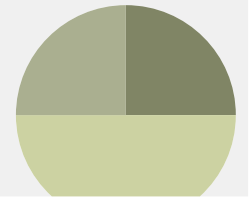




BFS Aktuell



14 Gesundheit

Neuchâtel, Mai 2025

Schweizerische Gesundheitsbefragung 2022

Gesundheit und Geschlecht

Frauen und Männer haben eine unterschiedlich hohe Lebenserwartung bei Geburt. Frauen leben im Durchschnitt 3,8 Jahre länger, ihre Lebensqualität ist jedoch bezogen auf die Gesundheit weniger gut. Zahlreiche Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) zeigen gesundheitliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Aus verschiedenen Studien geht hervor, dass die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten massgeblich durch gesellschaftliche Normen wie Geschlechterrollen und -beziehungen geprägt und beeinflusst werden. Eine geschlechtsspezifische Analyse der Gesundheit fördert das Verständnis der gesundheitlichen Unterschiede in der Bevölkerung und ermöglicht es, auf dieser Basis geschlechtsspezifische Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien zu entwickeln, die der Gesellschaft als Ganzes zugutekommen.

Zwischen Frauen und Männern gibt es gesundheitliche Unterschiede, die sich nicht rein biologisch erklären lassen. Die Integration der sozialen Dimension des Geschlechts – der Genderdimension – in die Gesundheitsanalyse ermöglicht ein tieferes und umfassenderes Verständnis der Gesundheit in der Bevölkerung. Sie gibt Aufschluss darüber, wie wechselseitig wirksame soziale und biologische Prozesse zu gesundheitlichen Ungleichheiten führen können. In der vorliegenden Publikation wird Gesundheit aus der Perspektive des intersektionalen Geschlechts betrachtet. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Untersuchung der sozialen Faktoren, die sich unterschiedlich auf die Gesundheit von Frauen und Männern auswirken können. Die Publikation stützt sich auf ausgewählte Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) und auf die einschlägige Literatur zum Thema Geschlecht und Gesundheit. Ziel ist es, zu einem besseren Verständnis geschlechtsspezifischer gesundheitlicher Unterschiede und der damit verbundenen Herausforderungen beizutragen. Im ersten, eher theoretischen Teil dieser Publikation

wird die terminologische Abgrenzung zwischen dem biologischen Geschlecht (englisch: «sex») und dem sozialen Geschlecht (englisch: «gender») erläutert.

Anschliessend werden geschlechtsspezifische gesundheitliche Ungleichheiten beschrieben und in den Gesamtkontext der Geschlechterbeziehungen eingeordnet. Hierzu werden die Ergebnisse der SGB22 zum allgemeinen Gesundheitszustand, zum Übergewicht und zu Adipositas, zum Tabakkonsum sowie zur psychischen Gesundheit beleuchtet, wobei teilweise auch die Entwicklung in den letzten dreissig Jahren näher betrachtet wird.

Biologisches und soziales Geschlecht

Biologische Unterschiede geben unter anderem Aufschluss darüber, weshalb Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen in der Regel in einem höheren Alter auftreten als bei Männern: Frauen sind bis zu einem gewissen Grad durch Östrogene geschützt. Biologische Faktoren liefern jedoch keine Erklärung dafür, weshalb Männer bis vor Kurzem ein höheres Risiko hatten, an Lungenkrebs zu erkranken, und weshalb die Prävalenz von Lungenkrebs bei den Frauen zunimmt. Um diese Entwicklungen zu erklären, muss das Konzept des sozialen Geschlechts herangezogen werden. Es macht begreifbar, weshalb sich das Rauchen aufgrund sozialer Geschlechternormen bei Männern früher verbreitete als bei Frauen.

Das soziale Geschlecht ist ein zentrales Konzept für das Verständnis der Gesundheit der Bevölkerung: Die gesellschaftlichen Geschlechternormen und -rollen prägen das Gesundheitsverhalten, die Risikoexposition und den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Epidemiologische Daten wie die der SGB zeigen, wie sich diese Faktoren gegenseitig beeinflussen. Das soziale Geschlecht ist somit ein wichtiger Gesichtspunkt für das Verständnis einer Gesellschaft: Es strukturiert alle Bereiche des sozialen Lebens und tangiert

folglich grundlegende Aspekte von Macht, Hierarchien, Klassifizierungen und Identitäten, sei es in Unternehmen, Familien, Bildungsinstitutionen oder im öffentlichen Raum. Das Geschlechtersystem bestimmt somit die Geschlechtsidentitäten. Diese bestehen aus einer Gesamtheit von Lebens-, Handlungs- und Denkweisen, die den Geschlechtern zugeordnet sind und die wir ab der Geburt durch die Sozialisation, d. h. durch soziale Riten, Familie, Schule und Kultur verinnerlichen. Historisch gesehen ist das Geschlecht ein dynamisches und wandelbares System: Die Geschlechternormen ändern sich im Lauf der Zeit und auch je nach Lebensphase der Person.

Letztlich ist die konzeptuelle Trennung zwischen biologischem und sozialem Geschlecht aber künstlich, da das soziale Geschlecht den Körper prägt. Es geht buchstäblich unter die Haut und verändert das biologische Geschlecht (Embodiment).

Gesundheit aus einer Genderperspektive zu betrachten, mag im ersten Moment befremden: Gesundheit scheint primär im Körper verortet zu sein, weshalb der Fokus implizit auf dem Biologischen und den als natürlich empfundenen Unterschieden zwischen Frauen und Männern liegt. Der nach wie vor starke Einfluss des biomedizinischen Modells im Gesundheitsbereich bekräftigt dieses Verständnis. Die Berücksichtigung des Genderkonzepts in der Gesundheit führt gleichwohl zu einem besseren Verständnis der wechselseitig wirksamen biologischen und sozialen Prozesse, die den Gesundheitsverlauf von Personen abhängig von ihrem Geschlecht beeinflussen. Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten können besser darauf ausgerichtet werden, die beobachteten Ungleichheiten zu verringern und eine bessere Gesundheit für alle zu fördern. Im Public-Health-Kontext ermöglicht sie eine bessere medizinische Versorgung im Einklang mit den geschlechtsspezifischen Besonderheiten (z. B. bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen), die sich von Geschlechterstereotypen wegbewegt und zum Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit beiträgt.

Biologisches Geschlecht und soziales Geschlecht

Das biologische Geschlecht (sex) bezieht sich auf die biologischen Merkmale, die Frau und Mann unterscheiden, d. h. Genitalien, Chromosomen und Hormone. Das soziale Geschlecht (gender) bezieht sich auf unterschiedliche soziale Stellungen in Bereichen wie Arbeit (Erwerbsarbeit und unbezahlte Haus- und Familienarbeit), Bildung, Freizeit und Familie, von Frauen, Männern und Personen, die sich keiner dieser Kategorien zugehörig fühlen. Mit anderen Worten: Genderunterschiede entsprechen den unterschiedlichen Rollen und Verhaltensweisen, die durch Normen und Werte der Gesellschaft geprägt sind, in der die Menschen leben.

Das Geschlecht als soziale Determinante der Gesundheit

Das Konzept der «sozialen Determinanten der Gesundheit» geht zurück auf die 1980er-Jahre und hat sich mit der Einberufung der WHO-Kommission für soziale Determinanten der Gesundheit 2005 institutionalisiert. Diesem Konzept zufolge «haben die Merkmale einer Gesellschaft – Wohnverhältnisse, Bildungsstand, Arbeitslosigkeit, soziale Ausgrenzung usw. – einen grossen Einfluss

auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Krankheitsrisiken ihrer einzelnen Mitglieder» (Marmot, 2019). Als Organisationsprinzip des sozialen Zusammenlebens beeinflusst das Geschlecht die Gesundheit in gleicher Weise wie andere soziale Merkmale (soziale Klasse, ethnische Zugehörigkeit usw.). So gesehen ist das Geschlecht eine soziale Determinante, die gesundheitliche Ungleichheiten schafft.

Die Erwerbsbeteiligung der Frauen in der Schweiz ab den 1970er-Jahren zum Beispiel stieg hauptsächlich durch die Zunahme von Teilzeitarbeit. Im Jahr 2022 arbeiteten 56,7% der erwerbstätigen Frauen zwischen 25 und 54 Jahren Teilzeit, gegenüber 14,6% der gleichaltrigen Männer.¹ Die Teilzeiterwerbstätigkeit, die mit der Aufteilung der Hausarbeit und der Betreuung von Kindern und abhängigen Personen zusammenhängt, wirkt sich in einer auf Vollzeitbeschäftigung ausgerichteten Berufswelt auf die Aufstiegs- und Karrierechancen und damit auf das Einkommen und die soziale Stellung aus. Dass Einkommensunterschiede im Allgemeinen einen Einfluss auf die Gesundheit haben, ist seit den 1980er-Jahren belegt: Personen mit niedrigem Einkommen sind insgesamt bei schlechterer Gesundheit als Personen mit höherem Einkommen. Und auch wenn sich die Geschlechternormen in der Schweiz allmählich ändern und sich junge Männer vermehrt an der Haus- und Familienarbeit beteiligen, sind Frauen in vielen Bereichen immer noch schlechter gestellt als Männer.

Das soziale Geschlecht ist somit eine Gesundheitsdeterminante, die zusammen mit anderen sozialen Determinanten wie dem sozioökonomischen Status, dem Alter oder der ethnischen Zugehörigkeit betrachtet werden muss. Mit dieser sogenannten «Intersektionalität» kann das Wechselspiel der verschiedenen Merkmale und ihr Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung beschrieben werden.

