GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland

Robert Koch-Institut, Berlin 2020

Grußwort

© BMG

Liebe Leserin, lieber Leser,

der Blick für geschlechtsspezifische Besonderheiten im Gesundheitssystem hat sich in den vergangenen Jahren deutlich geschärft. Aber was sind diese Besonderheiten? Inzwischen weiß sicher jede und jeder, dass sich Symptome eines Herzinfarktes bei Frauen oft von denen bei Männern unterscheiden. Die allermeisten wissen auch, dass Frauen im Durchschnitt länger leben als Männer und dass sie der Prävention und Gesundheitsförderung in der Regel aufgeschlossener gegenüberstehen als Männer. Aber es gibt noch viel mehr interessante Unterschiede, die für das Gesundheitssystem relevant sind und deren Kenntnis und Beachtung dazu beitragen können, unser Gesundheitssystem noch besser und effizienter zu gestalten. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch schreibt die Beachtung geschlechtsspezifischer Besonderheiten für Leistungen der Krankenkassen seit 2015 sogar vor.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat daher das Robert Koch-Institut (RKI) beauftragt, im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes eine umfangreiche Bestandsaufnahme zur Frauengesundheit zu erstellen. Bei manchen Themen knüpft das RKI dabei an einen Frauengesundheitsbericht an, der im Jahr 2001 vom damaligen Frauen- und Familienministerium veröffentlicht wurde. Entscheidend für die jetzige Themenauswahl war, dass die Thematik eine besondere Bedeutung für die Frauengesundheit hat und es aktuelle und zuverlässige Daten gibt.

Ich freue mich sehr, dass Sie den neuen Frauengesundheitsbericht in den Händen halten und danke dem RKI für die Erarbeitung. Der Bericht informiert umfassend und aktuell über verschiedene Aspekte von Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung von Frauen. Er zeichnet Lebensphasen und die vielfältigen Rollen und Lebenslagen von Frauen nach und stellt Zusammenhänge zur ihrer Gesundheit dar. Er greift Themen auf, die eine lange Forschungstradition haben, wie Unterschiede in der Lebenserwartung oder im typischen Krankheitsgeschehen, und schreibt diese mit aktuellen Daten fort. Der Bericht zeigt aber auch neue Entwicklungen auf. So untersucht er zum Beispiel die gesundheitliche Lage spezieller Gruppen, die zahlenmäßig anwachsen oder stärker wahrgenommen werden – wie alleinerziehende und pflegende Frauen oder Migrantinnen. Damit geht der Bericht über die geschlechtervergleichende Darstellung der Gesundheit von Frauen und Männern hinaus und bietet eine differenzierte Betrachtung der gesundheitlichen Situation verschiedener Gruppen von Frauen.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre und dem Bericht eine weite Verbreitung!

Jens Spahn
Bundesminister für Gesundheit,
Mitglied des Deutschen Bundestages

Mitwirkende

PROJEKTLEITUNG

Anke-Christine Saß
Franziska Prütz

PROJEKTTEAM

Anke-Christine Saß
Thomas Ziese
Franziska Prütz
Laura Krause
Sabine Ludwig
Birte Hintzpeter

REDAKTIONSASSISTENZ

Gisela Dugnus
Kerstin Möllerke

Silke Beyhl
Alexander Krönke
Antonia Meier

AUTORINNEN UND AUTOREN DES ROBERT KOCH-INSTITUTS

Susanne Bartig
Sandra Beermann
Lea-Sophie Borgmann
Angela Fehr
Birte Hintzpeter
Klaus Jansen
Susanne Jordan
Laura Krause
Benjamin Kuntz
Sabine Ludwig
Stephan Müters
Enno Nowossadeck
Kathleen Pöge
Franziska Prütz
Petra Rattay
Alexander Rommel
Livia Ryl
Anke-Christine Saß
Christian Schmidt
Stefanie Seeling
Anne Starker
Anja Takla
Dominika Urbanski
Annelene Wengler
Hendrik Wilking

BERATUNG UND BEGUTACHTUNG IM ROBERT KOCH-INSTITUT

Benjamin Barnes
Sandra Beermann
Markus. Busch
Yong Du
Jonas Finger
Judith Fuchs
Ulfert Hapke
Christin Heidemann
Heike Hölling
Klaus Jansen
Susanne Jordan
Klaus Kraywinkel
Lars Eric Kroll
Bärbel-Maria Kurth
Cornelia Lange
Thomas Lampert
Gert B. M. Mensink
Enno Nowossadeck
Kathleen Pöge
Christina Poethko-Müller
Michael Porst
Martina Rabenberg
Lukas Reitzle
Livia Ryl
Claudia Santos-Hövener
Christa Scheidt-Nave
Anja Schienkiewitz
Maria Schumann
Anne Starker
Elena von der Lippe
Annelene Wengler
Johannes Zeiher
Thomas Ziese

EXTERNE AUTORINNEN UND AUTOREN

Ann-Kristin Beyer
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Sabrina Hense
Berlin

Claudia Hornberg
Nora Feline Pösl
Ivonne Wattenberg
Rebecca Lätzsch
Universität Bielefeld

Monika Schröttle
Nadine Glade
Anna Katharina Riebe
Ksenia Meshkova
Technische Universität Dortmund

Susanne Wurm
Universitätsmedizin Greifswald

EXTERNE BERATUNG UND BEGUTACHTUNG

Franz Allerberger
Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH, Wien

Eva Bitzer
Pädagogische Hochschule Freiburg

Brigitte Borrmann
Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bochum

Elke Bruns-Philipps
Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Hannover

Petra Brzank
Hochschule Nordhausen

Matthias David
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Florian Fischer
RWU Hochschule Ravensburg-Weingarten

Raimund Geene
Alice Salomon Hochschule Berlin, Berlin School of Public Health

Ulrike Haug
Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie, Bremen

Angelika Heßling
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Jutta Hundertmark-Mayser
Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Berlin

Gabriele Kaczmarczyk
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Petra Kolip
Universität Bielefeld

Swantje Köbsell
Alice Salomon Hochschule Berlin

Monika Köster
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Ludwig Kraus
IFT Institut für Therapieforschung, München

Carolin Krems
Max Rubner-Institut, Karlsruhe

Joseph Kuhn
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim

Ulrike Maske
Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e. V., Berlin

Christa Meisinger
Universitätsklinikum Augsburg

Odile Mekel
Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bochum

Rüdiger Nübling
Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe

Sabine Oertelt-Prigione
Radboud Universität, Nijmegen (Niederlande)

Boris Orth
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Heiko Pfaff
Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Vera Regitz-Zagrosek
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Ilona Renner
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Steffi Riedel-Heller
Universität Leipzig

Nicole Rosenkötter
Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bochum

Sven Schneider
Universität Heidelberg

Monika Schröttle
Technische Universität Dortmund

Ingrid Schubert
PMV forschungsgruppe, Köln

Stefanie Sperlich
Medizinische Hochschule Hannover

Maren Stamer
Alice Salomon Hochschule Berlin

Petra Thürmann
Helios Universitätsklinikum Wuppertal

Ute Thyen
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Herman Van Oyen
Sciensano, Brüssel

Susanne Wurm
Universitätsmedizin Greifswald

Hajo Zeeb
Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie, Bremen

Angela Zink
Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin

BEREITSTELLUNG UND PRÜFUNG VON DATEN

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Statistischen Bundesamtes

Gerti Hulley-Neumann
Winfried Eberhardt

Matthias Keller
Heiko Schirrmacher

Inhaltsverzeichnis

Grußwort . . . 3

Mitwirkende . . . 4

Inhaltsverzeichnis . . . 6

Kurzfassung . . . 11

1 Einleitung . . . 17

2 Gesundheit der Frauen in Deutschland – Überblick . . . 23

2.1 Erkrankungen und Gesundheitsstörungen . . . 25
2.1.1 Lebenserwartung und Todesursachen . . . 25
2.1.2 Subjektive Gesundheit . . . 30
2.1.3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen . . . 33
2.1.4 Krebserkrankungen . . . 42
2.1.5 Diabetes mellitus . . . 52
2.1.6 Muskel- und Skelett-Erkrankungen . . . 58
2.1.7 Psychische Gesundheit . . . 66
2.1.8 Gynäkologische Erkrankungen und Operationen . . . 74
2.1.9 Infektionskrankheiten . . . 81
Exkurs: Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Frauen . . . 86

