



ROBERT KOCH INSTITUT
Statistisches Bundesamt



Schwerpunktbericht der
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

**Gesundheit von Frauen und Männern
im mittleren Lebensalter**



Gesundheitsberichterstattung des Bundes

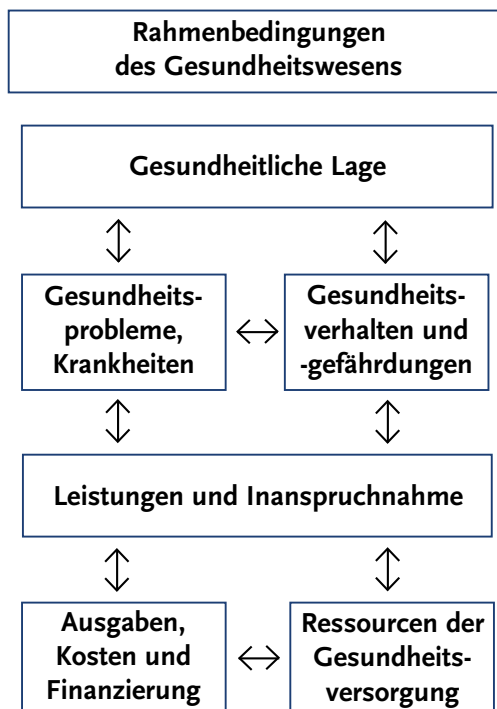
Schwerpunktbericht der
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

**Gesundheit von Frauen und Männern
im mittleren Lebensalter**

*Julia Lademann, Petra Kolip
u. M. v.: Bernhilde Deitermann, Jens Bucksch, Monika Schwarze*

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) liefert daten- und indikatorengestützte Beschreibungen und Analysen zu allen Bereichen des Gesundheitswesens.



Als dynamisches und in ständiger Aktualisierung begriffenes System bietet die Gesundheitsberichterstattung des Bundes die Informationen zu den Themenfeldern in Form sich ergänzender und aufeinander beziehender Produkte an:

- ▶ Themenhefte der Gesundheitsberichterstattung des Bundes
 - ▶ In den Themenheften werden spezifische Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und zum Gesundheitssystem handlungsorientiert und übersichtlich präsentiert. Jedes Themenheft lässt sich einem der GBE-Themenfelder zuordnen; der innere Aufbau folgt ebenfalls der Struktur der Themenfelder. Somit bieten die Themenfelder der GBE sowohl den Rahmen als auch die Gliederung für die Einzelhefte. Inhaltlich zusammengehörende Themen können ge-

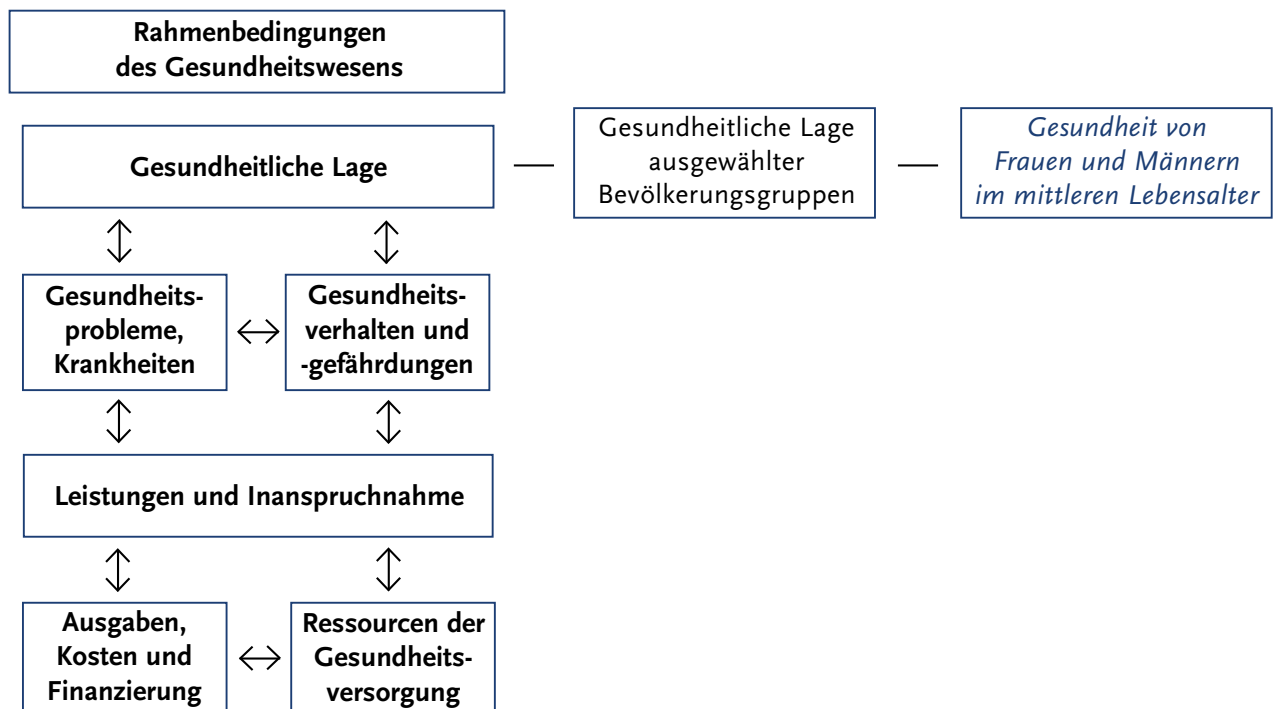
bündelt und gemeinsam herausgegeben werden. Die fortlaufende Erscheinungsweise gewährleistet Aktualität. Die Autorinnen und Autoren sind ausgewiesene Expertinnen und Experten aus dem jeweiligen Bereich.
www.rki.de

- ▶ Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes
 - ▶ Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes liefert als Online-Datenbank schnell, kompakt und transparent gesundheitsrelevante Informationen zu allen Themenfeldern der Gesundheitsberichterstattung. Die Informationen werden in Form von individuell gestaltbaren Tabellen, übersichtlichen Grafiken, verständlichen Texten und präzisen Definitionen bereitgestellt und können heruntergeladen werden. Das System wird ständig ausgebaut. Derzeit sind aktuelle Informationen aus über 100 Datenquellen abrufbar. Zusätzlich können über dieses System die GBE-Themenhefte und die Inhalte aus dem Gesundheitsbericht für Deutschland (Hrsg. Statistisches Bundesamt, Stuttgart, 1998) abgerufen werden.
www.gbe-bund.de
- ▶ Schwerpunktberichte
 - ▶ In den Schwerpunktberichten werden spezielle Themen der Gesundheit und des Gesundheitssystems detailliert und umfassend beschrieben.

Die Aussagen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes beziehen sich auf die nationale, bundesweite Ebene und haben eine Referenzfunktion für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Auf diese Weise stellt die GBE des Bundes eine fachliche Grundlage für politische Entscheidungen bereit und bietet allen Interessierten eine datengestützte Informationsgrundlage. Darüber hinaus dient sie der Erfolgskontrolle durchgeführter Maßnahmen und trägt zur Entwicklung und Evaluierung von Gesundheitszielen bei.

Der Leser- und Nutzerkreis der GBE-Produkte ist breit gefächert: Angesprochen sind Gesundheitspolitikerinnen und -politiker, Expertinnen und Experten in wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen und die Fachöffentlichkeit. Zur Zielgruppe gehören auch Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten, Verbraucherinnen und Verbraucher und ihre jeweiligen Verbände.

Der vorliegende Schwerpunktbericht »Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter« der Gesundheitsberichterstattung des Bundes lässt sich folgendermaßen in das Gesamtspektrum der Themenfelder einordnen:



Bislang sind folgende Themenhefte der GBE erschienen:

- Heft 1 »Schutzimpfungen«
- Heft 2 »Sterbebegleitung«
- Heft 3 »Gesundheitsprobleme bei Fernreisen«
- Heft 4 »Armut bei Kindern und Jugendlichen«
- Heft 5 »Medizinische Behandlungsfehler«
- Heft 6 »Lebensmittelbedingte Erkrankungen«
- Heft 7 »Chronische Schmerzen«
- Heft 8 »Nosokomiale Infektionen«
- Heft 9 »Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin«
- Heft 10 »Gesundheit im Alter«
- Heft 11 »Schuppenflechte«
- Heft 12 »Dekubitus«
- Heft 13 »Arbeitslosigkeit und Gesundheit«
- Heft 14 »Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter«
- Heft 15 »Hepatitis C«
- Heft 16 »Übergewicht und Adipositas«
- Heft 17 »Organtransplantation und Organspende«
- Heft 18 »Neu und vermehrt auftretende Infektionskrankheiten«
- Heft 19 »Heimtierhaltung – Chancen und Risiken für die Gesundheit«
- Heft 20 »Ungewollte Kinderlosigkeit«
- Heft 21 »Angststörungen«
- Heft 22 »Hautkrebs«
- Heft 23 »Selbsthilfe im Gesundheitsbereich«
- Heft 24 »Diabetes mellitus«
- Heft 25 »Brustkrebs«
- Heft 26 »Körperliche Aktivität«
- Heft 27 »Schlafstörungen«
- Heft 28 »Altersdemenz«

Schwerpunktbericht der GBE

- ▶ Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
- ▶ Pflege

Adressen:

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Postfach 650261
13302 Berlin
Tel.: 018 88.754-34 00
Fax: 018 88.754-35 13
gbe@rki.de
www.rki.de

Statistisches Bundesamt
Zweigstelle Bonn
Informations- und Dokumentationszentrum
Gesundheitsdaten
Graurheindorfer Straße 198
53117 Bonn
Tel.: 018 88.644-81 21
Fax: 018 88.644-89 96
gbe-bund@destatis.de
www.gbe-bund.de

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	9
2	Das mittlere Lebensalter	11
3	Soziodemografische Lage	13
4	Gesundheitliche Lage	16
4.1	Fernere Lebenserwartung, Mortalität und verlorene Lebensjahre	16
4.2	Subjektiver Gesundheitszustand und Beschwerden	19
4.2.1	Einschätzung des Gesundheitszustands	19
4.2.2	Körperliche, psychische und psychosomatische Beschwerden	19
4.3	Krankheitsfolgen	26
4.3.1	Arbeitsunfähigkeit	26
4.3.2	Verminderte Erwerbsfähigkeit	28
4.3.3	Behinderungen und Pflegebedürftigkeit	29
4.3.4	Volkswirtschaftliche Kosten	30
5	Gesundheitsbeeinflussende Lebensweisen und Lebenslagen	31
5.1	Lebensform	31
5.2	Erwerbsstatus	35
5.3	Gesundheitsrelevantes Verhalten	38
5.3.1	Tabakkonsum	38
5.3.2	Alkoholkonsum	41
5.3.3	Ernährungsverhalten	45
5.3.4	Körperliche Aktivität	48
5.3.5	Medikamentenkonsum	50
5.3.6	Teilnahme an Früherkennungs- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen ..	53
6	Bedeutende Gesundheitsprobleme	56
6.1	Krebserkrankungen	56
6.2	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	59
6.3	Psychische Erkrankungen	63
6.4	Unfälle, Suizide und Gewalt	65
6.4.1	Unfälle in der Arbeitswelt, im Straßenverkehr, in Heim und Freizeit	65
6.4.2	Suizide	68
6.4.3	Gewalt	69
7	Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung	71
7.1	Arztbesuche	71
7.2	Krankenhausentlassungsdiagnosen	72
7.3	Rehabilitationsmaßnahmen	75
7.4	Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter	77
7.5	Kosten der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung	77

8	Erklärungsansätze	78
8.1	Biologische Faktoren	78
8.2	Methodische Probleme und Artefakte	79
8.3	Geschlechtsspezifische Arbeits- und Lebensbedingungen	80
8.4	Geschlechtsspezifische Körpersozialisation	81
8.5	Geschlechtsspezifische Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem	82
8.5.1	Medikalisierung bei Frauen: Die Hormontherapie in den Wechseljahren	83
8.5.2	Medikalisierung bei Männern: Der PSA-Test	85
9	Perspektiven für die gesundheitliche Versorgung und Prävention	88
9.1	Identifikation des geschlechtsspezifischen Versorgungsbedarfs	88
9.2	Gender Mainstreaming	89
	Literatur	92
	Datenquellen	100
	Liste der im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 abgefragten Krankheiten	101
	Tabellenverzeichnis	102
	Abbildungsverzeichnis	104
	Abkürzungsverzeichnis	106

Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter

1 Einleitung

Im mittleren Lebensalter lassen sich spezifische gesundheitliche Problemlagen bei Frauen und Männern ausmachen, die von erheblicher Relevanz sowohl für die gesundheitliche Versorgung als auch für die Ausschöpfung von Präventionspotenzialen sind. Bis vor wenigen Jahren wurden die Fragen, ob sich die gesundheitliche Situation von Frauen und Männern unterscheidet, ob sich im Versorgungssystem geschlechterspezifische Verzerrungen ausmachen lassen und ob Frauen und Männer spezifische Bedürfnisse haben, vor allem im Kontext der Frauengesundheitsforschung gestellt. In der Gesundheitsberichterstattung wurde der Zusammenhang von Geschlecht und Gesundheit zunächst in geschlechtsspezifischen Gesundheitsberichten thematisiert. Die meisten dieser Berichte¹ haben – ausgehend von der These einer gesundheitlichen Benachteiligung von Frauen – auf die gesundheitlichen Probleme und den Versorgungsbedarf von Frauen fokussiert und Hinweise zu einer Verbesserung ihrer gesundheitlichen Versorgung geliefert. Zentrale Fragen, z. B. zu den spezifischen gesundheitlichen Problemen von Männern oder zu den unterschiedlichen Morbiditätsprofilen von Frauen und Männern, blieben bislang aber unbeantwortet. Nur durch einen konsequenten Geschlechtervergleich können die Gesundheitsprofile von Frauen und Männern herausgearbeitet werden, und erst der geschlechtervergleichende Blick auf die Lebensbedingungen lässt die Bedeutung der Risiken und Ressourcen für beide Geschlechter erkennen [vgl. 1]. Eine derartige Analyse der vorhandenen Daten ermöglicht es, geschlechtergerechte Präventions- und Versorgungsangebote zu entwickeln, die den gesundheitlichen Bedürfnissen von Frauen und Männern gerecht werden.

Im Zentrum dieses Berichtes stehen Frauen und Männer im mittleren Lebensalter. In diesem Lebensabschnitt gibt es eine Reihe an spezifischen gesundheitlichen Veränderungen – so steigt die Prävalenz chronischer Erkrankungen, z. B. von Herz-Kreislauf-, Muskel- und Skelett- sowie Krebs-

erkrankungen. Für das »mittlere Lebensalter« gibt es keine allgemein gültige Definition, die bei einer Beschreibung der gesundheitlichen Situation in dieser Lebensphase herangezogen werden könnte, denn nicht nur biologische, sondern auch soziale und gesellschaftliche Ereignisse und Prozesse lassen sich zur Definition von Lebensabschnitten heranziehen. Der folgende Bericht bezieht sich in der Eingrenzung der Altersgruppe auf solche sozialen Ereignisse. Als »mittleres Lebensalter« wird die Lebensspanne von 30 bis 65 Jahren definiert². Als Kriterium für die untere Grenze wird das durchschnittliche Alter bei der ersten Eheschließung (Männer: 32,0 Jahre, Frauen: 29,0 Jahre im Jahr 2003; www.destatis.de) sowie das durchschnittliche Alter von Müttern bei der Geburt ihres ersten Kindes herangezogen (29,4 Jahre im Jahr 2003; www.destatis.de). In diesem Alter sind Berufsfindung und Berufseinstieg erfolgt, und arbeitsbedingte Belastungen sowie ggfs. die Problematik der Vereinbarkeit von Erwerbs- und Familienarbeit können erste Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden zeigen. Neben dem Engagement in Familie und/oder Beruf fällt die Zeit der Wechseljahre ebenfalls in den Bereich der mittleren Lebensjahre, der vor allem für Frauen gesundheitliche Veränderungen mit sich bringen kann. Die obere Grenze definiert sich über die regelhafteste Beendigung der Erwerbsarbeit. Das mittlere

1 2001 erschien der erste Frauengesundheitsbericht für Deutschland [2], der im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erstellt wurde und eine geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung eingeleitet hat; daneben liegen in einigen Bundesländern frauenspezifische bzw. geschlechtervergleichende Gesundheitsberichte vor; ein erster Männergesundheitsbericht wurde im deutschsprachigen Raum in Österreich erstellt [3], in NRW ist ein Männergesundheitsbericht für ein deutsches Bundesland in Vorbereitung [4].

2 Da die im Fokus stehende Bevölkerungsgruppe eine relativ große Altersgruppe umspannt, werden die Daten – sofern möglich – altersspezifisch (30 bis unter 45 Jahre, 45 bis unter 65 Jahre) ausgewertet und aufbereitet.

Lebensalter grenzt sich damit zum einen gegen das jüngere Lebensalter ab, welches von Ausbildung, Berufsfindung und Partnersuche bzw. von Aktivitäten zum Aufbau sozialer Kontakte geprägt ist, während zum anderen das höhere Lebensalter in erster Linie vom Ruhestand bestimmt wird.

Das vermehrte Auftreten gesundheitlicher Probleme bei Männern und Frauen im mittleren Lebensalter – welches gesellschaftlich (und ökonomisch) betrachtet die »produktivsten« Lebensjahre umfasst – erfordert einen gezielten Blick auf diese Lebensspanne. Bereits im Gesundheitsbericht für Deutschland [5] und in den seit Ende 2000 erschienenen Themenheften zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Robert Koch-Institut) sind in zahlreichen Kapiteln die Daten sowohl geschlechtervergleichend als auch im Hinblick auf das Alter aufbereitet. Diese bislang verstreut vorliegenden Befunde zu den Geschlechtsunterschieden in Morbidität, Mortalität, Inanspruchnahme des gesundheitlichen Versorgungssystems und gesundheitlichem Risikoverhalten werden in dem vorliegenden Bericht systematisch zusammengefasst präsentiert. Der Schwerpunkt liegt auf einer geschlechtervergleichenden Analyse und der Identifikation des geschlechtsspezifischen Versorgungsbedarfs jenseits der reproduktiven Gesundheit [siehe 2]. Gleichwohl spielen Aspekte der reproduktiven Gesundheit bei der Betrachtung spezifischer Krankheitsprofile eine Rolle (z. B. Eisenmangel und Schilddrüsenerkrankungen bei Frauen).

Die Datenlage zur Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter wird durch die gezielte Auswertung weiterer Datenquellen ergänzt sowie in einem integrierenden Rahmen komprimiert dargestellt und interpretiert. Der Bericht kann keinen umfassenden Überblick über alle gesundheitsrelevanten Aspekte geben, vielmehr liegt der Schwerpunkt einerseits auf einem Geschlechtervergleich der üblicherweise in der Gesundheitsberichterstattung verwendeten Indikatoren, andererseits auf jenen Themen, an denen sich die Interaktion biologischer und sozialer Einflussfaktoren verdeutlichen lässt.

Der Geschlechtervergleich kann nur erste Hinweise auf einen spezifischen Versorgungsbedarf geben, denn innerhalb der Geschlechtergruppen muss jeweils weiter differenziert werden. Aus diesem Grund werden neben dem Alter für

den Bericht weitere Variablen sozialer Differenzierung herangezogen. Besonderes Augenmerk gilt dabei jenen Einflussgrößen, die unter geschlechtervergleichender Perspektive von herausragender Bedeutung sind. Der Schwerpunkt liegt zum einen auf dem Erwerbsstatus, einschließlich der Analyse unterschiedlicher Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit und arbeitsbedingter gesundheitlicher Belastungen. Frauen und Männer sind in unterschiedlichem Maße in Erwerbs- und Familienarbeit eingebunden und auch in je spezifischer Weise von erwerbsbedingten Risiken betroffen, z. B. durch die Beschäftigung in geschlechtsspezifischen Berufsfeldern und auf unterschiedlichen Hierarchiestufen [6, 7]. Zum anderen sind Daten zur Lebensform (allein bzw. mit einer Partnerin, einem Partner zusammen lebend, mit bzw. ohne Kinder lebend) und zur sozioökonomischen Situation von Frauen und Männern zu berücksichtigen. Soziodemografische Einflussfaktoren sind nicht zuletzt deshalb von Bedeutung, weil das Geschlecht zwar eine zentrale Variable zur Differenzierung der gesundheitlichen Lage ist, ihr Effekt aber häufig von anderen Einflüssen überlagert oder verstärkt wird. So lassen sich innerhalb eines Geschlechts erhebliche Variationen im Gesundheitszustand mit dem Erwerbsstatus, der Lebensform oder der sozialen Schicht ausmachen. Hierbei ist auch von Bedeutung, ob die Lebenskonstellationen vor dem Hintergrund einer west- oder einer ostdeutschen Sozialisation zu Tage treten.

Die im Folgenden aufgezeigten geschlechtsspezifischen Mortalitäts- und Morbiditätsprofile sowie das gesundheitliche Risikoverhalten werden zur weiteren Analyse mit den soziodemografischen Daten verknüpft. Die zur Interpretation heran gezogenen Erklärungsansätze für die Geschlechtsunterschiede in Gesundheit, Krankheit und diesbezüglichen Verhaltensweisen beziehen sich dabei nicht nur auf die in der Frauengesundheitsforschung entfaltenen Theoriestränge [8], sondern berücksichtigen auch die Diskussionen innerhalb der Männer- und geschlechtervergleichenden Gesundheitsforschung [9].

Die vorgefundenen Unterschiede lassen sich in erster Linie auf die bereits oben erwähnten geschlechtsspezifischen Lebens- und Arbeitsbedingungen zurückführen, sowie auf die für Män-

ner und Frauen spezifischen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen. Trotz der Fülle an auffälligen Unterschieden zwischen den Geschlechtern bezüglich ihrer Gesundheit kann nicht ausgeschlossen werden, dass einige dieser Befunde aufgrund systematischer Erhebungsfehler verzerrte Ergebnisse darstellen (gender bias). Der Mangel an geschlechterangemessenen Erhebungsinstrumenten kann sowohl dazu führen, dass Ergebnisse für Frauen und Männer fälschlicherweise unterschiedlich ausfallen, als auch, dass tatsächlich bestehende Unterschiede zwischen den Geschlechtern nicht erfasst werden [10, 11]. Daher ist eine Analyse und Interpretation – nicht nur der vorgefundenen Unterschiede, sondern auch der Gemeinsamkeiten in Gesundheit und Krankheit beider Geschlechter – immer mit Blick auf die Angemessenheit der Erhebungsmethode erforderlich.

Die hier zusammengeführten gesundheitsbezogenen Daten von Männern und Frauen im mittleren Lebensalter geben erste Hinweise auf Bereiche der Über-, Unter- und Fehlversorgung beider Geschlechter und bieten Ansatzpunkte zur Verbesserung einer männer- und frauengerechten Versorgung. Darüber hinaus können geschlechtsspezifische Gesundheitspotenziale abgeleitet sowie angemessene Präventionsstrategien für Männer und Frauen im mittleren Lebensalter entwickelt werden. Die Stärkung und Unterstützung ihrer Gesundheitsressourcen gerade in dieser Lebensphase ist im Hinblick auf ein gesundes Altern ein wichtiger Baustein in der künftigen gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung.

2 Das mittlere Lebensalter

Die Definition des »mittleren Lebensalters« wird in etwa markiert mit der Familiengründung und der Etablierung im Berufsleben: Das durchschnittliche Alter von Frauen und Männern bei der ersten Eheschließung – und bei der Geburt des ersten Kindes liegt bei etwa 30 Jahren (www.destatis.de). Zum späten oder höheren Lebensalter grenzen sich die mittleren Lebensjahre mit der regulären Beendigung der Erwerbstätigkeit mit 65 Jahren ab. In diesem Alter haben Frauen noch eine durchschnittliche Lebenserwartung von knapp 20 Jahren und Männer von etwa 16 Jahren (www.destatis.de). Die mittleren Lebensjahre lassen sich von den Phasen des frühen und späten Lebensalters anhand biologisch-medizinischer, psychosozialer und gesellschaftlicher Charakteristika beschreiben und abgrenzen. Konzentriert man den Blick auf die körperlichen und biologischen Entwicklungen in diesem Lebensabschnitt, so fällt für zahlreiche Frauen in diese Phase die Geburt von Kindern, und sie erleben auch – etwa im Alter von 50 Jahren – das Ende ihrer reproduktiven Phase. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern nehmen gesundheitliche Beeinträchtigungen im Verlauf der mittleren Lebensjahre zu. Chronische Krankheiten treten vermehrt auf, verursachen zunehmend Beschwerden und die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen sowie der Medikamentenkonsum steigen besonders in der zweiten Hälfte des mittleren Lebensalters, zwischen dem 45. und 65. Lebensjahr, an.

Auch wenn sich typische Lebensformen und biografische Verläufe für diese Lebensphase identifizieren lassen, so fällt doch eine Pluralität ins Auge. Frauen und Männer leben in den mittleren Lebensjahren überwiegend in Partnerschaften – in der ersten Hälfte häufig mit Kind bzw. Kindern (vgl. Kapitel 3). Mit der Elternschaft übernehmen Mütter und Väter neue soziale Rollen, die sich in der zweiten Hälfte des mittleren Lebensalters mit dem Erwachsenwerden der Kinder und der meist damit einhergehenden räumlichen Trennung wiederum verändern. Auch wenn statistisch gesehen das Zusammenleben mit Kindern in einer Partnerschaft die prägende Lebensform darstellt, kann sicher nicht davon ausgegangen werden, dass dies allein den Lebensverlauf von Frauen und Männern im mittleren Alter widerspiegelt. Phasen

der Partnerschaft und des Alleinlebens können sich abwechseln, ebenso wie das Zusammenleben mit eigenen und Kindern der Partnerin bzw. des Partners oder ohne Kinder.

Die sozialen Rollen von Müttern und Vätern sind stark von gesellschaftlichen Erwartungen geprägt, die auch heute noch – in Westdeutschland deutlicher als in Ostdeutschland – dahin gehend gelebt werden, dass sich Frauen als Mütter – vor allem in den ersten Lebensjahren des Kindes – mehr als Männer der Betreuung und Erziehung der Kinder widmen, während Männer als Väter in erster Linie durch ihre Erwerbstätigkeit den Lebensunterhalt der Familie sicherstellen. Während für einen Teil der Frauen nach einer Familienphase der Wiedereinstieg in den Beruf in der zweiten Hälfte der mittleren Lebensjahre prägend ist, versuchen immer mehr Frauen, Familien- und Erwerbsleben von Anfang an zu vereinbaren – so sind heute in Deutschland zwei Drittel aller Mütter erwerbstätig [12]. Dass auch Männer sich gleichberechtigt in Beruf und Familie engagieren oder gar ausschließlich in der Familie, kommt dagegen kaum vor [13]. Mit diesen unterschiedlichen biografischen Entwürfen können auch unterschiedliche Belastungen verbunden sein: Für Frauen stellt sich die Frage nach der Vereinbarkeit von Beruf und Familie wesentlich stärker als für Männer, andererseits lastet auf den Männern immer noch stärker die Verantwortung dafür, die Familie zu ernähren. Auffällig ist darüber hinaus, dass die Erwerbsbiografien von Männern gradliniger verlaufen, während jene von Frauen – vor allem dann, wenn sie Mütter sind – von Ein- und (temporären) Ausstiegen in die Erwerbsarbeit und von einer Variation von Teilzeit- und Vollzeit-Erwerbstätigkeit geprägt sind [14].

Die mittleren Lebensjahre werden von Männern und Frauen genutzt, um beruflich aufzusteigen und sich fest zu etablieren. Da diese Lebensphase bezogen auf die Erwerbsarbeit als das produktivste Alter innerhalb unserer Gesellschaft gilt, ist Arbeitslosigkeit in diesem Lebensabschnitt eine kritische Situation, da eine entscheidende ökonomische und meist auch soziale Ressource zur Erhaltung von Gesundheit ausfällt; dagegen können sich durch die kontinuierliche Ausübung von körperlich oder psychisch stark belastenden beruflichen Tätigkeiten erste gesundheitliche Beeinträchtigungen in dieser Lebensphase zeigen [15].

Männer und Frauen im mittleren Lebensalter werden häufig auch als »Sandwichgeneration« [16] charakterisiert, da sie in Bezug auf die jüngeren und älteren Generationen mehr an Unterstützung leisten, als sie selbst von diesen erhalten. Mit dieser Bezeichnung sind die 40- bis 60-Jährigen gemeint, welche die zweite Hälfte der mittleren Lebensjahre repräsentieren. In einer Studie über die Leistungsbilanz zwischen Netzwerken der jungen, mittleren und alten Generation zeigte sich, dass Menschen im mittleren Lebensalter mehr Unterstützung – und zwar doppelt so viel – an die junge und alte Generation erbringen, als sie selbst erhalten [16]. Unterstützung in sozialen Netzwerken leisten in erster Linie Frauen im mittleren Lebensalter.¹ Die Unterstützungsleistungen für die ältere Generation beinhalten vor allem pflegerische Unterstützung und Betreuung, die zu 80 % von Frauen erbracht werden [17]. Diese kann als ausgesprochen belastend erlebt werden, während die Unterstützung der jüngeren Generation, die in erster Linie aus der Betreuung von Enkelkindern, der Unterstützung im Haushalt und finanziellen Zuwendungen besteht, eher als positiv wahrgenommen wird [16].

Das mittlere Lebensalter ist eine Lebensphase, die auf körperlicher Ebene durch zunehmende Krankheiten und gesundheitliche Beeinträchtigungen gekennzeichnet sein kann. Biologische, psychologische und soziale Faktoren nehmen hier gleichermaßen Einfluss und sind eng miteinander verwoben, da die gesundheitliche Situation mit dem Geschlecht, dem Alter, dem Erwerbsstatus, der Familiensituation und vielen weiteren Faktoren variiert. Die zunehmende Krankheitslast im mittleren Lebensalter soll in diesem Schwerpunktbericht aufgegriffen werden, wobei der Geschlechtervergleich im Vordergrund steht. Darüber hinaus wird der Frage nachgegangen, welche biologischen und psychosozialen Einflussfaktoren die Gesundheit von Frauen und Männern bedingen, über welche gesundheitlichen Ressourcen sie verfügen und welche Risiken ihre Gesundheit belasten.

¹ Frauen im mittleren Lebensalter leisten innerhalb einer Woche durchschnittlich 25 Stunden Unterstützungsarbeit in sozialen Netzwerken, während Männer in diesem Alter etwa 16 Stunden leisten [16].

3 Soziodemografische Lage

Ein Blick auf die soziodemografische Lage – insbesondere auf die Lebensform und den Erwerbsstatus – soll typische biografische Konstellationen illustrieren, die einen Einfluss auf Gesundheit und Krankheit nehmen. In der Altersgruppe 30 bis 64 Jahre ist der überwiegende Teil der Bevölkerung verheiratet, nämlich 69 % der Männer und 72 % der Frauen; diese Daten verweisen darauf, dass die Ehe nach wie vor die bevorzugte Lebensform in dieser Altersgruppe ist [12]. Der Anteil der ledigen Männer dieser Altersgruppe ist mit 21 % deutlich höher als jener der Frauen mit 13 % [12], da das durchschnittliche Heiratsalter der Männer mit 32,0 Jahren drei Jahre über dem der Frauen (29,0 Jahre) liegt¹. Die Auswertungen des Bundes-Gesundheitssurveys², auf den die in einem späteren Abschnitt folgenden Analysen zum Zusammenhang zwischen Lebensform, Erwerbsstatus und Gesundheit zurückgegriffen wird, zeigt, dass die Tatsache, unverheiratet zu sein, nicht gleichbedeutend damit ist, alleine zu leben. Vielmehr geben 32,8 % der ledigen Männer und 40,6 % der ledigen Frauen im Alter zwischen 30 und 64 Jahren an, mit einem Partner bzw. einer Partnerin zusammen zu leben. Die entsprechenden Angaben zu den Geschiedenen (49,0 % der Männer und 36,4 % der Frauen) und Verwitweten (42,9 % der Männer und 13,1 % der Frauen) verweisen darauf, dass eheerfahrene Frauen nach einer gewollten oder ungewollten Trennung weniger geneigt sind, mit einem neuen Partner zusammen zu leben. Mehr als vier Fünftel der Frauen und Männer aus der Altersgruppe 30 bis 64 Jahre leben mit einem Partner oder einer Partnerin zusammen, der Anteil ist bei den Frauen aufgrund des höheren Anteils Verheirateter höher als bei den Männern.

Bezüglich des Zusammenlebens mit Kindern im Haushalt unterscheiden sich Männer und Frauen dieser Altersgruppe kaum: Knapp die Hälfte (41,0 %) leben mit mindestens einem Kind unter 18 Jahren im Haushalt zusammen; der Anteil derer, die mit Kindern leben, ist erwartungsgemäß bei den Verheirateten mit 45,6 % am höchsten (ledig: 16,5 %, geschieden: 31,8 %, verwitwet: 16,5 %; BGS98). Die Daten des Bundes-Gesund-

heitssurveys lassen sich nicht danach differenzieren, ob es sich um eigene Kinder handelt.

Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit finden sich deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: In der Altersgruppe 30 bis 44 Jahre beträgt die Erwerbstätigenquote bei den Männern 83,9 %, bei den Frauen 69,0 % [18]. In der älteren Gruppe (45 bis 64 Jahre) ist die Erwerbstätigenquote mit 70,7 % bei den Männern und 52,9 % bei den Frauen deutlich niedriger, da jenseits des 60. Lebensjahrs die Erwerbstätigenquote aufgrund von Frühberentungen sinkt (siehe hierzu auch Kapitel 4.3.2). Erwerbsarbeit gehört für Männer nach wie vor zum zentralen Lebensentwurf. Nicht (Vollzeit) beschäftigt zu sein kann, für Männer mit erheblichen Identitätsproblemen verbunden sein [13, 19] und z. B. beim Verlust des Arbeitsplatzes gesundheitliche Folgeschäden nach sich ziehen [vgl. 20].

Interessant ist die berufliche Selbstdefinition der Gruppe der nicht Erwerbstätigen im Bundes-Gesundheitssurvey: In der Altersgruppe 30 bis 64 Jahre sind 56,1 % der nicht erwerbstätigen Männer und 39,5 % der Frauen bereits in Rente, 33,5 % der Männer, aber nur 21,5 % der Frauen bezeichnen sich als arbeitslos, 40,0 % Hausfrauen stehen 0,4 % Hausmänner gegenüber. Eine für die westdeutsche Situation formulierte Hypothese vermutet hinter diesen Zahlen geschlechtsspezifische

1 Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (gewichtete Stichprobe) ergeben sich etwas andere Werte: Danach sind 77,8 % der Frauen und 78,5 % der Männer verheiratet.

2 Anmerkung zur Auswertung des Bundes-Gesundheitssurveys (BGS98): Die in diesem Themenheft präsentierten Auswertungen basieren auf Berechnungen mit dem gewichteten Datensatz. Bei metrischen Variablen wurden Kovarianzanalysen mit zwei festen Faktoren (Geschlecht sowie Erwerbsstatus bzw. Lebensform) und dem Schichtindex nach Winkler [21] als Kovariate berechnet. Die Berechnungen wurden für beide Altersgruppen getrennt vorgenommen, um Unterschiede zwischen den Altersgruppen beschreiben zu können. Zwar sind einige Zellen sehr gering besetzt (z. B. allein erziehende Männer oder Männer, die einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen), dennoch lassen sich hieraus Hinweise ableiten, welche Gruppen in gesundheitlicher Hinsicht besonders benachteiligt oder gefährdet sind. Es sei an dieser Stelle allerdings darauf hingewiesen, dass der Schichtindex nicht für beide Geschlechter gleich brauchbar ist, da die Lebensläufe von Frauen wesentlich mehr Diskontinuitäten aufweisen [22] – ein Faktor, der leider in dem jüngsten Gutachten des Sachverständigenrates [23] mit seinem Schwerpunkt auf sozialer Ungleichheit und Gesundheit keine Berücksichtigung findet.

Zuschreibungsprozesse: Nach Verlust eines Arbeitsplatzes steht westdeutschen Frauen, anders als Männern, die »Alternativrolle« Hausfrau zur Verfügung. Diese Gruppe ist allerdings sehr heterogen zusammengesetzt: Sie umfasst sowohl Frauen, die freiwillig (temporär) aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, z. B. um Kinder aufzuziehen, als auch solche, die zwar gerne erwerbstätig wären, die aktive Suche nach einem Arbeitsplatz aber aufgegeben haben und sich nicht arbeitssuchend melden. Die These, dass die gesundheitlichen Auswirkungen ungewollter Arbeitslosigkeit für Frauen aufgrund der Option der Selbstdefinition als »Hausfrau« weniger gravierend sind, wird zwar vielfach formuliert, ist aber bislang empirisch nicht bestätigt [siehe hierzu 2].

Lebensform und Erwerbsstatus sind bei den Frauen eng miteinander verwoben. Während die Erwerbsquoten der Männer unabhängig von Zahl und Alter der Kinder sind, zeigt sich bei den Frauen, dass die Erwerbsquoten sinken, sobald Kinder im Haushalt leben. So liegt die Erwerbsquote in der Altersgruppe 30 bis 45 Jahren bei den Frauen ohne Kinder zwischen 77,7 % und 87,9 %, bei Frauen mit Kindern zwischen 55,6 % und 74,0 %. Bei den Frauen mit Kindern liegen die Erwerbsquoten in den neuen Bundesländern jeweils höher als in den alten Bundesländern [12], bei den Frauen ohne Kinder ist es umgekehrt. Der aktuelle Erwerbsstatus deckt sich häufig nicht mit dem gewünschten Erwerbsstatus: nicht erwerbstätige Frauen in den neuen und den alten Bundesländern geben nach einer Befragung des Bundesinstituts für Arbeits-

markt und Berufsforschung aus dem Jahr 2000 mehrheitlich an, lieber Teilzeit erwerbstätig sein zu wollen; nur jede sechste nicht erwerbstätige Frau aus den alten und jede 20. nicht erwerbstätige Frau aus den neuen Bundesländern mit Kindern unter drei Jahren ist damit zufrieden, dass der Partner allein verdient; das männliche Ein-Verdiener-Modell wird mehrheitlich abgelehnt [24].

Bei den Männern schwanken die Erwerbsquoten in der gleichen Altersgruppe zwischen 77,1 % und 84,6 % (ohne Kinder) sowie 84,3 % und 91,0 % (mit Kindern); die Erwerbsquote der Männer mit Kindern liegt also über jener ohne Kinder.

Je jünger das Kind bzw. die Kinder und je mehr Kinder zu versorgen sind, desto geringer ist der Anteil erwerbstätiger Mütter [12, 15]. Das »Hausfrauenmodell« hat im Osten Deutschlands keine Relevanz und ist im Westen vor allem dann von Bedeutung, wenn Kinder jünger als drei Jahre sind. Der Anteil erwerbstätiger Mütter ist in den neuen Bundesländern – trotz des Rückgangs nach der Wiedervereinigung – höher als bei den Müttern in den alten Bundesländern.

Aufschlussreich ist hier auch eine Analyse der Inanspruchnahme der Elternzeit, da nach einer gesetzlichen Neuregelung ab 1.1.2001 erleichtert ist, dass auch Männer die Elternzeit (auch parallel zur Elternzeit der Mutter) in Anspruch nehmen können. Eine Analyse im Auftrag des Bundesfamilienministeriums zeigt, dass der Anteil der Männer an den Haushalten, die in den ersten zwei Lebensjahren des Kindes Elternzeit in Anspruch nehmen, nur bei 5 % liegt; er ist damit zwar im

Tabelle 3.1
Erwerbsquoten und aktive Erwerbstätigkeit der 15- bis 64-jährigen Frauen in Deutschland im Jahr 2000

Quelle: [14]

Frauen Erwerbsbeteiligung	Erwerbsquote*			Aktive Erwerbstätige**		
	D	Alte BL	Neue BL	D	Alte BL	Neue BL
Frauen ohne Kinder	59,9	60,0	59,3	53,6	55,2	46,7
davon Frauen 25–44 Jahre	89,6	89,4	90,8	83,0	84,0	75,3
Frauen mit Kind(ern)	69,7	65,1	88,9	59,4	56,8	69,8
davon mit jüngstem Kind < 3 Jahren	52,3	50,3	64,9	30,5	29,0	40,4
davon mit jüngstem Kind 3–5 Jahren	66,1	62,4	92,1	55,4	54,3	63,4
davon mit jüngstem Kind 6–14 Jahren	77,5	72,7	95,6	69,1	67,1	76,3

* Erwerbsquote: Erwerbspersonen (Erwerbstätige und Erwerbslose) je 100 der betreffenden Bevölkerungsgruppe

** aktive Erwerbstätige: Erwerbstätige ohne vorübergehend Beurlaubte, z. B. wegen Elternzeit, je 100 der betreffenden Bevölkerungsgruppe

Vergleich zur Zeit vor der Neuregelung gestiegen, liegt aber nach wie vor auf niedrigem Niveau. Die meisten dieser Väter (4,7 %) sind, anders als die Mütter, erwerbstätig, nur 0,2 % gehen ausschließlich in Elternzeit [25].

Im Zusammenhang mit der Erziehung von Kindern ist auch der geschlechterspezifische Anteil Teilzeitbeschäftigter zu sehen: Während etwa 42 % der erwerbstätigen Frauen einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen, sind es bei den erwerbstätigen Männern lediglich 6 % [12]. Auch dieses Ergebnis verweist auf geschlechtsspezifische Rollenzuschreibungen. Teilzeitbeschäftigung ist nicht Teil einer männlichen Normalbiografie. Hieraus ergibt sich ein erheblicher Forschungsbedarf, da bislang nicht geklärt ist, wie belastend die Verpflichtung des »Haupternährers« für Männer ist und welche gesundheitlichen Auswirkungen dies hat. So zeigt Schmitt [26] auf der Grundlage einer Analyse des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP), dass Männer eine Elternschaft länger aufschieben als Frauen, um eine ökonomische Absicherung der Familien gewährleisten zu können. Hier wird deutlich, dass das Prinzip des »male-breadwinner« auch in den jüngeren Generationen noch sehr aktuell ist. Die Zeitbudgetanalyse des Statistischen Bundesamtes weist allerdings darauf hin, dass viele Männer

mit der Arbeitsteilung unzufrieden sind. So sind 35 % der Männer mit Kindern der Ansicht, sie hätten zu wenig Zeit für die Familienarbeit (Frauen: 20 %), und 44 % der Männer (24 % der Frauen) meinen, sie verbrächten zuviel Zeit mit der Erwerbsarbeit. Diese Ergebnisse sind ein Hinweis darauf, dass viele Männer gerne ein anderes Arbeitszeitmodell wählen würden. Ein stärkeres Engagement für die Familie ist aber bislang noch kein breit akzeptierter Grund. Hierfür sprechen die Begründungen für Teilzeitarbeit: Als Hauptgrund für eine Teilzeitbeschäftigung nennen 73 % der Frauen aber nur 25 % der Männer mit Kindern »Persönliche oder familiäre Verpflichtungen« [12]. Ein Großteil der Frauen reduziert vor allem in Westdeutschland die Arbeitszeit, sobald Kinder zu betreuen sind; so arbeitet jede zweite Mutter (48 %) in Ostdeutschland, aber nur jede fünfte Mutter in Westdeutschland (20 %) in Vollzeit; die Teilzeitquote der erwerbstätigen Mütter betrug im Jahr 2004 in Westdeutschland etwa 39 % und in Ostdeutschland dagegen nur knapp 21 % [12]. Der Anteil Teilzeit beschäftigter Frauen ist umso größer, je mehr Kinder mit im Haushalt leben und je jünger diese sind. Während Frauen ihren Erwerbsstatus dem Betreuungsbedarf von Kindern anpassen, gilt dies für Männer (noch) nicht.

4 Gesundheitliche Lage

Bereits im mittleren Erwachsenenalter finden sich deutliche Geschlechtsunterschiede in Morbidität und Mortalität. Die Sterblichkeit der Männer ist doppelt so hoch wie die der Frauen, insbesondere bei äußeren Ursachen (Unfälle,

Suizide), Kreislaufkrankheiten und Krankheiten der Verdauungsorgane. Hierin spiegeln sich die höhere Risikobereitschaft der Männer im Umgang mit ihrem Körper und die riskanteren Arbeitsbedingungen wider.

4.1 Fernere Lebenserwartung, Mortalität und verlorene Lebensjahre

Die Lebenserwartung eines neugeborenen Jungen liegt in Deutschland mit 75,7 Jahren um 5,7 Jahre niedriger als die eines weiblichen Säuglings (81,4 Jahre). Auch im Alter von 40 Jahren unterscheiden sich Männer und Frauen in ihrer ferneren Lebenserwartung: Sie lag im Jahre 2002 für Frauen bei 42,3 Jahren, für Männer bei 37,2 Jahren, unterscheidet sich also auch im mittleren Lebensalter noch um mehr als fünf Jahre; der Blick auf die verlorenen Lebensjahre durch Tod unter 65 Jahren bestätigt diese Geschlechterdifferenz. Im Jahre 2002 gingen in der männlichen Bevölkerung 3.644 Lebensjahre je 100.000 Männer verloren, bei den Frauen waren es 1.848 Jahre¹ (IS GBE).

Die Lebenserwartung hängt dabei nicht nur vom Geschlecht, sondern auch von weiteren sozialen Faktoren ab [23]. So haben Männer nach Auswertungen des Sozio-oekonomischen Panels eine

Lebenserwartung von 82 Jahren, wenn sie zu den oberen 25 % der Einkommensverteilung zählen, aber nur eine Lebenserwartung von 72 Jahren, wenn sie zu den unteren 25 % zählen. Bei Frauen beträgt dieser Unterschied fünf Jahre (86 gegenüber 81 Jahre).

Ein Blick auf die Todesursachenstatistik 2001 gibt erste Hinweise darauf, welche Faktoren für die geringere Lebenserwartung der Männer verantwortlich sind. Zwar ist die Sterblichkeit der 30- bis 64-Jährigen noch vergleichsweise niedrig, dennoch sind die Sterbefälle mit 490 je 100.000 Männer und 247 je 100.000 Frauen nennenswert und bei Männern doppelt so hoch wie bei Frauen [27]. Haupttodesursachen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung sind: Neubildungen (Krebserkrankungen), Krankheiten des Kreislaufsystems, äußere Ursachen sowie Krankheiten des Verdauungssystems (vgl. Tabelle 4.1).

Männer haben in der Altersgruppe 30 bis 64 Jahre ein insgesamt doppelt so hohes Sterblichkeitsrisiko wie Frauen (sex mortality ratio SMR = 2,0

Tabelle 4.1
Haupttodesursachen, Anzahl der Todesfälle je 100.000 Einwohner/innen gleichen Alters und Geschlechts im Jahr 2001

Quelle: Statistisches Bundesamt

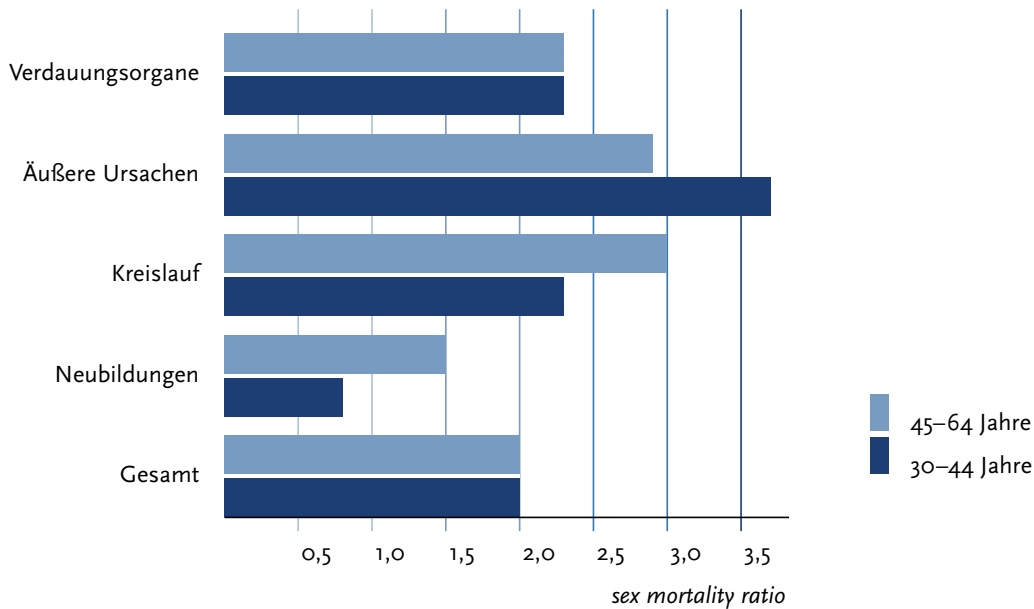
Todesursachen	30–44 Jahre			45–64 Jahre		
	Frauen	Männer	SMR*	Frauen	Männer	SMR*
Neubildungen	29,78	24,79	0,8	207,09	302,89	1,5
Kreislaufkrankheiten	11,53	26,95	2,3	83,58	249,43	3,0
Äußere Ursachen	12,76	47,07	3,7	19,95	57,60	2,9
Krankheiten des Verdauungssystems	6,89	15,80	2,3	32,06	75,03	2,3
gesamt	77,10	151,41	2,0	404,76	823,07	2,0

* SMR (sex mortality ratio) gibt das Verhältnis der Sterblichkeit je 100.000 Männer zu jenem je 100.000 Frauen an; ein Wert > 1 signalisiert eine Übersterblichkeit der männlichen Bevölkerung

¹ alte Europastandardbevölkerung

Abbildung 4.1
Übersterblichkeit der Männer nach Haupttodesursachen – sex mortality ratio (SMR)²
nach Altersgruppen (Todesfälle 2001)

Quelle: Statistisches Bundesamt



in beiden Altersgruppen; vgl. Abbildung 4.1). In der Gruppe der 30- bis 44-Jährigen ist die Übersterblichkeit der Männer besonders bei den äußeren Todesursachen (SMR=3,7) sowie bei den Kreislaufkrankheiten und den Krankheiten des Verdauungssystems (jeweils SMR=2,3) auffällig, dahinter stecken als Einzeltodesursachen vor allem Unfälle, Suizide, ischämische Herzkrankheiten und die alkoholische Leberkrankheit. Dieses Spektrum verweist darauf, dass vor allem solche Todesursachen zur geringeren Lebenserwartung der Männer beitragen, die durch gesundheitliches Risikoverhalten (Alkoholkonsum, riskantes Verkehrsverhalten) mit bedingt sind. Die 30- bis 44-jährigen Frauen tragen ein höheres Sterblichkeitsrisiko an bösartigen Neubildungen, was auf die hohe Bedeutung von Brustkrebs als Todesursache in dieser Altersgruppe zurückzuführen ist, die einen Anteil von mehr als 30 % an allen Krebstodesfällen in dieser Altersgruppe ausmacht. In der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre sticht die hohe Übersterblichkeit der Männer an Kreislaufkrankheiten (SMR=3,0), äußeren Ursachen (SMR=2,9) und Krankheiten des Verdauungssystems (SMR=2,3) ins Auge, und auch bei den bösartigen Neubildungen überwiegt die Sterblichkeit der Männer (SMR=1,5); hier spielen insbesondere bösartige Neubildungen der Verdauungs- und Atmungsorgane eine Rolle.

Vergleicht man die Haupttodesursachen von Männern und Frauen zwischen dem 30. und 65. Lebensjahr in Fünf-Jahres-Schritten, so wird der Unterschied bezüglich der Einzelursachen zwischen den Geschlechtern innerhalb des Verlaufs der mittleren Lebensjahre besonders deutlich: Bei Männern spielen zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr zunächst Ersticken und Verletzungen eine entscheidende Rolle³, es folgen die alkoholische Lebererkrankung sowie der Myokardinfarkt, und ab dem 50. Lebensjahr steht der Lungenkrebs an erster Stelle. Die Todesursache Nummer eins bei Frauen hingegen bleibt innerhalb der gesamten Zeitspanne der mittleren Lebensjahre der Brustkrebs. Die alkoholische Lebererkrankung fällt nicht nur bei Männern, sondern auch bei Frauen ab dem 35. Lebensjahr unter die drei häufigsten Todesursachen, wobei Männer allerdings immer noch mehr als doppelt so häufig davon betroffen sind. Der Lungenkrebs als Todesursache ist bei Frauen bereits ab dem 40. Lebensjahr von Bedeutung, während der Myokardinfarkt erst ab dem 55. Lebensjahr darunter fällt (vgl. Tabelle 4.2).

² SMR siehe Tabelle 4.1

³ Als Ursachen können dafür in erster Linie Unfälle, Suizide und tätlicher Angriff vermutet werden.