Konzept der Intersektionalität in der Gesundheit

Das Konzept der Intersektionalität wurde von der afroamerikanischen Juristin Kimberlé Williams Crenshaw für den rechtlichen Bereich entwickelt. Auf die Gesundheit angewandt gibt es Aufschluss über das Zusammenspiel von benachteiligenden oder privilegierenden Faktoren der verschiedenen Identitäten und sozialen Stellungen, das zu sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten führt. Frauen und Männer bilden in Bezug auf die Gesundheit keine homogenen Gruppen, sondern weisen je nach Rassenzugehörigkeit, sozioökonomischer Klasse, Migrationsstatus, sexueller Orientierung, Alter, Behinderung/Arbeitsunfähigkeit oder Religion mehr oder weniger spezifische gesundheitliche Situationen auf.

Die in der SGB22 erhobenen Informationen gehen insofern über die binäre Kategorisierung Frau/Mann hinaus, als die Befragten ihre Geschlechtsidentität angeben konnten. 0,3% bezeichneten sich als non-binär. Die Kombination der Geschlechtsidentitäten «Frau» und «Mann» mit dem ebenfalls erhobenen, bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht hat zudem ergeben, dass 0,6% der Bevölkerung als transgener kategorisiert werden können. Die Daten der SGB22 enthalten auch Informationen

¹ Für nähere Informationen siehe: [Indikatoren der Gleichstellung von Frau und Mann und Vereinbarkeit von Beruf und Familie 2/2022 – GNP Diffusion](#)

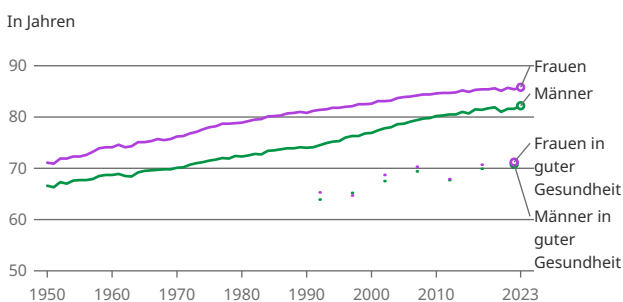
zur sexuellen Orientierung (Selbstidentifikation, sexuelle Anziehung und Geschlecht der Sexualpartnerinnen und -partner). Auf dieser Grundlage wurde eine Variable gebildet, mit der sich für die Analyse von möglichen gesundheitlichen Ungleichheiten geschlechtlich und/oder sexuell diverse Personen identifizieren und gruppieren lassen. Diese SOGI-Variable (Sexual Orientation, Gender Identity)² besteht aus drei Kategorien: (1) heterosexuellen Cis-Männern, (2) heterosexuellen Cis-Frauen und (3) geschlechtlich und/oder sexuell diversen Personen (siehe Kasten). 44% der Bevölkerung gehören den heterosexuellen Cis-Männern, 39% den heterosexuellen Cis-Frauen und 17% den geschlechtlich und/oder sexuell diversen Personen an.

In den im Folgenden aufgeführten Beispielen werden die Daten nach den binären Kategorien Frau und Mann präsentiert (gemäss administrativem Geschlecht). Bei einigen Indikatoren der psychischen Gesundheit wird zudem spezifisch auf die geschlechtlich und/oder sexuell diversen Personen eingegangen.

Allgemeiner Gesundheitszustand

Frauen und Männer haben eine unterschiedlich hohe Lebenserwartung bei Geburt. Nach den Daten von 2022 leben Frauen in der Schweiz 3,8 Jahre länger. Dies ist unter zwei Gesichtspunkten zu relativieren: Frauen leben zwar länger als Männer, dies aber bei allgemein weniger guter Gesundheit, und der Unterschied der Lebenserwartung bei Geburt verringert sich zusehends. Seit rund fünfzig Jahren hat sich die Lebensweise der Frauen jener der Männer angenähert, in Bezug auf die Erwerbsquote und die Art der beruflichen Aktivitäten oder auch in Bezug auf das Rauchen und den Alkoholkonsum. Erklärend kommen auch die rascheren Fortschritte bei der Bekämpfung von Krankheiten hinzu, die früher vor allem Männer betrafen, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dadurch ist die Lebenserwartung der Männer stärker gestiegen als die der Frauen.

Lebenserwartung und Lebenserwartung in guter Gesundheit, bei Geburt



Die Daten 2012 zur Lebenserwartung in guter Gesundheit sind nicht direkt mit jenen der vorangehenden Jahre vergleichbar, da die Antwortmodalitäten der Frage zum selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand verändert wurden.

Datenstand: 05.06.2024

Quelle: BFS – BEVNAT, ESPOP, STATPOP und SGB

gr-d-14.03.01.01

© BFS 2025

² In den Ergebnissen dieser aggregierten Variablen sind 15-Jährige und Personen ab 75 Jahren nicht enthalten, da sie nicht zu ihren Sexualpartnerinnen und -partnern befragt worden sind.

Konzepte der Geschlechtervielfalt und der sexuellen Diversität

Die im Folgenden beschriebenen Konzepte (basierend auf Bize et al., 2022) unterscheiden sich und sind voneinander unabhängig.

Bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht: Dem Kind wird bei Geburt anhand der biologischen Geschlechtsmerkmale (meistens den externen Genitalien) ein Geschlecht zugewiesen und im Zivilstandsregister eingetragen (amtliches oder administratives Geschlecht). In der SGB22 wird diese Variable binär (Frau/Mann) erhoben. Allfällige Variationen der biologischen Geschlechtsmerkmale (Intergeschlechtlichkeit) werden nicht dokumentiert.

Das **administrative Geschlecht** entspricht dem Eintrag im Zivilstandsregister. Es handelt sich um das ursprünglich bei der Geburt zugewiesene Geschlecht. Seit Januar 2022 kann das administrative Geschlecht durch eine persönliche Erklärung beim Zivilstandsamt geändert werden, wenn es nicht mit der Geschlechtsidentität übereinstimmt. In der Schweiz gibt es allerdings nur ein binäres System (Frau/Mann), da sich der Bundesrat gegen dessen Änderung ausgesprochen hat. In der SGB22 deckt sich das administrative Geschlecht bei den Frauen zu 99% und bei den Männern zu 100% mit der angegebenen Geschlechtsidentität.

Die **Geschlechtsidentität** bezieht sich auf die empfundene Geschlechtszugehörigkeit (Frau, Mann oder non-binär). Eine Person, deren Geschlechtsidentität mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt, wird als Cis-Person kategorisiert. Bezeichnet sich eine Person als «non-binär», wird sie auch als solche kategorisiert. Stimmt die Geschlechtsidentität «Frau» oder «Mann» nicht mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht überein, wird die Person als «transgender» kategorisiert.

Die **sexuelle Orientierung** umfasst in der Regel drei Dimensionen: die sexuelle oder emotionale Anziehung, das Geschlecht der Sexualpartnerin oder des Sexualpartners und die Selbstidentifikation (Art, wie sich die Person in Bezug auf ihre sexuelle Orientierung bezeichnet). Personen, die sich sexuell nicht ausschliesslich zu andersgeschlechtlichen Personen hingezogen fühlen, Sex mit gleichgeschlechtlichen Partnerinnen oder Partnern haben oder sich selbst nicht als heterosexuell identifizieren, werden als nicht ausschliesslich heterosexuell kategorisiert.

Anhand der drei Dimensionen der sexuellen Orientierung in Verbindung mit der Geschlechtsidentität konnte die **Variable SOGI** konstruiert werden, die zwischen ausschliesslich heterosexuellen Cis-Personen und geschlechtlich und/oder sexuell diversen Personen unterscheidet. Zu dieser Kategorie gehören zum Beispiel Personen, die sich als schwul oder lesbisch bezeichnen und/oder sich zu gleichgeschlechtlichen Personen hingezogen fühlen und/oder sich als non-binär identifizieren.

Der klare Vorteil der Frauen bezüglich der Lebenserwartung bei Geburt wird abgeschwächt, wenn nach der Lebensqualität, insbesondere nach gesundheitlichen Beschwerden und funktionellen Einschränkungen, gefragt wird. Diese treten bei Frauen im Allgemeinen häufiger auf und können die persönliche Autonomie einschränken. Der Indikator «Lebenserwartung in guter Gesundheit bei Geburt», der diese Faktoren berücksichtigt, zeigt, dass sich die geschlechtsspezifische Differenz stark verringert hat. So hatten Frauen im Jahr 2022 bei der Geburt eine Lebenserwartung bei guter Gesundheit von 71,2 Jahren, Männer von 70,8 Jahren (siehe Grafik auf Seite 3).