2.2 Gesundheitsverhalten . . . 92
2.2.1 Körperlich-sportliche Aktivität . . . 92
2.2.3 Körpergewicht und Körperbild . . . 100
2.2.4 Tabakkonsum . . . 106
2.2.5 Alkoholkonsum . . . 114
2.2.6 Gesundheitskompetenz . . . 120

2.3 Prävention und Gesundheitsversorgung . . . 125
2.3.1 Krebsfrüherkennung . . . 125
2.3.2 Verhaltensprävention . . . 133
2.3.3 Betriebliche Gesundheitsförderung . . . 138
2.3.4 Ambulante und stationäre Versorgung . . . 144
2.3.5 Rehabilitation . . . 150
2.3.6 Pflege . . . 154
2.3.7 Arzneimittelversorgung . . . 161
2.3.8 Selbsthilfe . . . 166
2.3.9 Frauen in Gesundheitsberufen . . . 169

3 Mädchengesundheit . . . 177

3.1 Gesundheit von Mädchen in der Kindheit (3 bis 10 Jahre) . . . 179
3.1.1 Entwicklungsaufgaben und Geschlechtsidentität in der Kindheit . . . 179
3.1.2 Subjektive Gesundheit . . . 181
3.1.3 Körperliche Gesundheit . . . 181
3.1.4 Psychische Gesundheit . . . 183
3.1.5 Gesundheitsverhalten . . . 184

3.2 Gesundheit von Mädchen im Jugendalter (11 bis 17 Jahre) . . . 185
3.2.1 Entwicklungsaufgaben, Geschlechtsidentität und körperliche Veränderungen im Jugendalter . . . 185
3.2.2 Subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität . . . 186
3.2.3 Körperliche Gesundheit . . . 187
3.2.4 Psychische Gesundheit . . . 188
3.2.5 Gesundheitsverhalten . . . 190
3.3 Sexuelle und reproduktive Gesundheit von Mädchen . . . 192
3.3.1 Menarche . . . 192
3.3.2 Sexuelle Erfahrungen . . . 193
3.3.3 Verhütungsverhalten . . . 193
3.3.4 Sexuelle Gewalt . . . 194
3.3.5 Sexualaufklärung und Beratung . . . 195
3.4 Fazit . . . 196

4 Gesundheit von Frauen zwischen Erwerbs- und Familienarbeit . . . 201

4.1 Erwerbs- und Familienarbeit und die gesundheitliche Lage von Frauen im Erwerbsalter . . . 203
4.1.1 Zusammenhänge zwischen Erwerbsarbeit, Partnerschaft,Elternschaft und der gesundheitlichen Lage von Frauen . . . 204
4.1.2 Wahrgenommene Probleme hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und die gesundheitliche Lage von Frauen . . . 207
4.2 Gesundheit von Frauen in ausgewählten sozialen Lebenslagen . . . 209
4.2.1 Junge Mütter . . . 209
4.2.2 Alleinerziehende Mütter . . . 210
4.2.3 Pflegende Frauen . . . 211
4.2.4 Arbeitslose Frauen . . . 212
4.3 Fazit . . . 213

5 Gesundheit älterer Frauen . . . 221

5.1 Einleitung . . . 221
5.2 Die Lebenssituation älterer Frauen . . . 221
5.2.1 Familienstand und wirtschaftliche Situation . . . 222
5.2.2 Einsamkeitserleben . . . 223
5.3 Gesundheitliche Lage älterer Frauen . . . 224
5.3.1 Subjektive Gesundheit . . . 224
5.3.2 Depression . . . 225
5.3.3 Demenz . . . 227
5.3.4 Multimorbidität . . . 228
5.3.5 Körperliche Funktionsfähigkeit . . . 229
5.3.6 Körperliche Gebrechlichkeit . . . 231
5.3.7 Stürze und Sturzangst . . . 231
5.4 Gesundheits- und Vorsorgeverhalten älterer Frauen . . . 233
5.4.1 Körperliche Aktivität . . . 233
5.4.2 Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung . . . 235
5.5 Fazit . . . 236

6 Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund . . . 243

6.1 Einleitung . . . 245
6.2 Frauen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Eckdaten . . . 247
6.2.1 Herkunftsländer, Aufenthaltsdauer und Motive der Migration . . . 247
6.2.2 Alters- und Familienstruktur . . . 248
6.2.3 Schulische und berufliche Qualifikation . . . 248
6.2.4 Erwerbsbeteiligung und wirtschaftliche Situation . . . 248
6.3 Gesundheitliche Situation von Frauen mit Migrationshintergrund . . . 249
6.3.1 Subjektive Gesundheit . . . 249
6.3.2 Körperliche Gesundheit . . . 249
6.3.3 Psychische Gesundheit . . . 250
6.3.4 Infektionskrankheiten . . . 252
6.4 Gesundheitsverhalten . . . 253
6.4.1 Sportliche Aktivität . . . 253
6.4.2 Übergewicht und Adipositas . . . 253
6.4.3 Tabakkonsum . . . 254
6.4.4 Alkoholkonsum . . . 255
6.5 Prävention und Gesundheitsversorgung von Frauen mit Migrationshintergrund . . . 255
6.5.1 Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen . . . 255
6.5.2 Inanspruchnahme von gynäkologischen Leistungen und Schwangerenvorsorge . . . 256
6.5.3 Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen . . . 256
6.5.4 Migration und Pflege . . . 257
6.5.5 Barrieren der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems . . . 258
6.6 Fazit . . . 258

7 Sexuelle und reproduktive Gesundheit . . . 263

7.1 Sexuelle Gesundheit . . . 266
7.1.1 Sexualität von Frauen . . . 266
7.1.2 Menstruation und Wechseljahre . . . 269
7.1.3 Infektionen der Scheide und der Harnwege . . . 272
7.1.4 Sexuelle Funktionsstörungen . . . 272
7.2 Familienplanung und Verhütung . . . 274
7.2.1 Familienplanung und -realisierung . . . 275
7.2.2 Verhütung . . . 277
7.3 Schwangerschaftsabbruch . . . 278
7.3.1 Gesetzliche Regelungen . . . 279
7.3.2 Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen und zeitliche Entwicklung . . . 280
7.3.3 Hintergründe zum Schwangerschaftsabbruch . . . 282
7.3.4 Versorgung, Komplikationen und Verarbeitung . . . 282
7.4 Ungewollte Kinderlosigkeit . . . 283
7.4.1 Häufigkeit und Ursachen . . . 284
7.4.2 Versorgungsangebote, Inanspruchnahme und Ergebnisse . . . 285
7.4.3 Psychosoziale Belastungen, Folgen . . . 289
7.5 Schwangerschaft und Geburt . . . 289
7.5.1 Geburtenentwicklung . . . 290
7.5.2 Schwangerschaft . . . 290
7.5.3 Geburt . . . 293
7.5.4 Wochenbett . . . 294
7.6 Fazit . . . 295

8 Gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen . . . 307

8.1 Gewalt und Frauengesundheit . . . 309
8.2 Ausmaß von Gewalt gegen Frauen . . . 310
8.3 Risikofaktoren für Gewalt gegen Frauen . . . 312
8.4 Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen . . . 313
8.4.1 Verletzungsfolgen . . . 314
8.4.2 Körperliche und psychosomatische Folgen . . . 315
8.4.3 Psychische und psychosoziale Folgen . . . 315
8.4.4 Auswirkungen auf die reproduktive Gesundheit . . . 316
8.4.5 Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten und soziale Beziehungen . . . 317
8.5 Kosten von Gewalt . . . 317
8.6 Fazit . . . 318

