

8.

**Gesundheitsstatus und
Gesundheitsrisiken von
Frauen und Männern**

Das Wichtigste in Kürze:

Frauen werden älter als Männer. Die Lebenserwartung von neugeborenen Mädchen beträgt in Deutschland heute 81 Jahre, die von neugeborenen Jungen 75 Jahre.

Gesundheit und Krankheit hängen nicht nur von objektiven Faktoren, sondern auch von subjektiver Wahrnehmung und Bewertung ab.

Frauen geben im Durchschnitt etwas häufiger als Männer an, in den vergangenen vier Wochen krank gewesen zu sein. Männer erleiden durchschnittlich häufiger folgenschwere Unfälle als Frauen. Für Männer ist die Jugend, für Frauen das Alter eine besonders unfallträchtige Lebensphase.

Männer bewerten ihren Gesundheitszustand im Durchschnitt besser und sind mit ihrer Gesundheit zufriedener als Frauen. Am zufriedensten mit ihrer Gesundheit sind junge Männer mit (Fach-)Hochschulabschluss, die voll erwerbstätig sind, über ein hohes Einkommen verfügen und in den westlichen Bundesländern leben.

Frauen stellen circa 55 Prozent der Krankenhauspatientinnen und -patienten, Männer verbringen aber durchschnittlich mehr Tage im Krankenhaus, wenn sie erkranken.

58 Prozent der deutschen Männer und 41 Prozent der deutschen Frauen ab dem Alter von 18 Jahren sind übergewichtig oder stark übergewichtig. Im Alter von 18 bis 19 Jahren sind 13 Prozent der jungen Frauen und 6 Prozent der jungen Männer untergewichtig.

Männer rauchen mehr und sie konsumieren mehr Alkohol und illegale Drogen als Frauen; Frauen sind häufiger von Medikamenten abhängig.

Männer erleiden mehr schwere und tödliche Arbeitsunfälle als Frauen. Sie begehen auch deutlich häufiger als Frauen Selbstmord.

Zum Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten gibt es nur wenige aufschlussreiche Daten. Sie gehören durchschnittlich jüngeren Altersgruppen an als die Deutschen.

Ausländische Männer mittleren Alters rauchen häufiger als deutsche. Alkoholabstinenz ist unter ausländischen jungen Frauen und Männern deutlich verbreiteter als unter deutschen.

8.1 Einleitung

Der gesundheitliche Zustand und die Lebenserwartung einer Bevölkerung gelten gemeinhin als Indikatoren für die Lebensqualität in einer Gesellschaft. Insofern kann man von Daten über geschlechtsspezifische gesundheitliche Beeinträchtigungen und Sterblichkeitsraten auch Hinweise auf ungleiche Belastungen und Risiken von Frauen und Männern in Deutschland erwarten. Vorsicht ist bei dieser Argumentation allerdings insofern geboten als die unterschiedliche genetische und hormonelle Ausstattung der Geschlechter ebenfalls Einfluss auf deren Gesundheit im Lebenslauf nimmt.

Heute sind neben den geschlechtsspezifisch akzentuierten biologischen Risiken folgende andere Einflussfaktoren zu berücksichtigen, wenn man die Daten der amtlichen Statistik und der Gesundheitsforschung angemessen interpretieren will: Frauen und Männer sind auf Grund ihrer geschlechtsgebundenen Integration in die Gesellschaft, ihrer unterschiedlichen Erwerbsbeteiligung, ihrer differenten Berufe und Einkommen, ihrer verschiedenen Beanspruchung durch Familienaufgaben etc. trotz mancher Angleichungen diversifizierten Lebensbedingungen ausgesetzt. Frauen und Männer verarbeiten Belastungen und Krankheiten auch unterschiedlich. Darüber hinaus entwickeln sie, orientiert an Männlichkeits- und Weiblichkeitsbildern differente Lebensstile und Gewohnheiten, die Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen. Männer tendieren im Allgemeinen zu einer riskanteren Lebensweise. Ferner nehmen Frauen und Männer Beeinträchtigungen ihrer Gesundheit unterschiedlich deutlich wahr. Zum verbreiteten Männlichkeitsbild passt es nicht, krank zu sein. So halten sich Männer häufiger auch dann für gesund, wenn sie es aus medizinischer Perspektive nicht sind (Hurrelmann/Kolip 2002; Koppelin/Müller 2004). Eine zum Teil geschlechtsspezifische medizinische Behandlung und gesundheitliche Versorgung von Frauen und Männern nimmt ebenfalls Einfluss auf deren Gesundheitszustand.

„Gesund-Sein“ und „Krank-Sein“ sind also stark von subjektiven Wahrnehmungsweisen und Bewertungen abhängig. In der Medizin wird versucht, die Einschätzung von Gesundheit und Krankheit durch objektive Messwerte abzusichern. Für Blutdruck, Knochendichte oder Cholesterinspiegel etc. gibt es Normwerte, deren Überschreiten bzw. Unterschreiten aus medizinischer Sicht auf (beginnende) Krankheiten hindeuten. Diese Normwerte werden oft auf der Basis von Befunden an männlichen Probanden festgelegt und sind häufig nicht einfach auf Frauen übertragbar (Eichler/Fuchs/Maschewsky-Schneider 2000).

In der Gesundheitsforschung werden Gesundheit und Krankheit heute als zwei Pole eines Kontinuums begriffen. Der jeweilige Gesundheitszustand von Personen wird als Produkt von

Risiko- und Schutzfaktoren verstanden.²⁰⁰

Hurrelmann definiert Gesundheit als eine Balance zwischen inneren Möglichkeiten und Zielen und äußeren Lebensbedingungen. Demnach ist Gesundheit ein

„Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn sich diese Person in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet“ (Hurrelmann 1990).

Einer solch weiten Definition in einem Datenreport zu folgen, der sich auf aggregierte amtliche Daten stützt, ist schwierig. In diesen Statistiken haben harte Indikatoren wie Lebenserwartung, Krankheitsdiagnosen und Todesursachen den Vorrang. Es bieten sich allerdings auch Möglichkeiten, weichere Indikatoren zu präsentieren, wie etwa Daten, die auf Selbstauskünften über Krankheiten beruhen oder solche, die die subjektive Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit anzeigen.

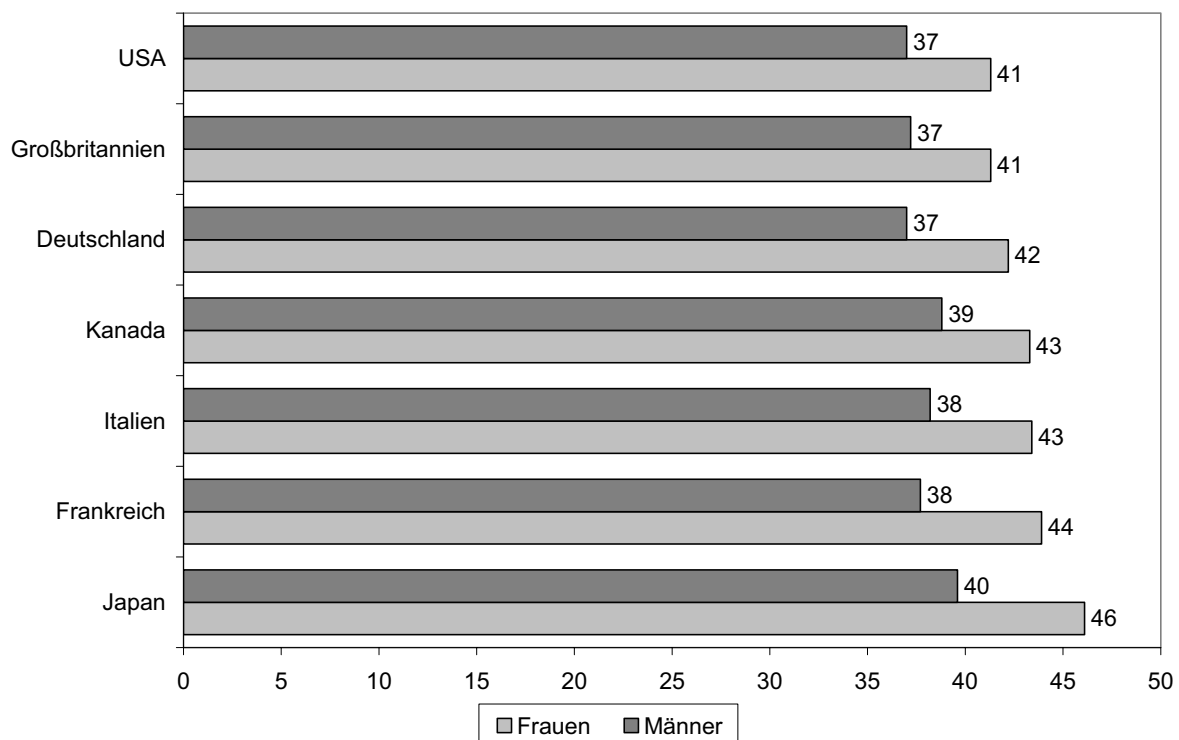
Um eine Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes und der Lebensrisiken von Frauen und Männern in der Bundesrepublik zu erleichtern, werden im Folgenden zunächst ein internationaler Vergleich, ein Zeitvergleich sowie ein regionaler Vergleich zur Lebenserwartung von Frauen und Männern gezogen (Kapitel 8.2). In Kapitel 8.3 wird dann dargelegt, wie der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand und die medizinisch diagnostizierten Krankheiten von Frauen und Männern mit dem Alter, der sozialen Schicht, dem Einkommen und dem Familienstand variieren. In diesem Zusammenhang wird dokumentiert, wie häufig und wie lange Frauen und Männer ein Krankenhaus zu Behandlungszwecken aufsuchen und inwiefern Frauen und Männer von unterschiedlichen körperlichen und psychischen Erkrankungen sowie Todesursachen betroffen sind. In Kapitel 8.4 wird auf gesundheitsbewusste bzw. riskante Verhaltensweisen von Frauen und Männern eingegangen. In Kapitel 8.5 wird der Einfluss der Arbeitswelt auf die Gesundheit von Frauen und Männern thematisiert. Schließlich folgen Befunde zum Gesundheitszustand und zu den spezifischen Gesundheitsrisiken von Migrantinnen und Migranten (Kapitel 8.6). Kapitel 8.7 bietet einen Überblick über die Ergebnisse.

200 Schon in den 40er-Jahren des 20. Jahrhunderts definierte die Weltgesundheitsorganisation WHO Gesundheit nicht mehr nur negativ in Abgrenzung zu Krankheit, sondern in einem positiven, umfassenden Sinn: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1946). Diese Definition war lange Zeit maßgeblich für die Gesundheitsforschung. Sie beschreibt allerdings einen Idealzustand, der wohl kaum von einem Menschen über einen längeren Zeitraum genossen werden kann. Auf Grund dessen nimmt die jüngere Gesundheitsforschung diese Definition zwar häufig als Grundlage, modifiziert sie jedoch im Hinblick auf die individuellen Lebensbedingungen.

8.2 Lebenserwartung im internationalen Vergleich, im Zeitvergleich sowie im regionalen Vergleich

Die Ermöglichung eines langen, möglichst gesunden Lebens²⁰¹ gilt als wichtiger Indikator für die Lebensqualität, die eine Gesellschaft gewährleisten kann. Deshalb wird der Lebenserwartung eine hohe Bedeutung beigemessen. Nach dieser Logik könnte Abbildung 8.1 nahe legen, dass die westlichen Industrienationen Frauen eine höhere Lebensqualität bieten als Männern. Diese Schlussfolgerung ist allerdings gewagt, da auch genetische und biologische Faktoren die Lebenserwartung von Frauen und Männern mitbestimmen.

Abbildung 8.1: Durchschnittliche weitere Lebenserwartung von 40-jährigen Frauen und Männern im internationalen Vergleich 2000 bis 2003¹ (in Jahren)



1 Die letzten aktuell vorliegenden Daten stammen für die einzelnen Länder aus unterschiedlichen Jahren. Für Frankreich und Japan stammen sie aus dem Jahr 2002 und für Deutschland, Kanada und die Vereinigten Staaten aus dem Jahr 2001. Für Italien und das Vereinigte Königreich liegen nur Daten aus dem Jahr 2000 vor.

Anmerkung: Die Länder sind nach Geschlechterdifferenzen geordnet.

Lesehilfe: Im internationalen Vergleich haben 40-jährige Frauen in Japan die höchste Lebenserwartung, in den USA die niedrigste.

Datenbasis: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Gesundheitsdaten 2004

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes; eigene Darstellung

In allen in Abbildung 8.1 verglichenen Ländern lag die durchschnittliche weitere Lebenserwartung von 40-jährigen Frauen zu Beginn des 21. Jahrhunderts über der der Männer. Die

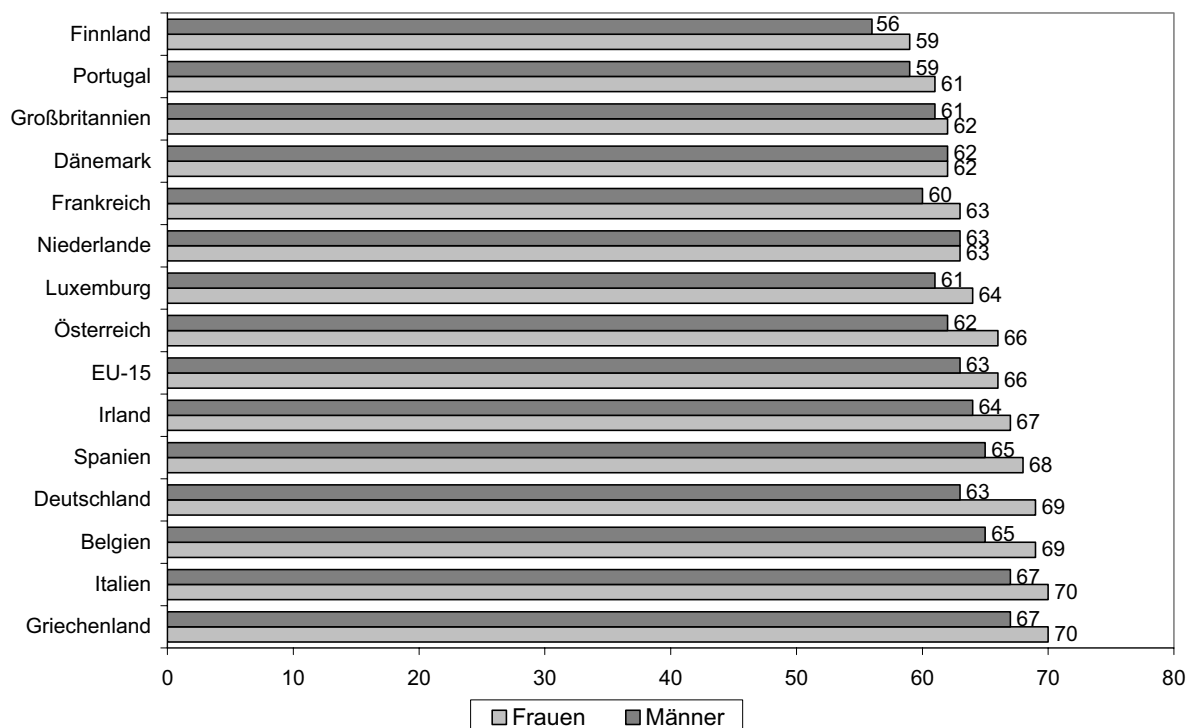
201 Ein weiterer Gesundheitsindex, der im europäischen Vergleich erhoben wurde, ist das Vorliegen von länger (mindestens sechs Monate) andauernden Gesundheitsproblemen. Dieser Index wird in Kapitel 9.3 des Kapitels Geschlecht und Behinderung für Frauen und Männer bis 65 Jahren dargestellt und erläutert. In Deutschland liegt der Anteil der Frauen und Männer mit länger andauernden Gesundheitsproblemen demnach unter dem EU-Durchschnitt. Auffällig ist jedoch, dass in Deutschland, wie in einigen anderen Ländern, in denen die Anteile generell relativ gering sind, Frauen noch seltener als Männer von länger andauernden Gesundheitsproblemen betroffen sind.

höchste Lebenserwartung haben japanische Frauen und Männer. Im Vergleich mit den anderen hier dargestellten europäischen Ländern finden sich die deutschen Frauen und Männer hinter Frankreich und Italien im Mittelfeld wieder.

Die Lebenserwartung in Europa hat sich in den letzten vier Jahrzehnten um durchschnittlich acht Jahre verlängert. Im Jahr 2001 betrug sie in der EU der damals 15 Länder bei der Geburt für Männer 76 Jahre und für Frauen 82 Jahre (Europäische Kommission 2004b: 280).

Zwar ist die letzte Lebensphase von Frauen oft von Krankheit und Behinderung geprägt, trotzdem können Frauen im Vergleich zu Männern in allen Ländern Europas eine etwas höhere Anzahl von Jahren ohne dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigungen erwarten (Abbildung 8.2). Dabei zeigt sich, dass Deutsche im Vergleich zu anderen Europäern 1996 vergleichsweise viele gesunde Lebensjahre zu erwarten hatten und dass in Deutschland die Geschlechterdifferenz besonders groß war. Während Männer bei der Geburt im Durchschnitt „nur“ 63 gesunde Lebensjahre vor sich hatten, hatten Frauen 69 gesunde Lebensjahre vor sich.

Abbildung 8.2: Gesunde Lebenserwartung von Frauen und Männern in Europa 1996 (in Jahren)



Anmerkungen: Männer werden in der EU-15 im Schnitt ohne Behinderung 63 Jahre alt, Frauen 66 Jahre (Daten von 1996). Für Schweden lagen keine Zahlen zu den erwarteten gesunden Lebensjahren vor.

Die Länder sind nach der gesunden Lebenserwartung von Frauen geordnet.

Lesehilfe: In Griechenland haben Frauen EU-weit die höchste gesunde Lebenserwartung, in Finnland die niedrigste. In Dänemark (62 Jahre) und den Niederlanden (63 Jahre) erwarten Frauen und Männer jeweils die gleiche Zahl gesunder Lebensjahre.

Quelle: Bericht zur sozialen Lage in der Europäischen Union 2003: 34

Abbildung 8.2 macht deutlich, dass Unterschiede in der Lebenserwartung keine „Naturkon-

stanten“ sind; sie hängen vielmehr mit den sozioökonomischen und sozialen Verhältnissen eines Landes sowie mit dem Risikoverhalten von Frauen und Männern zusammen.²⁰² Auch klimatische Verhältnisse und der Lebensstil einer Population sowie ihre medizinische Versorgung dürften ihre gesunden Lebensjahre mitprägen.

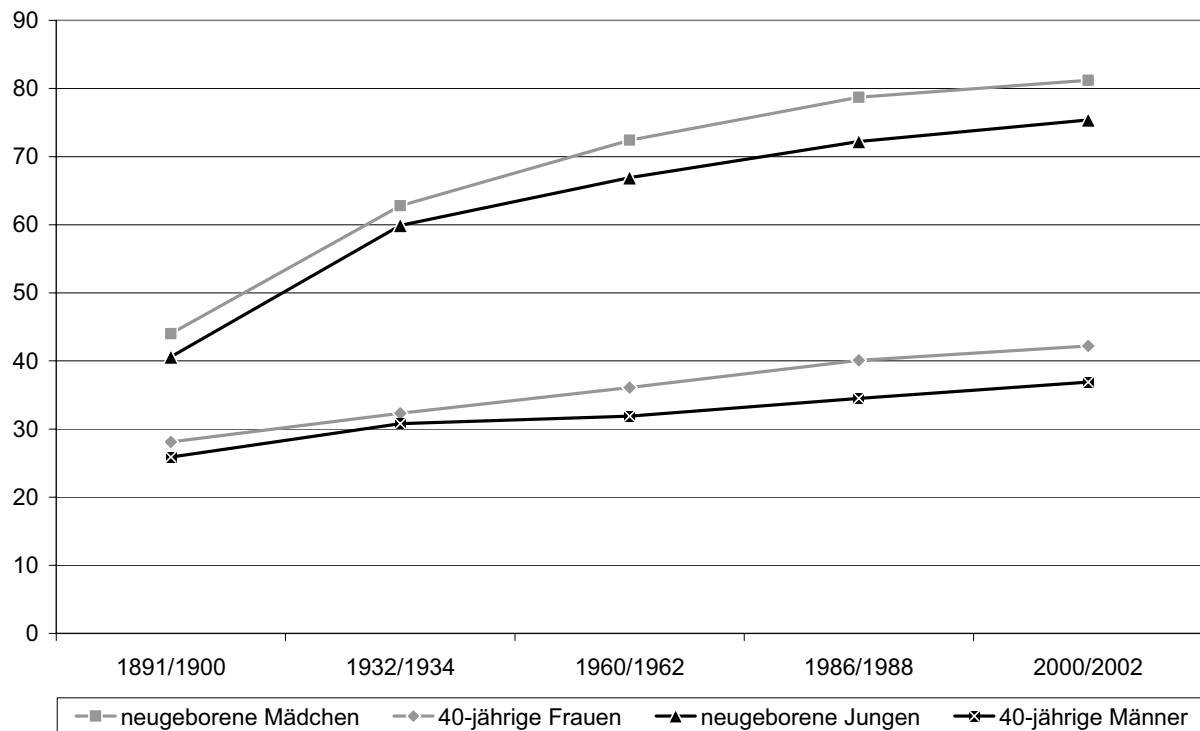
Abbildung 8.3 zeigt, dass in Deutschland neugeborene Mädchen und erwachsene Frauen schon über einen langen Zeitraum eine höhere Lebenserwartung als Jungen bzw. Männer hatten. Frauen hatten zwar im 19. Jahrhundert und noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts ein nicht unerhebliches Risiko, bei der Geburt eines Kindes zu sterben, dafür starben mehr Jungen als Mädchen in den ersten fünf Lebensjahren, und Männer hatten und haben ein größeres Risiko, tödliche Unfälle zu erleiden als Frauen (Tabelle 8.6).

Als Ursachen für die durchschnittliche höhere Lebenserwartung von Frauen werden unterschiedliche Faktoren diskutiert, so z.B. eine unterschiedliche Anfälligkeit für verschiedene Krankheiten, bestimmte genetische Schutzfaktoren, aber auch ein sorgsamerer Umgang von Frauen mit ihrem Körper und seinen Bedürfnissen. Zur niedrigeren Lebenserwartung der Männer können ihre häufigere Erwerbstätigkeit in zum Teil unfallgefährdeteren Berufen sowie ein zum Teil risikobereiteres Freizeitverhalten beitragen; aber auch Kriege setzten ihre durchschnittliche Lebenserwartung im vergangenen Jahrhundert deutlicher als die von Frauen herab.

Die Lebenserwartung nahm bei Frauen und Männern seit der Jahrhundertwende vom 19. zum 20. Jahrhundert in Deutschland sehr stark zu. Die Hauptursache dafür liegt in der enorm gesunkenen Säuglings- und Kindersterblichkeit. Neugeborene Mädchen hatten in Deutschland 2002 eine Lebenserwartung von 81,2 und neugeborene Jungen von 75,4 Jahren (Abbildung 8.3)

202 Am Beispiel Schwedens stellte Maria Danielsson auf dem Jahresseminar des Österreichischen Instituts für Familienforschung im Jahr 2003 dar, dass sich dort die Lebenserwartung der Männer der der Frauen in den vergangenen 20 Jahren schnell angenähert hat. Danielsson führt diese Entwicklung darauf zurück, dass in Schweden Todesfälle im Zusammenhang mit Alkohol- und Tabakkonsum sowie Selbstmorde zurückgegangen sind. Da von diesen Todesursachen durchschnittlich häufiger Männer betroffen waren, wurden diese in größerer Anzahl älter. Darüber hinaus vermutet sie, dass die stärkere Verantwortungsübernahme von Männern für Kinder dazu geführt haben könnte, dass Männer bewusst weniger Risiken (z.B. gefährliches Fahrverhalten) eingehen. Die Erklärungen für die unterschiedliche Lebenserwartung von Frauen und Männern sind also sehr vielfältig.

