

---

# Zusammenfassung und Fazit

---

KAPITEL 11



## 11 Zusammenfassung und Fazit

Der vorliegende Bericht „Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland“ gibt Auskunft über viele bedeutsame Aspekte von Frauengesundheit, beschreibt die derzeitige Situation anhand konkreter Zahlen und zeigt wichtige Entwicklungen auf. Vier große Themenbereiche sollen an dieser Stelle noch einmal aufgegriffen werden, unter denen sich zahlreiche Ergebnisse des Berichts subsumieren lassen. Das erste Thema ist die demografische Entwicklung mit einer längeren Lebenserwartung und einer Zunahme chronischer Erkrankungen. Im zweiten Abschnitt dieses Kapitels geht es um „differences between“: Es werden ausgewählte Erkrankungen, Aspekte des Gesundheitsverhaltens sowie Versorgungsbedarfe beleuchtet, bei denen sich Frauen und Männer unterscheiden. Hier geht es sowohl um biologisch als auch um soziokulturell bedingte Geschlechterunterschiede. Im dritten Teil werden die verschiedenen Lebenslagen von Frauen angesprochen. Der Einfluss der sozialen Lage, Familienform, Erwerbstätigkeit und einer Migrationsgeschichte auf die Gesundheit sind gut belegt. Dieser Abschnitt widmet sich also den „differences within“ – sozialen Unterschieden und unterschiedlichen Gesundheitschancen innerhalb der Gruppe der Frauen. An vielen Stellen im Bericht werden Potenziale deutlich, die für die Verbesserung der Frauengesundheit bestehen. Die Bereiche Forschung und Datenerhebung können zu weiteren Fortschritten bei der Frauengesundheit beitragen. Der letzte Abschnitt lotet aus, welche Datenlücken bestehen, welche Forschungsthemen auf die Agenda rücken müssen und welche Potenziale es für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) beim Thema Geschlecht und Gesundheit gibt.

Während der finalen Bearbeitung des Berichts breitete sich das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 mit großer Geschwindigkeit in der gesamten Welt aus. Die COVID-19-Pandemie stellt auch Deutschland seit Anfang 2020 vor immense Herausforderungen für die Gesundheit der Bevölkerung und die gesamte Gesellschaft. Internationale Befunde weisen auf mögliche Geschlechterunterschiede bei Corona-Infektionen und der Mortalität an COVID-19 hin, deren Ausmaß und Ursachen detaillierter untersucht werden müssen. In den

Ländern, in denen nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten vorliegen, zeigt sich, dass Männer häufiger an einer COVID-19-Erkrankung sterben und schwerere Symptome entwickeln [1].

Mit Blick auf die psychischen und sozialen Folgen der Pandemie deuten erste Studienergebnisse darauf hin, dass Frauen hiervon in spezieller Weise betroffen sind [2]. Sie sind verstärkt in systemrelevanten Berufen tätig, wie z. B. in der Krankenpflege oder als Verkäuferinnen im Lebensmitteleinzelhandel. In Abhängigkeit von der Art der Tätigkeit kann dabei auch ein erhöhtes Infektionsrisiko bestehen [3–5]. Erste Studienergebnisse zu den arbeitsmarktbezogenen Folgen der Pandemie für Frauen und Männer liegen vor, z. B. hinsichtlich Arbeitslosigkeit [6, 7]. Eine abschließende Bewertung der geschlechterbezogenen Auswirkungen auf dem Arbeitsmarkt wird vermutlich erst retrospektiv möglich sein. Weil Frauen einen großen Teil der Sorgearbeit in den Familien leisten, sind sie in Zeiten von geschlossenen Betreuungseinrichtungen und Beschulung zu Hause besonderen Belastungen ausgesetzt. Erste Befragungsergebnisse zeigen, dass Väter in der Corona-Krise bei der Familienarbeit aufgeholt haben [8], aber auch, dass die in der Corona-Krise zusätzlich anfallende Sorgearbeit oftmals von Frauen erledigt wird [9]. Auch hier sind weitere Analysen nötig. Alleinerziehende nehmen die Situation als besonders stark belastend wahr [8, 9]; etwa 88 % aller Alleinerziehenden in Deutschland sind Frauen. Zudem wird befürchtet, dass existentielle Sorgen, Quarantäne und Einschränkungen der Bewegungsfreiheit zu einem Anstieg von häuslicher Gewalt gegen Frauen führen könnten [10]. Forschungsprojekte zu geschlechterbezogenen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie in Deutschland liefen im Frühling 2020 an, sie konnten in den vorliegenden Bericht nur punktuell einfließen.

### Demografische Entwicklung und ihre Folgen

Niemals zuvor hatten neugeborene Mädchen in Deutschland die Chance auf im Durchschnitt etwa 83 Jahre Lebenszeit. Etwa ein Fünftel der heute geborenen Mädchen könnten ihren 100. Geburtstag

feiern, so die Schätzungen des Statistischen Bundesamtes. Frauen im Alter von 65 Jahren haben heute durchschnittlich noch 21 Jahre Lebenszeit vor sich. Die durch den Anstieg der Lebenserwartung hinzugewonnenen Jahre können die Frauen häufig in guter Gesundheit verbringen, zumindest nicht vollständig in Krankheit. Mit Blick auf Europa liegt die Lebenserwartung in Deutschland im Durchschnitt der Länder der Europäischen Union (EU). Weltweit betrachtet wird die privilegierte gesundheitliche Lage der Frauen in Westeuropa deutlich: Die Lebenserwartung von neugeborenen Mädchen beträgt im globalen Durchschnitt 74 Jahre [11].