9 Gesundheit von Frauen mit Behinderungen . . . 323

9.1 Einleitung . . . 325
9.2 Begriffsbestimmung und rechtliche Grundlagen . . . 325
9.3 Häufigkeit, Ursachen und Formen von Behinderung . . . 327
9.4 Lebenslagen von Frauen mit Behinderungen . . . 329
9.5 Gesundheit von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen . . . 331
9.5.1 Gesundheitliche Lage . . . 331
9.5.2 Gesundheitsverhalten . . . 332
9.5.3 Gesundheitsversorgung . . . 333
9.6 Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Selbstbestimmung . . . 338
9.7 Gewalterfahrungen . . . 339
9.8 Fazit . . . 339

10 Frauengesundheit im europäischen Vergleich . . . 345

10.1 Einleitung . . . 347
10.1.1 Was bringt der Blick nach Europa? . . . 347
10.1.2 Datenquellen zur Gesundheit in der Europäischen Union . . . 348
10.1.3 Frauengesundheit und europäische Gesundheitspolitik . . . 349
10.2 Gesundheitliche Situation von Frauen im europäischen Vergleich . . . 350
10.2.1 Lebenserwartung und gesunde Lebensjahre . . . 350
10.2.2 Subjektive Gesundheit . . . 352
10.2.3 Körperliche Gesundheit . . . 353
10.2.4 Psychische Gesundheit . . . 359
10.3 Gesundheitsverhalten . . . 360
10.3.1 Körperliche Aktivität . . . 360
10.3.2 Übergewicht und Adipositas . . . 362
10.3.3 Tabakkonsum . . . 363
10.3.4 Alkoholkonsum . . . 365
10.4 Prävention und Gesundheitsversorgung . . . 366
10.5 Fazit . . . 368

11 Zusammenfassung und Fazit . . . 373

Datenquellen . . . 383

Impressum . . . 392

Kurzfassung

Wichtige Krankheiten und Gesundheitsstörungen

Zwei Drittel der Frauen in Deutschland bewerten ihre Gesundheit als gut oder sehr gut; ein etwas niedrigerer Anteil als bei Männern. Mit höherem Alter wird die Gesundheit schlechter eingeschätzt: Nur knapp die Hälfte der Frauen ab 65 Jahren nimmt die eigene Gesundheit als gut oder sehr gut wahr. In den letzten 20 Jahren hat sich die selbsteingeschätzte Gesundheit deutlich verbessert, besonders bei älteren Frauen. Bei den 60- bis 69-Jährigen stieg der Anteil der Frauen mit guter oder sehr guter subjektiver Gesundheit zwischen 1994 und 2016 um fast 13 Prozentpunkte. Eine positive Entwicklung zeigt sich auch bei der mittleren Lebenserwartung von Frauen, die seit vielen Jahrzehnten ansteigt, allein seit 1991 um 4,3 Jahre. Derzeit beträgt sie 83,3 Jahre und ist damit um 4,8 Jahre höher als die der Männer, die Geschlechterunterschiede werden jedoch geringer.

Die häufigste Todesursache bei Frauen sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, auf die rund 40 % aller Todesfälle zurückzuführen sind. Trotzdem gelten Herz-Kreislauf-Erkrankungen weiterhin als eher „männliche“ Erkrankungen und Frauen unterschätzen häufig ihr Erkrankungsrisiko. Sterblichkeit und Neuerkrankungen an koronarer Herzkrankheit sind aufgrund verbesserter Therapien und eines gesundheitsbewussteren Verhaltens bei Frauen und Männern zurückgegangen. Auch für die meisten Krebserkrankungen – die zweithäufigste Todesursache bei Frauen – haben Neuerkrankungsraten und Sterblichkeit abgenommen. Eine Ausnahme ist Lungenkrebs; hier gibt es bei Frauen einen Anstieg, der auf die Zunahme des Rauchens in den 1980er- und 1990er-Jahren zurückzuführen ist. Diabetes hat aufgrund seiner weiten und ansteigenden Verbreitung ebenfalls eine große Bedeutung für die Frauengesundheit. Frauen haben seltener einen unerkannten Diabetes und sind weniger häufig von Diabetes-Spätfolgen betroffen als Männer. Allerdings erhöht sich bei Frauen das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Vorliegen eines Diabetes stärker als bei Männern. Zu den Erkrankungen, von denen Frauen häufiger betroffen sind, gehören Muskel- und Skelett-Erkrankungen – vor allem Arthrose, Osteoporose und rheumatoide Arthritis – sowie eine Reihe psychischer Erkrankungen wie Depression, Angststörungen und Essstörungen. Auch sind Suizidversuche bei Frauen häufiger als bei Männern, die Anzahl der vollzogenen Suizide ist jedoch geringer. Gutartige gynäkologische Erkrankungen haben einen großen Einfluss auf die Lebensqualität und das Körpererleben von Frauen. Zu diesen gehören Endometriose, Myome der Gebärmutter und die Gebärmuttersenkung. Diese sind zwar häufig, jedoch gibt es nur wenige belastbare Daten zu Prävalenz, Einflussfaktoren und Versorgung. Zu den speziell für Frauen relevanten Infektionskrankheiten gehören Infektionen mit Humanen Papillomviren (HPV), Chlamydien und Toxoplasma.

Während der finalen Bearbeitung des Berichts breitete sich das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 mit großer Geschwindigkeit in der gesamten Welt aus. Internationale Befunde weisen auf mögliche Geschlechterunterschiede bei Corona-Infektionen und der Mortalität an COVID-19 hin, deren Ausmaß und Ursachen detaillierter untersucht werden müssen. In den Ländern, in denen nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten vorliegen, zeigt sich, dass Männer häufiger an einer COVID-19-Erkrankung sterben und schwerere Symptome entwickeln.

Gesundheitsverhalten

Frauen verhalten sich oftmals gesundheitsbewusster als Männer. So rauchen Frauen im Vergleich zu Männern nicht nur seltener täglich oder gelegentlich, sie rauchen auch seltener stark, also 20 oder mehr Zigaretten am Tag. Frauen trinken weniger Alkohol als Männer und sind seltener von alkoholbezogenen Störungen wie Missbrauch und Abhängigkeit betroffen. Darüber hinaus ernähren sich Frauen ausgewogener: Im Vergleich zu Männern greifen sie häufiger zu gesunden Lebensmitteln wie Obst und Gemüse sowie Wasser als Getränk. Wird die körperlich-sportliche Aktivität betrachtet, zeigt sich hinsichtlich transportbezogener Aktivitäten, dass Frauen im Vergleich zu Männern seltener alltägliche Wege (z. B. zur Arbeit), mit dem Fahrrad oder zu Fuß zurücklegen. Auch sind Frauen in der Freizeit seltener sportlich aktiv als Männer. Hinsichtlich arbeitsbezogener körperlicher Aktivitäten bei bezahlten und unbezahlten Tätigkeiten, wie Heben und Tragen in der

Krankenpflege oder auch Haus- und Gartenarbeit, finden sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Lebensstilfaktoren wie das Ernährungs- und Bewegungsverhalten beeinflussen das Körpergewicht. Während Frauen seltener übergewichtig sind als Männer (53,0 % bzw. 67,1 %), sind die Geschlechter mit jeweils rund 23,0 % gleich häufig adipös. Aufgrund der weiten Verbreitung und der gesundheitlichen Risiken zählt insbesondere Adipositas aus Public-Health-Sicht zu den wichtigsten Gesundheitsproblemen von Frauen. Demgegenüber kommt Untergewicht deutlich seltener vor (2,3 %); insbesondere jüngere Frauen sind davon betroffen. Der gesellschaftliche Druck schlank zu sein, kann zu einer Verinnerlichung des bestehenden gesellschaftlichen Schönheitsideals führen und mit einem negativen Körperbild einhergehen. Von den untergewichtigen Frauen hält sich ein Viertel für „genau richtig", von den normalgewichtigen Frauen hält sich mehr als ein Drittel für „zu dick". Unterschiede im Gesundheitsverhalten zeigen sich nach Alter, Bildung, Erwerbsstatus und Familienform der Frauen. Entscheidend geprägt wird das Gesundheitsverhalten durch soziokulturelle Bedingungen, Geschlechterrollen und entsprechende Rollenerwartungen. So entstehen Geschlechterunterschiede im Tabakkonsum durch unterschiedliche soziokulturell bedingte Verhaltensweisen, weil das Rauchen aufgrund von gesellschaftlichen Normen bei Frauen lange Zeit tabuisiert war. Darüber hinaus reagieren Frauen und Männer biologisch unterschiedlich auf die enthaltenen Stoffe im Tabakrauch. Frauen sind aufgrund ihrer höheren Empfindlichkeit gegenüber Tabakrauch stärker gefährdet für tabakassoziierte Folgeerkrankungen.