Abbildung 8.3: Durchschnittliche und weitere Lebenserwartung von Neugeborenen und von 40-jährigen Frauen und Männern in Deutschland 1891/1900 bis 2000/2002 (in Jahren)



Quellen: Statistisches Bundesamt 2004g; Statistisches Bundesamt 2004a: 10; eigene Darstellung

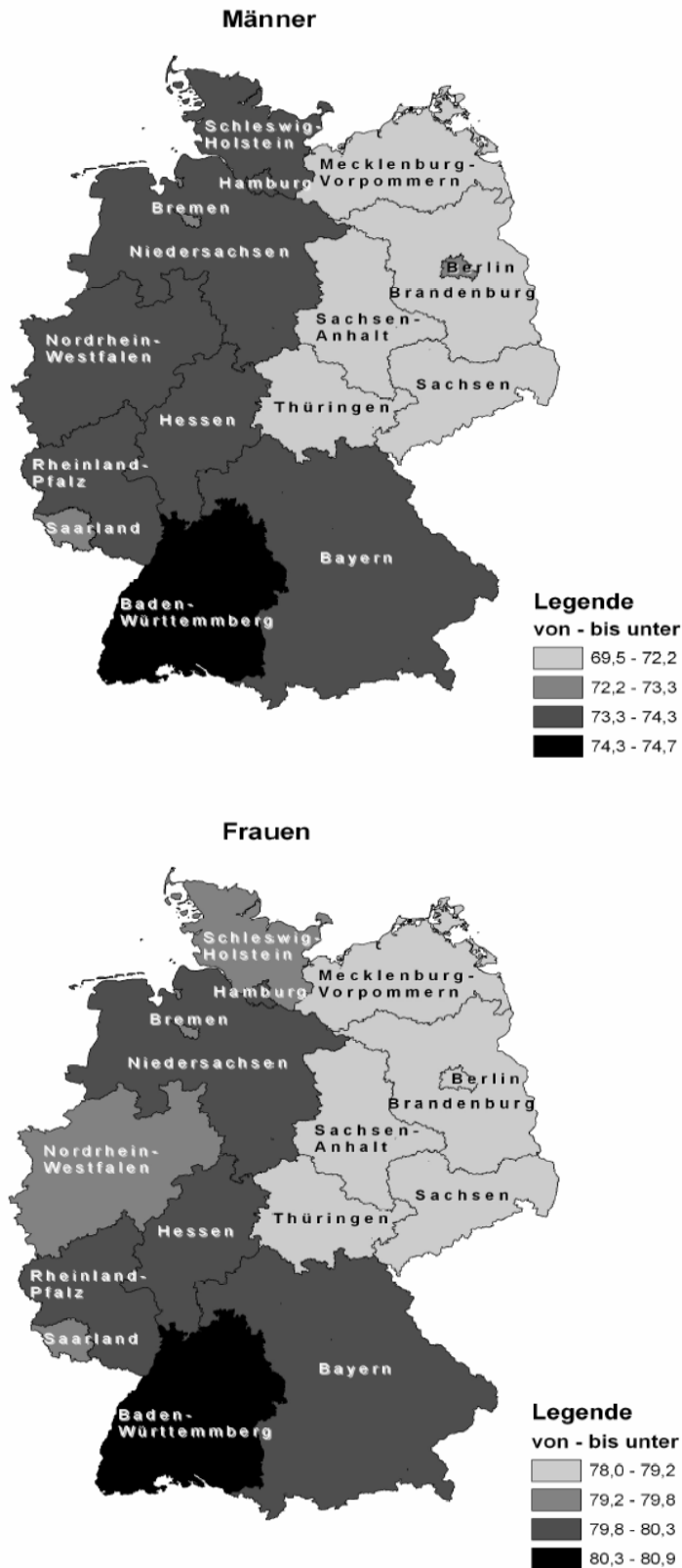
Der Anstieg der Lebenserwartung ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen. Zu Beginn des 20. Jahrhundert besserte sich der materielle Wohlstand größerer Bevölkerungskreise. Ernährung, Hygiene, bessere Arbeits- und Wohnbedingungen schufen die Voraussetzungen für ein gesundes und längeres Leben. Fortschritte in der Medizin, wie die Einführung von Impfungen oder die Entdeckung der Antibiotika taten ihr Übriges.

Weltweit werden mehr Jungen als Mädchen geboren. In Deutschland kommen auf 100 Mädchen 106 Jungen. Wegen des höheren Sterberisikos von Jungen und Männern baut sich der Überschuss mit zunehmendem Lebensalter ab. Bis zum 60. Lebensjahr überwiegt in der heutigen Bevölkerung der Männeranteil. Ab dem 60. Lebensjahr ist der Frauenanteil größer und vergrößert sich mit zunehmendem Alter. Bei den 70- bis 80-Jährigen liegt er bei 60 Prozent. Bei den 80-jährigen oder älteren Personen liegt er sogar bei 73 Prozent (Statistisches Bundesamt 2004i: 38). Als Ursache hierfür ist die höhere Lebenserwartung von Frauen anzusehen, wobei gegenwärtig auch noch die hohen Männerverluste im Zweiten Weltkrieg zu Buche schlagen (ebd.). In Zukunft dürfte die Geschlechterrelation im Alter ausgeglichener sein.

Betrachtet man die geschlechtsspezifische Lebenserwartung in Deutschland im regionalen

Vergleich, so lassen sich ein Süd-Nord-Gefälle und ein West-Ost-Gefälle feststellen.

Abbildung 8.4: Lebenserwartung von Frauen und Männern bei der Geburt nach Bundesländern 1995 (in Jahren)



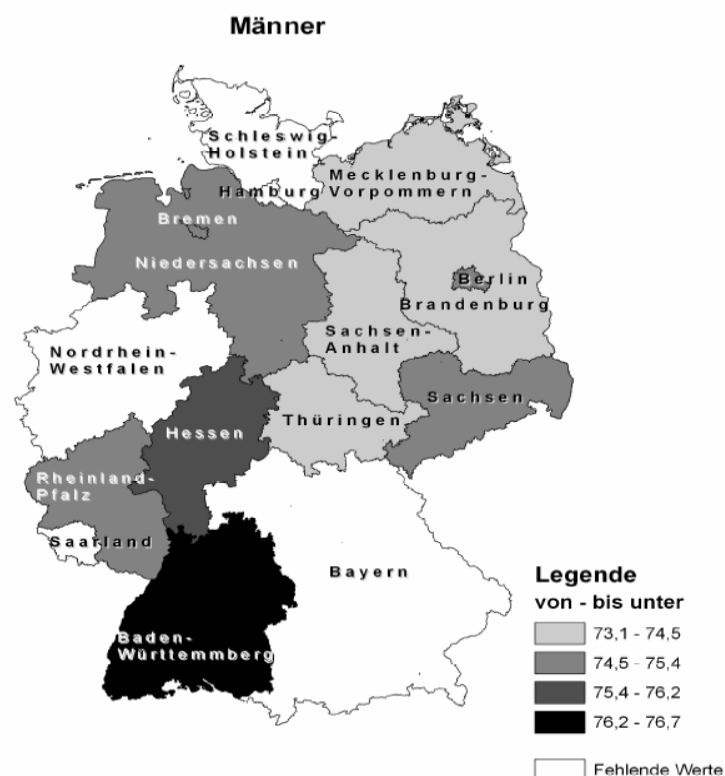
Datenbasis: Todesursachenstatistik

Quelle: DJI-Regionaldatenbank

Die Karten zur Lebenserwartung bei der Geburt für das Jahr 1995 zeigen zum einen das schon bekannte Muster, dass Frauen in Deutschland im Durchschnitt eine knapp sechs Jahre höhere Lebenserwartung als Männer haben. Zum anderen fällt auf, dass unabhängig vom Geschlecht Personen, die in den südlichen Bundesländern leben, eine höhere Lebenserwartung haben als solche aus den nördlichen oder östlichen Bundesländern. Am höchsten war die Lebenserwartung 1995 in Baden-Württemberg – Frauen wurden hier durchschnittlich 80,3 bis 80,9 Jahre alt, Männer 74,3 bis 74,7 Jahre. Am niedrigsten war 1995 die Lebenserwartung für beide Geschlechter in allen ostdeutschen Bundesländern²⁰³ – hier lag sie für Frauen im Durchschnitt bei 78 bis 79,2 Jahren und für Männer bei 69,5 bis 72,2 Jahren.

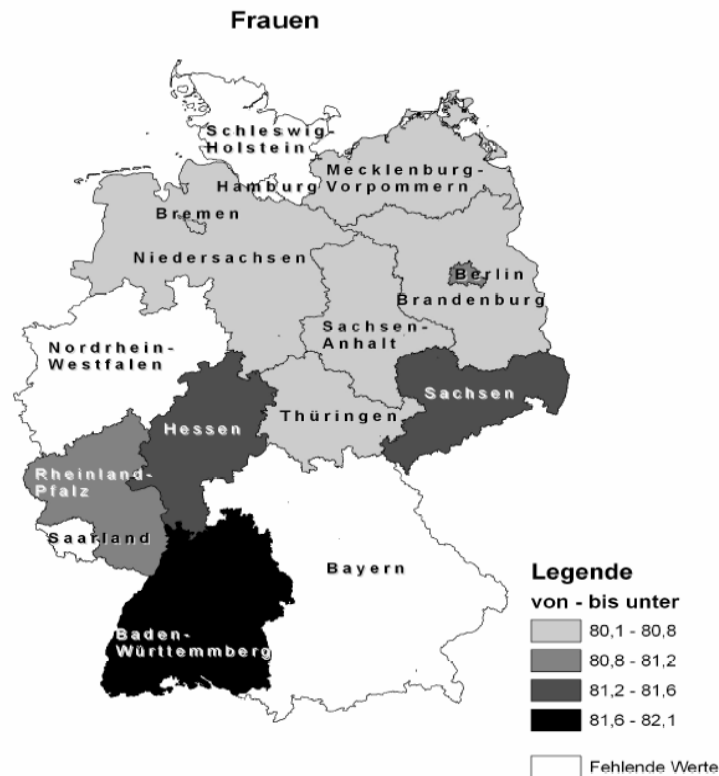
Für das Jahr 2002 liegen leider noch nicht für alle Bundesländer Daten vor, so dass die Karten lückenhaft bleiben müssen. Aus den vorliegenden Daten lässt sich jedoch absehen, dass die durchschnittliche Lebenserwartung sowohl für Frauen als auch für Männer zwischen 1995 und 2002 deutlich angestiegen ist; das gilt sowohl für Ost- als auch für Westdeutschland.

Abbildung 8.5: Lebenserwartung von Frauen und Männern bei der Geburt nach Bundesländern in Deutschland 2002 (in Jahren)



– Fortsetzung nächste Seite –

203 Die einzige Ausnahme bildete Berlin, wo sich zumindest die Männer in der zweitniedrigsten Kategorie befanden, d.h. sie hatten dort eine durchschnittliche Lebenserwartung von 72,2 bis 73,3 Jahren.



Anmerkung: Für Bayern, das Saarland, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Hamburg liegen für das Jahr 2002 noch keine Daten vor.

Datenbasis: Todesursachenstatistik

Quelle: DJI-Regionaldatenbank

Ebenso wie im Jahr 1995 ist die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt auch im Jahr 2002 in allen Bundesländern für Frauen höher als für Männer, und das Bundesland mit der durchschnittlich höchsten Lebenserwartung für Frauen und Männer ist nach wie vor Baden-Württemberg. Die durchschnittlich niedrigsten Lebenserwartungen finden sich jedoch nicht mehr nur in den ostdeutschen Bundesländern, denn in Sachsen und Berlin ist die Lebenserwartung im Bundesvergleich stärker angestiegen als in anderen Bundesländern, dafür war der Anstieg in Niedersachsen und Rheinland-Pfalz deutlich geringer als in den meisten anderen Bundesländern. Zurzeit haben im Ländervergleich Frauen in Niedersachsen mit die niedrigste Lebenserwartung. Bei einer zunehmenden Angleichung der Lebensverhältnisse in Ost und West ist damit zu rechnen, dass sich auch die Lebenserwartungen weiter annähern werden.

8.3 Gesundheit und Krankheit von Frauen und Männern unterschiedlichen Alters und in unterschiedlichen Lebenslagen

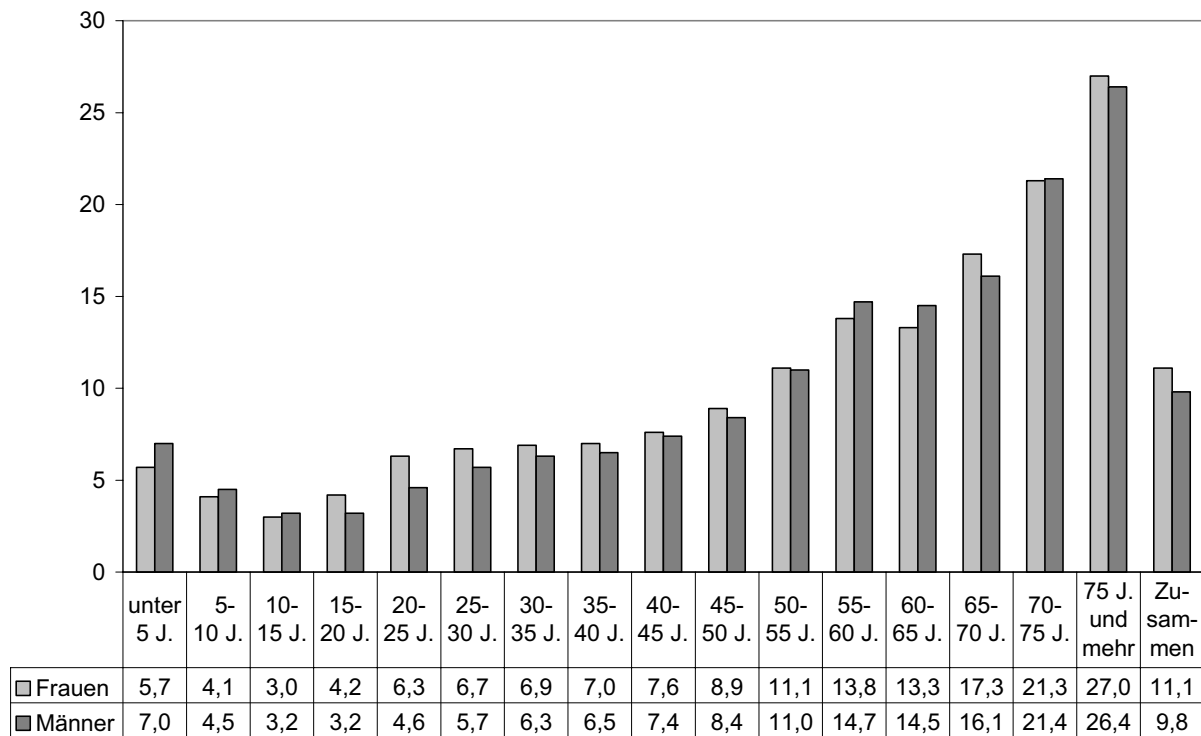
Die folgenden Ausführungen zeigen, dass sowohl die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit als auch der medizinisch diagnostizierte Gesundheitsstatus von Frauen und Männern stark mit dem Alter der Betroffenen zusammenhängt und mit ihren Lebensbedingungen variiert.

8.3.1 Selbstauskünfte und subjektive Bewertung

Krankheit und Unfälle nach Selbstauskünften

Werden Frauen und Männer befragt, wie häufig sie von akuten Krankheiten und Unfällen betroffen sind, so werden Unterschiede nach Alter und – in geringerem Umfang – nach Geschlecht - deutlich (Abbildungen 8.6 und 8.7).

Abbildung 8.6: Kranke nach Geschlecht und Altersgruppen in Deutschland 2003 (in %)



Anmerkung: Als krank galten Personen, die sich zum Zeitpunkt der Befragung oder in den vier Wochen davor so in ihrem Gesundheitszustand beeinträchtigt fühlten, dass sie ihre übliche Beschäftigung (z.B. Berufstätigkeit, Hausarbeit, bei Kindern auch Schule, Kindergartenbesuch oder Spielen) nicht voll ausüben konnten. Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett zählen nicht als Krankheiten. Die Daten beruhen auf Selbstauskünften.

Datenbasis: Stichprobe des Mikrozensus 2003: Personen, die Angaben zu ihrer Gesundheit machten

Quelle: Statistisches Bundesamt 2004t

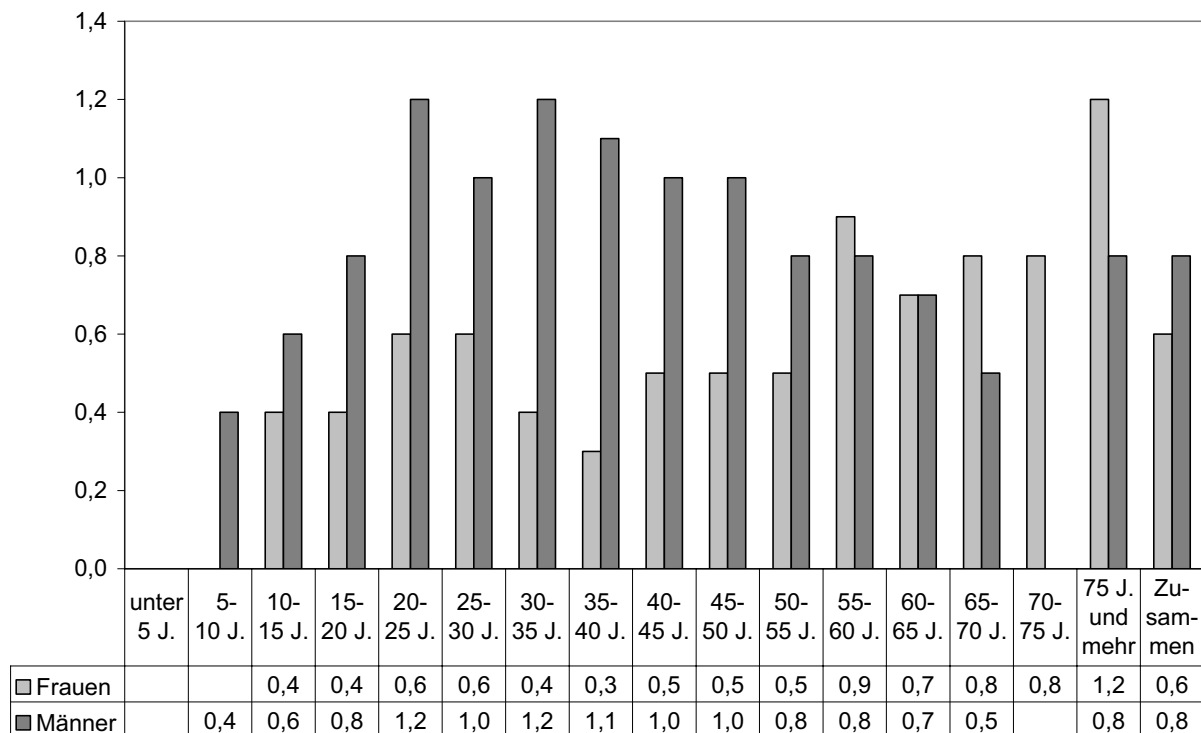
Abbildung 8.6 zeigt, dass das Alter einen größeren Einfluss als das Geschlecht auf die Beeinträchtigung der Gesundheit hat. Darüber hinaus ist zu sehen, dass Frauen durchschnittlich häufiger als Männer angeben, krank zu sein. Dies gilt ab dem 15. Lebensjahr bis ins mittlere Alter und im höheren Alter. Als Kinder sind hingegen Jungen häufiger krank. Männer geben in der Altersspanne von 55 bis 64 Jahren, also gegen Ende der Erwerbsarbeitsphase, häufiger als Frauen an, krank zu sein. Ursächlich für die von jungen Frauen öfter berichteten Beeinträchtigungen sind nach dem Gesundheitsreport des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (BKK) vor allem Krankheiten des Verdauungssystems, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie psychische und Verhaltensstörungen (siehe Kapitel 8.3.2 Verweildauer im Krankenhaus und Kapitel 8.4.2 Ernährung). Bei Frauen im mittleren Alter

gehören Komplikationen in der Schwangerschaft und Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane zu den häufigsten Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt (BKK Bundesverband 2004: 26). Bei Männern könnten sich zwischen dem 55. und 65. Lebensjahr berufliche Belastungen bemerkbar machen, die die altersgemäße Konstitution überfordern. Männer sind in diesem Alter häufiger von Krebserkrankungen betroffen als Frauen und leiden häufiger an Krankheiten des Kreislaufsystems (ebd.). Bei der Deutung der höheren Krankenquote von Frauen über 75 Jahren muss berücksichtigt werden, dass in diesen Lebensjahren ein Teil der gesundheitlich beeinträchtigten Männer schon gestorben ist. Die verbliebenen Männer erfreuen sich im Durchschnitt offensichtlich einer etwas besseren Gesundheit als Frauen dieser Altersgruppe.

Werden nur die Auskünfte von 16- bis 65-Jährigen herangezogen und diese nach dem „Vorliegen von länger (mindestens sechs Monate) andauernden Gesundheitsproblemen“ gefragt, so liegt der Anteil der Männer, die solche gesundheitlichen Probleme angeben, über dem der Frauen (Kapitel 9, Abbildung 9.1). Wie der in Kapitel 9 vorgelegte europäische Vergleich zeigt, ist dies keineswegs selbstverständlich. Es gibt auch Länder, in denen sich deutlich mehr Frauen als Männer von solchen langen gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen zeigen. Dies gilt zum Beispiel für Skandinavien. Vorbehalte gegenüber diesen Daten sind allerdings angebracht, obwohl die in Abbildung 9.1 verwandten Daten als die einzigen methodisch vergleichbaren Daten in Europa gelten (Ehling/Günther 2003: 27). Die langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen werden zumindest zum Teil durch Unfälle verursacht sein. Von diesen sind Männer eindeutig häufiger betroffen (Abbildung 8.7).

In der folgenden Abbildung 8.7 wird die Häufigkeit von Unfallverletzungen dargestellt, von denen sich Frauen und Männer in den vier Wochen vor der Befragung so beeinträchtigt fühlten, dass sie ihren üblichen Verpflichtungen nicht nachgehen konnten. Generell sind Frauen und Männer seltener durch Unfälle als durch Krankheiten beeinträchtigt (Abbildung 8.6 und 8.7). Ein klarer, für beide Geschlechter gleicher Anstieg von Unfällen mit dem Alter, etwa analog zur Zunahme von Krankheiten mit dem Alter, ist nicht zu konstatieren.

Im Alter unter 5 Jahren sind die absoluten Zahlen der Unfallverletzten so niedrig, dass sie nicht ausgewiesen werden. Für Mädchen trifft das bis zum Alter von 10 Jahren zu, während fast jeder 200ste Junge im Alter von 5 bis unter 10 Jahren in der Befragung in den vorangegangenen vier Wochen von einer Unfallverletzung betroffen war. Ein besonders hohes Unfallrisiko tragen Männer zwischen dem 20. und dem 35. Lebensjahr. Es ist anzunehmen, dass dies mit einem riskanteren Lebensstil der jungen Männer in Zusammenhang steht. Sehr hoch ist allerdings auch das Unfallrisiko von Frauen im fortgeschrittenen Alter.

Abbildung 8.7: Unfallverletzte¹ nach Geschlecht und Altersgruppen² in Deutschland 2003 (in %)

1 Als unfallverletzt galten Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung oder in den vier Wochen davor eine Unfallverletzung angaben und sich so in ihrem Gesundheitszustand beeinträchtigt fühlten, dass sie ihre übliche Beschäftigung (Beruf, Schule, Haushalt etc.) nicht voll ausüben konnten.