Tabelle 4.2

Die drei häufigsten Todesursachen nach Geschlecht in 5-Jahres-Schritten im Jahr 2002

Anzahl der Sterbefälle pro 100.000 der Bevölkerung

Altersgruppe	Frauen	Männer
30–34 Jahre	Brustkrebs (3,2)	Erstickung (9,2)
	Sonstige ungenaue Todesursache (1,7)	Intrakranielle Verletzung ⁴ (5,1)
	Bösartige Neubildung Gehirn (1,6)	Multiple Verletzungen (4,8)
35–39 Jahre	Brustkrebs (7,9)	Erstickung (11,1)
	Alkoholische Lebererkrankung (3,2)	Alkoholische Lebererkrankung (8,9)
	Sonstige ungenaue Todesursache (2,2)	Akuter Myokardinfarkt (6,9)
40–44 Jahre	Brustkrebs (15,1)	Alkoholische Lebererkrankung (19,4)
	Alkoholische Lebererkrankung (7,8)	Akuter Myokardinfarkt (16,7)
	Lungenkrebs (7,0)	Erstickung (14,0)
45–49 Jahre	Brustkrebs (29,3)	Akuter Myokardinfarkt (36,8)
	Lungenkrebs (15,2)	Alkoholische Lebererkrankung (30,5)
	Alkoholische Lebererkrankung (12,6)	Lungenkrebs ⁵ (27,2)
50–54 Jahre	Brustkrebs (44,7)	Lungenkrebs (57,4)
	Lungenkrebs (25,8)	Akuter Myokardinfarkt (56,5)
	Alkoholische Lebererkrankung (17,1)	Alkoholische Lebererkrankung (40,9)
55–59 Jahre	Brustkrebs (61,9)	Lungenkrebs (108,8)
	Lungenkrebs (39,5)	Akuter Myokardinfarkt (86,3)
	Akuter Myokardinfarkt (20,9)	Alkoholische Lebererkrankung (44,6)
60–64 Jahre	Brustkrebs (72,8)	Lungenkrebs (167,3)
	Lungenkrebs (42,0)	Akuter Myokardinfarkt (135,2)
	Akuter Myokardinfarkt (35,7)	Chronisch-ischäm. Herzkrankheit (87,5)

4 Verletzungen des Gehirns

5 Bösartige Neubildung Bronchien und Lunge

4.2 Subjektiver Gesundheitszustand und Beschwerden

Männer und Frauen im mittleren Lebensalter unterscheiden sich zwar nicht in der globalen Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand, aber Frauen geben bei Befragungen mehr Beschwerden an als Männer. Ob sich darunter »tatsächliche« Unterschiede im Sinne abgesicherter Diagnosen oder aber ein geschlechtsspezifisches Antwortverhalten verbergen, ist unklar. Besonders auffällig sind die höhere Prävalenz von psychischen und psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen, wie sie etwa mit der Zerrsenliste erfasst werden, und die stärkere Betroffenheit von psychiatrischen Erkrankungen, die auch durch andere Datenquellen gestützt wird. Darüber hinaus lassen sich zahlreiche Krankheiten mit einer höheren

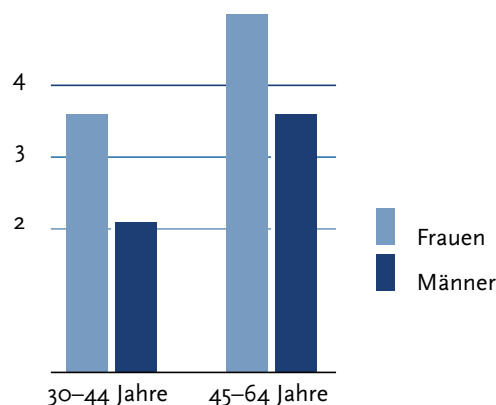
Prävalenz in der weiblichen Bevölkerung identifizieren. Besonders große Unterschiede zeigen sich bei Schilddrüsenerkrankungen, Bluthochdruck/Eisenmangel, Nierenbeckenentzündung, Migräne und allergischem Kontaktekzem. Zwei Drittel der 30- bis 64-Jährigen sind von Schmerzzuständen beeinträchtigt (7-Tage-Prävalenz). Besonders häufig sind Rücken-, Nacken- und Schulterschmerzen, Kopfschmerzen sowie Magenschmerzen. Auch hier sind Frauen gesundheitlich stärker beeinträchtigt als Männer. Während die Gesundheit von Frauen durch eine schlechtere psychische Gesundheit und durch stärkere Befindlichkeitsbeeinträchtigungen gekennzeichnet ist, sind bei Männern Verletzungen aufgrund von Unfällen häufiger.

4.2.1 Einschätzung des Gesundheitszustands

Die vielfach geäußerte Annahme, Frauen schätzten ihren Gesundheitszustand schlechter ein als Männer, lässt sich für die hier im Zentrum des Interesses stehenden Altersgruppen nicht bestätigen. Zwar wird erwartungsgemäß der Gesundheitszustand mit zunehmendem Alter als schlechter ein-

geschätzt, was mit dem wachsenden Ausmaß körperlicher und psychischer Beschwerden korrespondiert, dennoch unterscheiden sich Frauen und Männer in der subjektiven Einschätzung ihres allgemeinen Gesundheitszustandes nicht; unabhängig vom Geschlecht ist in beiden Altersgruppen die Lebensform und in der älteren Gruppe der Erwerbsstatus von Bedeutung (siehe Kapitel 5.1).

Abbildung 4.2
Beschwerdelast nach Geschlecht
(addierte Lebenszeitprävalenz von 42 Beschwerden, kontrolliert nach Schicht)
Quelle: BGS98



Anzahl der
Beschwerden

4.2.2 Körperliche, psychische und psychosomatische Beschwerden

Ein deutlicher Geschlechtsunterschied findet sich, wenn nicht nach einer Globaleinschätzung, sondern nach konkreten körperlichen Beschwerden gefragt wird.⁶ Der Schweregrad der erfassten Krankheiten und Symptome ist zwar sehr unterschiedlich, gleichwohl lassen sie sich als Indikator für die Beschwerdelast aufaddieren (ohne Unterleibserkrankungen, um die Werte für Frauen und Männer vergleichbar zu halten). Frauen geben in allen Altersgruppen mehr Beschwerden an als

⁶ Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 wurde für 42 Krankheiten, Symptome und Risikofaktoren die Lebenszeitprävalenz erfragt; bei Frauen wurde ergänzend nach Unterleibserkrankungen gefragt (eine Liste der erfassten Beschwerden findet sich im Anhang).

Tabelle 4.3
Lebenszeitprävalenz von Krankheiten nach Altersgruppen und Geschlecht (nur Krankheiten mit einer Prävalenz von mindestens 10 % in mindestens einer Altersgruppe)
 Quelle: BGS98

Krankheit	30–44 Jahre			45–64 Jahre		
	Frauen	Männer	p	Frauen	Männer	p
Bluthochdruck	9,7%	10,5%	n.s.	30,3%	28,5%	n.s.
Krampfadern	16,6%	6,8%	.000	36,1%	17,2%	.000
Magenschleimhautentzündung	26,4%	18,1%	.000	30,6%	25,8%	.005
Magen-/Zwölffingerdarmgeschwür	4,4%	4,6%	n.s.	9,7%	12,7%	.012
Gallenblasenentzündung oder -steine	6,4%	1,5%	.000	19,2%	7,1%	.000
Schilddrüsenkrankheit	23,4%	4,0%	.000	25,8%	4,6%	.000
Erhöhte Blutfette/Cholesterin	9,2%	16,4%	.000	31,1%	35,8%	.009
Gicht oder Harnsäureerhöhung	1,7%	7,2%	.000	7,7%	15,4%	.000
Blutarmut, Eisenmangel	31,9%	4,0%	.000	21,0%	3,5%	.000
Nierenbeckenentzündung	15,6%	3,5%	.000	16,7%	4,1%	.000
Nierenkolik, Nierensteine	5,3%	3,9%	n.s.	8,2%	12,3%	.001
Gelenkverschleiß	13,1%	16,6%	.013	42,1%	41,7%	n.s.
Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulen-Erkrankung	6,8%	5,7%	n.s.	17,3%	13,5%	.006
Migräne	26,9%	8,6%	.000	28,0%	11,4%	.000
Psychische Erkrankung	15,2%	4,4%	.000	18,7%	9,1%	.000
Heuschnupfen	19,2%	19,2%	n.s.	9,9%	15,9%	.000
Allergische Hautquaddeln	33,8%	12,3%	.000	22,3%	8,9%	.000
Sonstige Allergien	23,1%	11,6%	.000	17,0%	9,9%	.000
Krankheiten der Gebärmutter, Eierstöcke, Eileiter	17,4%			31,1%		

p = Signifikanzniveau
 n. s. = nicht signifikant

Männer. Dieser Geschlechtsunterschied bleibt bestehen, auch wenn die Lebensform und der Erwerbsstatus berücksichtigt werden (siehe Kap. 5.1). Darüber hinaus wird deutlich, dass die Beschwerdelast mit dem Alter deutlich ansteigt (vgl. Abbildung 4.2)

Unklar ist, wie das höhere Ausmaß subjektiver Beschwerden der Frauen zu deuten ist. Greift man, wie in diesem Fall, auf Angaben aus Befragungsstudien zurück, so bleibt offen, ob Frauen »tatsächlich« häufiger unter Beschwerden leiden oder ob sie eher geneigt sind, hierüber in Befragungen Auskunft zu geben. Diese unter dem Stichwort »methodische Artefakte« diskutierte Frage verweist darauf, dass Frauen und Männer Beschwerden und Symptome unterschiedlich wahrnehmen und bewerten und dass sie auch

unterschiedlich darüber berichten – sei es beim Besuch in der ärztlichen Praxis oder im Kontext wissenschaftlicher Studien. Dass Männer weniger Beschwerden angeben, kann darauf zurück zu führen sein, dass das Eingeständnis von Beschwerden nur schwer mit einem traditionellen männlichen Selbstkonzept vereinbar ist (siehe Kapitel 8). Im Bundes-Gesundheitssurvey wurden nicht nur Krankheiten, sondern auch physiologische Risikofaktoren (z. B. erhöhte Blutfette, Bluthochdruck) erfragt. Der Anteil der Männer, die keine Angabe darüber machen können, ist jeweils größer als der Anteil der Frauen: So können 7,0 % der Männer und 3,6 % der Frauen nicht sagen, ob ihr Blutdruck jemals erhöht war, 16,0 % der Männer und 14,4 % der Frauen wissen nicht, ob ihr Cholesterinspiegel jemals erhöht

Tabelle 4.4
Rangfolge der fünf häufigsten Krankheiten (Selbstangaben) nach Geschlecht
 Quelle: BGS98

Rangfolge		Frauen	
30–44 Jahre		45–65 Jahre	
Allergisches Kontaktekzem	33,8 %	Gelenkverschleiß	41,7 %
Blutarmut	31,9 %	Krampfadern	36,1 %
Migräne	26,9 %	Erhöhtes Cholesterin	31,1 %
Gastritis	26,4 %	Gynäkologische Erkrankungen	31,1 %
Schilddrüsenkrankheit	23,4 %	Gastritis	30,6 %
		Männer	
30–44 Jahre		45–65 Jahre	
Heuschnupfen	19,2 %	Gelenkverschleiß	41,7 %
Gastritis	18,1 %	Erhöhtes Cholesterin	35,8 %
Gelenkverschleiß	16,6 %	Bluthochdruck	28,5 %
Erhöhtes Cholesterin	16,4 %	Gastritis	25,8 %
Allergisches Kontaktekzem	12,3 %	Krampfadern	17,2 %

war. Dieses geringere Wissen der Männer hängt zum einen damit zusammen, dass mehr Frauen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen (noch dazu ab einem früheren Zeitpunkt) in Anspruch nehmen und in diesem Zusammenhang häufig auch zumindest der Blutdruck gemessen wird. Zum anderen kann vermutet werden, dass Frauen sich besser daran erinnern können, wenn erhöhte Blutfettwerte oder Bluthochdruck festgestellt wurden, da Frauen für gesundheitliche Fragen stärker sensibilisiert sind (siehe Kapitel 8).

Aufschlussreich in Bezug auf das Krankheitsprofil ist der Blick auf die einzelnen Krankheiten und Symptome, die von den Befragten berichtet werden. In Tabelle 4.3 sind die geschlechtsspezifischen Prävalenzraten für diejenigen Krankheiten angegeben, die in mindestens einer Altersgruppe über 10 % liegen, in Tabelle 4.4 sind die fünf geschlechts- und altersspezifisch häufigsten Krankheiten aufgelistet. Für fast alle Krankheiten werden in der höheren Altersgruppe erwartungsgemäß höhere Lebenszeitprävalenzraten berichtet – mit Ausnahme der Krankheiten des allergischen Formenkreises. Hinter diesem Muster wird eine Zunahme allergischer Erkrankungen in der jüngeren Bevölkerung aufgrund eines geänderten Lebensstils vermutet (zum Anstieg der Asthma-

und Allergieprävalenz bei Kindern und Jugendlichen siehe z. B. [28]). Eine andere Erklärung könnte in der von Hermann-Kunz [29] diskutierten Überlegung zu »allergiebewussten« und »weniger allergiebewussten« Studienteilnehmern und -teilnehmerinnen liegen.⁷

Für einzelne Krankheiten werden Geschlechtsunterschiede besonders deutlich. So unterscheiden sich die Lebenszeitprävalenzraten für Schilddrüsenerkrankungen, Blutarmut und Eisenmangel, Nierenbeckenentzündung, Migräne, psychische Erkrankungen und allergisches Kontaktekzem um mehr als 10 Prozentpunkte zu Ungunsten der Frauen. Zur Erklärung der Geschlechtsunterschiede lassen sich je nach Krankheit und Symptom biologische, psychische oder psychosoziale Faktoren heranziehen.

⁷ Hermann-Kunz [29] gibt zu bedenken, dass hinter den höheren Allergieangaben von Frauen in Deutschland – im Vergleich zu Männern und bei Frauen und Männern in Westdeutschland – im Vergleich zu Ostdeutschland, möglicherweise ein größeres »Allergiebewusstsein« eine nicht unbedeutende Rolle spielen könnte; vergleicht man jüngere und ältere Befragte, wäre ebenfalls denkbar, dass unter jüngeren ein größeres »Allergiebewusstsein« vorliegt als bei älteren Menschen.

Schilddrüsenerkrankheit

Frauen geben etwa sechsmal häufiger als Männer an, jemals unter einer Schilddrüsenerkrankung gelitten zu haben. Dieser Befund wird durch weitere Daten gestützt: So erhalten Frauen fünfmal häufiger Schilddrüsenhormone verordnet, und viermal soviel Frauen wie Männer werden an der Schilddrüse operiert [vgl. 30]. Hauptursache für Schilddrüsenerkrankungen ist eine Unterversorgung mit Jod. Der Geschlechtsunterschied wird darauf zurückgeführt, dass in der Schwangerschaft und Stillzeit ein erhöhter Jodbedarf besteht, der häufig nicht gedeckt wird. Lediglich 42 % der schwangeren Frauen nehmen Jodpräparate in der empfohlenen Dosierung ein [31, 32].

Blutarmut, Eisenmangel

In der jüngeren Altersgruppe geben siebenmal soviel Frauen wie Männer an, jemals unter Blutarmut oder Eisenmangel gelitten zu haben; in der älteren Gruppe sind es sechsmal soviel. Die Hauptursachen für eine Anämie sind akute und chronische Blutverluste (z. B. durch starke Menstruationsblutungen), eine ungenügende Nahrungseisenzufuhr (z. B. bei Vegetariern und Vegetarierinnen) sowie ein erhöhter Eisenbedarf während der Schwangerschaft und in der Stillperiode [33]. Hierin liegt auch eine Erklärung für den Geschlechtsunterschied: Frauen erreichen die empfohlene Eisenmenge im Durchschnitt nicht [34], und 50 % der Schwangeren erhalten ein Eisenpräparat zur Deckung des Eisenbedarfes verordnet [32].

Nierenbeckenentzündung

Viermal soviel Frauen wie Männer geben an, jemals an einer Nierenbeckenentzündung gelitten zu haben. Ursache für eine Nierenbeckenentzündung ist eine Infektion mit Bakterien, die über Harnblase und Harnleiter aufsteigen. Als Ursache für die höhere Erkrankungsrate bei Frauen werden in der Regel anatomische Gründe angeführt: Ihre Harnröhre ist kürzer, die Ausgänge von Darm, Vagina und Harnröhre liegen nah beieinander, so

dass Keime, die sich nach dem Geschlechtsverkehr in der Scheide ansiedeln ebenso wie Erreger aus dem Darm über die Harnröhre in die Blase gelangen können. Ein weiterer biologischer Grund liegt in der Schwangerschaft: Nierenbeckenentzündungen sind eine häufige Komplikation in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, da die ableitenden Harnwege durch den sich vergrößernden Uterus zusammengedrückt werden und sich der pH-Wert des Urins verschiebt [33]. Auch psychosomatische Erklärungsansätze (z. B. zum Zusammenhang zwischen unbewussten Beziehungskonflikten und chronischen Blasenentzündungen) lassen sich für die häufigeren Blasenentzündungen in der weiblichen Bevölkerung heranziehen [35, 36]. Die These, dass Frauen weniger trinken als Männer, so dass ihre Niere weniger »durchgespült« wird, lässt sich nach Auswertung des Ernährungssurveys nicht bestätigen.

Migräne

Im Bundes-Gesundheitssurvey wurde explizit nach Migräne gefragt, die sich von anderen Kopfschmerzformen (z. B. Spannungskopfschmerz) z. B. durch halbseitig auftretende, anfallsartige Schmerzen unterscheidet. Bei der Migräne handelt es sich um eine neurovegetative Störung, die durch unterschiedliche Faktoren verursacht wird. Während bis zur Pubertät Jungen und Mädchen gleich häufig von Migräne betroffen sind und sich auch nach den Wechseljahren die Prävalenzraten bei beiden Geschlechtern angleichen, sind im mittleren Lebensalter Frauen etwa dreimal häufiger von der Erkrankung betroffen. Auslöser für Migräneanfälle können unter anderem hormonelle Schwankungen, Entspannung nach Stressphasen oder eine Veränderung der Wetterlage sein. Die höhere Betroffenheit von Frauen wird mit den zyklusbedingten Schwankungen der Sexualhormone sowie mit einer möglicherweise unterschiedlichen Stressverarbeitung erklärt [33, 37, 38].

Psychische Erkrankung

Im Bundes-Gesundheitssurvey geben doppelt bzw. dreimal soviel Frauen wie Männer an, jemals an einer psychischen Erkrankung (z. B. Angstzustän-

de, Depression, Psychose) gelitten zu haben. Aufgrund der hohen Bedeutung dieser Krankheiten wird hierauf an anderer Stelle ausführlicher eingegangen (siehe Kapitel 6.3).

Allergisches Kontaktekzem

Im Bundes-Gesundheitssurvey wurde sowohl nach Neurodermitis als auch nach allergischem Kontaktekzem gefragt. Zwei- bis dreimal soviel Frauen wie Männer gaben an, jemals an einem allergischen Kontaktekzem gelitten zu haben. Beim Kontaktekzem handelt es sich um eine allergische Reaktion auf chemische Stoffe oder Allergie auslösende Substanzen. Besonders häufig sind Reaktionen auf Nickel, Kosmetika, Farbstoffe, Parfüm, Gummihaltstoffe und Weichmacher in Kunststoffen. Die höhere Betroffenheit von Frauen kann zum einen darauf zurückgeführt werden, dass sie häufiger als Männer nickelhaltige Schmuckstücke tragen und Kosmetika verwenden. Zum anderen spiegeln die Prävalenzraten geschlechtsspezifische Berufswahlen wider. Kontaktallergien sind besonders häufig im Friseurhandwerk, bei Pflegekräften und in Metall verarbeitenden Berufen, wobei die beiden erst genannten durch einen besonders hohen Frauenanteil gekennzeichnet sind [39]. Auch Reinigungskräfte sind häufig betroffen, so dass der Schluss gezogen werden kann, dass sich Frauen und Männer in ihren arbeitsbedingten Belastungen unterscheiden.

In Ergänzung zu den genannten Krankheiten und Beschwerden ist an dieser Stelle auch das hohe Ausmaß von Unterleibserkrankungen zu erwähnen, von denen jede sechste Frau im Alter zwischen 30 und 44 Jahren und jede dritte Frau im Alter zwischen 45 und 64 Jahren betroffen ist. Besonders häufig sind hier Gebärmuttererkrankungen, allen voran Myome, die inzwischen auch unter dem Aspekt der Überversorgung von Frauen diskutiert werden. So erfolgen nur 10 % der Hysterektomien (Gebärmutterentfernungen) aufgrund einer Krebserkrankung, der überwiegende Teil wird aufgrund von Myomen durchgeführt [40]⁸.

Wie Tabelle 4.4 zeigt, ändert sich die Rangreihe der Erkrankungen in den beiden Altersgruppen sowohl bei Männern als auch bei Frauen gravie-

Tabelle 4.5

7-Tage-Prävalenz von Schmerzen (Selbstangaben) nach Geschlecht

Quelle: BGS98

7-Tage-Prävalenz	30–44 Jahre		45–64 Jahre	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Schmerzzustände	77,9 %	63,8 %	79,8 %	68,3 %
Signifikanzniveau	p<.001		p<.001	

rend: Während bei den Frauen in der Altersgruppe 30 bis 44 Jahre das allergische Kontaktekzem, Blutarmut, Migräne, Gastritis und Schilddrüsenerkrankungen die Liste der Erkrankungen anführen, sind es in der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre Gelenkverschleiß, Krampfadern, erhöhtes Cholesterin, Unterleibserkrankungen und Gastritis. Bei den Männern bleibt die Liste der Krankheiten eher konstant: Gastritis, Gelenkverschleiß und erhöhtes Cholesterin ist in beiden Altersgruppen unter den fünf bedeutendsten Krankheiten zu finden, in der jüngeren Altersgruppe spielen zudem Heuschnupfen und das allergische Kontaktekzem, in der älteren Gruppe auch der Bluthochdruck und Krampfadern eine Rolle. Auffällig ist, dass sich mit zunehmendem Alter das Morbiditätsprofil, zumindest auf der Ebene der selbst berichteten Krankheiten, von Frauen und Männern angleicht. Neben diesen Erkrankungen sind im mittleren Lebensalter auch Schmerzen, Verletzungen und die psychische Befindlichkeit gemäß den Selbstangaben der Betroffenen von Interesse.

Schmerzen

Die Auswertungen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 zeigen, dass Schmerzzustände im mittleren Lebensalter eine häufige Erfahrung sind: 66,1 % der Männer und 78,9 % der Frauen geben an, in den vergangenen sieben Tagen unter Schmerzen in verschiedenen Körperteilen gelitten zu haben. Schmerzzustände sind in der höheren Altersgruppe etwas häufiger als in der jüngeren, die Geschlechtsunterschiede sind in beiden Subgruppen signifikant (vgl. Tabelle 4.5).

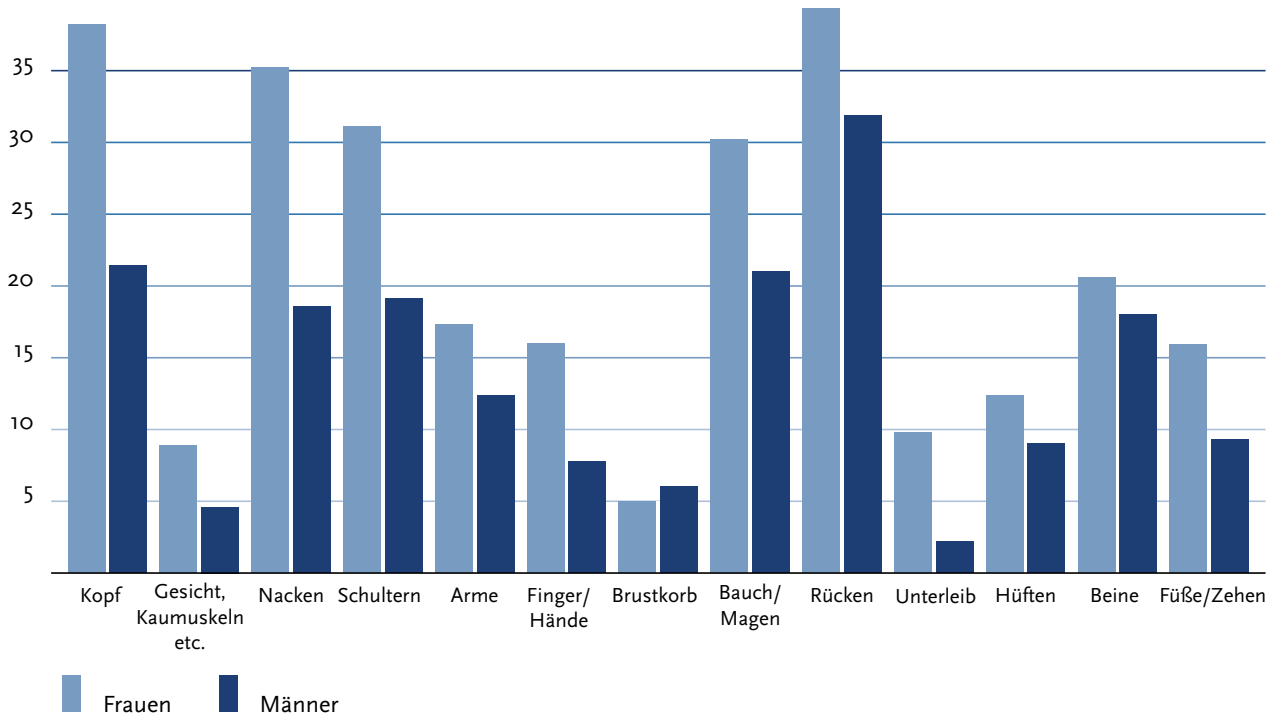
⁸ Die Datenlage ist hier aber noch wenig zufrieden stellend; die unterschiedlichen Aspekte werden in naher Zukunft in einem Themenheft der GBE des Bundes bearbeitet.

Abbildung 4.3

7-Tage-Prävalenz von Schmerzen (Selbstangaben) in unterschiedlichen Körperteilen nach Geschlecht

Angaben in Prozent, Altersgruppe 30–64 Jahre, kontrolliert nach Schicht

Quelle: BGS98



Besonders häufig sind Rücken-, Nacken- und Schulterschmerzen sowie Kopfschmerzen und Schmerzen im Bauchraum bzw. Magen; mehr als 20 % der 30- bis 64-Jährigen geben an, hierunter in den vergangenen sieben Tagen gelitten zu haben (vgl. Abbildung 4.3). Von allen Schmerzzuständen – mit Ausnahme der Schmerzen im Brustkorb – sind Frauen nach eigenen Angaben signifikant häufiger betroffen als Männer.

Verletzungen und Vergiftungen

Die Daten zur subjektiven Befindlichkeit legen zunächst einmal nahe, dass im mittleren Lebensalter Frauen stärker gesundheitlich beeinträchtigt sind als Männer. Dieses Bild relativiert sich, wenn die Angaben zu Verletzungen und Vergiftungen berücksichtigt werden. Hier zeigt sich, dass Männer stärker beeinträchtigt sind als Frauen: 13,2 % der befragten Männer und 9,4 % der Frauen geben im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 an, in den vorausgegangenen zwölf Monaten eine Verletzung

Tabelle 4.6

12-Monatsprävalenz von Verletzungen und Vergiftungen mit ärztlichem Behandlungsbedarf nach Geschlecht (Selbstangabe)

Quelle: BGS98

12-Monatsprävalenz	30–44 Jahre		45–64 Jahre	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Verletzungen/Vergiftung	9,1 %	15,4 %	9,6 %	11,2 %
Signifikanzniveau	p < .001		n.s.	
davon arbeitsunfähig	69,1 %	74,4 %	68,7 %	58,6 %
Signifikanzniveau	n.s.		n.s.	

oder Vergiftung erlitten zu haben, die ärztlich versorgt werden musste. Die Verletzungshäufigkeit steigt bei den Frauen mit dem Alter leicht an, bei den Männern sinkt sie, so dass sich die Verletzungsraten annähern und der Geschlechtsunterschied nur in der jüngeren Altersgruppe statistisch signifikant wird (vgl. Tabelle 4.6). Etwa zwei Drittel dieser Verletzungen und Vergiftungen sind so gravierend, dass die Betroffenen nicht ihrer üblichen Tätigkeit nachgehen können; Männer und Frauen unterscheiden sich in beiden Altersgruppen aber hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit nicht signifikant voneinander. Die durchschnittliche Zahl der verletzungsbedingten Ausfalltage beträgt bei Männern 30,3 Tage, bei Frauen: 21,9 Tage).

Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede aus den Selbstangaben zu Vergiftungen und Verletzungen werden auch durch die Ergebnisse aus anderen Datenquellen (beispielsweise AU-Statistiken und Krankenhausstatistik) bestätigt (vgl. Kapitel 6.4).

Psychische und psychosomatische Befindlichkeit

Die psychische und psychosomatische Befindlichkeit wird mit Hilfe der so genannten Zerrsenliste⁹ erfasst. Auswertungen zeigen, dass Frauen häufiger angeben, unter Befindlichkeitsstörungen wie beispielsweise Mattigkeit oder innerer Unruhe zu leiden. Die Befunde lassen sich einerseits interpretieren als eine »tatsächlich« schlechtere Befindlichkeit von Frauen – zum Beispiel im Sinne einer stärkeren psychosomatischen Reaktion auf Belastungen; sie müssen aber auch unter dem Blickwinkel methodischer Verzerrungen betrachtet werden. Hier spielt zum einen die bereits angesprochene geschlechtsspezifische Wahrnehmung von Beschwerden und das unterschiedliche Berichtsverhalten von Frauen und Männern eine Rolle. Zudem haben Frauengesundheitsforscherinnen vielfach kritisiert, dass mit dem Instrument (Zerrsenliste) vor allem nach frauentypischen Belastungsreaktionen gefragt wird [41]: So werden Geschlechtsunterschiede produziert, die bei einer geschlechtersensiblen, d. h. auch typisch männliche Belastungsreaktionen erfassende, Instrumentenentwicklung möglicherweise verschwinden, bzw. geschlechtstypische Belastungsreaktionen zeigen würden (siehe Kapitel 8).

Funktionelle Einschränkungen

Der Alterssurvey des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA Berlin) gibt für die Altersgruppe 45 bis 64 Jahre Auskunft über die funktionellen Einschränkungen in dieser Altersgruppe [42]. Die Auswertungen beziehen sich auf die Erwerbsbevölkerungen und illustrieren den geschlechtsspezifischen Zusammenhang zwischen Erwerbsbedingung und Gesundheit. Die Analysen des DZA zeigen, dass Frauen und Männer in ähnlichem Maße von funktionellen Einschränkungen betroffen sind. 43 % der Frauen und 38 % der Männer fühlen sich bei anstrengenden Tätigkeiten etwas oder stark eingeschränkt, 17 % der Frauen und 14 % der Männer sind in der Beweglichkeit eingeschränkt (sich beugen, knien, bücken). 15 % der Frauen und 12 % der Männer haben Schwierigkeiten beim Lesen der Zeitung, jeweils 3 % haben Schwierigkeiten, Menschen auf der Straße zu erkennen. 3 % der Frauen und 5 % der Männer berichten über Hörschwierigkeiten beim Telefonieren, 4 % der Frauen und 9 % der Männer haben Hörschwierigkeiten in Gruppen.

9 Hier werden 24 Begrifflichkeiten (z. B. Mattigkeit, innere Unruhe) mit einem vierstufigen Antwortformat von 0=gar nicht bis 3=stark vorgegeben und die Werte werden addiert.

4.3 Krankheitsfolgen

Da die meisten Frauen und Männer in den mittleren Lebensjahren erwerbstätig sind, stellen die Daten zur Arbeitsunfähigkeit eine maßgebliche Quelle zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation dar; dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass Männer in der Altersgruppe 30 bis 45 Jahre im Vergleich zu Frauen überproportional erwerbstätig sind (84 % gegenüber 69 %, vgl. Kapitel 3). Ein Vergleich der Ursachen für die Arbeitsunfähigkeit zeigt, dass sich Frauen und Männer hinsichtlich der Reihung der häufigsten Diagnosen kaum unterscheiden; allerdings sind Männer wesentlich häufiger aufgrund von Verletzungen, Frauen häufiger aufgrund psychischer Störungen krank geschrie-

ben. Dies zeigt sich noch verstärkt bei Männern in »männertypischen« Berufszweigen und bei Frauen in »frauentypischen« Berufszweigen. Die höhere Betroffenheit von psychischen Erkrankungen bei Frauen zeigt sich auch eindrücklich als wichtigste Ursache der verminderten Erwerbsfähigkeit, die ebenfalls als Indikator zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation im mittleren Lebensalter herangezogen werden kann. Von Behinderungen und Pflegebedürftigkeit können Frauen und Männer bereits in den mittleren Lebensjahren betroffen sein; aber erst im höheren Lebensalter ab 75 Jahren liegt der Anteil der pflegebedürftigen Frauen in der Bevölkerung über dem der Männer.

4.3.1 Arbeitsunfähigkeit

Die häufigsten Erkrankungen, die sowohl bei weiblichen als auch bei männlichen Erwerbstätigen zu Arbeitsunfähigkeit führen, sind Krankheiten des Atmungssystems, des Muskel-Skelett-Systems und des Verdauungssystems (vgl. Tabelle 4.7). Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich am eindrücklichsten bezüglich Verletzungen und Vergiftungen: Von 100 versicherten Männern sind 17 davon betroffen, während dies nur 10 von 100 versicherten Frauen sind; auch von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sind Männer eher

betroffen als Frauen (26 Männer gegenüber 20 Frauen je 100 Versicherte). Dagegen sind Frauen eher aufgrund psychischer Erkrankungen krank geschrieben als Männer (knapp 7 Frauen gegenüber 4 Männer je 100 Versicherte).

Insgesamt sind Frauen etwas häufiger krank geschrieben als Männer, aber die durchschnittliche Anzahl an AU-Tagen pro Krankheitsfall liegt sowohl bei Männern als auch Frauen im Schnitt bei zwölf Tagen. Unterschiede zeigen sich bei einem vergleichenden Blick auf die Diagnosegruppen: Am deutlichsten fällt hier auf, dass Männer aufgrund einer Diagnose im Bereich der Kreis-

Tabelle 4.7

Die häufigsten Diagnosegruppen als Ursachen für Arbeitsunfähigkeit je 100 versicherter Frauen und Männer sowie Tage je Diagnose 2001 (alle Altersgruppen)

Quelle: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, www.baua.de

Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosegruppen	Anzahl Diagnosen (und Tage je Diagnose)	
	Frauen	Männer
Diagnosegruppen/Krankheiten		
Alle Diagnosen	136,7 (12,1)	132,2 (12,2)
Atmungssystem	35,8 (6,8)	32,4 (6,7)
Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	20,3 (19,1)	26,4 (17,1)
Verdauungssystem	14,6 (6,8)	14,9 (7,6)
Verletzungen und Vergiftungen	9,5 (15,7)	17,4 (15,7)
Kreislaufsystem	5,8 (14,3)	6,3 (19,4)
Psychische und Verhaltensstörungen	6,8 (28,5)	4,0 (26,4)

Tabelle 4.8
Anzahl aller Diagnosen bei Arbeitsunfähigkeit je 100 versicherter Frauen und Männer sowie Tage je Diagnose im Jahr 2001 (alle Altersgruppen)
Quelle: [40]

Arbeitsunfähigkeit	Anzahl Diagnosen (und Tage je Diagnose)	
	Frauen	Männer
Unter 45 Jahren	138,6 (9,6)	136,4 (9,5)
45 Jahre und älter	132,6 (17,3)	124,1 (18,0)

lauferkrankungen 19 Tage krank geschrieben sind, während es bei Frauen fünf Tage weniger sind – dagegen sind bei einer psychischen Erkrankung (die bei beiden Geschlechtern zu den längsten Arbeitsausfällen führen) Frauen drei Tage länger krank geschrieben als Männer. Zur Erklärung der Geschlechtsunterschiede bezüglich der Betroffenheit von psychischen Erkrankungen und Unfällen bzw. Verletzungen müssen sowohl biologische Faktoren (z. B. hormonell beeinflusste psychische Erkrankungen bei Frauen) als auch soziale Faktoren (z. B. riskantere und damit unfallträchtigere Arbeitsbedingungen in Berufen, die in erster Linie von Männern ausgeübt werden) berücksichtigt werden (vgl. Kapitel 8).

Betrachtet man die von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin differenzierten beiden Altersgruppen unter und über 45 Jahren,

fällt auf, dass bei den über 45-Jährigen die Anzahl der Diagnosefälle bei Frauen und etwas stärker noch bei Männern sinkt; dagegen steigt die durchschnittliche Anzahl der Tage, die Frauen und Männer je Diagnose krank geschrieben sind, fast um das Doppelte an (vgl. Tabelle 4.8). Dies spricht dafür, dass in der zweiten Hälfte des mittleren Lebensalters sowohl Frauen als auch Männer von schwereren Erkrankungen betroffen sind bzw. Krankheiten langwieriger verlaufen als in jüngeren Jahren.

Vergleicht man Daten zur Arbeitsunfähigkeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen, so zeigt sich bei Berufen, die besonders mit körperlichen Belastungen und Verletzungsrisiken einhergehen – sowohl bei Männern als auch bei Frauen – eine erhöhte Anzahl an AU-Fällen (vgl. Tabelle 4.9). In solchen Berufen, wie in den hier ausgewählten Bauberufen, findet sich noch immer eine deutliche geschlechtsspezifische Besetzung: 98 % aller darin Beschäftigten sind Männer [43].¹⁰ Bei den Sozial- und Erziehungsberufen dagegen überwiegt der Anteil der Frauen mit 67 % [43].¹¹ Innerhalb dieser, körperlich vergleichsweise weniger belastenden und riskanten Berufe zeigt sich dies auch in der geringeren Betroffenheit von Muskel-/Skelettkrankheiten und Verletzungen/Vergiftungen, allerdings nur bei den Männern: Deren Anzahl an solchen Diagnosen liegt deutlich unter dem für Männer berechneten Durchschnitt; dieses Bild zeigt sich bei den Frauen dagegen nicht.

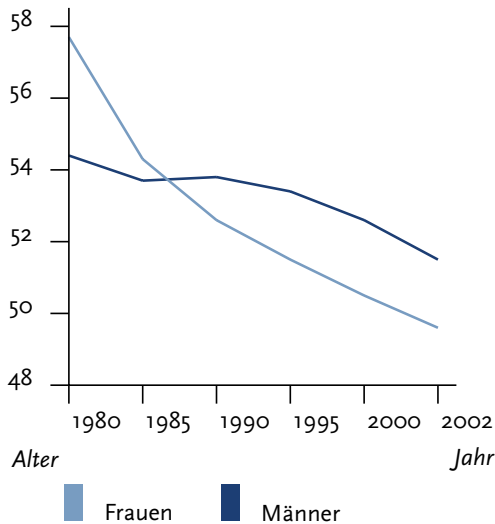
Tabelle 4.9
Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen für das Jahr 2001 (alle Altersgruppen)
Angabe der Anzahl der Diagnosen und Tage je Diagnose
Quelle: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen	Anzahl Diagnosen (und Tage je Diagnose)					
	alle Berufsgruppen		Hoch- und Tiefbauberufe		Sozial- und Erziehungsberufe	
Diagnosen/Krankheiten	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Muskel-/Skelettkrankheiten	20,3 (19,1)	26,4 (17,1)	36,5 (15,4)	37,9 (19,1)	20,1 (16,4)	14,0 (14,6)
Verletzungen	9,5 (15,7)	17,4 (15,7)	16,7 (14,1)	28,3 (17,5)	9,9 (14,1)	8,9 (15,2)
Psychische Störungen	6,8 (28,5)	4,0 (26,4)	7,6 (16,5)	3,3 (22,5)	8,1 (23,1)	4,8 (24,3)

¹⁰ Erwerbstätige im April 2002, Klassifizierung der Berufe Ausgabe 1992, Hoch-Tiefbauberufe: Nr. 44, 46, 47

¹¹ Erwerbstätige im April 2002, Klassifizierung der Berufe Ausgabe 1992, Sozial- und Erziehungsberufe: Nr. 86, 87, 88, 89

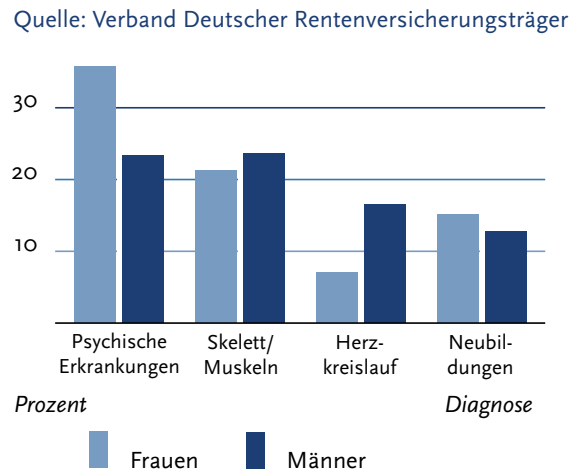
Abbildung 4.4
Entwicklung des durchschnittlichen Zugangsalters (Jahre) zu Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in den alten Bundesländern von 1980 bis 2002 nach Geschlecht
Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger



4.3.2 Verminderte Erwerbsfähigkeit

Das durchschnittliche Zugangsalter zu Renten der gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit liegt in Deutschland im Jahr 2002 für Frauen bei 49,5 und für Männer bei 51,1 Jahren. Vor 20 Jahren lag das Eintrittsalter noch deutlich höher – vor allem bei den Frauen. In den alten Bundesländern wurde das durchschnittliche Zugangsalter bei den Frauen im Jahr 1980 mit 57,7 Jahren angegeben und lag dagegen im Jahr 2002 bei 49,6 Jahren; bei den Männern, die im Jahr 1980 im Durchschnitt mit 54,4 Jahren gut drei Jahre früher als Frauen eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezogen haben, ist das Eintrittsalter bis zum Jahr 2002 lediglich um fast drei Jahre, auf etwa 51,5 Jahre gesunken. Damit liegt das durchschnittliche Zugangsalter der Männer heute über dem der Frauen (vgl. Abbildung 4.4). Der deutliche Rückgang des durchschnittlichen Frühberentungsalters und auch der Anzahl an Frühberentungen vor allem von Frauen lässt sich zum einen auf gesetzliche Änderungen der Zugangsvoraussetzungen seit 1984 zurückführen. Darüber hinaus führen einigungsbedingte Arbeitsmarktprobleme sowie gesundheitliche Faktoren zu einem früheren Rentenzugang wegen verminderter Erwerbsfähigkeit [5].

Abbildung 4.5
Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Geschlecht, Deutschland 2002
Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger



Entsprechend der insgesamt höheren Erwerbstätigkeit der Männer in Deutschland ist auch deren Anteil an den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit höher: Von insgesamt rund 176.000 Renten im Jahr 2002 nehmen 58 % Männer und 42 % Frauen diese in Anspruch.¹² Die Ursachen für eine verminderte Erwerbsfähigkeit bei beiden Geschlechtern unterscheiden sich hinsichtlich der Verteilung in den Hauptdiagnosegruppen. Während bei Frauen mit 36 % der größte Anteil aufgrund psychischer Erkrankungen zu verminderter Erwerbsfähigkeit führt, stehen bei den Männern psychische Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates (Skelett, Muskeln und Bindegewebe) mit jeweils etwa 23 % an erster Stelle; des Weiteren spielen Herz-Kreislauferkrankungen sowie Neubildungen bei der Minderung der Erwerbsfähigkeit eine bedeutsame Rolle (vgl. Abbildung 4.5). Hier zeigt sich die hohe Belastung erwerbstätiger Frauen durch psychische Erkrankungen in noch stärkerem Maße als bei der Analyse der Daten zur Arbeitsunfähigkeit.

¹² Die Frühberentungsquote bezogen auf je Tsd. aktiv Versicherte differiert aber in der Angestellten-Rentenversicherung fast nicht zwischen Männern und Frauen; bei der Arbeiterrentenversicherung liegt sie für Frauen etwas höher als für Männer.

Tabelle 4.10
Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung 2002
nach Altersgruppen und Geschlecht
Quelle: [44]

Altersgruppe	Frauen	Männer
30 bis unter 35 Jahre	0,4%	0,4%
35 bis unter 40 Jahre	0,4%	0,5%
40 bis unter 45 Jahre	0,5%	0,5%
45 bis unter 50 Jahre	0,6%	0,6%
50 bis unter 55 Jahre	0,7%	0,7%
55 bis unter 60 Jahre	1,0%	1,1%
60 bis unter 65 Jahre	1,4%	1,7%
Gesamt (alle Altersgruppen)	3,2%	1,6%

4.3.3 Behinderungen und Pflegebedürftigkeit

In Deutschland waren im Jahr 2001 rund 6,7 Millionen Menschen von schweren Behinderungen¹³ betroffen, davon ca. 3,2 Millionen Frauen und rund 3,5 Millionen Männer. Zu Behinderungen kommt es sowohl bei Männern als auch bei Frauen vorwiegend im höheren Lebensalter, dennoch sind bereits im mittleren Lebensalter (zwischen 35 und 65 Jahren¹⁴) 1,6 Millionen Männer und 1,2 Millionen Frauen durch Behinderungen beeinträchtigt. Der weitaus größte Anteil der Behinderungen entsteht in Folge von Erkrankungen, es gibt aber auch noch andere Ursachen. Darunter zeigen sich beispielsweise bei den Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern, die bei ca. 75.000 Männern, aber nur bei ca. 11.000 Frauen zu Behinderung führen; dies liegt nicht nur an der höheren Erwerbstätigkeit von Männern, sondern vor allem daran, dass Männer eher Berufe mit stärkeren gesundheitlichen Risikopotentialen ausüben. Auch bei den Verkehrsunfällen als Ursachen für Behinderungen sind Männer deutlich häufiger betroffen als Frauen (32.000 gegenüber 12.000); diese geschlechtsspezifische Verteilung ergibt sich erwartungsgemäß aus der höheren Betroffenheit der Männer bei Unfällen im Straßenverkehr (vgl. Kapitel 6.4).

Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes¹⁵ sind in Deutschland etwa zwei Millionen Menschen [46]. Von diesen sind immerhin 20 % jünger als 65 Jahre, womit Pflegebedürf-

Tabelle 4.11
Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland, Ort der
Versorgung nach Altersgruppen im Jahr 2001
Quelle: [45]

Altersgruppe	Zu Hause	In Heimen
Unter 15 Jahre	66.391	257
15 bis unter 60 Jahre	207.823	27.909
60 bis unter 65 Jahre	70.843	20.606
Alle Altersgruppen (einschl. über 65 Jahre)	ca. 1,4 Mio.	ca. 0,6 Mio.

tigkeit nicht ausschließlich ein Problem des höheren Lebensalters ist, sondern auch Kinder und junge Erwachsene sowie Menschen in den mittleren Lebensjahren betreffen kann. In der Verteilung der Pflegebedürftigkeit treten ausgeprägte alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede zutage. Bis zum Alter von 55 Jahren liegt der Anteil der Pflegebedürftigen bei Frauen wie Männern unter 1% und steigt dann bis zum Alter von 65 Jahren leicht auf 1,4% bei Frauen und 1,7% bei Männern an. Danach nimmt die Häufigkeit sprunghaft zu. Die stärkere Betroffenheit der Frauen zeigt sich etwa ab dem 70. Lebensjahr und weitet sich im Altersgang sukzessive aus (vgl. Tabelle 4.10).

Die meisten Pflegebedürftigen und ganz besonders diejenigen in den jungen und mittleren Lebensjahren werden zu Hause und nicht in Heimen versorgt (vgl. Tabelle 4.11).

13 Statistik der schwerbehinderten Menschen des Statistischen Bundesamtes (2001). Definition: Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist; eine Schwerbehinderung liegt vor, wenn der Grad der Behinderung über 50 % liegt (IS GBE).

14 Die Angaben lassen sich nicht für die Altersgruppe der 30- bis 65-Jährigen berechnen.

15 Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) liegt dann vor, wenn Menschen durch Krankheit oder Behinderung auf Dauer im Bereich alltäglicher Aktivitäten, d. h. bei der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlichen Versorgung einen erheblichen Hilfebedarf haben; die Feststellung der solchermaßen definierten Pflegebedürftigkeit erfolgt durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Von den zu Hause lebenden Pflegebedürftigen werden etwa eine Million ausschließlich von Angehörigen versorgt, der Rest zum Teil oder vollständig mit Hilfe von ambulanten Pflegediensten. Pflegenden Angehörige sind in erster Linie Frauen, die zu 80 % die Hauptpflegepersonen darstellen; von den Hauptpflegepersonen ist jede zweite im Alter zwischen 40 und 64 Jahren [17]. Die Versorgung Pflegebedürftiger in ihrem eigenen Zuhause wird demnach in erster Linie von Frauen in der zweiten Hälfte ihrer mittleren Lebensjahre geleistet. Negative Auswirkungen auf deren eigene Gesundheit sind bislang zwar noch nicht systematisch erfasst, müssen aber aufgrund des nachgewiesenermaßen großen Überlastungspotenzials pflegerischer Arbeit sowohl im körperlichen als auch im psychischen Bereich [17, 47] als relevant betrachtet werden.

4.3.4 Volkswirtschaftliche Kosten

Die Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes [48] zeigt die Bedeutung von Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigem Tod für die Volkswirtschaft auf: In der erwerbstätigen Bevölkerung gingen im Jahr 2002 insgesamt 5,13 Millionen Erwerbstätigkeitsjahre verloren, 2,98 Millionen bei Männern und 2,15 Millionen bei Frauen. Bei Männern gehen 30,4 % der verlorenen Erwerbstätigenjahre auf Verletzungen und Vergiftungen zurück, gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelettsystems (14,5 %) und psychischen und Verhaltensstörungen (12,4 %). Bei Frauen stehen mit jeweils rund 16 % psychische und Verhaltensstörungen, gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und Verletzungen und Vergiftungen an den ersten drei Stellen. 58,1 % der verlorenen Erwerbstätigenjahre fallen auf die männliche Erwerbstätigengruppe, 41,9 % auf die weibliche Erwerbstätigengruppe. Dies ist unter anderem dadurch bedingt, dass der Anteil der Männer an den Erwerbstätigen größer ist. Werden auch die Nichterwerbstätigen in die Rechnung einbezogen, verringert sich der Geschlechtsunterschied: Der krankheitsbedingte Verlust an Lebensjahren liegt dann bei 17,0 Millionen Jahren, von denen 53,6 % auf die Gruppe der Männer fällt [47].

5 Gesundheitsbeeinflussende Lebensweisen und Lebenslagen

Auch wenn sich Frauen und Männer in zahlreichen Gesundheitsindikatoren unterscheiden, so darf doch nicht aus dem Blick geraten, dass auch innerhalb der Geschlechtergruppen Morbidität und Mortalität in Abhängigkeit von Lebensform, Erwerbsstatus, Alter, ethnischer Zugehörigkeit, sozialer Schicht und weiteren Variablen variieren. Im Folgenden stehen als zentrale Variablen die Lebensform und der Erwerbsstatus exemplarisch im Zentrum der Betrachtung.¹ Analysen der Todesursachenstatistik weisen darauf hin, dass die Ehe einen protektiven Effekt ausübt, denn die Sterblichkeit nicht Verheirateter ist etwa 1,5 bis 2,5-mal so hoch. Durch die Ehe wird ein sozialer Kontext geschaffen, in dem die Partner sich wechselseitig im gesundheitsförderlichen

Verhalten unterstützen und im Krankheitsfall Hilfe und Unterstützung mobilisieren können. Die Daten zu den subjektiven Beschwerden zeigen, dass jüngere Alleinerziehende beiderlei Geschlechts die größte Beschwerdelast tragen, während Männer und Frauen in traditionellen Lebensformen am wenigsten gesundheitlich beeinträchtigt sind. Die Daten zum Zusammenhang zwischen Erwerbsstatus und Gesundheit ergeben ein heterogenes Bild, z. B. weil Frauen und Männer – auch in gleichen Berufen – unter unterschiedlichen Bedingungen arbeiten, die Teilzeitquote bei den Geschlechtern unterschiedlich hoch ist und die Frage der Vereinbarkeit von Beruf- und Familienarbeit und ihrer Auswirkung auf die Gesundheit bislang kaum erforscht ist.

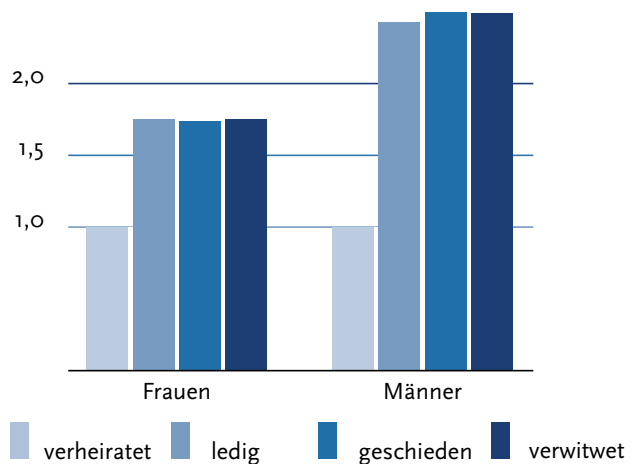
5.1 Lebensform

Im mittleren Lebensalter sind mehr als zwei Drittel aller Männer und Frauen verheiratet, und auch in der Gruppe der nicht Verheirateten lebt ein Großteil mit einem Partner bzw. einer Partnerin (Männer häufiger als Frauen) und knapp die Hälfte mit einem Kind bzw. mehreren Kindern in einem Haushalt zusammen (siehe Kapitel 3).