Prävention und Gesundheitsversorgung

Gesundheitsförderung zielt darauf ab, Ressourcen für die Gesunderhaltung zu stärken, Prävention auf die Vermeidung von Erkrankungen. Eine wichtige Präventionsmaßnahme ist die Krebsfrüherkennung, die zum Ziel hat, Krebserkrankungen in einem möglichst frühen Stadium zu entdecken und so letztlich die krankheitsspezifische Sterblichkeit zu verringern. Im jeweils dafür vorgesehenen Untersuchungsintervall wird die Früherkennung auf Gebärmutterhalskrebs von etwa der Hälfte der anspruchsberechtigten Frauen in Anspruch genommen, eine Mammographie von drei Viertel der Frauen. Rund ein Fünftel der Frauen in Deutschland nimmt innerhalb eines Jahres an mindestens einer Maßnahme zur Verhaltensprävention in den Bereichen Ernährung, Bewegung oder Stressbewältigung/Entspannung teil, ein höherer Anteil als bei Männern. Auch Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Rückengesundheit, zur Ernährung und zur Stressbewältigung/Entspannung werden von Frauen häufiger genutzt als von Männern. Allerdings nehmen junge Frauen, Frauen aus der unteren Bildungsgruppe und Alleinerziehende verhaltenspräventive Maßnahmen seltener in Anspruch. Und von den Krankenkassen geförderte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden vor allem in Betrieben angeboten, in denen mehr Männer beschäftigt sind. Somit könnten der Ausbau und die zielgruppengerechte Gestaltung der Maßnahmen zur Geschlechtergerechtigkeit und Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.

Eine höhere Inanspruchnahme durch Frauen zeigt sich nicht nur mit Blick auf Gesundheitsförderung und Prävention, sondern auch in der Gesundheitsversorgung. Rund 91 % der Frauen und 84 % der Männer nehmen innerhalb eines Jahres ambulante ärztliche Versorgungsleistungen in Anspruch, rund 17 % der Frauen und 15 % der Männer werden im Krankenhaus behandelt. Die besonders im jüngeren Alter höhere Inanspruchnahme bei Frauen wird zum einen auf die Nutzung gynäkologischer und geburtshilflicher Leistungen, zum anderen auf eine andere Wahrnehmung von Gesundheit und eine höhere Bereitschaft, ärztliche Hilfe zu suchen und anzunehmen, zurückgeführt. Die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen, die Teilnahme an Selbsthilfegruppen und der Gebrauch von Arzneimitteln, sowohl mit ärztlicher Verordnung als auch in Selbstmedikation, sind ebenfalls bei Frauen höher als bei Männern. Hinsichtlich der Arzneimittel ist hervorzuheben, dass auch bei der Wirkung von Arzneimitteln Geschlechterunterschiede bestehen. Diese sollten, um die Arzneimitteltherapiesicherheit bei Frauen zu gewährleisten, in der Therapie, aber auch in der Forschung berücksichtigt werden.

Geschlechterunterschiede gibt es auch in der Pflege: Rund zwei Drittel der Pflegebedürftigen sind Frauen, u. a. aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung, und auch die Pflege nahestehender

Personen wird überwiegend von Frauen ausgeübt. Dass es Teil der weiblichen Geschlechterrolle ist, für die Sorge um andere („Care“) zuständig zu sein, zeigt sich auch daran, dass Frauen die Mehrheit der Beschäftigten in den Gesundheitsberufen bilden. In Berufen wie Arzt- und Praxishilfe oder Altenpflege mit Frauenanteilen von 98 % bzw. 85 % ist dies besonders deutlich. Dennoch bleiben Frauen in höheren beruflichen Positionen (z. B. Oberärztinnen, Chefärztinnen) unterrepräsentiert.

Gesundheit im Lebensverlauf

In der Kindheit und Jugend werden wesentliche Grundlagen für die Gesundheit in späteren Jahren gelegt. Bereits in dieser Lebensphase sind Unterschiede in der Gesundheit zwischen Mädchen und Jungen festzustellen. In der Kindheit sind Mädchen gesünder und medizinisch unauffälliger als Jungen. Im Alter von 7 bis 10 Jahren sind sie z. B. seltener von Asthma bronchiale, Heuschnupfen und psychischen Auffälligkeiten betroffen als Jungen. Im Jugendalter – wie auch die Kindheit insgesamt eine gesunde Lebensphase – kehrt sich das Geschlechterverhältnis in Bezug auf den Gesundheitszustand um. Mädchen leiden im Vergleich zu Jungen häufiger unter Schmerzen, Schlafstörungen und Schwindel. Sie weisen auch häufiger Hinweise auf Essstörungen und Symptome von Depression und Angst auf. Mädchen berichten deutlich häufiger als Jungen, oft Stress zu erleben und mit ihrem Körper und Aussehen unzufrieden zu sein. Sie übernehmen in der Pubertät auch hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes und Gesundheitsverhaltens zunehmend weibliche Rollenbilder, was positive und negative Aspekte umfasst. So treiben sie im Vergleich zu Jungen zwar seltener Sport, essen dafür aber mehr Obst und Gemüse.

Viele Frauen im erwerbsfähigen Alter stehen vor der Aufgabe, Berufstätigkeit und Kindererziehung oder die Pflege von Angehörigen miteinander zu vereinbaren. Erwerbstätige Frauen schätzen ihre Gesundheit oftmals etwas besser ein als nicht erwerbstätige Frauen; dies gilt auch für Mütter mit minderjährigen Kindern. Treten allerdings Konflikte hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf auf, kann sich dies negativ auf die Gesundheit auswirken. Junge Mütter, alleinerziehende Mütter, arbeitslose Frauen sowie Frauen, die Angehörige pflegen, sind besonderen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt. Eine nachhaltige Familien-, Sozial- und Arbeitspolitik kann dazu beitragen, eine Balance zwischen Erwerbs- und Familienarbeit zu schaffen und so die Gesundheit von Frauen im mittleren Erwachsenenalter fördern.

Im Alter sind deutlich mehr Frauen als Männer alleinlebend, im Einsamkeitserleben zeigen sich jedoch keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Fast die Hälfte der Frauen ab 65 Jahren bewertet ihre Gesundheit als gut oder sehr gut. Im Zeitverlauf zeichnet sich ein Trend hin zu einer besseren subjektiven Gesundheit ab. Gut die Hälfte der Frauen ab 65 Jahren ist von Gelenk-, Knochen-, Bandscheiben- oder Rückenleiden betroffen, etwa jede dritte Frau berichtet über Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Augenleiden. Das führt oft dazu, dass mehrere Medikamente eingenommen werden müssen (Polypharmazie). Die im Alter am meisten verbreiteten psychischen Erkrankungen sind Demenz und Depression; sie betreffen jedoch meist erst Frauen im hohen Alter ab 85 Jahren. Rund die Hälfte der älteren Frauen ab 65 Jahren hat eine Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht, mehr als jede Dritte eine Betreuungsverfügung.

Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund

Fast 25 % der Frauen in Deutschland haben einen Migrationshintergrund, d. h. sie selbst oder mindestens ein Elternteil besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt. Ihr Durchschnittsalter liegt mit 36 Jahren etwa zehn Jahre unter dem Alter der Frauen ohne Migrationshintergrund. Frauen mit Migrationshintergrund sind eine sehr vielfältige Gruppe. Migrationsspezifische Faktoren, z. B. Herkunftsland, Aufenthaltsdauer, Motiv der Migration, und soziodemografische Faktoren, z. B. Bildung, Einkommen, Familienform, beeinflussen ihre Lebensumstände in Deutschland und auch den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. Frauen mit Migrationshintergrund sind im Durchschnitt seltener von chronischen körperlichen Erkrankungen wie Diabetes betroffen, leiden aber häufiger an einer depressiven Symptomatik. Im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund konsumieren sie seltener Alkohol in riskanten Mengen, sie sind allerdings auch seltener sportlich aktiv. Unterschiede in der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems und der Qualität der Behandlung sind insbesondere auf sprachliche Barrieren

zurückzuführen. Die Datenlage zur Gesundheit von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund ist nach wie vor unzureichend, insbesondere im Bereich der Versorgungsforschung bestehen Lücken.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Sexualität ist ein Grundbestandteil von Gesundheit. Sexuelle und reproduktive Gesundheit umfasst eine Vielzahl von Themen, zwischen denen vielfältige Verknüpfungen existieren. Sexualität findet meist in festen Beziehungen statt. Dauerhaftigkeit und Treue in einer Partnerschaft werden in allen Lebensphasen hoch bewertet. In Folge der sexuellen Revolution in den 1960er- und 1970er-Jahren sind Restriktionen zurückgegangen und individuelle Freiräume entstanden. Dennoch scheint in der heutigen Zeit auf beiden Geschlechtern ein neuer Druck zu lasten, im Sinne einer sexuellen Selbstoptimierung sexuell kompetent und erfolgreich zu sein.

Die reproduktive Phase umfasst bei Frauen die Zeit zwischen dem Beginn (Menarche) und dem Ende der Regelblutungen (Menopause). Knapp die Hälfte der Mädchen hat mit 12 Jahren die erste Regelblutung. Der Eintritt der Menopause liegt in Deutschland im Durchschnitt bei knapp 50 Jahren. Die Inanspruchnahme von Hormontherapie in den Wechseljahren ist seit Anfang der 2000er-Jahre deutlich zurückgegangen. Charakteristisch für das reproduktive Verhalten in Deutschland sind ein niedriges Geburtenniveau und ein Aufschub der ersten Geburt in ein höheres Lebensalter. Die Mehrzahl der Frauen wendet Methoden zur Empfängnisverhütung an. Während Jüngere vor allem mit dem Kondom oder der Pille verhüten, nimmt mit steigendem Alter der Gebrauch der Spirale zu. Die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche ist seit 2001 zurückgegangen. Die meisten Abbrüche finden nach der sogenannten Beratungsregelung innerhalb von zwölf Schwangerschaftswochen nach Empfängnis statt. Etwa ein Viertel der kinderlosen Frauen im reproduktiven Alter ist ungewollt kinderlos. 2018 wurden fast 107.000 Behandlungszyklen von künstlicher Befruchtung durchgeführt, bei einem starken Anstieg in den letzten 15 Jahren. 787.523 Kinder wurden 2018 in Deutschland lebend geboren. 30,5 % der Klinikgeburten im Jahr 2017 waren Kaiserschnitte. Nach einem starken Anstieg der Kaiserschnittraten in den 1990er- und 2000er-Jahren zeichnet sich mittlerweile ein leichter Rückgang ab und es gibt zahlreiche Initiativen zur Förderung einer physiologischen Geburt.

Gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen

35 % der Frauen in Deutschland ist seit dem 16. Lebensjahr körperliche und/oder sexuelle Gewalt widerfahren; diese ging überwiegend von Partnern oder Ex-Partnern aus. Gewaltbetroffenheit bei Frauen ist unabhängig vom sozioökonomischen Status; bestimmte Gruppen sind stärker gefährdet, z. B. Frauen in Trennungssituationen und Frauen mit Behinderungen. Etwa die Hälfte der gewaltbetroffenen Frauen erleidet in Folge körperlicher oder sexueller Gewalt Verletzungen in unterschiedlichem Ausmaß. Zu den körperlichen und psychosomatischen Folgen von Gewalt gegen Frauen zählen u. a. chronische Schmerzen, Atemwegserkrankungen und gynäkologische Beschwerden. Zu den psychischen Folgen zählen insbesondere die Ausbildung einer Depression, einer Posttraumatischen Belastungsstörung, Essstörung, Angststörung, aber auch Angstsymptome, Stresssymptome und Suizidalität. Frauen, die im Lebensverlauf körperlicher, sexueller und/oder psychischer Gewalt ausgesetzt waren, bewerten den eigenen Gesundheitszustand im Vergleich zu nicht betroffenen Frauen schlechter. In Deutschland gibt es ein Netz an Unterstützungseinrichtungen für gewaltbetroffene Frauen. Punktuell wurden jedoch Versorgungslücken und Zugangsschwierigkeiten beobachtet. Medizinischem Personal kommt eine besonders wichtige Rolle bei der Aufdeckung der Gewaltbetroffenheit und der Vermittlung von Hilfsangeboten zu. Die Istanbul-Konvention zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt trat im Februar 2018 in Deutschland in Kraft. Sie fordert umfassende Maßnahmen zur Intervention, Prävention und Unterstützung betroffener Frauen.

Gesundheit von Frauen mit Behinderungen

Fünf Millionen Frauen und Mädchen (12 % der weiblichen Bevölkerung) haben eine amtlich anerkannte Behinderung, bei 3,8 Millionen liegt eine Schwerbehinderung vor. Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen sind eine heterogene Gruppe, in der ganz unterschiedliche gesundheitliche Situationen und Bedarfe

existieren. Im Durchschnitt schätzen sie ihre Gesundheit schlechter ein und weisen höhere psychische Belastungen auf als Frauen ohne Beeinträchtigungen oder Behinderungen; dies kann u. a. damit zusammenhängen, dass sie stärker von Gewalt und Diskriminierung betroffen sind. Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen haben einen größeren Bedarf an Leistungen der Gesundheitsversorgung und nehmen diese stärker in Anspruch. Gleichzeitig besteht für sie ein eingeschränkter Zugang durch Mangel an barrierefreien Versorgungsangeboten. Dies gilt auch für die gynäkologische Versorgung. Nach wie vor sind eine selbstbestimmte Sexualität, Partnerschaft und Elternschaft sowie deren gesellschaftliche Akzeptanz für Frauen mit Behinderungen wichtige Ziele. Dies gilt besonders für Frauen, die in Wohneinrichtungen leben. Zudem besteht ein großer Bedarf an Sexualaufklärung und adressatinnengerechter Beratung. Von hoher Relevanz ist zudem der Schutz vor (sexueller) Gewalt: Frauen und Mädchen mit Behinderungen sind im Lebensverlauf deutlich häufiger von Gewalt betroffen und erleben zwei- bis dreimal so oft sexuelle Übergriffe wie Frauen und Mädchen ohne Behinderungen. Sexuelle Selbstbestimmung ist nicht zuletzt eine wesentliche Grundlage für die Prävention sexueller Gewalt. Um Maßnahmen gezielt entwickeln zu können, sollte die Datenlage zur Gesundheit von Frauen mit Behinderungen verbessert werden.

Frauengesundheit im europäischen Vergleich

Die mittlere Lebenserwartung von Frauen liegt in Deutschland mit mehr als 83 Jahren so hoch wie der Durchschnitt der Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU). Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache für Frauen in Europa, gefolgt von Krebserkrankungen. Ergebnisse der Studie Global Burden of Disease zeigen, dass in der Euro-Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die ischämischen Herzerkrankungen die größte Krankheitslast bei Frauen verursachen. Beeinflussbare Risikofaktoren sind weit verbreitet: Mehr als 44 % der Frauen in den EU-Mitgliedstaaten sind übergewichtig oder adipös. Beim Anteil der Frauen mit monatlichem Rauschtrinken steht Deutschland mit knapp 19 % an zweiter Stelle der EU-Staaten. Allerdings ist der Anteil der Frauen, die gesundheitsförderlich körperlich aktiv sind, in Deutschland mit rund 22 % mehr als doppelt so hoch wie im europäischen Durchschnitt. Die EU-Mitgliedstaaten stehen vor ähnlichen Herausforderungen: der demografische Wandel, die damit einhergehende Zunahme chronischer Erkrankungen und der Anspruch, gesundheitsförderliches Verhalten zu unterstützen und gesundheitsfördernde Lebenswelten zu gestalten. Ein EU-weiter Vergleich der Daten zur Frauengesundheit kann dazu beitragen, voneinander zu lernen.