Der kontinuierliche Anstieg der Lebenserwartung von Frauen hatte in Deutschland und vielen anderen Ländern zunächst seine Ursache im Rückgang der Säuglings- und Kindersterblichkeit sowie in den Erfolgen bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten, z. B. der Tuberkulose. Auch der Rückgang der Müttersterblichkeit, der in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts einsetzte, ist von Bedeutung. In den letzten Jahrzehnten resultierte der Anstieg vor allem aus dem Rückgang der Sterblichkeit an chronischen Krankheiten. Dieser Rückgang hat auch zur Folge, dass viele Menschen lange mit chronischen Krankheiten leben. Jede zweite Frau ab 65 Jahren ist beispielsweise von Arthrose betroffen, etwa jede Sechste ist an Diabetes mellitus erkrankt. In welchem Umfang die Lebensqualität durch chronische Erkrankungen beeinträchtigt ist, hängt auch von der medizinischen Versorgung und nicht zuletzt von persönlichen Ressourcen ab. Fragt man Frauen ab 65 Jahren, wie sie selbst ihre Gesundheit einschätzen, bewerten immerhin fast die Hälfte die eigene Gesundheit als gut oder sehr gut. Und im Zeitverlauf zeichnet sich sogar ein Trend hin zu einer besseren subjektiven Gesundheit ab.

Herz-Kreislauf-Krankheiten, weiterhin die Todesursache Nummer eins bei Frauen in Deutschland, sind in den letzten Jahrzehnten zurückgegangen. Das gilt sowohl mit Blick auf die Neuerkrankungsraten als auch die Sterberaten. Der Rückgang hängt mit mehreren Faktoren zusammen, vor allem mit einem veränderten Gesundheitsverhalten, der zunehmend leitliniengerechten Behandlung von Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen sowie mit Fortschritten in der Versorgung. Die Frauengesundheitsbewegung, die sich in den 1970er-Jahren in Deutschland formierte,

machte sehr erfolgreich darauf aufmerksam, dass „Frauenherzen anders schlagen“. Die Aktivistinnen haben damit die Tür für eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung geöffnet und dazu beigetragen, dass die Zahl der Frauen, die bei einem Herzinfarkt verzögert versorgt wurden, inzwischen deutlich zurückgegangen ist. Frauen und Männer unterscheiden sich in der Herzinfarktsymptomatik. Die geringe Sensibilität dafür, dass Frauen und Männer unterschiedliche Symptome (bzw. Symptomspektren) aufweisen, war ein wichtiger Grund dafür, dass Frauen oftmals nicht adäquat versorgt wurden.

Eine meist als sehr bedrohlich wahrgenommene Erkrankung von Frauen ist Brustkrebs. Fast 69.000 Frauen erhielten diese Diagnose im Jahr 2016. Insbesondere durch den medizinisch-technischen Fortschritt hat sich die Überlebenschancen nach Brustkrebs in den letzten 25 Jahren erheblich erhöht: Die relative 10-Jahres-Überlebensrate von an Brustkrebs erkrankten Frauen beträgt inzwischen 82%. Zu diesen positiven Entwicklungen können auch die flächendeckend vorhandenen Früherkennungsangebote beigetragen haben. Durch den Anstieg der Überlebensraten bei vielen Krebserkrankungen rückt das Leben mit Krebs in den Blickpunkt und die Versorgung von Spät- und Langzeitfolgen gewinnt an Bedeutung. Ein wichtiger Bereich ist dabei auch die psychoonkologische Versorgung. Im Nationalen Krebsplan ist sie dem Ziel „Verbesserung der Versorgungsqualität für an Krebs erkrankte Menschen“ zugeordnet [12].

Auch wenn die im Zuge der steigenden Lebenserwartung hinzugewonnenen Lebensjahre meist in guter Gesundheit verbracht werden, nimmt die Zahl der Pflegebedürftigen aufgrund der wachsenden Zahl älterer Personen zu. Da ihre Lebenserwartung höher ist, haben Frauen ein größeres Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden. Rund 2,3 Millionen Frauen und Mädchen in Deutschland sind pflegebedürftig und erhalten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Das sind zwei Drittel der als pflegebedürftig anerkannten Personen. Auch die Pflegenden sind überwiegend Frauen. Dies gilt sowohl für die Pflege von Angehörigen als auch für die professionelle Pflege. Rund 9% der Frauen in Deutschland pflegen eine nahestehende Person. Der Frauenanteil in der professionellen Pflege – in den Gesundheits- und Krankenpflege- sowie in

den Altenpflegeberufen – beträgt jeweils rund 85%. Wenn Frauen im Alter selbst pflegebedürftig werden, werden sie seltener als Männer im häuslichen Umfeld pflegerisch versorgt. Ein wichtiger Grund dafür ist, dass Frauen in den letzten Lebensjahren häufiger ohne Partner leben, denn drei Viertel aller Frauen sind jünger als ihre Partner und die Lebenserwartung von Männern ist geringer.