Bereits vor über 100 Jahren zeigte der französische Soziologe Durkheim, dass die Ehe im Hinblick auf Mortalität einen protektiven Faktor darstellt [49]. Eine Sonderauswertung der Todesursachenstatistik des Jahres 2000, in der die Daten nicht nur nach Geschlecht und Alter, sondern auch nach Familienstand aufbereitet wurden, zeigt, dass dies auch heute noch gilt: Die Sterblichkeit nicht verheirateter Männer im Alter zwischen 30 und 60 Jahren im Vergleich zu verheirateten Männern ist in etwa um das 2,5-Fache erhöht. Bei den Frauen ist die Sterblichkeit ebenfalls erhöht, jedoch fällt der Unterschied zwischen verheirateten und nicht verheirateten Frauen nicht so gravierend aus (vgl. Abbildung 5.1). Dieses Ergebnis zeigt sich auch in internationalen Studien [50, 51, 52, 53, 54]. Die Unterschiede sind bei solchen Todesursachen besonders groß, die verhaltensbedingt sind: Lun-

Abbildung 5.1

Sterblichkeitsrisiko nach Geschlecht und Familienstand für alle Todesursachen in der Altersgruppe 30 bis 60 Jahre
Odds ratio, eigene Berechnungen, Sonderauswertung der Todesursachenstatistik 2000



1 Die vorhandenen Datenquellen differenzieren hier nur selten, jedoch lässt sich der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 hinsichtlich der Zusammenhänge des Gesundheitszustands mit der Lebensform und dem Erwerbsstatus auswerten. Es können aus Platzgründen nur einige Analysen beispielhaft zum Gesundheitszustand vorgestellt werden, in den Kapiteln zum gesundheitsrelevanten Verhalten werden ergänzend einige weitere Befunde skizziert.

Tabelle 5.1
Sterblichkeitsrisiko nach Geschlecht und Familienstand für ausgewählte Todesursachen in der Altersgruppe 30 bis 60 Jahre
 (Odds ratio, eigene Berechnungen, Sonderauswertung der Todesursachenstatistik 2000, [55])

Sterblichkeitsrisiko Geschlecht / Familienstand	alle Todesursachen A00 – T98		Neubildungen Kap. II, C00 – D48		Krankh. d. Kreislaufsystems Kap. IX, I00-I99	
	OR	95 %-CI	OR	95 %-CI	OR	95 %-CI
Männer						
verheiratet	1		1		1	
ledig	1.43	2.40–2.49	1.39	1.34–1.46	1.15	2.10–2.28
geschieden	1.50	2.45–2.55	1.45	1.39–1.51	2.03	1.95–2.12
verwitwet	1.49	2.38–2.63	1.61	1.46–1.76	1.21	2.01–2.44
Frauen						
verheiratet	1		1		1	
ledig	1.75	1.70–1.82	1.19	1.13–1.26	1.90	1.77–2.10
geschieden	1.74	1.69–1.80	1.24	1.19–1.30	1.61	1.49–1.74
verwitwet	1.75	1.68–1.83	1.39	1.31–1.48	1.92	1.75–2.12

Sterblichkeitsrisiko Geschlecht / Familienstand	Krankh. d. Verdauungssystems Kap. XI, K00-K99		Äußere Ursachen Kap. XX, V01-Y98	
	OR	95 %-CI	OR	95 %-CI
Männer				
verheiratet	1		1	
ledig	3.76	3.52–3.97	1.19	2.12–2.34
geschieden	4.74	4.45–5.00	1.71	2.56–2.86
verwitwet	4.71	4.15–5.40	3.29	2.84–3.82
Frauen				
verheiratet	1		1	
ledig	1.95	1.72–2.19	1.14	1.93–2.39
geschieden	1.80	2.56–3.07	1.44	2.21–2.69
verwitwet	1.67	2.35–3.06	1.13	1.83–2.52

genkrebs, Leberzirrhose, äußere Ursachen (Unfälle und Suizide) und Herzinfarkt (vgl. Tabelle 5.1).

Diese Variation in der Sterblichkeit belegt, dass die Ehe (bzw. vermutlich das Zusammenleben mit einem Partner oder einer Partnerin) einen protektiven Effekt ausübt. Diskutiert werden in diesem Zusammenhang zwei Hypothesen: Die Selektionshypothese geht davon aus, dass nur gesunde Personen einen Ehepartner bzw. eine -partnerin finden – dies würde allerdings nicht das höhere Sterblichkeitsrisiko der Geschiedenen und Verwitweten erklären. Die Protektionshypothese hingegen geht von der Annahme aus, dass durch

die Ehe ein sozialer Kontext geschaffen wird, in dem Partnerin oder Partner den jeweils anderen im gesundheitsförderlichen und präventiven Verhalten unterstützt, in gesundheitlichen Krisensituationen Hilfe herbeiholen kann und im Krankheitsfall die Genesung unterstützen und kritische Lebensereignisse abpuffern kann. Auffällig ist, dass die Unterschiede in der Sterblichkeit zwischen Verheirateten und nicht Verheirateten bei den Männern wesentlich größer sind als bei den Frauen. Dass Männer in gesundheitlicher Hinsicht stärker von der Ehe profitieren, lässt sich darauf zurückführen, dass aufgrund der traditionellen

Arbeitsteilung den (Ehe-)Frauen die Verantwortung für die gesundheitlichen Belange in der Familie obliegt und sie z. B. für warme Mahlzeiten und das Vereinbaren von Arztterminen verantwortlich sind und Männer bei der Einhaltung gesundheitlicher Empfehlungen (z. B. Diäten, Medikamenteneinnahme) stärker unterstützen als umgekehrt [55, 56, vgl. Kapitel 8].²

Die Todesursachenstatistik ist in ihrer Aussage begrenzt, denn sie gibt lediglich Auskunft über den Familienstand zum Zeitpunkt des Todes. Weder die Dauer der Ehe noch weitere Aspekte der Lebensform (z. B. Zusammenleben mit Kindern, qualitative Aspekte wie Ehezufriedenheit) können hier berücksichtigt werden. Eine Auswertung des Sozio-ökonomischen Panels zeigt, dass sich die protektiven Effekte der Ehe kumulieren: Je länger die Ehe andauert, desto größer ist der Schutz [57]. Mit Hilfe einer Analyse des Bundes-Gesundheitssurveys lassen sich einige weitere Aspekte beleuchten, wofür die folgenden vier Gruppen gebildet wurden (zur Verteilung vgl. Tabelle 5.2):

- ▶ allein lebend (ohne Partner/in, ohne Kinder) (»Single«)
- ▶ ohne Partner/in mit Kind/ern unter 18 Jahren lebend (»allein erziehend«)
- ▶ mit Partner/in zusammen lebend ohne Kinder unter 18 Jahren (»mit Partner/in ohne Kind«)
- ▶ mit Partner/in zusammen lebend mit Kind/ern unter 18 Jahren (»mit Partner/in und Kind«)

Tabelle 5.2
Lebensform nach Altersgruppen und Geschlecht

Anzahl und Anteil

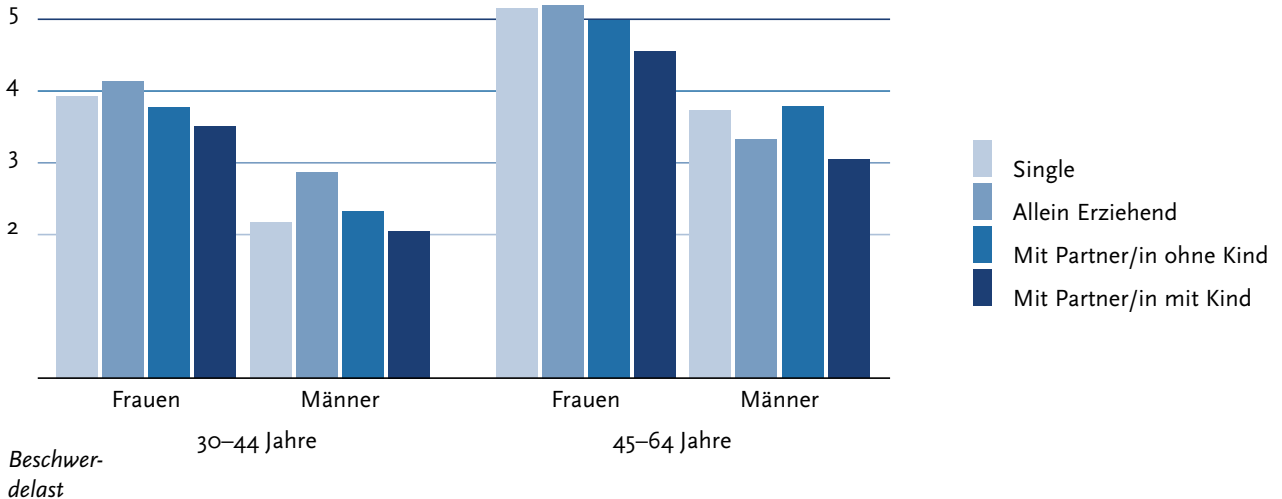
Quelle: BGSg8

Lebensform	30–44 Jahre		45–64 Jahre	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Single	85 (7,7%)	204 (19,2%)	236 (18,2%)	94 (7,6%)
allein erziehend	68 (6,1%)	11 (1,0%)	24 (1,9%)	10 (0,8%)
mit Partner/in ohne Kind	206 (18,6%)	183 (17,2%)	898 (69,3%)	893 (71,8%)
mit Partner/in und Kind	750 (67,6%)	664 (62,5%)	138 (10,6%)	246 (19,8%)
Signifikanzniveau	p<.001		p<.001	

Im Folgenden sollen einige Ergebnisse bezüglich Lebensform und Erwerbsstatus vorgestellt werden. In Bezug auf die Krankheitslast lässt sich festhalten, dass bei beiden Geschlechtern und in beiden Altersgruppen diejenigen, die mit Partner bzw. Partnerin und Kind leben, die geringsten Beschwerden berichten (vgl. Abbildung 5.2). Allein Erziehende tragen dem gegenüber eine höhere Beschwerdelast, ein Befund, der sich auch mit anderen Datenquellen bestätigen lässt [vgl. 58]. Allein erziehende Mütter sind eine heterogene Gruppe, die zwar zum hohen Teil Frauen in prekärer finanzieller Situation (insbesondere dann, wenn sie ledig oder geschieden sind), aber durchaus auch Frauen umfasst, die finanziell abgesichert sind und die von geringen gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen sind. Besonders auffällig ist die hohe Beschwerdelast der allein erziehenden jüngeren Männer, die zwar immer noch unter jener der Frauen liegt, aber innerhalb der Gruppe der jüngeren Männer heraus sticht. Hier lassen sich aufgrund der kleinen Fallzahl aber keine weitergehenden Analysen anschließen.

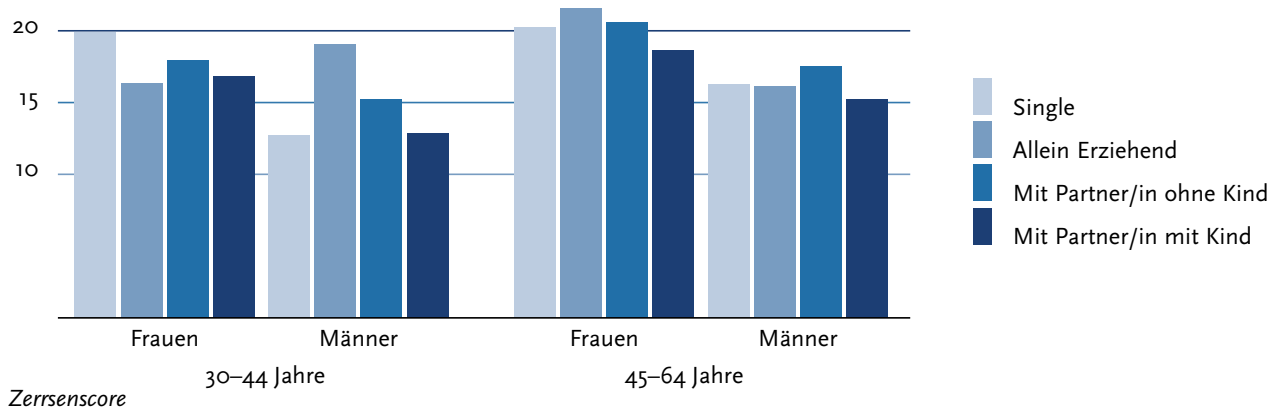
2 Die höheren Sterblichkeitsrisiken der nicht verheirateten Männer lassen sich auch darauf zurückführen, dass sowohl der Familienstand als auch der Gesundheitszustand von der sozialen Schicht beeinflusst werden können.

Abbildung 5.2
Beschwerdelast nach Lebensform und Geschlecht
 (Addierte Lebenszeitprävalenz von 42 Beschwerden)
 Angaben kontrolliert nach Schicht
 Quelle: BGS98



Ein ähnliches Muster zeigt sich beim Blick auf die mit der Zerrsenliste³ erfassten Befindlichkeitsbeeinträchtigungen (vgl. Abbildung 5.3).

Abbildung 5.3
Psychosomatische Belastung (Zerrsen score) nach Geschlecht und Lebensform,
 Angaben kontrolliert nach Schicht
 Quelle: BGS98



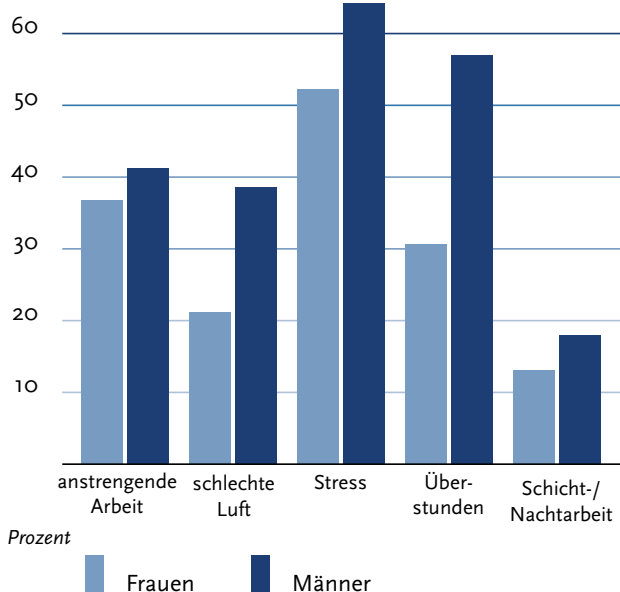
Die Analysen belegen, dass in den einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen diejenigen in traditioneller Lebensform, also mit Partnerin oder Partner und Kindern, über geringe psychosomatische Beschwerden klagen. In der jüngeren Altersgruppe erreichen die allein lebenden Frauen die

³ Bei der Analyse dieser Daten gilt es zu beachten, dass die Zerrsenliste einer auf das Geschlecht bezogenen methodischen Verzerrung unterliegt (vgl. Kapitel 4.2.3 und 8.2); ein Vergleich der Daten innerhalb der Gruppe der Frauen kann durchaus sinnvoll sein, während ein Vergleich zwischen den Geschlechtern bzw. innerhalb der Gruppe der Männer kritisch zu beurteilen ist.

höchsten Werte auf der Skala; bei den Männern machen die allein Erziehenden die am stärksten belastete Gruppe aus, während die jüngeren allein Erziehenden Frauen diejenigen mit den niedrigsten Scores sind. In der älteren Gruppe sind es die allein Erziehenden Frauen, die hohe Werte auf der Skala aufweisen, also stark unter psychosomatischen Beschwerden leiden, während bei den Männern diejenigen besonders belastet sind, die mit Partner/Partnerin zusammen leben, aber keine Kinder im Haushalt betreuen.

Generell lässt sich festhalten, dass die Ergebnisse für die verschiedenen Subgruppen wenig konsistent sind. Die gefundenen Muster in der Variation der Morbiditäts- und Mortalitätsdaten mit der Lebensform weisen aber darauf hin, dass es offenbar Bevölkerungsgruppen mit besonderen gesundheitlichen Problemlagen gibt, ohne dass die dahinter stehenden qualitativen Unterschiede hier im Detail untersucht werden können. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die häufig berichtete starke gesundheitliche Belastung allein Erziehender Mütter relativiert, wenn die soziale Schicht berücksichtigt wird. Die finanzielle Lage allein Erziehender Mütter ist von zentraler Bedeutung

Abbildung 5.4
Arbeitsbedingungen nach Geschlecht*, Altersgruppe
30 bis 64 Jahre
Quelle: BGS98



* Sämtliche Geschlechtsunterschiede sind mit $p < .001$ signifikant

dafür, wie sich diese Lebensform auf die gesundheitliche Lage auswirkt [vgl. 58]. Die Ergebnisse zeigen darüber hinaus, dass auch allein Erziehende Väter gesundheitlich belastet sind; die Zahl der Männer, die ohne eine Partnerin ein oder mehrere Kinder aufziehen, ist allerdings zu klein, um diese Ergebnisse verallgemeinern zu können.

5.2 Erwerbsstatus

Der Erwerbsstatus hat ebenfalls einen gravierenden Einfluss auf Gesundheit und Krankheit, wie die umfassende Forschungsliteratur zum Themenbereich Arbeit und Gesundheit belegt [15, 59]. Für das mittlere Lebensalter ist zu berücksichtigen, dass mehr Männer als Frauen erwerbstätig sind und dass in der Gruppe der Erwerbstätigen der Anteil Teilzeitarbeitender bei den Frauen wesentlich höher ist – insbesondere, wenn kleine Kinder zu versorgen sind (vgl. Kapitel 3). Schwierig wird eine geschlechtervergleichende Analyse des Zusammenhangs zwischen Erwerbsarbeit und Gesundheit auch, weil die Berufsbiografien von Frauen im Vergleich zu Männern diskontinuierlicher verlaufen. Zudem unterscheiden sich die Arbeitsbedingungen von Frauen und Männern erheblich, selbst innerhalb der einzelnen Erwerbskategorien (Vollzeit- bzw. Teilzeitbeschäftigung). So zeigt die Analyse der Arbeitsplatzbedingungen der erwerbstätigen 30- bis 65-Jährigen im Bundesgesundheitsurvey, dass Männer häufiger als Frauen an Arbeitsplätzen arbeiten, die von anstrengender Arbeit, schlechter Luft und Stress gekennzeichnet sind, Männer machen häufiger Überstunden und arbeiten häufiger in Schicht- und/oder Nachtarbeit (vgl. Abbildung 5.4).

Auch innerhalb einzelner Berufe unterscheiden sich Frauen und Männer hinsichtlich der erlebten Belastung: So klagen Männer z. B. als Köche, Verkäufer, Krankenpfleger oder Ärzte häufiger als Frauen in den gleichen Berufen unter Termin- und Leistungsdruck, während Frauen häufiger darunter leiden, dass sie immer denselben Arbeitsgang erledigen müssen [60].

Ein weiteres Problem in der Analyse ergibt sich daraus, dass sich für Frauen stärker als für Männer die Frage nach der Vereinbarkeit von Erwerbs- und Familienarbeit stellt, weil sie nach wie vor die Hauptlast der Familienarbeit tragen.

Die jüngste Zeitbudgeterhebung des Statistischen Bundesamtes [61] zeigt, dass Frauen mehr Zeit in Haus- und Familienarbeit investieren, und dies unabhängig davon, ob sie erwerbstätig sind oder nicht. So verbringen erwerbstätige Männer 1:09 Stunden und erwerbstätige Frauen 2:43 Stunden für die Betreuung von Kindern unter sechs Jahren sowie 3:56 Stunden (Frauen) und 1:59 Stunden (Männer) pro Tag für die Haushaltsführung. Diese Verteilung deckt sich nicht mit der gewünschten Zeitverwendung: So sind 35 % der Männer und 20 % der Frauen mit Kind der Auffassung, ihr Anteil an der Hausarbeit sei zu gering; 44 % der Männer und 24 % der Frauen mit Kind möchten weniger Zeit in die Erwerbsarbeit investieren.

Diese Einschränkungen bezüglich der Aussagekraft des Erwerbsstatus voraus geschickt, werden im Folgenden einige Ergebnisse der Auswertung des Bundes-Gesundheitssurveys vorgestellt; die dort vorgegebenen Kategorien wurden wie folgt zusammengefasst (vgl. Tabelle 5.3):

- ▶ voll berufstätig: wöchentliche Arbeitszeit 35 Stunden und mehr
- ▶ Teilzeit- oder stundenweise berufstätig: wöchentliche Arbeitszeit unter 35 Stunden
- ▶ nicht erwerbstätig.⁴

Die Gruppe der nicht Erwerbstätigen ist damit sehr heterogen, denn sie umfasst neben Hausfrauen auch Arbeitslose und Personen, die frühberentet sind (zu den Selbstklassifikationen siehe Kap. 3).

Die Analysen zur Krankheitslast zeigen, dass in der jüngeren Altersgruppe kein Zusammenhang mit dem Erwerbsstatus besteht, in der zweiten Hälfte der mittleren Lebensjahre aber zu beobachten ist, dass die nicht Erwerbstätigen beiderlei Geschlechts unter einem höheren Krankheitsausmaß leiden und Vollzeiterwerbstätige das niedrigste Krankheitsrisiko tragen (vgl. Abbildung 5.5). Die Frage, ob das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben durch Arbeitslosigkeit oder vorzeitige Rente zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands beiträgt oder aber ein schlechter Gesundheitszustand ursächlich für den Verlust des Arbeitsplatzes bzw. der Grund für einen vorzeitigen Ruhestand sind, muss an dieser Stelle offen bleiben [vgl. 20]. Analysen zum Einfluss der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit haben immer wieder gezeigt, dass der Verlust eines Arbeitsplatzes bei Männern stärker gesundheitlich beeinträchtigend wirkt als bei Frauen [2, 62]. Zur Erklärung wird für westdeutsche Erwerbsbiografien häufig die These heran gezogen, dass Frauen sich auf die Alternativrolle der Hausfrau und ggfs. Mutter zurückziehen können. Diese These ist aber bislang noch nicht empirisch geprüft worden und verweist auf einen der zentralen blinden Flecken der arbeits- und gesundheitswissenschaftlichen Forschung [6].

Ein Zusammenhang zwischen psychosomatischer Belastung und Erwerbsstatus lässt sich nicht aufzeigen – der Geschlechtseffekt ist in beiden Altersgruppen wesentlich ausgeprägter als eine Variation mit dem Erwerbsstatus (vgl. Abbildung

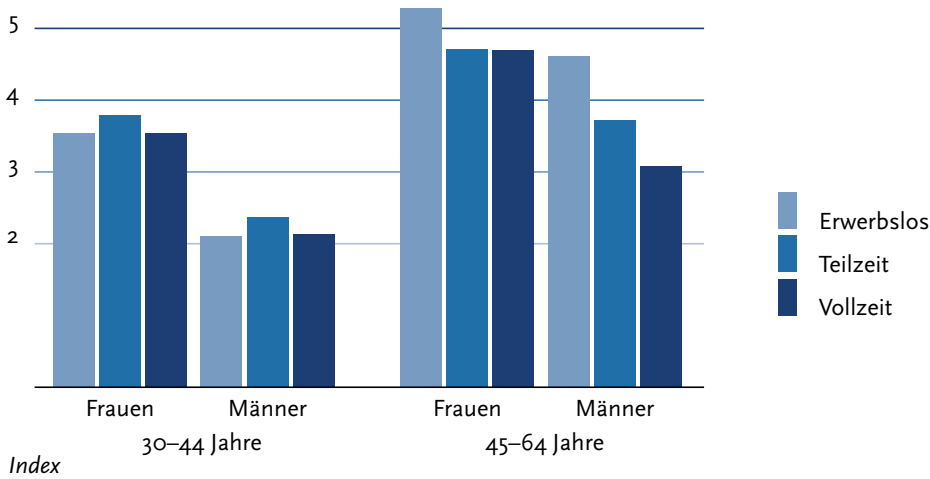
Tabelle 5.3
Erwerbsstatus nach Altersgruppe und Geschlecht

Anzahl und Anteil
Quelle: BGS98

Erwerbsstatus	30–44 Jahre		45–64 Jahre	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Vollzeit	412 (64,4%)	950 (89,5%)	357 (27,5%)	783 (63,1%)
Teilzeit	373 (18,9%)	26 (2,4%)	302 (23,3%)	43 (3,5%)
Nicht erwerbstätig	267 (16,7%)	86 (8,1%)	638 (49,2%)	414 (33,4%)
Signifikanzniveau	p<.001		p<.001	

⁴ Nicht berücksichtigt wurden Personen, die sich in Ausbildung befanden oder vorübergehend freigestellt waren.

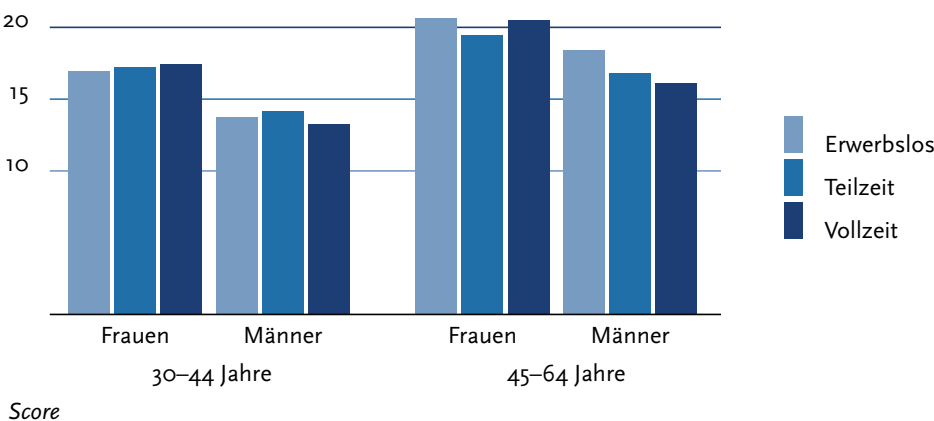
Abbildung 5.5
Krankheitslast nach Erwerbsstatus, Altersgruppe und Geschlecht
 Angaben kontrolliert nach Schicht, addierter Beschwerdeindex
 Quelle: BGS98



5.6). Ebenso wie für die Lebensform muss daher auch für den Erwerbsstatus festgestellt werden, dass die Ergebnisse nicht konsistent sind und mit verschiedenen Gesundheitsindikatoren variieren.⁵ Gleichwohl kann davon ausgegangen werden, dass Erwerbslosigkeit bzw. bestimmte Arbeitsbedingungen zentrale Risikofaktoren für die Gesund-

heit von Frauen und Männern sein können und einer eingehenden, geschlechtersensiblen Analyse bedürfen. Diese muss nicht nur den jeweiligen Arbeitsbedingungen und Arbeitsumfängen von Frauen und Männern Rechnung tragen, sondern auch die Vereinbarkeit von Erwerbs- und Familienarbeit berücksichtigen [6].

Abbildung 5.6
Psychosomatische Belastung (Zerrscore) nach Geschlecht, Erwerbsstatus und Altersgruppe
 Angaben kontrolliert nach Schicht
 Quelle: BGS98



5 siehe auch Fußnote auf Seite 34

5.3 Gesundheitsrelevantes Verhalten

Ein Teil des geschlechtsspezifischen Morbiditäts- und Mortalitätsprofils lässt sich auf das stärkere Ausmaß gesundheitsriskanten Verhaltens von Männern zurückführen. Gesundheitsriskantes Verhalten ist Teil des Männlichkeitsstereotyps, und die empirischen Daten belegen die anhaltende Gültigkeit des Stereotyps: Mehr Männer als Frauen rauchen (hier nähern sich die Prävalenzraten allerdings an), sie ernähren sich ungesünder und nehmen

seltener Früherkennungsuntersuchungen und Präventionsangebote in Anspruch. Lediglich im Bereich körperlicher Aktivität verhalten sich Männer gesundheitsförderlicher als Frauen. Männer konsumieren zudem mehr und regelmäßiger Alkohol. Auffällig ist hier bei beiden Geschlechtern, dass Personen höherer sozialer Schichten – entgegen landläufiger Vorurteile – häufiger riskante Konsummuster zeigen als Personen unterer sozialer Schichten.

5.3.1 Tabakkonsum

Das Rauchverhalten ist ein wesentlicher Risikofaktor für die vorzeitige Sterblichkeit und für eine Reihe von sehr ernsthaften Krankheitsbildern, insbesondere Lungenkrebs und kardiovaskuläre Krankheiten. Das Risiko als Raucher bzw. Raucherin gegenüber einem Nichtraucher bzw. einer Nichtraucherin zu versterben, ist insbesondere für die Krebssterblichkeit hoch und liegt für den Lungenkrebs bei einer 22-fachen Risikoerhöhung für Männer und einer 12-fachen für Frauen [5].⁶ Bemerkenswert ist zudem, dass die Sterblichkeitsentwicklung in vielen Industrienationen bei bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane bei Frauen ansteigt und bei den Männern eher rückläufig ist; dies wird auf eine Zunahme der Raucherinnen- und eine Abnahme der Raucherprävalenz zurückgeführt [63, 64]. In Deutschland stieg bei Frauen die altersstandardisierte Sterberate an Lungenkrebs von 11,5/100.000 (1990) auf 15,7/100.000 (2000), bei Männern ging sie dagegen von 71,9/100.000 (1990) auf 62,6/100.000 (2000) zurück (Dachdokumentation Krebs, RKI).

Nach Daten des Mikrozensus 2003 rauchen in Deutschland 22 % der Frauen und 33 % der Männer im Alter von 15 und mehr Jahren. Zusätzlich zur Rauchprävalenz ist die Konsummenge an Zigaretten ein weiterer Indikator für die gesundheitliche Belastung. Dabei zeigt sich, dass Männer mehr Zigaretten konsumieren als Frauen: 20 % der Männer und 11 % der Frauen sind nach den Daten des Mikrozensus starke Raucher/innen, d. h. konsumieren über 20 Zigaretten pro Tag ([65]; siehe auch [66] für die Altersgruppe 18 bis 59

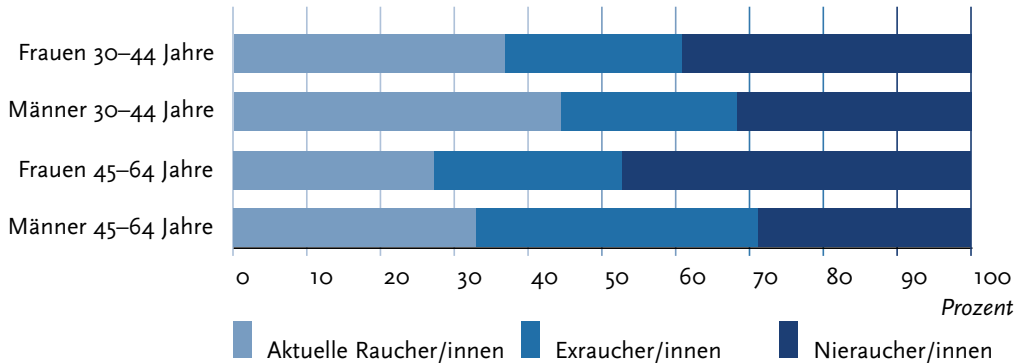
Jahre). Nach aktuellen Daten des Telefonischen Gesundheitssurveys 2003 des Robert Koch-Instituts, der repräsentativ für die über 18-jährige Bevölkerung ist, rauchen 28,0 % der Frauen und 37,3 % der Männer regelmäßig oder gelegentlich. Der Anteil der starken Raucherinnen beträgt in dieser Untersuchung 31,2 %, der der starken Raucher 47 % [67]. Auch die TACOS-Studie (Transitions in Alcohol Consumption and Smoking) bestätigt diese Geschlechtsunterschiede: Für den Raum Lübeck konnte in einer repräsentativen epidemiologischen Studie mittels eines standardisierten diagnostischen Interviews bei 24,2 % der Männer und 17,7 % der Frauen eine Tabakabhängigkeit diagnostiziert werden [68].

Neben dem Geschlecht beeinflussen soziodemographische Variablen wie Familienstand, Einkommen und Bildung das Rauchverhalten: Unabhängig vom Geschlecht sind bei Geschiedenen mit geringem Einkommen und niedriger Bildung verglichen mit Verheirateten mit hohem Einkommen und hoher Bildung bis zu dreifach niedrigere Exraucher- und Exraucherinnenraten zu verzeichnen [69].

Für das Alterssegment des mittleren Lebensalters lassen sich ebenfalls deutliche Geschlechterunterschiede aufzeigen, wobei die höhere Diskrepanz zwischen den Geschlechtern mit dem steigenden Alter auffällt: So ist in der Gruppe der 45- bis 64-Jährigen der Anteil der Nie-Raucher/innen bei den Frauen im Vergleich zu

⁶ Hinzu kommt die gesundheitliche Gefährdung durch das Passivrauchen. Es kann davon ausgegangen werden, dass in Deutschland 300 bis 400 Menschen deshalb an Lungenkrebs versterben [5].

Abbildung 5.7
Rauchverhalten von Frauen und Männern (Nie-, Ex- und aktuelle Raucher/innen), Altersgruppe 30 bis 45 und 45 bis 64 Jahre
 Quelle: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003, [67]



den Männern deutlich höher, während der Geschlechtsunterschied in der jüngeren Altersgruppe geringer ausfällt – die Unterschiede sind zwar noch vorhanden, aber es deutet sich eine zunehmende Konvergenz des Rauchverhaltens in der jüngeren Generation an (vgl. Abbildung 5.7).

Als Beleg für die zunehmende Konvergenz kann auch die Veränderung des durchschnittlichen Rauch-Einstiegsalters nach Geschlecht und Geburtskohorte angesehen werden. Während Frauen, die vor 1930 geboren sind, im Durchschnitt erst im Alter von 22 Jahren mit dem Zigarettenrauchen begonnen haben, lag das Einstiegsalter bei den 1970 bis 1985 geborenen Frauen unter 16 Jahren. Bei Männern fällt der kohorten-

spezifische Rückgang des Einstiegsalters geringer aus: von 17,3 Jahren bei den vor 1930 Geborenen auf 15,9 bei den jüngsten Jahrgängen (vgl. Abbildung 5.8). Nach der Drogenaffinitätsstudie der BZgA beträgt das durchschnittliche Alter bei Beginn des täglichen Rauchens bei Frauen 15,6 und bei Männern 15,7 Jahre [70].

Schließlich ermöglicht der Vergleich des Telefonischen Gesundheitssurveys mit vorangegangenen Surveys die Darstellung der Veränderung der Raucheranteile in den letzten 20 Jahren. Auch hieran wird deutlich, dass der Anteil der Raucher einen rückläufigen Trend aufweist, während der Anteil der Raucherinnen über die Zeit zugenommen hat (vgl. Abbildung 5.9).

Abbildung 5.8
Durchschnittliches Rauch-Einstiegsalter nach Geschlecht und Geburtsjahr
 Quelle: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003, [67]

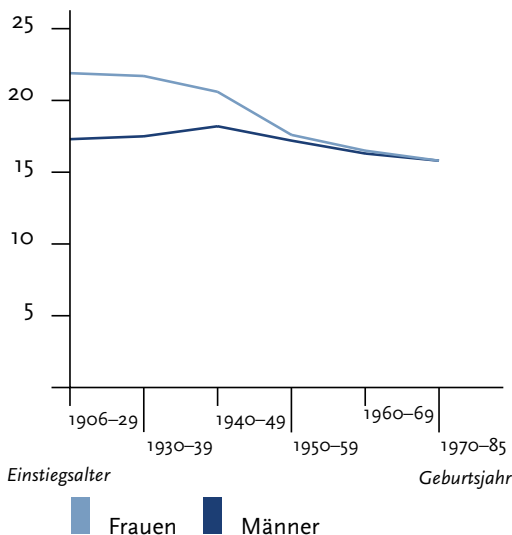
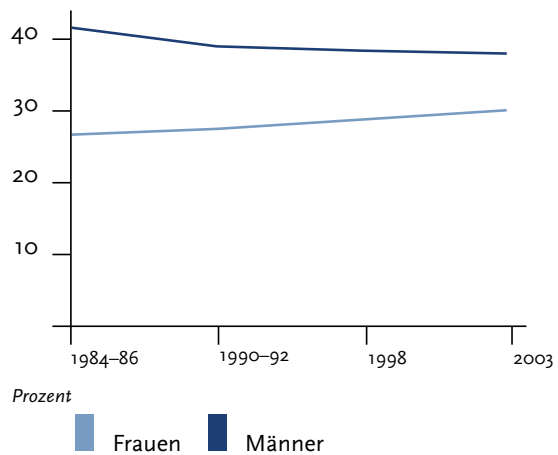


Abbildung 5.9
Entwicklung des Tabakkonsums in der 25- bis 69-jährigen Bevölkerung Deutschlands 1984 bis 2003* nach Geschlecht (nur tägliche Zigarettenraucher)
 Quelle: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003, [67]



* 1984 bis 1986 nur alte Bundesländer; Vergleich nur möglich in der Altersgruppe 25 bis 69 Jahre

Die Zunahme des Anteils der Raucherinnen verdient somit verstärkt Aufmerksamkeit. Gerade die Initiierung und Habitualisierung des Rauchverhaltens ist mit personalen und umweltbedingten Variablen verwoben: Das Erproben und Herausbilden des Selbstkonzeptes ist an bestimmte psychosoziale Entwicklungen geknüpft, wie das Herausbilden von Unabhängigkeitsgefühlen, Entwicklung der Selbstidentität und einer symbolischen Annäherung an den Erwachsenenstatus; dies spielt insbesondere bei adoleszenten rauchenden Mädchen eine zunehmende Rolle [71], was sich dann bei der Betrachtung des Rauchverhaltens in den mittleren Lebensjahren widerspiegelt. Ein weiterer Aspekt, der für eine Zunahme der Rauchprävalenz bei jüngeren Frauen spricht, ist der Zusammenhang, den Frauen bezüglich Rauchen und dem Korrigieren bzw. Einhalten des eigenen Körpergewichtes sehen, was sich bei männlichen Rauchern nicht so darstellt [71]. Eine weitere Erklärung für die Zunahme der Raucherinnen der jüngeren im Vergleich zur älteren Generation kann auch in der Werbung für Zigaretten liegen: In den späten 1960er- und frühen 1970er Jahren hat sich die Tabakwerbung auf junge Frauen konzentriert und dabei auf Attribute wie Attraktivität, Sexualität, Unabhängigkeit und Geselligkeit in der Verkörperung von jungen, schlanken Frauen gesetzt. Ein Zusammenhang dieser Werbestrategie der Tabakkonzerne mit dem Anstieg der Rauchprävalenz konnte für junge Frauen – im Gegensatz zu jungen Männer – belegt werden [71, 72]. Insgesamt muss hier konstatiert werden, dass sich das gesellschaftliche Frauenbild bezüglich Rauchen gewandelt hat und nicht mehr als stark männlich konnotierte Verhaltensweise angesehen wird [2].

Neben den Unterschieden in der Verbreitung und Konsummengen des Rauchens zeigen Frauen und Männer noch weitere differierende Ausprägungen im Rauchverhalten. Während 97,4 % der 18- bis 59-jährigen Frauen Filterzigaretten rauchen, sind es in der Gruppe der Männer nur 85,8 %; 7,9 % der Männer rauchen filterlose Zigaretten, 3,4 % rauchen Zigarren oder Zigarillos und 2,8 % rauchen Pfeife, Tabakwaren, die von Frauen nur selten konsumiert werden [66].

Frauen rauchen offenbar häufiger als Männer, um Stresssituationen abzumildern [73, 64], wodurch ihnen möglicherweise das Aufhören erschwert wird. Darüber hinaus steigen Frauen

eher auf »leichte« Zigaretten um – zur Kompensation des schwächeren Tabakgeschmacks wird beim Rauchen solcher Zigaretten tiefer inhaliert, was das Risiko eines Adenokarzinoms steigert [64]. Von dieser Art des kleinzelligen und prognostisch besonders ungünstig verlaufenden Lungenkarzinoms sind Frauen eher betroffen als Männer. Zur Erklärung müssen sowohl biologische als auch verhaltensbedingte Faktoren herangezogen werden: Zum einen gibt es biologische Gründe, aufgrund derer das Lungengewebe von Frauen auf Tabakrauch empfindlicher reagiert als das der Männer und zum anderen müssen die benannten Unterschiede im Rauchverhalten berücksichtigt werden [64].

Das Rauchverhalten von Frauen und Männern unterscheidet sich auch nach ihrem sozialen Status. Bei Männern ist die Zahl der Raucher in den unteren sozialen Schichten größer als in den oberen, wobei dieser Zusammenhang in den höheren Altersgruppen nicht mehr so deutlich ist; bei Frauen ist im höheren Alter ein Zusammenhang mit der sozialen Lage nicht erkennbar⁷, während bei jüngeren Frauen diejenigen aus unteren sozialen Schichten deutlich mehr rauchen als Frauen aus oberen sozialen Schichten [2]. Nimmt man die Schulbildung⁸ als einen Faktor der sozialen Schicht, so zeigt sich in allen Altersgruppen zwischen 18 und 65 Jahren sowohl für Männer als auch für Frauen eine deutlich abnehmende Prävalenz für Rauchen mit zunehmender Schulbildung [74]. Vergleicht man innerhalb von Berufsgruppen⁹ höher und niedrig Qualifizierte, so wird auch hier deutlich, dass mit zunehmendem beruflichem Status der Anteil der Raucher/innen abnimmt – dies zeigt sich vor allem bei Männern zwischen 18 und 49 Jahren und bei den 18- bis 34-jährigen Frauen [71]. Wird das Ein-

7 Tendenziell rauchen unter den älteren Frauen sogar eher diejenigen aus den oberen sozialen Schichten [2].

8 Verglichen wurden folgende Schulabschlüsse in der Reihenfolge: Hauptschule, Realschule, Fachhochschulreife und Hochschulreife; die Datenbasis bildet eine Befragung aus dem Jahr 1995 [75].

9 Bei den betrachteten Berufsgruppen handelt es sich um kaufmännische bzw. Verwaltungsberufe, sowie um manuelle Berufe, innerhalb derer jeweils höher und niedrig Qualifizierte bezüglich der Anteile an Raucher/innen analysiert wurden; die Datenbasis bildet eine Befragung aus dem Jahr 1995 [75].

kommen¹⁰ als Einzelkriterium für soziale Schicht in den Blick genommen, ergibt sich auch hier, dass die Rauchprävalenz von den niedrigen zu den höheren Einkommensgruppen kontinuierlich abnimmt; eine Ausnahme bildet die Altersgruppe der 55- bis 69-jährigen Frauen, bei denen der Anteil der Raucherinnen zwar ebenfalls in den unteren Einkommensgruppen am höchsten ist, aber zu den oberen Einkommensgruppen hin nicht weiter abfällt, sondern im Gegenteil noch leicht ansteigt [71]. Soziale Schicht spielt demnach eine bedeutende Rolle für das Rauchverhalten beider Geschlechter, wobei dies für Frauen und Männer differenziert zu betrachten gilt.

5.3.2 Alkoholkonsum

Der Genuss von Alkohol ist ein fester Bestandteil des gesellschaftlichen Lebens in westlichen Industrienationen. Alkoholhaltigen Getränken wird, wenn sie in Maßen genossen werden, eine gesundheitsförderliche Wirkung zugesprochen, allerdings kann ein überhöhter Konsum gesundheitsgefährdend sein und birgt ein Suchtpotenzial. Pauschale Grenzwerte für einen tolerablen, nicht gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum, die für die Gesamtbevölkerung gelten könnten, sind wenig sinnvoll, da z. B. Alter und Geschlecht den Netto-Effekt moderaten Alkoholkonsums entscheidend beeinflussen. Daher muss eine geschlechts- und altersspezifische Bestimmung von Grenzwerten für Alkoholzufuhrmengen vorgenommen werden, in deren Bereich der präventive Charakter des Alkohols weitgehend genutzt werden kann und ein gesundheitlicher Schaden möglichst unwahrscheinlich ist. Burger et al. [77] empfehlen auf der Grundlage einer Metaanalyse von Studien zum Alkoholkonsum und diversen Krankheiten als einen tolerablen oberen Alkoholzufuhrwert für erwachsene Frauen 10 bis 12 g Alkohol pro Tag, für erwachsene Männer 20 bis 24 g Alkohol pro Tag. Ein durchschnittlicher täglicher Alkoholkonsum über diese Grenzwerte hinaus ist mit einem erhöhten Risiko für alkoholassoziierte Erkrankungen verbunden. Die von Burger et al. zugrunde gelegten Schwellenwerte sind vor dem Hintergrund der WHO-Empfehlungen sowie den Ergebnissen der Arbeitsgruppe des BMGS [78] zu sehen. Eine geschlechtsspezifische Definition von

Schwellenwerten erfolgt im internationalen Vergleich nicht konsistent und spiegelt – zumindest teilweise – kulturelle Konsummuster wider [79].

Deutschland zählt zusammen mit Luxemburg, Portugal, Frankreich, Irland, Tschechien und Spanien zu den Hochkonsumländern. Der Jahres-Pro-Kopf-Verbrauch lag 2002 bei 10,4 Litern reinem Alkohol pro Kopf in der Bevölkerung¹¹ (OECD Health Data 2004). Frauen und Männer im mittleren Lebensalter zählen zu der Bevölkerungsgruppe, die besonders viel konsumiert [80].

Gemäß den Selbstangaben der im Bundes-Gesundheitssurvey befragten Personen unterscheiden sich Frauen und Männer im mittleren Lebensalter in ihrem Trinkverhalten¹² (vgl. Abbildung 5.10): So haben mehr Frauen (26,8 %) als Männer (11,8 %) in den letzten zwölf Monaten keinen Alkohol getrunken. Bezogen auf riskanten Alkoholkonsum, d. h. über dem tolerierbaren täglichen Zufuhrwert liegenden Konsum, zeigt sich, dass der Anteil der Männer höher liegt. Knapp ein Drittel (30,2 %) der befragten Männer nimmt eine durchschnittliche Alkoholmenge von über 20 g pro Tag zu sich, von den Frauen sind es hingegen nur 15,6 %, die mit ihrem Alkoholkonsum über dem für Frauen definierten Grenzwert von mehr als 10 g pro Tag liegen. Dieses geschlechterspezifische Konsumverhalten ist sowohl in der Altersgruppe der 30-bis 44-Jährigen als auch bei den 45-bis 64-Jährigen zu beobachten und bestätigt bereits vorliegende Befunde [81]. Mit zunehmenden Alter verändert sich das Trinkverhalten bei beiden Geschlechtern in das eine oder andere Extrem: So steigt in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen sowohl die Anzahl der abstinent lebenden Per-

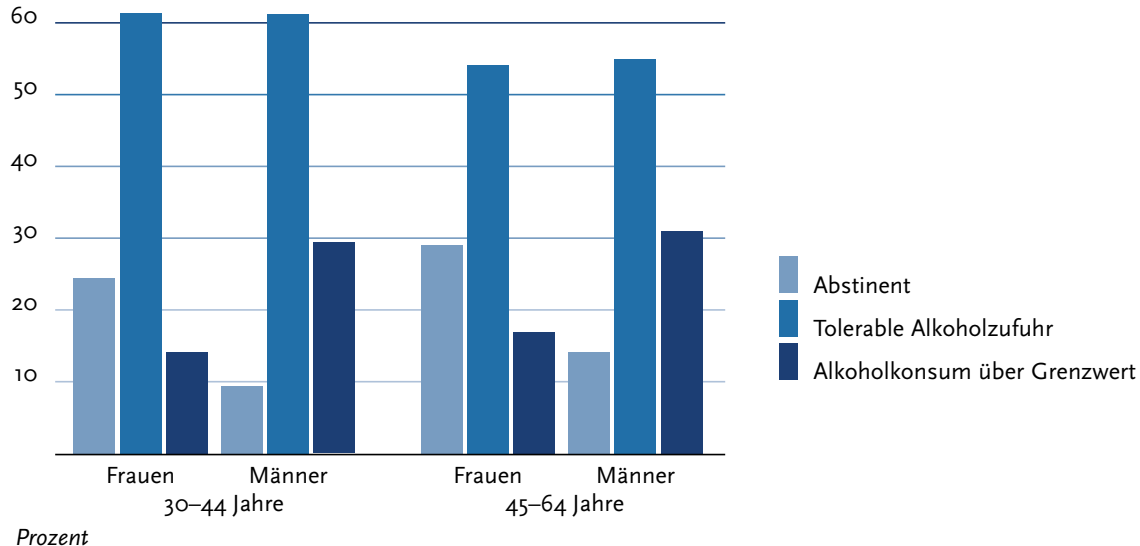
¹⁰ Dabei handelt es sich um das Haushalts-Nettoeinkommen, nach Anzahl und Alter der Haushaltsmitglieder gewichtet; die Datenbasis bildet eine Befragung, die 1990/92 durchgeführt wurde [76].

¹¹ Bevölkerung ab 15 Jahren.

¹² Die Gruppenbildung zum Alkoholkonsumverhalten erfolgte folgendermaßen: »abstinent« = Personen, die in den letzten 12 Monaten keinen Alkohol konsumiert haben, »tolerabel« = Frauen maximal 10 g Alkohol/Tag, Männer maximal 20 g Alkohol/Tag, »über dem geschlechtsspezifischen Grenzwert« = Frauen über 10 g, Männer über 20 g Alkohol/Tag. Die nachfolgenden Auswertungen basieren auf den Daten des allgemeinen Teils des BGS98 und liegen im Schnitt unter den Angaben zum Alkoholkonsum, die auf der Grundlage des Ernährungssurvey DISHES 98 berechnet wurden [80].

Abbildung 5.10
Alkoholkonsum von Frauen und Männern (abstinent, tolerabel, über dem geschlechtsspezifischen Grenzwert)

Quelle: BGS98



sonen als auch der Anteil derer, die über den tolerierbaren Grenzwert trinken. Der generelle Mehrkonsum von Männern im Vergleich zu Frauen im mittleren Lebensalter kann als Ausdruck der männlichen Rollenerwartungen und Männlichkeitsstereotypen interpretiert werden, die sich im riskanteren Umgang mit dem eigenen Körper und der eigenen Gesundheit widerspiegeln [82, 83, 84].

Frauen und Männer unterscheiden sich zudem in den präferierten Alkoholsorten (vgl. Tabelle 5.4). So ist der Anteil der Männer, die täglich oder mindestens einmal pro Woche Bier konsumieren, in beiden Altersgruppen signifikant höher, wie auch ihr Anteil bei den Konsumenten hochprozentiger Spirituosen signifikant höher ist. Auch beim Wein- und Sektkonsum liegen die Konsumraten der Männer signifikant höher, verglichen mit den beiden anderen Alkoholsorten fallen die Geschlechtsunterschiede aber geringer aus [siehe hierzu auch 66].

Darüber hinaus zeigt sich, dass sich das Alkoholkonsumverhalten sowohl bei den 45- bis 64-jährigen Männern als auch bei den gleichaltrigen Frauen differenziert nach dem Erwerbsstatus signifikant unterscheidet (vgl. Abbildung 5.11). Verteilt sich die Gruppe der Männer, die über den tolerierbaren Grenzwert trinken, in der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen noch fast gleich über die verschiedenen Erwerbsgruppen, so zeigen sich in

der höheren Altersgruppe Unterschiede im Trinkverhalten nach Erwerbsstatus: Der gesundheitsgefährdende Konsum von Alkohol ist in der zweiten Hälfte der mittleren Lebensjahre bei erwerbstätigen Männern deutlich höher als bei den gleichaltrigen nicht Erwerbstätigen. Ein ähnliches, wenn auch weniger ausgeprägtes Bild zeigt sich bei den 45- bis 64-jährigen Frauen. Ob tatsächlich mehr erwerbstätige Männer und Frauen übermäßig Alkohol trinken, kann mit den Daten des Bundes-Gesundheitssurveys nicht ausreichend beantwortet werden. Bei den Angaben handelt es sich um Selbstausskünfte, die einem Berichtsbias unterliegen können: So könnten gerade Männer und Frauen, die im Erwerbssystem eingebunden sind, eher bereit sein, ihren Alkoholkonsum zu kommunizieren als Erwerbslose, da das Trinken von Alkohol bis zu einem gewissen Grade gesellschaftlich legitimiert ist – Erwerbslosigkeit und gleichzeitiger Alkoholkonsum sind hingegen stigmatisiert und werden deswegen möglicherweise von erwerbslosen Frauen und Männern eher verschwiegen.