Einleitung

KAPITEL 1

1 Einleitung

Mehr als 35 Millionen Frauen leben in Deutschland. Ihre Lebenslagen sind sehr unterschiedlich. Alter, Bildung, Berufstätigkeit, Einkommen, Familienform, kultureller Hintergrund und viele weitere Aspekte tragen dazu bei. All diese Faktoren haben auch Einfluss auf die Gesundheit. Und ebenso wie die sozialen Lebenslagen sehr vielfältig sind, ist auch die gesundheitliche Lage der Frauen sehr unterschiedlich. Der vorliegende Bericht „Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland" enthält umfassende und aktuelle Informationen zum Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und zur Gesundheitsversorgung von Frauen in Deutschland. Berichtet wird über Frauen aller Altersgruppen und in einem Kapitel über die Gesundheit von Mädchen. Der Bericht wurde von der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) und unter Mitarbeit zahlreicher Kolleginnen und Kollegen der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts (RKI) erstellt. Viele externe Expertinnen und Experten sowie Kolleginnen und Kollegen aus anderen Abteilungen des RKI beteiligten sich mit Texten und Reviews.

Geschlecht und Gesundheit

Warum der Blick speziell auf die Frauengesundheit? Der große Einfluss von Geschlecht auf Gesundheit ist mittlerweile gut untersucht und belegt. Ausgehend von der Frauengesundheitsbewegung, die sich in den 1970er-Jahren formierte, ist geschlechterbezogene gesundheitliche Ungleichheit ein wichtiges Thema auf der Agenda von Gesundheitsforschung und Gesundheitspolitik. Dabei rückte auch die Unterscheidung von zwei Aspekten von Geschlechtlichkeit ins Blickfeld: das biologische Geschlecht (Sex) und das soziokulturelle Geschlecht (Gender). Im vorliegenden Bericht wurde versucht, insbesondere bei der Erklärung von Befunden, zwischen den biologischen und sozialen Aspekten von Weiblichkeit zu differenzieren.

Im Jahr 2001 wurde der erste „Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland" publiziert. Er entstand als Verbundprojekt von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus fünf Forschungseinrichtungen in Deutschland und wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert. Der Bericht informiert über ein großes Spektrum von Gesundheitsthemen und damit verbundenen Aspekten der Lebenslage. Viele Themen des Berichts, z. B. Schwangerschaft und Familienplanung werden im vorliegenden Bericht fortgeschrieben.

Ausgangspunkt der Beschäftigung mit Frauengesundheit war – und ist auch im aktuellen Frauengesundheitsbericht – der Vergleich von Frauen und Männern. Neben unterschiedlichen Erkrankungshäufigkeiten lassen sich geschlechtsbezogene Unterschiede im gesundheitsrelevanten Verhalten und bei der Gesundheitsversorgung feststellen. Frauen und Männer unterscheiden sich oftmals auch in der Wahrnehmung, Bewertung und Kommunikation von Symptomen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Die Ursachen sind vor allem sozialer und gesellschaftlicher Natur: unterschiedliche Lebens- und Arbeitsbedingungen der Geschlechter, oftmals historisch gewachsen und reproduziert in Form von Rollenbildern und Erwartungen. Biologische Geschlechterunterschiede und die sozialen Einflussfaktoren für Gesundheit und Krankheit sind eng miteinander verknüpft.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der durch die gegenwärtigen gesellschaftspolitischen Debatten an Bedeutung gewonnen hat, ist die geschlechtliche und sexuelle Vielfalt. Der Geschlechtervergleich zwischen Frauen und Männern vernachlässigt z. B. die gesundheitlichen Bedarfe von trans- und intergeschlechtlichen (TI) Menschen. Diese überschneiden sich in Teilen mit Versorgungsbedarfen von lesbischen, schwulen, bisexuellen und queeren (LSBQ) Personen. LSBTIQ-Personen teilen die Erfahrung, dass sie in einer heteronormativ ausgerichteten Gesellschaft verstärkt Diskriminierung und Benachteiligung ausgesetzt sind. Heteronormativität beschreibt die Vorstellung, es gebe nur zwei biologisch und sozial übereinstimmende Geschlechter (Frauen und Männer), die in ihrer sexuellen Orientierung aufeinander bezogen sind.

Geschlecht und Gesundheit in der GBE

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes beschäftigt sich in ihren Berichten immer wieder mit dem Einfluss von Geschlecht auf Gesundheit.

In allen GBE-Publikationen werden die Befunde standardmäßig nach Geschlecht berichtet, mehrere GBE-Themenhefte zu speziellen Frauen- und Männerkrankheiten wurden Mitte der 2000er-Jahre publiziert. Eine neue Qualität der Berichterstattung über Geschlechterunterschiede in der Gesundheit wurde mit der Empfehlung der damaligen Kommission Gesundheitsberichterstattung Anfang der 2000er-Jahre eingefordert: Die Umsetzung des Gender-Mainstreaming-Prinzips als Strategie für eine geschlechtersensible Berichterstattung. Eine geschlechtersensible GBE geht über den reinen Geschlechtervergleich zwischen Frauen und Männern hinaus, indem sie gesellschaftliche Rahmenbedingungen beleuchtet und versucht, Erklärungsansätze für die geschlechterbezogenen Unterschiede in der Gesundheit anzubieten. Diesen Anspruch verfolgte die GBE z. B. in den Berichten „Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter“ (2005) und „Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland“ (2014).

Der nun vorliegende Frauengesundheitsbericht knüpft an diese Art der Berichterstattung an. Ausgehend von der geschlechtervergleichenden Darstellung wird die Gesundheit von Gruppen von Frauen beschrieben, Einflussfaktoren und Rahmenbedingungen werden dargestellt und soweit vorhanden werden Erklärungsansätze diskutiert. Gerade im Bereich der Erklärungen besteht an vielen Stellen noch Forschungsbedarf. Dabei werden alle Personen in den Blick genommen, die sich hinsichtlich ihrer geschlechtlichen Identität als weiblich verorten. Informationen zur Gesundheit von LBTIQ-Personen sind im Schwerpunkt in den Kapiteln zur psychischen Gesundheit, zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit und zur ambulanten und stationären Versorgung enthalten. Allerdings gibt es bisher kaum belastbare Daten zur LBTIQ-Gesundheit.

Inhalt des Berichts und Gliederung

Der vom Bundesgesundheitsministerium geförderte Bericht „Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland“ enthält auf rund 400 Seiten Informationen zu zahlreichen wichtigen Aspekten der Frauengesundheit. Er greift Themen auf, die eine lange Forschungstradition haben, wie Unterschiede in der Sterblichkeit oder im Herzinfarktgeschehen. Diese werden mit aktuellen Daten fortgeschrieben. Der Bericht zeigt auch neue Entwicklungen auf, z. B. die Gesundheit von speziellen Gruppen, die zahlenmäßig anwachsen oder stärker wahrgenommen werden, wie Frauen mit Migrationshintergrund, alleinerziehende Mütter und pflegende Frauen.

Damit die Themen in der nötigen Tiefe betrachtet werden können, musste eine Auswahl getroffen werden: Public-Health-Relevanz, Aktualität und Verfügbarkeit von validen Daten waren hier die Leitkriterien. In zahlreichen Diskussionen mit Expertinnen und Experten im RKI, mit der Kommission Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsmonitoring sowie mit Vertreterinnen von Frauenverbänden und organisationen wurde die Themenauswahl getroffen und abgestimmt. Für die ausgewählten Themen werden ausgehend von den Prävalenzen Interpretationen angeboten, Erklärungsansätze diskutiert und die jeweiligen Rahmenbedingungen betrachtet. Dabei geht der Bericht über die geschlechtervergleichende Darstellung der Gesundheit von Frauen und Männern (differences between) hinaus und beschreibt geschlechtersensibel Subgruppen von Frauen (differences within).