## Geschlechterunterschiede in der Gesundheit

Neben Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen sind psychische Erkrankungen in unserer Gesellschaft weit verbreitet. Sie wirken selten lebensverkürzend, aber beeinträchtigen die Lebensqualität und können zu kurz- oder längerfristiger Arbeitsunfähigkeit führen. Frauen sind von vielen psychischen Störungen – vor allem von Depression, Angststörungen und Essstörungen – häufiger betroffen als Männer. Bei der Entstehung psychischer Störungen spielen biologische, psychische und soziale Faktoren eine Rolle und werden als Gründe für bestehende Geschlechterunterschiede diskutiert. Aber es scheint auch Unterschiede in der ärztlichen Diagnosestellung zu geben: So wird bei gleicher Symptomatik bei Frauen häufiger eine psychische, bei Männern eine körperliche Erkrankung diagnostiziert. Die Zunahme an Krankenschreibungen und Frühberentungen spricht für eine gestiegene Aufmerksamkeit und veränderte Wahrnehmung psychischer Störungen – eine solche wäre auch im Hinblick auf Geschlechteraspekte wünschenswert.

Das Thema psychische Erkrankungen ist ein gutes Beispiel dafür, dass die aus den zur Verfügung stehenden Daten ableitbaren Geschlechterunterschiede in Gesundheit und Krankheit differenziert betrachtet und interpretiert werden müssen. Im vorliegenden Bericht werden sowohl biologische Geschlechterunterschiede analysiert, beispielsweise in Anatomie, Physiologie, Genetik und Hormonstoffwechsel, als auch soziokulturelle Geschlechterunterschiede, z. B. kulturelle Konventionen und soziale Rollen. Die Berücksichtigung dieser beiden Dimensionen von Geschlechtlichkeit – biologisches Geschlecht (Sex) und soziokulturelles Geschlecht (Gender) – ist grundlegend für das Verständnis von Geschlechterunterschieden [13, 14].

Beide Dimensionen interagieren und innerhalb der Dimensionen gibt es eine große Vielfalt [15–17]. In diesem Zusammenhang muss auch die Gendermedizin erwähnt werden. Sie beschäftigt sich mit dem Einfluss von Geschlecht auf die Entstehung, Prävention, Diagnose und Therapie von Erkrankungen. Viele Erkenntnisse der Gendermedizin sind in den vorliegenden Bericht eingeflossen.

Geschlechterunterschiede gibt es auch bei Diabetes. Dieser hat aufgrund der weiten und ansteigenden Verbreitung eine hohe Relevanz für die Gesundheit beider Geschlechter. Die Prävalenz ist bei Frauen etwas niedriger als bei Männern und Frauen sind seltener von Spätfolgen betroffen. Allerdings ist das relative Risiko, eine koronare Herzerkrankung zu entwickeln, bei Frauen mit Diabetes deutlich höher als bei Männern mit Diabetes – der Schutzeffekt vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der mit der Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht einhergeht, ist bei Diabetes deutlich abgeschwächt. Aus Frauenperspektive wichtig ist auch das Thema Schwangerschaftsdiabetes, der mit einem erhöhten Risiko für Schwangerschaftskomplikationen verbunden ist.

Das Gesundheitsverhalten hat großen Einfluss auf die Entstehung von Diabetes und vieler weiterer Krankheiten und Gesundheitsprobleme und spielt auch bei der Bewältigung von Erkrankungen und Krankheitsfolgen eine wichtige Rolle. Frauen verhalten sich oftmals gesundheitsbewusster als Männer, sie ernähren sich z. B. ausgewogener und trinken weniger Alkohol. Es gibt jedoch auch gegenläufige Tendenzen, z. B. bei der sportlichen Aktivität. Eine positive Entwicklung zeigt sich beim Tabakkonsum: Nach einem Anstieg der Rauchprävalenzen bei Frauen ab den 1970er-Jahren sind diese seit Beginn des 21. Jahrhunderts wieder rückläufig. Heute sind etwa 90% der jungen Mädchen zwischen 14 und 17 Jahren Nichtraucherinnen, bei Jungen liegt der Anteil etwas niedriger. Rauchen ist ein zentraler Risikofaktor für chronische nicht-übertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebs und Atemwegserkrankungen. Die sinkende Raucherinnenquote wird langfristig auch einen Effekt auf die Lungenkrebshäufigkeit bei Frauen haben, bei der aktuell noch ein Anstieg der Neuerkrankungs- und Sterberaten zu sehen ist.

Zahlreiche positive Effekte auf Körper und Psyche sind für regelmäßige körperliche Aktivität belegt. Bei der sportlichen Aktivität in der Freizeit

scheiden Frauen etwas schlechter ab als Männer: Sie sind seltener sportlich aktiv, besonders im mittleren Erwachsenenalter. Viele Frauen im erwerbsfähigen Alter stehen vor der Aufgabe, Berufstätigkeit und Kindererziehung oder die Pflege von Angehörigen miteinander zu vereinbaren. Frauen leisten einen großen Teil der Sorgearbeit in den Familien. Dann bleibt mitunter wenig Zeit für sportliche Aktivitäten. Wird statt der sportlichen Aktivität die arbeitsbezogene körperliche Aktivität bei bezahlten und unbezahlten Tätigkeiten, wie Heben und Tragen in der Krankenpflege oder auch Haus- und Gartenarbeit betrachtet, finden sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Die Daten zeigen: Möglichkeiten und Hürden für sportliche Aktivität und für gesundheitsbewusstes Verhalten insgesamt werden durch die Familienform, Erwerbstätigkeit, aber auch durch Bildung, finanzielle Ressourcen und weitere Rahmenbedingungen mitbestimmt.