2 Ergebnisse der Mikrozensus-Befragung, bezogen auf die Personen, die Angaben über die Gesundheit machten
Anmerkung: Dort, wo keine Balken dargestellt werden, sind in der Quelle keine Werte angegeben, da die Zahlenwerte nicht sicher genug sind.

Datenbasis: Stichprobe des Mikrozensus 2003: Personen, die Angaben über die Gesundheit machten

Quelle: Statistisches Bundesamt 2004t

In Abbildung 8.7 ist zu sehen, dass Jungen und Männer bis zum Alter von 55 Jahren deutlich häufiger als Frauen angeben, in den vergangenen vier Wochen eine Unfallverletzung erlitten zu haben. Dem entspricht auch ein höheres Unfallrisiko von Männern. Das wird einerseits damit erklärt, dass Jungen und junge Männer mehr Risiken (z.B. im Straßenverkehr, aber auch durch waghalsigeres Freizeitverhalten) eingehen (Raithel 2001) und andererseits damit, dass Männer im erwerbsfähigen Alter häufiger von Arbeitsunfällen betroffen sind (Kapitel 8.5 und Kapitel 9.5, Abbildung 9.1). Selbst von häuslichen Unfällen mit schwerwiegenden Folgen scheinen sie häufiger als Frauen betroffen zu sein. So sind unter den registrierten Menschen mit Behinderung, deren Beeinträchtigung auf einen häuslichen Unfall zurückgeführt wird, 62 Prozent männlich und 38 Prozent weiblich (Kapitel 9, Tabelle 9.1).

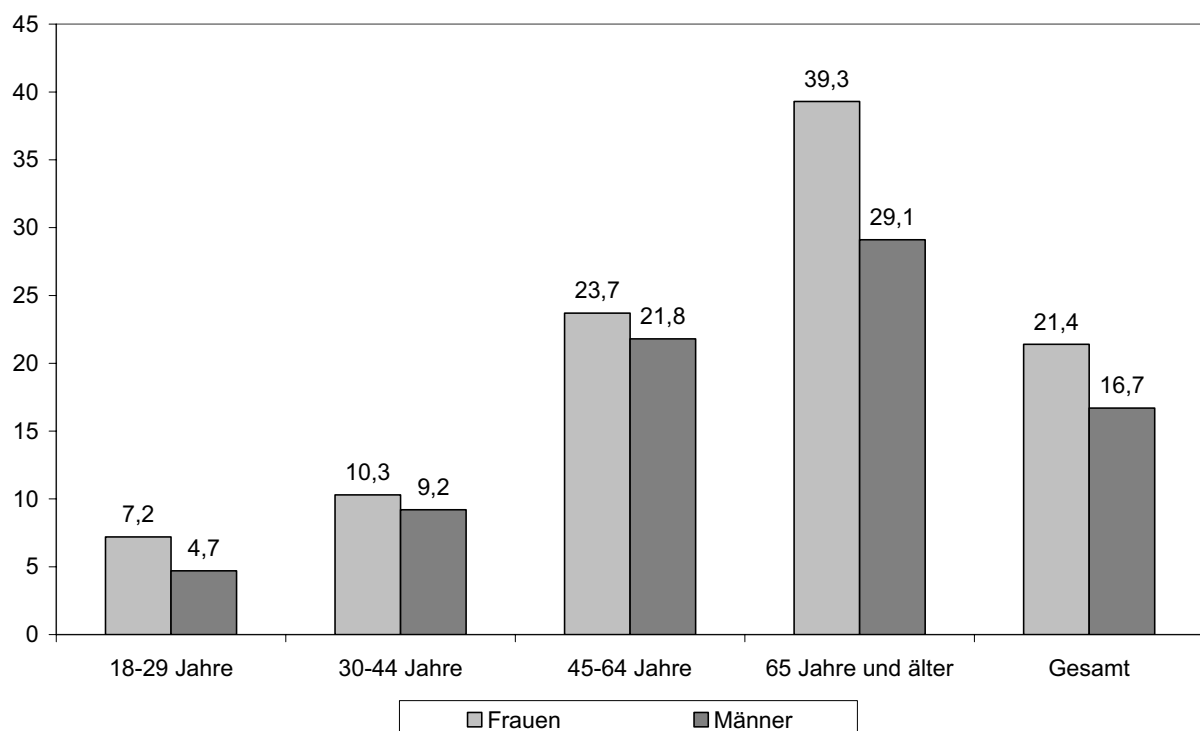
Der Rückgang an beeinträchtigenden Unfallverletzungen bei Männern über 60 Jahren könnte mit ihrem Austritt aus dem Erwerbsleben und einem daraus folgenden niedrigeren Unfallrisiko zusammenhängen. Frauen überwiegen bei den Unfallverletzten ab 55 Jahren. Als eine Ursache dafür wird diskutiert, dass Frauen mit zunehmendem Alter häufiger als Männern Medikamente

(z.B. Benzodiazepine²⁰⁴) verschrieben werden, die neben anderen Nebenwirkungen²⁰⁵ auch zu Benommenheit, Schwindel, Störungen der Wahrnehmung und Reaktionsfähigkeit und zu Verwirrheitszuständen führen können. Infolge dieser Nebenwirkungen sind komplikationsreiche Stürze nicht selten (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren). Es ist auch nicht auszuschließen, dass wegen der häufiger auftretenden Osteoporose Stürze von Frauen im Durchschnitt folgenschwerer sind. Im Alter ab 75 Jahren steigt bei beiden Geschlechtern, besonders aber bei den Frauen die Quote der beeinträchtigenden Unfälle noch einmal an. Es ist anzunehmen, dass die Frauen bis ins hohe Alter obliegenden alltäglichen Verrichtungen im Haushalt oder beim Einkaufen ein steigendes Gefährdungspotenzial beinhalten (BMFSFJ 2001: 241 f.).

Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes

Korrespondierend mit der Zunahme von Krankheiten im Alter bewerten ältere Frauen und Männer ihren Gesundheitszustand im Durchschnitt schlechter als jüngere (Abbildung 8.8).

Abbildung 8.8: Anteile der Frauen und Männer, die ihren eigenen Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“ beurteilen, nach Altersgruppen in Deutschland (in %)



Anmerkung: Im sozio-oekonomischen Panel wird die Selbsteinschätzung der allgemeinen Gesundheit fünfstufig erfragt: „sehr gut“, „gut“, „zufrieden stellend“, „weniger gut“ und „schlecht“; hier sind die Anteile der Frauen und Männer ausgewiesen, die ihre eigene Gesundheit im Jahr 2003 als „weniger gut“ oder „schlecht“ beurteilt haben.

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003

Quelle: Lampert/Ziese 2005, Tabelle 3.2 und Tabelle 3.3; eigene Darstellung

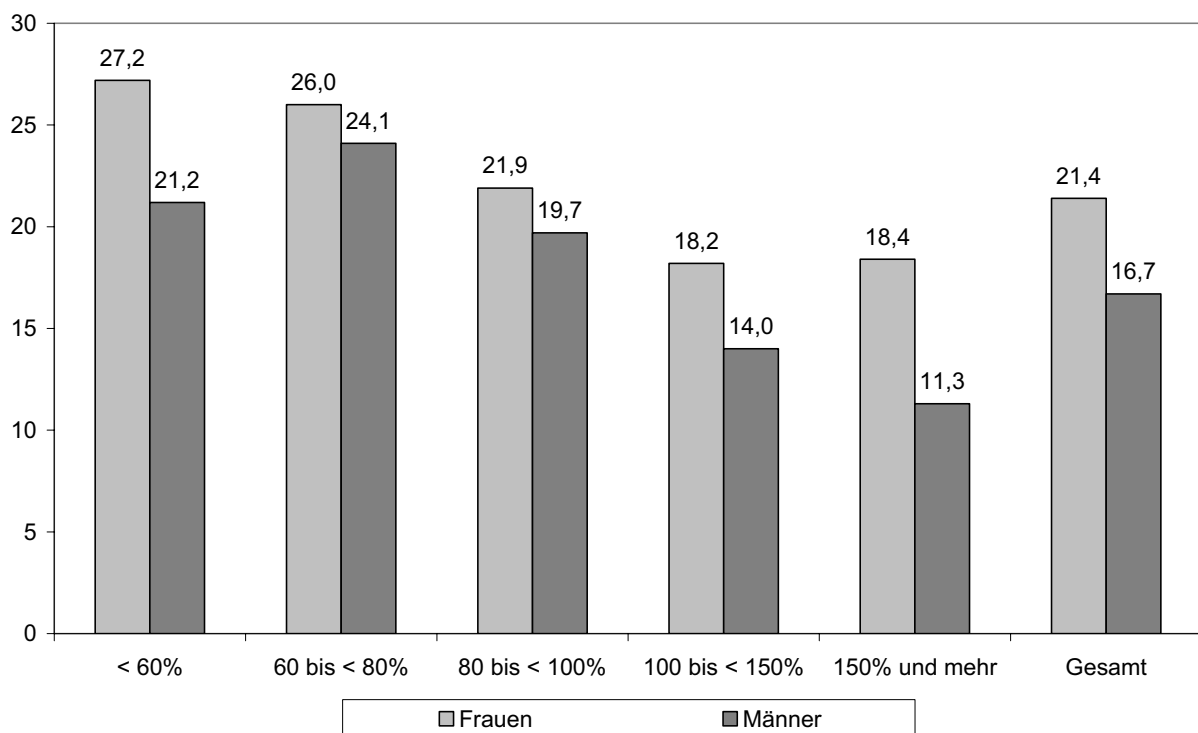
204 Benzodiazepine sind eine Gruppe von Arzneimittelwirkstoffen, die als Entspannungs- und Beruhigungsmittel (Tranquilizer) oder Schlafmittel (Hypnotika) verabreicht werden und die ein beträchtliches Abhängigkeitspotenzial in sich bergen (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren).

205 Müdigkeit, Kopfschmerzen, Niedergeschlagenheit; bei hoher Einnahme auch: Gedächtnisstörungen, unerwünschte Muskelentspannung.

Während nur 7 Prozent der befragten Frauen und 5 Prozent der Männer im Alter von 18 bis 29 Jahren ihren Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“ beurteilen, sind es in der Altersgruppe „65 Jahre und älter“ 40 Prozent der Frauen und 29 Prozent der Männer. Aus Abbildung 8.8 ist zu erkennen, dass die Unterschiede in der Bewertung des gesundheitlichen Zustandes zwischen den Altersgruppen ausgeprägter sind als zwischen den Geschlechtern. Jedoch sind auch die geschlechtsspezifischen Unterschiede nicht unbedeutend. In jeder Altersgruppe beurteilen mehr Frauen als Männer ihren Gesundheitszustand „weniger gut“ oder „schlecht“, in der ältesten Kohorte beträgt der Unterschied sogar mehr als 10 Prozentpunkte.

Auch bezüglich anderer soziodemografischer Merkmale zeigen sich Unterschiede in der Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes. So bewerten Personen, die niedrigeren Einkommensgruppen angehören, ihre Gesundheit durchschnittlich schlechter als solche, die höheren Einkommensgruppen angehören (Abbildung 8.9).

Abbildung 8.9: Anteile der Frauen und Männer, die ihren eigenen Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“ beurteilen, nach Einkommensgruppen (in %)



Anmerkungen: Im sozio-oekonomischen Panel wird die Selbsteinschätzung der allgemeinen Gesundheit fünfstufig erfragt: „sehr gut“, „gut“, „zufrieden stellend“, „weniger gut“ und „schlecht“; hier sind die Anteile der Frauen und Männer ausgewiesen, die ihre eigene Gesundheit im Jahr 2003 als „weniger gut“ oder „schlecht“ beurteilt haben.

Die im SOEP gebildeten Einkommensgruppen orientieren sich am Äquivalenzeinkommen²⁰⁶. In der Armuts- und Reichtumsberichterstattung werden fünf Einkommensgruppen unterschieden: „unter 60 Prozent“, „60 bis unter 80 Prozent“, „80 bis unter 100 Prozent“, „100 bis unter 150 Prozent“ und „150 Prozent und höher“.

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003

Quelle: Lampert/Ziese 2005, Tabelle 3.2 und Tabelle 3.3; eigene Darstellung

²⁰⁶ Das Äquivalenzeinkommen ist das nach Größe und Zusammensetzung des Haushaltes bedarfsgewichtete monatliche Nettoeinkommen. Bei einem verfügbaren Netto-Äquivalenzeinkommen von unter 60 Prozent des gesamtgesellschaftlichen Durchschnitts definiert sich Armutsrisiko; Personen mit einem Äquivalenzeinkommen von 60 bis unter 80 Prozent können durch Arbeitslosigkeit oder Überschuldung schnell in die Nähe des Armutsbereichs gelangen (Lampert/Ziese: 28 f.).

27 Prozent der Frauen und 21 Prozent der Männer mit einem Einkommen von weniger als 60 Prozent des Äquivalenzeinkommens beurteilen ihren Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“. In der höchsten Einkommensgruppe (150 % und mehr) ist dieser Anteil mit 18 Prozent bei den Frauen und 11 Prozent bei den Männern deutlich niedriger (Abbildung 8.9). Es zeigt sich in jeder Einkommensgruppe, dass Frauen ihren eigenen Gesundheitszustand häufiger als „weniger gut“ oder „schlecht“ einschätzen als Männer. Am größten sind die Geschlechterdifferenzen in der niedrigsten sowie der höchsten Einkommensgruppe. Die künftige Gesundheitspolitik sollte den gesundheitlichen Belastungen armer Frauen in Zukunft besondere Aufmerksamkeit schenken, denn bei Frauen geht Armut deutlich häufiger als bei Männern mit einer schlechten Beurteilung des eigenen gesundheitlichen Zustandes einher.

Eine Reihe von Studien bestätigen, dass von Armut betroffene Personen generell stärker von Krankheiten und Beschwerden betroffen sind und dass sie ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen als die anderen Gruppen (Heinzel-Gutenbrunner 2001; Helmert 1997; Klein/Unger 2001).

Ebenso wie Alter und Erwerbseinkommen haben auch der berufliche Bildungsabschluss sowie der Status der Erwerbstätigkeit Einfluss auf die Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes, für Ost- und Westdeutschland fallen dagegen fast keine Unterschiede auf (Tabelle 8.1).

Tabelle 8.1: Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes nach soziodemografischen Merkmalen in Deutschland 2002 (in %)

	gut	zufrieden stellend	schlecht
<i>Geschlecht</i>			
Frauen	44	36	20
Männer	51	33	16
<i>Berufsbildung</i>			
ohne Abschluss	46	32	22
mittlerer Abschluss	46	36	18
(Fach-)Hochschule	54	33	13
<i>Erwerbstätigkeit</i>			
Vollzeit	60	30	10
Teilzeit	49	39	12
nicht-erwerbstätig	36	37	27
<i>Region</i>			
Deutschland insgesamt	47	35	18
Westdeutschland	48	34	18
Ostdeutschland	46	36	19

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2002

Quelle: Statistisches Bundesamt 2004i: 480; eigene Darstellung

Tabelle 8.1 zeigt, dass mit zunehmendem Niveau der beruflichen Bildungsabschlüsse der Anteil derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bewerten, zurückgeht. Nicht-

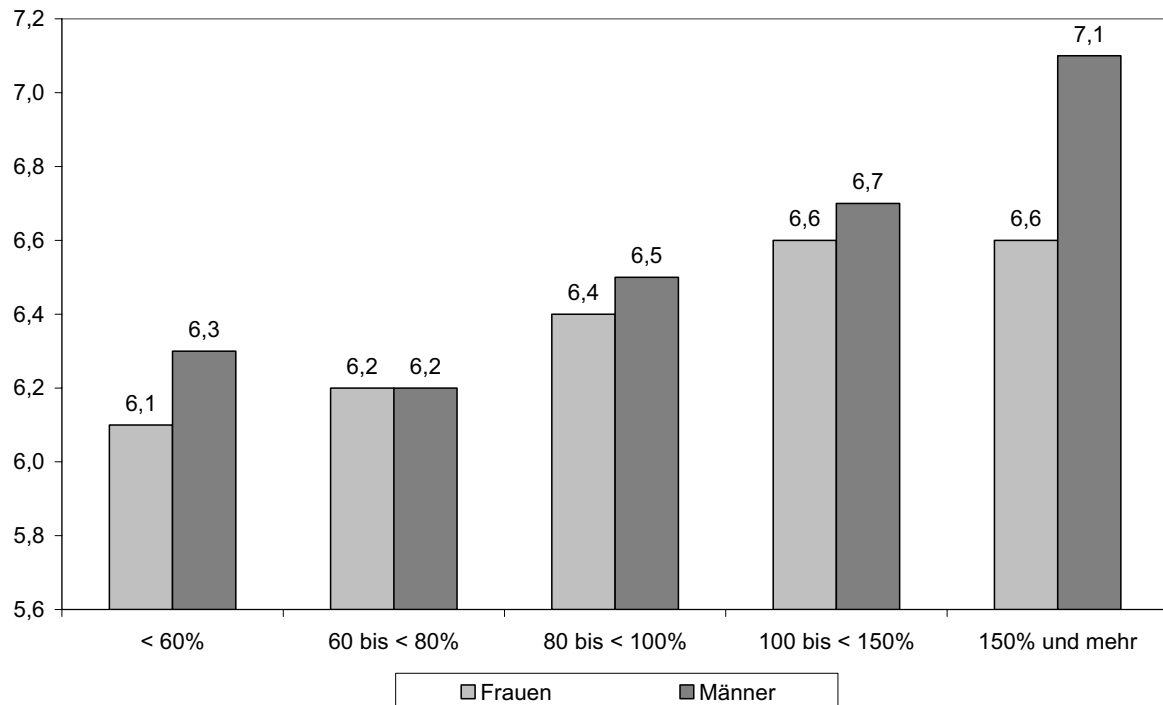
erwerbstätige Personen beurteilen ihren Gesundheitszustand deutlich häufiger als schlecht als Erwerbstätige. Aus Daten des Familiensurveys ergibt sich, dass Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger deutlich mehr gesundheitliche Beeinträchtigungen angeben als Personen mit einem Durchschnittseinkommen. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind in diesem Fall sehr gering (Spegel 2004: 135).

Der Zusammenhang zwischen niedrigem sozialen Status und durchschnittlich schlechterem Gesundheitszustand beruht auf einer Wechselwirkung zwischen beiden Merkmalen. Einerseits leben Menschen mit niedrigem Sozialstatus ungesünder (hierzu auch Kapitel 8.4). Andererseits beeinträchtigen gesundheitliche Probleme auch die Chancen auf dem Arbeitsmarkt, was besonders deutlich bei den Menschen mit Behinderung wird (Abbildung 9.16).

Es fällt auf, dass Männer ihren Gesundheitszustand im Durchschnitt besser als Frauen bewerten. Vergleicht man dieses Ergebnis mit der angegebenen Erkrankungshäufigkeit nach Geschlecht (Abbildung 8.6), so ist die Korrespondenz unverkennbar. Das heißt, Frauen bewerten ihren Gesundheitszustand nicht nur schlechter, sie geben auch häufiger an, gesundheitlich beeinträchtigt zu sein. Allerdings geht der Anteil der Frauen und Männer, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bewerten, vor allem in den Altersgruppen über 30 über den Anteil derer hinaus, die sich durch eine Erkrankung in den letzten vier Wochen stark beeinträchtigt fühlten; auch ist die schlechtere Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes bei Frauen nicht mit einem entsprechend höheren Anteil akuter schwerer gesundheitlicher Beeinträchtigungen „untermauert“. Die von Frauen vorgenommene schlechtere Bewertung ihres eigenen Gesundheitszustandes lässt sich also nicht direkt aus der von ihnen berichteten Erkrankungshäufigkeit ableiten. Hier spielen andere Faktoren, wie zum Beispiel die eigenen Erwartungen an das gesundheitliche Wohlbefinden oder auch dauerhaft erlebte Beeinträchtigungen, eine Rolle.

Nimmt man die angegebene Krankheitshäufigkeit als relativ objektives Kriterium für Gesundheit (Abbildung 8.6), so muss die beschriebene Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes als stärker subjektiv gefärbt gedeutet werden. Abbildung 8.10 und Tabelle 8.2 nehmen in einem weiteren Schritt die Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand unter die Lupe.

Abbildung 8.10: Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Geschlecht und Einkommen in Deutschland 2003 (Mittelwerte)



Anmerkungen: Die Zufriedenheit mit der Gesundheit wird im SOEP auf einer 11-stufigen Skala von 0 = „ganz und gar unzufrieden“ bis 10 = „ganz und gar zufrieden“ erfasst. Je höher der gebildete Mittelwert ist, desto größer ist die Zufriedenheit.

Die im SOEP gebildeten Einkommensgruppen orientieren sich am Äquivalenzeinkommen²⁰⁷. In der Armuts- und Reichtumsberichterstattung werden fünf Einkommensgruppen unterschieden: „unter 60 Prozent“, „60 bis unter 80 Prozent“, „80 bis unter 100 Prozent“, „100 bis unter 150 Prozent“ und „150 Prozent und höher“.

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003

Quelle: Lampert/Ziese 2005, Abbildung 3.9; eigene Darstellung

In Abbildung 8.10 ist zu sehen, dass der mittlere Zufriedenheitswert mit der Gesundheit mit dem Einkommensniveau ansteigt. Auch hier sind Männer mit ihrer Gesundheit vor allem in der niedrigsten und in der höchsten Einkommensgruppe zufriedener als Frauen.

Im Jahr 2002 betrug der Mittelwert auf der Zufriedenheitsskala für Frauen 6,5 und für Männer 6,7. Männer waren also durchschnittlich etwas zufriedener mit ihrem Gesundheitszustand als Frauen. Auch bei den Merkmalen Alter, Berufsbildung und Erwerbstätigkeit zeigte sich die gleiche Tendenz wie bei der Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes (Tabelle 8.2).

207 Das Äquivalenzeinkommen ist das nach Größe und Zusammensetzung des Haushaltes bedarfsgewichtete monatliche Nettoeinkommen. Bei einem verfügbaren Netto-Äquivalenzeinkommen von unter 60 Prozent des gesamtgesellschaftlichen Durchschnitts definiert sich Armutsrisiko; Personen mit einem Äquivalenzeinkommen von 60 bis unter 80 Prozent können durch Arbeitslosigkeit oder Überschuldung schnell in die Nähe des Armutsbereichs gelangen (Lampert/Ziese: 28 f.).

Tabelle 8.2: Zufriedenheit mit der Gesundheit nach soziodemografischen Merkmalen in Deutschland 2002 (Mittelwerte)

<i>Erwerbstätigkeit</i>		
Vollzeit		7,1
Teilzeit		6,8
nicht-erwerbstätig		6,1
<i>Alter</i>		
unter 40 Jahre		7,5
40 bis 59 Jahre		6,5
60 Jahre und älter		5,7
<i>Berufsbildung</i>		
ohne Abschluss		6,5
mittlerer Abschluss		6,6
(Fach-)Hochschule		6,8
<i>Region</i>		
Deutschland insgesamt	Westdeutschland	Ostdeutschland
6,6	6,6	6,3

Anmerkung: Die Zufriedenheit mit der Gesundheit wird im SOEP auf einer 11-stufigen Skala von 0 = „ganz und gar unzufrieden“ bis 10 = „ganz und gar zufrieden“ erfasst. Je höher der gebildete Mittelwert ist, desto größer ist die Zufriedenheit.

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2002

Quelle: Statistisches Bundesamt 2004i: 481

Tabelle 8.2 zeigt, dass die Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Altersgruppen sowie zwischen Erwerbstätigen und Erwerbslosen deutlich größer sind als die zwischen den Geschlechtern. Die Zufriedenheitswerte zeigen dieselbe Tendenz wie die Bewertung des Gesundheitszustandes: Männer, jüngere Personen, Personen, die eine Hochschule oder Fachhochschule abgeschlossen haben, Vollzeit Erwerbstätige, Personen mit hohem Einkommen und Personen aus den westlichen Bundesländern sind mit ihrer Gesundheit durchschnittlich zufriedener als die Referenzgruppen. Ebenso wie in Tabelle 8.1 ist auch in Tabelle 8.2 die Varianz beim Merkmal Alter am größten, d.h. Personen unter 40 Jahren sind durchschnittlich deutlich zufriedener mit ihrer Gesundheit als solche, die 60 Jahre oder älter sind (Tabelle 8.2).