Die Unterschiede bei Männern und Frauen im Alkoholkonsumverhalten, differenziert nach deren sozioökonomischen Status¹³ [80], bestätigen sich auch für das mittlere Lebensalter (vgl. Abbil-

13 Schichtindex nach Winkler & Stolzenberg [21], vgl. Kapitel 3, Fußnote 2.

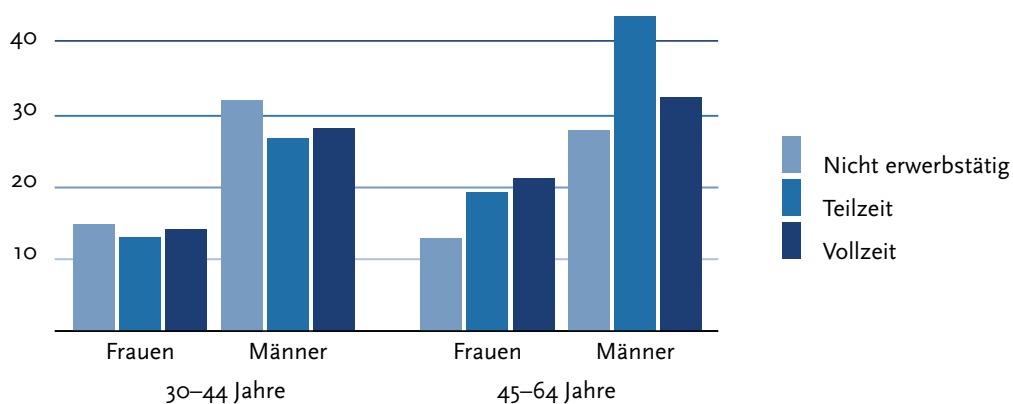
Tabelle 5.4
Konsum unterschiedlicher Alkoholsorten nach Alter und Geschlecht

Quelle: BGS98

Alkoholkonsum	30–44 Jahre		45–65 Jahre	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Bier				
täglich	1,3 %	12,4 %	2,3 %	16,8 %
mind. 1x pro Woche	16,9 %	53,5 %	15,7 %	43,6 %
seltener	28,8 %	21,4 %	25,1 %	20,3 %
(fast) nie	52,9 %	12,7 %	56,9 %	19,4 %
Signifikanzniveau	p<.001		p<.001	
Wein, Sekt, Obstwein				
täglich	2,1 %	2,7 %	3,3 %	3,9 %
mind. 1x pro Woche	26,9 %	25,3 %	26,1 %	29,9 %
seltener	47,5 %	41,5 %	43,0 %	35,5 %
(fast) nie	23,5 %	30,5 %	27,6 %	30,7 %
Signifikanzniveau	p=.001		p<.01	
Hochprozentiges				
täglich	0,1 %	0,3 %	0,3 %	1,0 %
mind. 1x pro Woche	3,4 %	11,5 %	5,1 %	15,2 %
seltener	28,6 %	39,7 %	26,4 %	31,9 %
(fast) nie	67,9 %	48,6 %	68,3 %	51,9 %
Signifikanzniveau	p<.001		p<.001	

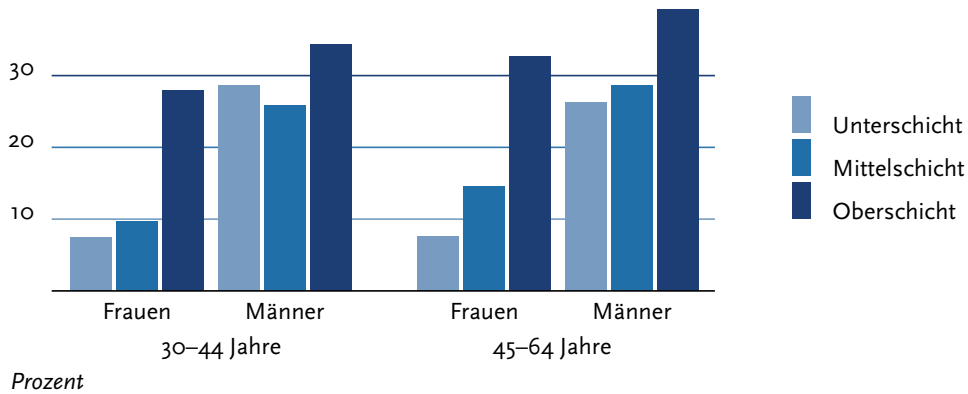
Abbildung 5.11
Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum bei Frauen und Männern (über dem geschlechtsspezifischen Grenzwert) nach Erwerbsstatus

Quelle: BGS98



Prozent

Abbildung 5.12
Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum nach Geschlecht (über dem geschlechtsspezifischen Grenzwert) und sozioökonomischem Status
 (Unter-, Mittel-, Oberschicht)
 Quelle: BGS98



dung 5.12): Es konsumieren vor allem Frauen mit höherem sozioökonomischen Status Alkoholmengen, die über dem tolerablen Grenzwert von 10g pro Tag liegen. In der mittleren und unteren sozioökonomischen Statusgruppe trinken die Frauen deutlich weniger. Bei den männlichen Konsumenten mit erhöhtem Risiko scheint hingegen die Einflussnahme des sozioökonomischen Status nicht so gravierend zu sein.

Neben diesen Daten zur Konsumhäufigkeit und den Konsummustern finden sich auch Geschlechtsunterschiede in Bezug auf Trinkanlässe und Einstellungen zum Alkoholkonsum. So zeigt die Repräsentativerhebung zum Konsum psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000 [66], die sich auf die Altersgruppe 18 bis 59 Jahre bezieht, dass die häufigsten Trinkanlässe bei Festen¹⁴ (57,3 % der Männer, 38,9 % der Frauen), auswärts mit Freunden oder Familie (34,8 % der Männer, 19,9 % der Frauen) sowie am Abend zuhause mit Freunden oder Familie (26,9 % der Männer, 14,9 % der Frauen) bestehen. Gesellige Aspekte überwiegen also für den Konsum von Alkohol. Dementsprechend können sich etwa 2,3-mal so viele männliche wie weibliche Alkoholkonsumierende eine Feier ohne Alkohol nicht vorstellen (30,9 % gegenüber 13,3 %), und mehr Männer als Frauen sind der Ansicht, eine »trockene« Runde sei fad und ungemütlich (18,9 % gegenüber 6,9 %). Auffällig sind auch die Unterschiede in der Risikobereitschaft in Bezug auf das Fahren eines Autos: 12,5 % der Männer, aber nur 5,0 % der Frauen geben an, in den vergangenen zwölf Monaten

trotz zu hohem Alkoholkonsum ein Auto gesteuert zu haben.

Ähnlich wie das Rauchen zählt starker Alkoholkonsum traditionell zwar eher zur männlichen Geschlechtsrolle denn zur weiblichen. Möglicherweise deutet sich aber bereits bei den Frauen aus sozioökonomisch höheren Schichten an, dass riskanter Alkoholkonsum inzwischen auch mit der weiblichen Geschlechtsrolle als vereinbar gelten kann. Da es sich bei Studien zum Alkoholkonsum in der Regel um Selbstangaben handelt, gilt es zu bedenken, dass diese – verglichen mit der Alkoholverbrauchsstatistik – stets unterschätzt werden [85]. Ein solcher Berichtsbias (vgl. Kapitel 8) kann nicht nur zwischen Männern und Frauen, sondern auch innerhalb der Gruppe der Männer und Frauen ausgeprägt sein. Sowohl Männer als auch Frauen können jeweils betont männliche oder betont weibliche Rollenorientierungen zeigen [86, 87]. Die Unterschiede bezüglich des Trinkverhaltens bei Frauen gemäß ihrem sozialen Status könnten daher möglicherweise darauf zurück zu führen sein, dass Frauen in sozial niedrigen Schichten vermehrt einer traditionellen weiblichen Rollenorientierung zuneigen und daher ihr Antwortverhalten als »sozial erwünscht« ausfällt, d. h. da gerade von Frauen gesellschaftlich erwartet wird, dass sie nicht übermäßig Alkohol konsumieren, geben sie es auch weniger an, als dies Frauen mit einer weniger traditionell weiblichen Rollenorientierung tun.

¹⁴ Angaben für »oft« und »(fast) immer«; Zahlen sind für verschiedene Altersgruppen nicht geschlechtsspezifisch angegeben.

Epidemiologische Studien mit standardisierten diagnostischen Instrumentarien vermögen diesen Berichtsbias zu verringern. So wurden in der TACOS-Studie, eine repräsentative Stichprobe in Lübeck und den umliegenden Gemeinden (Altersgruppe 18 bis 64 Jahre, nur Deutsche) mittels des vollstandardisierten und computerisierten Münchner Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) psychische Störungen erhoben, um auf der Grundlage des DSM-IV¹⁵ Störungen valide zu erfassen [68, 86]. Die Ergebnisse, obwohl nur auf eine norddeutsche Stichprobe bezogen, bestätigen die oben genannten geschlechtsspezifischen Muster: Bei 32,3 % der Männer und 19,4 % der Frauen wurde eine Störung durch Substanzkonsum diagnostiziert (Lebenszeitprävalenz). Wird Tabakkonsum ausgeschlossen, liegen die Werte bei 14,8 % für Männer und 3,2 % für Frauen. Bei 8 % der Männer und 1,0 % der Frauen liegt ein Alkoholmissbrauch vor, bei 6,0 % der Männer und 1,5 % der Frauen wurde eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert. Ein erhöhtes Erkrankungsrisiko haben geschiedene, verwitwete oder getrennt lebende Personen [66]. Die TACOS-Studie bestätigt ebenfalls die weiter oben berichteten Befunde, wonach der Anteil der Abstinente in der Gruppe der Frauen größer ist (sowohl in Bezug auf Lebenszeitprävalenz als auch in Bezug auf einen Konsum in den vergangenen zwölf Monaten) und den durchschnittlich höheren Alkoholkonsum in der Gruppe der Männer, gemessen an der durchschnittlichen täglichen Dosis [86]: Während Männer täglich durchschnittlich 11,82 g Alkohol zu sich nehmen, beträgt die durchschnittliche Alkoholmenge in der Gruppe der Frauen 4,39 g.

5.3.3 Ernährungsverhalten

Die Ernährung hat einen wesentlichen Einfluss auf das gesundheitliche Wohlbefinden und die Entstehung von Krankheiten in der Bevölkerung. Adipositas, Osteoporose und Diabetes mellitus sind Beispiele für Erkrankungen, die im Zusammenhang mit Überernährung, einseitiger Ernährung oder einem anders bedingten Nährstoffmangel stehen [34]. Neben der Bereitstellung bestimmter Nährstoffe zur bedarfsgerechten Versorgung erfüllt das Essen bzw. das Essverhalten ebenfalls bedeutsame psychische und soziale Funktionen. Essen und Ernährung kann daher sowohl mit Blick auf das biologische als auch auf das soziale Geschlecht von Männern und Frauen diskutiert werden. Dies wird beispielsweise deutlich am unterschiedlichen Nährstoffbedarf sowie an Stoffwechselaktivitäten, Ernährungspräferenzen, Esskulturen, Körperbildern bzw. -identitäten und dem Wandel der gesellschaftlichen Geschlechterrollen [89, 90]. Geschlechtsspezifische Unterschiede im Ernährungsverhalten werden als eine mögliche Ursache für gesundheitliche Differenzen zwischen Frauen und Männern vermutet [91]. Betrachtet man die Gesamtbevölkerung, so hat sich das Ernährungsverhalten der Deutschen verbessert: Sie essen heute weniger Fett und mehr Kohlenhydrate und Gemüse als noch vor 15 Jahren. Allerdings besteht immer noch eine Überversorgung mit Fett, Eiweiß und Alkohol. Zusammen mit einem Mangel an Bewegung führt dies zu Übergewicht, das ab dem Alter von 35 Jahren steigt [92].

Im Vergleich zu Frauen essen Männer im mittleren Lebensalter von fast allen Lebensmittelgruppen mehr, lediglich Obst und zum Teil auch Gemüse wird von Frauen mehr verzehrt als von Männern (vgl. Tabelle 5.5).

Ein hoher Verzehr von frischem Obst und Gemüse ist für die Prävention von chronischen Erkrankungen von Bedeutung. Insbesondere das Auftreten von Herz-Kreislaufkrankungen und bestimmten Krebserkrankungen (Darmkrebs, Krebs der Atmungsorgane) kann durch die in dieser Nahrungsmittelgruppe enthaltenen Ballast-

15 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Version IV – Klassifikationsschlüssel für psychische Erkrankungen

Tabelle 5.5
Lebensmittelkonsum von Frauen und Männern im Alter 25 bis 64 Jahre

Ausgewählte Lebensmittel in g pro Tag, Median

Quelle: [34]

Lebensmittelkonsum (g/Tag)	25–34 Jahre		35–44 Jahre		45–54 Jahre		55–64 Jahre	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Brot	112	167	124	171	125	167	125	176
Getreide	52	62	46	51	41	45	32	32
Milchprodukte	232	262	216	222	218	229	216	197
Süßwaren	33	46	32	41	24	35	33	28
Fleisch	65	113	76	104	68	93	67	101
Wurst	28	64	32	63	28	53	26	44
Tierisches Fett	9	11	9	11	8	10	8	9
Pflanzliches Fett	13	18	14	17	12	14	11	14
Obst	146	100	166	137	197	168	200	175
Gemüse	139	130	148	139	157	141	142	149

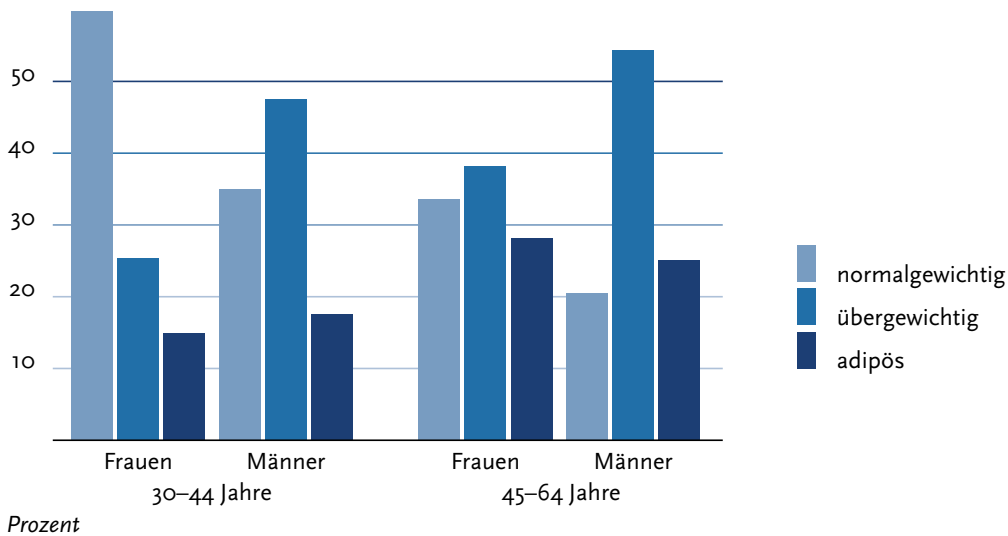
stoffe, Vitamine, sekundären Pflanzenstoffe und Mineralstoffe verringert werden [93, 94]. Ein erhöhter Konsum von Fett, Zucker und Alkohol kann dagegen zur Entstehung von Krankheiten beitragen. In Bezug auf den Nährstoffbedarf ändert sich in der mittleren Lebensphase relativ wenig – so gelten dieselben Empfehlungen zur Nährstoffzufuhr mit sehr geringen Unterschieden zwischen 18 und 64 Jahren, wobei diese Grenzen nicht biologisch exakt definiert sind [95]. Allerdings sinkt der Energiebedarf mit zunehmendem Alter, da sich der Körper weniger auf das Wachstum und mehr auf den Erhalt einstellt. Der Energiebedarf bei mittlerer körperlicher Aktivität liegt bei Männern in der Altersgruppe der 25- bis 50-Jährigen bei 2.900 kcal, in der Altersgruppe der 51- bis 64-Jährigen sind es nur noch 2.500 kcal. Bei den Frauen zwischen 25 und 50 Jahren liegt der Energiebedarf bei 2.300 kcal und bei den 51- bis 64-Jährigen bei 2.000 kcal [96]. Im mittleren Lebensalter wird es immer wichtiger, auf die genaue Auswahl der Lebensmittel zu achten, um bei sinkendem Energiebedarf eine hohe Nährstoffdichte zu erreichen; der niedriger werdende Energiebedarf macht es darüber hinaus schwieriger, das Normalgewicht zu halten.

Einen zentralen ernährungsbedingten Risikofaktor für die Gesundheit stellt ein zu hohes Körpergewicht dar. Folgeerkrankungen wie Bluthochdruck, koronare Herzerkrankungen, Diabe-

tes mellitus Typ 2, Schlaganfall, bestimmte Krebserkrankungen (bei Frauen z. B. Gebärmutter- und Eierstockkrebs, bei Männern Darm- und Prostatakrebs) sowie Gallenblasenerkrankungen können auftreten [97, 98]. Nach Aussagen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) ist die Qualität der in Deutschland angebotenen Lebensmittel hinsichtlich der stofflichen Dimensionen (Nährstoffgehalt – Maximierung, Schadstoffe – Minimierung) so gut wie noch nie [96]. Dennoch zeigt sich, dass eine generell positive Energiebilanz, viel Fett sowie wenig Obst und Gemüse als Ernährungsstil in westlichen Industrieländern überwiegt. Zusammen mit einer vorwiegend sitzenden Lebensweise (vgl. Kapitel 5.3.4) führt dies zu Überernährung und Übergewicht und bildet damit einen bedeutsamen Risikofaktor für die oben genannten Krankheiten. Als Indikator für die Verteilung von Übergewicht in der Bevölkerung wird der Body Mass Index (BMI)¹⁶ herangezogen. Eine Erhöhung des BMI führt auch nachweislich zu einer Erhöhung des Sterblichkeitsrisikos: Während Übergewicht bei einem BMI zwischen 25 und unter 32 bei Frauen das Mortalitätsrisiko noch nicht erhöht, steigt es

¹⁶ BMI = Körpergewicht (kg)/Körpergröße (m)²; als normalgewichtig gilt ein BMI zwischen 18,5 und 24,9; von Untergewicht wird bei einem BMI unter 18,5 gesprochen, als Übergewicht gilt ein BMI ab 25; Adipositas (Fettsucht) liegt bei einem BMI ab 30 vor [98].

Abbildung 5.13
Normalgewicht und Übergewicht nach Altersgruppe und Geschlecht
 Quelle: BGS98



Prozent

BMI 18,5 bis unter 25 = normalgewichtig, BMI 25 bis unter 30 = übergewichtig,

BMI über 30 = adipös

Sämtliche Geschlechtsunterschiede sind mit $p < .001$ signifikant

bei den Männern bereits auf das 1,2-Fache an – bei ausgeprägter Adipositas mit einem BMI über 40 beträgt das Sterblichkeitsrisiko bei Frauen das 2,3-Fache und bei Männern ist es sogar drei Mal höher als bei Normalgewichtigen [92].

Während Untergewicht im mittleren Lebensalter kaum eine Rolle spielt, sind je nach Altersgruppe zwischen 65 % und knapp 80 % aller Männer sowie 40 % bis 66 % aller Frauen übergewichtig (einschließlich adipös; BGS98). Bei beiden Geschlechtern sinkt der Anteil der Normalgewichtigen mit zunehmendem Alter ab, wobei deutlich mehr Männer übergewichtig sind als Frauen, während es weniger Unterschiede bezüglich der prozentualen Verteilung bei Adipositas gibt (vgl. Abbildung 5.13).¹⁷

Maßnahmen zur Reduktion des Körpergewichts werden sowohl von Männern als auch von Frauen durchgeführt. Bezogen auf die Altersgruppe der 25- bis 64-Jährigen geben 6,3 % der Männer und 9,3 % der Frauen an, eine Reduktionsdiät durchzuführen [34]. Im Vergleich zu den oben gezeigten hohen Anteilen Übergewichtiger, ergreifen demnach relativ wenige entsprechend ernährungsbezogene Maßnahmen – obwohl gerade bei den Männern die Anteile der Übergewichtigen deutlich höher sind, sind es eher Frauen, die sich um ihr Gewicht sorgen. Im Rahmen gesund-

heitsfördernder Maßnahmen überwiegt ebenfalls der Anteil an Frauen, die eine Maßnahme im Bereich der Gewichtsreduktion und zur gesunden Ernährung in Anspruch nehmen (vgl. Kapitel 5.3.6).

Die Motivation für gezügeltes Essverhalten entspringt nicht nur dem Wunsch nach gesundem Verhalten, sondern orientiert sich auch ganz entscheidend an einem gesellschaftlich definierten Schlankheitsideal: Schlanksein gilt als erstrebenswert, da es als Voraussetzung und Ausdruck von Leistungsfähigkeit, Attraktivität und persönlichem Glück betrachtet wird; dies gilt in besonderem Maße für Frauen [100]. Ausgeprägtes Diätverhalten, welches nicht gesundheitlich motiviert ist, sondern sich in erster Linie auf ein eher an Untergewicht orientiertem Schlankheitsideal stützt, kann daher zu gesundheitlichen Störungen im Essverhalten führen [101]. Im schlimmsten Fall können sich Essstörungen wie Anorexie (Magersucht) und Bulimie (Ess-Brechsucht) entwickeln, die als schwere psychosomatische Störungen gelten.

¹⁷ Bezüglich Übergewicht und Adipositas bei Frauen in und nach der Menopause gibt Franke [99] zu bedenken, dass die Gewichtszunahme häufig mit einer Hormontherapie einhergeht – eine Beobachtung, die es näher in den Blick zu nehmen gilt.

Von ihnen sind in erster Linie Frauen betroffen, wobei eine zunehmende Bedeutung dieser Erkrankungen auch für Männer konstatiert wird. Neben den soziokulturellen Faktoren können auch biologische (genetische und neurochemische) Faktoren, kritische Lebensereignisse und auch chronische psychische Belastungen im Sinne einer multifaktoriellen Verursachung mitverantwortlich sein.

Anorexie tritt vor allem in der Pubertät und im jungen Erwachsenenalter auf, während sich Bulimie im dritten Lebensjahrzehnt manifestiert [101, 102]. Damit treten solche Erkrankungen zwar nicht im mittleren Lebensalter auf, es können sich aber in dieser Lebensphase die Folgen von Nährstoffmangel z. B. auf Zahn- und Knochengesundheit sowie auf die reproduktive Gesundheit und Erkrankungen des Verdauungssystems zeigen [101]. Darüber hinaus haben Essstörungen eine Tendenz zur Chronifizierung mit erheblichen psychischen, körperlichen und sozialen Folgen für die Betroffenen und auch für ihre Angehörigen, zudem mit erheblichen finanziellen Belastungen für das Gesundheitswesen, Rentenversicherungsträger und Arbeitgeber [102]. Auch diese können bis ins mittlere Lebensalter hineinreichen.

5.3.4 Körperliche Aktivität

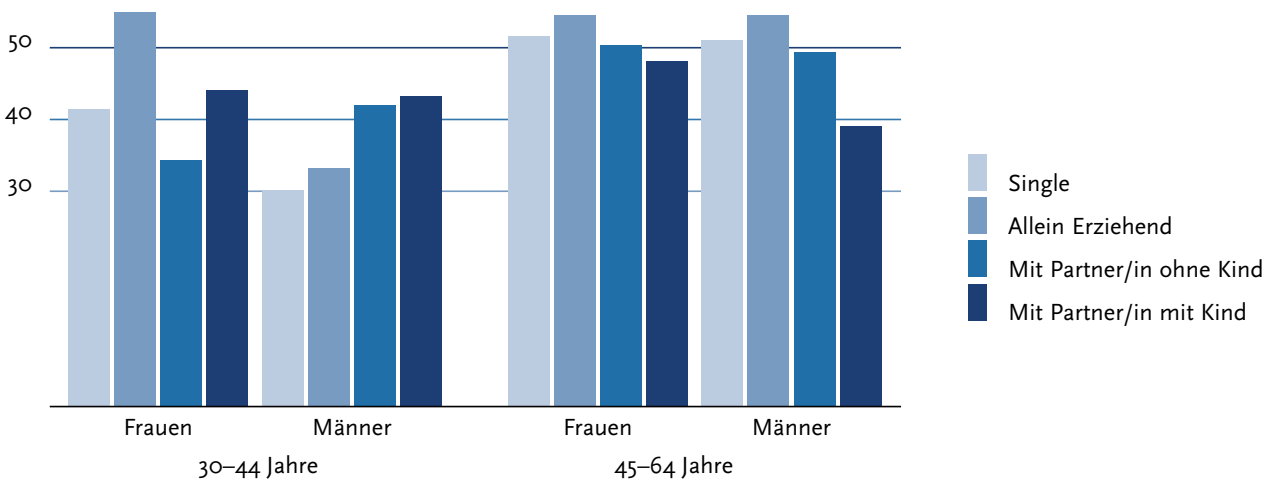
Körperliche Aktivität ist eine bedeutende Einflussgröße auf Wohlbefinden und Gesundheit. Sie erhöht die Lebenserwartung und senkt das Risiko für eine Vielzahl so genannter Zivilisationskrankheiten (z. B. koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, einige Krebserkrankungen [103]). Die meisten Erkenntnisse stammen allerdings vorwiegend aus Studien mit männlichen Untersuchungsteilnehmern. Mittlerweile existieren auch einige Untersuchungen mit Frauen, die die Ergebnisse zur Wirkung von körperlicher Aktivität bei Frauen bestätigen können [exempl. 104, 105]. Ein großes Problem in der Diskussion um die Wirkungen körperlicher Aktivität hängt mit ihrer begrifflichen Vielfalt zusammen. Aus einer Public Health-Sichtweise scheint die Favorisierung eines umfassenden Begriffs von körperlicher Aktivität sinnvoll zu sein, der sich nicht auf sportliche Aktivität beschränkt, sondern jegliche körperliche Bewegung einbezieht und den damit zusammenhängenden Gesamtenergieverbrauch über die Inten-

sität, Dauer und Häufigkeit der jeweiligen Aktivität erfasst. Die Bindung an bestimmte Sportarten oder angeleitete Übungen sind Bestandteil, spielen aber nur einen Anteil der körperlichen Aktivität wider. Hinsichtlich einer solchen Perspektive müssen demnach unterschiedliche Kontexte der Aktivität wie Freizeit, Beruf, Mobilität und unbezahlte Arbeit mit berücksichtigt werden.

Werden Laien nach der Bedeutung von Sport für die Gesundheit befragt, wird diesem eine wichtige Funktion zu gewiesen; dennoch integrieren Frauen und Männer ein ausgesprochen geringes Maß an körperlicher Aktivität in ihr Leben. Im Gegensatz zu den meisten anderen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen wie Rauchen oder Alkoholkonsum, bei denen sich Frauen weniger riskant verhalten als Männer, wird für Frauen in Bezug auf die körperliche Aktivität das Gegenteil dokumentiert. Darüber hinaus ist mit dem Alter und ungünstigen sozioökonomischen Bedingungen eine kontinuierliche Abnahme körperlicher Aktivitäten festzustellen. Im Vergleich der alten 15 EU-Mitgliedsstaaten nimmt Deutschland hinsichtlich eines »sitzenden Lebensstils« Platz zwölf ein [106].

Auswertungen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 für das mittlere Erwachsenenalter zeigen für Frauen und Männer eine Abnahme in der Sportpartizipation bzw. die Zunahme sportlicher Inaktivität mit dem Alter; darüber hinaus liegen signifikante Geschlechtsunterschiede für die 30- bis 44-jährigen sowie die 45- bis 64-jährigen Frauen und Männer vor: Bei den 45- bis 64-Jährigen beträgt der Anteil der nicht aktiven Frauen 50,3 % und der Anteil der nicht aktiven Männer 47,5 %; für die jüngere Teilgruppe sieht es ähnlich aus, allerdings mit niedrigeren Anteilen von 42,6 % nicht aktiver Frauen und 40,3 % nicht aktiver Männer (BGS98). Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern werden ebenfalls sichtbar, wenn man die Zeit des Sporttreibens pro Woche betrachtet. Je mehr Stunden als Indikator definiert werden, desto stärker sind die Differenzen: Eine sportliche Aktivität von mehr als vier Stunden pro Woche akkumulieren Männer deutlich häufiger als Frauen – unabhängig vom Alter, der Lebensform und dem Erwerbsstatus (BGS98). Werden Männer und Frauen hinsichtlich ihrer Lebensform betrachtet, fällt in der Altersgruppe der 30- bis 44-jährigen kinderlosen Frauen der im Vergleich zu den Frauen mit Kind/ern niedrige Anteil der sport-

Abbildung 5.14
Sportliche Inaktivität bei Männern und Frauen nach Lebensform,
und Altersgruppe
Quelle: BGS98



Prozent

lich Inaktiven auf (vgl. Abbildung 5.14). Frauen mit Kindern sind stark in die Familienarbeit eingebunden, so dass ihnen weniger Zeit für das Sporttreiben bleibt. Dieser Befund wird auch in anderen Studien bestätigt [107, 108]. Bei Männern scheint ein solcher Zusammenhang weniger ausgeprägt: Zwar stellen die allein lebenden Männer der jüngeren Altersgruppe den niedrigsten Anteil der sportlich Inaktiven, allerdings zeigt sich kaum ein Unterschied hinsichtlich des Sporttreibens zwischen Männern mit Partnerin, die mit oder ohne Kindern leben (vgl. Abbildung 5.14).

Die Tatsache, nicht erwerbstätig zu sein, geht mit der höchsten Inaktivität einher, was sowohl für Frauen als auch für Männer gilt (BGS98) – auch dieses Phänomen wird in anderen Studien festgestellt [108, 109]. Es kann davon ausgegangen werden, dass dies bis zu einem gewissen Grad mit der sozialen Schicht zusammen hängt: Auch hier gilt, dass in unteren sozialen Schichten sowohl Männer als auch Frauen am wenigsten sportlich aktiv sind – im Vergleich zu den oberen Sozialschichten; die Geschlechterunterschiede bezüglich sportlicher Inaktivität zeigen sich bei sozial besser gestellten Frauen und Männern nicht, ihr Anteil beträgt jeweils knapp 31 %, während sich bei den sozial schlechter Gestellten fast 68 % der Frauen und 56 % der Männer aus unteren Sozialschichten sportlich nicht betätigen (IS GBE).

Die häufig zu findenden Unterschiede zugunsten eines Mehr an körperlichen Aktivitäten bei Männern müssen vor dem Hintergrund einer möglichen Unterschätzung körperlicher Aktivitäten bei Frauen vorsichtig interpretiert werden; dennoch liegen konsistente Befunde für die Differenzen vor [109, 110]. Die Ergebnisse, die vor allem aus Selbstangaben zur körperlichen Aktivität bei Männern und Frauen gewonnen werden, sind aus methodischer Sicht kritisch einzuschätzen [111]. Eine Vielzahl eingesetzter Fragebögen zur körperlichen Aktivität ist für männliche Untersuchungsgruppen entwickelt worden und fokussiert häufig auf den organisierten Sport und intensive Trainingsbelastungen – die Fragebögen bilden damit kein adäquates Maß für Frauen [112]. Im Rahmen qualitativer Forschung zeigt sich, dass Frauen ein sehr umfassendes Verständnis von körperlicher Aktivität haben; daher sollte bei der Erfassung körperlicher Aktivitäten auch Hausarbeit, Gartenarbeit, Familienbetreuung, außerberufliche Transportwege sowie berufliche und ehrenamtliche Aktivitäten erfasst werden [113]. So zeigt die Zeitbudget-Analyse des Statistischen Bundesamtes aus den Jahren 2001/2002, dass sich Frauen und Männer hinsichtlich »Sportlicher Aktivitäten/Aktivitäten in der Natur« nicht unterscheiden: Allein erziehende Frauen und Frauen mit Kindern in Paarhaushalten verbringen hiermit durchschnittlich 28 Minuten pro Tag, Männer mit Kindern in Paarhaushalten 29 Minuten [114].

Auf der Ebene der Erklärungsansätze von Geschlechterunterschieden bezüglich körperlicher Aktivität sind demnach methodische Probleme und Artefakte von besonderer Bedeutung (vgl. Kapitel 8.2). Es ist davon auszugehen, dass gerade Frauen mit Haushaltstätigkeiten und Familienaufgaben beschäftigt sind, die ausreichen würden, um als moderat-intensive körperliche Aktivität eingeordnet zu werden. Auch in den Auswertungen zum Bundes-Gesundheitssurvey 1998 ist bezogen auf die Aktivitäten im Tagesverlauf eine leicht höhere Aktivität von Frauen zu verzeichnen, was auf die Unterschiede eines Mehr an leichten körperlichen Aktivitäten zurückzuführen ist [115].

Werden bei repräsentativen Erhebungen lediglich sportliche Freizeitaktivitäten und nicht Aktivitäten aus Familie, Haushalt, Beruf oder Transport abgefragt, provoziert dies möglicherweise eine Untererfassung der körperlichen Aktivität bei Frauen. Im US-amerikanischen Kontext konnte gezeigt werden, dass bei einem Einbezug von Haushaltsaktivitäten Frauen sogar einen höheren Energieaufwand aufgrund von körperlicher Aktivität aufweisen als Männer [116, 117]. Der gesundheitliche Nutzen insbesondere von Haushaltsaktivitäten muss bislang jedoch aufgrund von widersprüchlichen Befunden ungeklärt bleiben [118, 119, 120]. Neben den vernachlässigten körperlichen Aktivitäten durch Hausarbeit könnten auch alltägliche Geh- und Transportwege nicht ausreichend berücksichtigt sein. Es wäre zu vermuten, dass Frauen aufgrund ihres geringeren Motorisierungsgrades¹⁸ wesentlich häufiger zu Fuß oder mit dem Fahrrad unterwegs sind. Studien, die sich der Messmethode des Schrittzählers bedienen, sprechen allerdings auch hier für ein Mehr des so genannten »ambulatory walking« bei Männern [110].

Orientiert an der derzeitigen Empfehlung des American College of Sports Medicine (ACSM) und der Centers for Disease Control and Prevention (CDC), wonach gesundheitliche Effekte bereits bei einer halben Stunde moderat-intensiver Aktivität (einschließlich so genannte Lebensstilaktivitäten wie Treppensteigen und zügiges Gehen) an den meisten Tagen einer Woche zu erwarten sind [122], lässt sich eine weitere Aussage für das Aktivitätsverhalten in Deutschland treffen: Aufgrund des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 kann festgestellt werden, dass lediglich 13 % der erwachsenen

Bevölkerung in Deutschland diese Empfehlung erreichen [123]. Auch für das mittlere Lebensalter gilt, dass sowohl Männer als auch Frauen wenig aktiv sind. Die beschriebenen geschlechtsspezifischen Unterschiede zu Ungunsten der Frauen müssen allerdings aufgrund der benannten methodischen Problemlagen und Artefakte vorsichtig bewertet werden.

5.3.5 Medikamentenkonsum

Zur Behandlung von Krankheiten stellen Arzneimittel eine der wichtigsten Therapieformen dar. Dementsprechend hoch ist ihr Anteil in der Gesundheitsversorgung. Im Jahr 2001 betragen die Arzneimittelausgaben 302,52 Euro pro Kopf für verordnete Arzneimittel im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Rahmen der Selbstmedikation wurden für Medikamente, die ohne Rezept gekauft wurden, pro Kopf 51,92 Euro ausgegeben [124]. Berücksichtigt man sowohl die rezeptpflichtigen als auch die nicht rezeptpflichtigen Arzneimittel, so zeigt sich, dass von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter vor allem Schmerzmittel (55,4 %), Präparate gegen Erkältungs- und Grippeerkrankungen (45,5 %) sowie Vitaminpräparate (44,3 %) eingenommen werden (BGS98, eigene Berechnungen).¹⁹

Die Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland [66] zeigt, dass Frauen in der Altersgruppe 18 bis 59 Jahren in den vergangenen 30 Tagen signifikant häufiger als Männer Schmerzmittel (12,5 % der Frauen, 9,0 % der Männer) Beruhigungsmittel (3,1 % der Frauen, 2,1 % der Männer), Appetitzügler (1,1 % der Frauen, 0,3 % der Männer) und Antidepressiva (2,7 % der Frauen, 1,8 % der Männer) eingenommen haben, während sich bei den Neuroleptika und Anregungsmitteln keine Unterschiede finden lassen. Der Konsum von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln

¹⁸ Es sind weniger Frauen als Männer Halterinnen von Fahrzeugen, es steht ihnen seltener ein Auto zur Verfügung bzw. sie haben seltener einen Führerschein als Männer. Darüber hinaus legen Männer im Jahresdurchschnitt mit dem Auto deutlich mehr Kilometer zurück als Frauen [121].

¹⁹ Selbstangaben zum Arzneimittelkonsum innerhalb der letzten 12 Monate (BGS98).

Tabelle 5.6
Medikamentenkonsum innerhalb der letzten 12 Monate bei Frauen
und Männern nach Altersgruppe (Selbstangaben)

Quelle: BGSg8

Medikamentengruppe	Frauen	Ratio	Männer
Eisenpräparate	4,9%	7,0	0,7%
Schilddrüsenpräparate	16,0%	4,6	3,5%
Abführmittel	4,9%	4,5	1,1%
Migränemittel	8,4%	3,8	2,2%
Kreislauf/Blutdruck steigernd	4,8%	3,7	1,3%
Psychopharmaka	6,5%	3,0	2,2%
Beruhigungsmittel	11,0%	2,4	4,6%
Schlafmittel	6,5%	2,4	2,7%
Schmerzmittel	62,2%	1,3	49,1%
Blutfett senkende Mittel	3,2%	0,6	5,3%
Gichtmittel	0,9%	0,2	4,4%

steigt konstant mit dem Alter an.²⁰ Bei 4,1% der Frauen und 2,6% der Männer wird eine problematische Medikamenteneinnahme festgestellt, 3,2% der Frauen und 2,5% der Männer erfüllen die Kriterien für eine Abhängigkeit von Medikamenten (Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler; Prävalenz in den vergangenen zwölf Monaten nach DSM-IV).

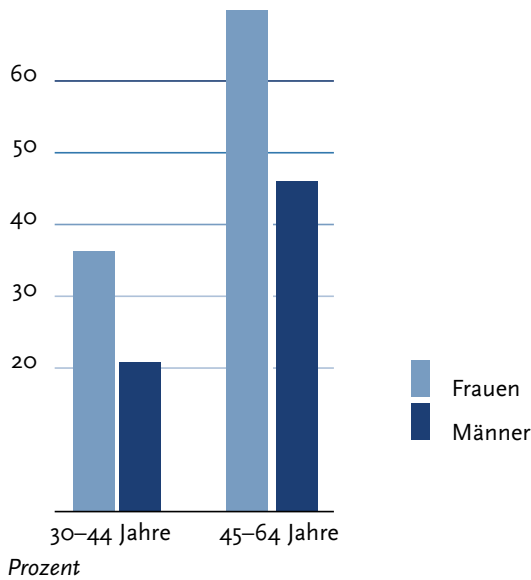
Im Geschlechtervergleich wird deutlich, dass der Medikamentenkonsum bei Frauen signifikant höher ist als bei Männern; lediglich bei den Gichtmitteln und den Blutfett senkenden Präparaten geben mehr Männer als Frauen an, diese Medikamente einzunehmen (vgl. Tabelle 5.6). Auffällige Geschlechtsunterschiede zeigen sich nicht nur bei den Medikamenten mit psychotroper Wirkung – dazu zählen Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie psychoaktiv wirksame Psychopharmaka und Abführmittel –, sondern auch in Bereichen, die bislang wenig beleuchtet wurden: So nehmen Frauen sieben Mal mehr Eisenpräparate und 4,6-Mal mehr Schilddrüsenpräparate als Männer ein. Die Einnahmeraten spiegeln die höhere Prävalenz von Schilddrüsenerkrankungen sowie Blutarmut/Eisenmangel wider (vgl. Kap. 4.2.2).

Wird ausschließlich der tägliche Medikamentenkonsum betrachtet, bestätigt sich der bereits beschriebene Mehrkonsum der weiblichen Befragten: Die Häufigkeit der täglichen Medikamenteneinnahme von Frauen liegt auf einem deutlich

höheren Niveau als bei den Männern – auch dann, wenn die Arzneimittel zur Schwangerschaftsverhütung in der Auswertung zum täglichen Medikamentenkonsum nicht berücksichtigt werden (vgl. Abbildung 5.15). In der Altersgruppe 30 bis 44 Jahre nehmen 36% der Frauen täglich Arzneimittelpräparate (ohne Kontrazeptiva) ein. Dazu zählen vor allem Schilddrüsenpräparate, Vitamin- und Eisenpräparate. Unabhängig davon nehmen 24,3% der befragten Frauen in dieser Altersgruppe die Pille zur Schwangerschaftsverhütung ein. Bei den älteren Frauen (45 bis 64 Jahre) steigt der tägliche Medikamentenkonsum auf knapp 70% an, wobei sich die Rangfolge der täglich konsumierten Arzneimittel ändert: In dieser Altersgruppe nehmen Frauen vor allem Hormonpräparate und andere Mittel gegen Beschwerden in der Menopause, Blutdruck senkende Mittel sowie Vitamin- und Schilddrüsenpräparate täglich ein. Bei den 30 bis 44 Jahre alten Männern sind es dagegen rund 20%, die täglich Medikamente – vor allem Vitamine, Blutdruck senkende Mittel sowie Schilddrüsenpräparate – konsumieren. Auch bei den Männern ist mit zunehmendem Alter ein deutlicher Mehrkonsum von Medikamenten zu beob-

²⁰ Leider werden die Daten in der Publikation von Kraus und Augustin [66] entweder nach Geschlecht oder nach Alter, nicht aber in der Kombination beider Variablen ausgegeben.

Abbildung 5.15
Täglicher Medikamentenkonsum bei Frauen und Männern
(ohne Kontrazeptiva) nach Altersgruppe
 Quelle: BGS98



achten: Zwischen 45 und 64 Jahren nimmt fast jeder zweite Mann täglich Medikamente ein. Dabei handelt es sich vorrangig um Blutdruck senkende und durchblutungsfördernde Medikamente sowie Herzmittel, was als Ausdruck für die vermehrte Diagnosestellung entsprechender Erkrankungen bei Männern in dieser Altersgruppe zu werten ist.

Bei Betrachtung von Patientinnen und Patienten, die angaben, an einer Durchblutungsstörung des Herzens zu leiden oder die einen Herzinfarkt erlitten hatten, zeigten sich Geschlechtsunterschiede bezüglich der angewendeten Arzneimittel: Männer wendeten mit einer fast doppelt so hohen Wahrscheinlichkeit wie Frauen ASS-Präparate²¹ an. Auch Statine aus der Gruppe der Lipidsenker wurden von Männern häufiger als von Frauen angewendet. Häufiger als Männer nahmen Frauen dagegen Diuretika (entwässernde Medikamente) und Herzglykoside (zur Verbesserung der Herzfunktion) ein. Diese Ergebnisse weisen auf eine unterschiedliche medikamentöse Behandlung der koronaren Herzkrankheit bei Frauen und Männern hin; allerdings kann anhand der vorliegenden Daten nicht bewertet werden, warum sich die Arzneimittelanwendung unterscheidet und welche Bedeutung dies für die Patientinnen und Patienten haben könnte [125].

Diese geschlechterspezifischen Angaben zur Medikamenteneinnahme spiegeln sich auch in Krankenkassen-Verordnungsdaten wider (vgl. Tabelle 5.7): Die drei am häufigsten verordneten Arzneimittel an männliche Versicherte im Jahr 2002 waren Herz-Kreislauf-Medikamente mit einem Anteil von 28,3 % aller an Männern im mittleren Lebensalter verordneten Arzneimittel; den gesetzlich versicherten Frauen in dieser Altersgruppe wurden mit einem Anteil von 24,4 % vor allem Hormonpräparate für die Schilddrüse und Sexualhormone (ohne Kontrazeptiva) verordnet. Die geschlechterspezifischen Unterschiede im Arzneimittelgebrauch konnten bereits in anderen Studien aufgezeigt werden [23, 126, 127, 128, 129].

Inwieweit der hohe Arzneimittelkonsum von Frauen – bereits jede zweite Frau im Alter von 30 bis 44 Jahren nimmt täglich Medikamente – tatsächlich einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung entspricht, muss kritisch hinterfragt werden. Auffällig ist bei der medikamentösen Versorgung von Frauen im mittleren Lebensalter, dass sie in erster Linie aufgrund von physiologischen Veränderungs- und Alterungsprozessen sowie Funktionsstörungen therapiert werden. So zeigt eine differenzierte Betrachtung der Arzneimittelgruppe der Sexualhormone ohne Kontrazeptiva, dass es sich bei diesen Medikamenten vor allem um östrogenhaltige Hormonpräparate handelt, die in und nach den Wechseljahren eingesetzt werden. Eine nach Altersgruppen differenzierte Analyse legt offen, dass vor allem Frauen im Alter von 50 bis 64 Jahren Hormonpräparate anwenden: 33 % der 50- bis 54-jährigen und sogar 42 % der 55- bis 59-jährigen gesetzlich krankenversicherten Frauen haben im Jahr 2002 mindestens eine Verordnung zur meno- und postmenopausalen Hormontherapie erhalten. Ein ebenfalls hoher Verordnungsanteil mit 38 % ist in der Altersgruppe der 60 bis 65 Jahre alten Frauen zu beobachten [130]. Diese hohe Verordnungsprävalenz von östrogenhaltigen Hormonpräparaten in und nach den Wechseljahren weist auf die Medikalisation eines körperlich-hormonellen Umstellungsprozesses in einer weiblichen Lebensphase

²¹ ASS: Acetylsalicylsäure. Medikamente mit diesem Wirkstoff wirken antithrombotisch und dienen der Sekundärprophylaxe eines Herzinfarkts oder einer Durchblutungsstörung des Herzens.

Tabelle 5.7
Rangliste der zehn am häufigsten verordneten Arzneimittelgruppen einer gesetzlichen Krankenkasse im Jahr 2002 nach Geschlecht und Altersgruppe
 Quelle: GEK²²

Rang	Frauen		Männer	
1	Schilddrüsenpräparate	12,6 %	Antihypertonika ²³	15,8 %
2	Sexualhormone (ohne Kontrazeptiva ²⁴)	11,8 %	Lipidsenker ²⁵	6,9 %
3	Antihypertonika	8,7 %	Beta Blocker ²⁶	5,6 %
4	Beta-Blocker	4,2 %	Schilddrüsenpräparate	4,1 %
5	Nicht steroidale Antiphlogistika ²⁷	3,4 %	Nicht steroidale Antiphlogistika	3,6 %
6	Antidepressiva ²⁸	2,9 %	Thrombozytenaggregationshemmer ²⁹	3,3 %
7	Lipidsenker	2,5 %	Antiasthmatica ³⁰	3,2 %
8	Antiasthmatica	2,3 %	Calcium Antagonisten ³¹	3,1 %
9	Gastritis/Ulkustherapeutika ³²	2,1 %	Gastritis/Ulkustherapeutika	3,1 %
10	Diuretika ³³	1,8 %	Orale Antidiabetika ³⁴	2,9 %

hin, die bereits seit mehreren Jahren vor allem in der Frauengesundheitsforschung und -bewegung kritisiert wird (siehe hierzu Kapitel 8). Zwar sind die Verordnungszahlen inzwischen auch in Deutschland rückläufig [131, 132], gleichwohl muss nach wie vor von einer Medikalisierung der weiblichen Wechseljahre ausgegangen werden.

Neben dem Sachverhalt, dass Frauen und Männer unterschiedlich mit Arzneimitteln versorgt werden, müssen in der Diskussion um eine geschlechterangemessene Versorgung auch die geschlechterspezifischen Unterschiede in der Pharmakokinetik und -dynamik von Arzneimitteln berücksichtigt werden. Thürmann [133] macht darauf aufmerksam, dass Arzneimittel bei Frauen und Männern Unterschiede in der Wirkung und Wirksamkeit aufweisen, die derzeit zwar bereits in zulassungsrelevanten Studien weitestgehend berücksichtigt werden, aber im Bereich der Pharmakoepidemiologie, der Arzneimittelanwendungsbeobachtung und vor allem in den Therapieempfehlungen noch nicht ausreichend beachtet werden.

5.3.6 Teilnahme an Früherkennungs- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Frauen und Männer unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich ihres gesundheitlichen Risikoverhaltens, sondern auch bezogen auf die Gesundheit schützende und fördernde Verhaltensweisen [134, 135]. Dazu zählen beispielsweise die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen sowie die Teilnahme an Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen.

An Krebsfrüherkennungsmaßnahmen nehmen insgesamt mehr als doppelt so viele der anspruchsberechtigten Frauen teil wie Männer

22 Nachfolgende Angaben zu den am häufigsten verordneten Arzneimittelgruppen im Jahr 2002 stammen aus den Arzneimittelverordnungsdaten der Gmünder Ersatzkasse (GEK). Die Auswertung der Arzneimittelgruppen erfolgte nach dem Lauer-Indikationsschlüssel

23 Blutdrucksenkende Mittel

24 Arzneimittel zur Schwangerschaftsverhütung

25 Blutfettsenkende Mittel

26 Herzmittel

27 Entzündungshemmende Schmerzmittel

28 Medikamente gegen depressive Erkrankungen

29 Medikamente zur Verdünnung des Blutes

30 Medikamente gegen Asthma

31 Medikamente zur Förderung der Durchblutung

32 Medikamente bei Magenbeschwerden/Magengeschwür

33 Medikamente zur Entwässerung

34 Medikamente gegen Diabetes/Zuckerkrankheit

(49,4 % gegenüber 19,7 % im Jahr 2003, [136]). In den mittleren Lebensjahren nehmen die Inanspruchnahmeraten bei den Frauen ab: Von 68,8 % bei den 30- bis 34-Jährigen auf 48,6 % bei den 60- bis 64-Jährigen [136]. Männer können erst ab dem 45. Lebensjahr Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nutzen; bei ihnen steigt der Anteil von 11,2 % bei den 45- bis 49-Jährigen auf 24,9 % bei den 60- bis 64-Jährigen. Trotzdem nehmen nur halb soviel Männer wie Frauen in dieser Altersgruppe Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch. Die sinkenden Inanspruchnahmeraten bei den Frauen lassen sich darauf zurückführen, dass Frauen in den reproduktiven Jahren aufgrund von Schwangerschaften und Geburten häufiger gynäkologisch versorgt werden als in den Jahren danach und im Rahmen dieser Untersuchungen – quasi »automatisch« – auch Krebsfrüherkennungsmaßnahmen durchgeführt werden.

Nimmt man die Gesundheitsuntersuchungen als Vorsorgeuntersuchung »Check up« ab dem 35. Lebensjahr in den Blick, gibt es nur geringe Geschlechterdifferenzen. Die Raten der Inanspruchnahme steigen sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit zunehmendem Alter leicht an und betragen im Jahr 2002 bei den 35- bis 39-jährigen Männern 10,7 % und bei den 60- bis 64-jährigen Männern 21,9 %; bei den Frauen nahmen in der Altersgruppe der 35- bis 39-Jährigen 12,7 %, bei den 60- bis 64-Jährigen 21,5 % an der Gesundheitsuntersuchung teil [136].³⁵

Sowohl bei Krebsfrüherkennungsuntersuchungen als auch bei Gesundheitsuntersuchungen ist die Teilnahmebereitschaft bei Frauen und Männern nicht ausreichend und bedarf verstärkter Förderung durch entsprechende Maßnahmen.

Für Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sind Frauen deutlich aufgeschlossener als Männer: So geben 6,5 % der Frauen und 1,5 % der Männer im Bundes-Gesundheitssurvey an, jemals an einer Maßnahme zur Gewichtsreduktion teilgenommen zu haben, 6,9 % der Frauen und 2,8 % der Männer haben nach eigenen Angaben schon einmal einen Kurs zur gesunden Ernährung belegt, 14,7 % der Frauen und 7,8 % der Männer waren schon einmal zur Rücken- oder Wirbelsäulengymnastik und 7,8 % der Frauen und 3,0 % der Männer haben Erfahrung mit einem Kurs zur Stressbewältigung (BGS98). Rückenschulen sind damit

die häufigste Gesundheitsförderungsmaßnahme, die von Frauen wie Männern in Anspruch genommen werden, was auf eine hohe Prävalenz von Rückenschmerzen in der Bevölkerung verweist.³⁶ In der höheren Altersgruppe finden sich jeweils mehr Frauen und Männer als bei den 30- bis 45-Jährigen, die schon einmal an einer Gesundheitsförderungsmaßnahme teilgenommen haben. Einzige Ausnahme bilden hier die Frauen, von denen bereits 14,5 % in der ersten Hälfte des mittleren Lebensalters Rücken- oder Wirbelsäulengymnastik betrieben haben – eine Maßnahme, die von den 44- bis 64-jährigen Frauen mit 14,8 % in etwa gleichen Ausmaß in Anspruch genommen wird (vgl. Tabelle 5.8).