91% der Schweizer Bevölkerung bezeichnen ihre Lebensqualität als gut bis sehr gut, ohne signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männern, selbst unter Berücksichtigung des Bildungsstands und des Alters. Frauen schätzen ihren Gesundheitszustand jedoch als weniger gut ein als Männer: Sie berichten häufiger über dauerhafte Gesundheitsprobleme, über Einschränkungen im Alltag seit mindestens sechs Monaten und darüber, dass sie mit mindestens einer chronischen Krankheit leben (siehe Tabelle T1). Frauen leiden auch häufiger an spezifischen Schmerzen als Männer. 50% der Frauen gaben an, dass sie in den letzten vier Wochen Rücken- oder Kreuzschmerzen hatten, gegenüber 40% der Männer. Zudem berichten Frauen häufiger von Schmerzen in Schultern, Nacken und Armen als Männer (45% gegenüber 34%). Knapp die Hälfte der Gesamtbevölkerung ist von Schmerzen des Bewegungsapparats betroffen. Diese können zu Invaliderität führen. Körperliche Beschwerden, insbesondere Rücken- und Gelenkschmerzen, beeinflussen die Fähigkeit, berufliche oder private Aufgaben zu bewältigen und beeinträchtigen die allgemeine Lebensqualität bei Frauen und Männern auf unterschiedliche Weise. Mehrere Studien zeigen, dass das Geschlecht nicht nur das Schmerzempfinden beeinflusst, sondern auch die Behandlung der Schmerzen und deren Auswirkungen auf den Alltag (Pedulla et al., 2024). Frauen sind ausserdem häufiger der Auffassung, dass sie über eine tiefe Energie und Vitalität verfügen, was sowohl ein physisches (Müdigkeit usw.) als auch ein psychisches (Stimmung usw.) Befinden ausdrückt.

Indikatoren der allgemeinen Gesundheit, 2022

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

T1

	Männer		Frauen	
	%	+/-	%	+/-
(Sehr) gute Lebensqualität	91,7	0,7	91,8	0,6
Dauerhaftes Gesundheitsproblem	33,7	1,1	38,2	1,1
Einschränkungen seit mindestens 6 Monaten	23,7	1,0	29,8	1,0
Mindestens eine chronische Krankheit	44,1	1,2	55,1	1,1
Tiefe Energie und Vitalität ¹	28,4	1,3	38,6	1,2
Rücken- oder Kreuzschmerzen ¹	40,1	1,2	50,0	1,1
Bauchschmerzen ¹	13,5	0,8	22,1	0,9
Kopfschmerzen ¹	26,4	1,1	39,1	1,1
Schulter-, Nacken-, Armschmerzen ¹	34,2	1,2	45,1	1,1

+/- Vertrauensintervall (95%)

¹ In den letzten 4 Wochen

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2025

Diese Informationen zur allgemeinen Gesundheit beziehen sich auf ein subjektives Gesundheitsempfinden, über das Einzelpersonen im Rahmen einer Bevölkerungsbefragung berichteten. Es handelt sich somit nicht um einen medizinisch-objektiven Gesundheitszustand. Der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand hilft jedoch, den allgemeinen Gesundheitszustand einer Bevölkerung zu verstehen, weil er subjektive, täglich wahrgenommene und erlebte Symptome zum Ausdruck bringt und damit die betroffenen Personen zu Expertinnen und Experten für ihre Gesundheit und ihren Körper macht. Die oben erwähnten gesundheitlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern lassen sich zum Teil durch die geschlechtsspezifische Einstellung gegenüber der Gesundheit erklären, die eine Folge der seit der Kindheit verinnerlichten sozialen Normen ist, und daher die Wahrnehmung, Interpretation und Äusserung von Gesundheitsproblemen beeinflusst.

Auswirkungen der Covid-19-Pandemie

In Zeiten von Gesundheitskrisen wie der Covid-19-Pandemie (2020–2022) werden die gesundheitlichen Unterschiede besonders sichtbar. Die vom SARS-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) verursachte Pandemie hat die geschlechtsspezifischen Unterschiede verstärkt. 2020, als die Schweiz eine Übersterblichkeit von 12,4% im Vergleich zum Vorjahr verzeichnete, wurden zwischen Frauen und Männern erhebliche gesundheitliche Unterschiede beobachtet.³ Obwohl die Infektionsrate bei den Frauen höher ausfiel, war der Krankheitsverlauf bei den Männern schwerer und das Sterberisiko grösser. Die coronabedingte Sterberate belief sich bei den Männern auf 64,8 und bei den Frauen auf 35,5 pro 100 000 Personen. Bei den Personen unter 65 Jahren war dieser Unterschied noch ausgeprägter. Dort entfielen 72,4% der coronabedingten Todesfälle auf Männer. Die höhere Infektionsrate der Frauen lässt sich insofern durch geschlechtsspezifische soziale Faktoren erklären, als Frauen in Pflege- und Betreuungsberufen oft an vorderster Front stehen. Die höhere Sterberate der Männer ist hingegen vornehmlich auf biologische Faktoren zurückzuführen. Hierzu gehören eine weniger starke Immunreaktion, eine häufigere Komorbidität, aber auch eine höhere Anzahl an ACE-2-Rezeptoren, durch die das SARS-CoV-2 in die Zellen gelangt (Auderset et al., 2024).

Frauen scheinen hingegen häufiger von den Langzeitfolgen der Krankheit betroffen zu sein als Männer. Mehrere Studien haben bei Frauen eine höhere Prävalenz des Post-Covid-19-Syndroms nachgewiesen, das sich durch anhaltende Symptome wie chronische Müdigkeit, Gelenkschmerzen oder auch durch kognitive Beschwerden bemerkbar macht (Gebhard et al., 2024). Diese Ungleichheit ist zwar teilweise auf biologische Unterschiede zurückzuführen, insbesondere im Bereich der Autoimmunität (Ortona und Malorni, 2022), es scheinen aber auch soziokulturelle Faktoren eine Rolle zu spielen. Eine schlechtere sozioökonomische Situation oder besondere Lebenslagen, die zu mehr Stress führen, erhöhen die Prävalenz des Post-Covid-19-Syndroms bei Frauen (Gebhard et al., 2024).

³ Für weitere Informationen siehe: [Covid-19 war 2020 die drithäufigste Todesursache in der Schweiz](#) – | Medienmitteilung

Biologische und soziale Erklärungsfaktoren

Diese allgemeinen gesundheitlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern sind besser zu verstehen, wenn das Zusammenspiel von biologischen und sozialen Aspekten berücksichtigt wird. Frauen und Männer weisen bei der Geburt unterschiedliche biologische Merkmale auf. Im Laufe ihres Lebens entwickeln sie ihre eigene psychologische und soziale Identität, entsprechend ihren individuellen physiologischen Eigenschaften und den Erwartungen der Gesellschaft bezüglich der geschlechtlichen Identitäten. Frauen und Männer machen im Leben unterschiedliche Erfahrungen, die ihre Gesundheit auf unterschiedliche Weise beeinflussen und ein differierendes Gesundheitserleben zur Folge haben. Aufgrund ihrer andersartigen Lebensumstände sind sie unter anderem mit unterschiedlichen Ursachen von Stress konfrontiert. Frauen sind häufiger von Sexismus und sexueller Belästigung am Arbeitsplatz oder an öffentlichen Orten sowie von Belastung durch unbezahlte Haus- und Familienarbeit betroffen, die oft unsichtbar ist und zusätzlich zu einer Erwerbsarbeit verrichtet wird. Männer erleben Stress hingegen eher in der «männlichen» Rolle als Hauptverdiener des Haushalts (Krieger, 2020).

Einige Ergebnisse der SGB scheinen zu bestätigen, dass sich der Erwerbsstatus unterschiedlich auf die Gesundheitsindikatoren auswirkt. Die Unterschiede treten generell in allen Altersgruppen und bei allen Bildungsniveaus auf, verringern sich bei nicht erwerbstätigen oder erwerbslosen Personen jedoch markant. In gewissen Fällen verschlechtert sich die Gesundheit erwerbsloser Männer stärker als die der Frauen in der gleichen Situation, sodass die Geschlechterunterschiede ganz verschwinden. So berichteten anteilmässig in etwa gleich viele nicht erwerbstätige Männer (42%) wie Frauen (41%), dass sie ein tiefes Energie- und Vitalitätsniveau haben. Die fehlende Beschäftigung scheint die Gesundheit der Männer somit stärker zu beeinträchtigen als jene der Frauen.

Die erwähnten Stresssituationen, die zum Teil durch soziale Geschlechternormen geschaffen werden, führen dazu, dass Frauen und Männer unterschiedliche Bewältigungsstrategien mit unterschiedlichen Auswirkungen entwickeln, die ihrerseits durch tradierte Rollenmuster geprägt sind. So neigen Männer eher zu Alkoholkonsum, Gewalt- und Risikoverhalten, während Frauen eher Essstörungen, eine geringere Kontrollüberzeugung und Schuldgefühle entwickeln (Bird et al., 2012). Letztlich trägt dieses unterschiedliche Reaktionsverhalten auch dazu bei, die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Auswirkungen psychosozialer Belastung auf die Gesundheit zu akzentuieren.

Neben allgemeinen gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern und den unterschiedlichen Auswirkungen psychosozialer Belastung auf ihre Gesundheit sind auch Differenzen bei der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems zu beobachten. Frauen nutzen Screening- und Präventionsprogramme konsequenter als Männer (Le Talec et al., 2019) und gehen häufiger zum Arzt. Aus den Daten der SGB22 geht beispielsweise hervor, dass Frauen in den letzten zwölf Monaten häufiger als Männer mindestens einmal eine Arztpraxis aufgesucht haben (89% gegenüber 76%), und zwar über alle Altersgruppen (bis 64 Jahre) hinweg. Diese Unterschiede sind möglicherweise auf die abweichende Morbidität, d. h. auf eine

weniger gute Gesundheit der Frauen, zurückzuführen. Eine weitere mögliche Erklärung ist in den Geschlechterrollen zu suchen: Sie haben einen Einfluss darauf, wie Menschen sich um andere und um sich selbst kümmern, wobei die «Fürsorge» (care) in der Sozialisation von Mädchen und Frauen von Kindheit an einen hohen Stellenwert hat. Bei dieser Rollenzuschreibung hat die Frau die Aufgabe, sich um das Wohlbefinden der Familie zu kümmern. Umgekehrt werden Knaben und Männer pauschal formuliert eher dazu ermutigt, stark, unabhängig und ritterlich zu sein und sich keine Blöße zu geben (wozu auch Krankheit gehört), damit sie letztlich ihre Rolle als Stütze der Gesellschaft und Wirtschaft erfüllen können.