Der Frauengesundheitsbericht besteht aus einem allgemeinen Teil, der einen Überblick über die Gesundheit der Frauen in Deutschland mit den Daten der Gesundheitsberichterstattung gibt, sowie aus acht Fokuskapiteln, in denen ausgewählte wichtige Aspekte der Frauengesundheit behandelt werden. Der allgemeine Teil Gesundheit der Frauen in Deutschland – Überblick (Kapitel 2) ist in seiner Gliederung ähnlich angelegt wie der 2015 veröffentlichte GBE-Bericht „Gesundheit in Deutschland“. Er besteht aus drei Unterkapiteln, in denen Erkrankungen und Gesundheitsstörungen (2.1), das Gesundheitsverhalten (2.2) sowie Prävention und Gesundheitsversorgung (2.3) von Frauen dargestellt werden.

In den Fokus-Kapiteln (Kapitel 3 bis 10) werden, ergänzend zur Basisberichterstattung im ersten Teil, thematische Schwerpunkte beleuchtet: Die Gesundheit im Lebensverlauf betrachten die Fokus-Kapitel Mädchengesundheit (3), Gesundheit von Frauen zwischen Erwerbs- und Familienarbeit (4), Gesundheit älterer Frauen (5). Es folgen die Fokus-Kapitel Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund (6), Sexuelle und reproduktive Gesundheit (7), Gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt

gegen Frauen (8), Gesundheit von Frauen mit Behinderungen (9) und Frauengesundheit im europäischen Vergleich (10). Eine Zusammenfassung mit Fazit schließt den Bericht ab. Eine Kurzfassung der Berichtsinhalte finden Sie vorn im Bericht.

Für den Bericht wurden Querschnittsaspekte definiert, die – soweit es die Datenlage erlaubt – in den Kapiteln aufgegriffen werden: Generell werden die Ergebnisse altersdifferenziert berichtet, oftmals konnten zeitliche Entwicklungen dargestellt werden. Je nach Fragestellung wurden weitere Querschnittsaspekte einbezogen, z. B. Erwerbstätigkeit, Familienform, Bildung, sozioökonomischer Status, sexuelle Orientierung.

Datengrundlagen und Qualitätssicherung

Der GBE-Bericht „Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland“ wurde auf einer umfassenden Daten- und Informationsgrundlage erstellt. Wie bei allen Publikationen der Gesundheitsberichterstattung werden nur aussagekräftige (belastbare, repräsentative, qualitätsgesicherte) Daten und Ergebnisse berücksichtigt. Eine zentrale Datengrundlage sind die Daten des Gesundheitsmonitorings. Seit 2008 gibt es am RKI ein Gesundheitsmonitoring, das Untersuchungs- und Befragungssurveys für alle Altersgruppen umfasst. Mit den bundesweiten Studien sind sowohl bevölkerungsbezogene Querschnittsanalysen und Trendaussagen möglich, als auch längsschnittliche Auswertungen. Durch die Erhebung von Gesundheitsdaten zusammen mit sozialen und demografischen Angaben, Risiko- und Schutzfaktoren ergeben sich breite Auswertungsmöglichkeiten für die Gesundheit im Lebensverlauf.

Neben den Monitoringstudien wurde für den vorliegenden Bericht das gesamte Datenspektrum der Gesundheitsberichterstattung genutzt: amtliche Statistiken (z. B. Todesursachenstatistik, Krankenhausdiagnosestatistik), Daten aus Krankheitsregistern (z. B. Krebsregisterdaten), Routinedaten der Sozialversicherungsträger (z. B. gesetzliche Krankenversicherung), sozialwissenschaftliche Erhebungen (z. B. Sozio-oekonomisches Panel) sowie weitere Gesundheitssurveys und epidemiologische Studien. Für bestimmte Fragestellungen erstellte das Statistische Bundesamt Sonderauswertungen. Alle amtlichen Daten, die im Bericht verwendet werden, wurden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Statistischen Bundesamtes geprüft. Redaktionsschluss für alle im Bericht verwendeten Datenquellen des Statischen Bundesamtes ist der 1. April 2020.

Die Kapitel dieses Berichts haben eine umfassende Qualitätssicherung durchlaufen. Unser besonderer Dank gilt den Mitgliedern der Kommission Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsmonitoring, die einen großen Teil der Kapitel begutachtet haben. Darüber hinaus haben sie den Prozess der Entstehung des Berichts begleitet und viele wichtige Hinweise gegeben. Alle am Bericht Beteiligten, sowohl die Autorinnen und Autoren als auch die Mitglieder der Kommission, weitere externe Gutachterinnen und Gutachter und die Kolleginnen und Kollegen des Statistischen Bundesamtes sind eingangs aufgeführt. Ihnen allen herzlichen Dank!

Adressatinnen, Adressaten und Nutzen des Berichtes

Wie alle Publikationen der Gesundheitsberichterstattung wendet sich der Bericht „Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland“ an eine große Gruppe von Leserinnen und Lesern. Wissenschaftliche Expertinnen und Experten, im Gesundheitssystem Tätige, Politikerinnen und Politiker, Verbände, Netzwerke, Journalistinnen und Journalisten sind Zielgruppen der GBE. Nicht zuletzt soll Bürgerinnen und Bürgern ein direkter Zugang zu wissenschaftlich fundierten Informationen zur Gesundheit der Bevölkerung eröffnet werden. In der Online-Version, abrufbar unter www.rki.de/frauengesundheitsbericht, finden Sie Verknüpfungen i zu den jeweils aktuellen Daten des Statistischen Bundesamtes und anderer Datenhalter.

Während der finalen Bearbeitung des Berichts breitete sich das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 mit großer Geschwindigkeit in der gesamten Welt aus. Internationale Befunde weisen auf mögliche Geschlechterunterschiede bei Corona-Infektionen und der Mortalität an COVID-19 hin, deren Ausmaß und Ursachen detaillierter untersucht werden müssen. In den Ländern, in denen nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten vorliegen, zeigt sich, dass Männer häufiger an einer COVID-19-Erkrankung sterben und schwerere Symptome entwickeln. Mit Blick auf die psychischen und sozialen Folgen der Pandemie gibt es Hinweise darauf, dass Frauen von diesen Belastungen in spezieller Weise betroffen sind. Sie sind verstärkt in systemrelevanten

Berufen tätig und sie leisten einen großen Teil der Sorgearbeit in den Familien. Forschungsprojekte zu geschlechterbezogenen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie liefen im Frühling 2020 an, sie konnten in den vorliegenden Bericht nur punktuell einfließen. Die aktuelle Situation zeigt einmal mehr, wie wichtig ein geschlechtersensibler Blick auf Gesundheit und ihre Rahmenbedingungen ist.

Wir hoffen, dass Ihnen der vorliegende Bericht mit seinen vertiefenden Darstellungen zu zahlreichen Themen einen guten Überblick über die Gesundheit der Frauen in Deutschland bietet und die wesentlichen Sachverhalte und Befunde sowie aktuelle Entwicklungen abbildet. Zusammen mit den anderen Publikationen der Gesundheitsberichterstattung liefert er eine wichtige Informationsbasis und Orientierung für die unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure, die Prozesse und Maßnahmen zur Verbesserung der Frauengesundheit gestalten. Er unterstützt damit evidenzbasierte Entscheidungen für mehr Gesundheit in Deutschland gemäß dem Leitmotiv der Agenda 2025 des Robert Koch-Instituts: „Evidenz erzeugen, Wissen teilen, Gesundheit schützen und verbessern“.