Aktuelle Daten zur Inanspruchnahme von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten – z. B. der von den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen veröffentlichte Bericht – bestätigen, dass Männer »geschlechtsneutrale« Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote kaum in Anspruch nehmen [137]: So belegten im Jahr 2003 gut 540.000 GKV-Mitglieder ein Präventionsangebot nach § 20 Abs. 1 SGB V, das entspricht etwa 0,8 % aller GKV-Versicherten. Der Frauenanteil schwankt zwischen 56,6 % und 83,6 % (vgl. Tabelle 5.9). Lediglich bei den Maßnahmen zur Reduktion des Sucht- und Genussmittelkonsums (vor allem Tabakentwöhnprogrammen) gibt es ein nahezu ausgewogenes Geschlechterverhältnis; diese Maßnahmen machen aber lediglich 0,5 % des gesamten Angebotes aus. Die Auswertungen zeigen, dass Männer durch die verhaltensbezogenen Angebote der Krankenkasse weniger erreicht werden.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Beteiligung an Gesundheitsförderungsmaßnahmen lassen sich zum einen auf einen gesundheitsbewussteren Umgang mit dem eigenen Körper bei Frauen zurückführen (vgl. Kapitel 8.4), zum anderen kann die geschlechts-

35 Die relativ niedrigen Inanspruchnahmeraten der Gesundheitsuntersuchungen sind möglicherweise dadurch zu erklären, dass vergleichbare Untersuchungen im Rahmen anderer ärztlicher Untersuchungen durchgeführt werden, die nicht als Gesundheitsuntersuchung verrechnet werden.

36 Dies zeigt sich auch bei den Ursachen der Arbeitsunfähigkeit und der verminderten Erwerbstätigkeit (vgl. Kapitel 4.3).

Tabelle 5.8

Teilnahme von Frauen und Männern an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, nach Altersgruppe

Quelle: BGSg8

Teilnahme an Maßnahmen	30–44 Jahre			45–64 Jahre		
	Frauen	Männer	p	Frauen	Männer	p
Zur Gewichtsreduktion	4,5 %	0,8 %	.000	8,4 %	2,2 %	.000
Zu gesunder Ernährung	5,2 %	1,2 %	.000	8,5 %	4,4 %	.000
Zur Rücken- oder Wirbelsäulengymnastik	14,5 %	6,6 %	.000	14,8 %	9,0 %	.000
Zur Entspannung oder Stressbewältigung	7,4 %	2,4 %	.000	8,2 %	3,5 %	.000

p = Signifikanzniveau

spezifische Nutzung darauf hinweisen, dass die Angebote für Männer wenig ansprechend sind, da sie sowohl inhaltlich wie auch organisatorisch für eine weibliche Klientel konzipiert sind [9, 138, 139]. Die Entwicklung von geschlechterangemessenen Angeboten ist daher gerade im Bereich der Gesundheitsförderung zukünftig wichtig (für Praxisbeispiele geschlechtergerechter Gesundheitsförderung und Prävention siehe [140]).

Teilnahme an gesundheitsbezogener Selbsthilfe

Im Telefonischen Gesundheitssurvey 2003 gaben 10 % der Frauen und 7,7 % der Männer an, sich schon einmal an einer gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppe beteiligt zu haben [141]. Noch deutlicher ist der Geschlechtsunterschied, wenn man die Informiertheit über Selbsthilfegruppen in der Befragungsgruppe hinzuzieht: Insgesamt 25,7 % der Frauen gaben an, sich an Selbsthilfegruppen beteiligt oder wenigstens darüber informiert zu haben, bei den Männern waren es 17,6 %. Diese Geschlechtsunterschiede bestätigen weit-

gehend die Alltagserfahrung und empirisch gezeigte Annahme, dass Frauen sich stärker in Selbsthilfegruppen engagieren sowie an einem potenziellen Engagement mehr Interesse zeigen als Männer. Eine aktuelle Auswertung der bei der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) geführten Anfragenstatistik zeigt, dass gut 70 % der telefonischen und schriftlichen Anfragen von Privatpersonen durch Frauen erfolgen. Im Telefonischen Gesundheitssurvey 2003 zeigen sich darüber hinaus spezifische Geschlechtseffekte in Bezug auf die Motive für eine Beteiligung an Selbsthilfegruppen. So ist der Anteil der Frauen, die sich wegen der Gesundheit anderer in der Selbsthilfe engagieren, mit 5,4 % höher als derjenige der Männer mit 3,1 %. Die Ergebnisse lassen zusammenfassend schließen, dass das Selbsthilfeengagement bei Männern offensichtlich enger mit der eigenen Betroffenheit, insbesondere bei chronischer Erkrankung oder Behinderung zusammenhängt als bei Frauen, die sich häufiger auch als Angehörige Selbsthilfegruppen zuwenden [141].

Tabelle 5.9

Inanspruchnahme von GKV-Leistungen für Gesundheitsförderung und Prävention im Jahr 2003 nach Geschlecht (nach § 20, Abs. 1 SGB V)

Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen [137]

Maßnahmen	Teilnehmende	Frauenanteil	Männeranteil
Bewegung	333.935	78,4 %	21,6 %
Ernährung	94.112	83,6 %	16,4 %
Stress	87.196	82,4 %	17,6 %
Verantwortlicher Umgang mit Sucht-/Genussmitteln	3.680	56,6 %	43,4 %

6 Bedeutende Gesundheitsprobleme

Krebs- und Herz-Kreislaufkrankungen sowie psychische Krankheiten, Unfälle und Suizide beeinträchtigen in besonderem Maße die Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Dabei sind die genannten Gesundheitsprobleme für beide Geschlechter von unterschiedlicher Relevanz. Bezüglich Krebserkrankungen sind Männer eher von Lungenkrebs, Frauen in erster Linie von Brustkrebs betroffen.

Herz-Kreislaufkrankungen treten in den mittleren Lebensjahren bei Männern häufiger auf als bei Frauen. Die Sterblichkeit nach einem Herzinfarkt, die in früheren Jahren bei Frauen höher als bei Männern war, hat sich mittlerweile zwischen den Geschlechtern angeglichen. Unter psychischen Erkrankungen leiden mehr Frauen als Männer, während es sich bei Unfällen und Suiziden genau anders herum verhält.

6.1 Krebserkrankungen

Schätzungen zu den häufigsten Krebsneuerkrankungen in Deutschland¹ zeigen, dass Frauen im jüngeren mittleren Lebensalter (zwischen 30 und 55 Jahren) häufiger als Männer an Krebs erkranken. Bis zum Alter von 44 Jahren unterscheiden sich die Geschlechter nicht nur in der Inzidenz, sondern auch in der Sterblichkeit an Krebserkrankungen (siehe Kap. 4.1). Ein Blick auf die Krebsarten zeigt die große Bedeutung der

Brustkrebserkrankungen für dieses geschlechtsspezifische Muster: In der Altersgruppe von 35 bis 65 Jahren steht bei Frauen der Brustkrebs mit 34,5 % aller Krebsneuerkrankungen an erster Stelle, gefolgt von Gebärmutterkörper/-halskrebs (11,6 %) und Darmkrebs (11,2 %), bei den Männern steht dagegen der Lungenkrebs mit 16,8 % an erster Stelle, es folgen Prostatakrebs (15,5 %) und Krebs von Mundhöhle und Rachen (7,3 %) (vgl. auch Tabelle 6.1). Brustkrebs ist damit die wichtigste Krebserkrankung bei jüngeren Frauen, ablesbar u.a. daran, dass das mittlere Erkrankungsalter bei gut 60 Jahren und damit niedriger als bei allen Krebserkrankungen (mittleres Erkrankungsalter etwa 67 Jahre) liegt [vgl. 142].

Die meisten Krebsdiagnosen werden zwar bei den über 65-Jährigen gestellt, dennoch gibt es einige Krebserkrankungen, die bereits deutlich gehäuft bzw. vorwiegend im mittleren Lebensalter auftreten (vgl. Tabelle 6.2)²: Dazu zählt bei den

Tabelle 6.1
Rangfolge der häufigsten Krebsneuerkrankungen in Deutschland 2000
Anzahl und Anteil
Quelle: Dachdokumentation Krebs

Krebs-Lokalisation	35–44 Jahre	45–65 Jahre
Frauen		
Weibliche Brustdrüse	3.997 (31,8 %)	21.081 (35,1 %)
Gebärmutterhals	1.868 (14,9 %)	2.183 (3,6 %)
Gebärmutterkörper	224 (1,8 %)	4.040 (6,7 %)
Darm	749 (6,0 %)	7.418 (12,4 %)
Lunge	404 (3,2 %)	3.652 (6,1 %)
Alle	12.576	60.046
Männer		
Lunge	672 (8,9 %)	12.043 (17,6 %)
Mundhöhle u. Rachen	492 (6,5 %)	5.031 (7,4 %)
Prostata		11.766 (17,2 %)
Hoden	1.635 (21,6 %)	
Darm	747 (9,9 %)	10.988 (16,1 %)
Alle	7.561	68.297

¹ Daten zu Krebserkrankungen liegen in Deutschland noch nicht flächendeckend vor. Mithilfe des bevölkerungsbezogenen Krebsregisters Saarland, welches gegenwärtig als einziges vollständige Daten für alle Krebskrankheiten über einen längeren Zeitraum verfügt, führt das RKI regelmäßig Schätzungen für den gesamtdeutschen Raum durch. Die Angaben beziehen sich auf 5-Jahres-Altersklassen ab der Altersgruppe 35 bis unter 40 Jahre.

² Um das Auftreten von Krebserkrankungen bei Frauen und Männern der hier interessierenden Altersgruppen 30 bis 44 Jahre und 45 bis 64 Jahre zu vergleichen, werden im Folgenden die Daten des Krebsregister Saarland für die Jahre 1996 bis 2000 aufgeführt, da diese Angaben eine solche Altersdifferenzierung zulassen; diese Angaben sind allerdings nicht repräsentativ für Deutschland.

Tabelle 6.2

Die häufigsten Krebserkrankungen im Saarland 1996 bis 2000

Anzahl Krebsneuerkrankungen pro 100.000 der Bevölkerung

Quelle: Krebsregister Saarland

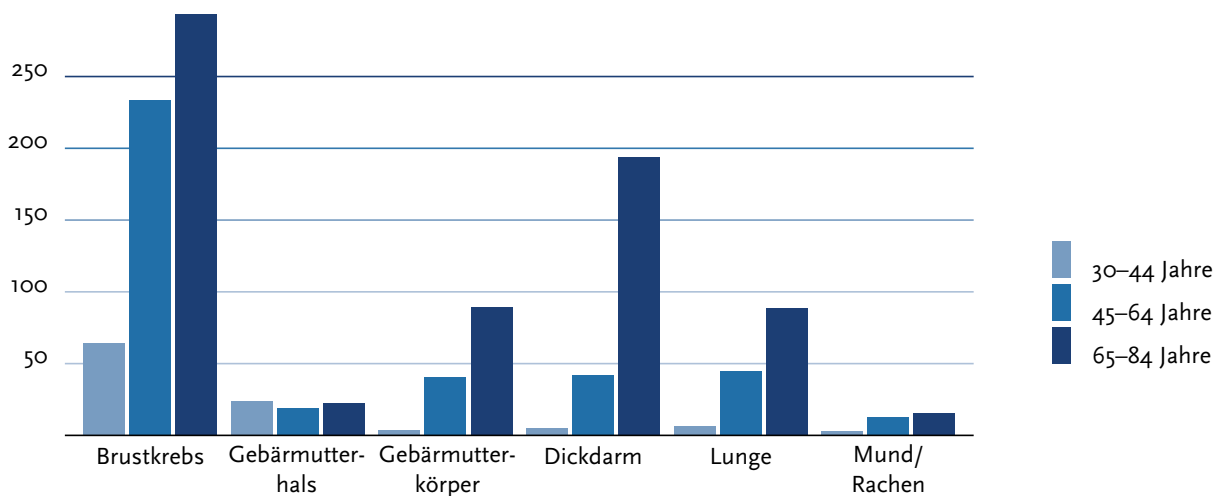
Krebserkrankungen	Frauen			Männer		
	30–44 Jahre	45–64 Jahre	65–84 Jahre	30–44 Jahre	45–64 Jahre	65–84 Jahre
Brustkrebs	64,3	233,4	293,5			
Gebärmutterhals	23,7	18,7	22,5			
Gebärmutterkörper	3,9	40,5	89,4			
Dickdarm	4,8	42,2	193,7	5,5	58,2	235,9
Lunge	6,4	44,8	89,0	9,0	157,1	488,8
Mund-Rachen	2,9	12,6	15,5	11,0	70,8	59,2
Prostata				0,3	111,5	546,2
Hoden				22,9	3,0	1,5

Abbildung 6.1

Bedeutende Krebserkrankungen bei Frauen im mittleren und höheren Lebensalter im Saarland, 1996 bis 2000

Anzahl Krebsneuerkrankungen pro 100.000 der Bevölkerung

Quelle: Krebsregister Saarland



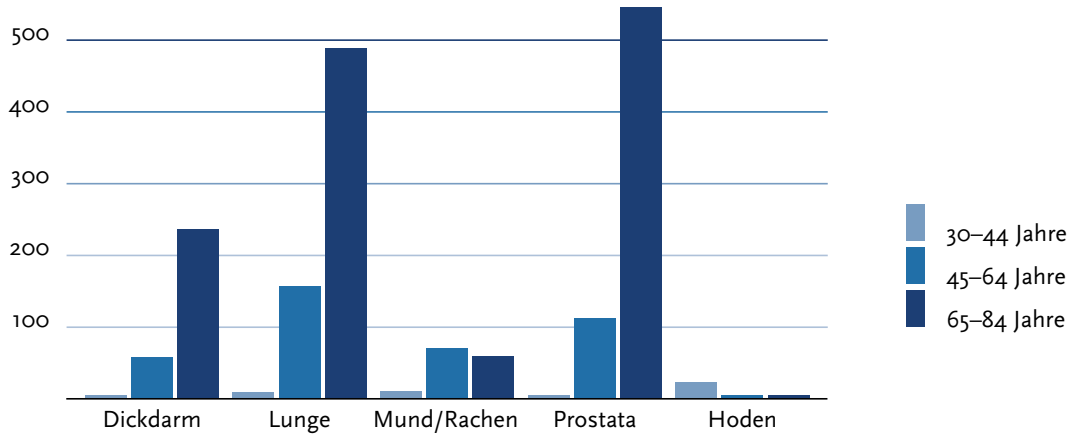
Frauen der Brustkrebs. Vom Gebärmutterhalskrebs sind Frauen vor allem in der ersten Hälfte des mittleren Lebensalters betroffen, während der Krebs am Gebärmutterkörper erst in einem Alter von über 65 Jahren seinen Höchststand erreicht – ähnlich wie der Darmkrebs, der sowohl bei Frauen – ebenso wie Männern – zwar bereits in der zweiten Hälfte des mittleren Lebensalters nicht selten diagnostiziert wird, aber bei den über 65-Jährigen noch wesentlich häufiger auftritt (vgl. Abbildung 6.1).

Männer sind in der ersten Hälfte des mittleren Lebensalters besonders von Hodenkrebs betroffen, eine Erkrankung, die in den Altersgruppen danach kaum mehr auftritt.³ In der zweiten Hälfte des mittleren Lebensalters haben bei Männern Krebserkrankungen der Lunge und der

³ Die geschätzte Anzahl an Neuerkrankungen in Deutschland 2000 beträgt 4.169 (gesamt) bzw. 3.740 (unter 45 Jahre) – das macht 26 % aller Krebsdiagnosen der unter 45-jährigen Männer aus (Dachdokumentation Krebs, RKI).

Abbildung 6.2
Bedeutende Krebserkrankungen bei Männern im mittleren und höheren Lebensalter im Saarland, 1996 bis 2000

Anzahl Krebsneuerkrankungen pro 100.000 der Bevölkerung
 Quelle: Krebsregister Saarland



Prostata die größte Bedeutung. Die Neuerkrankungsrate an Lungenkrebs steigt bei den über 65-Jährigen – im Vergleich zur zweiten Hälfte des mittleren Lebensalters – noch um das 3-Fache an; die Inzidenzrate von Prostatakrebs steigt um fast das 5-Fache, die von Darmkrebs um das Vierfache (vgl. Abbildung 6.2). Bei Frauen, die von Lungenkrebs deutlich weniger betroffen sind als Männer, steigt die Erkrankungsrate bei den über 65-Jährigen um das 2-Fache an. Die Erkrankungsrate an Gebärmutterkrebs steigt um das 2-Fache, die von Darmkrebs um mehr als das 4-Fache.

Bei Frauen liegt das mittlere Erkrankungsalter für Brustkrebs bei 63 Jahren, die relative Fünf-Jahres-Überlebensrate ist für Fälle, die Anfang der 1990er Jahre im Saarland auftraten, mit 78 % recht hoch [142]. Das durchschnittliche Sterbealter liegt im Jahr 2000 in Deutschland für an Brustkrebs verstorbene Frauen mit 70 Jahren im höheren Lebensalter, aber neun Jahre unter dem durchschnittlichen Sterbealter für alle Krankheiten bei Frauen (79,9 Jahre).

Brustkrebs ist eine Erkrankung, die bei Frauen höherer sozialer Schichten häufiger ist als bei Frauen unterer sozialer Schichten [143]. Dieser im Vergleich zu den meisten anderen Erkrankungen »umgedrehte« Sozialschichtgradient wird zum einen darauf zurückgeführt, dass besser gebildete Frauen häufiger zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung gehen (Entdeckungsbias). Zum anderen ist der Anteil kinderloser Frauen oder relativ spät gebärender Frauen in den höheren sozialen Schich-

ten größer (höheres Alter bei erster Geburt, Kinderlosigkeit, kurze Stillperioden, späte Menopause u.a. gelten als Risikofaktor für Brustkrebs, [145]).

Das mittlere Erkrankungsalter für Lungenkrebs liegt höher als das für Brustkrebs und beträgt für Männer 67 und für Frauen 68 Jahre; Lungenkrebs zählt zu den prognostisch ungünstigsten Krebsformen – die relative Fünf-Jahres Überlebensrate ist für beide Geschlechter mit etwa 13 % bei Männern und 14 % bei Frauen ähnlich [144].

Sowohl Frauen als auch Männer sind in der ersten Hälfte des mittleren Lebensalters zwischen 30 und 44 Jahren in erster Linie von Krebserkrankungen betroffen, die mit ihrem biologischen Geschlecht, d. h. mit ihren Reproduktions- bzw. sekundären Geschlechtsorganen zusammenhängen. Bezogen auf die Erkrankungsrate dieser Organe wird deutlich, dass Frauen knapp viermal häufiger betroffen sind als Männer.⁴ Auch in der zweiten Hälfte des mittleren Lebensalters stellen bei den 45- bis 64-jährigen Frauen Brust- und Gebärmutterkrebs die weitaus häufigsten Krebsneuerkrankungen dar, während bei den Männern der Hodenkrebs in dieser Altersgruppe kaum noch eine Rolle spielt und dafür der Prostatakrebs

⁴ Es stehen sich dabei gegenüber: Bei 30- bis 44-jährigen Frauen 23 und 64 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohnerinnen dieser Altersgruppe an Gebärmutterhals- und Brustkrebs sowie knapp 23 Neuerkrankungen an Hodenkrebs bei Männern – der Prostatakrebs spielt in dieser Altersgruppe kaum eine Rolle (vgl. Tabelle 6.2).

bereits die zweithäufigste Krebsneuerkrankung ist; die häufigsten Krebsneuerkrankungen der 45- bis 64-jährigen Männer stellen der in erster Linie auf das Rauchen zurück zu führende Lungenkrebs sowie der Krebs von Mundhöhle und Rachen dar, der ebenso mit Tabak-, aber auch mit Alkoholkonsum in Zusammenhang steht. Krebserkrankungen in der zweiten Hälfte des mittleren Lebensalter sind demnach bei Männern vor allem auf verhaltensbedingte Ursachen zurückzuführen (vgl. Kapitel 5.3.1 und 5.3.2 sowie 8.4), während bei Frauen die Ursachen für Brust- und Gebärmutterkrebs unklarer sind und eher biologische Faktoren diskutiert werden [143, 145]. Für Krebserkrankungen insgesamt zeigt sich seit den 1970er Jahren für Frauen und seit Mitte der 1980er Jahre für Männer eine Verbesserung der Überlebensraten. Die günstigeren Krebsüberlebensraten von Frauen im Vergleich zu Männern lassen sich auf Unterschiede im Krebsspektrum zurückführen: Bei Männern fällt der Anteil von Lungen- und Speiseröhrenkrebs mit ungünstigen Überlebenseaussichten höher aus, während bei Frauen der Anteil von Brustkrebs mit günstiger Prognose höher ausfällt. Die mittleren Überlebenseaussichten von Frauen und Männern mit den gleichen Krebskrankheiten unterscheiden sich mit Ausnahme des Malignen Melanoms der Haut, an

dem Männer früher versterben als Frauen, kaum voneinander (Dachdokumentation Krebs, www.rki.de).

6.2 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems zählen neben den Krebserkrankungen zu den häufigsten Erkrankungen im mittleren Lebensalter; darüber hinaus gehören entsprechende Diagnosen auch zu den häufigsten Todesursachen (vgl. Kapitel 4.1). Besonders der Myokardinfarkt (Herzinfarkt) und chronisch ischämische Herzkrankheiten fallen bereits im mittleren Lebensalter unter die zehn häufigsten Todesursachen in Deutschland (IS GBE). Dabei nimmt die Mortalität mit zunehmendem Alter deutlich zu und ist bei Männern – im Vergleich zu Frauen – um ein Mehrfaches erhöht. Während der Myokardinfarkt bei Männern bereits in der ersten Hälfte der mittleren Lebensjahre eine relativ häufige Todesursache ist, werden die chronisch ischämischen Herzkrankheiten als Todesursache bei Männern ab dem 40. Lebensjahr und bei Frauen erst 15 Jahre später relevant (vgl. Abbildung 6.3 und 6.4).

Die Bedeutung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen spiegelt sich auch in den Krankenhaus-

Abbildung 6.3
Sterbefälle infolge eines Myokardinfarktes bei Frauen und Männern,
30 bis 64 Jahre im Jahr 2002

Anzahl der Sterbefälle je 100.000 der Bevölkerung

Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt

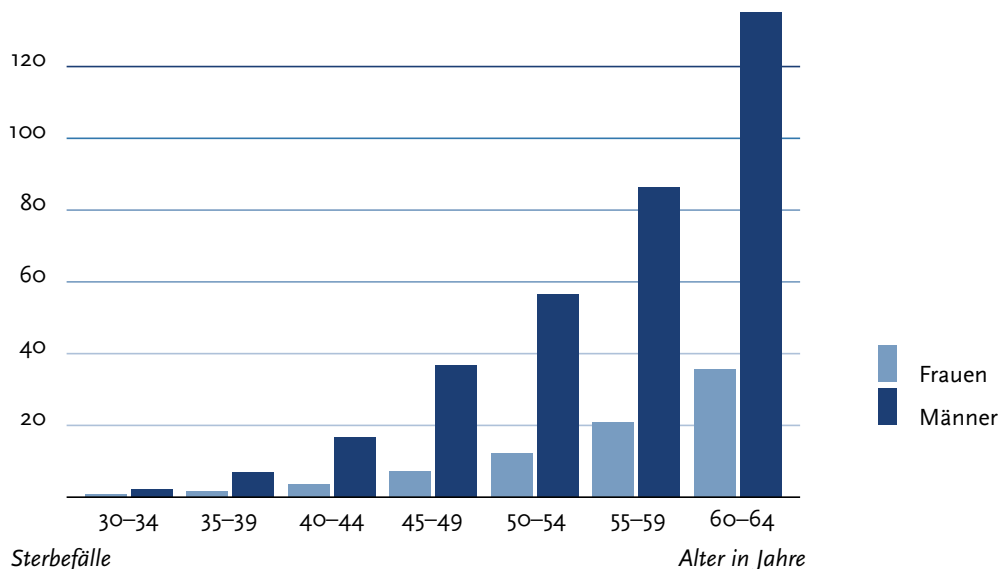
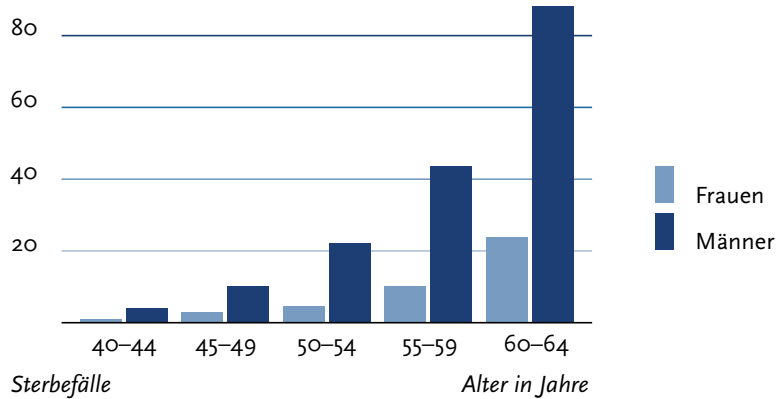


Abbildung 6.4
Sterbefälle infolge chronisch-ischämischer Herzkrankheiten bei Frauen und Männern, 40 bis 64 Jahre im Jahr 2002

Anzahl der Sterbefälle je 100.000 der Bevölkerung

Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt

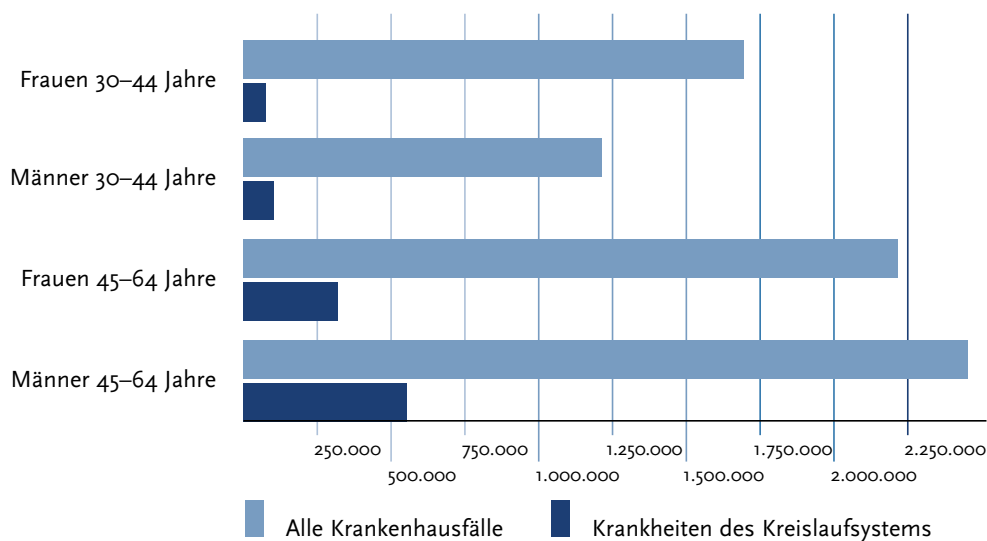


statistiken wider⁵: So entfielen im Jahr 2000 14,2 % aller Krankenhausentlassungsdiagnosen von Patienten und Patientinnen im mittleren Lebensalter auf Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, wobei mehr Männer als Frauen betroffen sind (vgl. Abbildung 6.5). Bereits in der jüngeren Altersgruppe zwischen 30 und 45 Jahren fallen knapp 10 % aller Erkrankungen von Männern

in diese Diagnosegruppe. Bei den 45- bis 64-Jährigen ist fast jede vierte Krankenhausentlassungsdiagnose den »Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems« zuzuordnen, der häufigsten Diagnosehauptgruppe von Männern in dieser Altersgruppe. Bei den Frauen zeichnet sich ein anderes Bild: Zu Beginn des mittleren Lebensalters spielen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine eher unter-

Abbildung 6.5
Anzahl aller Krankenhausentlassungsdiagnosen (einschließlich Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei Frauen) im Verhältnis zur Diagnose »Krankheiten des Kreislaufsystems« nach Geschlecht im Jahr 2000

Quelle: Statistisches Bundesamt



5 Die Krankenhausentlassungsdiagnosen [I62] können auch Mehrfacheinweisungen enthalten und es lässt sich kein Bezug zur Bevölkerung herstellen.

Tabelle 6.3
Krankenhausentlassungsdiagnosen »Krankheiten des Kreislaufsystems« nach Geschlecht,
Altersgruppe 30 bis 65 Jahre im Jahr 2000
Anzahl und Anteil von allen Diagnosen der ICD-10: 100-199
 Quelle: Statistisches Bundesamt

Diagnose	Männer	Frauen
Hypertonie	35.295 (5,4%)	39.393 (10,1%)
Ischämische Herzkrankheiten	293.764 (45,1%)	99.465 (25,6%)
Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes	7.944 (1,2%)	8.221 (2,1%)
Sonstige Formen der Herzkrankheit	113.683 (17,5%)	62.947 (16,2%)
Zerebrovaskuläre Krankheiten	59.683 (9,2%)	36.764 (9,5%)
Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	58.886 (9,0%)	19.212 (4,9%)
Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße, der Lymphknoten	81.604 (12,5%)	123.029 (31,6%)

geordnete Rolle; mit zunehmendem Alter steigt jedoch auch bei Frauen die Zahl der entsprechenden Diagnosen an. Bei Frauen über 65 Jahren werden dann Krankenhausentlassungsdiagnosen aus der Gruppe der »Herz-Kreislauf-Erkrankungen« am häufigsten gestellt – für jede vierte Frau aus dieser Altersgruppe.

Wie bereits anhand der Mortalitätsdaten deutlich wurde, zeigt sich die Altersabhängigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der steigenden Prävalenz dieser Erkrankung mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern; darüber hinaus erkranken Frauen erst circa zehn Jahre später als Männer. Als Ursachen werden hier unter anderem ein potenzieller Schutz durch Östrogene – eine allerdings umstrittene These – und das geringere gesundheitsriskante Verhalten von Frauen (insbesondere Rauchen) diskutiert [146]. Bei den über 65 Jahre alten Frauen und Männern gleichen sich die Morbiditäts- und Mortalitätsraten an.

Wie die Krankenhausentlassungsdiagnosen ebenfalls zeigen, lassen sich innerhalb der Krankheiten des Kreislaufsystems geschlechtsspezifische Muster aufzeigen (vgl. Tabelle 6.3). So werden Männer im mittleren Lebensalter häufiger als Frauen wegen einer ischämischen Herzkrankheit – hierzu zählt der akute Myokardinfarkt – und aufgrund von Krankheiten der Arterien, hier vor allem an Arteriosklerose (»Verkalkung« der Blutgefäße), behandelt. Dagegen werden mehr Frauen als Männer an Hypertonie (Bluthochdruck), an pulmonaler Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufs – hierzu zählt die Lungenembolie –

sowie an Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten stationär versorgt.

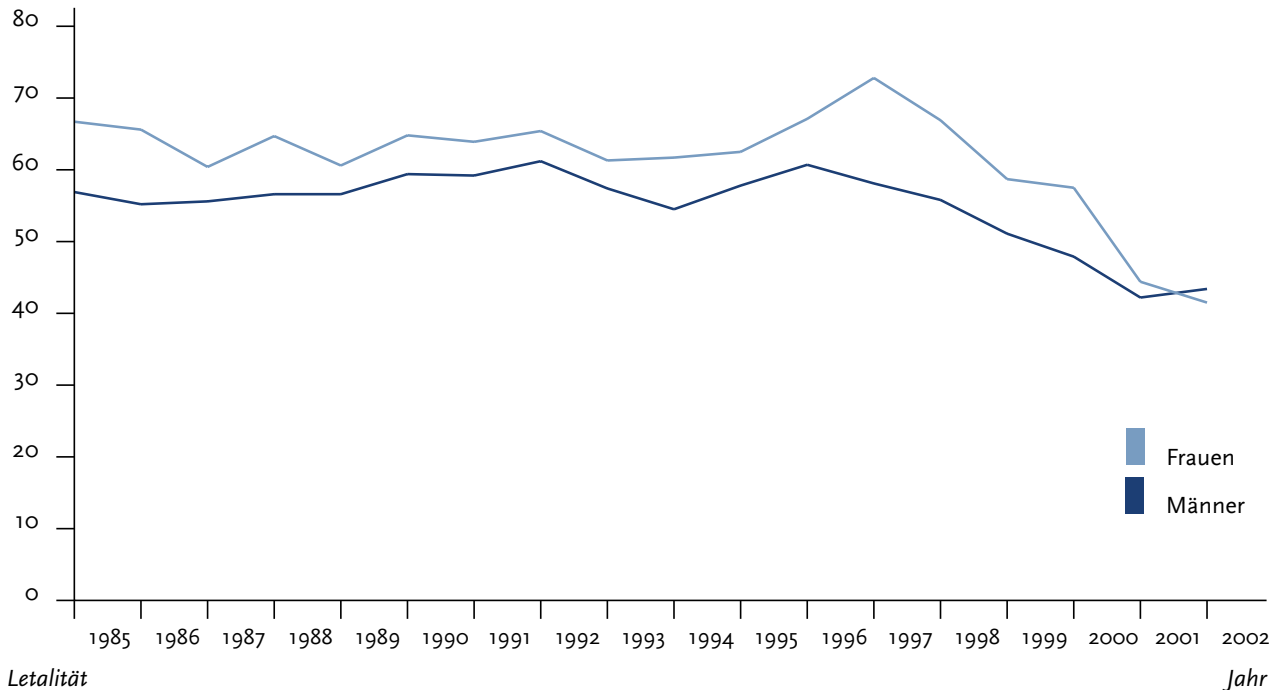
Betrachtet man die Folgen der Krankheiten des Kreislaufsystems – im Besonderen den akuten Myokardinfarkt – unter dem geschlechterspezifischen Blickwinkel, fällt auf, dass bis zum Jahr 2001 proportional mehr Frauen als Männer an den Folgen der Erkrankung starben. Dem Herzinfarktregister Augsburg ist zu entnehmen, dass in den ersten 28 Tagen nach Auftreten eines Herzinfarktes (28-Tage-Letalität) im Jahr 2000 noch 1,2mal mehr Frauen als Männer starben. Seit 2002 hat sich die 28-Tage-Letalität der Frauen der der Männer angeglichen. Die Übersterblichkeit der Frauen in den ersten 28 Tagen nach dem koronaren Ereignis war ein Phänomen, das über einen Zeitraum von zwanzig Jahren zu beobachten war (vgl. Abbildung 6.6). Die Übersterblichkeit betraf vor allem jüngere Frauen, während sich im höheren Lebensalter Frauen und Männer hinsichtlich der Letalität nicht unterschieden – vermutlich, weil die Symptome bei jungen Frauen noch mehr als bei älteren Frauen fehlgedeutet werden. Auffällig ist auch, dass die Herzinfarkttraten bei Männern rückläufig sind, während sie bei Frauen konstant geblieben sind – dies wird mit der Zunahme und dem früheren Beginn des Zigarettenrauchens bei Frauen in Verbindung gebracht.

Die Befunde zur 28-Tage-Übersterblichkeit der Frauen sollten aber nicht aus dem Blick geraten lassen, dass diese vor dem Hintergrund des durchschnittlich 2,1-fach höheren Morbiditätsrisikos und 1,8-fach höheren Mortalitätsrisikos an

Abbildung 6.6

28-Tage-Letalität nach Herzinfarkt in Augsburg je 100.000 der Bevölkerung, nach Geschlecht und altersstandardisiert (Alter: 25 bis 74 Jahre), zwischen 1985 und 2002

Quelle: KORA Herzinfarktregister Augsburg, IS GBE



Herzinfarkt der Männer zu beurteilen sind; bei Männern im Alter von 45 bis 49 Jahren ist das Mortalitätsrisiko nach Auswertungen des Augsburger Herzinfarktregisters sogar 9,4-fach und das Mortalitätsrisiko 6,3-fach höher.

Die Übersterblichkeit bei Frauen nach einem akuten koronaren Ereignis betraf vor allem die Prä-hospitalphase. Als Grund wird angeführt, dass die Risikowahrnehmung in Bezug auf einen akuten Herzinfarkt insbesondere bei jüngeren Frauen nicht so ausgeprägt zu sein schien und deshalb ärztliche Hilfe häufig zu spät gerufen wurde. Die Wahrnehmung einer Herzerkrankung bei Frauen wird darüber hinaus noch durch eine Begleitsymptomatik verschleiert, die sich von den »klassischen« Herzinfarktsymptomen unterscheidet, wie Übelkeit, Erbrechen und Schmerzen im Schulter- und Rückenbereich, die häufiger bei Frauen als bei Männern auftreten [2, 146, 147]. Hier wird deutlich, dass bislang in der Diagnostik von einem männlichen Normmodell ausgegangen wurde und die Symptome von Frauen als »atypisch« bewertet wurden. Erst langsam setzt sich in der medizinischen Versorgung die Erkenntnis durch, dass die Pathophysiologie eines Herzinfarktes geschlechtsspezifische Muster aufweist, die getrennt bewertet

werden müssen, um auf der Versorgungsebene geschlechterangemessen reagieren zu können. Hinzu kommt, dass Frauen zwischen 45 und 64 Jahren häufiger allein leben, so dass seltener eine andere Person den Notarzt bzw. Notärztin rufen kann [148]. Die aktuell zu beobachtende Angleichung der Letalität deutet darauf hin, dass bereits eine verbesserte Aufmerksamkeit gegenüber dem Herzinfarkt bei Frauen – zumindest in der Studienregion Augsburg – besteht.

Aus der Analyse von verschiedenen Studien zu Risikofaktoren und zur Symptomatik von Herz-Kreislauf-Erkrankungen erklären Dehler und Bisig [149] die geschlechterspezifischen Erkrankungs- und Diagnoseprofile damit, dass Frauen und Männer unterschiedliche Risikofaktoren und unterschiedlichen Krankheitsverläufe aufweisen; Frauen leiden vor einem Herzinfarkt häufiger an Hypertonie und Diabetes mellitus, bei Männern scheint das Rauchen der größte Risikofaktor für einen Herzinfarkt zu sein. Wie bereits beschrieben ist die Symptomatik bei Herzinfarkt ebenfalls geschlechterspezifisch ausgeprägt: Frauen berichten häufiger als Männer über Übelkeit und Erbrechen, Magenbeschwerden, Rücken- und Nackenschmerzen – neben den Symptomen

wie Schmerzen im Brustraum, die von beiden Geschlechtern angegeben werden [146]. Warum die Prävalenz der Frauen erst in einem höheren Alter zunimmt und dann annähernd gleich hoch ist wie die der Männer, ist nicht abschließend geklärt. In der Literatur werden die weiblichen Geschlechtshormone als wichtige Schutzfaktoren angeführt, die mit dafür verantwortlich sein sollen, dass Frauen erst in und nach der Menopause häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen leiden. Die Wirkweise der Geschlechtshormone in Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist jedoch sehr komplex und die tatsächliche Schutzfunktion der Geschlechtshormone ist noch nicht hinreichend geklärt [147].

6.3 Psychische Erkrankungen

Psychische Störungen sind ein wesentlicher Faktor für die Beeinträchtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität; sie bestimmen zudem in erheblichem – und häufig unterschätztem Maße – das Morbiditätsgeschehen im Erwachsenenalter. Alle zur Verfügung stehenden Datenquellen zeigen, dass Frauen von zahlreichen psychischen Erkrankungen häufiger betroffen sind als Männer (vgl. Kapitel 4; [150]). So geben Frauen in Befragungsstudien häufiger an, jemals psychisch erkrankt gewesen zu sein, und auch als Anlass für Krankenhausaufenthalte spielen psychische Erkrankungen eine erhebliche Rolle: Vor allem in der jüngeren Altersgruppe (30 bis 44 Jahre) stellen psychische und Verhaltensstörungen eine der Hauptdiagnosen für Krankenhausaufenthalte dar. Im Jahr 2000 wurden 115.616 Frauen (das entspricht 6,8 % aller Krankenhausfälle inklusive Aufhalten im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) und 195.954 Männer (16,2 % aller Krankenhausfälle) mit dieser Diagnose entlassen. In der älteren Gruppe (45 bis 64 Jahre) erfolgten 4,9 % der Krankenhausfälle der Frauen und 5,8 % der Krankenhausfälle der Männer mit der Diagnose »Psychische und Verhaltensstörungen« (vgl. Kapitel 7.2). Bei der Beurteilung dieser Befunde ist eine weitere Differenzierung notwendig, da die jeweils zugrunde liegenden Diagnosen (F00-F99) zu einem breiten Krankheitsspektrum gehören, das z. B. neben affektiven und Persönlichkeitsstörungen auch psychische

und Verhaltensstörungen durch Alkohol umfasst. Mit Blick auf die gesamte Diagnosegruppe F00-F99 lässt sich festhalten, dass Frauen häufiger als Männer unter psychischen Erkrankungen leiden.

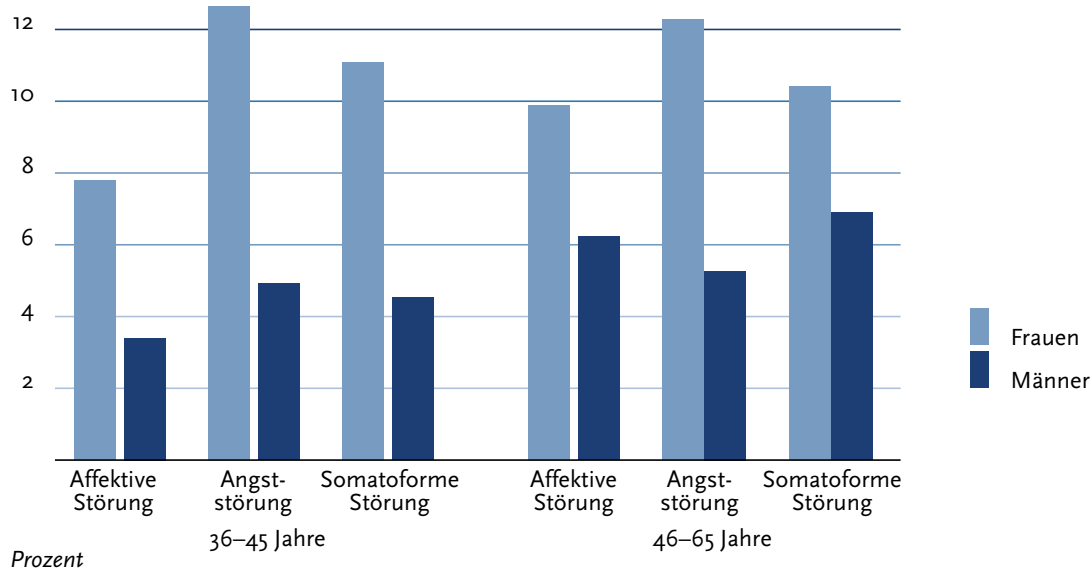
Die höhere Betroffenheit von Frauen durch psychische Erkrankungen spiegelt sich auch in den Daten zur Arbeitsunfähigkeit und den Frühberentungen wider: So standen psychische und Verhaltensstörungen im Jahr 2002 bei Frauen an fünfter und bei Männern an sechster Stelle der Diagnosen für Arbeitsunfähigkeit (siehe Kapitel 4.3.1). Für Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Jahr 2002 gilt, dass Renten aufgrund psychischer Erkrankungen mit 36 % bei Frauen die Hauptursache für eine Frühberentung ausmachen, während diese bei Männern mit 23 % an allen Rentenzugängen nach Krankheiten des Bewegungsapparates an zweiter Stelle liegen (siehe Kapitel 4.3.2). Auch in Bezug auf den Konsum psychotroper Medikamente zeigt sich, dass Frauen im mittleren Lebensalter Psychopharmaka, Beruhigungs- und Schlafmittel bis zu dreimal häufiger einnehmen als Männer; Antidepressiva stehen in der Rangliste der häufigsten Verordnungen bei 30- bis 64-jährigen Frauen an sechster Stelle, während diese bei Männern nicht unter den 10 häufigsten Arzneimittelverschreibungen auftauchen (vgl. Kapitel 5.3.5).

Die 4-Wochen-Prävalenz einer diagnostisch abgesicherten psychischen Störung beträgt bei 36- bis 45-jährigen Männern 10 %, bei gleichaltrigen Frauen 23 % – womit bei Frauen mehr als doppelt so häufig als bei Männern eine psychische Erkrankung diagnostiziert wird ([151]; siehe hierzu auch [68] für repräsentative Daten der Region Lübeck).⁶ In der Altersgruppe der 46- bis 65-jährigen liegen die Prävalenzraten mit 14 % bei den Männern und 23 % bei den Frauen noch höher (OR=1,88). Die drei häufigsten Erkrankungen sind affektive Störungen (z. B. Depression), Angststörungen (z. B. Agoraphobie, Panikstörung, Zwangsstörung) sowie somatoforme Störungen. Unter den genannten Störungsformen leiden Frauen häufiger als Männer; besonders deutlich fällt das Geschlechterungleichgewicht bei den Angststö-

6 Der Zusatzsurvey »Psychische Störungen« des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 gibt erstmals umfassend Auskunft über die Prävalenz und das Spektrum psychischer Erkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland [151]

Abbildung 6.7
Geschlechtsspezifische Prävalenzraten psychischer Erkrankungen
nach Altersgruppe

Quelle: [151]



rungen aus: Hiervon sind in der jüngeren Altersgruppe Frauen 2,8-mal, in der älteren Altersgruppe 2,5-mal häufiger betroffen (vgl. Abbildung 6.7).

Während Frauen von den drei zuvor genannten Störungen häufiger betroffen sind als Männer, dreht sich das Geschlechterverhältnis bei den Substanzstörungen (Missbrauch oder Abhängigkeit) um: Männer zeigen häufiger Symptome eines Substanzmissbrauchs bzw. einer Abhängigkeit, insbesondere Alkohol, als Frauen. Eine Ausnahme bilden Missbrauch und Abhängigkeit von Sedativa, Hypnotika und Anxiolytika, die bei Frauen häufiger sind. Auch paranoide, schizoide und antisoziale Persönlichkeitsstörungen sind bei Männern häufiger als bei Frauen [41].

Die Ursachen für die Geschlechterunterschiede sind vielfältig und jeweils störungsspezifisch zu diskutieren [150]: In der Regel interagieren personale und soziale Faktoren miteinander; die diskutierten Ursachen reichen von biologischen Faktoren (z. B. genetische Disposition bei unipolarer Depression) über die Wirkung von Geschlechtsstereotypen in der Diagnostik (z. B. Etikettierung von nicht Geschlechtsrollen angemessenem Verhalten als »auffällig«) bis hin zum Einfluss geschlechtsspezifischer Sozialisationserfahrungen und Lebensbedingungen (z. B. chronische Belastung von Frauen als Risikofaktor für Depression). Obwohl die Geschlechtsunterschiede

seit langem bekannt sind, sind die dahinter liegenden Einflussfaktoren noch nicht gut erforscht. Wie Klose und Jacobi [152] zeigen, haben soziodemografische Faktoren zwar einen Einfluss, sie wirken aber nicht differenziell und können somit nicht zur Erklärung der Unterschiede beitragen. Auch methodische Aspekte sind relevant, wie Franke und Kämmerer [41] aufzeigen: So sind die hinter den Prävalenzschätzungen für Schizophrenie stehenden empirischen Studien durch ein Übergewicht (oversampling) männlicher Untersuchungsteilnehmer gekennzeichnet, das zu einer Unterschätzung der Prävalenz in der weiblichen Bevölkerung führen kann. Zudem basieren Angaben zum Geschlechterverhältnis häufig auf klinischen und nicht auf Bevölkerungsstichproben. Da nicht davon ausgegangen werden kann, dass ein Behandlungsbedarf bei Frauen und Männern gleichermaßen erkannt wird und die Geschlechter sich zudem im Hilfesuchverhalten unterscheiden, ist von geschlechtsbezogenen Verzerrungen auszugehen (vgl. Kapitel 8.2 und 8.4).

Im Zusammenhang mit psychischen Störungen ist auch die Frage geschlechterangemessener Versorgung relevant. Legt man die Zwölf-Monats-Prävalenz zugrunde, lässt sich für die Erwachsenenbevölkerung (18 bis 65 Jahre) festhalten, dass 32,1% die Kriterien für mindestens eine psychische Störung erfüllen. Lediglich 36% der Betrof-

fenen sind deswegen in Behandlung, auch weil bei einem Teil der Stichprobe im Rahmen des Surveys erstmals eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde [153]. Je nach Störungsform lassen sich dabei unterschiedliche Behandlungsquoten ermitteln: Sie liegen für die Abhängigkeitserkrankungen mit 29 % am niedrigsten, bei den affektiven Störungen mit 50 % am höchsten. Die Gründe für diese störungsspezifische Unterversorgung sind unklar.

6.4 Unfälle, Suizide und Gewalt

Beim Vergleich der Haupttodesursachen von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter werden bereits signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern deutlich, die sich auf die so genannten äußeren Ursachen beziehen: Dahinter stehen z. B. Unfälle mit Todesfolge und Suizide (vgl. Kapitel 4.1). Auch weitere Daten zeigen, dass die Unterschiede zwischen den Geschlechtern beträchtlich sind: Männer erleiden häufiger Unfälle im Zusammenhang mit ihrer Erwerbsarbeit als Frauen; Frauen sind häufiger von häuslichen Unfällen betroffen. So ist der Anteil an Arbeitsunfähigkeitsfällen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen bei den erwerbstätigen Männern fast doppelt so hoch wie bei den erwerbstätigen Frauen (vgl. Kapitel 4.3). Der Geschlechtsunterschied zeigt sich auch bei Straßenverkehrsunfällen⁷, fatalerweise bei denen mit Todesfolge; dies ist ein Hinweis darauf, dass bei Männern Unfälle bzw. Verletzungen schwerwiegender verlaufen als bei Frauen – in die gleiche Richtung könnten auch die höheren Anteile an Arbeitsunfähigkeitsfällen, Krankenhausentlassungsdiagnosen und Pflegebedürftigkeit interpretiert werden.

Die Geschlechtsunterschiede bei den Suiziden sind ebenfalls prägnant: Es sterben etwa dreimal so viele Männer wie Frauen infolge eines Suizides, während nahezu zwei Drittel aller Suizidversuche von Frauen unternommen werden. Im Gegensatz dazu sind die gesundheitlichen Folgen von Gewalt bei Frauen in den mittleren Lebensjahren deutlich häufiger und schwerwiegender als bei Männern.

6.4.1 Unfälle in der Arbeitswelt, im Straßenverkehr, in Heim und Freizeit

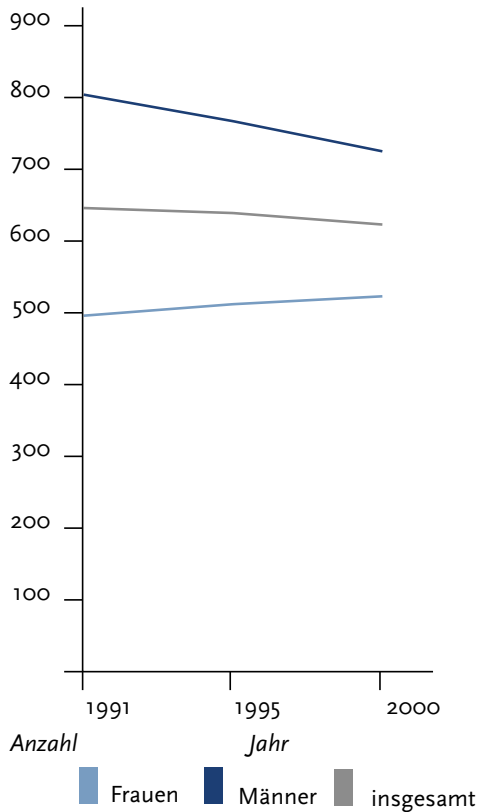
Die Befunde zum Arbeitsunfallgeschehen zeigen, dass Männer unter deutlich riskanteren Arbeitsbedingungen arbeiten als Frauen: 78 % der Arbeitsunfälle entfallen auf männliche Beschäftigte [154]. Auch die Auswertung der Unfallstatistik zeigt, dass der Anteil der Arbeitsunfälle bei 40- bis 65-jährigen Männern mit 35,3 % fast doppelt so hoch ist wie bei den Frauen (19,1 %; Mikrozensus 1999). Der hohe Anteil der Männer an den Arbeitsunfällen lässt sich auf die hohe Bedeutung bestimmter Wirtschaftszweige zurückführen, die durch einen hohen Männeranteil gekennzeichnet sind, vor allem im Bau- und Metall verarbeitenden Gewerbe.⁸

Betrachtet man die nach Geschlecht ausgewerteten Straßenverkehrsunfälle aus dem Jahr 2000, so zeigt sich, dass Männer häufiger Unfälle erleiden als Frauen: Von den insgesamt knapp 512.000 Verletzten und Getöteten im Straßenverkehr sind 57 % Männer und 43 % Frauen. Bezogen auf die Einwohnerzahlen verunglückten 725 Männer und 523 Frauen je 100.000 Einwohner/innen [156]. Die Anzahl an Verunglückten sinkt in Deutschland zwar insgesamt kontinuierlich ab; bezogen auf 100.000 Einwohner bzw. Einwohnerinnen zeigt sich aber, dass ein Rückgang nur bei den Männern und nicht bei den Frauen zu beobachten ist – im Gegenteil: Der Anteil verunglückter Frauen ist seit 1991 leicht angestiegen (vgl. Abbildung 6.8). Die Anzahl der Getöteten unter den Verletzten ist in diesem Zeitraum ebenfalls gesunken und zwar sowohl bei Männern – von 22 auf 14 pro 100.000 Einwohner als auch bei Frauen von 7 auf 5 pro 100.000 Einwohnerinnen [156].