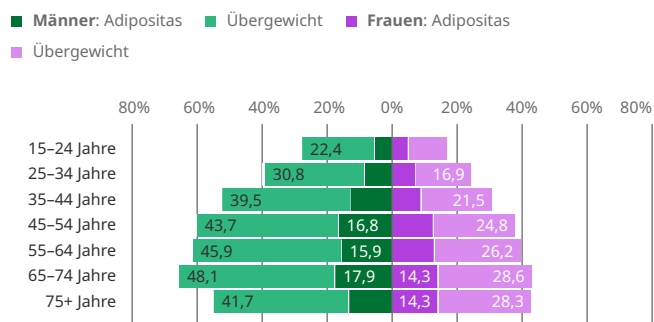
Übergewicht und Adipositas

In den letzten dreissig Jahren hat die Zahl der übergewichtigen Personen weltweit deutlich zugenommen. Adipositas und Übergewicht stellen für die öffentliche Gesundheit eine grosse Herausforderung dar, gehören sie doch zu den Risikofaktoren für zahlreiche Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebs-erkrankungen und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems.

2022 waren 52% der Männer und 34% der Frauen übergewichtig oder adipös. Der höhere Anteil übergewichtiger oder adipöser Männer ist in allen Altersgruppen zu beobachten. Bis zum 74. Altersjahr nehmen Übergewicht und Adipositas sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern zu.

Übergewicht und Adipositas, 2022

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

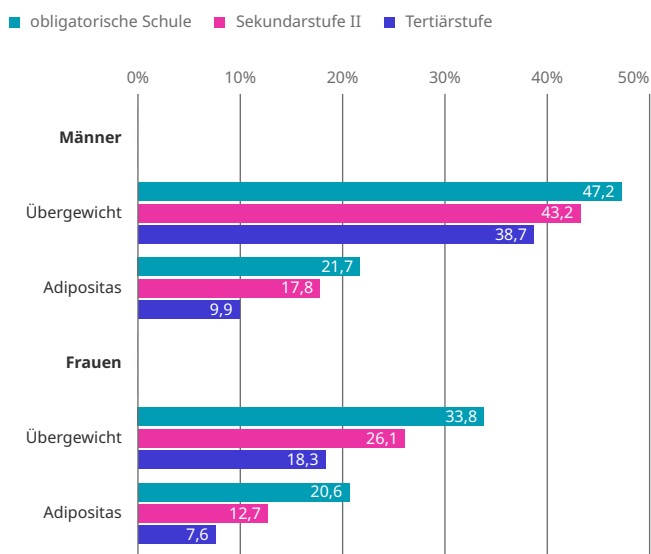


Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) gr-d-14.02.05.01 © BFS 2023

Personen ohne nachobligatorische Ausbildung sind häufiger übergewichtig oder adipös als Personen mit einer höheren Ausbildung. Dieser soziale Gradient ist bei Frauen besonders ausgeprägt. Bei gleichem Alter haben Männer ohne nachobligatorische Ausbildung ein 2,4- bzw. 1,4-mal höheres Risiko für Adipositas bzw. Übergewicht als Männer mit einem Tertiärabschluss. Bei den Frauen fallen die Unterschiede noch stärker aus: Jene ohne nachobligatorische Ausbildung weisen ein 2,9-mal höheres Risiko für Adipositas und ein 2,0-mal höheres Risiko für Übergewicht auf als jene mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe (BFS, 2024).

Übergewicht und Adipositas nach Bildungsniveau, 2022

Bevölkerung ab 25 Jahren in Privathaushalten



Datenstand: 13.02.2024
 Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) gr-d-14.02.05.05 © BFS 2024

Frauen sind zwar seltener übergewichtig als Männer, aber häufiger unzufrieden mit ihrem Körpergewicht (28% gegenüber 23%). Noch deutlicher ist der Unterschied der Unzufriedenen bei den Übergewichtigen (52% der Frauen gegenüber 29% der Männer) und bei den Personen mit Adipositas (68% gegenüber 62%). Dass Frauen und Männer eine unterschiedliche Einstellung gegenüber dem Körpergewicht haben, zeigt sich auch daran, dass der Anteil Männer, die mit ihrem Körpergewicht unzufrieden sind, bei übergewichtigen und untergewichtigen Männern sehr ähnlich ist (37% bzw. 29%), während sich diese Anteile bei den Frauen deutlich unterscheiden: 57% der Frauen mit Übergewicht und 14% der Frauen mit Untergewicht sind unzufrieden mit ihrem Körpergewicht. Während Männer häufiger übergewichtig sind, ist der Anteil an Untergewichtigen bei Frauen deutlich höher (6% gegenüber 2%). Untergewicht kommt bei Männern selten vor, ausser in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen.

Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich Korpulenz und Gewichtswahrnehmung lassen sich durch verschiedene Faktoren erklären. Das Körpergewicht wird zum einen durch die genetische Veranlagung und durch die Körperzusammensetzung (Verteilung Muskelmasse/Fettmasse) bestimmt. Zum anderen sind körperliche Aktivität und Ernährung Gesundheitsverhalten, die das Körpergewicht im Laufe des Lebens beeinflussen und bis zu einem gewissen Grad durch eine Person selber beeinflusst werden können. Geschlechternormen wirken auch auf diese beiden sozialen Faktoren ein. Anstelle einer detaillierten Analyse des mehr oder weniger direkten Zusammenhangs zwischen Korpulenz und verschiedenen physischen, psychosozialen und soziodemografischen Gesundheitsaspekten (BFS, 2024) wird im Folgenden auf einige Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern in Bezug auf körperliche Aktivität und Ernährung eingegangen, die aufzeigen, wie Geschlechternormen insgesamt das Verhältnis zum Körper und zur Korpulenz beeinflussen.

Körperliche Aktivität

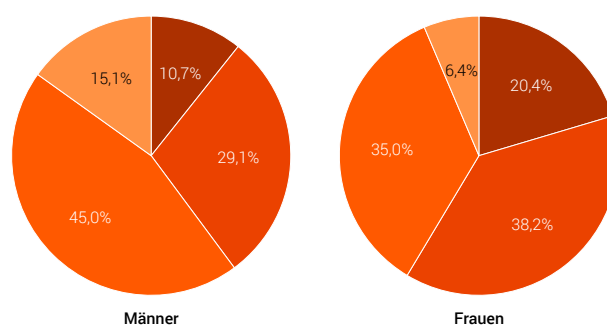
Männer waren 2022 in ihrer Freizeit etwas häufiger ausreichend körperlich aktiv als Frauen (79% gegenüber 73%). Als ausreichend aktiv gilt, wer pro Woche mindestens 75 Minuten einer intensiven körperlichen Aktivität nachgeht (mit Schwitzen) oder sich mindestens 150 Minuten pro Woche bei mässiger Intensität bewegt. Frauen sind demnach häufiger teilaktiv oder inaktiv. Je höher der Bildungsstand, desto verbreiteter ist die körperliche Aktivität. Dies gilt bei Frauen ebenso wie bei Männern, geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es praktisch keine. Schweizer Staatsangehörige sind körperlich aktiver als Ausländerinnen und Ausländer (77% gegenüber 71%), bei den Frauen fällt dieser Unterschied noch deutlicher aus (75% gegenüber 66%). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede treten sowohl bei Schweizerinnen und Schweizern als auch bei ausländischen Staatsangehörigen auf.

Ernährung

Frauen gaben in allen Altersgruppen häufiger als Männer an, auf ihre Ernährung zu achten (76% gegenüber 66%). Dieses unterschiedliche Ernährungsbewusstsein wird durch die Indikatoren zum Konsum von Obst und Gemüse, Fleisch und gezuckerten Getränken bestätigt. Frauen essen nahezu doppelt so häufig wie Männer die empfohlenen fünf Portionen Früchte und/oder Gemüse an mindestens fünf Tagen pro Woche. Dieser Geschlechterunterschied vergrössert sich, je höher der Bildungsstand (von 11% bzw. 7% bei den Frauen bzw. Männern ohne nachobligatorische Ausbildung auf 26% bzw. 13% bei Frauen und Männern mit Tertiärabschluss).

Obst- und Gemüsekonsum, 2022

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten



¹ an mindestens 5 Tagen pro Woche

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2023

Es wird davon abgeraten, mehr als dreimal pro Woche Fleisch zu konsumieren. Gemäss diesen Empfehlungen essen Männer deutlich häufiger zu viel Fleisch – d. h. an vier bis sieben Tagen in der Woche – als Frauen (57% gegenüber 37%). Dieser Geschlechterunterschied ist in allen Altersgruppen klar erkennbar, bei den

jüngeren Personen zeigt er sich jedoch noch deutlicher: 73% der Männer im Alter von 15 bis 24 Jahren essen mindestens viermal pro Woche Fleisch, gegenüber 43% der Frauen im gleichen Alter. Bei den gezuckerten Getränken, von denen nicht mehr als ein Glas pro Tag (2 bis 3 dl) getrunken werden sollte, ist ein ähnlicher Trend erkennbar. Männer trinken doppelt so häufig zu viele gezuckerte Getränke wie Frauen (10% gegenüber 4%).

Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf Gewicht und Bewegung

Die sozialen Einschränkungen während der Corona-Pandemie haben sowohl die Essgewohnheiten als auch die körperliche Aktivität eines grossen Teils der Weltbevölkerung verändert. 2022 gaben 67% der Frauen an, dass ihr Gewicht im Vergleich zur Vor-Corona-Zeit stabil geblieben ist. Bei den Männern waren es 70%. Über ein Fünftel der Frauen (21%) berichteten von einer deutlichen Gewichtszunahme, gegenüber 18% der Männer. Bei der körperlichen Aktivität zeigen die Ergebnisse der SGB22 keine grossen Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Sie blieb bei rund zwei Dritteln der Befragten (63% der Frauen und 64% der Männer) stabil, während sie bei 20% der Frauen und 19% der Männer stark zurückging.

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich die Pandemie trotz einiger Unterschiede bei den Frauen und Männern insgesamt ähnlich auf das Körpergewicht und die körperliche Aktivität ausgewirkt hat.

Geschlechternormen im Verhältnis zum Körper

Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede im Ess- und Bewegungsverhalten könnten auf das Verhältnis zum Körper und die Darstellungen eines gesunden Körpers zurückzuführen sein, die wiederum durch soziale Geschlechternormen beeinflusst werden. Die Einstellung zum Gewicht ist komplex. Sie hängt mit dem Selbstbild und mit den Darstellungen eines gesunden Körpers zusammen, die je nach Epoche und Kultur variieren. So assoziieren Männer zum Beispiel einen muskulösen Körper häufiger mit einem gesunden Körper als Frauen (Wardle et al., 2004). Ausserdem werden Frauen ermuntert, während der Schwangerschaft auf ihre Ernährung zu achten (Kiefer et al., 2008). Frauen schenken dem Körperbild bzw. der Korpulenz generell mehr Aufmerksamkeit. Sie stehen unter sozialem Druck, schlank zu sein, weil ein schlanker Körper als Norm für Schönheit, aber auch für Gesundheit gilt. Gesundheitsnormen verstärken die Schönheitsnormen. Diese Normen finden über die Medien, das Mode- und Filmbusiness und die sozialen Medien eine grosse Verbreitung (Wardle et al., 2004). Das genderspezifisch geprägte Verhältnis zum Körper und zum Körpergewicht manifestiert sich somit bei den Frauen in einem schlanken Körper und bei den Männern in einem kräftigeren Körper, der positiv mit Stärke konnotiert wird. Infolgedessen wird Übergewicht von Frauen und Männern subjektiv unterschiedlich wahrgenommen: Übergewicht ist bei den Frauen nicht nur häufiger eine Ursache von Unzufriedenheit, sie glauben auch eher, dass sie übergewichtig sind, wenn dies

medizinisch nicht der Fall ist (Saint Pol, 2010). Das soll nicht heissen, dass das Verhältnis der Männer zum Körper nicht auch sozialem Druck unterliegt: Untergewicht wird nämlich in der Wahrnehmung des männlichen Körpers ähnlich eingestuft wie Übergewicht bei den Frauen. Geschlechternormen im Zusammenhang mit dem Körper und der Korpulenz dürften somit zu einem guten Teil erklären, weshalb Übergewicht und Adipositas bei Frauen weniger verbreitet sind. Sie erklären aber auch, weshalb Frauen häufiger untergewichtig sind und Angst vor Übergewicht haben, was sich in einer höheren Prävalenz von Essstörungen, insbesondere Anorexie und Bulimie, äussern kann.

Rauchen

Rauchen ist ein genderspezifisch geprägtes Verhalten, d. h. es wurde und wird in gewissem Umfang weiterhin durch Geschlechternormen beeinflusst (Denton et al., 1999). Die Tabakindustrie vermarktete das Rauchen anfänglich als eine Aktivität für Männer (Clair, 2015), bevor sie ab den 1950er- und 1960er-Jahren auch die Frauen als Zielgruppe entdeckte und Zigaretten als Mittel für Emanzipation, Gleichstellung der Geschlechter, Freiheit und Nonkonformismus sowie zur Gewichtskontrolle bewarb. Frauen begannen daher später, d. h. in den 1960er-Jahren, mit dem Rauchen und die rauchbedingten Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs oder Atemwegserkrankungen nahmen bei ihnen entsprechend zu. Abgesehen von spezifisch weiblichen oder schwangerschaftsbedingten Krankheiten haben Raucherinnen im Vergleich zu Rauchern ein erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko. Dieses ist unter anderem auf Unterschiede bei der Metabolisierung der Zigarettenbestandteile zurückzuführen.

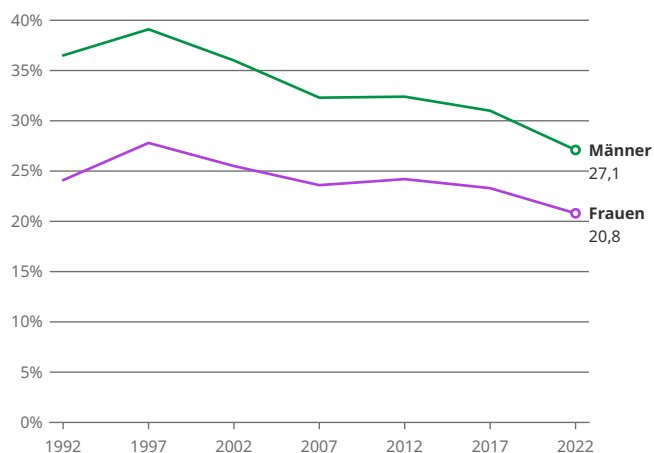
Verbreitung des Rauchens

2022 rauchten in der Schweiz hinweg mehr Männer als Frauen (27% gegenüber 21%). Auch der Anteil der ehemaligen Rauchenden war bei den Männern höher (24% gegenüber 20% der Frauen). Besonders deutlich zeigt sich dieser Geschlechterunterschied bei den stark rauchenden Personen (≥ 20 Zigaretten täglich), denen dreimal so viele Männer wie Frauen angehören (6% gegenüber 2%). Der Anteil der Rauchenden an der Gesamtbevölkerung geht seit den 1990er-Jahren zurück. Auffallend ist der schrumpfende Unterschied zwischen den Geschlechtern. Zwischen 1992 und 2022 sank der Raucheranteil bei den Männern um 9,5 Prozentpunkte, bei den Frauen um lediglich 3,3 Prozentpunkte. Bei den Männern wird in allen Altersgruppen weniger geraucht, bei den Frauen zeigt sich ein unterschiedliches Bild. Während der Anteil der Raucherinnen bei den 15- bis 24-Jährigen unverändert geblieben ist (26% sowohl 1992 als auch 2022), nahm er bei den Frauen ab 65 Jahren zu (von 8% im Jahr 1992 auf 13% im Jahr 2022).

2022 war Rauchen bei den Frauen zwischen 15 und 24 Jahren gleich stark verbreitet wie bei den gleichaltrigen Männern (26% gegenüber 25%). Obwohl insgesamt noch immer mehr Männer rauchen als Frauen, lässt dieser Trend darauf schliessen, dass sich das Rauchverhalten der Frauen schrittweise jenem der Männer annähert.

Tabakkonsum, 1992–2022

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten



Datenstand: 09.02.2024

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

gr-d-14.02.06.10

© BFS 2024

Unterschiede gibt es auch differenziert nach Nationalität und Geschlecht. In der ausländischen Wohnbevölkerung der Schweiz rauchen 33% der Männer und 23% der Frauen. Bei der Bevölkerung mit schweizerischer Staatsangehörigkeit fällt dieser Unterschied weniger markant aus: Dort rauchen 25% der Männer und 20% der Frauen.

Der Bildungsstand spielt beim Rauchverhalten ebenfalls eine Schlüsselrolle und auch hier sind geschlechterspezifische Unterschiede zu beobachten. Bei den Frauen ist der Raucheranteil auf allen drei Bildungsstufen ähnlich hoch. Männer mit Tertiärabschluss rauchen hingegen deutlich seltener (22%) als solche mit einem Abschluss der Sekundarstufe II oder ohne nachobligatorische Ausbildung (32% bzw. 34%). Dies führt dazu, dass Frauen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe nahezu gleich häufig rauchen wie Männer mit dem gleichen Bildungsstand (Frauen: 17%; Männer: 22%). Bei den Personen ab 65 Jahren mit Tertiärabschluss verschwindet der geschlechtsspezifische Unterschied sogar ganz.

Diese Annäherung des Rauchverhaltens der beiden Geschlechter dürfte mit ein Grund sein für die gleichzeitige Annäherung der Lebenserwartung von Männern und Frauen, auch wenn dabei zahlreiche weitere Faktoren eine Rolle spielen.

Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf den Tabakkonsum

Einige Studien haben nachgewiesen, dass der Tabakkonsum bei einem Teil der Bevölkerung während der Covid-19-Pandemie zugenommen hat. Mit Rauchen wurde versucht, Stress, Ängste und Depressionen zu bewältigen, die durch die Pandemie verursacht wurden (Bakaloudi et al., 2023). Gemäss den Daten der SGB22 rauchten 4% der Männer und 3% der Frauen (deutlich) mehr als vor der Pandemie.