8.3.2 Krankenhausaufenthalte und medizinische Diagnosen

Geschlechtsspezifische Gesundheits- und Lebensrisiken lassen sich nicht nur auf der Basis von Selbstauskünften rekonstruieren, wie dies im Kapitel 8.3.1 geschah. Es lassen sich auch „härtere“ Indikatoren nutzen, so die Krankenhausaufenthalte und die dort gestellten Diagnosen sowie die Todesursachen.

Im Jahr 2002 wurden nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 17,4 Millionen Perso-

nen²⁰⁸ in deutschen Krankenhäusern behandelt, 7,9 Millionen Männer und 9,5 Millionen Frauen (Statistisches Bundesamt 2004v). Frauen stellten somit 55 Prozent der Krankenhauspatientinnen und -patienten. Angesichts der höheren Lebenserwartung und der damit verbundenen Überrepräsentanz von Frauen in der gesundheitlich stark beeinträchtigten Gruppe der über 80-Jährigen war dies kaum anders zu erwarten. Zu der höheren Quote weiblicher Patientinnen tragen allerdings auch Geburten bei, die ja nicht im eigentlichen Sinne behandlungsbedürftige Erkrankungen sind. Spontangeburt und Kaiserschnitte gehören zu den 20 häufigsten Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt von Frauen (Tabelle 8.3, Rang 1 und Rang 17). Zieht man von der Zahl der Krankenhauspatientinnen die Zahl derer ab, die zur normalen Entbindung ein Krankenhaus aufsuchten (2002: 287.977, siehe Tabelle 8.3), so liegt die Zahl der Krankenhausaufenthalte von Frauen mit circa 9,2 Millionen noch immer mehr als 1 Million über der von Männern. Frauen nehmen die Dienstleistungen von Krankenhäusern also deutlich häufiger in Anspruch.

Verweildauer im Krankenhaus

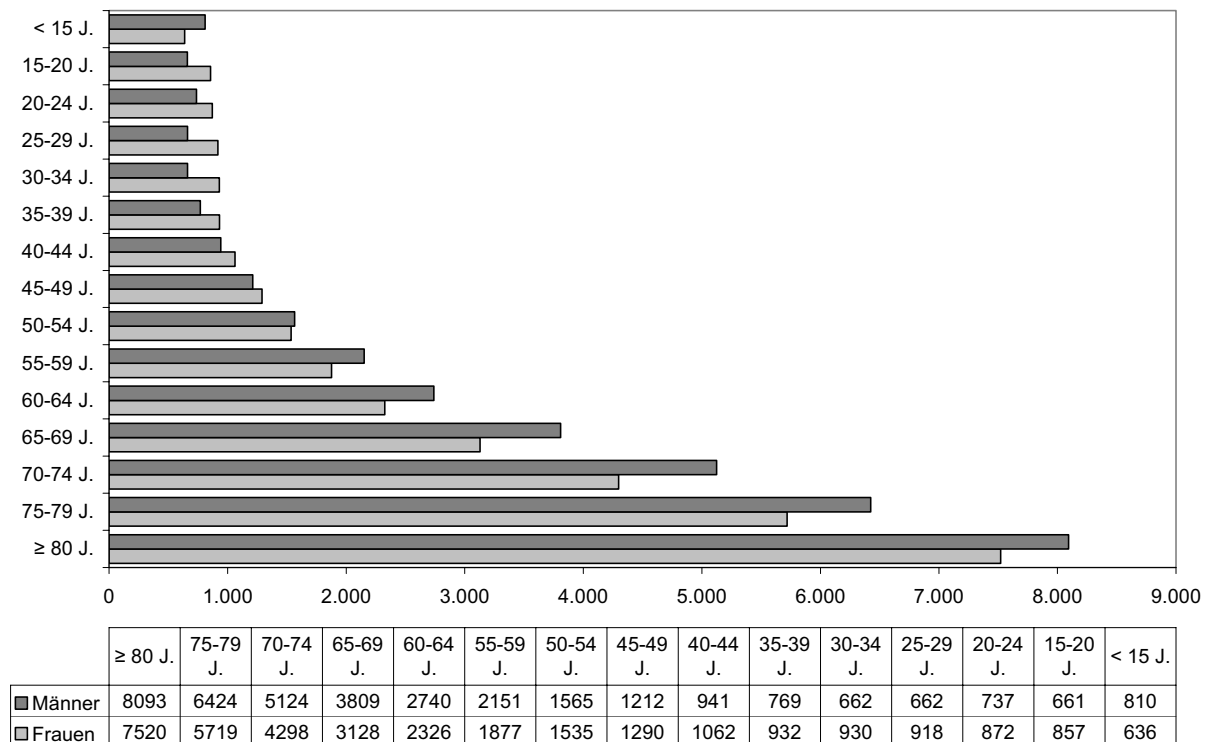
Die durchschnittliche Verweildauer bei einer stationären Behandlung im Krankenhaus sank zwischen 1993 und 2002 von 13,8 auf 9,7 Tage (Statistisches Bundesamt 2004v). Im Gesundheitsreport 2004 des Bundesverbands der Betriebskrankenkassen (BKK) werden die Tage, die Frauen und Männer, die bei den Betriebskrankenkassen versichert sind, im Krankenhaus verbringen, je 1.000 Versicherte nach Altersgruppen dargestellt (Abbildung 8.11). Circa ein Viertel aller Beschäftigten sowie ein Fünftel der bei den gesetzlichen Krankenkassen Versicherten ist bei einer Betriebskrankenkasse versichert.

Aus Abbildung 8.11. ist zu entnehmen, dass die Anzahl der Tage, die Versicherte im Krankenhaus verbringen, mit zunehmendem Alter steigt. Während bei den unter 35-Jährigen die durchschnittliche Verweildauer von Frauen und Männern noch weniger als einen Tag beträgt, liegt sie bei den Frauen und Männern, die 65 Jahre oder älter sind, schon bei mehr als drei Tagen. Im Alter ab 80 Jahren beträgt sie für alle versicherten Männer im Durchschnitt acht Tage und für die Frauen siebeneinhalb Tage.

Die Verteilung nach Geschlecht belegt, dass auf Jungen unter 15 Jahren durchschnittlich mehr Krankenhaustage entfallen als auf Mädchen. In diesem Alter werden stationäre Aufenthalte vor allem durch Krankheiten der Atmungsorgane nötig (BKK Bundesverband 2004: 26).

208 Genau genommen müsste man von „Fällen“ sprechen, da die Behandlungen im Krankenhaus und nicht die einzelnen Personen gezählt werden. Wenn eine Person mehrmals im Jahr im Krankenhaus behandelt wird, wird sie demnach auch mehrmals gezählt.

Abbildung 8.11: Krankenhausbehandlung von Frauen und Männern nach Alter in Deutschland 2003 (Tage je 1.000 Versicherte)



Anmerkung: Beim Lesen von Abbildung 8.11 muss beachtet werden, dass nicht jede und jeder Versicherte jedes Jahr zur stationären Behandlung im Krankenhaus ist. Im Jahr 2003 waren 11,3 Prozent der BKK-Versicherten von einem Krankenhausaufenthalt betroffen. Die dargestellten Krankenhaustage beziehen sich aber auf alle Versicherten und nicht nur auf die, die im Krankenhaus waren.

Datenbasis: Versicherte der Betriebskrankenkassen

Quelle: BKK Bundesverband 2004: 27

Im Alter von 15 bis 49 Jahren entfallen dagegen mehr Krankenhaustage auf die Frauen. Im Jugendalter erkranken Mädchen häufiger als Jungen an Krankheiten des Verdauungssystems, an Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie an psychischen und Verhaltensstörungen; diese Krankheiten und Störungen machten im Jahr 2003 43 Prozent der stationären Behandlungstage weiblicher Jugendlicher aus (ebd.). Hinter den Diagnosen, die für junge Frauen häufig gestellt werden, verbergen sich auch Essstörungen (Kapitel 8.4.2) sowie akute Blinddarmentzündungen, die bei Mädchen und jungen Frauen oftmals bei unklaren Unterleibsbeschwerden diagnostiziert werden (ebd.). Beinahe die Hälfte der stationären Krankenhausaufenthalte von Frauen unter 50 Jahren sind durch Komplikationen in der Schwangerschaft und bei der Entbindung sowie durch Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane bedingt. Zwischen dem 35. und dem 55. Lebensjahr sind Frauen darüber hinaus häufiger als Männer von bösartigen Tumoren betroffen (ebd.).

Ab dem 50. Lebensjahr ist die Anzahl der Krankenhaustage für die männlichen Versicherten höher. Sie leiden in diesem Altersabschnitt besonders häufig an Krankheiten des Kreislaufsystems. Auch Krebserkrankungen treten dann bei Männern häufiger auf (ebd.).

Mit zunehmendem Alter vergrößert sich der Abstand zwischen Männern und Frauen bezüglich der stationären Behandlungstage. Erst ab dem 75. Lebensjahr verringert sich dieser Abstand wieder. Ältere Männer machen unter den über 75-Jährigen zwar einen geringeren Anteil unter den Erkrankten aus (siehe Abbildung 8.6), wenn sie wegen einer Krankheit oder eines Unfalls ein Krankenhaus aufsuchen müssen, verbleiben sie dort jedoch im Durchschnitt länger als ältere Frauen.

Häufigste Diagnosen

Die folgende Tabelle 8.3 zeigt die 20 häufigsten Diagnosen bei weiblichen und männlichen aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten.

Tabelle 8.3: Häufigste Diagnosen bei Patientinnen und Patienten¹ in Deutschland 2002 (absolut)

Frauen		
Rang	Diagnose	Angaben (abs.)
1	Spontangeburt	287.977
2	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Brustkrebs)	161.879
3	Herzinsuffizienz	149.421
4	Cholelithiasis (Gallensteine)	143.572
5	chronische ischämische Herzkrankheit	133.731
6	Cataracta senilis (Altersstar)	130.375
7	Varizen (Krampfadern) der unteren Extremitäten	118.178
8	Fraktur des Femurs (Oberschenkelfraktur)	110.624
9	Gonarthrose (Abnutzung des Kniegelenks)	110.589
10	chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln	100.929
11	Leiomyom des Uterus	98.030
12	Angina pectoris (Herzenge)	97.659
13	Pneumonie (Lungenentzündung), Erreger nicht näher bezeichnet	96.992
14	intrakranielle Verletzung (Verletzung innerhalb des Schädels)	92.516
15	essenzielle (primäre) Hypertonie (Bluthochdruck)	92.087
16	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	86.364
17	Geburt durch Schnittentbindung (Sectio caesarea)	86.140
18	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenks)	84.703
19	Hirnfarkt	83.773
20	/	
	Insgesamt	2.349.312

Männer		
Rang	Diagnose	Angaben (abs.)
1	chronische ischämische Herzkrankheit	292.386
2	psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	196.364
3	Hernia inguinalis (Leistenbruch)	169.944
4	Angina pectoris (Herzenge)	137.241
5	Schlafstörungen	122.532
6	bösartige Neubildungen der Bronchien, der Lungen	119.078
7	intrakranielle Verletzung (Verletzung innerhalb des Schädels)	117.427
8	Herzinsuffizienz	113.586
9	Pneumonie (Lungenentzündung), Erreger nicht näher bezeichnet	112.265
10	akuter Myokardinfarkt (Herzinfarkt)	97.500
11	chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln	88.771
12	Binnenschädigung des Kniegelenks (internal derangement)	88.157
13	Nieren- und Ureterstein	86.992
14	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	86.409
15	Fraktur des Unterschenkels, einschl. des oberen Sprunggelenks	80.992
16	bösartige Neubildung der Prostata	80.639
17	Atherosklerose	80.309
18	sonstige Bandscheibenschäden	76.724
19	Hirnfarkt	75.580
20	sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	75.286
	Insgesamt	2.298.182

1 aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patientinnen und Patienten einschließlich Sterbefälle, ohne Stundenfälle

Anmerkung: / Angabe fehlt in der Tabelle des Statistischen Bundesamtes

Datenbasis: Krankenhausstatistik

Quelle: Statistisches Bundesamt 2004u

Am häufigsten wurden Frauen im Jahr 2002 vollstationär in ein Krankenhaus aufgenommen, um dort ein Kind zu bekommen. Im Vergleich zum Jahr 2001 (437.127 Spontangeburt) ging diese Ursache für einen Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres von allen am stärksten zurück. Eigentlich müsste die „Diagnose“ „Spontangeburt“ aus der Rangreihe entfallen, da es sich bei einer Spontangeburt um keine Krankheit handelt. Entsprechend wäre dann die häufigste Diagnose für einen Krankenhausaufenthalt von Frauen Brustkrebs.

Männer wurden im Jahr 2001 am häufigsten auf Grund einer chronischen ischämischen Herzkrankheit (einer verminderten Durchblutung des Herzens) stationär in einem Krankenhaus behandelt. Der zweithäufigste Grund war eine psychische oder Verhaltensstörung durch Alkohol. Diese Diagnose taucht bei Frauen auf den 20 ersten Rängen nicht auf. Schwerer Alkoholismus wird also vor allem bei Männern stationär behandlungsbedürftig. Dieser Befund unterstreicht die Bedeutung der eingangs erwähnten Umweltfaktoren (zum Beispiel Trinkgewohnheiten am Arbeitsplatz und in der gemeinsam verbrachten Freizeit) und die Relevanz der Eigenverantwortung für Gesundheit (Kapitel 8.4.4).

Krebserkrankungen unterscheiden sich geschlechtsspezifisch. Während Frauen überwiegend wegen Brustkrebs in stationärer Behandlung waren, waren dies bei Männern Bronchial-

und Lungenkrebs sowie Prostatakrebs.

Diese Verteilung sieht ein wenig anders aus, wenn man die prozentuale Verteilung der geschätzten Zahl der Krebsneuerkrankungen in Deutschland betrachtet (Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland 2004: 9). Danach waren Männer im Jahr 2000 am häufigsten von Prostatakrebs betroffen, es folgten Darmkrebs, Lungenkrebs sowie Krebs der Harnblase. Bei Frauen steht auch hier der Brustkrebs an erster Stelle, gefolgt von Darmkrebs, Lungenkrebs und Gebärmutterkrebs.

Leistenbruch, Schlafstörungen sowie Herzinfarkt sind nur bei Männern unter den zehn häufigsten Behandlungsanlässen und bei Frauen nicht unter den ersten 20 zu finden. Frauen werden umgekehrt häufiger auf Grund von Gallensteinen, Altersstar, Krampfadern, einer Oberschenkelfraktur oder einer Arthrose des Kniegelenks stationär aufgenommen. Zu den Behandlungsanlässen, die keine Krankheiten darstellen und speziell Frauen betreffen, gehören neben Entbindungen auch Schwangerschaftsabbrüche.

Schwangerschaftsabbrüche

Tabelle 8.4 zeigt, dass die Zahl der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland insgesamt bis 2003 leicht rückläufig war, im Jahr 2004 ist wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Dieser Anstieg resultiert aus den gestiegenen Abbruchraten der Frauen unter 30 und über 40 Jahren. Vor allem in den Altersgruppen unter 25 sowie von 40 bis unter 45 Jahren nahm die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche schon seit 1999 zu. Besonders bei jungen Mädchen unter 18 zeigt sich eine deutliche Steigerung.

Tabelle 8.4: Schwangerschaftsabbrüche nach dem Alter der Frauen in Deutschland 1999 bis 2004 (absolut)

Alter	1999	2000	2001	2002	2003	2004
unter 15 J.	467	574	696	761	715	779
15 bis 17 J.	5.266	5.763	6.909	6.682	6.930	7.075
18 bis 19 J.	8.493	9.167	9.544	9.266	8.980	9.662
20 bis 24 J.	26.176	28.584	30.120	29.923	29.915	31.147
25 bis 29 J.	29.022	29.212	27.897	26.550	26.299	26.722
30 bis 34 J.	30.611	30.361	29.053	27.068	25.259	24.213
35 bis 39 J.	22.193	22.359	22.091	21.405	20.869	20.994
40 bis 44 J.	7.583	7.891	8.025	8.045	8.307	8.393
45 bis 55 J.	660	698	629	687	756	665
insgesamt	130.471	134.609	134.964	130.387	128.030	129.650

Anmerkung: Die Werte für 2004 beruhen auf vorläufigen Berechnungen des Statistischen Bundesamtes.

Datenbasis: alle gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche 1999 bis 2004

Quelle: Statistisches Bundesamt 2005o

Psychische Erkrankungen

In den letzten Jahrzehnten haben psychische Erkrankungen in Bezug auf den betrieblichen Krankenstand und als Ursache für Frühverrentungen sehr an Bedeutung gewonnen. Frauen sind von ihnen in größerem Ausmaß betroffen als Männer. In Kapitel 9 wird gezeigt, dass psychische Erkrankungen inzwischen die Hauptursache für Frühverrentungen sind (Abbildung 9.30). 36 Prozent der Frühverrentungen von Frauen und 25 Prozent der Frühverrentungen von Männern gehen mittlerweile auf diese Ursache zurück. Psychische Störungen waren im Jahr 2004 für mehr als 8 Prozent der Krankentage der betrieblich Krankenversicherten verantwortlich; bei Frauen standen sie mit 11 Prozent an dritter Stelle der Krankheitsursachen, bei Männern verursachten sie 6 Prozent der krankheitsbedingten Fehltage und stehen an fünfter Stelle. Seit 1990 hat sich der Anteil der psychischen Erkrankungen als Ursache für Fehltage insgesamt mehr als verdoppelt (BKK 2005).²⁰⁹

Es ist noch nicht geklärt, ob sich tatsächlich die Anzahl psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung erhöht oder ob ihre Zunahme auf einer Verbesserung der medizinischen Diagnostik oder einer veränderten Wahrnehmung und Bewertung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung (z.B. größere Akzeptanz, Abnahme von Stigmatisierung) beruht (DAK 2005: 39). Vermutlich tragen alle drei Faktoren zum Anstieg der Krankmeldungen auf Grund psychischer Erkrankungen bei.

Am häufigsten treten in Deutschland Angststörungen und depressive Störungen auf (ebd.: 53). Bei beiden Störungsarten haben Frauen ein deutlich höheres Risiko zu erkranken (ebd.: 63). Nach einer Stichprobenbefragung der DAK²¹⁰ gaben fast 21 Prozent der Frauen an, aktuell oder zu einem früheren Zeitpunkt schon einmal in Behandlung gewesen zu sein,²¹¹ bei den befragten Männern betrug der Anteil nur gut 10 Prozent (ebd.: 88). Danach gefragt, wer sie motiviert habe, wegen ihres psychischen Problems einen Arzt oder Therapeuten aufzusuchen, nannten mehr Frauen als Männer Freundinnen und Freunde sowie Arbeitskolleginnen und -kollegen (ebd.: 90 f.). Für Männer scheinen Stigmatisierung und Tabuisierung „noch eher ein Hindernis für den Zugang zum medizinischen und psychotherapeutischen Versorgungssystem“ (ebd.: 91) darzustellen.

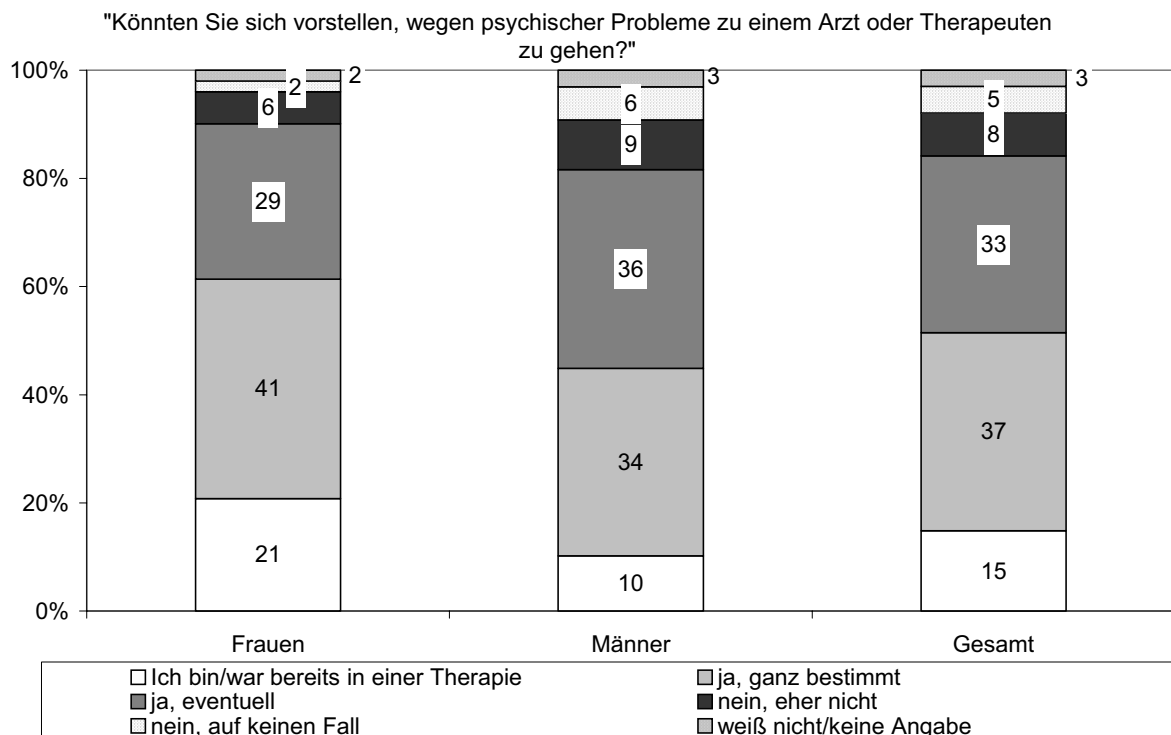
Dieses Ergebnis zeigt sich auch, wenn man die Antworten auf die Frage betrachtet, ob die Befragten sich vorstellen könnten, wegen eines psychischen Problems einen Arzt oder Therapeuten aufzusuchen.

209 Diese Tatsache muss allerdings in Relation dazu betrachtet werden, dass die Summe aller Krankentage seit 1990 um die Hälfte zurückgegangen ist. Der absolute Anstieg psychischer Erkrankungen dürfte also niedriger liegen.

210 Im Februar 2005 wurde von der DAK eine repräsentative Stichprobenumfrage unter mehr als 1.000 Erwerbstätigen zu ihrer Wahrnehmung und Akzeptanz psychischer Erkrankungen durchgeführt.

211 Gefragt wurde: „Haben Sie selbst schon einmal wegen eines psychischen Problems Beratung bei einem Arzt oder Therapeuten in Anspruch genommen?“

Abbildung 8.12: Offenheit gegenüber einer professionellen Behandlung psychischer Probleme



Quelle: DAK Bevölkerungsumfrage 2005

Insgesamt waren 85 Prozent der Befragten schon in Behandlung oder können sich vorstellen, sich „ganz bestimmt“ oder „eventuell“ wegen eines psychischen Problems in Behandlung zu begeben. Es ist also eine weite Akzeptanz vorhanden. Betrachtet man die Ergebnisse nach Geschlecht, so fällt auf, dass die Offenheit gegenüber Therapien bei Frauen deutlich größer ist als bei Männern. 62 Prozent der Frauen im Gegensatz zu 44 Prozent der Männer waren schon in Therapie oder würden ganz bestimmt eine solche aufnehmen. Als „auf keinen Fall“ oder „eher nicht“ therapiebereit bezeichneten sich dagegen 15 Prozent der Männer und nur 8 Prozent der Frauen. Im DAK-Bericht wird daraus gefolgert, dass „Maßnahmen zur Verbesserung der Inanspruchnahme des medizinischen und psychotherapeutischen Versorgungssystems insbesondere auf den Abbau von Vorbehalten von Seiten männlicher Betroffener abzielen sollten“ (ebd.: 92).