⁷ Bei Angaben aus der Straßenverkehrsunfallstatistik ist zu berücksichtigen, dass nur polizeilich gemeldete Unfälle und solche mit Fahrverkehr (keine Unfälle mit Fußgängern) in die Statistik eingehen, was zu einer Untererfassung führt. Die Befragungsergebnisse des Mikrozensus, die sich allerdings nur auf einen Monat (April 1999) beziehen, zeigen einen prozentual höheren Anteil und eine höhere Gesamtzahl von Verkehrsunfällen bei Frauen als bei Männern (Mikrozensus 1999).

⁸ Leider lassen sich nur oberflächliche Geschlechtervergleiche durchführen, da zahlreiche Statistiken zum Arbeitsunfallgeschehen nicht nach Geschlecht differenzieren; siehe z. B. »Gesundheitsschutz in Zahlen« [154].

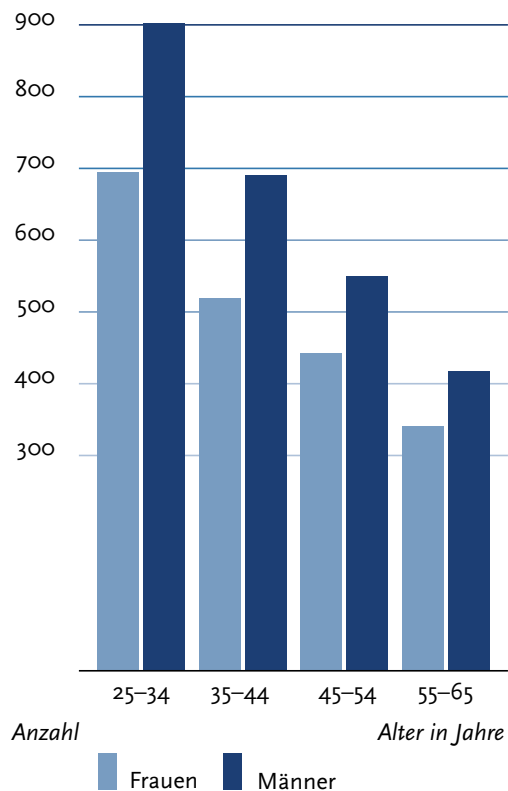
Abbildung 6.8
Anzahl verunglückter Männer und Frauen je 100.000 der Bevölkerung in den Jahren 1991, 1995 und 2000
Quelle: [156]



Sowohl Männer als auch Frauen sind in jungen Jahren am stärksten unfallgefährdet; mit zunehmendem Alter verringert sich mit dem Unfallrisiko im Straßenverkehr auch der Geschlechterunterschied (vgl. Abbildung 6.9).

Der überwiegende Teil aller Unfälle im Straßenverkehr hängt mit der Nutzung von motorisierten Fahrzeugen zusammen. So verunglückten im Jahr 2000 knapp 76 % aller verunfallten Frau-

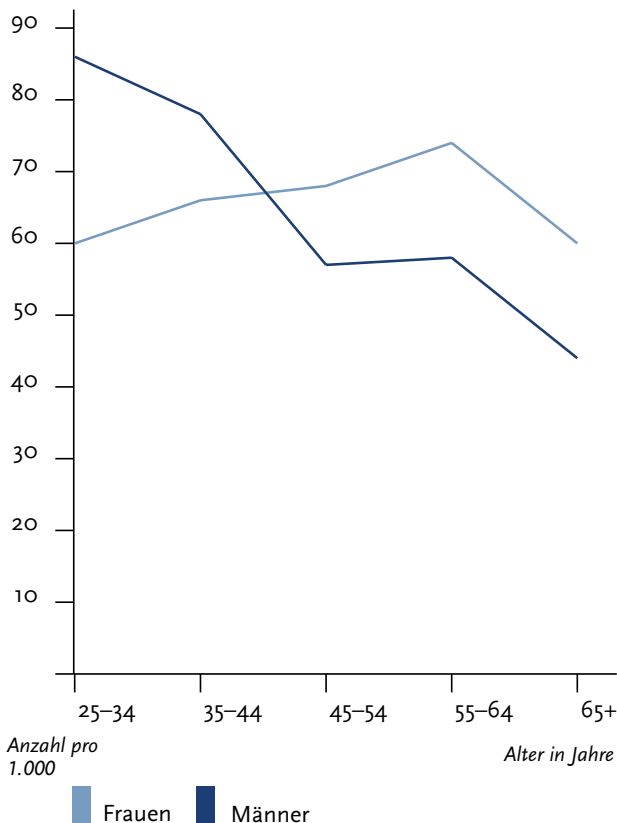
Abbildung 6.9
Anzahl verunglückter Frauen und Männer im Straßenverkehr je 100.000 der Bevölkerung im Alter zwischen 25 und 65 Jahren im Jahr 2000
Quelle: Statistisches Bundesamt



en und 72 % der Männer mit dem PKW/Motorrad; bei den PKW-Unfällen ist fast jede zweite Frau aber nur jeder vierte Mann als MitfahrerIn bzw. Mitfahrer betroffen. Männer verunfallen in PKWs also ganz überwiegend als Fahrer – sie besitzen auch eher ein Auto als Frauen: 61 % der Männer aber nur 47 % der Frauen verfügen ständig über einen PKW [156].⁹

⁹ Auch fahren Frauen als Hauptnutzerinnen eines Autos weniger als Männer: Unter denjenigen, die jährlich weniger als 5.000 km fahren, beträgt ihr Anteil mit 52 % etwas mehr als die Hälfte – unter denen, die jährlich mehr als 25.000 km fahren sind dagegen weniger als ein Drittel Frauen vertreten [121].

Abbildung 6.10
Anzahl verunfallter Frauen und Männer in Heim und Freizeit pro 1.000 der Bevölkerung, im Alter zwischen 25 bis 65 Jahre und älter im Jahr 2000
 Quelle: [157]



Analysen zur Unfallverursachung zeigen, dass Männer als PKW-Fahrer häufiger die Hauptschuld an einem Unfall tragen als Frauen (55 % gegenüber 51 %); dies gilt für alle Altersgruppen bis unter 55 Jahre – danach ist der Anteil der PKW-Fahrerinnen als Hauptverursacherinnen von Unfällen höher als bei den Männern. Insgesamt sind die von Autofahrerinnen verursachten Unfälle weniger folgenschwer. So kommen beispielsweise auf 1.000 Unfälle mit Personenschäden, die Frauen als PKW-Fahrerinnen verursachen, zwölf getötete und 235 schwer verletzte Personen – bei Männern als Hauptverursacher werden 23 Personen getötet und 266 schwer verletzt [156]. Männer riskieren demnach durch unangepasstes Fahrverhalten nicht nur ihr eigenes Leben, sondern auch das anderer. Das häufigste Fehlverhalten, welches im Straßenverkehr zu Unfällen führt, ist eine nicht angepasste Geschwindigkeit – dies trifft als Unfallursache bei 15 % der Unfall verursachenden Auto-

fahrer und bei 11 % der Autofahrerinnen zu. Frauen verursachen auch seltener Unfälle unter Alkoholeinfluss als Männer (1 % gegenüber 5 %) und seltener durch riskante Überholmanöver (2 % gegenüber 3 %); dagegen werden von Autofahrerinnen eher Vorfahrtsfehler und Fehler beim Abbiegen und Wenden gemacht (12 % bzw. 11 % gegenüber 11 % bzw. 10 %) [156].

Wesentlich mehr Unfälle als im Straßenverkehr kommen im Bereich Heim und Freizeit vor. So ereigneten sich im Jahr 2000 hochgerechnet 5,36 Millionen Unfallverletzungen in Heim und Freizeit, die mit einem Arztbesuch verknüpft waren. Betroffen waren dabei 51,8 % Männer und 48,2 % Frauen [157]. Nimmt man die Unfallquoten (Unfälle pro 1000 Einwohner bzw. Einwohnerinnen) im mittleren Lebensalter in den Blick, zeigt sich, dass bei den über 45-Jährigen die Quote der verunfallten Frauen über der Quote der Männer liegt; während bei Männern mit zunehmendem Alter die Quote der Verunfallten kontinuierlich sinkt, steigt sie bei Frauen zunächst an und sinkt erst ab dem 65. Lebensjahr ab (vgl. Abbildung 6.10).¹⁰

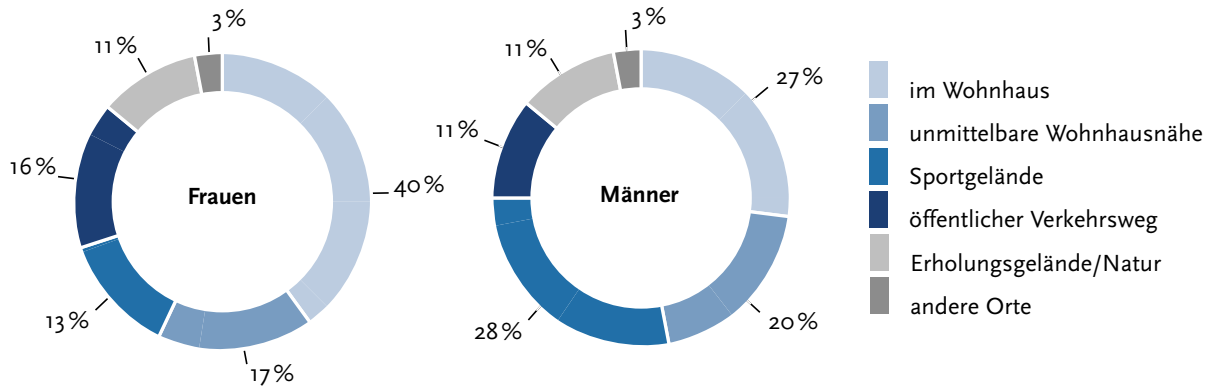
Die durchschnittliche Unfallquote der Gesamtbevölkerung beträgt für Männer 69 und für Frauen 61 Unfälle pro 1000 Einwohner bzw. Einwohnerinnen. Daraus ergibt sich, dass Frauen im mittleren Lebensalter von Unfällen in Heim und Freizeit überdurchschnittlich häufig betroffen sind, während die Unfallquoten der Männer nach dem 45. Lebensjahr deutlich unter dem Durchschnitt liegen. Die von Kreileder und Holeczek [157] geäußerte Vermutung, dass Männer in Heim und Freizeit insgesamt häufiger risikoträchtige Tätigkeiten ausüben als Frauen, kann für das mittlere Lebensalter daher nicht gelten.

¹⁰ Die Daten über Unfälle in Heim und Freizeit beziehen sich auf Altersgruppen in 10-Jahresschritten ab dem 15. Lebensjahr und können demnach nicht speziell für die 30- bis 44- bzw. 45- bis 64-Jährigen dargestellt werden.

Abbildung 6.11
Unfallort bei Heim- und Freizeitunfällen von Frauen und Männern,
alle Altersgruppen im Jahr 2000

Unfälle: Männer N = 1.822, Frauen N = 1.697

Quelle: [157]



Bezüglich des Unfallortes unterscheiden sich Frauen und Männer aller Altersgruppen deutlich: Während Frauen vor allem im Wohnhaus und in dessen unmittelbarer Umgebung verunfallen, ziehen sich Männer sowohl auf dem Sportgelände als auch im Wohnhaus Verletzungen zu (vgl. Abbildung 6.11).

Die Unterschiede bezüglich des Unfallortes in Heim und Freizeit können als Ausdruck geschlechtsspezifischer Rollenmuster gedeutet werden. Die Erwerbsquoten von Frauen sind niedriger, sie verbringen mehr Zeit mit Hausarbeit und unbezahlter Arbeit und halten sich damit häufiger im Haus auf. Dass Männer eher sportlich aktiv sind als Frauen, wurde bereits an anderer Stelle ausgeführt (vgl. Kapitel 5.3.4) – somit steigt auch ihr Risiko, sich im Zusammenhang mit der Sportausübung zu verletzen.

6.4.2 Suizide

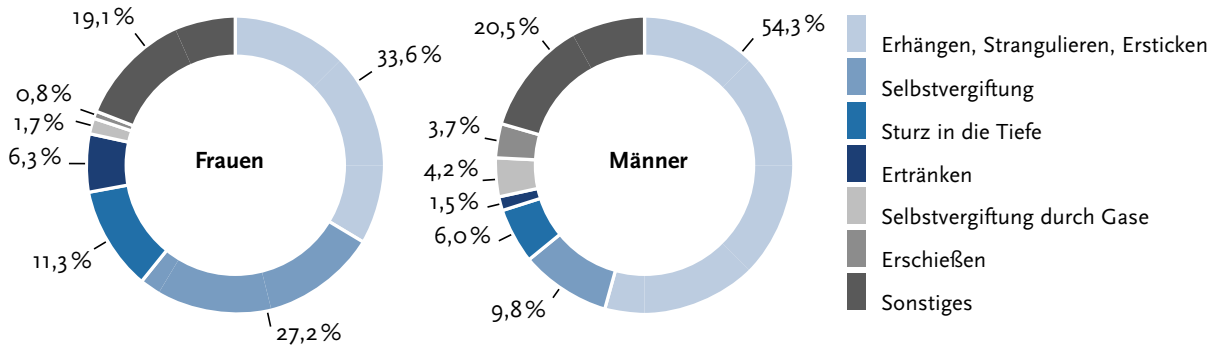
Während der Anteil der Verkehrsunfälle an den äußeren Todesursachen bei Frauen und Männern bei etwa 22 % liegt, sind vorsätzliche Selbstbeschädigungen etwa doppelt so bedeutsam: Ihr Anteil liegt in beiden Altersgruppen der mittleren Lebensjahre und bei beiden Geschlechtern bei etwa 45 %. Im Jahr 2001 verübten 5.036 Männer (28 Männer pro 100.000 Einwohner) und 1.510 Frauen (9 Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen) in der Altersgruppe zwischen 30 und 65 Jahren einen Suizid. Bei diesen Angaben sind nur die

»offiziellen« Suizide berücksichtigt, Angaben zu verdeckten Suiziden (z. B. durch beabsichtigte KFZ-Unfälle oder den so genannten »Goldenen Schuss« bei Drogentoten) liegen nicht vor. Die Suizidraten sind in den vergangenen 40 Jahren konstant zurückgegangen, bei den Frauen stärker als bei den Männern [158].

Dem Geschlechterverhältnis von etwa 3:1 verübten Suiziden steht die Schätzung gegenüber, dass etwa zwei Drittel der Suizidversuche von Frauen verübt werden. Zuverlässige Zahlen liegen hier aufgrund der hohen Dunkelziffer und der zum Teil kontroversen Definition von Suizidversuchen nicht vor [158]. Der Frauenanteil an den Suizidversuchen wird vor allen Dingen in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre als besonders hoch geschätzt, danach nähern sich die Geschlechter an. Dies wird unter anderem darauf zurückgeführt, dass die Suizidmethoden der Frauen mit zunehmendem Alter »härter« und damit »zuverlässiger« werden.

Frauen und Männer unterscheiden sich hinsichtlich der Suizidmethoden. Die häufigste Methode bei »erfolgreichen« Suiziden ist bei beiden Geschlechtern das Erhängen, das von 54,3 % der Männer und 33,6 % der Frauen praktiziert wird, die zweithäufigste die Selbstvergiftung mit Arzneimitteln oder anderen Substanzen (27,2 % der Frauen, aber nur 9,8 % der Männer). An dritter Stelle steht bei beiden Geschlechtern der Sturz in die Tiefe, der anteilmäßig von doppelt so vielen Frauen wie Männern verübt wird (11,3 % Frauen gegenüber 6,0 % Männer). Die weiteren Todesur-

Abbildung 6.12
Suizidmethoden von Frauen und Männern,
Altersgruppe 30 bis 65 Jahre im Jahr 2001
 Anteil an allen Suiziden
 Quelle: [27]



sachen sind von geringerer Bedeutung, insbesondere die als geschlechtsstereotyp wahrgenommene Methode des Erschießens (3,7% Männer, 0,8% Frauen) und das Aufschneiden der Pulsadern, das in der Todesursachenstatistik aufgrund der geringen Bedeutung nicht gesondert aufgeführt wird (vgl. Abbildung 6.12).

6.4.3 Gewalt

Den neuesten Studien über Gewalt gegen Frauen und Männern zufolge bestätigt sich, dass beide Geschlechter unterschiedlich von Gewalt betroffen sind. Bereits im Frauengesundheitsbericht [2] wird dargestellt, dass unter den Männern vor allem die 16- bis 20-Jährigen Gewalterfahrungen machen, während Frauen diese überwiegend im mittleren Lebensalter, zwischen 30 bis 50 Jahren erleben. Als zentrale Gewaltformen werden körperliche, sexuelle und psychische Gewalt unterschieden.

Für Frauen liegen Daten zu Gewaltprävalenzen vor, denen zufolge rund 40% aller 16- bis 85-jährigen Frauen mindestens einmal in ihrem Leben entweder körperlicher oder sexueller Gewalt bzw. beiden Gewaltformen ausgesetzt waren; sie erfahren Gewalt überwiegend durch aktuelle oder ehemalige (männliche) Beziehungspartner im häuslichen Bereich und dies oft mehrfach und weniger durch unbekannte Täter im öffentlichen Raum. Für die mittleren Altersgruppen werden die Gewaltprävalenzen bei Frauen in Paarbeziehun-

gen um bis zu sechs Prozentpunkte höher angegeben als bei den Jungen und Älteren. Die gesundheitlichen Folgen von Gewalt können beträchtlich sein: Etwa 50% aller Frauen, die körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt haben, erleiden körperliche Verletzungen, die von blauen Flecken, Schmerzen, Verstauchungen, offenen Wunden bis hin zu Knochenbrüchen sowie Kopf- und Gesichtsverletzungen reichen. Unter psychischen Folgen der verschiedenen Gewaltformen leiden bis zu 80% aller betroffenen Frauen – hierzu zählen Schlafstörungen, Ängste, Depressionen und Essstörungen; hinzu kommt ein erhöhtes Risiko für Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit sowie Suizidversuche. Etwa ein Drittel aller Frauen, die körperliche Verletzungen erleiden, nehmen medizinische Hilfe in Anspruch, jede dritte bis siebte Frau mit Gewalterfahrung(en) macht eine Psychotherapie; Schätzungen zufolge suchen jährlich etwa 45.000 Frauen Schutz in einem Frauenhaus vor weiteren Misshandlungen zu Hause [2, 159].

Über Gewalterfahrungen von Männern liegen bislang keine repräsentativen Daten vor, weshalb ein direkter Vergleich mit Frauen problematisch ist. Allerdings lassen die Ergebnisse einer Pilotstudie [160] den Schluss zu, dass Männer weniger von Gewalt betroffen sind als Frauen – zumindest im mittleren Lebensalter: Männer erfahren Gewalt in erster Linie in Kindheit, Jugend und frühem Erwachsenenalter. Dabei muss hinsichtlich der Erhebung zu Gewalterfahrungen berücksichtigt werden, dass Männer bestimmte Gewaltformen, wie beispielsweise Schlägereien untereinander als

»männliche Normalität« und nicht als Gewaltakt interpretieren und sich nicht selbst als Opfer verstehen; sexualisierte Gewalt ist bei Männern stark tabuisiert und wird daher wenig berichtet. Schätzungen zufolge erleiden Männer im Erwachsenenalter zwischen 1 % bis 10 % körperliche Gewalt, während über Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt nur in Einzelfällen berichtet wird; die Täter sind auch bei Männern überwiegend männlich. In Partnerschaften mit Frauen erlebt schätzungsweise jeder vierte Mann mindestens einmal in seinem Leben körperliche Gewalt – die gesundheitlichen Folgen scheinen dabei weit weniger dramatisch auszufallen als bei den Frauen, da lediglich 5 % der befragten Männer über körperliche Verletzungen berichteten.¹¹

Aufgrund der zum Teil massiven gesundheitlichen Folgen von Gewalt sind für deren Prävention und für Interventionen nicht nur Polizei und Justiz zuständig, sondern auch das gesundheitliche Versorgungssystem, das in die Zuständigkeit der Länder bzw. der Selbstverwaltung fällt. Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Gesundheitsberufe sind daher besonders für die Proble-

matik der häuslichen Gewalt gegen Frauen im mittleren Lebensalter zu sensibilisieren. Dazu zählen beispielsweise entsprechende Fort- und Weiterbildungen für Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und andere Berufsgruppen sowie deren Vernetzung mit Polizei, Justiz und Beratungseinrichtungen. Ärztinnen und Ärzte sind in vielen Fällen entscheidende Ansprechpersonen für gewaltbetroffene Frauen. Ihnen kommt daher eine zentrale Rolle im Unterstützungssystem zu, auf die sie aber nicht immer gut vorbereitet sind. Aus gesundheitlicher Perspektive muss den Betroffenen in erster Linie eine adäquate Behandlung zukommen, um die Folgen von Gewalt zu mindern und Schutz vor weiteren Übergriffen in die Wege zu leiten. Mit der hohen Bedeutung häuslicher Gewalt, unter der in erster Linie Frauen (und Kinder) als Betroffene leiden und Männer als Täter auftreten, handelt es sich um ein gesamtgesellschaftliches Problem, welches die bestehenden Geschlechterverhältnisse widerspiegelt und daher unter Einbeziehung beider Geschlechter angegangen werden muss [161].

11 Es handelt sich um Angaben aus einer Pilotstudie über Gewalt gegen Männer, die Ergebnisse einer qualitativen und quantitativen Untersuchung beinhalten, die Daten sind nicht repräsentativ [160].

7 Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung

Die Aussage, dass Frauen häufiger zum Arzt gehen als Männer, relativiert sich, wenn die Besuche bei Gynäkologinnen und Gynäkologen berücksichtigt werden. Ein Vergleich der häufigsten Krankenhausentlassungsdiagnosen zeigt eindrücklich, dass sich die Diagnoseprofile von Frauen und Männern deutlich unterscheiden, wobei der überwiegende Teil der jün-

geren Frauen nicht aufgrund einer Erkrankung, sondern im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett stationär versorgt wird. Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen in erster Linie zur Aufrechterhaltung und Wiedergewinnung der Arbeitsfähigkeit der Erwerbstätigen und kommen damit häufiger Männern zugute.

7.1 Arztbesuche

Mehr als 80 % der Bevölkerung zwischen 30 und 64 Jahren gehen im Laufe eines Jahres zu einem Arzt oder einer Ärztin (vgl. Tabelle 7.1). Der Anteil ist dabei in der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre etwas höher als in der Altersgruppe 30 bis 44 Jahre. Für beide Altersgruppen lässt sich ein Geschlechtsunterschied in der erwarteten Richtung aufzeigen: Frauen suchen häufiger eine Arztpraxis auf als Männer. Dieser Befund relativiert sich allerdings, wenn die beim letzten Arztbesuch aufgesuchte Facharztgruppe betrachtet wird (vgl. Tabelle 7.2): 29,6 % der Arztbesuche der jüngeren Frauen und 12,1 % jener der älteren Frauen erfolgten bei einem Gynäkologen bzw. bei einer Gynäkologin. Sie dürften überwiegend im Zusammenhang mit der reproduktiven Gesundheit, also Verhütung, Schwangerschaft und Geburt stehen. Praktische Ärztinnen und Ärzte bzw. Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen werden von

Frauen seltener aufgesucht als von Männern – in der jüngeren Altersgruppe beträgt die Differenz 16 Prozentpunkte, in der höheren Altersgruppe ist sie allerdings gering. Auch hinsichtlich der Inanspruchnahme von Internistinnen und Internisten unterscheiden sich Frauen und Männer nur geringfügig.

Allein aus der Tatsache, dass Frauen häufiger eine Arztpraxis aufsuchen als Männer, kann nicht geschlossen werden, dass sie auch tatsächlich kränker sind. Frauen sind es im Unterschied zu Männern durch frühzeitige Besuche bereits ab der Pubertät beim Gynäkologen bzw. der Gynäkologin gewohnt, regelmäßige ärztliche Kontrolluntersuchungen durchführen zu lassen. Dass Frauen und Männer das gesundheitliche Versorgungssystem unterschiedlich in Anspruch nehmen, liegt demnach nicht nur daran, dass sie einen spezifischen Versorgungsbedarf haben. Vieles spricht dafür, dass bei Frauen die Schwelle für das Aufsuchen einer ärztlichen Praxis niedriger ist (vgl. Kapitel 8)

Tabelle 7.1
Letzte Inanspruchnahme eines Arztbesuches durch Frauen und Männer,
Altersgruppe 30 bis 44 und 45 bis 64 Jahre
 Quelle: BGS98

Arztbesuche	30–44 Jahre		45–64 Jahre	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
während der letzten 4 Wochen	42,6 %	25,9 %	52,5 %	42,4 %
vor 1 bis zu 3 Monaten	25,0 %	21,9 %	24,7 %	22,6 %
vor 4 bis zu 12 Monaten	24,5 %	31,0 %	18,1 %	20,2 %
vor 1 Jahr bis zu 5 Jahren	7,5 %	19,1 %	3,9 %	13,2 %
vor mehr als 5 Jahren	0,4 %	2,2 %	0,8 %	1,5 %
Signifikanzniveau	p<.001		p<.001	

Tabelle 7.2

Beim letzten Arztbesuch aufgesuchte Facharztgruppe durch Frauen und Männer,
Altersgruppe 30 bis 44 und 45 bis 64 Jahre (nur häufigste Facharztgruppen)

Quelle: BGS98

Facharztgruppe	30–44 Jahre		45–64 Jahre	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Prakt. Arzt/Ärztin, Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	40,1 %	56,1 %	48,1 %	51,3 %
Internist/Internistin	7,5 %	8,2 %	13,8 %	14,9 %
Chirurg/Chirurgin	2,2 %	5,7 %	2,3 %	4,2 %
Hautarzt/Hautärztin	3,9 %	5,8 %	1,9 %	2,7 %
Orthopäde/Orthopädin	4,9 %	5,9 %	7,0 %	6,9 %
Gynäkologe/Gynäkologin	29,6 %	–	12,1 %	–
Urologe/Urologin	0,7 %	1,7 %	1,2 %	5,1 %

und sie auch Früherkennungsuntersuchungen häufiger wahrnehmen als Männer (vgl. 5.3.6).

Die Daten zur Inanspruchnahme verweisen auf geschlechtsspezifische Muster der Nutzung des Versorgungssystems. Darüber hinaus darf nicht aus dem Blick geraten, dass jenseits des Geschlechtervergleiches jene Gruppen ein besonderes Augenmerk verdienen, die einen erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem haben. Hierzu gehören z. B. Migranten und Migrantinnen, aber auch Menschen mit körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen. Es sind nach wie vor besondere Anstrengungen erforderlich, vorhandene Barrieren abzubauen und eine umfassende gesundheitliche Versorgung sicher zu stellen.

7.2 Krankenhausentlassungsdiagnosen

Von insgesamt 17,2 Millionen Krankenhausfällen¹ im Jahr 2000 machen 3,7 Millionen Männer und 3,9 Millionen Frauen im mittleren Lebensalter 44 % aller Krankenhausfälle aus. Ein Vergleich der Krankenhausdiagnosen lässt erkennen, dass sowohl Männer und Frauen als auch die Altersgruppen der 30- bis 44- und 45- bis 65-Jährigen unterschiedliche Diagnoseprofile aufzeigen (vgl. Tabelle 7.3).

Für die meisten 30- bis 44-jährigen Frauen, die im Krankenhaus betreut werden, bestreitet eine Diagnose, die keine Erkrankung darstellt – nämlich Schwangerschaft und Geburt – mit 31 % den weitaus größten Anteil der Krankenhausdiagnosen. Bei den Männern dieser Altersgruppe stehen Diagnosen im Zusammenhang mit Verletzungen und Vergiftungen mit fast 17 % an erster Stelle – knapp gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen, die 16 % ihrer Diagnosen ausmachen. In der zweiten Hälfte der mittleren Lebensjahre stehen bei den 45- bis 64-jährigen Frauen Diagnosen im Zusammenhang mit bösartigen Neubildungen an erster Stelle, die etwa 16 % aller Diagnosen dieser Altersgruppe ausmachen (davon Brustkrebs: 6 %), es folgen die Krankheiten des Kreislaufsystems mit 15 % (davon ischämische Herzkrankheiten: 4 %). Bei den Männern dieser

¹ Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten und Patientinnen einschließlich Stunden- und Sterbefälle [162]

Tabelle 7.3

**Die sechs häufigsten Krankenhausentlassungsdiagnosen bei Frauen und Männern,
Altersgruppe 30 bis 44 und 45 bis 64 Jahre im Jahr 2000**

Anzahl der Krankenhausfälle und Anteil

Quelle: [162]

Krankenhausentlassungsdiagnose		Frauen	
Diagnosen	30–44 Jahre	Diagnosen	45–64 Jahre
Alle	1.694.747 (100%)	Alle	2.216.643 (100%)
Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett	523.246 (30,9%)	Bösartige Neubildungen	351.427 (15,9%)
Krankh. d. Urogenitalsystems	189.785 (11,2%)	Krankh. d. Kreislaufsystems	325.752 (14,7%)
Krankh. d. Verdauungssystems	125.163 (7,4%)	Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems	256.848 (11,6%)
Psychische u. Verhaltensstörungen	116.808 (6,9%)	Krankh. d. Urogenitalsystems	219.904 (9,9%)
Verletzungen, Vergiftungen	98.578 (5,8%)	Krankh. d. Verdauungssystems	215.119 (9,7%)
Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems	95.329 (5,6%)	Verletzungen, Vergiftungen	159.463 (7,2%)

		Männer	
Diagnosen	30–44 Jahre	Diagnosen	45–64 Jahre
Alle	1.212.768 (100%)	Alle	2.454.116 (100%)
Verletzungen, Vergiftungen	205.902 (17,0%)	Krankh. d. Kreislaufsystems	564.650 (23,0%)
Psychische u. Verhaltensstörungen	197.562 (16,3%)	Bösartige Neubildungen	341.734 (13,9%)
Krankh. d. Verdauungssystems	153.486 (12,7%)	Krankh. d. Verdauungssystems	278.101 (11,3%)
Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems	130.799 (10,8%)	Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems	234.170 (9,5%)
Krankh. d. Kreislaufsystems	106.315 (8,8%)	Verletzungen, Vergiftungen	200.174 (8,2%)
Krankh. d. Atmungssysteme	73.189 (6,0%)	Psychische u. Verhaltensstörungen	144.461 (5,9%)

Altersgruppe verhält es sich ähnlich, auch hier nehmen diese beiden Diagnosegruppen die Spitzenpositionen ein, allerdings schlagen bei den Männern die Krankheiten des Kreislaufsystems mit 23 % (davon ischämische Herzkrankheiten: 11 %) deutlicher zu Buche als bei den Frauen – die bösartigen Neubildungen machen bei den 45- bis 64-jährigen Männern 14 % aller Diagnosen aus (davon Lungenkrebs: 3 %). Die Unterschiede im Diagnoseprofil von Frauen und Männern werden in der jüngeren Altersgruppe über alle relevanten Krankenhausdiagnosen deutlich, während bei den 45- bis 64-Jährigen die Unterschiede lediglich noch bei den Krankheiten des Kreislaufsystems und des Urogenitalsystems prägnant erscheinen (vgl. Abbildungen 7.1 und 7.2).

Diese Daten bekräftigen die schon an anderer Stelle dargestellten Morbiditätsunterschiede von Frauen und Männern: Die hohe Bedeutung von Verletzungen und Vergiftungen sowie von psychischen Erkrankungen bei 30- bis 44-jährigen Männern – die auf die häufige Diagnose »psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol« zurückzuführen ist – und Herzkreislauferkrankungen in der älteren Gruppe, während bei den jüngeren Frauen Krankheiten des Urogenitalsystems bedeutsam sind und in der zweiten Hälfte der mittleren Lebensjahre bösartige Neubildungen und Herzkreislauferkrankungen eine wichtige Rolle spielen.

Abbildung 7.1
Die häufigsten Krankenhausentlassungsdiagnosen (nur Hauptdiagnosegruppen, Anteil unter allen Diagnosen) bei 30- bis 44-jährigen Frauen und Männern (Krankenhausfälle im Jahr 2000)

Quelle: [162]

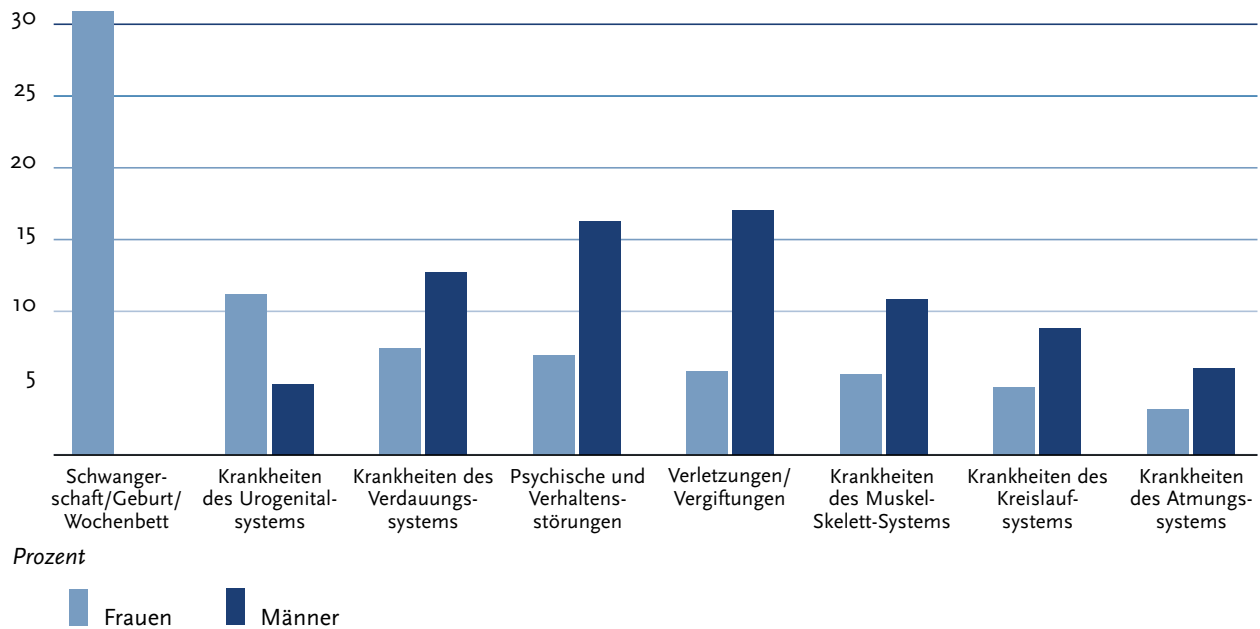
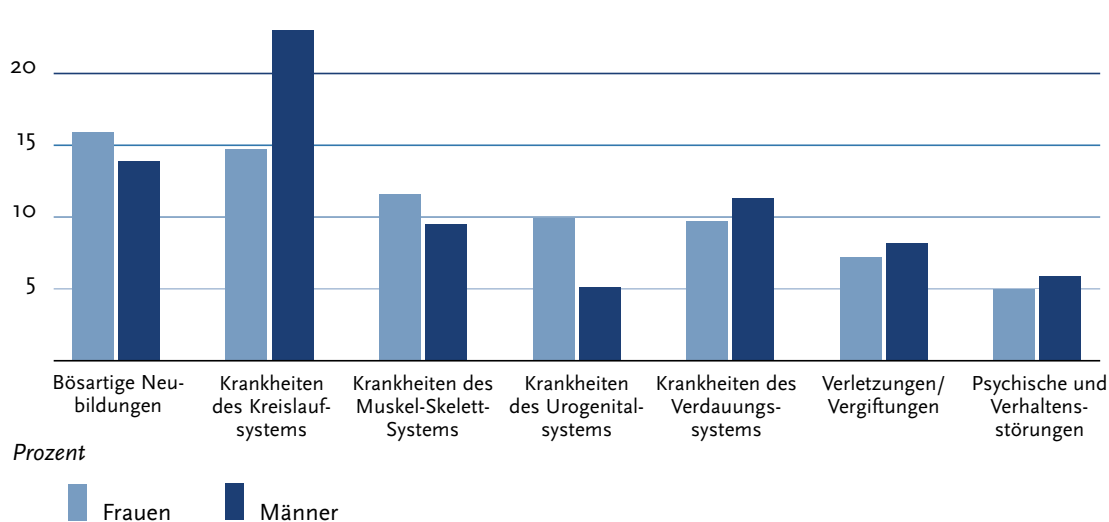


Abbildung 7.2
Die häufigsten Krankenhausentlassungsdiagnosen (nur Hauptdiagnosegruppen, Anteil unter allen Diagnosen) bei 45- bis 64-jährigen Frauen und Männern im Jahr 2000

Quelle: [162]



7.3 Rehabilitationsmaßnahmen

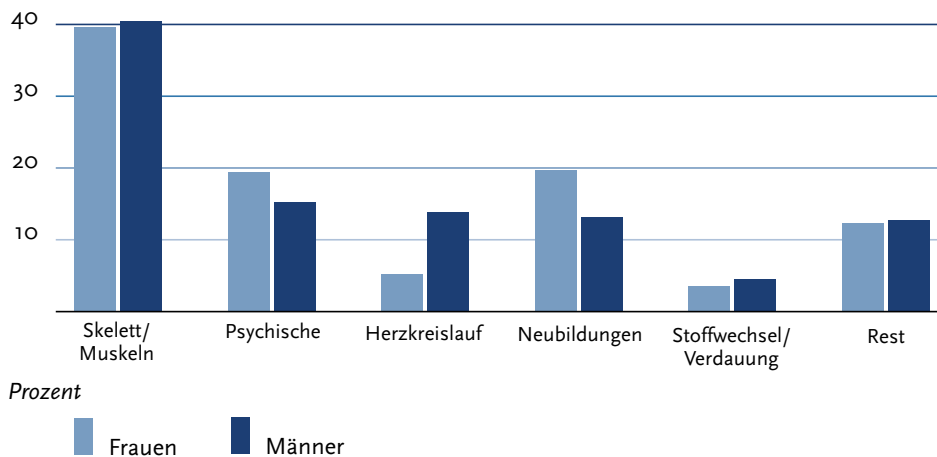
Der Großteil stationärer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wird bei Frauen und Männern im mittleren Lebensalter erbracht, da diese in der Regel dem Ziel der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben dienen. Das durchschnittliche Lebensalter bei einer Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung² unterscheidet sich zwischen Männern und Frauen kaum: Es liegt im Jahr 2002 bei 49,4 respektive 49,7 Jahren. Unterschiede lassen sich dagegen beim Vergleich der Arbeiterrenten- und Angestelltenversicherung ausmachen: Das durchschnittliche Alter bei einer Rehabilitation von Arbeitern liegt bei 47,8 Jahren, während das der Arbeiterinnen 50,0 Jahre beträgt; umgekehrt liegt das durchschnittliche Alter weiblicher Angestellter mit 49,5 Jahren deutlich unter dem der männlichen Angestellten, die im Durchschnitt 52,3 Jahre alt sind [163].

Die meisten medizinischen Rehabilitationsleistungen werden sowohl von Männern als auch von Frauen aufgrund von Krankheiten des Muskel- und Skelett-Systems in Anspruch genommen – sie machen 40 % aller Rehabilitationsmaßnahmen aus (vgl. Abbildung 7.3). Bei Frauen sind Krebserkrankungen sowie psychische Störungen mit jeweils knapp 20 % weitere häufige Diagnosen für eine medizinische Rehabilitation, während Männer mit jeweils 7 bzw. 4 Prozentpunkten darunter liegen – bei ihnen stellen Krankheiten des Herzkreislaufsystems mit 14 % eine weitere bedeutende Diagnosegruppe dar. Diese Daten bestätigen die unterschiedlichen Morbiditätsprofile, die auf eine hohe Bedeutung psychischer Erkrankungen bei Frauen und Herz-Kreislauf-erkrankungen bei Männern im mittleren Lebensalter hinweisen.

Das Durchschnittsalter für die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen variiert mit der Hauptdiagnose. Es liegt zwischen 48 und

Abbildung 7.3
Verteilung der stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Geschlecht und Diagnosegruppen im Jahr 2002 (alle Altersgruppen)

Quelle: [163]



² Der Hauptträger von Rehabilitationsmaßnahmen ist die gesetzliche Rentenversicherung, die mit mehr als 60 % den größten Anteil aller Maßnahmen trägt, die gesetzliche Krankenversicherung trägt etwa 30 %, die gesetzliche Unfallversicherung etwa 6 % [5]; im Folgenden werden die Daten des Hauptträgers, der gesetzlichen Rentenversicherung, dargestellt und analysiert.

Tabelle 7.4

Durchschnittsalter von Männern und Frauen bei der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen in den Hauptdiagnosegruppen (Erstdiagnose) nach Versicherungszweig im Jahr 2002

Quelle: [163]

Hauptdiagnosegruppen	Gesetzliche Rentenversicherung		Arbeiterrentenversicherung		Angestelltenversicherung	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Psychische Erkrankungen	45	43	44	41	45	47
Skelett/Muskeln	49	49	49	48	49	51
Herz-Kreislauf	51	52	50	51	51	53
Neubildungen	60	61	62	59	58	63
Durchschnittsalter	51	51	51	50	51	54

63 Jahren. Männer und Frauen befinden sich damit in der zweiten Hälfte der mittleren Lebensjahre (vgl. Tabelle 7.4). Eine Ausnahme zeigt sich für das Durchschnittsalter bei Rehabilitationsmaßnahmen wegen psychischer Erkrankungen, dieses liegt um einige Jahre unter dem Durchschnittsalter: Männer sind im Schnitt 41 bis 47 Jahre, Frauen ca. 45 Jahre alt. Vergleicht man das Durchschnittsalter aller Hauptdiagnosen innerhalb der verschiedenen Versicherungszweige, so fällt auf, dass Männer aus der Arbeiterrentenversicherung im Schnitt vier Jahre jünger sind als die aus der Angestelltenversicherung, während sich bei Frauen kein Unterschied nach Rentenversicherungsart darstellt.

Eine Interpretation dieser Altersunterschiede – sowohl zwischen Männern und Frauen als auch zwischen den verschiedenen Diagnosegruppen und Versicherungszweigen – ist allein mithilfe der hier vorliegenden Daten nur beschränkt möglich. Zunächst muss davon ausgegangen werden, dass die Unterschiede Ausdruck dafür sind, dass der Bedarf an Rehabilitation bei Männern und bei Frauen in unterschiedlichen Berufszweigen und bei verschiedenen Anlässen in jeweils anderen Altersklassen auftritt. So könnte der deutliche Unterschied im Altersdurchschnitt der Männer als Arbeiter und Angestellte darauf hinweisen, dass Männer in Berufen als Angestellte im Schnitt länger gesund bleiben und daher erst später eine Rehabilitation in Anspruch nehmen (müssen) als Arbeiter, die in gesundheitlich stärker belastenden Berufen arbeiten. Warum dies für Frauen als Arbeiterinnen und Angestellte nicht gilt, muss allerdings offen bleiben.

Zusammenhänge zwischen der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen, der Lebensform und dem Erwerbsstatus von Frauen und Männern lassen sich aufgrund mangelnder Datenlage bzw. einer für Geschlecht bislang unsensiblen Forschungstradition nur unzureichend beschreiben [164, 165]. Obwohl Rehabilitation nicht nur der Erhaltung und Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit für das Erwerbsleben, sondern auch für das Alltagsleben dienen soll, fokussiert sie doch in erster Linie auf die Erwerbsfähigkeit. Da Frauen eher mit Haus- und Familienarbeit bzw. der Vereinbarkeit dieser mit Erwerbsarbeit beschäftigt sind, kann davon ausgegangen werden, dass der Bedarf sowie die Möglichkeiten zur Inanspruchnahme einer Rehabilitation für Frauen und Männer unterschiedlich ist [164]. So zeigt sich für den Bereich der beruflichen Rehabilitation eine deutlich niedrigere Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen durch Frauen, die im Vergleich zu Männern nicht vier sondern lediglich zwei Rehabilitationsleistungen pro 1.000 pflichtversicherte Frauen bzw. Männer im Jahr 1997 beanspruchten [166].

Erkenntnisse über geschlechtsspezifische Unterschiede, die bereits im Vorfeld zur Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme wirksam werden, weisen darauf hin, dass Frauen in erster Linie partnerschaftliche und familiäre Aspekte bei ihrer Entscheidung für oder gegen eine Beantragung berücksichtigen, während Männer eher arbeitsplatzbezogene und finanzielle Aspekte berücksichtigen [167]. Ob Frauen und Männer eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen oder nicht, hängt also nicht nur von ihrem spe-

ziellen medizinischen Bedarf ab, sondern auch davon, inwieweit die Rahmenbedingungen für unterschiedliche Lebensformen passend sind (z. B. die Möglichkeit einer Mitaufnahme von Kindern in Rehabilitationskliniken, [165]) und welche Bedeutung der Erwerbstätigkeit innerhalb der Rehabilitationsmaßnahme und von den Betroffenen selbst zugeschrieben wird.

7.4 Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter

Mütter – und seit einigen Jahren auch Väter – können seit vielen Jahren medizinische Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer vergleichbaren Einrichtung in Anspruch nehmen. Diese Mütter- (bzw. Väter-) Genesungskuren können sowohl mit als auch ohne Kinder durchgeführt werden, die Kosten tragen die gesetzlichen Krankenkassen (§ 24 und § 41 SGB V).

Die Zahl der finanzierten Maßnahmen und die dafür aufgewendeten finanziellen Ressourcen sind seit 1999 rückläufig: Wurden 1999 noch gut 420.000 Euro von den Sozialversicherungsträgern für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Mütter mit Kinder ausgegeben, waren es 2003 noch knapp 360.000 Euro (Ausgabenentwicklung in Zahlen, www.muettergenesungswerk.de). Die Zahl der durch die Krankenkassen abgelehnten Anträge ist ebenfalls gestiegen und lag 2003 bei 34 %.

Frauen, die die Mutter- bzw. Mutter-Kind-Kuren in Anspruch nehmen, sind durch ein komplexes Beschwerdebild beeinträchtigt und durch Mehrfachanforderungen in Familie und teilweise Beruf (über die Hälfte ist erwerbstätig) belastet [168, 169, 170]. Es nehmen überproportional viele allein Erziehende und Frauen mit drei oder mehr Kindern teil, auch Sozialhilfeempfängerinnen sind überproportional unter den Teilnehmerinnen vertreten. Teilnehmende Frauen leiden vor allem unter Krankheiten des Bewegungsapparates, psychosomatischen Erkrankungen, Atemwegserkrankungen sowie Herz-Kreislaufkrankheiten. Die Bewertung der Kuren belegt den Erfolg der Maßnahmen: Der ganzheitliche Ansatz trägt zu einer Verringerung der Schmerzen, zu einer reduzierten Medikamenteneinnahme und zu einem Rückgang

krankheitsbedingter Ausfalltage bei. Die Effekte lassen sich auch noch sechs Monate nach Abschluss der Kur nachweisen. Die Müttergenesungskuren können damit als ein Beleg für die Wirksamkeit geschlechtsspezifischer Maßnahmen herangezogen werden: Durch eine zielgruppengerechte Angebotsentwicklung lassen sich nachhaltige Effekte erreichen.

7.5 Kosten der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung

Die Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes zeigt, dass sich die Krankenbehandlungskosten unterschiedlich auf die Geschlechter verteilen: In der Altersgruppe 30 bis 45 Jahre fielen im Jahr 2002 bei den Männern 1.250 Euro, bei den Frauen 2.150 Euro an (durchschnittliche Krankheitskosten pro Kopf der Bevölkerung [48]). Ursachen für die höheren Kosten der Frauen sind im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt – einschließlich der Kosten für reproduktive Maßnahmen – sowie in den in dieser Altersgruppe anfallenden höheren Kosten für die Behandlung von urogenitalen Erkrankungen zu sehen. In der Altersgruppe 45 bis 65 Jahre verringert sich der Geschlechtsunterschied, allerdings liegen die Behandlungskosten von Frauen mit 3.160 Euro immer noch höher als jene der Männer (2.760 Euro); Hintergrund sind hier die höheren Behandlungskosten für Frauen bei Muskel- und Skeletterkrankungen sowie den psychischen und Verhaltensstörungen. Spezielle Untersuchungen zu den Gründen der unterschiedlich hohen Krankheitskosten für Frauen und Männer zeigen, dass nach Bereinigung der Krankheitskosten um den Altersfaktor, das Leistungsgeschehen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt sowie aller geschlechtsspezifischen Diagnosen sich die dann ergebenden »standardisierten« durchschnittlichen Krankheitskosten von Frauen und Männern in starkem Maße angleichen [171]. Wie eine vergleichbare Schweizer Studie mit Daten des Gesundheitsobservatoriums zeigt, steht den höheren Krankenbehandlungskosten der Frauen auch gegenüber, dass sie einen wesentlich höheren Anteil an – unbezahlten – Pflegeleistungen in der Familie übernehmen [172].

8 Erklärungsansätze

Die Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter wird von zahlreichen Faktoren beeinflusst: Biologische, soziale und kulturelle Faktoren tragen je spezifisch zur Gesundheit und damit zu den Geschlechtsunterschieden bei und interagieren miteinander. Bislang liegen keine umfassenden Theorien und Modelle vor, die den verschiedenen Einflussfaktoren gleichermaßen Rechnung tragen. Zwei Beispiele sollen das komplexe Wechselverhältnis illustrieren.

Beispiel Lungenkrebs: Die Lungenkrebsraten der Männer liegen über jenen der Frauen, aber während die Raten bei den Frauen ansteigen, sinken sie bei den Männern [64]. Diese Entwicklungstrends korrespondieren damit, dass sich die Prävalenzraten des Tabakkonsums angeglichen haben: In den vergangenen Jahrzehnten hat der Anteil rauchender Frauen stark zugenommen, und Rauchen gilt nicht mehr als »typisch männlich«. Hier ist ein kultureller Bedeutungswandel ein entscheidender Einflussfaktor auf das Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen. Auffällig ist beim Lungenkrebs auch, dass Frauen an anderen Lungenkrebsformen erkranken als Männer [64]; insbesondere ist bei ihnen eine aggressive, kleinzellige Krebsform häufiger. Hintergrund ist, dass das Lungengewebe von Frauen vermutlich empfindlicher auf Tabakrauch reagiert – ein biologischer Faktor –, dass sich aber die Geschlechter auch in ihrem Rauchverhalten unterscheiden. So fördern tiefe Züge, wie sie z. B. typisch sind beim Umstieg von Zigaretten mit hohem Nikotingehalt auf solche mit niedrigerem Nikotingehalt und hastiges Rauchen (z. B. wenn an Arbeitsplätzen das Rauchen verboten ist und hastig vor der Tür geraucht wird), diese Lungenkrebsform.

Beispiel Herzkrankheiten: Der Herzinfarkt galt lange als Managerkrankheit, die durch »zuviel Stress« (»Typ A-Verhalten«) verursacht wird. Erst vor wenigen Jahrzehnten wurde deutlich, dass der Infarkt eine Erkrankung ist, die in den unteren sozialen Schichten häufiger ist und in den vergangenen Jahren wurde erkannt, dass Herzkrankheiten auch bei Frauen eine bedeutende Rolle spielen und dass die Bemühungen zur Senkung der Herzinfarktsterblichkeit, die sich

an einem vorgeblich geschlechtsneutralen (eigentlich männlichen) Modell orientierten, bei ihnen bislang nicht gegriffen haben. Im Gegenteil – während die Raten bei den Männern gesenkt werden konnten, stagnieren sie bei den Frauen (vgl. Kapitel 6.2). Auch hier greifen biologische und soziale Faktoren ineinander: Die Pathophysiologie eines Herzinfarktes unterscheidet sich bei Frauen und Männern, ein biologischer Faktor, der einen Teil der Geschlechtsunterschiede erklären kann. Hinzu kommen aber kulturelle Deutungen. Die geschlechtsneutral als »typisch« formulierten Symptome sind bei Männern häufiger als bei Frauen. Bei Frauen wird deshalb ein Herzinfarkt oft nicht erkannt. Ihre Beschwerden werden – sowohl von den Frauen selbst, als auch von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten – als nicht so gravierend beurteilt, Diagnostik und Therapie unterscheiden sich und auch bei der Rehabilitation spielt das Geschlecht eine Rolle, da die Rehabilitationsstandards bislang nicht auf die geschlechtsspezifischen Lebenssituationen eingestellt sind.