Geschlechtsspezifische Ungleichheiten bei chronischen Krankheiten

Die oben erörterten Themen (Übergewicht und Adipositas in Zusammenhang mit der Ernährung, der körperlichen Aktivität und dem Rauchen) helfen zu verstehen, wie biologische Unterschiede zwischen Frauen und Männern, vor allem aber durch Geschlechterrollen und -beziehungen bedingte soziale Unterschiede spezifisch und gesamthaft auf die Gesundheit einwirken. Genderspezifisch geprägte Verhaltensweisen beeinflussen die Ess-, Bewegungs- und Rauchgewohnheiten und die Korpulenz, die sich ihrerseits auf die Entstehung, Diagnose und Behandlung chronischer Krankheiten auswirken. Obwohl diese Einflussfaktoren schwer quantifizierbar sind, weil sie komplex und mit anderen Faktoren wie dem Alter oder dem sozioökonomischen Status verwoben sind, soll hier die Bedeutung des Geschlechts als Gesundheitsdeterminante anhand einiger Beispiele aufgezeigt werden.

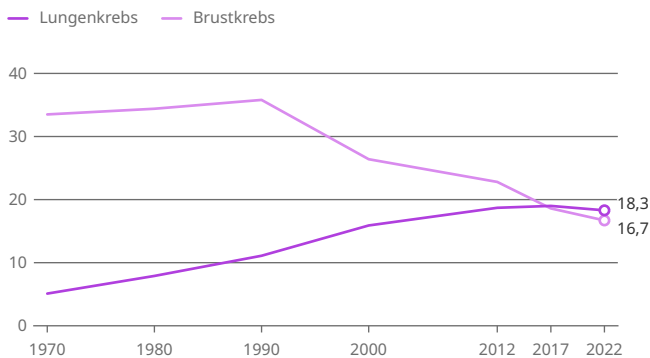
Rauchen ist ein Hauptrisikofaktor für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs. So ist der stärkere Herzinfarkt-Rückgang bei jungen Männern im Vergleich zu den Frauen zum Teil auf Veränderungen beim Anteil Rauchender in den letzten Jahren, insbesondere den Rückgang bei den Männern, zurückzuführen (Arora et al., 2019). In einigen Nachbarländern ist sogar ein alarmierender Anstieg der Herzinfarkttraten bei jüngeren, prämenopausalen Frauen zu verzeichnen. Andere Faktoren tragen ebenfalls zu dieser unterschiedlichen Entwicklung bei. Dazu gehören eine weniger rasche Behandlung der Krankheiten bei Frauen oder Therapien, die weniger wirksam sind, weil die Forschung zum grossen Teil an männlichen Probanden durchgeführt wurde. Ein weiteres Beispiel im Zusammenhang mit dem Rauchen ist die Entwicklung von Lungenkrebs: Bei den Frauen nehmen die Neuerkrankungs- und Sterberaten in der Schweiz seit den 1990er-Jahren zu (+75% bzw. +50%), während beide Raten bei den Männern abnehmen (−34% bei Neuerkrankungen bzw. −48% bei der Sterberate)⁴. Der Anteil der Todesfälle bei Frauen aufgrund von Lungenkrebs steigt. Lungenkrebs ist heute bei den Frauen in der Schweiz und in zahlreichen anderen Ländern (darunter USA und Frankreich) die Krebserkrankung, die am häufigsten zum Tod führt. Frauen übernehmen aufgrund ihrer sozialen Geschlechterrollen mehr Hausarbeit als Männer. Sie können dadurch ihre Gesundheit während der Behandlungen zu wenig priorisieren, was ihre Überlebenschancen bei Lungenkrebs beeinträchtigen kann (Florez et al, 2024). Darüber hinaus zeigen die Daten, dass Frauen und Männer die Behandlungen von Lungenkrebs nicht gleich gut vertragen und auch nicht gleich darauf ansprechen. Allerdings sind Frauen in klinischen Lungenkrebs-Studien untervertreten, es fehlt an geeigneten Screening-Richtlinien und es werden nicht genügend Gespräche mit dem Gesundheitspersonal zur Früherkennung geführt (Florenz et al, 2024).

Brustkrebs ist in der Schweiz die zweithäufigste krebsbedingte Todesursache. Obwohl der Zusammenhang zwischen Rauchen und Brustkrebsrisiko lange umstritten war, belegen heute immer mehr Studien, dass Rauchen auch ein Risikofaktor für Brustkrebs ist (Scala et al, 2024). Die krebsregenden Substanzen im Tabak scheinen die antiöstrogene Wirkung des Tabaks, dem man bisher eine schützende hormonelle Wirkung zuschrieb, aufzuheben.

⁴ Für Nähere Informationen siehe: [Sterblichkeit \(Mortalität\) | Krebsarten im Vergleich | Krebsmonitoring Schweiz](#)

Todesfälle bei Frauen aufgrund von Lungenkrebs und Brustkrebs, 1970–2022

Standardisierte Sterberate, pro 100 000 Einwohnerinnen



Datenstand: 11.12.2023
Quelle: BFS – Todesursachenstatistik (CoD)

gr-d-14.02.09.01
© BFS 2025

Übergewicht, Bewegungsmangel und eine unausgewogene Ernährung sind Risikofaktoren für Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-Krankheiten. Nichtübertragbare Krankheiten sind auf dem Vormarsch, darunter Diabetes, an dessen Entstehung Adipositas ursächlich beteiligt ist. Typ-2-Diabetes tritt bei Männern häufiger auf als bei Frauen und wird zu einem guten Teil mit der Ernährung und mit Adipositas, insbesondere abdominaler Adipositas, in Verbindung gebracht. Hormone beeinflussen die Körperfettverteilung, weshalb prämenopausale Frauen relativ gut vor abdominaler Adipositas geschützt sind. Diese positive Körperfettverteilung kann jedoch durch das Rauchen beeinträchtigt werden: Tabak hat eine antiöstrogene Wirkung, d. h. der schützende hormonelle Effekt wird aufgehoben, weshalb Raucherinnen ein höheres Risiko für Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben. Das Rauchverhalten wirkt sich in diesem Fall direkt auf den Hormonhaushalt und den Stoffwechsel aus. Ausserdem wirken Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen bei Männern generell weniger. Dies könnte daran liegen, dass die Präventionsbotschaften nicht auf Männer zugeschnitten sind, oder auch daran, dass sich Männer weniger um ihre Gesundheit kümmern. Hierzu ist anzumerken, dass sich die sozialen Normen in Bezug auf die Darstellung eines «gesunden» männlichen Körpers seit dem Aufkommen der sozialen Medien im Wandel befinden, insbesondere bei jungen Männern.

Psychische Gesundheit

Auch bei der psychischen Gesundheit zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede, die sich insbesondere in der Pubertät erstmals bemerkbar machen. In der SGB22 berichteten 32% der Frauen, dass sie «immer, meistens oder manchmal» sehr nervös sind. Bei den Männern waren es 22%. Am stärksten verbreitet ist diese Nervosität mit 43% bei den 15- bis 24-jährigen Frauen (Männer im gleichen Alter: 28%). Geschlechtlich und/oder sexuell diverse Personen fühlen sich häufiger nervös (38%) als heterosexuelle Cis-Frauen (30%) oder heterosexuelle Cis-Männer (21%). 6% der Bevölkerung leiden nach eigenen Angaben an

mittelschweren bis schweren Symptomen einer generalisierten Angststörung, die dadurch gekennzeichnet sind, dass sie häufiger und stärker sind als gelegentlich oder bei einem bestimmten Ereignis auftretende Angstgefühle. Auch hier ist der Anteil bei den Frauen zwischen 15 und 24 Jahren am höchsten (18% gegenüber 7% bei den gleichaltrigen Männern). Bei den Frauen besteht kein sozialer Gradient, Männer mit einem Tertiärabschluss sind hingegen vergleichsweise weniger betroffen, was dazu führt, dass generalisierte Angststörungen bei ihnen weniger häufig vorkommen als bei Frauen mit dem gleichen Abschluss (4% gegenüber 6%). Fehlende Erwerbsarbeit scheint einen Einfluss auf das Auftreten einer generalisierten Angststörung zu haben, insbesondere bei Männern. Sie sind ebenso häufig betroffen (12%) wie nicht erwerbstätige Frauen (11%). Bei den Erwerbstätigen berichten Frauen hingegen häufiger von einer generalisierten Angststörung (7%) als Männer (5%).

Geschlechtlich und/oder sexuell diverse Personen leiden nach eigenen Angaben deutlich häufiger an mittelschweren bis schweren Symptomen einer generalisierten Angststörung (12%) als heterosexuelle Cis-Frauen (7%) und heterosexuelle Cis-Männer (5%). Dies kann einerseits mit gesellschaftlichen gender- und geschlechtsspezifischen Normen, andererseits mit den Auswirkungen von Stigmatisierung, Gewalt und Diskriminierung zusammenhängen (Krüger et al., 2022).