Deutliche Geschlechterunterschiede zeigen sich auch im Bereich der Gesundheitsversorgung, z. B. bei der Einnahme von Arzneimitteln. Sie betreffen zum einen die Verstoffwechslung und Wirkung von Arzneimitteln, einschließlich der Nebenwirkungen. Zum anderen gibt es Unterschiede in der Inanspruchnahme: Frauen wenden häufiger Arzneimittel an als Männer, sowohl mit ärztlicher Verordnung als auch in Selbstmedikation. Im aktuellen Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit wird die Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Besonderheiten betont. Präklinische Arzneimittelstudien sollten entsprechend gestaltet und Frauen in klinischen Studien angemessen beteiligt werden. Auch in der Versorgungsforschung sollten Geschlechterunterschiede in der Arzneimittelanwendung stärker thematisiert werden. Die Aufnahme geschlechtsbezogener Empfehlungen in Leitlinien (Ansprechen auf Arzneimittel, Nebenwirkungen) könnte ebenfalls dazu beitragen, Arzneimitteltherapien für Frauen sicherer und wirksamer zu gestalten.

Betrachtet man die frauenspezifische Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung, zeigen sich in einigen Bereichen rückläufige Tendenzen. So ist der Anteil der Frauen, die eine Hormontherapie in den Wechseljahren anwenden, in den letzten 20 Jahren deutlich gesunken. Der Anteil der Frauen, welche die Pille zur Verhütung nutzen, geht besonders bei den Jüngeren zurück. Mit Blick

auf gynäkologische Operationen zeigt sich eine abnehmende Zahl der Gebärmutterentfernungen. Und nach dem starken Anstieg der Kaiserschnitt-raten in den 1990er- und 2000er-Jahren zeichnet sich seit 2012 ein leichter Rückgang ab, einhergehend mit zahlreichen Initiativen zur Förderung einer physiologischen Geburt – eine Entwicklung, die auch durch das 2017 beschlossene Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ aufgenommen und vorangebracht wird. Einen starken Anstieg gab es hingegen bei der Inanspruchnahme von Kinderwunschbehandlungen.

## Lebenslagen von Frauen und gesellschaftliche Vielfalt

Die Lebenslagen der Frauen in Deutschland sind sehr vielfältig. Soziale Faktoren prägen nach wie vor ganz entscheidend die Chance auf Gesundheit sowie die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten. Sozial benachteiligte Frauen sind von einer Vielzahl chronischer, zum Teil schwerwiegender Krankheiten häufiger betroffen und haben im Durchschnitt eine geringere Lebenserwartung als sozial bessergestellte Frauen. Bei Männern sind diese Zusammenhänge ebenfalls belegt. Hinsichtlich der Lebenserwartung fallen die Differenzen zwischen Männern unterschiedlicher Bildungs- bzw. Einkommensgruppen sogar noch stärker aus. Zur Entstehung gesundheitlicher Ungleichheiten tragen sozial ungleich verteilte materielle und strukturelle Faktoren, Unterschiede in der Verbreitung psychosozialer Risiko- und Schutzfaktoren und im Gesundheitsverhalten bei. So rauchen Frauen mit zunehmendem Bildungsniveau seltener und treiben häufiger Sport, sie ernähren sich gesünder und sind seltener von starkem Übergewicht betroffen.

Neben der Analyse des Einflusses von Einkommen, Bildung, Familiensituation und Beruf auf verschiedene Aspekte der Gesundheit ist die Einbeziehung weiterer Aspekte der Lebenslage wichtig. Hier sind z. B. die Migrationsgeschichte, Behinderungen, sexuelle Orientierung sowie Gewalterfahrungen zu nennen. Aus gesellschaftlichen Barrieren und Diskriminierung von Frauen können sich spezielle Gesundheitsprobleme und gesundheitliche Bedarfe ergeben. Auch erfahrene Gewalt (z. B. durch den Partner oder Ex-Partner) kann zu akuten

und langfristigen körperlichen und psychischen Erkrankungen bei den betroffenen Frauen führen.

Der vorliegende Bericht nimmt in den Fokus-Kapiteln ausgewählte Lebenslagen von Frauen mit spezifischen Gesundheitsbedarfen in den Blick. Ein Kapitel widmet sich der Gesundheit jenes Viertels der Frauen in Deutschland, die einen Migrationshintergrund haben. Sie haben im deutschen Gesundheitssystem, das zeigen Studien, oftmals einen weniger guten Zugang zu Versorgungsangeboten. Ihre gesundheitliche Lage kann durch migrationsspezifische Aspekte, wie einen unsicheren Aufenthaltsstatus, sprachliche Barrieren oder psychosoziale Belastungen und Diskriminierungserfahrungen beeinträchtigt sein. Soziallagenbezogene Probleme wie ungünstige Wohn- und Arbeitsbedingungen können hinzukommen. Frauen mit Migrationshintergrund weisen aber im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund nicht nur spezifische Gesundheitsrisiken, sondern auch Gesundheitsvorteile auf, beispielsweise einen im Durchschnitt geringeren Alkoholkonsum. Auch liegt das Durchschnittsalter dieser Frauen deutlich unter dem Alter der Frauen ohne Migrationshintergrund. Betont werden muss, dass Frauen mit Migrationshintergrund hinsichtlich vieler soziodemografischer Faktoren eine sehr heterogene Gruppe sind, was sich auch in Gesundheitsoutcomes widerspiegelt.