Aufgrund der komplexen Interaktionen lassen sich die Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Krankheit häufig nur beschreiben, nicht aber ursächlich erklären. Dennoch sollen im Folgenden einige zentrale Erklärungsansätze aus der Frauen- und der Männergesundheitsforschung vorgestellt werden, um die Ansatzpunkte für die Verbesserung der gesundheitlichen Situation identifizieren zu können [exempl. 8, 173]. Folgende fünf Erklärungsansätze sind zentral:

- ▶ Biologische Faktoren,
- ▶ Methodische Probleme und Artefakte,
- ▶ Geschlechtsspezifische Arbeits- und Lebensbedingungen,
- ▶ Geschlechtsspezifische Körpersozialisation und
- ▶ Geschlechtsspezifische Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem.

8.1 Biologische Faktoren

Biologische Faktoren spielen bei zahlreichen Erkrankungen eine Rolle, allen voran bei jenen Krankheiten, die mit den reproduktiven Organen und den sekundären Geschlechtsmerkmalen zusammenhängen. Auch für zahlreiche andere

gesundheitliche Probleme lassen sich biologische Einflussfaktoren ausmachen, die die Geschlechtsunterschiede – zumindest teilweise – erklären. Zu nennen sind hier z. B. Schilddrüsenerkrankungen und Migräne, die unter anderem durch den weiblichen Hormonspiegel beeinflusst werden. Für Herz-Kreislaufkrankheiten wurde häufig die These formuliert, dass Frauen bis zu den Wechseljahren durch Östrogene geschützt sind, ohne dass diese These allerdings bislang eindeutig belegt werden konnte [146]. Auch anatomische Unterschiede tragen zur Geschlechterdifferenz bei, z. B. bei Blasen- und Nierenbeckenentzündungen (siehe Kap. 4.2), ebenso reagiert das Körpergewebe von Frauen und Männern unterschiedlich auf Suchtstoffe und Karzinogene.

Der Beitrag der biologischen Faktoren zur höheren Lebenserwartung der Frauen ist aber eher gering und wird auf etwa ein bis zwei Jahre geschätzt [174, 175].

8.2 Methodische Probleme und Artefakte

Zur geschlechtervergleichenden Gesundheitsberichterstattung wird auf zahlreiche Datenquellen zurückgegriffen. Neben den Routinestatistiken verschiedener Datenhalter – die mittlerweile erfreulicherweise fast immer nach Geschlecht aufbereitet sind – werden auch Befragungsstudien wie der Bundes-Gesundheitssurvey genutzt. Hier muss jeweils sorgfältig geprüft werden, ob die Ergebnisse nicht einem Gender Bias, also einer systematischen Verzerrung durch Geschlecht unterliegen [10, 11].

Die These, dass Frauen kränker sind als Männer wird unter anderem damit belegt, dass sie mehr Beschwerden angeben als Männer – eine Feststellung, die auch für das mittlere Lebensalter getroffen werden kann. Ob Frauen tatsächlich mehr Beschwerden als Männer haben, Beschwerden leichter wahrnehmen (bzw. sich retrospektiv leichter daran erinnern) oder diese im Rahmen einer Befragung eher angeben als Männer, bleibt allerdings unklar. Wenn Frauen und Männer sich darin unterscheiden, wie sie über Beschwerden Auskunft geben, handelt es sich um einen Informations- oder Berichtsbias, der bei Befragungen zur eigenen Gesundheit nicht vernachlässigt werden darf [8]. Interessant bei den hier präsentierten

Ergebnissen ist die Tatsache, dass sich Frauen und Männer hinsichtlich einer allgemeinen Einschätzung ihres Gesundheitszustandes nicht signifikant unterscheiden. Die Unterschiede zeigen sich erst bei den Angaben zu konkreten körperlichen und psychischen bzw. psychosomatischen Belastungen und Beschwerden. Möglicherweise nehmen diese bei Männern den Stellenwert von persönlichen Schwächen ein, die sie sich selbst und auch anderen gegenüber weniger gern eingestehen bzw. über die sie weniger freimütig berichten als Frauen [173].¹ Studien, die diesbezüglich in England durchgeführt wurden, kamen sogar zu einem gegenteiligen Ergebnis: Die Selbstangaben älterer Frauen und Männer (über 60 Jahre) über ihren gesundheitlichen Zustand unterschieden sich nicht, obwohl Frauen tatsächlich mehr körperliche Einschränkungen aufwiesen als die gleichaltrigen Männer [176]; [177] bestätigen auch für 35- und 55-jährige chronisch Kranke, dass Frauen nicht über mehr Beschwerden berichten als Männer und diskutieren in diesem Zusammenhang, dass sich das Berichtsverhalten der Frauen seit den 1970er Jahren (als die Geschlechtsunterschiede bei den gesundheitlichen Selbstangaben erstmals deutlich wurden) möglicherweise gewandelt hat.

Bei der Analyse von Befragungen von Frauen und Männern zu ihrer Gesundheit müssen darüber hinaus noch andere methodische Probleme berücksichtigt werden, die einen Gender Bias produzieren können. So sind die bei Befragungen eingesetzten Fragebögen in der Regel zum »geschlechtsneutralen« Einsatz konzipiert. Nicht selten werden diese allerdings nur für ein Geschlecht – meist für das männliche – getestet, was zur Folge haben kann, dass Indikatoren, die eher für Frauen relevant sind, keine Berücksichti-

1 Unterstützt wird dies durch die hier präsentierten Daten zu Arztbesuchen und Krankenhausdiagnosedaten (vgl. Kapitel 7). Frauen gehen zwar öfter zum Arzt bzw. zur Ärztin als Männer, allerdings stellt ein Großteil Besuche beim Gynäkologen bzw. bei der Gynäkologin dar, welche häufig im Zusammenhang mit Vorsorgeuntersuchungen innerhalb von Schwangerschaft oder mit Krebsfrüherkennungsmaßnahmen stehen. Auch bei den Krankenhausdiagnosedaten zeigt sich, dass ein Großteil der Diagnosen bei den 30- bis 44-jährigen Frauen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett stehen und nicht mit behandlungsbedürftigen Erkrankungen.

gung finden. Wie in Kapitel 5.2.4 ausgeführt, fokussieren beispielsweise die Fragebögen zur Erhebung körperlicher Aktivität auf intensive freizeitsportliche Aktivitäten, die eher ein Abbild männlicher Aktivitätsmuster liefern. Körperliche Aktivitäten, die im Zusammenhang mit Haushalt- und Familienarbeit stehen und die auch heute noch überwiegend weibliche Lebenswelten prägen, bleiben damit ausgeklammert. Dass Frauen sich weniger sportlich intensiv betätigen als Männer, muss also noch lange nicht heißen, dass sie tatsächlich weniger körperlich aktiv sind. Andererseits erfassen Fragebögen wie die Zerrsenliste in erster Linie »frauentypische« Reaktionen auf Belastungssituationen. Dass Frauen eher unter emotionalen Befindlichkeitsstörungen leiden, spiegelt daher wahrscheinlich weniger die tatsächliche Beschwerdelast wider, sondern die unausgewogene Erfassung von Beschwerden, die »frauentypischen« mehr Gewicht verleiht als »männertypischen« [41].

Ebenfalls androzentrisch, d. h. auf die Lebenswelt von Männern konzentriert, ist der breit eingesetzte Sozialschichtindex, der auch im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 verwendet wird. Die soziale Schicht wird mit Hilfe der wirtschaftlichen Situation, der Bildung und dem Sozialprestige von Berufen erfasst [21]. Das Problem ist dabei, dass die wirtschaftliche Situation nicht personenbezogen, sondern über das Haushaltseinkommen und das Sozialprestige über die berufliche Stellung des Hauptverdieners erfasst wird. Die Abbildung der sozialen Schicht unterliegt damit einer systematischen Verzerrung bezüglich des Geschlechts, da sie eher Männern gerecht wird als Frauen, die mehr teilzeitbeschäftigt oder nicht erwerbstätig sind als Männer (vgl. Kapitel 3). Das methodische Problem einer angemessenen Operationalisierung der sozialen Situation von Frauen wird in der Gesundheitsforschung erst in Ansätzen diskutiert und bearbeitet [22, 178].

Ein weiteres Problem, welches nicht erst bei der Auswertung zutage tritt und berücksichtigt werden muss, sondern bereits bei der Suche nach repräsentativen Daten deutlich wird, bezieht sich auf die Verfügbarkeit von gesundheitsbezogenen Daten über Frauen und Männer. So stützen sich auch die in diesem Heft vorgelegten Ergebnisse zur Morbidität in beträchtlichem Maße auf repräsentative Daten, die im Zusammenhang mit

der Erwerbsarbeit stehen. Zur gesundheitlichen Situation von Erwerbstätigen ist beispielsweise über Statistiken zu Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsunfällen, Rentenansprüchen aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit und Rehabilitationsleistungen, die der Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit dienen, viel zu erfahren. Diese Datenquellen beziehen die erwerbstätige Bevölkerung ein, die die gesundheitliche Situation von ca. 80 % aller erwerbsfähigen Männer und dagegen nur von etwa 63 % aller erwerbsfähigen Frauen spiegelt (vgl. Kapitel 3). Auch repräsentative Studien zur Gesundheitssituation Arbeitsloser beziehen sich in erster Linie auf die Situation arbeitsloser Männer [vgl. 179]. Um die gesundheitliche Situation von Frauen und Männern angemessen beschreiben zu können, wäre es daher sinnvoll, weitere Datenquellen zu nutzen und zu erschließen – zusätzlich zu denen, die sich auf Erwerbstätigkeit beziehen.

8.3 Geschlechtsspezifische Arbeits- und Lebensbedingungen

Die Lebensbedingungen von Frauen und Männern, die vom Prinzip der geschlechtlichen Arbeitsteilung geprägt sind, haben einen zentralen Einfluss auf die Gesundheit. Frauen und Männer sind in unterschiedlichem Maße in Erwerbs- und Familienarbeit eingebunden und sie arbeiten in Berufen mit unterschiedlichem Prestige und Risikopotenzial. Unterschiede in den ost- und westdeutschen Biografien sind hier nach wie vor prominent und verweisen darauf, dass die traditionelle geschlechtsspezifische Arbeitsteilung vor allem im Erwerbsleben für Frauen in den alten Bundesländern von größerer Relevanz ist. Nach wie vor konzentrieren sich Frauen und Männer auf unterschiedliche Tätigkeitsfelder: Männer übernehmen in stärkerem Maße die gesellschaftlich höher bewertete Erwerbsarbeit, während Frauen mehr als Männer die weniger geschätzte Haus- und Familienarbeit übernehmen. Die höhere Wertschätzung von Erwerbsarbeit zeigt sich vor allem bei Berufen mit hohem Sozialprestige und guten Verdienstmöglichkeiten, während Haus- und Familienarbeit sowie Teilzeitarbeit und Tätigkeiten im Geringverdienstsektor kaum soziale und ökonomische Aner-

kennung bieten.² Die Arbeitsplätze von Frauen und Männern sind durch geschlechtsspezifische Risiken und Ressourcen gekennzeichnet. Männer müssen stärker an ihre körperlichen Grenzen gehen, und sie arbeiten häufiger unter Lärm, Schmutz, Staub, Hitze und Stress. Die Arbeitsplätze von Frauen sind hingegen von geringerem Handlungsspielraum und Autonomie gekennzeichnet, zwei Faktoren, die in arbeitswissenschaftlichen Studien als zentrale positive Einflussfaktoren auf die Gesundheit identifiziert werden konnten. Auffällig ist auch, dass Frauen nach wie vor auf vergleichbaren Arbeitsplätzen weniger Lohn erhalten und somit über weniger materielle Ressourcen verfügen [180].

Für viele Frauen ist die gleichzeitige Übernahme von Erwerbs- und Familienarbeit das zentrale Lebensmodell, das mit Phasen eines temporären Ausstiegs aus der Erwerbsarbeit zur Betreuung kleiner Kinder kombiniert wird. Die Frage der Vereinbarkeit dieser beiden Bereiche stellt sich nach wie vor eher für Frauen, da sich Männer in der Regel auf die berufliche Tätigkeit konzentrieren. Dadurch bleibt diesen zwar einerseits die Vereinbarkeitsproblematik erspart, andererseits entgehen ihnen aber auch Chancen und Ressourcen, die in einem erhöhten Engagement in Haus- und Familienarbeit liegen können [13, 181]. Verbunden ist damit, dass auch heute noch viele Männer die Rolle des Alleinverdieners übernehmen; auf ihnen lastet – ob gewollt oder ungewollt – die Verantwortung, eine Familie zu ernähren, und viele Männer fühlen sich hierdurch belastet bzw. riskieren psychische Befindlichkeitsbeeinträchtigungen, wenn sie diese Rolle aufgrund von Arbeitslosigkeit oder Frühberentung nicht mehr erfüllen können.

Dass Frauen und Männer unter jeweils spezifischen Bedingungen arbeiten und leben, muss nicht nur zur Klärung der Geschlechterunterschiede in Krankheit und Gesundheit herangezogen, sondern bereits bei der Datenerhebung berücksichtigt werden. Um die gesundheitliche Situation von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter angemessen darstellen zu können, wäre es sinnvoll – über die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 hinaus – weitere repräsentative Daten über den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Haus- und Familienarbeit zu erheben – und zwar sowohl für Frauen als auch

für Männer. So werden beispielsweise pflegende Angehörige in Privathaushalten zu 80 % von Frauen und zu 20 % von Männern gestellt, von denen insgesamt über 60 % nicht erwerbstätig sind³ [17]; es gibt zwar Studien über die gesundheitlichen Auswirkungen der häuslichen Kranken- und Altenpflege [exempl. 47], es liegen aber keine repräsentativen, diagnostisch abgesicherten Daten zur Morbidität bei pflegenden Angehörigen in Deutschland vor. Hierbei ist insbesondere deshalb von einer systematischen Untererfassung der Belastungssituation von Frauen auszugehen, da diese häufig nicht nur Pflegende sind, sondern gleichzeitig noch Kinder oder Enkelkinder betreuen. Eine detaillierte Erfassung von Belastungsfaktoren wäre jedoch gerade zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation von Frauen im mittleren Lebensalter von Bedeutung, da mehr als die Hälfte aller pflegenden Angehörigen, nämlich 53 % im Alter zwischen 40 und 64 Jahren sind [17], einem Alter, in dem deutliche Differenzen bei Erkrankungen und Krankheitsarten zwischen Frauen und Männern auftreten.

8.4 Geschlechtsspezifische Körpersozialisation

Die geschlechtsspezifische Analyse der Mortalitätsdaten zeigt, dass die vorzeitige Sterblichkeit der Männer in erster Linie auf verhaltensbedingte Ursachen zurück zu führen ist (vgl. Kapitel 4). Männer verhalten sich in vielen Bereichen gesun-
deheitsriskanter als Frauen: Sie rauchen mehr, trinken mehr Alkohol und nehmen weniger an Gesundheitsförderungsmaßnahmen und Früherkennungsuntersuchungen teil (vgl. Kapitel 5). Die Gründe für diese Verhaltensweisen liegen zu einem nicht unbeträchtlichen Teil in Geschlechtsstereotypen und den daraus resultierenden gesellschaftlich akzeptierten Verhaltensweisen von Frauen und Männern auch im Umgang mit ihrem Körper.

2 Nach Ergebnissen der Zeitbudgeterhebung für die Jahre 2001/2002 zeigt sich, dass unbezahlte Arbeit nach wie vor Frauensache ist: Frauen verbringen pro Woche im Schnitt 12 Stunden mit bezahlter und 31 Stunden mit unbezahlter Arbeit (insgesamt 43 Stunden), während Männer mit 22,5 bezahlter und 19,5 unbezahlter Arbeit zubringen (insgesamt 42 Stunden) [61].

3 Für das Jahr 1998, Angaben zur Erwerbstätigkeit sind nicht nach Geschlecht getrennt [17]

Weibliche und männliche Rollenbilder werden im Laufe einer geschlechtsspezifischen Sozialisation von Jungen und Mädchen bzw. von Männern und Frauen übernommen [exempl. 182]. Frauen und Männer nehmen daher nicht nur unterschiedliche gesellschaftliche Aufgaben wahr (vgl. Kapitel 8.3), sondern erlernen auch im Rahmen einer geschlechtsspezifischen Körpersozialisation einen jeweils spezifischen Umgang mit dem eigenen Körper [183]. Dies äußert sich beispielsweise darin, dass Männer und Frauen unterschiedlich sensibel für körperliche Vorgänge sind und dass sie in unterschiedlichem Maße bereit sind, über den Körper zu sprechen – insbesondere bei gesundheitlichen Problemen. Darüber hinaus kann sich die geschlechtsspezifische Körpersozialisation darin äußern, dass sich Männer und Frauen bezüglich der Bereitschaft unterscheiden, an körperliche Grenzen zu gehen. Sich möglichst wenig um die eigene Gesundheit zu kümmern, gesundheitliche Risiken bewusst in Kauf zu nehmen oder eigene körperliche (auch psychische) Grenzen weit zu überschreiten bzw. Warnsignale wie beispielsweise Schmerzen möglichst lange auszuhalten oder zu verleugnen, gilt als typisch männliches Verhalten [173, 181, 184]. Frauen gelten als sensibler im Umgang mit dem Körper, sie nehmen Veränderungen eher wahr und sprechen leichter über Beschwerden. Die Kehrseite der Medaille kann sein, dass sie sich durch das vorilige Aufsuchen einer ärztlichen Praxis dem Risiko der medizinischen Überversorgung aussetzen.⁴

Die unterschiedlichen Verhaltensweisen von Männern und Frauen bezüglich Gesundheit werden traditionellerweise gesellschaftlich nicht nur erwartet, sondern von diesen auch mehr oder weniger bewusst zur Darstellung eigener Weiblichkeit bzw. Männlichkeit eingesetzt und haben somit identitätsbildenden Charakter [183]. So unterliegen beispielsweise gesundheitsriskante Verhaltensweisen wie restriktives Essverhalten, was zu Essstörungen führen kann oder exzessiver Alkoholkonsum mit den entsprechenden gesundheitlichen Folgen, einer deutlich geschlechtsspezifischen Verteilung und erklären zu einem beträchtlichen Teil die Unterschiede entsprechender Mortalität und Morbidität beider Geschlechter. Ebenso bedeutsam sind geschlechtsspezifische gesundheitserhaltende und -fördernde Verhaltensweisen, wie beispielsweise die Übernahme

von Verantwortung für gesundheitliche Belange der Familienmitglieder durch Frauen oder das sportliche Engagement von Männern. Damit sind nicht nur gesundheitliche Risiken, sondern auch Ressourcen zwischen den Geschlechtern unterschiedlich verteilt. Von Bedeutung in dieser Diskussion ist, dass die Inhalte und spezifischen Zielrichtungen geschlechtsspezifischer Sozialisation kulturell und historisch variieren, wie auch die symbolischen Handlungen, die zur Darstellung von Weiblichkeit und Männlichkeit benutzt werden, Wandlungen unterliegt. Galt vor 40 Jahren noch das Rauchen als »typisch männliches« Verhalten, eignet es sich heute allenfalls in spezifischen Varianten (Zigarre, Pfeife) zur Darstellung von Männlichkeit.

8.5 Geschlechtsspezifische Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem

Die Unterschiede in der Bereitschaft und auch der Art, über gesundheitliche Belange und Beschwerden zu berichten, wirkt sich darauf aus, wie Frauen und Männer in der ärztlichen Praxis wahrgenommen werden. In den 1980er Jahren wurde die These formuliert, dass bei Patientinnen eher psychosomatische Aspekte in die ärztliche Diagnose einfließen, während bei Patienten somatische Kriterien im Vordergrund stehen.⁵ Eine Verengung des Blickes bei Frauen auf psychologische und bei Männern auf somatisch-funktionale Belange kann dazu führen, dass gesundheitlich entscheidende psychologische Aspekte bei Männern und umgekehrt körperliche Aspekte bei Frauen übersehen werden. In wie weit dieses Diagnoseverhalten heute noch gültig ist, wurde bislang nicht überprüft. Dennoch gibt es einige Belege dafür, dass Frauen und Männern im medizinischen Versorgungssystem mit einer geschlechterstereotypen »Brille« begegnet wird, wodurch möglicherweise die gleichen Symptome bei Frauen und Männern unterschiedlich erklärt, diagnostiziert und behandelt

4 Als Beispiel sei hier die Überversorgung in der Schwangerschaft erwähnt (zur Medikalisierung weiblicher Lebensphasen vgl. [185]).

5 Zum so genannten »Frauensyndrom« vgl. [187].

werden.⁶ So unterscheiden sich Diagnose- und Therapiemaßnahmen bei Herzerkrankungen zwischen den Geschlechtern in einer Art und Weise, die nachgewiesenermaßen nicht dem tatsächlichen Auftreten und Verlauf dieser Erkrankungen zuzuschreiben sind: Die im Verhältnis der betroffenen Männer und Frauen erhöhte Mortalität von Frauen bei Herzinfarkt legt nahe, dass Frauen in diesem Bereich unterversorgt sind, wenn sie bei vergleichbarer Verdachts- bzw. Diagnoselage weniger diagnostisch abgeklärt werden und weniger therapeutische Maßnahmen erhalten als Männer [149].

Entgegen dieser Art der Unterversorgung machen Frauen in anderen Bereichen eher Erfahrungen mit einer ärztlichen und medikamentösen Überversorgung [siehe hierzu auch 23]. So wird alles, was mit der weiblichen Reproduktion zu tun hat – von der ersten Regelblutung über Schwangerschaft, Geburt oder ungewollter Kinderlosigkeit bis hin zu den Wechseljahren – medizinisch kontrolliert und reguliert. Einer solchen Medikalisierung von Lebensphasen und der damit einhergehenden medizinischen Normierung von Gesundheit [185] sind Frauen bislang stärker ausgesetzt als Männer. Frauen sind es, anders als Männer, eher gewohnt und es wird auch eher von ihnen erwartet, sich einer regelmäßigen medizinischen Kontrolle zu unterziehen. Frauen und Männer machen demnach unterschiedliche Erfahrungen im Gesundheitssystem, was vermuten lässt, dass sich dies auch in spezifischer Weise auf ihre gesundheitliche Lage und Situation als Patientinnen und Patienten auswirkt.

Von einer Medikalisierung sind mittlerweile nicht mehr nur Frauen qua Geschlecht betroffen. Auch bei Männern wird ein zunehmender Behandlungsbedarf konstatiert, der an ihrem biologischen Geschlecht festgemacht wird. Ein vordringliches Problem der Medikalisierung ist das der mangelnden wissenschaftlichen Evidenz für eine medizinische Behandlung von Vorkommnissen bzw. Phänomenen in bestimmten Lebensphasen bei Frauen und Männern. Im Folgenden wird diese Problematik beispielhaft aufgezeigt, anhand einer kurzen Darstellung der Hormontherapie bei Frauen in den Wechseljahren und dem PSA-Test bei Männern. Beide Beispiele sind für Frauen und Männer im mittleren Lebensalter relevant.

8.5.1 Medikalisierung bei Frauen: Die Hormontherapie in den Wechseljahren⁷

Wenn die Wechseljahre bei Frauen beginnen, endet damit die Phase ihrer biologischen Fortpflanzungsfähigkeit. Während dieser Prozess noch vor 40 Jahren als normaler Vorgang im weiblichen Lebenslauf betrachtet wurde, steht heute dessen medizinische Behandlungsbedürftigkeit im Vordergrund. Die biologischen Vorgänge werden von hormonellen Veränderungen begleitet, die unter anderen die Östrogene betreffen. Diese Veränderungen verlaufen nicht schlagartig, sondern es pendelt sich innerhalb von mehreren Jahren ein neuer hormoneller Status ein. Vergleicht man Östrogenwerte von Frauen vor und nach den Wechseljahren zeigt sich, dass diese abgesunken sind. Diese Tatsache wird seit den 1960er Jahren als Argument zur Behandlungsbedürftigkeit der Wechseljahre genutzt: Die veränderten Hormonverhältnisse werden in erster Linie auf die Östrogene bezogen und als Mangel interpretiert, den es zu beheben gilt. Die erstmalige pharmakologische Herstellung von Östrogenen Mitte der 1960er Jahre kam dieser Argumentation sehr entgegen, da die Medizin nicht nur ein vermeintlich gesundheitliches Problem definieren, sondern gleichzeitig eine Therapiemöglichkeit präsentieren konnte.

Die Wechseljahre sind nicht nur von Hormonumstellungen, sondern auch von einer Reihe psycho-sozialer Veränderungen im mittleren Lebensalter (z. B. Erwachsen werden der Kinder, Trennung langer Partnerschaften) sowie einem (körperlichen) Älterwerden geprägt. Hitzewallungen, Schlafstörungen und Trockenheit der Schleimhäute gelten als typische Wechseljahrsbeschwerden und werden in erster Linie den Hormonveränderungen zugeschrieben. Daher zielte die Entwicklung der so genannten »Hormonersatztherapie« darauf ab, die als Mangelzustand definierte Situation durch die Einnahme von Östrogenen auszugleichen. Damit sollten nicht nur die genannten Beschwerden behandelt wer-

6 Unterschiede in der Behandlung bei Herzbeschwerden von Frauen und Männern, sowie von hell- und dunkelhäutigen Menschen mit gleicher Symptomlage wurden beispielsweise im Rahmen einer amerikanischen Studie nachgewiesen [188].

7 Zur Medikalisierung in den Wechseljahren [exempl. 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195].

den, sondern es sollten auch psychische Befindlichkeiten und das Sexualleben positiv beeinflusst, sowie der Prozess des Älterwerdens deutlich verlangsamt werden.

Diese Tendenz zur Medikalisierung deckt sich nicht mit der Selbstwahrnehmung der Frauen. Etwa ein Drittel aller Frauen durchleben die Wechseljahre beschwerdefrei, während ein weiteres Drittel angibt, leichte bis mäßige Beschwerden zu haben und ein Drittel unter starken Beschwerden leidet. Eine Hormontherapie als therapeutische Intervention bei starken Beschwerden spricht demnach zunächst ein Drittel aller Frauen in den Wechseljahren an. Die populistische Werbung für Östrogene als »Jungbrunnen« durch den Mediziner Robert Wilson [186] richtete sich allerdings an alle Frauen in den Wechseljahren: Die Hormontherapie wurde als wahres Wundermittel angepriesen, welches nicht nur den »Sex-Appeal« und »sexuelle Aktivität weit über ihre mittleren Jahre hinaus« zu erhalten vermag, wodurch sich »viele Eheprobleme auf glückliche Weise« lösen lassen, sondern auch die Frauen davor bewahrt, dem »Verfall ihrer Weiblichkeit hilflos zusehen zu müssen« [186].

Dies macht nicht nur deutlich, mit welchen stereotypen Weiblichkeitsbildern sich Frauen in dieser Zeit konfrontiert sahen, sondern auch, wie allen Frauen in den Wechseljahren mit Nachdruck eine medizinische Behandlung empfohlen wurde, ohne über mögliche Nebenwirkungen und Risiken zu diskutieren. Der Nachweis eines erhöhten Gebärmutterkrebsrisikos durch die Östrogene erteilte der Hormontherapie einen ersten empfindlichen Dämpfer. Daraufhin wurden nicht nur neue Präparate entwickelt, sondern auch neue Indikationsmöglichkeiten ausgelotet. Mitte der 1980er Jahre konzentrierte sich der Einsatz der Hormontherapie auf präventive Zwecke: Östrogene sollten vor Herz-Kreislauf-erkrankungen, vor Osteoporose und Demenzerkrankungen schützen. Viele Frauen bekamen und bekommen auch heute noch mit dem Argument der Verhütung von altersbedingten Erkrankungen zeitlich unbegrenzt Hormone verschrieben.

Diese Präventionsargumente haben nicht zuletzt dazu geführt, dass Hormonpräparate in großem Ausmaß an die Frau in den Wechseljahren gebracht werden konnten: Zwischen 1991 und 1999 ist allein in der gesetzlichen Krankenversicherung die Anzahl der Hormonanwenderinnen

von 1,6 auf 2,9 Millionen Frauen gestiegen [131]. Dass sich die Hoffnung auf das präventive Potenzial der postmenopausalen Hormonpräparate nicht erfüllt haben, wurde im Sommer 2002 deutlich. Aus aktuellen Studien⁸ mit repräsentativen Ergebnissen wird deutlich, dass Herz-Kreislauf- und Demenzerkrankungen durch die Hormontherapie nicht verhindert werden können, und dass das Risiko eines vermehrten Auftretens weiterer Erkrankungen wie Gallenblasenerkrankungen und Brustkrebs zu beobachten ist [131].

Nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung über die Hormontherapie ist diese weder als Allheilmittel für Wechseljahresbeschwerden noch zur bevölkerungsweiten Prävention altersbedingter Erkrankungen bei Frauen indiziert. Als Reaktion auf die Ergebnisse der Studien zum Nutzen der Hormontherapie hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die Zulassung zahlreicher Arzneimittel zur Hormontherapie geändert und den Herstellern eine Änderung der Produktinformation vorgeschrieben, welche die Risiken insbesondere bei langjähriger Anwendung detailliert und nach dem neuesten Kenntnisstand darstellt. Das Anwendungsgebiet »Wechseljahrsbeschwerden« wurde auf die Behandlung ausgeprägter Formen eingeschränkt; zusätzlich wurde angeordnet, dass diese Arzneimittel nur noch im Ausnahmefall zur Vorbeugung der Osteoporose eingesetzt werden sollen.⁹ In der Folge sind auch in Deutschland die Verordnungszahlen für Hormonpräparate zurückgegangen – nach Analysen des wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO) von 1.026 Millionen definierten Tagesdosen (DDD) im Jahr 2000 auf 469 Millionen im Jahr 2004 [132]. Dennoch kommen Expertinnen und Experten zum Schluss, dass noch immer zu viele Hormonpräparate verordnet werden und die wissenschaftliche Evidenz zur Hormontherapie noch längst nicht hinreichend ihren Weg in die ärztliche Praxis gefunden hat. Im Jahr 2002 wurde immer noch jeder dritten 50- bis 64-Jährigen eine Hormonthe-

8 HERS: Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study, WHI: Women's Health Initiative, Million-Women Study, WIdO/BIPS-Studie [131].

9 Das BMGS hat im Jahr 2004 zur Nutzen-Risiko-Aufklärung einen Flyer »Wechseljahre und Hormontherapie« herausgegeben.

rapie verschrieben, eine besonders hohe Verordnungsprävalenz zeigt sich bei den 55 bis 59 Jahre alten Frauen – unter ihnen erhielten sogar 42 % eine (post)menopausale Hormontherapie [130]. Eine Studie des WiDO, in der niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Anfang des Jahres 2005 zu ihrer Einstellung zur Hormontherapie befragt wurden, zeigt, dass zahlreiche Ärzte und Ärztinnen die wissenschaftliche Evidenz nicht zur Kenntnis genommen haben und nach wie vor die Hormonpräparate zur Verhinderung altersbedingter Erkrankungen und Verringerung depressiver Verstimmungen einsetzen [196].

Sich als Frau in den mittleren Lebensjahren den Medikalisierungsstrategien zu entziehen, erfordert in einer Gesellschaft, die auf Leistungsfähigkeit und Jugendlichkeit setzt, nicht nur entsprechendes Wissen, sondern auch viel Selbstbewusstsein und Mut. Wenn es gelingt, die Mechanismen der Medikalisierung der Wechseljahre sichtbar zu machen, kann dieser auch entgegensteuert werden. Damit kann sich der Blick weiten für alternative und individuelle Umgangsweisen sowie Ressourcen (z. B. in den Bereichen Bewegung und Ernährung), von denen Frauen bevölkerungsweit mehr profitieren können als von der medikamentösen Dauerbehandlung einer ganzen Generation.

8.5.2 Medikalisierung bei Männern: Der PSA-Test

Das mittlere Erkrankungsalter für Prostatakrebs liegt mit 71 Jahren eindeutig im höheren und nicht mehr im mittleren Lebensalter. Dennoch bildet der Prostatakrebs nach Schätzungen der Dachdokumentation Krebs bereits in der zweiten Hälfte der mittleren Lebensjahre, also zwischen 45 und 65 Jahren die zweithäufigste Krebsneuerkrankung; vor dem 45. Lebensjahr tritt Prostatakrebs dagegen ausgesprochen selten auf (vgl. Kapitel 6.1). In Deutschland wird seit Ende der 1980er Jahre ein deutlicher Anstieg der Neuerkrankungsraten beobachtet, der in erster Linie auf den Einsatz neuer Diagnoseverfahren zurück geführt wird. Dazu zählt die Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA).

Bislang war die Methode der Wahl zur Früherkennung des Prostatakarzinoms das Abtasten der Prostata durch den Arzt. Dies wird für Männer

ab dem 45. Lebensjahr jährlich empfohlen und von den Krankenkassen als Früherkennungsmaßnahme finanziert. Der Nutzen einer solchen Untersuchung ist allerdings begrenzt, da sich tastbare Tumore meist in einem fortgeschrittenen Stadium befinden, auch ist eine signifikante Lebensverlängerung durch diese Art der Früherkennung nicht nachweisbar; darüber hinaus werden Tumore übersehen und es gibt auch eine Reihe an Fehlalarmen, die zu unnötigen Biopsien führen [197].

Die Messung der PSA-Konzentration im Blut fand zunächst Anwendung im Rahmen der Nachsorge bei Prostataerkrankungen, bevor die Hersteller der Messmethode in den USA Mitte der 1980er Jahre diese als Screening-Verfahren anboten. Steigt der PSA-Spiegel im Blut, kann davon ausgegangen werden, dass dies durch Zellveränderungen in der Prostata ausgelöst wird, die auf einen Tumor hinweisen; als Faustregel gilt: Je höher der PSA-Wert, desto weiter fortgeschritten der Tumor. Die Festlegung von Grenzwerten erweist sich allerdings als schwierig, da die Werte sowohl individuell variieren als auch vom Alter und anderen Faktoren beeinflusst werden; darüber hinaus gibt es unterschiedliche Verfahren zur Messung der PSA-Werte, die zu unterschiedlichen Messergebnissen führen können. Problematisch ist auch bei dieser Methode die hohe Rate der Fehlalarme: 25 % bis 80 % der Männer mit erhöhten PSA-Werten haben kein Prostatakarzinom.¹⁰

Einen höheren Nutzen der PSA-Messung gegenüber der Abtast-Methode verspricht man sich durch das Auffinden von Tumoren in frühen Stadien. Entsprechend den Anforderungen an die Früherkennung von Krebserkrankungen wird auch vom PSA-Test erwartet, dass die frühe Entdeckung eines Tumors die Heilungschancen steigert und die Mortalität senkt. Dieser Nachweis steht allerdings noch aus und damit fehlt einer der wichtigsten Belege, die für das Einführen eines Screening-Verfahrens notwendig sind. Dies ist der Grund, warum der PSA-Test kein Bestandteil der gesetzlichen Früherkennung ist, da der Nachweis seines deutlichen Nutzens bislang fehlt.

Zu diesem Ergebnis kommt auch eine Patienteninformation, die als Service der Gmünder Ersatzkasse und der Medizinischen Hochschule Hannover im Internet abrufbar ist

¹⁰ <http://www.therapie.net/index.html> [198]

(<http://www.therapie.net/index.html>).¹¹ Grundlage dieser Informationen bilden aktuelle »Health Technology Assessment (HTA)« – Berichte; HTA ist ein international anerkanntes Verfahren zur zusammenfassenden Bewertung aller international verfügbaren Studien über Wirksamkeit und Nutzen medizinischer Interventionen. Auf der Grundlage des HTA-Berichtes über Prostatakrebs [198], wird weder das Abtasten noch die PSA-Messung zur routinemäßigen Früherkennung des Prostatakrebses empfohlen. Jüngeren Männern mit einem familiär bedingt höheren Risiko wird geraten, die Möglichkeiten der Diagnosemethoden mithilfe ausgewiesener ärztlicher Expertise sorgfältig abzuwägen. Die Messung von PSA-Werten als individuelle Früherkennungsmaßnahme sollte nur zusammen mit einer umfangreichen Aufklärung über Prostatakrebs und über die möglichen Konsequenzen eines Krebsverdachtes erfolgen. In den USA wird von einem Einsatz des PSA-Tests als Screening auf nationaler Ebene von ausgewiesenen Expertinnen und Experten¹² ebenfalls abgeraten, aber der (auch dort weit verbreitete) Test wird an sich weder empfohlen noch gänzlich abgelehnt. Allerdings wird gefordert, die Männer sowohl über den Nachweis des fehlenden Nutzens als auch über die möglichen Schäden der Folgebehandlungen aufzuklären.

Wird ein Prostatakrebs diagnostiziert, ist die therapeutische Maßnahme in der Regel die chirurgische Entfernung der Prostata. Bei Krebserkrankungen wird allgemein davon ausgegangen, dass je früher ein Tumor erkannt und entfernt wird, desto eher das Risiko einer Metastasierung gesenkt und damit der gesundheitliche Zustand der Betroffenen verbessert werden kann. Ob dies für den Prostatakrebs auch zutrifft und die Entfernung der Prostata bei Vorliegen eines Tumors im frühen Stadium tatsächlich nutzbringend ist, gilt in Expertenkreisen allerdings als umstritten [197]. Zum einen kann nicht beurteilt werden, ob ein früher Tumor sich auch tatsächlich zu einem malignen (bösartigen) metastasierenden Tumor entwickelt. Prostata Tumoren wachsen teilweise sehr langsam, und bereiten oftmals keine Beschwerden und führen daher im Vergleich zu vielen anderen Karzinomarten nicht zwangsläufig zum Tode.¹³ Zum anderen kann die Entfernung der Prostata mit erheblichen Nebenwirkungen einhergehen wie dem Verlust der Potenz und Inkon-

tinenz.¹⁴ Die Schäden, die durch die Behandlung entstehen können, sind daher möglicherweise beeinträchtigender als eine Nichtbehandlung.

Trotz des fehlenden Nachweises, dass die frühe Erkennung eines Prostatatumors zur Erhöhung der Lebenserwartung beitragen kann, bieten vor allem Urologen neben der Abtast-Methode die Durchführung des PSA-Tests im Rahmen der Prostatakrebsfrüherkennung an, die sie als so genannte »individuelle Gesundheitsleistung« (IGeL) an den Mann bringen. Obwohl dieser aus eigener Tasche bezahlt werden muss¹⁵ und sein Nutzen fraglich ist, werden jährlich in Deutschland immerhin circa vier Millionen Tests durchgeführt – womit laut Weymayr & Koch [197] das PSA-Screening »durch die Hintertür« eingeführt wird. Unterstützung finden die den Test anbietenden Urologen beispielsweise in der aktuellen Ausgabe eines Ratgebers über Prostatakrebs, nach der »alle Männer ab dem 50. Lebensjahr regelmäßig zur PSA-gestützten Früherkennung gehen« sollen [199]. Diese uneingeschränkte Empfehlung kann angesichts des unklaren Forschungsstandes über den PSA-Test als Methode zur Früherkennung des Prostatakrebses nicht unterstützt werden.

Die schnelle und unkomplizierte Untersuchung des PSA-Wertes bei Männern im mittleren Lebensalter scheint sich im Alltag der ärztlichen

11 Die hier vorgestellten Informationen über Diagnose und Therapie in der Medizin sollen PatientInnen bei ihrer Entscheidung für oder gegen bestimmte Verfahren unterstützen.

12 Es handelt sich dabei z. B. um die U.S. Preventive Services Task Force, eine unabhängige ExpertInnengruppe, die Ergebnisse aus der klinischen Forschung aufbereitet und evaluiert und entsprechende Empfehlungen ausspricht (<http://www.ahcpr.gov/clinic/uspstfix.htm>); in den USA sprechen sich gegen das PSA-Screening auch einige Berufsverbände von FachärztInnen und andere GesundheitsexpertInnen aus [197].

13 Obwohl sich bei vielen Männern mit zunehmendem Alter ein Prostatatumor entwickelt, versterben die meisten nicht daran, sondern aufgrund anderer Ursachen; laut den Ergebnissen einer Autopsie-Studie wurde bei ca. 25 % aller über 50-jährigen Männer (die aufgrund anderer Erkrankungen verstorben sind) ein symptomloser Prostatatumor entdeckt
<http://www.therapie.net/index.html>

14 Neben der chirurgischen Intervention werden auch Bestrahlung und Hormontherapie zur Behandlung des Prostatakrebses eingesetzt, die ebenso stark beeinträchtigende Nebenwirkungen nach sich ziehen können.

15 Der IGeL-Listenpreis für den PSA-Test beträgt 34,20 Euro.

Praxis so selbstverständlich in die jährlichen Früherkennungsmaßnahmen einzureihen wie die Blutdruckmessung oder die Messung der Cholesterin-Werte. Für die involvierten Ärztinnen bzw. Ärzte und Männer geht es dabei in erster Linie darum, eine mögliche Krebserkrankung mit größter Wahrscheinlichkeit auszuschließen. Um zu solch einem Gefühl zu gelangen, alles was möglich ist getan zu haben und sich in einer gewissen Sicherheit zu wiegen, werden eine Reihe von Männern der Durchführung des PSA-Tests zustimmen und sie erwarten ein negatives Ergebnis. Ob sie über die Folgen eines positiven Testergebnisses im Voraus informiert wurden, ist fraglich. Ein Test ist schnell gemacht, aber die Entscheidung darüber, ob er gemacht werden soll oder nicht und welche Folgen dies jeweils nach sich zieht, dauert wesentlich länger. Darüber hinaus ist es in der ärztlichen Praxis sicher schwer vermittelbar einen Test anzubieten, in dessen Folge dem Risiko des Nichtwissens ein gewisses Risiko des Wissens gegenübersteht. Daher verwundert es kaum, dass sich viele Männer gegen den Test entschieden haben, die ausführlich über möglichen Nutzen und Schaden informiert wurden; jedoch ist eine solche systematische Einbeziehung und umfassende Aufklärung von Männern zur Frage der Durchführung des PSA-Tests bislang nicht üblich [197].

Solange repräsentative Studien den Nutzen des PSA-Tests nicht belegen, muss dessen Verbreitung im Ausmaß einer bevölkerungsweiten Früherkennungsmaßnahme folgerichtig abge-

lehnt werden. Zwei Studien, die entscheidende Ergebnisse dazu liefern sollen, werden voraussichtlich erst in vier bis sechs Jahren abgeschlossen sein [197]; auch darüber sollten Männer informiert werden. Mit der Möglichkeit zur Früherkennung von Prostatakrebs mittels eines unkomplizierten und relativ preisgünstigen Tests wird Männern vermittelt, dass sie sich schnell und einfach um ihre Gesundheit kümmern können, was ihrem eher nachlässigen und funktionsorientierten Verhältnis zu Gesundheit entgegen kommt (vgl. Kapitel 8.4). Das wirksame Anpreisen einer einfach durchzuführenden Früherkennungsmaßnahme einerseits und deren zunehmende Akzeptanz andererseits scheint eher blinder Aktionismus zu sein; zudem drängt sich der Verdacht auf, dass der Test möglicherweise eher nach marktwirtschaftlichen und nicht nach evidenzbasierten Kriterien einer bedarfsorientierten und qualitativ angemessenen gesundheitlichen Versorgung angeboten wird. Der in Kapitel 8.4 ausgeführte risikobehaftete Umgang von Männern mit ihrer eigenen Gesundheit scheint auf den ersten Blick mit der Absage an eine bevölkerungsweite Früherkennungsmaßnahme für Männer zu kollidieren. Auf den zweiten Blick wird aber deutlich, dass Männer durch eine intensive Beschäftigung mit dem Thema Medikalisierung und Überlegungen in wie weit eine medizinische Maßnahme für sie in Frage kommt oder nicht, einen Anfang zu einer vertieften Auseinandersetzung mit Gesundheit und ihrem eigenem Gesundheitsverhalten machen können.

9 Perspektiven für gesundheitliche Versorgung und Prävention

Die Analyse der vorliegenden Daten hat deutlich gemacht, dass sich Frauen und Männer im mittleren Lebensalter in ihrem Gesundheitszustand deutlich unterscheiden. Die geschlechtsspezifischen Morbiditäts- und Mortalitätsprofile sind nur zum kleineren Teil auf die biologischen Unterschiede zurückzuführen, sondern verweisen auf geschlechterspezifische Sozialisationsbedingungen und -erfahrungen, die die Ursache für einen differenziellen Umgang mit dem Körper sind, auf geschlechtsspezifische Erfahrung im Gesundheitswesen, die z. B. in einer unterschiedlichen Diagnostik und Therapie resultieren können sowie auf unterschiedliche Lebens- und Arbeitsbedingungen, die einen je spezifischen Einfluss auf die Gesundheit nehmen.

Für die Verringerung der gesundheitsbezogenen Geschlechtsunterschiede ergeben sich daraus zwei Konsequenzen:

- ▶ Zum einen müssen die geschlechterspezifischen gesundheitlichen Problemlagen und die unterschiedlichen Gesundheitsbedürfnisse von Frauen und Männern identifiziert werden, und frauen- bzw. männerspezifische Angebote müssen entwickelt werden, um diesen Bedarf zu decken (Identifikation des geschlechterspezifischen Versorgungsbedarfes). Geschlechterspezifische Überversorgung sollte entsprechend abgebaut werden.
- ▶ Zum anderen müssen die vorhandenen und geplanten Angebote, sei es in der Prävention oder der Versorgung, daraufhin analysiert werden, ob sie der Bedeutung der Kategorie Geschlecht angemessen Rechnung tragen (Gender Mainstreaming).

9.1 Identifikation des geschlechterspezifischen Versorgungsbedarfes

Frauen und Männer haben einen spezifischen Versorgungsbedarf, der durch gezielte frauen- bzw. männerspezifische Analysen identifiziert und gedeckt werden muss. Die Frauengesundheitsforschung hat in den vergangenen 30 Jahren den Bedarf für Frauen aufgezeigt und deutlich gemacht, dass sich dieser nicht nur auf die Versorgung rund um die Reproduktion (Verhütung, Schwangerschaft, Geburt, Abtreibung, Wechseljahre) sowie auf weibliche Suchtprobleme und Essstörungen beschränkt. So ist das Thema »Gewalt im Geschlechterverhältnis« im Frauengesundheitsbericht [2] als gesundheitliches Problem von Frauen identifiziert worden, für das in der Folge der Veröffentlichung des Gesundheitsberichtes auch angemessene Versorgungsangebote entwickelt wurde, z. B. das Interventionsprogramm S.I.G.N.A.L. gegen häusliche Gewalt (www.medizin.fu-berlin.de/SIGNAL/). Die Ergebnisse der vom BMFSFJ geförderten wissenschaftlichen Begleitung des Interventionsprogramms wurden 2004 in Form eines praxisorientierten Handbuches »Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitliche Versorgung« veröffentlicht, um eine bundesweite Implementierung des Programms zu initiieren. Das BMFSFJ unterstützt diesen Prozess durch weitere Maßnahmen, wie z. B. die Erstellung eines Fortbildungscurriculums zum Thema »Häusliche Gewalt und Gesundheit« sowie die finanzielle Förderung von darauf aufbauenden »Train the Trainer«-Seminaren. Auch verschiedene Landesärztekammern haben sich seitdem des Themas angenommen, z. B. durch Projekte zur Sensibilisierung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Außerdem wurde mit dem Inkrafttreten des Gewaltschutzgesetzes im Januar 2002 die rechtliche Position für Opfer häuslicher Gewalt gestärkt [200].

Für den Bereich der Reproduktion, insbesondere Schwangerschaft und Geburt, sind gegenläufige Tendenzen erkennbar. Einerseits ist eine zunehmende Medikalisierung zu beobachten, die zu einer immer engmaschigeren Betreuung schwangerer und gebärender Frauen geführt hat und sich z. B. in der Ausweitung des Katalogs an Vorsorgeuntersuchungen, der Erweiterung der im Mutterpass dokumentierten Risiken und in einer Zunahme von Kaiserschnittgeburten dokumen-

tiert [201, 202, 203]. Zugleich ist zu beobachten, dass in den letzten Jahrzehnten verstärkt Angebote entwickelt wurden, die die Bedürfnisse von Frauen berücksichtigen [204]. Genannt seien hier Rooming-in, also die gemeinsame Unterbringung von Mutter und Neugeborenen in einem Zimmer in der Klinik, die Entwicklung von Geburtshäusern und Hausgeburtshebammen-Netzen und -praxen, sowie im Jahr 2003 die Etablierung eines ersten hebammengeleiteten Kreißsaales im Klinikum Reinkenheide in Bremerhaven, das Frauen ohne erwartbare Risiken die Entscheidung ermöglicht, das Kind entweder im ärztlich geleiteten oder im Hebammenkreißsaal zu entbinden (www.hebammenkreissaal.de).

Neben den frauenspezifischen Gesundheitsbedürfnissen und Problemen in den Bereichen der reproduktiven Gesundheit und der Gewalt hat der vorliegende Bericht darüber hinaus auf weitere frauenspezifische Gesundheitsprobleme im mittleren Lebensalter hingewiesen, die bislang nicht als solche breiter thematisiert wurden, aber sich im Geschlechtervergleich herauskristallisieren. Hierzu gehören z. B. die Schilddrüsenerkrankungen, Eisenmangel, Migräne und Kontaktallergien, von denen Frauen wesentlich häufiger betroffen sind und die bislang nicht unter geschlechterspezifischer Perspektive thematisiert wurden.

Die Identifikation frauenspezifischer Versorgungsbedürfnisse impliziert auch, eine weitere Differenzierung vorzunehmen und Gruppen zu identifizieren, die einen besonderen Bedarf haben bzw. in gesundheitlicher Hinsicht benachteiligt sind. Hierzu gehören z. B. Frauen mit Behinderungen, Migrantinnen, Prostituierte, wohnungslose Frauen, drogenabhängige Frauen. Der Frauengesundheitsbericht [2] hat hier bereits Analysen der gesundheitlichen Situation dieser Gruppen vorgelegt, aus denen sich Ansatzpunkte für Interventionen ableiten lassen.

Während die gesundheitlichen Bedürfnisse von Frauen in den letzten 30 Jahren von der Frauengesundheitsforschung und Frauengesundheitsbewegung bereits thematisiert wurden, gilt dies nicht für die Gruppe der Männer. Erst in letzter Zeit gibt es einige wenige Ansätze, die gesundheitlichen Probleme von Männern zu thematisieren [9]. Neben urologischen Problemen und Sexual-, insbesondere Erektionsstörungen, die auch in der Öffentlichkeit breite Aufmerksamkeit

erlangt haben und vom kommerziellen Gesundheitsmarkt besetzt werden (z. B. in Zeitschriften), sind Unfälle und Suizide als eines der wichtigsten Gesundheitsprobleme zu nennen. Auch hier gilt, dass der Identifikation männerspezifischer Gesundheitsbedürfnisse weitere Differenzierungen folgen müssen; auch die Gruppe der Männer ist in sich heterogen und verlangt nach genaueren Analysen.

9.2 Gender Mainstreaming

Parallel zur zuvor genannten Strategie ist das Prinzip des Gender Mainstreamings eine wesentliche Strategie, die Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Krankheit zu reduzieren. Gender Mainstreaming ist eine im politischen Kontext entwickelte Top-down-Strategie, die das Ziel hat, bei allen politischen Entscheidungen vorab zu klären, welchen Einfluss die Entscheidung auf die Gleichstellung und das Verhältnis der Geschlechter hat. Übertragen auf die Gesundheitsforschung und -versorgung bedeutet das Prinzip, bei allen Vorhaben und Maßnahmen zu prüfen, ob die Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Frauen und Männern und die geschlechterspezifischen Gesundheitsbedürfnisse angemessen berücksichtigt werden und ob Frauen und Männer mit dem jeweiligen Angebot gleichermaßen erreicht werden (wenn es denn das Ziel ist, beide Geschlechter zu erreichen). Das Gesundheitswesen ist ein prädestiniertes Feld für Gender Mainstreaming, denn die Implementation scheint gerade dort besonders erfolgreich zu sein, wo ein dringlicher Veränderungsbedarf auch unter Wirtschaftlichkeitsaspekten besteht.

Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen ist einer doppelten Zielperspektive verpflichtet: Es dient einerseits dazu, die gleichen Zugangschancen zu Gesundheitsressourcen zu sichern und darüber sozial bedingte Ungleichheiten in der gesundheitlichen Lage zu reduzieren und will andererseits dazu beitragen, die Qualität der Versorgungsangebote dadurch zu verbessern, dass sie zielgruppengerecht entwickelt werden [79].