Frauen sind nach Merbach u.a. auch deshalb häufiger als Männer auf Grund psychischer Erkrankungen in Behandlung, weil sie komplexere Anforderungen an ihre Geschlechtsrolle zu bewältigen haben, die zu mehr psychischen Belastungen führen (Merbach/Singer/Brähler 2002). Wenn sie unter diesen Belastungen leiden, suchen sie jedoch auch aktiver als Männer nach Unterstützung und Hilfe (Hurrelmann/Kolip 2002: 21).

HIV-infizierte und AIDS-krankte Frauen und Männer

In den 80er-Jahren war AIDS in Deutschland noch ganz überwiegend nur unter Männern verbreitet. 1996 betrafen schon 10,8 Prozent der Erkrankungen Frauen. 2004 waren unter den 1.779 neu diagnostizierten HIV-Infektionen 21 Prozent Frauen (BMFSFJ 2001: 564 und Robert Koch-Institut (RKI) 2005: 2). Dieser Anteil ist in den letzten Jahren weitgehend konstant. Auch unter den neu an AIDS erkrankten Personen waren 2003 und 2004 21 Prozent weiblich (RKI 2005: 3).

Die Infektionswege verlaufen bei HIV-Infektionen von Männern in der Mehrzahl der Fälle (2003: 57 %) über gleichgeschlechtliche Sexualkontakte. Daneben hat auch die Infektion Drogenabhängiger durch den Gebrauch infizierter Spritzen mit 12 Prozent eine nicht zu vernachlässigende Bedeutung. Eine untergeordnete Rolle spielt die Infektion über heterosexuelle Kontakte bei Männern mit 2 Prozent. Die Herkunft aus einem der Länder, in denen AIDS endemisch ist und über heterosexuelle Kontakte übertragen wird, spielt bei den Infektionen von Männern mit 8 Prozent noch eine untergeordnete Rolle; von den 106 neu erkrankten Frauen 2003 dagegen stammten dagegen 40 Prozent aus einem dieser Länder. Die neuen AIDS-Fälle von Frauen beruhten – soweit ermittelbar –, ansonsten zu jeweils gleichen Teilen auf Infektionen durch infizierte Spritzen beim Drogenkonsum einerseits und auf ungeschützten heterosexuellen Kontakten andererseits (RKI 2005: 8). Es gibt ein deutliches Stadt-Land-Gefälle beim Infektionsrisiko in der Bundesrepublik (RKI 2005: 5). In den Großstädten liegt das Infektionsrisiko deutlich über dem auf dem Lande. Bisher konnte in Deutschland dank Prävention eine epidemische Ausbreitung von AIDS vermieden werden. Die Zahl der neu erkannten HIV-Infektionen in Deutschland ist im ersten Halbjahr 2005 jedoch weiter angestiegen und liegt mit 1.164 um 20 Prozent höher als im Vergleichszeitraum des Vorjahres. Männer mit gleichgeschlechtlichen Sozialkontakten bleiben mit nahezu 60 Prozent der neu diagnostizierten HIV-Infektionen die größte Betroffenenengruppe in Deutschland (www.rki.de, Stand: 07.10.05).

Todesursachen

Im Jahr 2003 starben nach Angaben des Statistischen Bundesamtes in der Bundesrepublik Deutschland 853.946 Personen. Darunter waren Frauen mit 457.676 Todesfällen deutlich überrepräsentiert (Tabelle 8.5). Dies ist noch eine Folge des Zweiten Weltkrieges, der die Männer in der heute alten Generation stärker dezimierte als die Frauen.

Tabelle 8.5: Todesursachen Gestorbener nach Geschlecht in Deutschland 2003 (absolut und in %)

Todesursachen	Insgesamt (n)	Frauen (in %)	Männer (in %)
insgesamt	853.946	53,6	46,4
Krankheiten des Kreislaufsystems	396.622	59,1	40,9
darunter: Myokardinfarkt	69.362	45,3	54,7
Krebserkrankungen	209.255	47,1	52,9
Krankheiten des Atmungssystems	58.014	48,9	51,1
Krankheiten des Verdauungssystems	42.263	49,4	50,6
Verletzungen, Vergiftungen usw. ¹	34.606	37,4	62,6

¹ Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Datenbasis: Todesursachenstatistik 2003

Quelle: Statistisches Bundesamt 2005p

Die häufigste Todesursache im Jahr 2003 war sowohl für Frauen als auch für Männer eine Erkrankung des Kreislaufsystems. Im Durchschnitt war fast jeder zweite Todesfall darauf zurückzuführen. Frauen starben noch häufiger als Männer infolge einer Kreislauferkrankung, da sie im Durchschnitt älter werden und diese Todesursache insbesondere im höheren Alter relevant wird. Etwa 90 Prozent der an Kreislauferkrankungen Verstorbenen waren 65 Jahre oder älter. Innerhalb der Gruppe der an Kreislauferkrankungen Verstorbenen machten jedoch Männer den größeren Teil bei den Herzinfarkten aus.

Fast ein Viertel aller im Jahr 2003 Verstorbenen erlag einem Krebsleiden. Sowohl Männer als auch Frauen starben zumeist infolge einer Krebserkrankung der Verdauungsorgane. Bei Männern betraf die zweithäufigste Todesursache durch Krebs ihre Atmungsorgane, bei Frauen die Brustdrüse (Statistisches Bundesamt 2005p). Bei der Mortalität infolge von Krankheiten des Atmungssystems und des Verdauungssystems sind keine geschlechtsspezifischen Besonderheiten zu verzeichnen. Durch nicht-natürliche Todesursachen (Verletzungen, Vergiftungen) verstarben deutlich mehr Männer als Frauen (Tabelle 8.6).

Tabelle 8.6 zeigt, dass Frauen von Stürzen häufiger betroffen sind als Männer. Daten des Statistischen Bundesamtes belegen, dass Frauen eher bei Fortbewegung und Hausarbeit stürzen, Männer eher beim Sport und Heimwerken (BMFSFJ 2001: 241). Die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Todesursachen finden sich bei den Transportmittelunfällen sowie bei den Selbstmorden. Von diesen Todesursachen sind zu mehr als 70 Prozent Männer betroffen.

Tabelle 8.6: Nicht-natürliche Todesursachen nach Geschlecht in Deutschland 2003 (absolut und in %)

Todesursachen	Insgesamt (n)	Frauen (in %)	Männer (in %)
Transportmittelunfälle	6.842	26,5	73,5
Stürze	7.877	55,7	44,3
vorsätzliche Selbstbeschädigung (Suizid)	11.150	26,6	73,4

Datenbasis: Todesursachenstatistik 2003

Quelle: Statistisches Bundesamt 2005p

Suizide

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes ging die Zahl der Suizide innerhalb der letzten 20 Jahre deutlich zurück. Im Jahr 1982 verstarben durch Suizid 23 Personen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, im Jahr 2002 noch 12 Personen. Dieser Rückgang machte sich stärker bei den Frauen als bei den Männern bemerkbar. Die Dunkelziffer wird insbesondere bei Frauen als hoch eingeschätzt, weil die von ihnen angewandten Suizidmethoden weniger offensichtlich sind als die von Männern (BMFSFJ 2001: 173-177). Der Anteil männlicher Suizidopfer an allen Suizidopfern stieg von 1982 bis 2002 von 65,6 Prozent auf 72,6 Prozent an. Dass die Suizidraten von Männern über denen von Frauen liegen, muss als Hinweis darauf gewertet werden, dass es mehr Männer als Frauen gibt, die sich in Lebenssituationen befinden, die ihnen ausweglos erscheinen. Insgesamt scheint der Forschungsstand zu den Ursachen des Selbstmords begrenzt (Schmidtke/Weinacker/Fricke 1998). Das Durchschnittsalter der durch Suizid Gestorbenen erhöhte sich in den vergangenen 20 Jahren um drei Jahre auf 54,4 Jahre. Männer, die durch Suizid verstarben, waren im Jahr 2002 mit 52,6 Jahren im Durchschnitt jünger als die betroffenen Frauen mit 59,1 Jahren (Statistisches Bundesamt 2004q).

Bezüglich der Ursache von Suiziden liegen noch kaum geschlechtsspezifische Ergebnisse vor. Für Frauen und Männer im Jugendalter wird davon ausgegangen, dass Krisen des Selbstwertgefühles, Affekt- und Aggressionsstau, eine pessimistische Zukunftssicht sowie familiäre und Partnerkonflikte im Vordergrund stehen. Im mittleren Alter werden vor allem Mangel an sozialer Unterstützung und belastende Lebensereignisse (z.B. Arbeitslosigkeit) als mögliche Ursachen angegeben und im höheren Alter soziale Isolation, psychische Abbauerscheinungen, Krankheitsängste, Angst vor Pflegebedürftigkeit und Konflikte mit Ehepartnern und Kindern (BMFSFJ 2001: 177). Auch psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen und chronische Krankheiten mit geringer Heilungsaussicht oder hoher Sterbewahrscheinlichkeit gehen mit einer höheren Suizidsterblichkeit einher (ebd.: 178 f.).

Geschlechtsspezifisch bedeutsam ist die deutlich höhere Suizidversuchshäufigkeit von Frauen, die körperliche und/oder sexuelle Gewalt erfahren haben (ebd.: 181 f.)

8.4 Gesundheitsbewusste versus riskante Verhaltensweisen

Die in diesem Kapitel referierten Befunde haben bereits viele Hinweise darauf gegeben, dass Frauen und Männer unterschiedliche Gesundheitsrisiken tragen. Als Erklärung für diese Befunde werden häufig die geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Lebensverhältnisse herangezogen, so etwa die höheren Unfallrisiken für Männer im produzierenden Gewerbe oder die von Frauen meist bis ins hohe Alter übernommene Verantwortung für Hausarbeit mit den damit verbundenen Verletzungsgefahren.

Es wäre allerdings verkürzt, die unterschiedlichen Gesundheitsrisiken von Frauen und Männern allein auf die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung zurückführen zu wollen. Vielmehr sind geschlechtsspezifische Krankheits- und Unfallprofile auch mit kulturellen Mustern von Weiblichkeit und Männlichkeit verknüpft, die geschlechtsspezifisches Risikoverhalten jenseits von Familien- und Erwerbsarbeit nahe legen. Dass bei den stationär behandelten Männern zum Beispiel „psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ als zweithäufigste Diagnose verzeichnet wird, während diese Diagnose bei Patientinnen unter den 20 häufigsten gar nicht erscheint, zeigt, dass nicht nur die unterschiedliche Beteiligung von Frauen und Männern an Erwerbsarbeit zu unterschiedlichen Gesundheitsrisiken (etwa Unfallrisiken am Arbeitsplatz) führt, sondern dass es daneben geschlechtsspezifisches Risikoverhalten gibt, das subjektiv funktional erscheint, um familienspezifischen Männlichkeits- und Weiblichkeitsbildern, etwa dem trinkfesten Mann oder der Frau mit Mannequinfigur, gerecht zu werden (Helfferich 1997).

Als gesundheitsrelevante Verhaltensweisen werden im Folgenden Sport und Bewegung, Ernährung, das Verhalten im Straßenverkehr und der Suchtmittelmissbrauch thematisiert.

8.4.1 Sport und Bewegung

Die sitzenden Tätigkeiten im Beruf und die bewegungsarme Freizeitgestaltung auch von Kindern und Jugendlichen werden immer häufiger diskutiert. Zwischen 1991 und 2001/02 nahm die Zeit für Mediennutzung bei Mädchen und Jungen weiter zu und die Zeit für Sport und Bewegung ging besonders bei den Mädchen zurück (Cornelißen/Blanke 2004). Bewegungsmangel gilt als Ursache für Übergewicht und viele damit verknüpfte Erkrankungen.²¹² Dennoch kann der Sport nicht einseitig als gesundheitsfördernd thematisiert werden. Die Unfallrisiken sind bei manchen Sportarten sehr groß.

Eine groß angelegte Studie zum Sportunterricht in Deutschland hat ergeben, dass der Sportunterricht an den Schulen den Bewegungsmangel von Kindern und Jugendlichen gegenwärtig kaum ausgleicht.²¹³ An Sport-AGs nehmen 18 Prozent der Jungen und 14 Prozent

²¹² Psychische Probleme, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen oder orthopädische Probleme.

²¹³ Vom vorgesehenen Unterricht fallen 25 bis 30 Prozent aus.

der Mädchen teil (Brettschneider 2004).²¹⁴ Während Mädchen in der Jugendphase sportlich weniger aktiv sind als Jungen, stabilisieren sich die sportlichen Aktivitäten von Frauen im Erwachsenenalter, während die von Männern zurückgehen (Cornelißen 2002; Pressemitteilung des DIW 15.7.2004)

8.4.2 Ernährung

Das Ernährungsverhalten spielt eine wichtige Rolle für die Gesundheit. Dabei geht es nicht nur um zu wenig oder zu viel Nahrungsaufnahme, sondern auch um unterschiedliche Ernährungsstile. Im Projektmodul „Ernährung im Alltag“ des Verbundprojekts „Ernährungswende“ (Stieß/Hayn 2005) werden sieben Ernährungsstile unterschieden: Am häufigsten vertreten sind in dieser repräsentativen Befragung²¹⁵ demnach „konventionelle Gesundheitsorientierte“ mit 20 Prozent, gefolgt von den „freudlosen Gewohnheitsköchinnen und -köchen“ (17 %). Knapp dahinter liegen mit 16 Prozent die „gestressten Alltagsmanagerinnen und -manager“. An vierter Stelle folgen mit 13 Prozent gleichauf die „ernährungsbewusst Anspruchsvollen“ und die „Billig- und Fleisch-Esserinnen und -Esser“. Die „desinteressierten Fast-Fooder“ machen 12 Prozent der Befragten aus. Am seltensten bezeichneten sich die Befragten als „fitnessorientierte Ambitionierte“ (9 %) (ebd.: 19).

„Konventionell Gesundheitsorientierte“ finden sich eher im höheren Alter; ihr Durchschnittsalter beträgt 63 Jahre. Ihr Speiseplan ist traditionell bürgerlich, Qualität und Frische der Nahrungsmittel sind wichtige Kriterien, tägliche warme Mahlzeiten spielen eine bedeutende Rolle. In diesem Segment gibt es etwas mehr Frauen als Männer.

Auch die „freudlosen Gewohnheitsköchinnen und -köche“ sind vornehmlich bei den älteren Befragten zu finden; ihr Durchschnittsalter liegt bei über 67 Jahren. Die Kinder sind aus dem Haus und die älteren Ehepaare oder Verwitweten befinden sich im Ruhestand. Sie haben ein gering ausgeprägtes Interesse an Ernährungsfragen und verfolgen über Jahre ausgebildete Ernährungsgewohnheiten. Befragte mit diesem Ernährungsstil sind am häufigsten von allen Gruppen übergewichtig.

„Gestresste Alltagsmanagerinnen und -manager“ zeichnen sich durch Ambivalenz aus. Einerseits haben sie hohe Ansprüche an die Ernährung, andererseits fehlt die Zeit, die von ihnen präferierten abwechslungsreichen, aus frischen Zutaten zubereiteten Mahlzeiten regelmäßig zuzubereiten. Sie befinden sich am häufigsten in der Familienphase und haben ein Durchschnittsalter von 40 Jahren. In dieser Gruppe sind Frauen deutlich überrepräsentiert, sie machen drei Viertel der „gestressten Alltagsmanagerinnen und -manager“ aus.

214 Die vorliegende Kurzfassung der Projektergebnisse bietet keine weiteren geschlechterdifferenzierenden Aussagen.

215 Im Januar und Februar 2004 wurde von TNS-Infratest eine repräsentative Bevölkerungsbefragung in Form von persönlich-mündlichen Interviews durchgeführt. Es wurden 2.039 deutsch sprechende Personen ab 18 Jahren, die in einem eigenen Haushalt leben, befragt.

Die Gruppe der „ernährungsbewusst Anspruchsvollen“ hat ein ausgeprägtes Interesse an Ernährungsfragen und ist auch bereit, für hochwertige Nahrung, z.B. für Bio-Lebensmittel einen höheren Preis zu bezahlen. Der Schwerpunkt liegt in der Altersgruppe der 26- bis 45-Jährigen, aber auch nicht wenige Ältere verhalten sich ernährungsbewusst anspruchsvoll. Die meisten Personen verfügen über einen akademischen Abschluss. Frauen dieses Segments haben im Vergleich zu allen anderen Gruppen den niedrigsten Body-Mass-Index (23,3), auch der BMI der Männer, die diesen Ernährungsstil verfolgen, ist mit 24,8 relativ niedrig.

Den „Billig- und Fleisch-Esserinnen und -Essern“ ist vor allem wichtig, dass Ernährung preiswert und unkompliziert ist, Gesundheit spielt nur eine untergeordnete Rolle. Das Durchschnittsalter liegt bei 38 Jahren, Vertreterinnen und Vertreter dieses Stils finden sich aber in jeder Altersgruppe unter 60 Jahren. Männer und Frauen sind etwa gleich häufig vertreten. Der Anteil der Arbeitslosen ist in diesem Segment überdurchschnittlich hoch.

„Desinteressierte Fast-Fooder“ finden sich vor allem bei jüngeren Singles und Paaren; die meisten sind erwerbstätig oder noch in Ausbildung. Sie kochen selten selbst, essen häufig außer Haus und interessieren sich nicht für den Zusammenhang von Ernährung und Gesundheit. In dieser Gruppe sind Männer deutlich häufiger als Frauen vertreten.

Das kleinste Segment bilden die „fitnessorientiert Ambitionierten“. Für diese Gruppe spielen Leistungsfähigkeit und beruflicher Erfolg eine zentrale Rolle. Darüber hinaus wollen sie durch kontrolliertes Essen ihre Attraktivität positiv beeinflussen. Sie verfügen über ein überdurchschnittliches Einkommen und leben häufiger als der Durchschnitt in Familien mit Kindern. Das Durchschnittsalter beträgt 45 Jahre, genannt wird diese Orientierung von Personen im Alter von 25 bis 65 Jahren. Unter den „fitnessorientiert Ambitionierten“ finden sich etwas mehr Frauen als Männer.

Aus der oben dargestellten Studie geht hervor, dass Personen, die zu den „freudlosen Gewohnheitsköchinnen und -köchen“ gehören, das höchste Risiko haben, übergewichtig zu werden. Im Folgenden wird gezeigt, wie sich Körpergröße, Körpergewicht und Body-Mass-Index in der Bevölkerung verteilen. Im Mikrozensus 2003 wurden die Werte von Frauen und Männern im Alter von 18 Jahren und älter verglichen (Tabelle 8.7).

Tabelle 8.7: Körpergröße, Körpergewicht und Body-Mass-Index¹ von Frauen und Männern in Deutschland 2003 (Mittelwerte, Anteile am Body-Mass-Index in %)

	Frauen	Männer
durchschnittliche Körpergröße in Meter	1,65	1,77
durchschnittliches Körpergewicht in kg	67,3	81,8
durchschnittlicher Body-Mass-Index kg/m ²	24,7	26,0
davon mit einem Body-Mass-Index (in %)		
unter 18,5	3,6	0,9
von 18,5 bis unter 25	55,2	41,4
von 25 bis unter 30	28,9	44,1
von 30 und mehr	12,3	13,6

1 Der Body-Mass-Index wird in kg/m² gemessen. Die Weltgesundheitsorganisation stuft Erwachsene mit einem BMI (Body-Mass-Index) von unter 18,5 als untergewichtig, solche mit einem BMI von 18,5 bis unter 25 als normalgewichtig, mit einem BMI von mindestens 25 als übergewichtig und solche mit einem BMI von 30 und darüber als stark übergewichtig ein.

Datenbasis: Mikrozensus 2003

Quelle: Statistisches Bundesamt 2004g

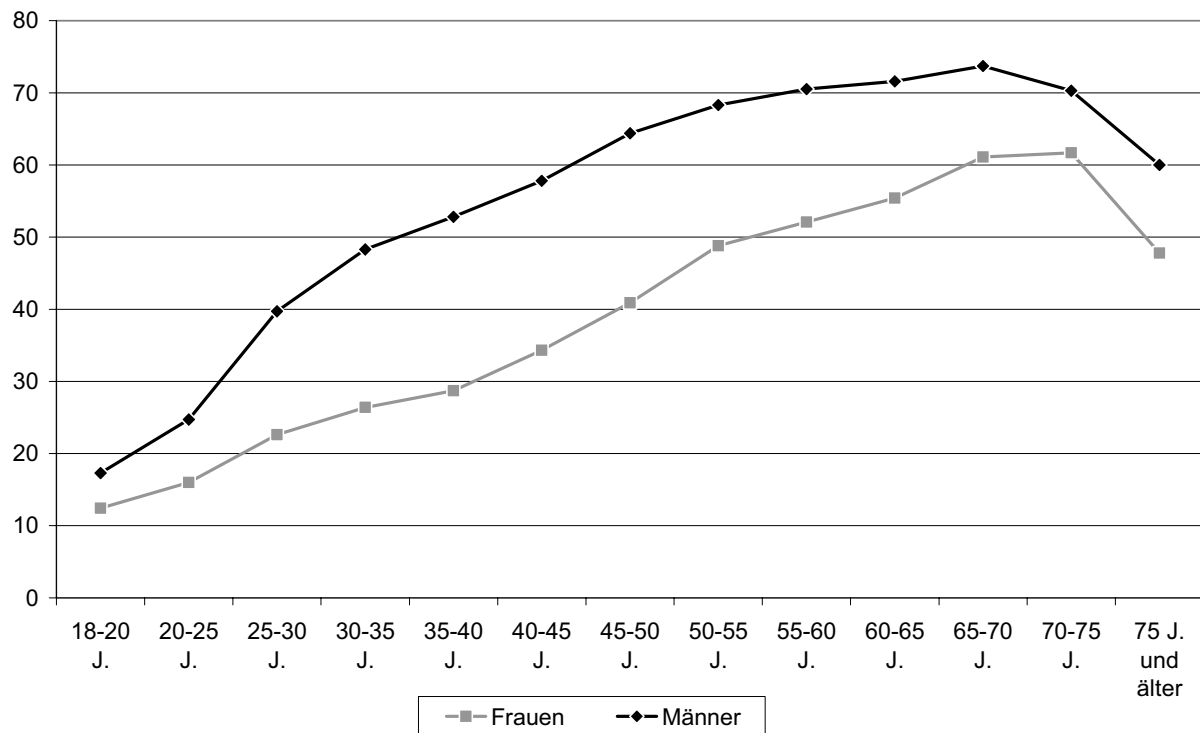
Aus Tabelle 8.7 wird ersichtlich, dass Frauen häufiger als Männer normal- oder untergewichtig sind. Mehr als die Hälfte der Männer sind dagegen übergewichtig oder stark übergewichtig. Seit der letzten Mikrozensusbefragung 1999 legten die Männer bei gleicher Körpergröße im Durchschnitt ein Kilogramm Gewicht zu, bei den Frauen betrug die Zunahme 0,6 Kilogramm (Statistisches Bundesamt 2004f: 91).

Sowohl junge Frauen als auch junge Männer sind im Durchschnitt leichter als Ältere. Mit zunehmendem Alter steigt das Durchschnittsgewicht bei beiden Geschlechtern. Männer erreichen ihr durchschnittliches Höchstgewicht in der Altersgruppe der 45 bis unter 50-Jährigen (84,2 kg), in den folgenden Jahren geht das Gewicht wieder etwas zurück. Frauen erreichen ihr durchschnittliches Höchstgewicht erst in der Altersgruppe der 65- bis unter 70-Jährigen (71,2 kg); auch bei ihnen reduziert sich das Gewicht in den darauf folgenden Jahren wieder (ebd.).