Depressionssymptome

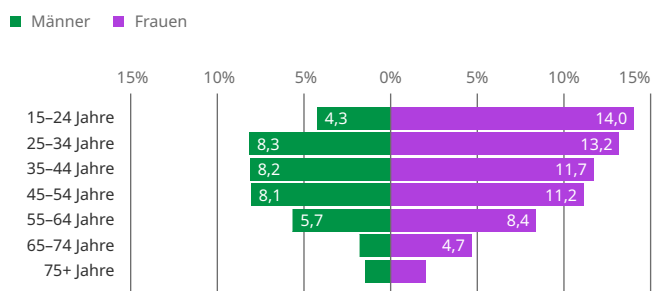
2022 berichteten zudem 10% der Bevölkerung der Schweiz von mittelschweren bis schweren Depressionssymptomen, Frauen in grösserem Ausmass als Männer (12% gegenüber 8%). Bei den 15- bis 24-Jährigen gaben Frauen doppelt so häufig entsprechende Symptome an wie Männer (26% gegenüber 13%). Diese Anteile nehmen mit dem Alter ab, wobei – ausser bei den Personen ab 75 Jahren (Frauen: 6%; Männer: 2%) – keine signifikanten Geschlechterunterschiede auftreten. Die Erwerbstätigkeit scheint auch hier die psychische Gesundheit zu beeinflussen. Erwerbstätige Männer leiden nach eigenen Angaben deutlich seltener an mittelschweren bis schweren Depressionssymptomen als nicht erwerbstätige (7% gegenüber 21%). Bei den Frauen sind die entsprechenden Unterschiede zwischen Erwerbstätigen und Nichterwerbstätigen geringer (11% gegenüber 17%). Diese Geschlechterdifferenzen hinsichtlich des Risikos, im Lauf des Lebens an einer Depression zu erkranken, ist bekannt. Sie treten in der Pubertät auf und bleiben bis ins hohe Alter bestehen. Erklärt werden sie teilweise mit den in der Pubertät vermehrt produzierten Sexualhormonen, teilweise aber auch mit intra- und interpersonellen geschlechtsspezifischen Faktoren, insbesondere Stress. Zu diesen strukturellen Ungleichheiten der Geschlechter kommt hinzu, dass Frauen vermehrt bestimmten belastenden Situationen ausgesetzt sind, insbesondere spezifischen Formen von Gewalt an Frauen und Mädchen, die bis zu sexuellem Missbrauch in der Kindheit reichen können und dazu beitragen, dass sie häufiger eine Depression entwickeln (Kuehner 2017). Geschlechtlich und/oder sexuell diverse Personen berichteten im Jahr 2022 häufiger von mittelschweren bis schweren Depressionssymptomen (19%) als heterosexuelle Cis-Frauen (10%) oder heterosexuelle Cis-Männer (7%).

Behandlung wegen psychischer Probleme

Wie die beschriebenen Ergebnisse zeigen, leiden junge Frauen zwischen 15 und 24 Jahren im Jahr 2022 deutlich häufiger an psychischen Problemen als Männer im gleichen Alter. Die Zahlen zur Inanspruchnahme von Behandlungen bestätigen diese Erkenntnis. 14% der 15- bis 24-jährigen Frauen gaben 2022 an, dass sie sich wegen psychischen Problemen in den letzten zwölf Monaten in Behandlung befanden. Bei den gleichaltrigen Männern belief sich dieser Anteil auf lediglich 4%. Mit zunehmendem Alter begeben sich zwar anteilmässig weniger Personen wegen psychischer Probleme in Behandlung, der Geschlechterunterschied bleibt aber bestehen. Auch hier scheint die fehlende Erwerbstätigkeit eine massgebliche Rolle zu spielen: Nicht erwerbstätige Männer wurden in den letzten zwölf Monaten deutlich häufiger wegen psychischer Probleme behandelt als erwerbstätige (19% gegenüber 6%). Bei den Frauen ist dieser Unterschied weniger stark ausgeprägt (16% gegenüber 10%). Geschlechtlich und/oder sexuell diverse Personen gaben häufiger an, in den letzten zwölf Monaten wegen psychischer Probleme eine Behandlung in Anspruch genommen zu haben (15%) als heterosexuelle Cis-Frauen (9%) oder heterosexuelle Cis-Männer (6%).

Behandlung infolge psychischer Probleme, 2022

Innerhalb von 12 Monaten; Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten



Datenstand: 31.01.2024

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

gr-d-14.03.02.06

© BFS 2024

2022 gaben 42% der Bevölkerung an, dass sie sich «sehr häufig», «ziemlich häufig» oder «manchmal» einsam fühlen. Dieses Einsamkeitsgefühl tritt bei Frauen in jedem Alter häufiger auf als bei Männern, insbesondere bei den 15- bis 24-Jährigen (Frauen: 69%; Männer: 59%). Es nimmt zwar mit dem Alter ab, häuft sich dann aber ab 75 Jahren wieder, wobei Frauen in dieser Altersgruppe stärker betroffen sind als Männer (44% gegenüber 26%). Frauen aller Bildungsniveaus fühlen sich öfter einsam als Männer, dies trifft allerdings nur auf erwerbstätige Frauen zu. Auch geschlechtlich und/oder sexuell diverse Personen berichten häufiger von Einsamkeitsgefühlen (58%) als heterosexuelle Cis-Frauen oder -Männer (45% bzw. 35%).

Weitere Indikatoren der psychischen Gesundheit (Tabelle T2) zeigen ähnliche Trends: Frauen leiden häufiger an psychischen Problemen als Männer.

Indikatoren der psychischen Gesundheit, 2022

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

T2

	Männer		Frauen	
	%	+/-	%	+/-
Sehr nervös (manchmal, meistens, immer)	21,5	1,0	31,7	1,1
Mittelschwere bis schwere Symptome einer generalisierten Angststörung	5,0	0,6	7,7	0,7
Mittelschwere bis schwere Depressionssymptome	7,9	0,8	11,7	0,9
Behandlung wegen psychischer Probleme (in den letzten 12 Monaten)	6,0	0,6	9,5	0,7
Allgemeine Schwäche	38,2	1,2	53,6	1,1
Mittlere oder pathologische Schlafstörungen	28,7	1,2	37	1,2
Geringe Kontrollüberzeugung	26,5	1,2	29,3	1,1
Mittlere oder hohe psychische Belastung	14,4	0,9	21,1	0,9

+/- Vertrauensintervall (95%)

¹ In den letzten 4 Wochen

² In den letzten 2 Wochen

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2025

In der Schweiz unternehmen Frauen allgemein häufiger Suizidversuche als Männer, aber Männer begehen häufiger Suizid. 2023 lag die Sterberate durch Suizid bei den Männern bei 13, bei den Frauen bei 5 (altersstandardisierte Sterberate pro 100 000 Einwohner/-innen). Diese paradoxe Situation lässt sich mit den geschlechtsspezifischen Suizidgedanken und -verhalten erklären. Psychisches Leiden macht sich bei Frauen und Männern unterschiedlich bemerkbar, was dazu führen kann, dass Depression bei Männern seltener erkannt wird. Hinzu kommt, dass Männer tendenziell zu potenziell tödlicheren Mitteln greifen und sich der Suizidprozess aufgrund des häufigeren Konsums von Substanzen wie Alkohol oder Drogen beschleunigt (Michaud et al., 2021). Geschlechtlich und/oder sexuell diverse Personen berichten wiederum doppelt so häufig von Suizidversuchen (8%) wie heterosexuelle Cis-Frauen und Cis-Männer (4% bzw. 3%).

Da geschlechtlich und/oder sexuell diverse Personen einer nach wie vor stark stigmatisierten Minderheit angehören, die sowohl institutionellen als auch individuellen Diskriminierungen ausgesetzt ist und psychische, verbale und/oder körperliche Gewalt erfährt, sind sie täglichem Stress ausgesetzt (Bize et al., 2022). Wie die Daten der SGB zeigen, führen dieser sogenannte «Minderheitsstress» und die durch den Minderheitsstatus bedingte Isolation sehr häufig zu mangelndem Selbstwertgefühl, zu Angstzuständen und zu einer höheren Prävalenz von Depressionssymptomen oder Suizidgedanken.

Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit

Die Pandemie wirkte sich nicht nur auf die körperliche, sondern auch auf die psychische Gesundheit aus, wobei Frauen in beiden Fällen stärker betroffen waren als Männer. Frauen berichteten häufiger von einer starken Zunahme von Stress (24%) und Angst (17%) als Männer (17% bzw. 11%). Dass Frauen psychisch stärker unter der Pandemie gelitten haben, könnte auf gesellschaftliche Faktoren zurückzuführen sein, insbesondere die Hausarbeit, die Vereinbarung von Beruf und Familie sowie die soziale Isolation (Wenham 2020). In diesem Kontext fühlten sich 11% der Frauen nach der Pandemie «viel häufiger oder häufiger» einsam. Bei den Männern waren es 8%.

Schlussfolgerungen

Soziale Ungleichheit kann gesundheitliche Ungleichheit in Bezug auf nicht übertragbare Krankheiten zur Folge haben. Die Ursachen dafür sind komplex und noch nicht ausreichend erforscht. Die hier vorgestellten Ergebnisse zeigen jedoch, dass die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten durch gesellschaftliche Normen wie Geschlechterrollen und -beziehungen geprägt und beeinflusst werden. Geschlechtsspezifische Werte und Normen – so komplex, dynamisch und wandelbar in der Zeit sie auch sind – führen im Verbund mit anderen Faktoren wie Alter, sozioökonomischer Stellung, affektiver und sexueller Orientierung sowie ethnischer Zugehörigkeit oder Nationalität dazu, dass Frauen und Männer unterschiedliche soziale Erfahrungen machen, die sich unterschiedlich auf ihren Körper auswirken.

Durch die Berücksichtigung dieses geschlechterdifferenzier-ten Gesundheitsansatzes können Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien entwickelt werden, die besser auf die Risikogruppen und auf die gesundheitlichen Besonderheiten von Frauen und Männern ausgerichtet sind, ohne Stereotype zu reproduzieren. Dieser Ansatz ist zudem eine wichtige Voraussetzung für strukturelle Massnahmen, die – zusätzlich zur Eigenverantwortung der Personen – gesundheitliche Ungleichheiten verringern können (Schwarz et al., 2019).

Datenquellen

Die Publikation stützt sich auf die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB). Die SGB wird seit 1992 alle fünf Jahre vom Bundesamt für Statistik (BFS) durchgeführt.