Reduktion sozial bedingter Ungleichheiten

Die Analyse der Daten hat gezeigt, dass sich Männer und Frauen in vielen Gesundheitsbereichen voneinander unterscheiden. Die WHO weist in ihrem Madrid Statement »Mainstreaming gender equity in health« darauf hin, dass das Geschlecht eine zentrale Gesundheitsdeterminante ist, die den Zugang zu und die Kontrolle über Gesundheitsressourcen beeinflusst. Ziel des Gender Mainstreamings ist es, Frauen und Männer gleiche Zugangschancen zu den gesundheitlichen Ressourcen zu sichern. Angestrebt wird dabei nicht – wie häufig missverstanden wird –, dass Frauen und Männer den gleichen Gesundheitszustand erreichen, sondern dass sie die gleichen Chancen haben, ihre Gesundheitspotenziale auszuschöpfen [83, 205]. Die WHO kommt zu dem Schluss, Gender Mainstreaming sei die effektivste Strategie, die gesundheitliche Ungleichheit zwischen den Geschlechtern zu reduzieren [206].¹

Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung und der Präventionsangebote

Durch die Berücksichtigung der Geschlechterperspektive kann die Qualität der Versorgung und der Prävention verbessert werden. Für beide Bereiche liegen die Vorteile auf der Hand: Die Studien zum Themenbereich Herz-Kreislaufkrankheiten haben zahlreiche Hinweise darauf geliefert, dass Frauen und Männer sich in ihrer Symptomatik von Herz-Kreislaufkrankheiten unterscheiden, dass die Beschwerden und Symptome von den Betroffenen unterschiedlich wahrgenommen und bewertet werden und dass aber auch die Beschäftigten im Gesundheitswesen unterschiedlich auf Frauen und Männer mit Herz-Kreislaufbeschwerden reagieren mit der Folge einer – möglicherweise unangemessenen – geschlechterspezifischen Diagnostik und Therapie. Eine geschlechtersensible Analyse des Versorgungs- und Präventionsangebotes deckt diese Ungleichbehandlung auf und führt zu der Frage, ob diese angemessen ist oder nicht. Sie zeigt zugleich, dass zahlreiche Angebote von einem geschlechtsneutralen Menschenmodell geprägt sind und dadurch weder den Bedürfnissen der Frauen noch denen der Männer gerecht wird.

Auch im Bereich der Prävention wird die Relevanz der Geschlechterperspektive deutlich [vgl. 140]. Der vorliegende Bericht hat gezeigt, dass sich Männer in vielen Bereichen gesundheitsriskanter verhalten. Es kann davon ausgegangen werden, dass hier noch erhebliche Gesundheitspotenziale liegen. Ein riskantes Verhalten ist Teil des männlichen Rollenstereotyps und Männer werden bislang von den traditionellen Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten nicht angesprochen. Wenn sie an solchen Maßnahmen teilnehmen (z. B. im Rahmen von schulischen Präventionsprogrammen), sind die Angebote bei ihnen weniger wirksam als bei Mädchen bzw. Frauen [exempl. 207]. Gender Mainstreaming bedeutet zu fragen, ob Frauen und Männer gleichermaßen von den Angeboten erreicht werden, ob geschlechterspezifische Zugangswege und Methoden gewählt werden müssen, und ob die Lebensbedingungen und Lebensumstände von Frauen und Männern adäquat berücksichtigt wurden. Altgeld [208] weist darauf hin, dass Männer nicht zuletzt deshalb Präventionsangebote weniger in Anspruch nehmen, weil die Kommunikationsstrategien in der Prävention nicht auf männliches Kommunikationsmuster abgestimmt sind. Er identifiziert auf der Grundlage einer Analyse kommerzieller Gesundheitskommunikation (Werbung, Zeitschriften) folgende Merkmale männergerechter Kommunikation und spitzt sie provokativ zu:

- ▶ »Vermittlung einer einfachen technischen Lösbarkeit möglicher Gesundheitsprobleme,
- ▶ Ausblendung komplexerer, insbesondere psychischer Ursachen
- ▶ und Bagatellisierung von Erkrankungsverläufen und -wahrscheinlichkeiten,
- ▶ überdeutliche Neigung zu Anglizismen« [208].

Diese Strategien können nicht alle als Anregung für eine bessere Vermarktung seriöser Gesundheitsförderungsangebote für Männer dienlich sein, insbesondere nicht die Komplexitätsreduktion und

¹ Umso erstaunlicher ist es, dass in dem jüngsten Gutachten des Sachverständigenrates [23], das einen starken Schwerpunkt auf das Thema »Soziale Ungleichheit und Gesundheit« legt, die Bedeutung der Kategorie Geschlecht nur am Rande erwähnt wird.

Bagatellisierung. Aber Altgeld macht in seiner Zuspitzung deutlich, dass den Besonderheiten männlicher Rezeptionsgewohnheiten und Informationsbedürfnissen stärker Rechnung getragen werden muss als dies bislang der Fall ist [4].

Trotz dieser Argumente und der Absichtserklärung der Bundesregierung setzt sich das Prinzip des Gender Mainstreamings eher zögerlich im Gesundheitswesen durch. Neue Impulse werden durch inzwischen vorliegende Gender-Instrumente bzw. Checklisten für den Gesundheitsbereich erhofft [für einen Überblick über Gender-Instrumente siehe 79, 209]. Um dem Prinzip des Gender Mainstreaming in der Gesundheitsversor-

gung zu mehr Beachtung zu verhelfen, hat das BMFSFJ das dreijährige Projekt »Bundeskoordination Frauengesundheit« finanziert, das im Februar 2005 beendet wurde (www.bkfrauengesundheit.de). Das Projekt konnte dazu beitragen, dass das Anliegen einer geschlechtergerechten Medizin von den Institutionen des Gesundheitswesens, insbesondere auch den Organen der Selbstverwaltung, verstärkt aufgegriffen wurde. Es ist zu hoffen, dass sich dieser Prozess im Gesundheitswesen weiter fortsetzt, um diese Chance zur Qualitätsverbesserung und zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit zwischen den Geschlechtern nicht zu vertun.

Literatur

1. Kolip P, Hurrelmann K (2002) Geschlecht – Gesundheit – Krankheit. Eine Einführung. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Frauen und Männer im Vergleich. Huber, Bern: 13–31
2. BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Kohlhammer, Stuttgart
3. Magistrat der Stadt Wien (1999) Wiener Männergesundheitsbericht 1999. Wien
4. Altgeld T, Kolip P (2005) Männergesundheit in NRW. Gesundheitsberichte NRW. Manuskript für das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst, lög d
5. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (1998) Gesundheitsbericht für Deutschland. Metzler Poeschel, Stuttgart
6. Resch M (2002) Der Einfluss von Familien- und Erwerbsarbeit auf die Gesundheit. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Frauen und Männer im Vergleich. Huber, Bern: 403–418
7. Höpflinger F (2002) Private Lebensformen, Mortalität und Gesundheit. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Frauen und Männer im Vergleich. Huber, Bern: 419–438
8. Kolip P (2003) Frauen und Männer. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U (Hrsg) Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Urban & Fischer, München: 642–653
9. Altgeld T (Hrsg) (2004) Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Juventa, Weinheim
10. Eichler M (2002) Zu mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern: Erkennen und Vermeiden von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. Blaue Reihe Berliner Zentrum Public Health: Berlin
11. Jahn I (2002) Methodische Probleme einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Frauen und Männer im Vergleich. Huber, Bern: 142–156
12. Statistisches Bundesamt (2005) Leben und Arbeiten in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2004. Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn www.destatis.de
13. Lehner E (2004) »Männer stellen Arbeit über die Gesundheit«. Männliche Lebensinszenierungen und Wunschrollenbilder. In: Altgeld, T (Hrsg) Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Juventa, Weinheim: 49–63
14. Engstler H, Menning S (2003) Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik. Lebensformen, Familienstrukturen, wirtschaftliche Situation der Familien und familiendemographische Entwicklung in Deutschland. Erweiterte Neuauflage. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin
15. Elkeles T (2003) Arbeitende und Arbeitslose. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R et al. (Hrsg) Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Urban & Fischer, München: 653–660
16. Borchers A (1997) Die Sandwichgeneration: Ihre zeitlichen und finanziellen Leistungen und Belastungen. Campus, Frankfurt/Main
17. Schneekloth U, Müller U (2000) Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 127. Nomos, Baden-Baden
18. Statistisches Bundesamt (2003) Leben und Arbeiten in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2002. Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn
19. Faltermaier T (2004) Männliche Identität und Gesundheit. Warum Gesundheit von Männern? In: Altgeld, T (Hrsg) Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Juventa, Weinheim, S 11–33
20. Grobe TG, Schwartz FW (2003) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
21. Winkler J, Stolzenberg H (1999) Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. Das Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2: 178–183
22. Babitsch B (1998) Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Eine geschlechtsspezifische Betrachtung. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hrsg) Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Huber, Bern, 63–73
23. SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005) Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. SVR, Bonn
24. IAB – Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (2001) Wie bringt man Beruf und Kinder unter einen Hut? IAB Kurzbericht Nr. 7, April 2001. Nürnberg, IAB

25. BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004) Bericht über die Auswirkungen der §§ 15 und 16 Bundeserziehungsgeldgesetz. Berlin
26. Schmitt C (2004) Kinderlose Männer in Deutschland. Eine sozialstrukturelle Bestimmung auf der Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin
27. Statistisches Bundesamt (2003) Gesundheitswesen: Todesursachen in Deutschland 2001. Fachserie 12, Reihe 4. Metzler Poeschel, Stuttgart
28. Maziak W, Behrens T, Brasky TM et al. (2003) Are asthma and allergies in children and adolescents increasing? Results from ISAAC phase I and phase III surveys in Munster, Germany. *Allergy*, 7: 572–579
29. Hermann-Kunz E (1999) Häufigkeit allergischer Krankheiten in Ost- und Westdeutschland. *Gesundheitswesen* 61, Sonderheft 2: 100–105
30. Melchert HU, Görsch B, Thierfelder W (2002) Schilddrüsenhormone und Schilddrüsenmedikamente bei Probanden in den Nationalen Gesundheitssurveys. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut, Berlin
31. Irl C, Hasford J (1997) The PEGASUS project – a prospective cohort study for the investigation of drug use in pregnancy. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 35: 572–576
32. Hasford J, Irl C (1997) Arzneimittel, Schwangerschaft und Fetal Outcome. Ergebnisbericht. Projekt D5 des Bayerischen Forschungsverbundes Public Health, München
33. Pschyrembel (2002) *Klinisches Wörterbuch*. 259. Auflage. Walter de Gruyter, Berlin
34. Mensink G (2002) Was essen wir heute? Ernährungsverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut, Berlin
35. Diederichs P (2001) Psychosomatische Aspekte der Urogynäkologie. *Der Gynäkologe*, 34: 307–314
36. Diederichs, P (2001) *Psychoanalyse und Frauenheilkunde*. Psychozialverlag, Berlin
37. Ferrari, MD (1998) Migraine. *The Lancet*, 351: 1043–1051
38. Rains JC, Penzien DB, Martin VT (2002) Migraine and women's health. *Journal of the American Medical Women's Association*, 57: 73–78
39. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2000) *Spezialbericht Allergien*. Metzler-Poeschel, Stuttgart
40. Jahn I, Kolip P (2003) Hinderungsgründe für die Umsetzung einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW am Beispiel gynäkologische Unterleibserkrankungen/ Hysterektomie. Abschlussbericht einer Expertise für die Enquetekommission »Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung« des Landtags Nordrhein-Westfalen. Landtag NRW, Düsseldorf
41. Franke A, Kämmerer A (Hrsg) (2001) *Klinische Psychologie der Frau*. Hogrefe, Göttingen
42. Wurm S (2004) *Gesundheitliche Potenziale und Grenzen älterer Erwerbspersonen*. Expertise für den Fünften Bericht der Bundesregierung zur Lage der älteren Generation. Berlin, Deutsches Zentrum für Altersfragen
43. Statistisches Bundesamt (2003) *Statistisches Jahrbuch 2003*. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
44. Piek P, Brüggemann J, Grote C et al. (2004) *Pflege. Schwerpunktbericht zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch-Institut, Berlin
45. Statistisches Bundesamt (2003) *Bericht: Pflegestatistik 2001 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse*, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn
46. Statistisches Bundesamt (2002) *Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 1999*. Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn
47. Gräfel E (1998) *Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden*. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- oder Pflegebedarf im Alter. Hänssel-Hohenhausen, Egelsbach
48. Statistisches Bundesamt (2004) *Krankheitskosten 2002*. Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn
49. Durkheim E (1897) *Le suicide*. Paris. (deutsch: Durkheim E (1983) *Der Selbstmord*. Luchterhand, Neuwied)
50. Berkman LF, Syme SL (1979) Social networks, host resistance, and mortality: A nine year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109: 186–204
51. Ortmeier CE (1974) Variations in mortality, morbidity, and health care by marital status. In: Erhardt CL, Berlin JE, (Ed) *Mortality and morbidity in the United States*. Harvard University Press, Cambridge: 159–188
52. Hu Y, Goldman N (1990) Mortality differentials by marital status: An international comparison. *Demography*, 27: 233–250
53. Hart N (1991) The social and economic environment and human health. In: Holland WW, Detels R, Knox G (Ed) *Oxford textbook of Public Health*. Vol. 1: *Influences of Public Health*. Oxford University Press, Oxford: 151–180
54. Shumaker SA, Hill DR (1991) Gender differences in social support and physical health. *Health Psychology*, 10: 102–111
55. Kolip P (2005) The association between gender, family status and mortality. *Journal of Public Health*, 13: 309–312
56. Kolip P (1998) *Familie und Gesundheit*. In: Hurrelmann K, Laaser U (Hrsg) *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Juventa, Weinheim: 497–517

57. Brockmann H, Klein T (2002) Familienbiographie und Mortalität in Ost- und Westdeutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35: 430–440
58. Helfferich C, Hendel-Kramer A, Klindworth H (2003) Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
59. Griefahn B (1998) Arbeitswelt und Gesundheit. In: Hurrelmann K, Laaser U (Hrsg) *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Juventa, Weinheim: 443–466
60. Koppelin F, Müller R (2004) Macht Arbeit Männer krank? Arbeitsbelastungen und arbeitsbedingte Erkrankungen bei Männern und Frauen. In: Altgeld T (Hrsg) *Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention*. Juventa, Weinheim: 121–134
61. Statistisches Bundesamt (2003) Wo bleibt die Zeit? Die Zeitverwendung der Bevölkerung in Deutschland 2001/02. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
62. Mohr G (1993) Ausgezählt. Theoretische und empirische Beiträge zur Psychologie der Frauenerwerbslosigkeit. Deutscher Studienverlag, Weinheim
63. Junge B, Nagel M (1999) Das Rauchverhalten in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 61, Sonderheft 2: 121–125
64. Payne S (2001) Smoke like a man, die like a man? A review of the relationship between gender, sex and lung cancer. *Social Science & Medicine*, 53: 1067–1080
65. Statistisches Bundesamt (2004) Leben und Arbeiten in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2003. Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn
66. Kraus L, Augustin R (2001) Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht* 47, Sonderheft 1: S3–S86
67. Lampert T, Burger M (2004) Rauchgewohnheiten in Deutschland – Ergebnisse des telefonischen Bundes-Gesundheitssurveys 2003. *Gesundheitswesen* 66: 511–517
68. Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U et al. (2000) Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie. *Der Nervenarzt* 7: 535–542
69. Kolip P, Helmert U (2003) Sozialepidemiologische Beiträge zur Prävention. In: Jerusalem M, Weber H (Hrsg) *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention*. Hogrefe, Göttingen: 181–195
70. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Teilband Rauchen. Köln
71. French SA, Perry CL (1996) Smoking among adolescent girls: Prevalence and etiology. *Journal of American Medical Women's Association*, 51: 35–42
72. O'Keefe AM, Pollay RW (1996) Deadly targeting of women in promoting cigarettes. *Journal of American Medical Women's Association*, 51: 67–72
73. Rugkasa J, Stewart-Knox B, Sittlington J et al. (2003) Hard boys, attractive girls: Expressions of gender in young people's conversation on smoking in northern Ireland. *Health Promotion International*, 4: 307–314
74. Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Huber, Bern
75. Helmert U, Borgers D (1998) Rauchen und Beruf. Eine Analyse von 100.000 Befragten des Mikrozensus 1995. *Bundesgesundheitsblatt* 3/98: 102–107
76. Helmert U, Maschewsky-Schneider U (1998) Zur Prävalenz des Tabakrauchens bei Arbeitslosen und Armen. In: Henkel D, Vogt I (Hrsg) *Sucht und Armut. Alkohol, Tabak, Medikamente, illegale Drogen*. Leske & Budrich, Opladen
77. Burger M, Brönstrup A, Pietrzik K (2000) *Alkoholkonsum und Krankheiten*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 134, Nomos, Baden-Baden
78. Bühringer G, Augustin R, Bergmann E et al. (2002) Alcohol consumption and alcohol-related problems in Germany. Hogrefe, Göttingen
79. Kuhlmann E, Kolip P (2005) *Gender und Public Health. Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik*. Juventa, Weinheim
80. Burger M, Mensink G (2003) Bundes-Gesundheits-survey: Alkohol. Konsumverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
81. Bischof G, John U (2002) Suchtmittelabhängigkeit bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. Huber, Bern: 342–358
82. Kolip P, Lademann J, Deitermann B (2004) Was können Männer von der Frauengesundheitsbewegung lernen? In: Altgeld, T (Hrsg) *Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention*. Juventa, Weinheim: 219–231
83. Doyal L (2000) Gender equity in health: Debates and dilemmas. *Social Science & Medicine*, 51: 931–939
84. Waldron I (1995) Contributions of changing gender differentials in behaviour to changing gender differences in mortality. In Sabo D, Gordon G (Hrsg) *Men's health and illness. Gender, power and the body*. Sage, London: 22–45
85. Bergmann E, Horch K (2002) Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. Schätzungen für Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
86. Emslie C, Hunt K, Macintyre S (2002) How similar are the smoking and drinking habits of men and women in non-manual jobs? *European Journal of Public Health*, 12: 22–28

87. Sieverding M (2002) Gender and health related attitudes: The role of a »macho« self-concept. In: Weidner G, Kopp M, Kristenson M (Ed): Heart disease: Environment, stress and gender. IOS Press, Amsterdam: 237–250
88. Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U et al. (2000) Prevalence of alcohol consumption, abuse and dependence in a country with high capita consumption: Findings from the German TACOS study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 35: 539–547
89. Spiekermann U (2002) Das Deftige für den Mann, das Leichte für die Frau? Über den Zusammenhang von Ernährung und Geschlecht im 20. Jahrhundert. In: Jahn I, Voigt U (Hrsg) Essen mit Leib und Seele. Edition Temmen, Bremen: 51–74
90. Setzwein M (2002) Sex & Food & Hierarchy. Überlegungen zum Zusammenhang von Ernährung, symbolischer Geschlechterordnung und sexueller Ideologie. In: Jahn I, Voigt U (Hrsg) Essen mit Leib und Seele. Edition Temmen, Bremen: 75–98
91. Mensink G (2004) Essen Männer anders? In: Altgeld T (Hrsg) Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Juventa, München: 155–169
92. Mensink, G (2003) Ernährungssurvey. Den Deutschen auf den Mund geschaut. UGB Forum 2 www.ugb.de
93. World Cancer Research Fund (WCRF) (1997) Food nutrition and the prevention of cancer: A global perspective. World Cancer Research Fund, Washington
94. IARC (2003) Handbooks of Cancer Prevention. Vol. 8. Fruit and Vegetables. Lyon
95. Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Österreichische Gesellschaft für Ernährung, Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (Hrsg) (2000) Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Umschau/Braus, Frankfurt/Main
96. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg) (2000) Ernährungsbericht 2000. Henrich, Frankfurt/Main
97. Wirth A (2003) Adipositas-assoziierte Krankheiten. In: Petermann F, Pudel V (2003) Übergewicht und Adipositas. Hogrefe, Göttingen: 105–126
98. Benecke A, Vogel H (2003) Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
99. Franke A (2003) Adipositas im Geschlechtervergleich. In: Petermann F, Pudel V (2003) Übergewicht und Adipositas. Hogrefe, Göttingen: 153–164
100. Pudel V, Westenhöfer J (1998) Ernährungspsychologie. Hogrefe, Göttingen
101. Franke A (2002) Essstörungen bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Frauen und Männer im Vergleich. Huber, Bern: 359–374
102. Reich G, Witte-Lakemann G, Kilius U (2005) Abschlussbericht Projekt »Qualitätssicherung in Beratung und ambulanter Therapie von Frauen und Mädchen mit Essstörungen – Eine Praxisstudie. Gefördert durch das BMFSFJ
103. WHO (2003) Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. WHO Technical Report Series 916. Geneva
104. Oguma Y, Sesso HD, Paffenbarger RS et al. (2002) Physical activity and all cause mortality in women: A review of the evidence. *British Journal of Sports Medicine*, 36: 162–172
105. Lee IM (2003) Physical activity in women. How much is good enough? *Journal of the American Medical Association*, 290: 1377–1378
106. Varo JL, Martínez-González MA, Irala-Estévez J de et al. (2003) Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *International Journal of Epidemiology*, 32: 138–146
107. Strazdins L, Bammer G (2004) Women, work and musculoskeletal health. *Social Science & Medicine*, 58: 997–1005
108. Sternfeld B, Ainsworth BE, Quesenberry CP (1999) Physical activity patterns in a diverse population of women. *Preventive Medicine*, 28: 313–323
109. Trost SG, Owen N, Bauman AE et al. (2002) Correlates of adults' participation in physical activity: Review and update. *Medicine Science of Sports and Exercise*, 34: 1996–2001
110. Bassett DR, Strath SJ (2002) Use of pedometers to assess physical activity. In: Welk GJ (Ed) Physical activity assessments for health-related research. Human Kinetics, Champaign: 163–177
111. Sallis JF, Saelens BE (2000) Assessment of physical activity by self-report: Status, limitations, and future directions. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 71: 1–14
112. Abel T, Graf N, Niemann S (2001) Gender bias in the assessment of physical activity in population studies. *Sozial- und Präventivmedizin*, 46: 268–272
113. Tudor-Locke C, Henderson KA, Wilcox S et al. (2003) In their own voices: Definitions and interpretations of physical activity. *Women's Health Issues*, 13: 194–199
114. Statistisches Bundesamt (2004) Alltag in Deutschland. Analysen zur Zeitverwendung. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
115. Mensink G (1999) Körperliche Aktivität. Gesundheitswesen, 61, Sonderheft 2: 126–131
116. Ainsworth BE, Richardson MT, Leon AS et al. (1993) Gender differences in self-reported physical activity. *Women in Sport and Physical Activity Journal*, 23: 1–16
117. Ainsworth BE, Sternfeld B, Richardson MT et al. (2000) Evaluation of the Kaiser Physical Activity Survey in Women. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32: 1327–1338

118. Weller I, Corey P (1998) The impact of excluding non-leisure energy expenditure on the relation between physical activity and mortality in women. *Epidemiology*, 9: 632–635
119. Lawlor DA, Taylor M, Bedford C et al. (2002) Is housework good for health? Levels of physical activity and factors associated with activity in elderly women. Results from the British Women's Heart and Health Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56: 473–478
120. Fransson EIM, Alfredsson LS, de Faire UH et al. (2003) Leisure time, occupational and household physical activity, and risk factors for cardiovascular disease in working men and women: The WOLF study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31: 324–333
121. Institut für angewandte Sozialwissenschaft (2003) Mobilität in Deutschland. Juli 2003, Berlin www.infas.de
122. Pate RR, Pratt M, Blair SN et al. (1995) Physical activity and public health: A recommendation from the centers of disease control and prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 273: 402–407
123. Mensink G (2003) Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
124. Glaeske G, Klauber J, Lankers CHR et al. (2003) Stärkung des Wettbewerbs in der Arzneimittelversorgung zur Steigerung von Konsumentennutzen, Effizienz und Qualität. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung
125. Knopf H (2004) Arzneimittelanwendung bei Frauen und Männern mit koronarer Herzkrankheit. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 47: 1051–1056
126. Knopf H, Melchert HU (2003) Bundes-Gesundheitssurvey: Arzneimittelgebrauch. Konsumverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
127. Glaeske G, Janhsen K (2003) GEK-Arzneimittel-Report 2003. Asgard-Verlag, St. Augustin
128. Glaeske G (2002) Auffälligkeiten der geschlechtsspezifischen Versorgung in der GKV. Wie groß ist der kleine Unterschied? In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Frauen und Männer im Vergleich*. Huber, Bern: 520–532
129. Furu K, Straume B, Thelle DS (1997) Legal drug use in a general population: Association with gender, morbidity, health care utilization and lifestyle characteristics. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50: 341–349
130. Deitermann B (2003) Hormontherapie in und nach den Wechseljahren: Verordnungspraxis überdenken! In: Glaeske G, Janhsen K (Hrsg) *GEK-Arzneimittel-Report 2003*. Asgard-Verlag, St. Augustin: 120–135
131. Zawinell A, Dören M (2003) Tritt auf die Verordnungsbremse. *Gesundheit und Gesellschaft* 12/03: 30–33
132. Günter J, Zawinell A (2005) Hormontherapie in der Postmenopause. Analyse der Arzneimittelverordnungen und Empfehlungen für die Patientin. Bonn, Wissenschaftliches Institut der AOK
133. Thürmann P A (2002) Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Arzneimitteln. *Westfälisches Ärzteblatt* 10: 22–24
134. Kahl H, Hölling H, Kamtsiuris P (1999) Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. *Gesundheitswesen*, 61, Sonderheft 2: 163–168
135. Kolip P, Koppelin F (2002) Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Prävention und Krankheitsfrüherkennung. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Frauen und Männer im Vergleich*. Huber, Bern: 491–504
136. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2004) Teilnahme am gesetzlichen Krebsfrüherkennungsprogramm
137. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2005) Dokumentation 2003. Leistungen der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Ab. 1 und 2 SGB V. Essen
138. Wohlfahrt U (1998) Geschlechtsspezifisch orientierte Gesundheitsbildung? Ergebnisse einer Programmanalyse. In: *GesundheitsAkademie – Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW* (Hrsg) *Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen? Chancen und Grenzen geschlechtsspezifischer Gesundheitsarbeit*. Mabuse, Frankfurt/Main: 121–132
139. Sieverding M (1997) Die Bedeutung von Prototyp-Matching für präventives Verhalten: Ist die Teilnahme an Stressbewältigungskursen »unmännlich«? *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 5: 192–219
140. Kolip P, Altgeld T (Hrsg) (2005) *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis*. Juventa, Weinheim
141. Gaber E, Hundertmark-Mayser J (2005) Gesundheitsbezogene Selbsthilfe – Beteiligung und Informiertheit in Deutschland. Ergebnisse des Telefonischen Gesundheitssurveys 2003. *Gesundheitswesen* 67: 620–629

142. Giersiepen K, Heitmann C, Janhsen K et al. (2005) Brustkrebs. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
143. Borgers D (2002) Krebskrankheiten bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Frauen und Männer im Vergleich. Huber, Bern: 291–307
144. Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland (Hrsg) (2004) Krebs in Deutschland. Häufigkeiten und Trends www.rki.de
145. Giersiepen K, Greiser E (2001) Epidemiologie und Risikofaktoren des Brustkrebses. In Koppelin F, Mäller R, Keil A et al. (Hrsg) Die Kontroverse um die Brustkrebsfrüherkennung. Huber, Bern: 65–78
146. Härtel U (2002) Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Huber, Bern: 273 – 290
147. Kuhlmann E (2003) Gender Mainstreaming in den Disease Management Programmen – das Beispiel koronare Herzerkrankung. Expertise im Auftrag der Bundeskoordination Frauengesundheit/des Arbeitskreises Frauengesundheit, gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bremen
148. Härtel U, Löwel H (1991) Familienstand und Überleben nach Herzinfarkt. Ergebnisse des Augsburger Herzinfarktregisters. Münchner Medizinische Wochenschrift, 133: 464–468
149. Dehler S, Bisig B (2002) Unterschiede in der Diagnostik und der Behandlung des Herzinfarkts zwischen Frauen und Männern. In: Bisig B, Gutzwiller F (Hrsg) Frau und Herz: Epidemiologie, Prävention und Behandlung. Huber, Bern: 225–252
150. Merbach M, Singer S, Brähler E (2002) Psychische Störungen bei Männern und Frauen. In Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Frauen und Männer im Vergleich. Huber, Bern: 258–272
151. Wittchen HU, Müller N, Pfister H et al. (1999) Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys »Psychische Störungen«. Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2: S216–S222
152. Klose M, Jacobi F (2004) Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? Archives of Women's Mental Health, 7: 133–148
153. Wittchen HU, Jacobi F (2001) Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsblatt, 44: 993–1000
154. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2004) Gesundheitsschutz in Zahlen 2002 für die Bereiche Beruf, Schule und Kindergarten, Heim und Freizeit. Dortmund
155. BMWA – Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2001) Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2001. Drucksache 15/279 des Deutschen Bundestages. Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft, Bonn
156. Statistisches Bundesamt (2002) Straßenverkehrsunfälle, Kurzinformation zur Verkehrsstatistik, Unfälle im Straßenverkehr nach dem Geschlecht, 2000. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
157. Kreileder M, Holeczek M (2002) Unfallverletzungen in Heim und Freizeit im Jahr 2000. Repräsentativbefragung in Deutschland. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Sonderschrift S 74, Wirtschaftsverlag, Dortmund
158. Möller, H, Bruns M (2001) Suizidgefährdung und Suizid. In: Franke A, Kämmerer A (Hrsg) Klinische Psychologie der Frau, Hogrefe, Göttingen: 633–657
159. BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Berlin
160. BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004) Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland – Ergebnisse einer Pilotstudie. Berlin
161. MFJFG Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg) (2004) Häusliche Gewalt. Die Rolle des Gesundheitswesens. Düsseldorf
162. Statistisches Bundesamt (2003) Gesundheitswesen: Ausgewählte Diagnosedaten der aus vollstationärer Behandlung entlassenen Krankenhauspatientinnen und -patienten (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) im Jahr 2000. Fachserie 12, Reihe 6.2. Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn
163. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2003) VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2002. Band 146. VDR, Frankfurt/Main
164. Worringer U, Zwingmann C (2001) Zur Einführung: Geschlechtsspezifische Rehabilitationsforschung in Deutschland. In: Worringer U, Zwingmann C (Hrsg): Rehabilitation weiblich – männlich. Geschlechtsspezifische Rehabilitationsforschung. Juventa, Weinheim: 13–36
165. Korsukéwitz C, Klosterhuis H, Winnefeld M et al. (2001) Frauen sind anders – auch in der Rehabilitation? Geschlechtsspezifische Aspekte der medizinischen Rehabilitation. Die Angestelltenversicherung, 1/01: 1–9

166. Röcklein E (2001) Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung und Bedeutung geschlechtsspezifischer Rehabilitationsforschung. In: Worringen U, Zwingmann C (Hrsg): Rehabilitation weiblich – männlich. Geschlechtsspezifische Rehabilitationsforschung. Juventa, Weinheim: 39–53
167. Bürger W (2001) Gibt es geschlechtsspezifische Benachteiligungen bei der Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen? In: Worringen U, Zwingmann C (Hrsg) Rehabilitation weiblich – männlich. Geschlechtsspezifische Rehabilitationsforschung. Juventa, Weinheim: 55–71
168. Collatz J, Borchert H, Brandt A (1996) Effektivität, Bedarf und Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Versorgungseinrichtungen für Frauen und Mütter mit Kindern. Schriftenreihe Band 126 des BMFSFJ. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, Stuttgart, Berlin, Köln
169. Collatz J, Fischer G, Thies-Zajonc S (1998) Mütter-spezifische Belastungen – Gesundheitsstörungen – Krankheit. Das Leitsyndrom zur Begutachtung und Indikationsstellung von Mütter- und Mutter-Kind-Kuren. VWB, Berlin
170. Collatz J, Arnhold-Kerri S, Thies-Zajonc S (2000) Qualitätssicherung in Präventions- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder. 9. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Tagungsband. Berlin
171. König C, Zoike E (2004) Krankheitskosten nach Geschlecht und Alter – Sind Frauen wirklich teurer? Die BKK, H.10, 445–448
172. Camenzind P, Meier C (2004) Gesundheitskosten und Geschlecht. Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz. Huber, Bern
173. Courtenay WH (2000) Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50: 1385–1401
174. Luy M (2002a) Die geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsunterschiede – Zeit für eine Zwischenbilanz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35: 412–429
175. Luy M (2002b) Warum Frauen länger leben. Erkenntnisse aus einem Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung beim Statistischen Bundesamt, Heft 106, Wiesbaden
176. Arber S, Cooper H (1999) Gender differences in health in later life: The new paradox? *Social Science & Medicine*, 48: 61–76
177. Macintyre S, Ford G, Hunt K (1999) Do women 'over-report' morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Social Science & Medicine*, 48: 89–98
178. Mielck A (2002) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Frauen und Männer im Vergleich*. Huber, Bern: 387–402
179. Robert Koch-Institut (2002) (Hrsg) *Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Stand und Perspektiven. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch-Institut, Berlin
180. Statistisches Bundesamt (2004) *Im Blickpunkt: Frauen in Deutschland*. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
181. Hollstein W (2000) Männlichkeit ist eine hochrisikante Lebensform. Traditionelle Männlichkeit und ihre Folgen für Krankheit und Gesundheit. *Dr. med. Mabuse. Zeitschrift im Gesundheitswesen*, 125: 30–34
182. Bührmann A, Diezinger A, Metz-Göckel S (2000) *Arbeit, Sozialisation, Sexualität. Zentrale Felder der Frauen- und Geschlechterforschung*. Leske+Budrich, Opladen
183. Kolip P (1997) *Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen*. Leske+Budrich, Opladen
184. Raithel J (2004) Riskante Verhaltensweisen bei Jungen. Zum Erklärungshorizont risikoqualitativ differenter Verhaltensformen. In: Altgeld, T (Hrsg) *Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention*. Juventa, Weinheim: 137–154
185. Kolip P (Hrsg) (2000) *Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen*. Juventa, Weinheim
186. Wilson R (1966) *Die vollkommene Frau*. Kindler, München
187. Vogt I (1985) Für alle Leiden gibt es eine Pille. Über Psychopharmakakonsum und das geschlechtsrollenspezifische Gesundheitskonzept bei Mädchen und Frauen. Westdeutscher Verlag, Opladen
188. Schulman KA, Berlin JA, Harless W et al. (1999) The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization. *The New England Journal of Medicine*, 8: 618–626
189. Jahn I (Hrsg) (2004) *Wechseljahre mulidisziplinär. Was wollen Frauen – was brauchen Frauen*. Gmünder ErsatzKasse GEK Edition Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 28. Asgard-Verlag, St. Augustin
190. Kolip P, Glaeske G (2002) Die Medikalisierung weiblicher Biographien im mittleren Alter. *Schweizerische Ärztezeitung*, 10: 479–482
191. Lademann J (2000) Hormone oder keine? In: Kolip P (Hrsg) *Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen*. Juventa, Weinheim: 143–172

192. Love S (1997) Das Hormonbuch. Was Frauen wissen sollten. Krüger, Frankfurt/Main
193. Schindele E (1996) Pfusch an der Frau. Krankmachende Normen, überflüssige Operationen, lukrative Geschäfte. Fischer, Frankfurt/Main
194. Coney S (1994) The menopause industry. How medical establishment exploits women. Hunter House, Alameda
195. Groth S (1994) Die Medikalisierung der Wechseljahre. Argumente gegen eine generelle Hormonbehandlung. Zeitschrift für Allgemeine Medizin, 70: 421–424
196. Klauber J, Mühlbauer B, Schmacke N (2005) Wechseljahre in der Hormontherapie. Informationsquellen und ärztliche Einstellung in der Praxis. Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn
197. Weymayr C, Koch K (2003) Mythos Krebsvorsorge. Schaden und Nutzen der Früherkennung. Eichborn, Frankfurt/Main
198. Pientka L (1998) PSA-Screening beim Prostatakarzinom. Schriftenreihe Health Technology Assessment 5. Nomos, Baden-Baden
199. Deutsche Krebshilfe e.V. (Hg.) (2003) Prostatakrebs. Ein Ratgeber nicht nur für Betroffene. Deutsche Krebshilfe e.V., Bonn
200. BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2003) Mehr Schutz bei häuslicher Gewalt. Informationen zum neuen Gewaltschutzgesetz. Berlin
201. Kolip P (2000) Frauenleben in ärztlicher Hand. Die Medikalisierung weiblicher Umbruchphasen. In: Kolip P (Hrsg) Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Juventa, Weinheim: 9–30
202. Brockmann A, Reichard D (2000) Schwangerschaft und Geburt im »Zangengriff« der Medizin. In: Kolip P (Hrsg) Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Juventa, Weinheim: 58–87
203. Schindele, E (1995) Schwangerschaft. Zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko. Rasch & Röhling, Hamburg
204. Stolzenberg R (2000) Frauengesundheitszentren und Geburtshäuser. Von Autonomie und Abgrenzung zu Einfluss und Kooperation. In: Kolip P (Hrsg) Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Juventa, Weinheim: 215–237
205. Kolip, P (2003) Ressourcen für Gesundheit. Potenziale und ihre Ausschöpfung. Gesundheitswesen, 65: 155–162
206. WHO Europe (2001) Mainstreaming gender equity in health: Madrid Statement. WHO Europe, Kopenhagen
207. Leppin A, Pieper E, Szirmak Z et al. (1999) Prävention auf den zweiten und dritten Blick. In: Kolip P (Hrsg) Programme gegen Sucht. Juventa, Weinheim: 215–234
208. Altgeld T (2004) Jenseits von Anti-Aging und Workout? Wo kann Gesundheitsförderung bei Jungen und Männern ansetzen und wie kann sie funktionieren? In Altgeld T (Hrsg) Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Juventa, Weinheim: 265–285
209. Kuhlmann E, Kolip P (2004) Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen. In: Meuser M, Neusiß C (Hrsg) Gender Mainstreaming. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn: 220–231

Datenquellen

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeits-
medizin (BAuA)
www.baua.de

Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98)

Dachdokumentation Krebs RKI
www.rki.de

Epidemiologisches Krebsregister Saarland
www.krebsregister.saarland.de

Gmünder Ersatzkasse (GEK), Arzneimitteldaten

IS GBE Informationssystem der Gesundheits-
berichterstattung des Bundes
www.gbe-bund.de

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
www.vdr.de

Liste der im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 abgefragten Krankheiten

Bluthochdruck
Durchblutungsstörungen am Herzen
Herzinfarkt
Herzschwäche
Schlaganfall
Durchblutungsstörungen des Gehirns
Durchblutungsstörungen an den Beinen
Krampfadern
Venenthrombose
Asthma bronchiale
Chronische Bronchitis
Magenschleimhautentzündung
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür
Gallenblasenentzündung oder Gallensteine
Leberschrumpfung
Leberentzündung
Schilddrüsenkrankheit
Zuckerkrankheit mit Insulinbehandlung
Zuckerkrankheit ohne Insulinbehandlung
Erhöhte Blutfette
Gicht oder Harnsäureerhöhung
Blutarmut
Nierenbeckenentzündung
Nierenkolik
Krebserkrankung
Gelenkverschleiß
Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung
Osteoporose
Migräne
Epilepsie
Parkinson
Multiple Sklerose
Hirnhautentzündung
Psychische Erkrankung
Essstörung
Sucht- oder Abhängigkeitserkrankung
Heuschnupfen
Allergisches Kontaktekzem
Neurodermitis
Nahrungsmittelallergie
Allergische Hautquaddeln
Sonstige Allergien
Sonstige Krankheiten

nur bei Frauen: Krankheiten von Gebärmutter, Eierstöcken oder Eileitern
(außer Krebskrankheiten)

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1	Erwerbsquoten und aktive Erwerbstätigkeit der 15- bis 64-jährigen Frauen in Deutschland im Jahr 2000	14
Tabelle 4.1	Haupttodesursachen, Anzahl der Todesfälle je 100.000 Einwohner/innen gleichen Alters und Geschlechts im Jahr 2001	16
Tabelle 4.2	Die drei häufigsten Todesursachen nach Geschlecht in 5-Jahres-Schritten im Jahr 2002	18
Tabelle 4.3	Lebenszeitprävalenz von Krankheiten nach Altersgruppen und Geschlecht (nur Krankheiten mit einer Prävalenz von mindestens 10% in mindestens einer Altersgruppe)	20
Tabelle 4.4	Rangfolge der fünf häufigsten Krankheiten (Selbstangaben) nach Geschlecht	21
Tabelle 4.5	7-Tage-Prävalenz von Schmerzen (Selbstangaben) nach Geschlecht	23
Tabelle 4.6	12-Monatsprävalenz von Verletzungen und Vergiftungen mit ärztlichem Behandlungsbedarf nach Geschlecht (Selbstangaben) . .	24
Tabelle 4.7	Die häufigsten Diagnosegruppen als Ursachen für Arbeitsunfähigkeit je 100 versicherter Frauen und Männer sowie Tage je Diagnose im Jahr 2001	26
Tabelle 4.8	Anzahl aller Diagnosen bei Arbeitsunfähigkeit je 100 versicherter Frauen und Männer sowie Tage je Diagnose, alle Altersgruppen im Jahr 2001	27
Tabelle 4.9	Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen für das Jahr 2001	27
Tabelle 4.10	Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung 2002 nach Geschlecht und Altersgruppen	29
Tabelle 4.11	Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland, Ort der Versorgung nach Altersgruppen im Jahr 2001	29
Tabelle 5.1	Sterblichkeitsrisiko nach Geschlecht und Familienstand für ausgewählte Todesursachen in der Altersgruppe 30 bis 60 Jahre	32
Tabelle 5.2	Lebensform nach Altersgruppe und Geschlecht	33
Tabelle 5.3	Erwerbsstatus nach Altersgruppe und Geschlecht	36
Tabelle 5.4	Konsum unterschiedlicher Alkoholsorten nach Alter und Geschlecht	43
Tabelle 5.5	Lebensmittelkonsum von Frauen und Männern im Alter 25 bis 64 Jahre	46
Tabelle 5.6	Medikamentenkonsum innerhalb der letzten 12 Monate bei Frauen und Männern nach Altersgruppe (Selbstangaben)	51
Tabelle 5.7	Rangliste der zehn am häufigsten verordneten Arzneimittelgruppen einer gesetzlichen Krankenkasse im Jahr 2002 nach Geschlecht und Altersgruppe	53
Tabelle 5.8	Teilnahme von Frauen und Männern an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Altersgruppe 30 bis 44 und 45 bis 64 Jahre	55
Tabelle 5.9	Inanspruchnahme von GKV-Leistungen für Gesundheitsförderung und Prävention im Jahr 2003 nach Geschlecht	55

Tabelle 6.1	Rangfolge der häufigsten Krebsneuerkrankungen in Deutschland 2000	56
Tabelle 6.2	Die häufigsten Krebserkrankungen im Saarland 1996 bis 2000	57
Tabelle 6.3	Krankenhausentlassungsdiagnosen »Krankheiten des Kreislaufsystems« nach Geschlecht, Altersgruppe 30 bis 65 Jahre im Jahr 2000	61
Tabelle 7.1	Letzte Inanspruchnahme eines Arztbesuches durch Frauen und Männer, Altersgruppe 30 bis 44 und 45 bis 64 Jahre	71
Tabelle 7.2	Beim letzten Arztbesuch aufgesuchte Facharztgruppe durch Frauen und Männer, Altersgruppe 30 bis 44 und 45 bis 64 Jahre	72
Tabelle 7.3	Die sechs häufigsten Krankenhausentlassungsdiagnosen bei Frauen und Männern, Altersgruppe 30 bis 44 und 45 bis 64 Jahre im Jahr 2000	73
Tabelle 7.4	Durchschnittsalter von Männern und Frauen bei der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen in den Hauptdiagnosegruppen (Erstdiagnose) nach Versicherungszweig im Jahr 2002	76

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 4.1	Übersterblichkeit der Männer nach Haupttodesursachen – sex mortality ratio (SMR) nach Altersgruppen (Todesfälle 2001) . . .	17
Abbildung 4.2	Beschwerdelast nach Geschlecht	19
Abbildung 4.3	7-Tage-Prävalenz von Schmerzen (Selbstangaben) in unterschiedlichen Körperteilen nach Geschlecht	24
Abbildung 4.4	Entwicklung des durchschnittlichen Zugangsalters (Jahre) zu Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in den alten Bundesländern von 1980 bis 2002 nach Geschlecht	28
Abbildung 4.5	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Geschlecht, Deutschland 2002	28
Abbildung 5.1	Sterblichkeitsrisiko nach Geschlecht und Familienstand für alle Todesursachen in der Altersgruppe 30 bis 60 Jahre	31
Abbildung 5.2	Beschwerdelast nach Lebensform und Geschlecht (Addierte Lebenszeitprävalenz von 42 Beschwerden)	34
Abbildung 5.3	Psychosomatische Belastung (Zerrscore) nach Geschlecht und Lebensform	34
Abbildung 5.4	Arbeitsbedingungen nach Geschlecht, Altersgruppe 30 bis 64 Jahre	35
Abbildung 5.5	Krankheitslast nach Erwerbsstatus, Altersgruppe und Geschlecht	37
Abbildung 5.6	Psychosomatische Belastung (Zerrscore) nach Geschlecht, Erwerbsstatus und Altersgruppe	37
Abbildung 5.7	Rauchverhalten von Frauen und Männern (Nie-, Ex- und aktuelle Raucher/innen) nach Altersgruppe	39
Abbildung 5.8	Durchschnittliches Rauch-Einstiegsalter nach Geschlecht und Geburtsjahr	39
Abbildung 5.9	Entwicklung des Tabakkonsums in der 25- bis 69-jährigen Bevölkerung Deutschlands 1984 bis 2003 nach Geschlecht	39
Abbildung 5.10	Alkoholkonsum von Frauen und Männern (abstinent, tolerabel, über dem geschlechtsspezifischen Grenzwert)	42
Abbildung 5.11	Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum bei Frauen und Männern (über dem geschlechtsspezifischen Grenzwert) nach Erwerbsstatus	43
Abbildung 5.12	Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum nach Geschlecht (über dem geschlechtsspezifischen Grenzwert) und sozio-ökonomischem Status	44
Abbildung 5.13	Normalgewicht und Übergewicht nach Altersgruppe und Geschlecht	47
Abbildung 5.14	Sportliche Inaktivität bei Männern und Frauen nach Lebensform und Altersgruppe	49
Abbildung 5.15	Täglicher Medikamentenkonsum bei Frauen und Männern (ohne Kontrazeptiva) nach Altersgruppe	52

Abbildung 6.1	Bedeutende Krebserkrankungen bei Frauen im mittleren und höheren Lebensalter im Saarland, 1996 bis 2000	57
Abbildung 6.2	Bedeutende Krebserkrankungen bei Männern im mittleren und höheren Lebensalter im Saarland, 1996 bis 2000	58
Abbildung 6.3	Sterbefälle infolge eines Myokardinfarktes bei Frauen und Männern, 30 bis 64 Jahre im Jahr 2002	59
Abbildung 6.4	Sterbefälle infolge chronisch-ischämischer Herzkrankheiten bei Frauen und Männern, 40 bis 64 Jahre im Jahr 2002	60
Abbildung 6.5	Anzahl aller Krankenhausentlassungsdiagnosen (einschließlich Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei Frauen) im Verhältnis zur Diagnose »Krankheiten des Kreislaufsystems« nach Geschlecht im Jahr 2000	60
Abbildung 6.6	28-Tage-Letalität nach Herzinfarkt in Augsburg je 100.000 der Bevölkerung, nach Geschlecht und altersstandardisiert (Alter: 25 bis 74 Jahre), zwischen 1985 und 2002	62
Abbildung 6.7	Geschlechtsspezifische Prävalenzraten psychischer Erkrankungen, Altersgruppe 36 bis 45 und 46 bis 65 Jahre	64
Abbildung 6.8	Anzahl verunglückter Männer und Frauen je 100.000 der Bevölkerung in den Jahren 1991, 1995 und 2000	66
Abbildung 6.9	Anzahl verunglückter Frauen und Männer im Straßenverkehr je 100.000 der Bevölkerung im Alter zwischen 25 und 65 Jahren, im Jahr 2000	66
Abbildung 6.10	Anzahl verunfallter Frauen und Männer in Heim und Freizeit pro 1.000 der Bevölkerung, im Alter zwischen 25 bis 65 Jahre und älter im Jahr 2000	67
Abbildung 6.11	Unfallort bei Heim- und Freizeitunfällen von Frauen und Männern, alle Altersgruppen im Jahr 2000	68
Abbildung 6.12	Suizidmethoden von Männern und Frauen, Altersgruppe 30 bis 65 Jahre im Jahr 2001	69
Abbildung 7.1	Die häufigsten Krankenhausentlassungsdiagnosen (nur Hauptdiagnosegruppen, Anteil unter allen Diagnosen) bei 30- bis 44-jährigen Frauen und Männern (Krankenhausfälle im Jahr 2000)	74
Abbildung 7.2	Die häufigsten Krankenhausentlassungsdiagnosen (nur Hauptdiagnosegruppen, Anteil unter allen Diagnosen) bei 45- bis 64-jährigen Frauen und Männern im Jahr 2000	74
Abbildung 7.3	Verteilung der stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Geschlecht und Diagnosegruppen im Jahr 2002	75

Abkürzungsverzeichnis

ACSM	American College of Sports Medicine
ASS	Acetylsalicylsäure
AU	Arbeitsunfähigkeit
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGS98	Bundes-Gesundheitssurvey 1998
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BMI	Body Mass Index
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DDD	Definierte Tagesdosis
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DISHES	Dietary Interview Software for Health Examination Studies
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Version IV
DZA	Deutsches Zentrum für Altersfragen
GBE	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GVK	Gesetzliche Krankenversicherung
HTA	Health Technology Assessment
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
IS GBE	Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes
KORA	Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg
M-CIDI	Composite International Diagnostic Interview
NAKOS	Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppe
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
OR	Odds Ratio
PSA	Prostata-spezifisches Antigen
SMR	Sex Mortality Ratio
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
SGB V	Sozialgesetzbuch Gesetzliche Krankenversicherung
SGB XI	Sozialgesetzbuch Soziale Pflegeversicherung
S.I.G.N.A.L.	Interventionsprogramm gegen häusliche Gewalt
TACOS-Studie	Transitions in Alcohol Consumption and Smoking
WHO	World Health Organization
WIdO	Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Dr. Cornelia Lange, Dr. Thomas Ziese
Seestraße 10
13353 Berlin

Autorinnen und Autor

Prof. Dr. phil. Petra Kolip
Julia Lademann
Bernhilde Deitermann
Jens Bucksch
Monika Schwarze
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Universität Bremen

Abonnentenservice

Die Hefte »Gesundheitsberichterstattung des
Bundes« können im Jahresabonnement
oder als einzelne Hefte bezogen werden.
E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de
Tel.: 018 88. 754-34 00
Fax: 018 88. 754-35 13

Druck

Mercedes-Druck, Berlin
gedruckt auf PROFIsilk, tcf

ISBN

3-89606-160-7

Die politische und finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt beim Bundesministerium für Gesundheit.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt

**Schwerpunktbericht:
Gesundheit von Frauen und Männern
im mittleren Lebensalter**

Dezember 2005

Berlin: Robert Koch-Institut
ISBN 3-89606-160-7

Numerous differences between men and women are of relevance in the planning of gender-specific health-care services for people in middle age. Mortality among men between the ages of 30 and 65 is twice that of women in the same age group. Cardiovascular diseases are the main cause; accidents and suicides are further factors. Women, by contrast, give a worse subjective assessment of their physical and psychological condition. This is reflected among other things by higher drug consumption: for example, almost three quarters of all women aged between 45 and 65 years take some form of medication on a daily basis, while the figure for men is about 50%. As far as the consumption of alcohol is concerned, almost a third of all middle-aged men consume amounts of alcohol that are a risk to their health, compared to about a sixth of women. Tobacco consumption, a further indication of unhealthy behaviour, has fallen slightly among men over the last 20 years, but has risen among women. Boys and girls start to smoke at the same age in the meantime – usually around 15 – reflecting the change in the social image of women smokers. Different working and living conditions are the main causes of differences between the sexes as regards health and disease. This report on gender comparison therefore includes aspects of family status, employment and family work.

Zahlreiche Geschlechtsunterschiede sind für die Planung geschlechtergerechter Versorgungsangebote im mittleren Lebensalter relevant. Im Alter zwischen 30 und 65 Jahren ist die Sterblichkeit bei Männern doppelt so hoch wie bei Frauen, was vor allem auf Herz-Kreislaufkrankungen sowie Unfälle und Suizide zurückzuführen ist. Frauen geben dagegen eine schlechtere körperliche und psychische Befindlichkeit an. Dies zeigt sich unter anderem in einem erhöhten Medikamentenkonsum: So nimmt nahezu drei Viertel aller Frauen im Alter zwischen 45 und 65 Jahren täglich Medikamente ein, bei den Männern ist es etwa die Hälfte. Für den Alkoholkonsum lässt sich festhalten, dass fast ein Drittel aller Männer im mittleren Lebensalter Alkohol in gesundheitsriskantem Ausmaß konsumiert, während der Anteil bei den Frauen etwa halb so groß ist. Der Tabakkonsum, ein weiteres Merkmal gesundheitsriskanten Verhaltens, ist bei Männern in den letzten 20 Jahren leicht gesunken, bei Frauen dagegen angestiegen. Das Alter bei Rauchbeginn liegt mittlerweile bei Jungen und Mädchen gleichermaßen bei durchschnittlich rund 15 Jahren und weist auf die Wandlung des gesellschaftlichen Frauenbilds beim Rauchen hin. Die Ursachen für die Geschlechterunterschiede in Gesundheit und Krankheit liegen in erster Linie in den unterschiedlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen. Der Bericht ergänzt daher den geschlechtervergleichenden Blick auf Daten zu Gesundheit und Krankheit um eine Differenzierung hinsichtlich Familienstand, Erwerbs- und Familienarbeit.