Abbildung 8.13 zeigt den Anteil der Frauen und Männer mit Übergewicht (d.h. einem Body-Mass-Index von 25 oder darüber) nach Altersgruppen.²¹⁶

216 Auch hier wurden im Mikrozensus nur Personen ab dem Alter von 18 Jahren befragt.

Abbildung 8.13: Frauen und Männer mit Übergewicht nach Alter in Deutschland 2003 (in %)



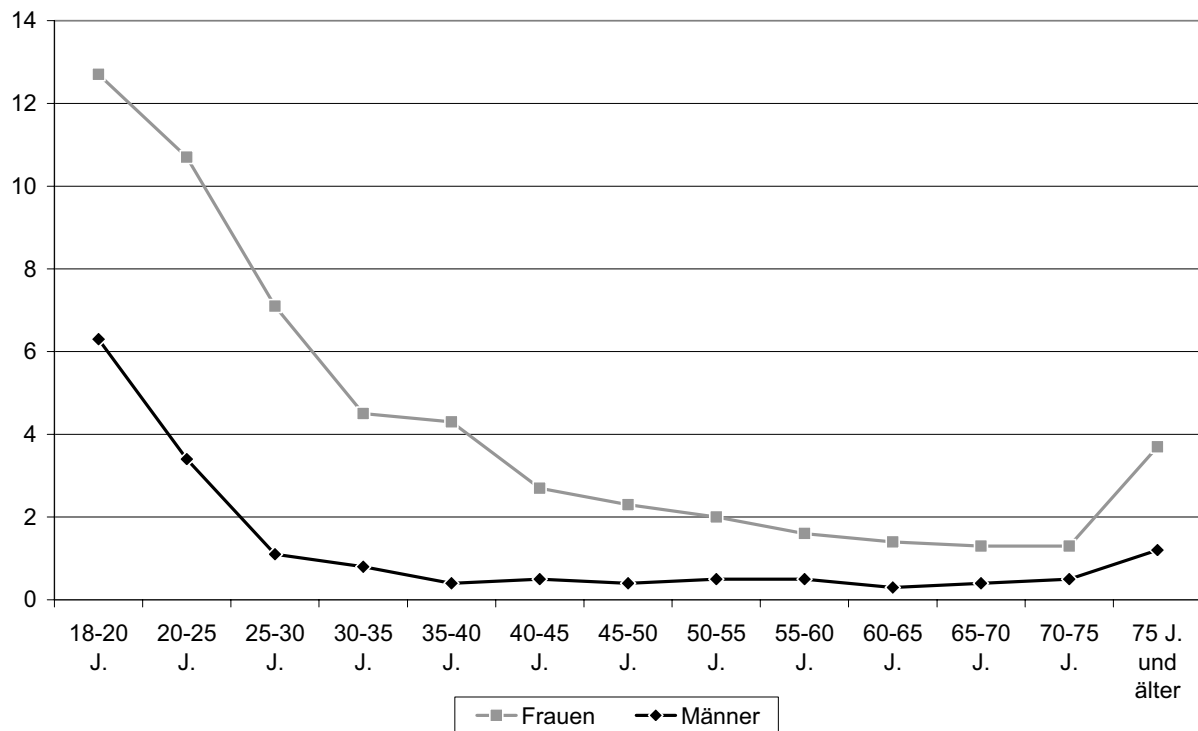
Datenbasis: Mikrozensus 2003

Quelle: Statistisches Bundesamt 2004g:Tabelle 80; eigene Darstellung

In Abbildung 8.13 ist deutlich zu sehen, dass der Anteil übergewichtiger Männer in allen Altersgruppen deutlich höher ist als der der Frauen. Bei beiden Geschlechtern nimmt der Anteil der Übergewichtigen mit zunehmendem Alter zu, erst im höheren Alter geht er bei Frauen wie Männern wieder zurück.

Gegenläufig entwickelt sich der Anteil der Untergewichtigen (d.h. der Anteil der Personen mit einem Body-Mass-Index von unter 18,5) mit dem Alter (Abbildung 8.14). 13 Prozent der jungen Frauen im Alter von 18 bis unter 20 Jahren und 6 Prozent der jungen Männer dieser Altersgruppe sind untergewichtig. Bei beiden Geschlechtern fällt dieser Anteil in den folgenden Jahren steil ab. In der Altersgruppe der 25- bis unter 30-Jährigen sind noch 7 Prozent der Frauen und 1 Prozent der Männer untergewichtig. Da der Anteil untergewichtiger Frauen in den folgenden Altersgruppen weiter zurückgeht, verringert sich die Geschlechterdifferenz. Über alle Altersgruppen sind jedoch mehr Frauen als Männer untergewichtig. Ab dem Alter von 50 Jahren sind nur noch 2 oder weniger Prozent der Frauen von Untergewicht betroffen. Bei den Männern steigt der Anteil der Untergewichtigen ab dem Alter von 65 Jahren, bei den Frauen ab dem Alter von 75 Jahren wieder an. Untergewicht im hohen Alter ist häufig krankheitsbedingt, aber auch Krebs-, Dialyse- sowie HIV/Aids-Patientinnen und -Patienten leiden oft darunter.

Abbildung 8.14: Frauen und Männer mit Untergewicht nach Alter in Deutschland 2003 (in %)



Datenbasis: Mikrozensus 2003

Quelle: Statistisches Bundesamt 2004g: Tabelle 80; eigene Darstellung

Die Tatsache, dass Frauen häufiger untergewichtig sind als Männer verweist auf ihre Neigung zu Diäten. Knapp zwei Drittel aller Mädchen haben bis zum 18. Lebensjahr nach Angaben der Ärztekammer Niedersachsen mindestens einmal eine Diät zur Gewichtsreduzierung gemacht (www.hungrig-online.de). Gerade im Jugendalter orientieren sich viele Mädchen an einem überzogenen gesellschaftlichen Schönheitsideal. Nach einer Studie der Universität Jena bezeichneten sich 42 Prozent der befragten Schülerinnen als übergewichtig, obwohl nur acht Prozent tatsächlich zu viel wogen (Heine 2005). Kommen zu solch negativen körperbezogenen Beurteilungen noch starke Leistungsanforderungen von außen und ein hoher Leistungsanspruch an sich selbst dazu, können Essstörungen entstehen. Frauen leiden häufiger unter Essstörungen als Männer. Mehr als 100.000 Personen in Deutschland, insbesondere Mädchen und Frauen im Alter von 15 bis 35 Jahren, sind nach Angaben des Deutschen Instituts für Ernährungsmedizin und Diätetik (DIET) magersüchtig, der Anteil der magersüchtigen Männer an allen Magersüchtigen liegt bei fünf bis zehn Prozent; ca. 600.000 Mädchen und Frauen leiden unter Bulimie (Ess-Brech-Sucht) (www.hungrig-online.de). Diese sozial unauffälligere und somit häufiger längere Zeit unentdeckt bleibende Störung ist somit noch wesentlich weiter verbreitet. Anorexie (Magersucht) ist von allen psychiatrischen Erkrankungen diejenige mit dem höchsten Sterberisiko. Zusammen mit Bulimie ist sie die am häufigsten vorkommende psychische Störung bei Mädchen und jungen Frauen (Mieck 2005: 111).

8.4.3 Verhalten im Straßenverkehr

Zwischen 1980 und 2002 ging die Zahl der polizeilich erfassten Verkehrsunfälle mit Personenschaden um 12 Prozent zurück, obwohl der Bestand an Kraftfahrzeugen in diesem Zeitraum um 62 Prozent stieg (Statistisches Bundesamt 2004q). Während im früheren Bundesgebiet bzw. in Westdeutschland zwischen 1980 und 1998 die Zahl der tödlich verunglückten Verkehrsteilnehmerinnen und -teilnehmer um 57 Prozent zurückging, stieg sie in den östlichen Bundesländern im selben Zeitraum um 8,4 Prozent an (ebd.). Im Jahr 2004 zählte die Polizei 659.646 Beteiligte an 339.310 Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden. Zwei Drittel der an einem Unfall mit Personenschaden Beteiligten waren Männer, ein Drittel Frauen (Statistisches Bundesamt 2005: 39). Bei den unfallbeteiligten Fahrern von Personenkraftwagen betrug der Frauenanteil 37 Prozent. Seit den 70er-Jahren ist dieser Anteil deutlich angestiegen; im Jahr 1970 betrug er nur 13 Prozent (ebd.).

Von den Beteiligten zu unterscheiden sind die Verursacher bzw. Verursacherinnen von Unfällen mit Personenschäden. Hier liegt der Frauenanteil mit 31 Prozent etwas niedriger. Frauen sind am häufigsten als Fußgängerinnen Hauptverursacherinnen von Verkehrsunfällen mit Personenschäden (40 Prozent), in den Altersgruppen ab 70 Jahren machen sie mehr als die Hälfte dieser Unfallverursacher aus. Hierin spiegelt sich noch ein unterschiedliches Nutzungsverhalten von Verkehrsmitteln bei den älteren Kohorten. Dagegen sind mehr als zehnmals so viele Männer wie Frauen Hauptverursacher von Unfällen mit Personenschäden als Fahrzeugführer von Omnibussen, Güterkraftfahrzeugen und landwirtschaftlichen Zugmaschinen (ebd., Tabelle 3.5.1: 131). Auch als Motorradfahrer (90 Prozent) und Fahrer von Mofas und Mopeds (81 Prozent) verursachen Männer deutlich häufiger als Frauen Unfälle mit Personenschaden. Von den Unfällen mit Personenkraftwagen, die zu Personenschäden führten, verursachten Frauen im Jahr 2004 35 Prozent (ebd.).

Auch die bei Straßenverkehrsunfällen Verunglückten zeigen eine geschlechtsspezifische Verteilung. Im Jahr 2004 wurden 252.804 Männer und 192.353 Frauen im Straßenverkehr verletzt oder getötet. Von den Getöteten waren 73 Prozent Männer, von den Schwerverletzten 62 Prozent. Bei den Leichtverletzten betrug das Verhältnis Männer-Frauen 55 Prozent zu 45 Prozent (ebd. Tabelle 5.3: 199).

Bei 287.347 Männern und 116.496 Frauen lag die Unfallursache in ihrem Fehlverhalten als Fahrzeugführer bzw. Fahrzeugführerin. Die häufigste Unfallursache von Männern war mit 18,6 Prozent nicht angepasste Geschwindigkeit; aber auch bei Frauen machte sie noch 15,6 Prozent der Unfallursachen aus. Die Risikogruppe bei nicht angepasster Geschwindigkeit liegt bei Männern und Frauen im Alter von 18 bis 21 Jahren (hierzu auch BMFSFJ 2001: 138 f.). Bei den Frauen war die häufigste Unfallursache mit 18,3 Prozent die Nichtbeachtung von Vorfahrt oder Vorrang (Männer 13,5 Prozent) (eigene Berechnungen nach Statistischem

Bundesamt 2005, Tabelle 6.2.3: 246). Mehr als doppelt so viele Männer wie Frauen verursachten einen Unfall, weil sie in nicht verkehrstüchtigem Zustand fuhren (8,2 zu 3,0 %). Die meisten dieser Fahrer waren auf Grund von Alkoholeinfluss verkehrsuntüchtig; das betraf 6,6 Prozent aller Männer und 1,9 Prozent aller Frauen, die durch ihr Fehlverhalten einen Unfall verursacht hatten.

8.4.4 Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit

Rauchen

Während früher Frauen viel seltener als Männer rauchend anzutreffen waren, sind die Geschlechterunterschiede im Rauchverhalten insbesondere in der jungen Generation heute vergleichsweise gering (Sieverding 2000: 7). In der Mikrozensus-Zusatzbefragung vom Mai 2003 bezeichneten sich fast 30 Prozent der Männer und knapp 20 Prozent der Frauen als regelmäßige Raucherinnen und Raucher. In allen hier dargestellten Altersgruppen rauchen Männer häufiger als Frauen (Tabelle 8.8).

Tabelle 8.8: Rauchverhalten nach Geschlecht und Altersgruppen in Deutschland 2003 (in %)

Alter von bis unter ... Jahren	Anteil an der Bevölkerung mit Angaben über die Rauchgewohnheiten					
	insgesamt		gelegentlich		regelmäßig	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
15 bis 20	23,2	27,3	4,7	5,1	18,4	22,2
20 bis 25	35,4	45,6	5,1	5,4	30,3	40,2
25 bis 30	31,0	43,5	4,6	4,6	26,4	38,9
30 bis 35	31,6	43,0	4,3	3,8	27,4	39,2
35 bis 40	32,6	42,1	4,1	3,8	28,6	38,2
40 bis 45	33,4	42,5	3,9	3,5	29,5	39,0
45 bis 50	30,9	40,4	3,7	3,2	27,2	37,2
50 bis 55	25,0	35,4	2,9	3,4	22,1	32,0
55 bis 60	19,3	30,5	2,4	3,0	16,9	27,5
60 bis 65	12,9	23,4	1,8	2,5	11,1	20,9
65 bis 70	8,5	17,5	1,1	2,0	7,4	15,4
70 bis 75	6,5	15,7	0,9	1,8	5,6	13,9
75 und mehr	4,0	11,1	0,8	1,6	3,2	9,5
zusammen	22,1	33,2	3,0	3,4	19,1	29,8

Anmerkung: Es wurden Personen ab 15 Jahren befragt.

Datenbasis: Mikrozensus 2003

Quelle: Statistisches Bundesamt 2004x

In der Altersgruppe der 15- bis unter 20-Jährigen beträgt der Abstand zwischen Frauen und Männern nur 4 Prozentpunkte. Die Rauchgewohnheiten der Geschlechter haben sich in der jungen Generation also stark angeglichen. Im Alter ab 60 Jahren rauchen nur etwa halb so viele Frauen wie Männer. Insgesamt gefährden sich Männer häufiger als Frauen durch ihre Rauchgewohnheiten. Die Quote jener, die zur Zigarette greifen, ist im Alter von 20 bis 24 Jahren am höchsten. Das relativ hohe Niveau (mehr als 40 % bei den Männern und mehr als

30 % bei den Frauen) hält bis zum Alter von 49 Jahren an. Erst in den darüber liegenden Altersgruppen gehen die Anteile der Raucher und besonders die der Raucherinnen auffällig zurück. Diverse Untersuchungen zeigen, dass Mitglieder aus benachteiligten Schichten häufiger rauchen als die aus sozial gesicherten. Dies gilt für Männer wie Frauen (Die Drogenbeauftragte 2003: 13).

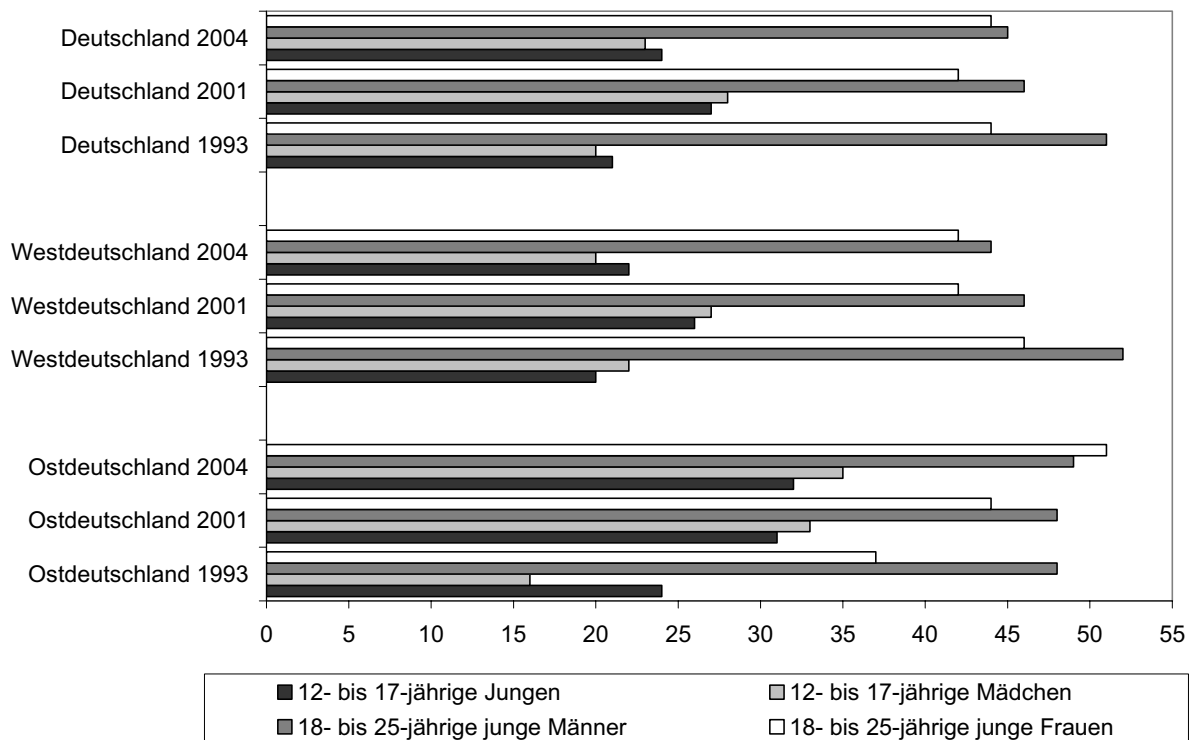
Das durchschnittliche Alter für die erste Zigarette liegt seit Jahren bei Mädchen wie Jungen in Ost- und Westdeutschland bei knapp unter 14 Jahren (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2001: 43). Im Jahr 2004 lag das Durchschnittsalter für die ersten Raucherfahrungen für Mädchen bei 13,7 und für Jungen bei 13,6 Jahren (BZgA 2004b: 17). *Täglich zu rauchen, begannen die jungen Raucherinnen und Raucher* durchschnittlich mit 15,6 Jahren (ebd.: 8).

Betrachtet man die letzten drei Jahrzehnte, so zeigt sich, dass der Tabakkonsum unter Jugendlichen langsam zurückgeht. 1979 waren 44 Prozent der 12- bis 25-Jährigen ständige oder gelegentliche Raucher, im Jahr 2004 waren es noch 35 Prozent (ebd.: 4). Allerdings wurde dieser Trend in den 90er-Jahren unterbrochen, als die Raucherquote vor allem bei den jüngeren Altersgruppen stark anstieg. Seit dem Jahr 2001 ist der Anteil der Raucherinnen und Raucher in den westlichen Bundesländern vor allem in der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen wieder rückläufig (Abbildung 8.15). Auch der Anteil der starken Raucher und Raucherinnen, die 20 oder mehr Zigaretten täglich rauchen, ging zwischen 1993 und 2001 von 19 auf 12 Prozent zurück (ebd.).

In Ostdeutschland rauchten 1993 noch deutlich mehr Jungen als Mädchen. Seitdem stieg die Quote der Raucher und Raucherinnen insbesondere bei den Mädchen massiv an. Sie liegt inzwischen über der der Jungen und jungen Männer (Abbildung 8.15). Während 1993 16 Prozent der ostdeutschen Mädchen rauchten, waren es 2004 mehr als doppelt so viele (35 %). Diese Mädchen und jungen Frauen schädigen sich heute also durch das Rauchen auf ähnliche Weise wie Jungen. In Westdeutschland waren schon 1993 die geschlechtsspezifischen Unterschiede geringer.

Im Jahr 2002 starben in Deutschland 40.715 Personen an Erkrankungen, die in Zusammenhang mit dem Konsum von Tabakprodukten gebracht werden können (Statistisches Bundesamt 2004x). Die meisten dieser Sterbefälle beruhten auf Lungenkrebs (39.105), weitere auf Kehlkopf- und Luftröhrenkrebs. An diesen Krebsformen starben im Jahr 2002 dreimal mehr Männer als Frauen. 4,8 Prozent aller Sterbefälle wurden 2002 auf eine für Raucherinnen bzw. Raucher symptomatische Erkrankung zurückgeführt (ebd.).

Abbildung 8.15: Quote der Raucherinnen und Raucher bei den 12- bis 25-Jährigen nach Geschlecht und Alter in Deutschland insgesamt sowie in West- und Ostdeutschland 1993, 2001 und 2004 (in %)



Datenbasis: repräsentative Wiederholungsbefragung der 12- bis 25-jährigen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland

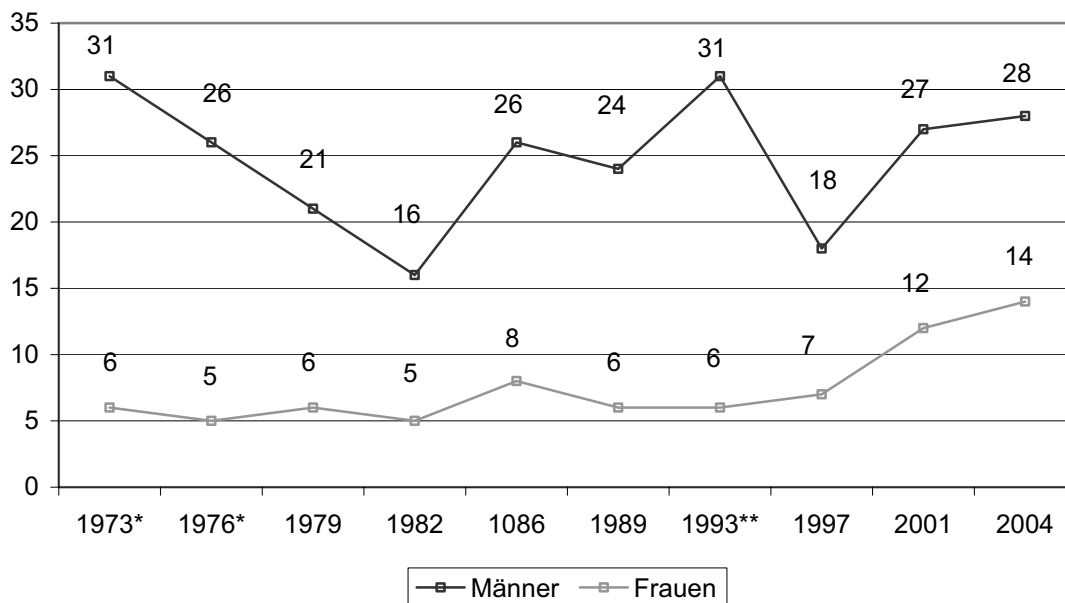
Quelle: BZgA 2004b: 16

Alkoholkonsum

Wie beim Rauchen hat auch beim Alkoholkonsum eine Annäherung weiblicher und männlicher Lebensstile stattgefunden (Sieverding 2000: 8). Dennoch sind die verbliebenen Geschlechterunterschiede beträchtlich. Der Frauenanteil an den alkoholabhängigen behandlungsbedürftigen Personen in Deutschland liegt bei etwa einem Drittel; das sind über 400.000 betroffene Frauen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2003: 13).

Entgegen manch populärem Bild vom Alkoholkonsum Jugendlicher ging der Bier- und Weinkonsum, aber auch der Konsum harter Spirituosen bei den 14- bis 25-Jährigen seit 1973 zurück (BZgA 2004c: 20-22). In Westdeutschland ist in diesem Zeitraum der Anteil von jungen Frauen, die mindestens einmal in der Woche Spirituosen trinken, allerdings leicht angestiegen (BZgA 2001). Trotz des Rückgangs des regelmäßigen Konsums verbreitet sich der gelegentlich exzessive Alkoholkonsum durch Jugendliche seit 1980 langsam, aber stetig. Das exzessive Trinken ist bei jungen Männern nach wie vor verbreiteter als bei jungen Frauen (Abbildung 8.16).

