungskosten für Frauen.

Ähnlich sieht es bei der Invaliden-, Alters- und Hinterlassenenversicherung sowie bei der Militärversicherung aus. Ihre Gesundheitsleistungen kommen in grösserem Masse den Männern zugute. Im Jahr 2001 werden von den knapp 2.2 Milliarden Franken rund 390 Millionen Franken mehr für Männer ausgegeben. *Im Gegensatz dazu zeigen die Schätzungen, dass die staatlichen Ausgaben (17% der gesamten Gesundheitskosten) in grösserem Ausmass für Frauen entrichtet werden.* Von den 7.8 Milliarden Franken werden ca. 1.2 Milliarden mehr für Frauen ausgegeben. Ein Teil dieses Unterschieds lässt sich sicher durch die unterschiedliche Altersstruktur der Frauen und Männer erklären. Da Frauen älter werden und weniger auf informelle Pflegeleistungen zurückgreifen können, kommen die staatlichen Ausgaben, welche vorwiegend Spitäler und sozialmedizinische Institutionen subventionieren, den Frauen stärker zugute als den Männern.

*Weiter fällt ins Gewicht, dass auf Frauen ein viel grösserer Teil der selbst bezahlten Kosten entfällt als auf die Männer.* Die «Out of pocket»-Ausgaben der Haushalte machen mit über 12 Milliarden Franken 26% der gesamten Gesundheitsausgaben aus. Schätzungen ergeben, dass auf Frauen rund zwei Drittel der «Out of pocket»-Kosten entfallen (8 Milliarden). Diese Differenz von 4 Milliarden Franken entspricht in etwa dem Mehrbetrag, den die Gesellschaft durch staatliche Ausgaben sowie durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung für die Gesundheitskosten der Frauen ausgibt. Dazu kommt die Kostenbeteiligung bei den Krankenversicherungsleistungen, welche bei den Frauen ebenfalls grösser ist als bei den Männern.

Ein Zehntel der gesamten Gesundheitskosten werden durch Privatversicherungen gedeckt. *Die Datenlage im Bereich der gesamtschweizerischen Statistik der Privatversicherungen erlaubt jedoch keine geschlechterspezifische Analyse.* So fehlen einerseits Angaben zur Anzahl Frauen und Männer, die ihre Gesundheitsrisiken privat versichern lassen, sowie Informationen über die Altersverteilung der versicherten Personen, die Höhe der bezahlten Prämien und die versicherten Risiken. Andererseits lassen sich auch die von den Privatversicherungen übernommenen Gesundheitskosten nicht nach Frauen und Männern und nach der Art der Leistungen aufteilen.

*Neben den in der offiziellen Gesundheitsstatistik erfassten Finanzierungsträgern gibt es weitere Faktoren, die bei einer geschlechtersensitiven Kostenanalyse berücksichtigt werden müssen. Einen wichtigen Faktor bilden dabei die unbezahlten Pflegeleistungen, die Ehepartnerinnen und -partner, Verwandte oder Nachbarn zu Hause erbringen. Wie verschiedene Studien zeigen, verrichten diese unbezahlte Arbeit mehrheitlich Frauen.*

Informelle Pflegeleistungen beeinflussen nicht nur das Wohlbefinden der Bevölkerung, sie tragen auch zur Senkung der Gesundheitskosten bei, weil Spitex, Pflegeheime und andere Leistungen des Gesundheitswesens weniger beansprucht werden. Frauen sind dabei doppelt belastet: Einerseits erbringen sie gratis Leistungen, die in keiner Bilanz aufgeführt sind, die aber die Gesundheitskosten der Männer verringern, andererseits können sie selber bei Bedürftigkeit viel weniger auf entsprechende Hilfe zurückgreifen und müssen in Institutionen gepflegt werden, was wiederum die Kosten bei Frauen ansteigen lässt. *Während die von Frauen bezogenen Leistungen in die Gesundheitsstatistik einfliessen, werden ihre informell erbrachten Leistungen nicht in eine Gesamtbilanz aufgenommen.* Angesichts des wachsenden Kostendrucks im Gesundheitswesen ist die Gefahr gross, dass Pflegeleistungen zunehmend auf den informellen Sektor und damit auf unbezahlte Frauenarbeit abgewälzt werden.