In Befragungen gibt etwa die Hälfte der Frauen an, Schwierigkeiten dabei zu haben, gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen. Bei Frauen mit niedriger Bildung ist dieser Anteil noch höher. Alter, Bildung und Migrationshintergrund können einen Einfluss darauf haben, wie gut Frauen über Gesundheitsrisiken, Früherkennungsangebote oder auch Therapieoptionen informiert sind. Gesundheitskompetent sein bedeutet, Wissen, Motivation und Fähigkeiten zu haben, um relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und anwenden und damit gute Entscheidungen für die eigene Gesundheit und ggf. die von Angehörigen treffen zu können. Sowohl für die betroffenen Frauen selbst als auch bei der Übernahme von Sorgearbeit – überdurchschnittlich oft die Aufgabe von Frauen – spielt Gesundheitskompetenz eine große Rolle. Der Stärkung der Gesundheitskompetenz bei Frauen durch leicht zugängliche und inhaltlich adäquate Informationen kommt eine große Bedeutung zu. Die Verbesserung des Wissenstandes und

der Entscheidungskompetenz von Frauen (und Männern) sind auch wichtige Ziele des Nationalen Krebsplans. Hier geht es zum einen um Nutzen und Risiken der Krebsfrüherkennung, aber auch um eine partizipative Entscheidungsfindung bei Behandlungsoptionen. Um diesen Prozess zu befördern, sollen im Gesundheitswesen Tätige dabei unterstützt werden, ihre kommunikativen Kompetenzen weiter zu verbessern [18]. Ein wichtiges Informationsangebot zum Thema Frauengesundheit, sowohl für Frauen als auch für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, stellt die BZgA zur Verfügung. Das Frauengesundheitsportal ([www.frauengesundheitsportal.de](http://www.frauengesundheitsportal.de)) bietet aktuelle und fachlich geprüfte Gesundheitsinformationen.

Gesundheitsförderung und Prävention können dazu beitragen, sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern. So steht es auch im 2015 verabschiedeten Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. Hier wurde erstmals geregelt, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung tragen sollen. Daneben sollen die Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung auch zur Verminderung von ungleichen Gesundheitschancen beitragen. Gesundheitsförderung dient dem Ziel, Ressourcen für die Gesunderhaltung zu stärken. Prävention zielt auf Krankheitsvermeidung oder -verzögerung. Hier sollte neben der individuellen Ebene der Verhaltensprävention, wozu u. a. Gesundheitsinformationen und Kursangebote für Frauen zählen, insbesondere auch die Verhältnisprävention gestärkt werden. Verhältnisprävention dient der Verbesserung gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen, wie Verbesserungen bei den Arbeitsbedingungen, gesundes Kantinenessen, Nichtraucherschutzgesetze oder die Schaffung von Radwegen, die allen Frauen und Männern zugutekommen, unabhängig von ihrer Lebenslage und Ressourcen. Mit seiner Orientierung auf die Lebenslagen stärkt das Präventionsgesetz den verhältnispräventiven Ansatz.

## Datenlage, Forschung und Berichterstattung

Als Basis für gesundheits- und sozialpolitische Entscheidungen und Maßnahmen können Forschung und Berichterstattung einen Beitrag zur weiteren Verbesserung der Frauengesundheit in Deutschland leisten. Viele Ergebnisse epidemiologischer Studien sind in den vorliegenden Bericht eingeflossen, dabei wurden auch bisher wenig wissenschaftlich untersuchte Themen und Leerstellen sichtbar. Die Datenlage zum Thema Frauengesundheit in Deutschland ist insgesamt als gut einzuschätzen, ein umfangreiches Verzeichnis der im Bericht verwendeten Datenquellen findet sich am Ende des Berichts. Mit Blick auf häufige Erkrankungen von Frauen zeigen sich jedoch Datenlücken, u. a. bei den gutartigen gynäkologischen Erkrankungen. So sind trotz der weiten Verbreitung von beispielsweise Endometriose und Gebärmutter senkung die Prävalenzen in Deutschland nicht genau bekannt. Zum Gesundheitsverhalten von Frauen liegen umfassende Daten und Forschungsergebnisse zu allen in diesem Bericht betrachteten Bereichen vor, diese lassen aber selten Rückschlüsse auf Ursachen zu, z. B. auf Motive für das Rauchen oder Barrieren für sportliche Aktivität im Alltag. Für die Gesundheitsversorgung wären z. B. Informationen zu den Gründen der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten interessant oder auch Daten zum Engagement von Frauen in Selbsthilfegruppen.

Es zeigen sich auch Datenlücken für bestimmte Gruppen von Frauen, u. a. zur gesundheitlichen Situation von hochaltrigen Frauen etwa im Alter ab 85 Jahren. Sie werden bei bevölkerungsbezogenen Befragungen oft nicht gut erreicht, u. a. wegen gesundheitlicher Einschränkungen. Nach wie vor wird auch die Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund mit amtlichen Statistiken, Routedaten des Gesundheitswesens (z. B. Abrechnungsdaten) und Surveys nur unzureichend abgebildet. Hier gibt es Barrieren der Erreichbarkeit, die Erfassung eines Migrationshintergrundes erfolgt lückenhaft und eine differenzierte Auswertung in kleinen Subgruppen ist mit vielen Daten nicht möglich oder wird selten vorgenommen.