Abbildung 8.16: Alkoholrausch-Erfahrungen¹ von 12- bis 25-Jährigen nach Geschlecht in Deutschland von 1973 bis 2004 (in %)



1 Anteil derjenigen, die in ihrem Leben sechsmal oder häufiger einen Alkoholrausch hatten.

* 14- bis 25-Jährige

** ab 1993 einschließlich neue Bundesländer

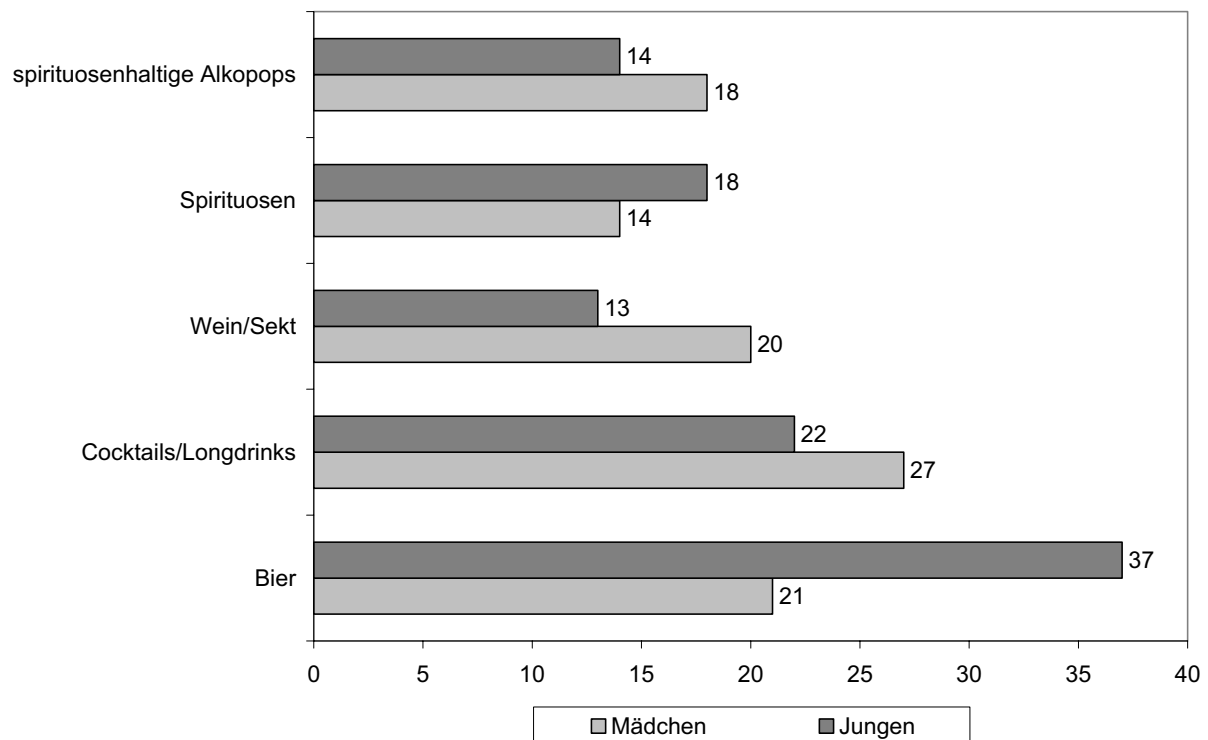
Datenbasis: Repräsentativerhebungen der BZgA

Quelle: BZgA 2004c: 29

Noch ausgeprägter erscheinen die geschlechtsspezifischen Unterschiede, wenn man die Jugendlichen nach der Häufigkeit des so genannten ‚binge drinking‘ (auch als Rauschtrinken übersetzt) fragt. Ein Drittel (34 %) der 12- bis 25-jährigen jungen Menschen berichtet von ‚binge drinking‘, genauer davon, dass sie im Zeitraum eines Monats mindestens einmal eine Trinkgelegenheit hatten, bei der sie fünf oder mehr Gläser Alkohol hintereinander getrunken haben. Dies gilt für 43 Prozent der jungen Männer und „nur“ für 25 Prozent der jungen Frauen. Besonders häufiges binge drinking (an 6 und mehr Tagen) gaben im letzten Monat vor der Befragung 8 Prozent der jungen Männer und 2 Prozent der jungen Frauen an (BZgA 2004c: 25). Junge Männer schädigen sich eindeutig häufiger als junge Frauen. Sie sehen im Risikotrinken seltener als Frauen eine Gefahr (BZgA 2004c: 38).

Jungen konsumieren am häufigsten Bier, gefolgt von Cocktails und Longdrinks sowie von Spirituosen. Mädchen zeigen ein anderes Trinkverhalten, sie ziehen Cocktails und Longdrinks dem Bier vor; auch Wein, Sekt und Alcopops werden von ihnen häufiger konsumiert als von den Jungen (Abbildung 8.17).

Abbildung 8.17: Konsum alkoholischer Getränke¹ durch 12- bis 17-jährige Mädchen und Jungen in Deutschland 2005 (in %)



1 mindestens einmal im Monat

Datenbasis: BZgA-Repräsentativerhebung der 12- bis einschließlich 25-jährigen Bevölkerung

Quelle: BZgA 2005: 14/22

Eine besondere Gefährdung für Jugendliche wurde in der schnellen Ausbreitung von Alcopops gesehen; diese Spirituosenmixgetränke dürfen Jugendliche unter 18 Jahren weder kaufen noch in der Öffentlichkeit konsumieren. Im Jahr 2003 lag das Konsumniveau der 14- bis 17-Jährigen fast gleich auf mit dem Konsumniveau der 18- bis 29-Jährigen, die diese Mixgetränke regulär erwerben können. Am stärksten gefährdet sind zweifellos diejenigen, die angeben, ein solches Getränk mindestens einmal pro Woche zu trinken. Hierzu gehörten 15 Prozent der 14- bis 17-jährigen jungen Männer und 10 Prozent der gleichaltrigen Frauen (BZgA 2003).

Im Jahr 2005 hat die Hälfte der 12- bis 17-Jährigen schon mindestens einmal Alcopops getrunken, ein Viertel hat selbst schon einmal trotz des Verbotes Alcopops gekauft. Die Verteuerung der Alcopops und Informationen über die gesundheitlichen Gefahren von Alcopops haben jedoch dazu geführt, dass ihr Konsum bei den 12- bis 17-Jährigen signifikant zurückgegangen ist (BZgA 2005: 8).²¹⁷

217 63 Prozent der befragten Jugendlichen nannten als Grund dafür, dass „weniger oder überhaupt keine Alcopops mehr gekauft“ werden, „weil Alcopops zu teuer geworden sind“ und 40 Prozent „weil ich besser über die gesundheitlichen Wirkungen Bescheid weiß“. Als weitere Gründe wurden angegeben: „weil beim Verkauf von Alcopops jetzt häufiger nach dem Alter gefragt wird“ (27 %), „weil in meinem Freundeskreis Alcopops nicht mehr „in“ sind“ (23 %), „weil man durch Warnhinweise informiert wird, dass man unter 18 Jahren keine spirituosenhaltigen Alcopops kaufen darf“ (17 %) und „weil es in den Geschäften jetzt weniger Alcopops zu kaufen gibt“ (9 %) (BZgA 2005: 9 f.).

Drogenkonsum

Mehr als ein Viertel (27 %) der 12- bis 25-Jährigen haben Erfahrungen mit illegalen Drogen. Dabei steht Cannabis (Haschisch) im Vordergrund. Erfahrungen mit Ecstasy haben 4 Prozent, andere illegale Drogen werden seltener konsumiert (BZgA 2001: 46). Während 30 Prozent der 12- bis 25-jährigen jungen Männer von Drogenerfahrungen berichten, gilt das für 24 Prozent der jungen Frauen (ebd.: 47). Einen regelmäßigen Konsum illegaler Drogen geben 3 Prozent der jungen Männer und 2 Prozent der jungen Frauen an (ebd.: 50). Tabelle 8.9 zeigt, dass sich der Anteil der jungen Frauen und Männer, die in den zurückliegenden Jahren illegale Drogen konsumiert haben, in Ostdeutschland im Laufe der 90er-Jahre schnell dem deutlich höheren westdeutschen Niveau anpasste. Der Anteil der Drogenkonsumentinnen liegt auch gegenwärtig in West- und Ostdeutschland unter dem der Konsumenten. Die Geschlechterdifferenzen sind im Laufe der Jahre aber geringer geworden (Tabelle 8.9).

Tabelle 8.9: Anteil der 12- bis 25-jährigen jungen Frauen und Männer, die im letzten Jahr illegale Drogen konsumiert haben in Deutschland insgesamt sowie in West- und Ostdeutschland 1993, 1997 und 2001 (in %)

Jahr	Deutschland insgesamt		Westdeutschland		Ostdeutschland	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
1993	14	7	17	9	5	1
1997	17	12	17	12	14	13
2001	15	11	15	11	14	11

Datenbasis: Repräsentativerhebung der BZgA

Quelle: BZgA 2001: 57

Die Mehrheit der Jugendlichen lehnt den Konsum illegaler Drogen ab. Dies gilt für 59 Prozent der jungen Männer und 63 Prozent der jungen Frauen (BZgA 2001: 60). Nachdem Deutschland über Jahre eine steigende Zahl von Drogentoten zu verzeichnen hatte, sind diese in den letzten Jahren wieder rückläufig. Im Jahr 2000 befand sich die Zahl der Drogentoten mit 1.513 auf dem niedrigsten Stand seit 1997 (Die Drogenbeauftragte 2003: 97). Das veränderte Konsumverhalten der Drogenabhängigen, das Angebot und die Inanspruchnahme von Therapieplätzen, niedrigschwellige Hilfsangebote sowie die Substitutionsbehandlung und die Einrichtung von Drogenkonsumräumen dürften diese Entwicklung begünstigt haben (ebd.). Im Jahr 2003 waren 83 Prozent der Rauschgifttoten männlich und 16 Prozent weiblich (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2005, www.gbe-bund.de). Männer überwiegen also nicht nur bei den Konsumenten illegaler Drogen, sondern auch bei den infolge des Drogenmissbrauchs Verstorbenen.

Medikamentenkonsum und -abhängigkeit

6 bis 8 Prozent aller häufig verschriebenen Medikamente weisen ein erhöhtes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial auf. Dazu gehören Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel und Appetitzügler. Gemäß einer Repräsentativerhebung aus dem Jahr 2000 ist der Anteil der Bevölkerung, der regelmäßig Medikamente einnimmt auf 7,1 Millionen zu schätzen. Frauen nehmen bis zu zweimal häufiger psychoaktive Medikamente ein als Männer (Kraus/Augustin 2001). Die Anzahl der Personen, die Arzneimittel missbrauchen, wird auf 1,2 Millionen geschätzt (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2003: 34). Glaeske (2003) geht von mindesten 1,4 Millionen Medikamentenabhängigen aus. Circa 1,1 Millionen dieser Abhängigen sind von Beruhigungs- und Schlafmitteln aus der Benzodiazepingruppe abhängig (vgl. Kapitel 8.3.1). Während Rauchen und Alkoholmissbrauch Süchte sind, die unter Männern weiter verbreitet sind als unter Frauen, ist dies beim Medikamentenmissbrauch umgekehrt: Schätzungsweise zwei Drittel der medikamentenabhängigen Personen sind Frauen (Die Drogenbeauftragte 2003: 13).

In der sozial schwächsten Gruppe werden Männer allerdings häufiger als Frauen als medikamentenabhängig diagnostiziert. Demgegenüber sind in den sozial gesicherten Schichten Frauen häufiger von Medikamenten abhängig als Männer (ebd.: 34).

Insgesamt ist also festzustellen, dass Männer ihre Gesundheit durch Fehlernährung (zumeist im Sinne von zu viel Nahrungsaufnahme) und Suchtmittelmissbrauch deutlich stärker gefährden als Frauen. Junge Frauen leben jedoch nicht viel gesünder als junge Männer. Sie haben ihren Nikotin- und Alkoholkonsum dem der jungen Männer angenähert und sie sind häufiger als Männer durch Fehlernährung im Sinne von zu wenig Nahrungszufuhr (Anorexie) und durch andere Essstörungen gefährdet

8.5 Arbeitswelt und Gesundheit

Bei einer Betrachtung des Zusammenhangs von Arbeitswelt, Geschlecht und Gesundheit lohnt es sich, verschiedene Perspektiven zu verfolgen. Ein erster Zugang erschließt sich über die Frage, in welchem Umfang Krankheit Erwerbsarbeit beeinträchtigt, ein anderer, inwiefern Erwerbsarbeit Männer und Frauen krank macht. Arbeitsunfälle können hier in den Blick genommen werden, daneben auch berufs- und arbeitsbezogene Krankheiten sowie Beschwerden, die von den Beschäftigten selbst auf Belastungen im Arbeitsalltag zurückgeführt werden. Angesichts der geschlechtsspezifischen Segmentation des Arbeitsmarktes, ist davon auszugehen, dass Frauen und Männer nicht nur unter unterschiedlichen Bedingungen arbeiten, sondern dass sie auch unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind.

Arbeit nur unter der Perspektive zu betrachten, dass sie krank macht, würde allerdings ver-

kennen, dass Erwerbsarbeit eine wichtige Funktion für die Inklusion, Selbstverwirklichung und Anerkennung der Beschäftigten hat und insofern auch zu deren Wohlbefinden beiträgt. Dies lässt sich am besten aufzeigen, wenn man den Gesundheitsstatus von *arbeitslosen* Frauen und Männern in den Blick nimmt und mit dem der erwerbstätigen Personen vergleicht. Zunächst soll nun auf die Fehltage von Frauen und Männern und dann auf ihre gesundheitliche Beschwerden eingegangen werden, die häufig in Zusammenhang mit der Erwerbsarbeit auftreten.

Fehltage

Der Krankenstand der deutschen Beschäftigten geht seit Beginn der 90er-Jahre deutlich zurück. Im Jahr 2004 wurden im Durchschnitt nur noch 13 krankheitsbedingte Fehltage gezählt, im Jahr 2003 waren es 13,5. Im Jahr 1990 war jeder Beschäftigte dagegen noch durchschnittlich 25 Arbeitstage pro Jahr krankgeschrieben (BKK Pressemitteilung vom 23.03.2005). 44 Prozent der Beschäftigten wurden im Jahr 2004 überhaupt nicht krankgeschrieben. Besonders selten wurden Krankschreibungen bei Bank- und Versicherungsangestellten sowie bei in Lehr- und Erziehungsberufen Tätigen gemeldet. Langzeiterkrankte stammten im vergangenen Jahr vor allem aus der Bauwirtschaft, den Verkehrsbetrieben und der Land- und Forstwirtschaft. Die meisten Krankheitstage wurden durch Muskel- und Skeletterkrankungen (27 %) verursacht, gefolgt von Atemwegserkrankungen (16 %) und Verletzungen (15 %). An vierter Stelle stehen mit 8 Prozent psychische Störungen. Bei den Frauen steht diese Krankheitsursache mit 11 Prozent sogar an dritter Stelle (ebd.).

Im BKK Gesundheitsreport von 2004 werden die Fehlzeiten für das Kalenderjahr 2003 nach Geschlecht differenziert. Hier zeigt sich, dass Frauen keineswegs häufiger am Arbeitsplatz fehlen, auch wenn sie sich im Durchschnitt häufiger als Männer gesundheitlich beeinträchtigt fühlen: 2003 hatten weibliche Beschäftigte nur 13 Fehltage, Männer 14,1. Im Osten lagen die Fehltage mit durchschnittlich 14,5 Arbeitsunfähigkeitstagen pro Pflichtmitglied über den im Westen (13,4 Tage) gemeldeten (BKK Bundesverband 2004: 9 f.). Erwerbstätige Frauen haben die Reduktion der Fehltage also genauso wie die Männer vollzogen.

Arbeitsbezogene Beschwerden

In einer Untersuchung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)²¹⁸ berichteten 12 Prozent der befragten Männer und 9 Prozent der befragten Frauen, dass sie auf Grund eines Arbeitsunfalls oder einer durch den Beruf verursachten Krankheit in den vergangenen zwölf Monaten arbeitsunfähig waren (Koppelin/Müller 2004: 133). Männer sind von solchen Beeinträchtigungen also häufiger be-

218 In den Jahren 1998 und 1999 führten das BIBB und das IAB eine repräsentative Befragung von mehr als 30.000 Erwerbstätigen in der Bundesrepublik Deutschland durch.

troffen als Frauen. Erwartungsgemäß variieren gesundheitliche Beschwerden, die während oder unmittelbar nach der Arbeit auftreten, mit dem Beruf. Besonders häufig berichtet werden zum Beispiel Rückenschmerzen bei Hilfsarbeiterinnen und Hilfsarbeitern sowie bei Krankenschwestern und Krankenpflegern (Tabelle 8.10). Gleichzeitig zeigen sich Frauen und Männer auch innerhalb der einzelnen Berufe unterschiedlich stark belastet.

Tabelle 8.10: Häufige gesundheitliche Beschwerden während oder unmittelbar nach der Arbeit nach Beruf und Geschlecht in Deutschland 1998/1999 (absolut und in %)

Beruf	n =	Schmerzen			Müdigkeit (in %)	Nervosität (in %)	keine Beschwerden (in %)
		Rücken (in %)	Nacken/ Schultern (in %)	Kopf (in %)			
Köche	153	28	19	11	13	7	44
Köchinnen	174	55	31	17	22	10	18
Hilfsarbeiter	267	43	25	10	10	7	35
Hilfsarbeiterinnen	205	60	46	22	14	16	13
Verkäufer	133	30	21	19	12	17	38
Verkäuferinnen	256	36	24	20	18	10	30
Krankenpfleger	109	60	26	19	30	22	22
Krankenschwestern	388	54	39	22	31	19	23
Bankfachleute (m)	290	26	20	17	11	17	49
Bankfachleute (w)	175	26	35	24	11	9	42
Ärzte	111	14	17	10	34	15	41
Ärztinnen	46	24	22	29	40	27	33
Gymnasiallehrer	144	26	26	19	29	24	33
Gymnasiallehrerinnen	58	19	26	36	38	21	24
weitere Lehrer ¹	143	20	25	18	32	31	29
weitere Lehrerinnen ¹	145	30	36	27	37	35	20
alle Erwerbstätigen (m)	19.366	37	24	15	19	12	34
alle Erwerbstätigen (w)	14.977	36	34	21	19	12	31

¹ Grund-/Haupt-/Real-/Sonderschullehrerinnen bzw. Grund-/Haupt-/Real-/Sonderschullehrer

Datenbasis: repräsentative Befragung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) 1998/1999

Quelle: BIBB/IAB nach Koppelin 2004: 132; ausgewählte Ergebnisse

Betrachtet man alle befragten Erwerbstätigen, so lassen sich zwischen Frauen und Männern keine Unterschiede feststellen, wenn es darum geht, ob sie häufig von Rückenschmerzen, Müdigkeit oder Nervosität während oder unmittelbar nach der Arbeit betroffen sind. Häufige Beschwerden im Bereich der Schultern und des Nackens sowie Kopfschmerzen äußern dagegen deutlich häufiger Frauen als Männer.

Schaut man auf die einzelnen Berufe, so zeigen sich differenziertere Unterschiede zwischen den weiblichen und männlichen Beschäftigten. Über häufige Rückenschmerzen berichten am häufigsten Hilfsarbeiterinnen und Krankenpfleger; auch Hilfsarbeiter und Krankenschwestern sind von Rückenschmerzen betroffen, jedoch nicht in diesem Ausmaß. Auch bei Nacken- und Schulterschmerzen liegen die Hilfsarbeiterinnen mit Abstand vorne, an zweiter und drit-

ter Stelle folgen Krankenschwestern sowie Grund-, Haupt-, Real- und Sonderschullehrerinnen. Häufige Kopfschmerzen berichten vor allem Gymnasiallehrerinnen. Am häufigsten von Müdigkeit geplagt werden Ärztinnen und Gymnasiallehrerinnen. Nervosität ist vor allem bei den Grund-, Haupt-, Real- und Sonderschullehrerinnen und -lehrern verbreitet. Sie ist jedoch kein weibliches Phänomen; Verkäufer, Krankenpfleger, männliche Bankkaufleute und Gymnasiallehrer sind häufiger nervös als ihre weiblichen Kolleginnen. Am häufigsten beschwerdefrei sind männliche Bankkaufleute und Köche.

Arbeitsunfälle

Von Arbeitsunfällen sind Frauen seltener als Männer betroffen. Von den über 1,2 Millionen Arbeitsunfällen 1996 entfielen 83 Prozent auf Männer und nur 17 Prozent auf Frauen. Von den rund 1.800 *tödlichen* Arbeitsunfällen waren im Jahr 1996 Männer in 86 Prozent der Fälle betroffen (BMFSFJ 2001: 379). Nur 13 Prozent der Personen, die nach einem Arbeitsunfall eine Behinderung haben, sind Frauen (Kapitel 9, Tabelle 9.1). Männer tragen also ein erheblich größeres Arbeitsunfallrisiko als Frauen.

Zwischen 1998 und 2001 ist die Rate schwerer Arbeitsunfälle im Europa der 15 Staaten um 6 Prozent zurückgegangen, die der tödlichen Arbeitsunfälle sogar um 20 Prozent (Europäische Kommission 2004b: 67). An dieser erfreulichen Entwicklung hatten Frauen im EU-Durchschnitt keinen Anteil. Hier stieg die Rate der schweren Arbeitsunfälle von Frauen zwischen 1998 und 2000 um 6 Indexpunkte, in Deutschland konnte die Rate im gleichen Zeitraum immerhin um einen Indexpunkt gesenkt werden (Europäische Kommission 2003: 34).

Dass Frauen von Arbeitsunfällen seltener betroffen sind als Männer, ist einerseits eine Folge ihrer geringeren Erwerbsquote, andererseits aber auch Konsequenz ihrer Beschäftigung in weniger unfallträchtigen Branchen. Von rund 1,8 Mio. meldepflichtigen Arbeitsunfällen entfielen 1995 rund 75 Prozent auf die gewerbliche Wirtschaft, 9 Prozent auf die Landwirtschaft und 13 Prozent auf den öffentlichen Dienst (BMFSFJ 2001).

Arbeitslosigkeit und Gesundheit von Frauen und Männern

Arbeitslosigkeit und Gesundheit stehen in einem wechselseitigen Zusammenhang: Arbeitslosigkeit macht krank und Krankheit erhöht das Risiko arbeitslos zu werden.

Auf der Grundlage von Daten des Bundesgesundheits surveys 1998 und von Krankenkassendaten aus dem Jahr 2000 kommen Grobe und Schwartz (Robert Koch-Institut 2003) zu dem Schluss, dass arbeitslose Männer und Frauen gesundheitlich stärker beeinträchtigt sind als erwerbstätige Personen, aber auch, dass sie weniger gesundheitsbewusst leben. Dies gilt für Männer noch ausgeprägter als für Frauen. Durch die durchschnittlich höheren Einkommen von Männern wird das Haushaltseinkommen durch die Arbeitslosigkeit von Männern meist stärker tangiert als durch die Arbeitslosigkeit von Frauen. Dies scheint Folgen für

den Gesundheitszustand von Männern zu haben. Jene, die sich als Hauptverdiener begreifen, beurteilen ihren Gesundheitszustand deutlich häufiger als schlecht als die anderen arbeitslosen Männer.²¹⁹ Die Krankheitsbilder Arbeitsloser unterscheiden sich zudem deutlich von denen Erwerbstätiger. Arbeitslose Frauen und Männer gehen häufiger zum Arzt als Erwerbstätige. Der Anteil derer, die mehr als zwölf Arztkontakte im Jahr haben, ist bei den arbeitslosen Frauen am höchsten (37 %). Dieser Anteil liegt auch bei den arbeitslosen Männern mit 26 Prozent deutlich über dem bei den erwerbstätigen Männern (Robert Koch-Institut 2003: 11). Arbeitslose befinden sich auch deutlich häufiger im Krankenhaus als Erwerbstätige. Diese Unterschiede sind bei Männern ausgeprägter als bei Frauen. Arbeitslose Männer verbringen allein wegen „Verhaltensstörungen durch Alkohol“ zehnmal mehr Zeit im Krankenhaus als erwerbstätige Männer.²²⁰

Frauen bleiben auch in der Arbeitslosigkeit mehr soziale Kontakte als Männern. Psychische Erkrankungen treten bei arbeitslosen *Männern* häufiger als bei erwerbstätigen auf. Arbeitslose Frauen sind häufiger als erwerbstätige von Ess- und Persönlichkeitsstörungen betroffen (ebd.: 14). Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Krankheit ist bei Männern ausgeprägter als bei Frauen. Kulturelle Vorstellungen von Männlichkeit und Weiblichkeit erleichtern es Frauen wahrscheinlich, sich zumindest phasenweise Selbstwertgefühl und Anerkennung jenseits von Erwerbsarbeit zu sichern, so dass Arbeitslosigkeit für sie nicht in diesem Maße gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich zieht.