In der Schweiz kommt mehr als einer Million Menschen informelle Hilfe zugute, und es leisten 850 000 Personen häufige informelle Hilfe. Das Ausmass der informellen Hilfe übertrifft jenes der Spitex bei weitem. Daten aus einer Studie zeigen, dass im Jahr 1995 Frauen im Alter zwischen 50 und 75 Jahren deutlich mehr unbezahlte Hilfe leisteten als Männer. Am deutlichsten zeigt sich dies bei Hilfe, die mehr als zwei Stunden täglich beansprucht. Sie wird zu 77% von Frauen und 23% von Männern erbracht.

Den Frauen, die unbezahlte Pflegeleistungen erbringen, entstehen dadurch zusätzlich direkte Kosten sowie Opportunitätskosten durch entgangene Erwerbstätigkeit etc. Zudem bringt Arbeit im informellen Sektor Gesundheitsrisiken mit sich wie Stress oder ein erhöhtes Unfallrisiko. Dagegen steht, dass private Pflege von Angehörigen oder Bekannten das Selbstwertgefühl stärken und diese wertvolle Arbeit der pflegenden Person Befriedigung geben kann.

Speziell zu erwähnen ist auch das Thema Gewalt. Dieses Thema wird im Zusammenhang mit Gesundheitskosten oft unterschätzt. Doch Gewalt verursacht hohe Kosten, unter anderem eben auch im medizinischen Bereich. *In der Schweiz wurden für 1998 Ausgaben in Folge von Gewalt gegen Frauen in Höhe von 80 Millionen Franken für ärztliche Leistungen, 30 Millionen für Spitäler und 23 Millionen für Medikamente geschätzt, was Gesamtausgaben von 134 Millionen Franken ausmacht.* Zwar sind sowohl Männer als auch Frauen von Gewalt betroffen, in den meisten Fällen von Gewaltausübung sind jedoch die Täter Männer – gleichgültig, ob es sich bei den Opfern um Frauen oder Männer handelt. *Doch das Verursacherprinzip spielt bei der Kostenerhebung keine Rolle:* Wenn Männer gegen Frauen Gewalt ausüben, werden die Gesundheitskosten bei den Frauen ausgewiesen, obwohl Männer diese verursacht haben. Bei den Männern sind die Kosten zwar auch nicht beim Verursacher ausgewiesen, jedoch fallen die Kosten in der Kategorie der Männer an.

Die Resultate dieser Studie zeigen, dass die Aussage, Frauen verursachten höhere Gesundheitskosten als Männer, zu pauschal ist. Werden bei der Kostenanalyse nicht nur die Krankenversicherungsleistungen, sondern auch die Ausgaben anderer Finanzierungsträger einbezogen, lasten die Gesundheitskosten weit weniger eindeutig auf Frauenseite. Für eine fundierte geschlechtersensitive Gesamtbeurteilung der Gesundheitskosten müsste jedoch die derzeit bestehende Datengrundlage in folgenden Bereichen verbessert werden: Beschaffung von Informationen zur informellen Hilfe, Ergänzung personenbezogener und diagnostischer Angaben bei den Krankenversicherungsdaten sowie geschlechtergetrenntes Ausweisen der von weiteren Finanzierungsträgern übernommenen Gesundheitsausgaben.

Die Ergebnisse weisen auch darauf hin, dass für eine bedarfsgerechte Ausgestaltung der Versorgung und für eine geschlechtergerechte Ressourcenverteilung die Bedürfnisseite eingeschlossen werden muss. Die Frage, wie mit den Besonderheiten der Geschlechter umgegangen werden soll, sollte vermehrt Teil sein der gesundheitspolitischen Diskussion.