Auch für den Themenkomplex Gewalt gegen Frauen und gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt ist die Datenlage begrenzt. Die Polizeiliche

Kriminalstatistik wird jedes Jahr vorgelegt, sie erfasst aber nur die angezeigten Gewaltverfälle und damit nur einen Teil des Geschehens. Die Statistik enthält auch kaum Informationen zu Hintergründen und (langfristigen) Folgen von Gewalt gegen Frauen. Die bisher einzige große bundesdeutsche Gewaltprävalenzstudie stammt aus dem Jahr 2003, aktueller sind Daten einer europäischen Studie, die 2012 durchgeführt wurde.

Frauen mit Behinderungen sind eine weitere Gruppe, zu deren Gesundheit kaum Forschungsergebnisse und Daten vorhanden sind. Bei Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung werden sie häufig nicht genügend miteinbezogen, u. a. aus Mangel an barrierefreien Erhebungsmethoden, und sind daher unterrepräsentiert – z. B. können gehörlose Frauen an Erhebungen mit (rein akustischen) Telefoninterviews nicht teilnehmen. Auch sind Frauen, die in Wohneinrichtungen oder Pflegeheimen leben, nur selten Bestandteil der Stichproben von Befragungen. Ein erster Schritt zur Verbesserung der Datenlage ist eine Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, die erstmalig von 2017 bis 2021 durchgeführt wird [19]. Auch eine andere Studie wird mit ihren Ergebnissen große Datenlücken schließen: Die Studie zur Gesundheit und Sexualität in Deutschland (GeSiD), der erste deutsche Sex-Survey mit repräsentativen Bevölkerungsdaten, an dem rund 5.000 Menschen teilnahmen [20].

Darüber hinaus fällt die oft unzureichende Vernetzung von epidemiologischer Forschung mit geschlechtersoziologischer Forschung, Gender Studies und Gendermedizin auf. Die Studien (und die publizierten Ergebnisse) ignorieren oftmals die in den Gender Studies und in anderen sozial- und kulturwissenschaftlichen Fächern etablierten Unterscheidung der Konzepte biologisches (Sex) und soziokulturelles Geschlecht (Gender). Im vorliegenden Bericht wurde versucht, insbesondere bei der Erklärung von empirischen Befunden, zwischen den biologischen und sozialen Aspekten von Weiblichkeit zu differenzieren. Neben dem Transfer von etablierten Konzepten und Theorien der Geschlechterforschung in die quantitative epidemiologische Forschung wäre auch eine verstärkte Nutzung von qualitativen Verfahren (z. B. Fokusgruppen) sinnvoll. Qualitative Methoden könnten dazu beitragen, die Wirkmechanismen in der Entstehung von gesundheitlichen Unterschieden

zwischen Frauen und Männern, aber auch innerhalb der Gruppe der Frauen besser zu verstehen.

Zum Schluss soll der Blick noch auf die Entwicklungspotenziale der Berichterstattung gelenkt werden. Basis der GBE sind amtliche Statistiken und epidemiologische Studien, große bevölkerungsbezogene Erhebungen, valide und möglichst aktuell. Daneben werden weitere Datenquellen herangezogen, z. B. Register- und Abrechnungsdaten. Beschreibt man auf Basis der verfügbaren Daten die gesundheitliche Lage von Frauen, besteht die Gefahr, den oftmals unreflektierten Blick auf Geschlecht zu übernehmen. Es entsteht ein homogenes Bild, besonders wenn Geschlechtervergleiche vorgenommen werden. Es fehlt häufig an Daten und darüber hinaus auch an Analysemethoden, um die Vielfalt der Lebenslagen innerhalb der Geschlechter abzubilden und Risiken differenziert zu kommunizieren [21, 22]. Die Auswahl der Erklärungsansätze, die Passgenauigkeit, die Aktualität und vor allem die Verknüpfung mit der Empirie sind weitere Herausforderungen, denen die GBE gegenübersteht.

Der Geschlechtervergleich zwischen Frauen und Männern vernachlässigt zudem die geschlechtliche und sexuelle Vielfalt, die in gesellschaftspolitischen Debatten an Aktualität gewonnen hat. Viel Aufmerksamkeit erhielt beispielsweise ein im Jahr 2018 verabschiedetes Gesetz, nachdem erstmals ein positiver dritter Geschlechtseintrag („divers“) für intergeschlechtliche Menschen im Geburtenregister möglich ist [23]. Die Herausforderungen, die sich für Forschung und Berichtssysteme ergeben, sollten aber nicht auf die Frage des dritten Geschlechts verengt werden [22]. In einer heteronormativ ausgerichteten Gesellschaft sind alle Frauen (und Männer), die nicht einer binären „Norm“ entsprechen, verstärkt Diskriminierung und Benachteiligung ausgesetzt. Heteronormativität beschreibt die Vorstellung, es gebe nur zwei biologisch und sozial übereinstimmende Geschlechter, die in ihrer sexuellen Orientierung aufeinander bezogen sind [24, 25].

Für den vorliegenden Bericht wurden Daten und Analysen zur Gesundheit aller Personen, die sich hinsichtlich ihrer geschlechtlichen Identität als weiblich verorten, recherchiert und zusammengestellt. Allerdings gibt es bisher kaum belastbare Daten zur Gesundheit von lesbischen, trans- und intergeschlechtlichen oder queeren Frauen.