2022 hat die siebte Befragung, die Teil des Erhebungsprogramms der eidgenössischen Volkszählung ist, stattgefunden. Sie liefert wichtige Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung, zum Gesundheitsverhalten sowie zur Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen. Insgesamt nahmen 21 930 in Privathaushalten lebende Personen ab 15 Jahren an der Erhebung teil: 10 139 Männer und 11 791 Frauen. Die Befragung wurde mittels eines telefonischen Interviews, gefolgt von einem schriftlichen Fragebogen auf Papier oder online durchgeführt.

Bibliografie

Alabas OA, Tashani OA, Tabasam G, Johnson MI (2012). *Gender Role Affects Experimental Pain Responses: A Systematic Review with Meta-Analysis*. *European journal of pain* 16, no. 9: 1211-23.

Amos A., Haglund M (2000). *From Social Taboo to "Torch of Freedom": The Marketing of Cigarettes to Women*. *Tobacco Control* 9, no. 1 (Mar 2000): 3–8.

Arora Sameer, Stouffer George A, Kucharska-Newton Anna M, Qamar Arman, Vaduganathan Muthiah, Pandey Ambarish, Porterfield Deborah, Blankstein Ron, Rosamond Wayne D, Bhatt Deepak L (2019). *Twenty Year Trends and Sex Differences in Young Adults Hospitalized with Acute Myocardial Infarction: The Aric Community Surveillance Study*. *Circulation* 139, no. 8: 1047-56.

Auderset D, Amiguet M, Clair C, Riou J, Pittet V, Schwarz J, Mueller Y. (2024). *Gender/Sex Disparities in the COVID-19 Cascade From Testing to Mortality: An Intersectional Analysis of Swiss Surveillance Data*. *Int J Public Health*. 2024 May 21;69:1607063. doi: 10.3389/ijph.2024.1607063.

Bakaloudi DR, Evripidou K, Siargkas A, Breda J, Chourdakis M. (2023). *Impact of COVID-19 lockdown on smoking and vaping: systematic review and meta-analysis*. *Public Health*. 2023;218:160-72.

Bird Chloe E, Lang Martha E, Rieker Patricia P (2012). "Changing Gendered Patterns of Morbidity and Mortality." In *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare*, edited by Ellen Kuhlmann and Ellen Annandale, 125-41. New York: Palgrave Macmillan.

Bize Raphaël, Berrut Sylvan, Volkmar Erika, Medico Denise, Werlen Mirjam, Aegerter Audrey, Wahlen Raphaël, Bodenmann Patrick (2022). *Soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées*, In Bodenmann Patrick, Jackson Yves, Vu Francis, Wolff Hans (eds.) *Vulnérabilités, diversités et équité en santé*, chap. 2.8, pp. 347–360, RMS éditions / Médecine et Hygiène.

Clair Carole, Cornuz Jacques, Bart Pierre-Alexandre, Schwarz Joëlle (2018). *Médecine et genre: quels enjeux pour la pratique?* *Revue médicale suisse* 14, 1951-54.

Clair Carole, de Kleijn MJJ, Jaunin-Stalder N, Cornuz Jacques (2015). *Genre et disparités: l'exemple du tabagisme*. *Revue médicale suisse* 11: 1298-1303.

Denton M, Walters V (1999). *Gender Differences in Structural and Behavioral Determinants of Health: An Analysis of the Social Production of Health* (1999). *Soc Sci Med* 48, no. 9 (May 1999): 1221-35.

De Saint Pol Thibaut (2006). *Corps et appartenance sociale: la corpulence en Europe. Données sociales – La société française*. Institut National de la Statistique et des études Économiques, pp. 649–656

Fillingim Roger B, King Christopher D, Ribeiro-Dasilva Margarete C, Rahim-Williams Bridgett, Riley III Joseph L (2009). *Sex, Gender, and Pain: A Review of Recent Clinical and Experimental Findings*. The Journal of Pain 10, no. 5: 447-85.

Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP et al. (1989). *Trends in cigarette smoking in the United States. The changing influence of gender and race*. JAMA 1989;261:49–55

Florez N, Kiel L, Riano I, Patel S, Decarli K, Dhawan N, et al.(2024). *Lung Cancer in Women: The Past, Present, and Future*. Clinical Lung Cancer. 2024;25(1):1–8.

Gebhard CE, Sütsch C, Gebert P, Gysi B, Bengs S, Todorov A, et al. (2024). *Impact of sex and gender on post-COVID-19 syndrome, Switzerland, 2020*. Eurosurveillance. 2024;29(2).

Hitchman SC, Fong GT (2011). *Gender Empowerment and Female-to-Male Smoking Prevalence Ratios*. Bulletin of the World Health Organization 89, no. 3 (Mar 1 2011): 195–202.

Kiefer I, Rathmanner T (2008). *Ernährungsberatung, Gewichtsreduktion Und Essstörungen*. In *Gender Medizin: Geschlechtsspezifische Aspekte Für Die Klinische Praxis*, edited by A. Rieder and B. (eds). Lohff, 173-87. Vienna: Springer-Verlag Wien.

Krieger Nancy (2020). *Measures of Racism, Sexism, Heterosexism, and Gender Binarism for Health Equity Research: From Structural Injustice to Embodied Harm—an Ecosocial Analysis*. Annual Review of Public Health 41, no. 1: 37–62.

Krüger P, Pfister A, Eder M, Mikolasek M. (2022). *Gesundheit von LGBT Personen in der Schweiz: Schlussbericht*. Luzern: Hochschule Luzern Soziale Arbeit.

Kuehner C (2020). *Why is depression more common among women than among men?* The Lancet Psychiatry, 2017 (4:2). Doi :10.1016/S2215-0366(16)30263-2

Le Talec Jean-Yves, Authier Danièle, Tomolillo Sylvie (2019). *La promotion de la santé au prisme du genre. Guide théorique et pratique*. Rennes: Presses de l'EHESP.

Marmot Michael (2019). *Déterminants sociaux de la santé: santé publique et pratique clinique*. Revue médicale suisse 640.

Michaud Laurent, Brovelli Michel, Bourquin Céline (2021). *Le paradoxe du genre dans le suicide: des pistes explicatives et pas mal d'incertitude*. Revue Médicale Suisse, 7442

OFS (2021). *Le cancer en Suisse, rapport 2015 – État des lieux et évolutions*. Neuchâtel

OFS (2024). *Surpoids et obésité. Enquête suisse sur la santé*. Actualités OFS. Neuchâtel.

Orlona Elena, Malorni Walter (2022). *Long COVID: to investigate immunological mechanisms and sex/gender related aspects as fundamental steps for tailored therapy*. Eur Respir. 59(2):2102245

Pedulla R, Glugosh J, Jeyaseelan N, Prevost B, Velez E, Winnitoy B, et al. (2024). *Associations of Gender Role and Pain in Musculoskeletal Disorders: A Mixed-Methods Systematic Review*. The Journal of Pain. 2024;25(12):104644.

Scala M, Bosetti C, Bagnardi V, Possenti I, Specchia C, Gallus S, et al. (2023). *Dose-response Relationships Between Cigarette Smoking and Breast Cancer Risk: A Systematic Review and Meta-analysis*. Journal of Epidemiology. 2023;33(12):640-8.

Schwarz Joëlle, Arminjon Mathieu, Zemp Stutz Elisabeth, Merten Sonja, Bodenmann Patrick, Clair Carole (2019). *Déterminants sociaux de la Santé en Suisse – comment le genre s'est perdu en chemin*. Revue médicale suisse 15: 485-89.

Wardle J., Haase AM, Steptoe A, Nillapun M, Jonwutiwes K, Bellisle F (2004). *Gender Differences in Food Choice: The Contribution of Health Beliefs and Dieting*. Ann Behav Med 27, no. 2 (Apr 2004): 107-16.

Wenham C, Smith J, Davies SE, Feng H, Grépin KA, Harman S, et al. (2020). *Women are most affected by pandemics – lessons from past outbreaks*. Nature. 583(7815):194-8.

Herausgeber:	Bundesamt für Statistik (BFS)
Auskunft:	renaud.lieberherr@bfs.admin.ch, BFS, Tel. +41 58 463 65 61
Konzept und Redaktion:	Renaud Lieberherr (BFS, GESB), Carole Clair, Joëlle Schwarz, Margot Guth, Raphaël Bize (Unisanté, Lausanne)
Mitarbeit:	Erë Rrustemi, Timea-Chiara Annovazzi, Geraldina Mottini (Unité santé et genre, Unisanté, Lausanne)
Reihe:	Statistik der Schweiz
Themenbereich:	14 Gesundheit
Originaltext:	Französisch
Übersetzung:	Sprachdienste BFS
Layout:	Publishing und Diffusion PUB, BFS
Grafiken:	Publishing und Diffusion PUB, BFS Alle Grafiken in der digitalen Version finden Sie auch interaktiv in unserem Webkatalog
Online:	www.statistik.ch
Print:	www.statistik.ch Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel, order@bfs.admin.ch, Tel. +41 58 463 60 60 Druck in der Schweiz
Copyright:	BFS, Neuchâtel 2025 Wiedergabe unter Angabe der Quelle für nichtkommerzielle Nutzung gestattet
BFS-Nummer:	213-2218

Die Informationen in dieser Publikation tragen zur Messung der Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDG) bei.



Indikatorensystem MONET 2030

www.statistik.ch → Statistiken → Nachhaltige Entwicklung
→ Das MONET 2030-Indikatorensystem