8.6 Gesundheitsstatus und Gesundheitsrisiken von Migrantinnen und Migranten

Recherchen zum Thema Migration und Gesundheit haben ergeben, dass es hierzu kaum quantitative Untersuchungen in Deutschland gibt. Noch weniger Daten finden sich zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Das Statistische Bundesamt der Bundesrepublik Deutschland unterscheidet in seiner Fachserie zum Gesundheitswesen (FS 12/R6.2) nicht nach Deutschen und Nicht-Deutschen, in den ostdeutschen Bundesländern werden Ausländerinnen und Ausländer wegen ihres geringen Anteils an der Gesamtbevölkerung überhaupt nicht erfasst und die Gesundheitsberichterstattung des Bundes erhebt Daten zu Migrantinnen und Migranten nur sporadisch für einzelne Indikatoren. Erkenntnisse zum Gesundheitsstatus von Migrantinnen und Migranten bieten nur einige kleine, zumeist eher qualitativ ausgerichtete Studien, in denen Einzelfälle oder

219 Wegen der geringen Fallzahl wird zum Gesundheitszustand arbeitsloser Hauptverdienerinnen keine Aussage gemacht.

220 Um Fehlinterpretationen vorzubeugen, stellen Grobe und Schwartz klar, dass dennoch weniger als 2 Prozent der langzeitarbeitslosen Männer wegen alkoholbedingten Erkrankungen im Verlauf des Jahres 2000 im Krankenhaus waren.

kleine Populationen untersucht werden, die keine generellen Aussagen zulassen.²²¹

Betrachtet man Daten zu Migration und Gesundheit muss darüber hinaus berücksichtigt werden, dass die Lebenslagen von Migrantinnen und Migranten sehr unterschiedlich sind. Je nach Herkunftsländern, kulturellen und religiösen Hintergründen, Länge des Aufenthalts in Deutschland, sprachlichen Fähigkeiten, Geschlecht, Bildungsstatus und sozialer Schicht ergeben sich unterschiedliche soziale und gesundheitliche Lagen für die Einzelnen (siehe auch 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2005). Das heißt, globale Aussagen über Migrantinnen und Migranten, wie sie mit Hilfe aggregierter Daten formulierbar sind, müssen mit Vorsicht betrachtet werden.

Das Statistische Bundesamt weist seit dem Jahr 2000 keine Daten zur Lebenserwartung der nicht-deutschen Bevölkerung mehr aus, da durch die Reform des Staatsbürgerschaftsrechts²²² die Zahl der Kinder mit doppelter Staatsbürgerschaft rapide anstieg und es nicht mehr möglich ist, die Daten mit denen früherer Jahre zu vergleichen.

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes erhebt das durchschnittliche Alter der Gestorbenen²²³ nach Todesursachen, Nationalität und Geschlecht. Hier zeigen sich große Unterschiede zwischen Ausländerinnen bzw. Ausländern und Deutschen.

Tabelle 8.11: Durchschnittliches Alter der Gestorbenen nach Nationalität und Geschlecht in Deutschland 2003 (in Jahren)

	Ausländer/-innen		Deutsche	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Todesfälle	65,3	60,2	80,3	71,7
darunter: äußere Ursachen ¹	44,9	40,5	70,0	54,2
darunter: Unfälle	48,0	39,9	73,5	54,6

1 Mit äußeren Ursachen sind nicht-natürliche Todesursachen wie Verletzungen, Vergiftungen und Unfälle gemeint.

Datenbasis: Todesursachenstatistik

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Indikator: Durchschnittliches Alter der Gestorbenen in Jahren; eigene Zusammenstellung

Tabelle 8.11 zeigt gravierende Unterschiede im durchschnittlichen Alter der Gestorbenen

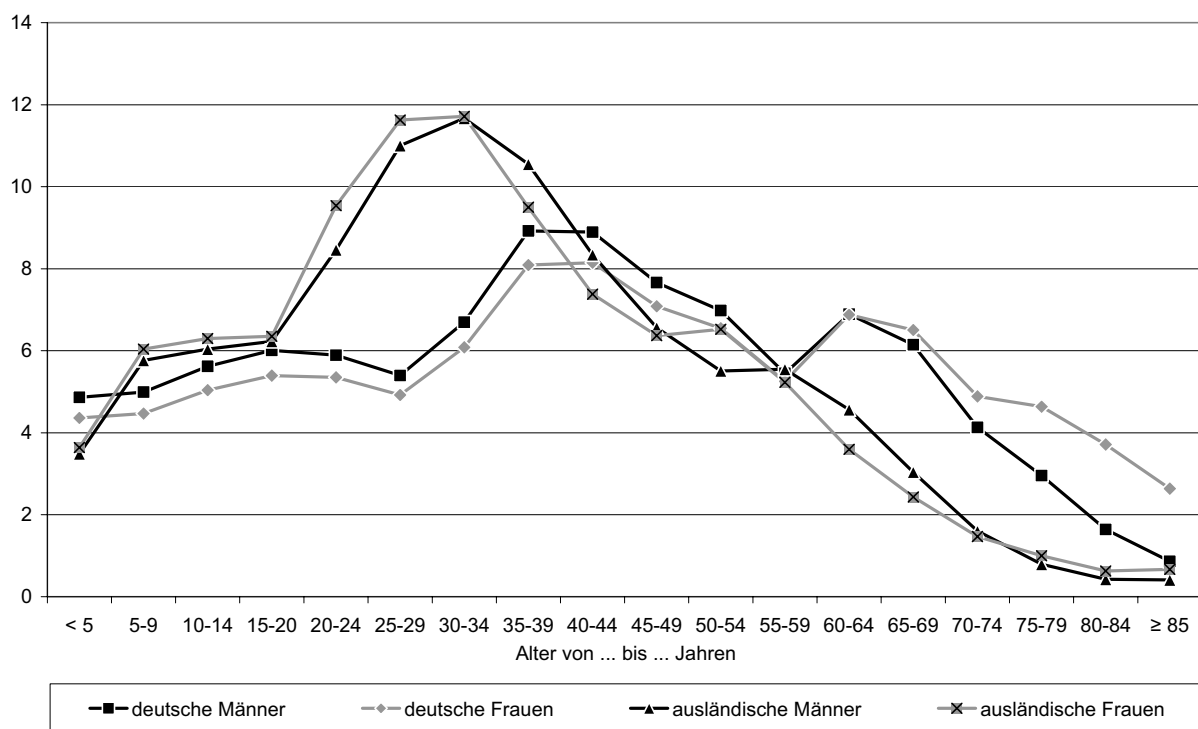
221 Auch die Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Armut und Gesundheit“ „Migration und gesundheitliche Versorgung“ aus dem Jahr 2001 bemängeln dieses Forschungsdefizit: „Die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten wird beeinflusst durch komplexe Wechselwirkungsprozesse verschiedener Faktoren des Lebens in der Fremde. Kulturspezifische Besonderheiten, ökologische und soziale Bedingungen sowie fehlende oder mangelnde Sprachkenntnisse gehören zu diesen Faktoren. Auch die Länge des Aufenthalts im Aufnahmeland spielt eine wichtige Rolle. Weder regelmäßig erhobene Daten noch die bislang vorliegenden Untersuchungen erfassen bzw. untersuchen den Problembereich in der notwendigen Differenziertheit. Auch die Geschlechterperspektive spielt bei bisherigen Untersuchungen nur eine sehr begrenzte Rolle“ (ebd.: 2).

222 Seit dem 1. Januar 2000 können in Deutschland geborene Kinder ausländischer Eltern automatisch die deutsche Staatsbürgerschaft erwerben, wenn mindestens ein Elternteil sich schon seit acht Jahren ununterbrochen rechtmäßig und gewöhnlich in Deutschland aufhält und außerdem eine Aufenthaltserlaubnis besitzt. Gleichzeitig können sie bis zur Volljährigkeit auch die Staatsangehörigkeit ihrer Eltern behalten.

223 Das durchschnittliche Alter der Gestorbenen darf nicht mit der durchschnittlichen Lebenserwartung verwechselt werden, da für diesen Indikator auch das Durchschnittsalter einer Population (Abbildung 8.18) eine zentrale Rolle spielt.

nach Nationalität und Geschlecht. Das Durchschnittsalter der ausländischen Gestorbenen liegt 10 bis 15 Jahre unter dem der Deutschen, vor allem ihr Todesalter infolge von äußeren Ursachen und Unfällen ist auffällig niedrig. Von diesen Daten kann allerdings nicht auf ein besonders hohes Risiko der ausländischen Bevölkerung, schon in jungen Jahren zu sterben, geschlossen werden. Die in Deutschland lebenden Ausländerinnen und Ausländer sind im Durchschnitt jünger als die Deutschen (Abbildung 8.18), deshalb ist auch unabhängig von ihrem Gesundheitsrisiko mit einem niedrigeren Todesalter der ausländischen Bevölkerung zu rechnen.

Abbildung 8.18: Deutsche und ausländische Frauen und Männer nach Altersgruppen¹ in Deutschland 2003 (in %)



1 Anteil der Altersgruppen jeweils an deutschen Frauen, deutschen Männern, ausländischen Frauen und ausländischen Männern

Lesehilfe: Im Alter unter 5 Jahren beträgt der Anteil der deutschen Jungen an allen deutschen Jungen und Männern 4,9 Prozent, der Anteil der deutschen Mädchen an allen deutschen Mädchen und Frauen beträgt 4,4 Prozent; der Anteil der ausländischen Jungen an allen ausländischen Jungen und Männern beträgt 3,5 Prozent und der Anteil der ausländischen Mädchen an allen ausländischen Mädchen und Frauen beträgt 3,6 Prozent.

Datenbasis: Bevölkerungsstatistik 31.12.2003

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen und Darstellung

Aus Abbildung 8.18 ist zu ersehen, dass es in der deutschen Bevölkerung einen größeren Anteil an Kindern unter 5 Jahren gibt als in der ausländischen. Dies beruht auch auf der Reform des Staatsbürgerschaftsrechts 2000 (s.o.). Ab dem Alter von 5 Jahren überwiegen die Mädchen und Jungen mit ausländischer Staatsangehörigkeit etwas. Deutliche Unterschiede werden ab dem Alter von 15 Jahren sichtbar. Während die Anteile der Altersgruppen bei der deutschen Bevölkerung bei den 20- bis 25-Jährigen und den 25- bis 30-Jährigen geringer sind als bei den 15- bis 20-Jährigen, steigen sie bei den Nicht-Deutschen steil an. Die aus-

ländische Bevölkerung hat ihren eindeutigen Höhepunkt schon im Alter von 20 bis 45 Jahren (die Hälfte aller in Deutschland lebenden Ausländerinnen und Ausländer fallen in diese Altersgruppen, jedoch nur 36 Prozent der deutschen Männer und 33 Prozent der deutschen Frauen; eigene Berechnungen), während bei den Deutschen die Altersgruppen der 35- bis 50-Jährigen am stärksten besetzt sind.²²⁴ Für die deutsche Bevölkerung ergibt sich ein zweiter Höhepunkt bei den 60- bis 70-Jährigen. Diese Altersgruppen sind bei den Nicht-Deutschen deutlich seltener besetzt als bei den Deutschen. Betrachtet man Abbildung 8.18 nach Geschlecht, so finden sich keine auffälligen Unterschiede.

Das durchschnittlich niedrigere Alter der ausländischen Gestorbenen hängt also mit ihrem niedrigeren Altersdurchschnitt zusammen und damit, dass in den in der ausländischen Bevölkerung stark vertretenen jüngeren Altersgruppen die Unfallwahrscheinlichkeit generell und besonders für Männer (Abbildung 8.7) deutlich höher ist.

Zu den gesundheitsbewussten versus riskanten Verhaltensweisen von Migrantinnen und Migranten finden sich einige Hinweise in Sonderauswertungen des Mikrozensus.²²⁵ Bezüglich des Rauchverhaltens zeigt sich, dass ausländische Männer im mittleren Alter häufiger angeben, zu rauchen als deutsche Männer; von den 20- bis unter 60-Jährigen rauchten im Jahr 2003 46,8 Prozent der ausländischen sowie 39,7 Prozent der deutschen Männer. Unter den Frauen sind die Unterschiede nicht so deutlich; deutsche Frauen dieser Altersgruppen rauchten mit 30,1 Prozent aber etwas häufiger als ausländische (27,8 %). Ausländische Frauen sind also die Gruppe mit den wenigstens Raucherinnen (Lampert/Ziese 2005: 199 f.).

Um den Konsum von Alkohol und illegalen Drogen zwischen Deutschen und Migrantinnen/Migranten vergleichen zu können, ziehen Lampert und Ziese eine Studie an Münchner Berufsschulen aus dem Jahr 1998 heran. Hier zeigte sich, dass der Anteil der „Alkohol-Abstinenten“ bei den 15- bis 24-jährigen Berufsschülerinnen und -schülern ausländischer Herkunft mit 50,1 Prozent deutlich über dem der Deutschen mit 19,5 Prozent lag. Allerdings war mit der Dauer des Aufenthalts in Deutschland eine Angleichung der Konsumgewohnheiten zu beobachten. Ausländische junge Frauen waren die Gruppe mit dem niedrigsten Alkoholkonsum (ebd. nach Dill u.a. 2002: 200). 43,2 Prozent der deutschen Berufsschüler und 37,5 Prozent der deutschen Berufsschülerinnen gaben an, Erfahrungen mit illegalen Drogen zu haben. Von den Migranten äußerte dies nur ein Viertel, von den Migrantinnen ein knappes Fünftel. Der größte Teil der Nicht-Deutschen, die angaben, regelmäßig Drogen zu konsumieren, war in Deutschland geboren und aufgewachsen (ebd.: 201). Den Daten zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes ist zu entnehmen, dass der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer unter den Rauschgifttoten im Jahr 2003 bei 10 Prozent (ebd.) lag, er ent-

224 Hier kommt die Generation der Baby-Boomer zum Tragen.

225 Diese werden in einer Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (Lampert und Ziese 2005: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit) dargestellt.

sprach somit in etwa ihrem Anteil in der jüngeren Bevölkerungsgruppe (www.gbe-bund.de).

Bezüglich des Körpergewichts erwiesen sich ausländische Frauen vor allem im fortgeschrittenen Alter häufiger als deutsche Frauen gleichen Alters als übergewichtig oder stark übergewichtig²²⁶; von den 60-jährigen und älteren Ausländerinnen waren im Jahr 2003 62,7 Prozent übergewichtig bzw. adipös, von den deutschen Frauen der Vergleichsgruppe 54,9 Prozent. Bei den Männern zeigen sich hier keine großen Unterschiede.

Wenn eine akute Krankheit vorliegt, wird das Gesundheitssystem von Migrantinnen und Migranten im Allgemeinen ebenso häufig in Anspruch genommen wie von der deutschen Bevölkerung (2. Armuts- und Reichtumsbericht 2005: 165). Allerdings nehmen Migrantinnen und Migranten präventive Maßnahmen wie zum Beispiel Gripeschutzimpfungen, Krebsfrüherkennung oder Zahnprophylaxe deutlich seltener wahr. Schwangere Ausländerinnen partizipieren zwar inzwischen häufig an den üblichen Vorsorgeuntersuchungen, nutzen aber andere schwangerschaftsbegleitende Angebote, wie zum Beispiel Geburtsvorbereitungskurse und Schwangerschaftsgymnastik, nach wie vor seltener als deutsche Frauen (ebd.). Die Arbeitsgruppe „Armut und Gesundheit“ „Migration und gesundheitliche Versorgung“ kritisiert an den Versorgungsstrukturen, dass es dort noch an interkulturellem Wissen sowie mehrsprachigem Fachpersonal fehle, um Migrantinnen und Migranten mit ihren je speziellen sprachlichen und kulturellen Hintergründen adäquat behandeln zu können (Arbeitsgruppe „Armut und Gesundheit“ „Migration und gesundheitliche Versorgung“ 2001: 2 f.).

8.7 Überblick über die Ergebnisse

Gesundheit und Krankheit lassen sich weniger als andere Bedingungen und Chancen des Lebens alleine an objektiven Kriterien festmachen, denn der Gesundheitszustand ist sehr stark von subjektiven Wahrnehmungen und Bewertungen der Individuen abhängig. Menschen mit den gleichen objektiven Befunden schätzen sich zum Teil als gesund, zum Teil als krank ein. Daten zum Gesundheitsstatus und zu den Gesundheitsrisiken von Frauen und Männern werden deshalb auch auf unterschiedlichen Wegen ermittelt. Unter anderem können Meldungen der Krankenhäuser, Ergebnisse von Bevölkerungsbefragungen sowie Gesundheitsdaten der Krankenkassen herangezogen werden.

In Deutschland beträgt die Lebenserwartung neugeborener Mädchen 81 Jahre, die neugeborener Jungen 75 Jahre. Mitte der 90er-Jahre lag die Lebenserwartung in den östlichen Bundesländern noch deutlich unter der in den westlichen. Im Jahr 2002 war jedoch schon eine Angleichung festzustellen. Betrachtet man die Lebenserwartung von Frauen und Männern in anderen industrialisierten Ländern, so kommt man zu ähnlichen Ergebnissen wie in Deutschland. In welchem Umfang biologische Schutzfaktoren, günstigere Lebensumstände oder ein

kulturell verankerter sorgsamerer Umgang mit dem eigenen Körper für die durchschnittlich höhere Lebenserwartung von Frauen ausschlaggebend sind, ist nicht geklärt. Die höhere Lebenserwartung von Frauen geht mit einer im Durchschnitt längeren Phase gesundheitlich schwerer Beeinträchtigungen im Alter einher. Frauen haben allerdings gleichzeitig auch mehr gesunde Lebensjahre als Männer zu erwarten. Im Vergleich zu vielen anderen europäischen Staaten ist in Deutschland die diesbezügliche Geschlechterdiskrepanz besonders groß.

Frauen geben im Durchschnitt etwas häufiger als Männer an, im Verlauf der vergangenen vier Wochen krank gewesen zu sein. Die Häufigkeit von Erkrankungen nimmt für beide Geschlechter mit dem Alter zu. Unfallverletzungen erleiden Männer im Durchschnitt häufiger als Frauen. Für Männer sind die Jugend und die ersten Jahrzehnte der Erwerbstätigkeit besonders unfallträchtig, Frauen sind dagegen im Alter gefährdeter, Unfälle zu erleiden.

Männer bewerten ihren Gesundheitszustand im Durchschnitt besser und sind mit ihrer Gesundheit zufriedener als Frauen. Einen wesentlich stärkeren Einfluss auf die Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes als das Geschlecht hat das Alter; auch die Höhe des Einkommens, der berufliche Bildungsabschluss und der Status der Erwerbstätigkeit korrelieren mit dieser Beurteilung. Am zufriedensten mit ihrer Gesundheit sind junge Männer mit Hochschul- oder Fachhochschulabschluss, die voll erwerbstätig sind, über ein hohes Einkommen verfügen und in den westlichen Bundesländern leben. Am unzufriedensten sind Frauen, deren Einkommen an der Armutsgrenze oder darunter liegt.

Frauen stellen circa 55 Prozent der Krankenhauspatientinnen und -patienten, Männer verbringen jedoch durchschnittlich mehr Tage im Krankenhaus. In allen Altersgruppen ab 50 Jahren werden sie länger stationär behandelt als Frauen. Die häufigsten Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt sind für beide Geschlechter sehr unterschiedlich: Frauen suchen ein Krankenhaus am häufigsten zur Geburt eines Kindes auf, in diesem Fall ist der Behandlungsanlass keine Krankheit. Die folgenden drei häufigsten Diagnosen sind Brustkrebs, Herzinsuffizienz und Gallensteine. Männer werden im Krankenhaus am häufigsten wegen einer verminderten Durchblutung des Herzens stationär behandelt, gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen, die durch den Missbrauch von Alkohol ausgelöst wurden, sowie wegen eines Leistenbruchs.

Zu den Todesursachen: Frauen und Männer sterben etwa gleich häufig an Krebs, an Krankheiten des Atmungssystems sowie an Krankheiten des Verdauungssystems. Frauen sterben deutlich häufiger als Männer an Krankheiten des Kreislaufsystems und infolge von Stürzen. Am stärksten unterscheiden sich die Todesursachen von Frauen und Männern in Bezug auf

226 Als stark übergewichtig oder adipös werden Personen ab einem Body-Mass-Index von 30 oder mehr bezeichnet.

Transportmittelunfälle und Selbstmorde; diese betreffen zu über 70 Prozent Männer.

Auch bezüglich gesundheitsbewusster versus -riskanter Verhaltensweisen lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede konstatieren: So sind Mädchen in der Jugendphase sportlich weniger aktiv als Jungen, im erwachsenen Alter treiben allerdings mehr Frauen Sport und der Anteil der Männer geht zurück. Auch im Hinblick auf ihre Ernährungsgewohnheiten unterscheiden sich Frauen und Männer. Während sich Frauen häufiger als gestresste Alltagsmanagerinnen bezeichnen, finden sich deutlich mehr Männer bei den desinteressierten Fast-Food-Essern. Mehr als die Hälfte der im Mikrozensus befragten Männer in Deutschland sind übergewichtig oder stark übergewichtig, Frauen sind dagegen häufiger normal- oder untergewichtig. Junge Frauen leiden häufiger als junge Männer an Essstörungen.

Frauen und Männer tragen auch deshalb unterschiedliche Gesundheitsrisiken, weil sie in unterschiedliche Substanzabhängigkeiten geraten: Frauen werden häufiger als Männer von Medikamenten abhängig; Männer rauchen mehr, die Rauchgewohnheiten von Mädchen und Jungen unterscheiden sich jedoch nur noch geringfügig. Auch durch Alkoholkonsum sowie durch illegale Drogen gefährden sich Männer häufiger als Frauen.

Im Arbeitsleben tragen Männer eindeutig ein höheres Unfallrisiko: Sie erleiden mehr schwere und tödliche Arbeitsunfälle. Von arbeitsbezogenen Beschwerden berichten hingegen Frauen häufiger als Männer. Besonders belastet sind Hilfsarbeiterinnen, Krankenschwestern und Krankenpfleger, aber auch Hilfsarbeiter und Köchinnen leiden überdurchschnittlich häufig unter Rücken- und Nackenschmerzen. Im Jahr 2003 hatten Frauen im Durchschnitt 13 und Männer 14 Fehltage. Arbeitslose Frauen und Männer sind gesundheitlich stärker beeinträchtigt als erwerbstätige. Die Gesundheit von Männern wird von Arbeitslosigkeit noch mehr beeinträchtigt als die von Frauen.

Über den Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten liegen bisher nur wenige aufschlussreiche Daten vor: Sie gehören eher jüngeren Altersgruppen an als die Deutschen. Ausländische Männer mittleren Alters rauchen häufiger als deutsche, sowohl junge ausländische Frauen als auch junge ausländische Männer halten sich häufiger als die entsprechende deutsche Population ganz von Alkohol fern. Ältere ausländische Frauen sind häufiger übergewichtig als deutsche. Das bundesdeutsche Gesundheitssystem wird im Allgemeinen von Migrantinnen und Migranten bei akuten Krankheiten genauso oft in Anspruch genommen wie von den Deutschen.