Für zukünftige Analysen und Berichte besteht die Aufgabe, Diversität noch besser abzubilden, sowohl innerhalb einer Geschlechtergruppe als auch bezogen auf geschlechtliche und sexuelle Vielfalt [26]. Hierfür soll künftig auch das Potenzial des Ansatzes der Intersektionalität für die GBE genutzt werden [22]. Intersektionalität (engl. intersection: Kreuzung, Schnittpunkt) beschreibt das Zusammenwirken verschiedener sozialer Differenzkategorien, z. B. geschlechtliche Identität, sexuelle Orientierung, Bildung, Einkommen, Migrationshintergrund, welche die Lebenssituation eines Menschen und seine gesundheitliche Lage beeinflussen. Die Differenzkategorien interagieren und bringen spezifische Lebenslagen hervor. Neben einer differenzierten Betrachtung der Lebenslagen und ihrer Auswirkungen auf Gesundheit steht die GBE auch vor der Aufgabe, weitere Personengruppen in die Berichtssysteme einzu beziehen, für die es bislang kaum Daten zum Gesundheitszustand und zu gesundheitlichen Bedarfen gibt. Dazu gehören z. B. wohnungslose Frauen und Männer sowie Drogengebrauchende.

## Fazit

In Deutschland leben laut amtlicher Statistik über 35 Millionen erwachsene Frauen, ihre Lebenslagen und ihre Gesundheit sind sehr vielfältig. Um die Gesundheit von Frauen zu verbessern und soziale sowie geschlechterbezogene Ungleichheiten in der Gesundheit und Versorgung abzubauen, müssen neben der Gesundheitspolitik weitere Politikfelder eingebunden werden (Health in all Policies). Eine geschlechtersensible, fokussierte Berichterstattung kann dazu beitragen, wissenschaftlich fundierte Informationen als Grundlage für politisches Handeln zu liefern. In der 2016 verabschiedeten Strategie zur Gesundheit und zum Wohlbefinden für Frauen in der WHO-Euro-Region („Strategy on women’s health and well-being in the WHO European Region“) [27] wird die Bedeutung von Geschlechtergerechtigkeit für die Gesundheit betont. Die Strategie hat einen engen Bezug zur Agenda 2030 der Vereinten Nationen mit ihren 17 Zielen für Nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDGs) [28], darunter „Geschlechtergerechtigkeit und Selbstbestimmung für alle Frauen und Mädchen erreichen“

(SDG5) und „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“ (SDG3). Die Gleichstellung von Frauen und Männern ist eines der Ziele der EU. In den letzten Jahrzehnten und bis heute gibt es zahlreiche Aktivitäten und Rechtsvorschriften, die großen Einfluss auf die Gleichstellungspolitik in den Mitgliedstaaten haben – zum Nutzen der Gesundheit und des Wohlergehens von Frauen und Männern in der Europäischen Union (EU) [29].

Geschlechtergerechtigkeit, eine gerechte und gleiche Verteilung der Gesundheitschancen, eine systematische Berücksichtigung des Geschlechts in allen Versorgungs- und Lebensbereichen – dies gehörte schon im ersten Frauengesundheitsbericht von 2001 zu den Perspektiven einer frauenfreundlichen Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung. Dieser Bericht zeigt, dass wir seitdem ein ganzes Stück weitergekommen sind – und dass es immer noch viele Herausforderungen gibt.

#### Literatur

- Gebhard C, Regitz-Zagrosek V, Neuhauser HK et al. (2020) Impact of sex and gender on COVID-19 outcomes in Europe. *Biology of sex differences* 11(1):29
- Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2020) Erwerbsarbeit in Zeiten von Corona. Pressemitteilung vom 15. April 2020. <https://wzb.eu/de/pressemitteilung/erwerbsarbeit-in-zeiten-von-corona> (Stand: 06.05.2020)
- Kompetenznetz Public Health Covid-19 (2020) Beschäftigte mit erhöhtem Krankheitsrisiko. [www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Beschaeftigte\\_mit\\_erhoehetem\\_Krankheitsrisiko.pdf](http://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Beschaeftigte_mit_erhoehetem_Krankheitsrisiko.pdf) (Stand: 25.05.2020)
- Robert Koch-Institut (2020) Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) 11.09.2020 – Aktualisierter Stand für Deutschland. [www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Sept\\_2020/2020-09-11-de.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Sept_2020/2020-09-11-de.pdf?__blob=publicationFile) (Stand: 12.09.2020)
- Robert Koch-Institut (2020) Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal (auch bei Personalmangel) in Arztpraxen und Krankenhäusern. [www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/HCW.html](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/HCW.html) (Stand: 25.05.2020)
- Hammerschmid A, Schmieder J, Wrohlich K (2020) Frauen in Corona-Krise stärker am Arbeitsmarkt betroffen als Männer. DIW aktuell Nr. 42. [www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.789749.de/diw\\_aktuell\\_42.pdf](http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.789749.de/diw_aktuell_42.pdf) (Stand: 25.05.2020)
- Schäfer H, Schmidt J (2020) Arbeitsmarkt in Corona-Zeiten: Kein Nachteil für Frauen, IW-Kurzbericht, No. 64/2020, Institut der deutschen Wirtschaft (IW), Köln. [www.econstor.eu/bitstream/10419/218930/1/IW-Kurzbericht-2020-64.pdf](http://www.econstor.eu/bitstream/10419/218930/1/IW-Kurzbericht-2020-64.pdf) (Stand: 04.06.2020)
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2020) Eltern während der Corona-Krise. Zur Improvisation gezwungen. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden. [www.bib.bund.de/Publikation/2020/pdf/Eltern-waehrend-der-Corona-Krise.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](http://www.bib.bund.de/Publikation/2020/pdf/Eltern-waehrend-der-Corona-Krise.pdf?__blob=publicationFile&v=7) (Stand: 24.07.2020)
- Kohlrausch B, Zucco A (2020) Die Corona-Krise trifft Frauen doppelt. Weniger Erwerbseinkommen und mehr Sorgearbeit. WSI Policy Brief Nr. 40. [www.boeckler.de/pdf/p\\_wsi\\_pb\\_40\\_2020.pdf](http://www.boeckler.de/pdf/p_wsi_pb_40_2020.pdf) (Stand: 25.05.2020)
- UN Women (2020) Corona: Eine Krise der Frauen. [www.unwomen.de/helfen/helfen-sie-frauen-in-der-corona-krise/corona-eine-krise-der-frauen.html](http://www.unwomen.de/helfen/helfen-sie-frauen-in-der-corona-krise/corona-eine-krise-der-frauen.html) (Stand: 25.05.2020)
- World Health Organization (2018) Life expectancy and Healthy life expectancy Data by WHO region. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXREG?lang=en> (Stand: 01.04.2020)
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2017) Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele, Umsetzungsempfehlungen und Ergebnisse. BMG, Bonn
- Springer KW, Mager Stellman J, Jordan-Young RM (2012) Beyond a catalogue of differences: A theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health. *Soc Sci Med* 74:1817–1824
- Schellenberg D, Kaiser A (2018) The sex/gender distinction: beyond F and M. In: Travis CB, White JW, Rutherford A et al. (Hrsg) APA handbooks in psychology series. APA handbook of the psychology of women: history, theory, and battlegrounds. American Psychological Association, Washington, S. 165–187
- Krieger N (2005) Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 59:350–355
- Einstein G (2012) Measuring biological sex. In: Oliffe JL, Greaves L (Hrsg) Designing and conducting gender, sex, and health research. SAGE, Los Angeles, S. 85–101
- Johnson JL, Repta R (2012) Sex and gender. Beyond the binaries. In: Oliffe JL, Greaves L (Hrsg) Designing and conducting gender, sex, and health research. SAGE, Los Angeles, S. 17–37
- Bundesministerium für Gesundheit (2020) Ziele des Nationalen Krebsplans. [www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan/handlungsfelder/ziele-des-nationalen-krebsplans.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan/handlungsfelder/ziele-des-nationalen-krebsplans.html) (Stand: 01.04.2020)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2020) Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung – 3. Zwischenbericht. [www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/Forschungsberichte/Forschungsberichte-Teilhabe/fb-541-repraesentativbefragung-behinderung.html](http://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/Forschungsberichte/Forschungsberichte-Teilhabe/fb-541-repraesentativbefragung-behinderung.html) (Stand: 28.05.2020)
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (2020) GeSiD – Gesundheit und Sexualität in Deutschland. [www.gesid.eu](http://www.gesid.eu) (Stand: 28.05.2020)
- Pöge K, Rommel A, Mena E et al. (2019) AdvanceGender – Verbundprojekt für eine geschlechtersensible und intersektionale Forschung und Gesundheitsberichterstattung. Bundesgesundheitsbl 62:102–107
- Rommel A, Pöge K, Krause L et al. (2019) Geschlecht und Gesundheit in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Konzepte und neue Herausforderungen. *Public Health Forum* 27(2): 98–102

23. Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (2018) Zusätzliche Geschlechtsbezeichnung „divers“ für Intersexuelle eingeführt (Pressemitteilung vom 14.12.2018). [www.bmi.bund.de/SharedDocs/pressemitteilungen/DE/2018/12/drittes-geschlecht.html](http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/pressemitteilungen/DE/2018/12/drittes-geschlecht.html) (Stand: 28.05.2020)
24. Kleiner B (2016) Heteronormativität. <https://gender-glossar.de/glossar/item/55-heteronormativitaet> (Stand: 25.06.2020)
25. Wagenknecht P (2007) Was ist Heteronormativität? Zu Geschichte und Gehalt des Begriffs. In: Hartmann J, Klesse C, Wagenknecht P et al. (Hrsg) Heteronormativität Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 17–34
26. Pöge K, Dennert G, Koppe U et al. (2020) Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. Journal of Health Monitoring 5(S1): 1–30. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6534> (Stand: 01.04.2020)
27. World Health Organization (Hrsg) (2016) Strategy on women's health and well-being in the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
28. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) (2019) Internationale Ziele. Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. [www.bmz.de/de/ministerium/ziele/2030\\_agenda/index.html](http://www.bmz.de/de/ministerium/ziele/2030_agenda/index.html) (Stand: 01.04.2020)
29. Europäisches Parlament (2019) Gleichstellung von Männern und Frauen. [www.europarl.europa.eu/factsheets/de/sheet/59/gleichstellung-von-mannern-und-frauen](http://www.europarl.europa.eu/factsheets/de/sheet/59/gleichstellung-von-mannern-und-frauen) (Stand: 01.04.2020)