Wir wünschen allen Leserinnen und Lesern eine interessante Lektüre des neuen Frauengesundheitsberichts der Gesundheitsberichterstattung! Über Ihr Feedback zum Bericht freuen wir uns unter: gbe@rki.de.

Gesundheit der Frauen in Deutschland – Überblick

KAPITEL 2

Infobox
Epidemiologische Maßzahlen

Prävalenz: Krankheitsverbreitung, angegeben als Anteil der Personen in einer Bevölkerung, die beispielsweise an einem Stichtag (Punktprävalenz), innerhalb eines Jahres (12-Monats-Prävalenz) oder im Verlauf ihres bisherigen Lebens (Lebenszeitprävalenz) unter einer bestimmten Krankheit leiden.

Inzidenz: Häufigkeit von Neuerkrankungen in einem bestimmten Zeitraum (z. B. ein Jahr), angegeben als Anzahl der Neuerkrankungen oder als Anzahl der Neuerkrankungen pro 100.000 Personen (Neuerkrankungsrate).

Mortalität: Sterblichkeit in einem bestimmten Zeitraum (z. B. ein Jahr), angegeben als Anzahl der Sterbefälle oder als Anzahl der Sterbefälle pro 100.000 Personen (Sterberate). Sie wird als Gesamtsterblichkeit oder für einzelne Krankheiten angegeben und ist meist altersstandardisiert.

Altersstandardisierte Raten: Die Altersstandardisierung wird verwendet, um Erkrankungs- und Sterbehäufigkeiten von Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlicher Altersstruktur zu vergleichen, beispielsweise bei Ländervergleichen. Sie kommt auch bei Zeitvergleichen innerhalb einer Bevölkerungsgruppe zur Anwendung, da sich die Altersstruktur im Zeitverlauf ändert. Bei der Altersstandardisierung werden Erkrankungs- oder Sterberaten für einzelne Altersgruppen ermittelt und auf eine Standardbevölkerung mit einer festgelegten Altersverteilung übertragen. Mit diesem statistischen Verfahren gelingt eine von demografischen Veränderungen oder Unterschieden unabhängige Beurteilung von Erkrankungs- oder Sterbehäufigkeiten. In diesem Bericht wird als Standardbevölkerung meist die sogenannte „alte Europastandardbevölkerung“ verwendet.

An einem Beispiel lässt sich das verdeutlichen: 2017 wurden in der Todesursachenstatistik in Deutschland 227.590 Todesfälle durch Krebs registriert (ICD-10: C00 – C97) – deutlich mehr als zehn Jahre zuvor, als es nur 211.765 Todesfälle waren. Führen Krebserkrankungen heutzutage also häufiger zum Tod? Das lässt sich anhand der altersstandardisierten Sterberaten prüfen: 2007 lag die altersstandardisierte Sterberate für Krebserkrankungen bei 162,1 Sterbefällen je 100.000 Einwohner, 2017 hingegen bei 148,6 Fällen und damit niedriger. Das heißt: Wird die Einflussgröße Alterung der Bevölkerung mit Hilfe der Altersstandardisierung „herausgerechnet“, hat die Häufigkeit der Todesfälle durch Krebs im Zeitraum dieser zehn Jahre sogar abgenommen. Die absolute Anzahl der Fälle stieg vor allem, weil das Durchschnittsalter der Bevölkerung zugenommen hat. So lässt sich durch Altersstandardisierung die Entwicklung von Erkrankungen und Todesursachen im Zeitverlauf beurteilen, ohne dass demografische Veränderungen wie ein zunehmender Anteil älterer Menschen das Geschehen überlagern.

2 Gesundheit der Frauen in Deutschland – Überblick

2.1 Erkrankungen und Gesundheitsstörungen

2.1.1 Lebenserwartung und Todesursachen

- *Die Lebenserwartung von Frauen steigt seit vielen Jahrzehnten an, allein seit 1991 um 4,3 auf nunmehr 83,3 Jahre.*
- *Nach der deutschen Wiedervereinigung war der Anstieg der Lebenserwartung in den neuen Ländern stärker als in den alten; dort liegt die Lebenserwartung von Frauen inzwischen geringfügig über der von Frauen in den alten Ländern.*
- *Die häufigsten Todesursachen bei Frauen sind ischämische Herzkrankheiten, Demenz sowie zerebrovaskuläre Krankheiten.*

Die mittlere Lebenserwartung ist eine wichtige zusammenfassende Maßzahl zur Beschreibung des Gesundheitszustands der Bevölkerung. Sie bezeichnet die Zahl der Lebensjahre, die ein Neugeborenes unter den gegenwärtigen Sterblichkeitsverhältnissen durchschnittlich leben wird. Daneben kann eine fernere Lebenserwartung berechnet werden, welche die Zahl der durchschnittlich verbleibenden Lebensjahre in einem bestimmten Alter (z. B. im Alter von 65 Jahren) angibt. Grundlage für die Berechnung dieser Maßzahlen sind Sterbetafeln, wie sie beispielsweise von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder erstellt werden.

Die Lebenserwartung von Frauen, wie auch von Männern, hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich erhöht [1]. Dabei liegt die Lebenserwartung von Frauen aber deutlich über der der Männer. Bereits seit Mitte des 18. Jahrhunderts ist dokumentiert, dass Frauen in Deutschland eine höhere Lebenserwartung haben als Männer [2, 3]. Dies trifft nicht nur auf Deutschland zu, sondern mittlerweile auch auf alle anderen Länder der Welt [4].

Im Folgenden werden Stand und Entwicklung der Lebenserwartung sowie wichtige Todesursachen anhand von Daten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, Sterbetafeln, Todesursachenstatistik) beschrieben. Dabei werden auch soziale und regionale Einflussfaktoren sowie Erklärungsansätze für die Geschlechterunterschiede dargestellt.

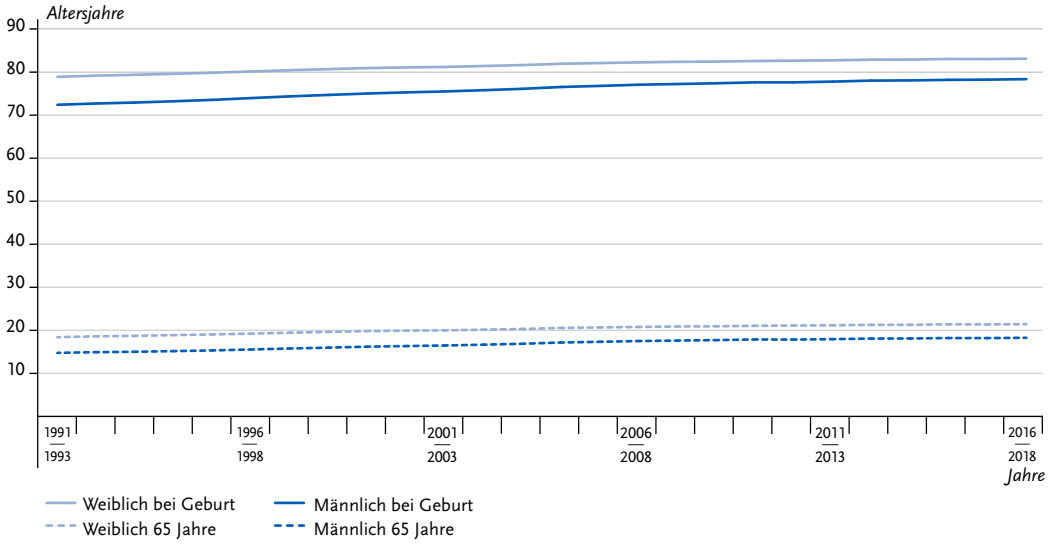
Lebenserwartung

In den hundert Jahren von 1910 bis 2010 ist die mittlere Lebenserwartung von Frauen in Deutschland um 32 Jahre gestiegen [5]. Dieser Anstieg hatte zunächst seine Ursache im Rückgang der Kinder- und Säuglingssterblichkeit sowie in den Erfolgen bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten [6]. Auch der Rückgang der Müttersterblichkeit, der in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts einsetzte, ist von Bedeutung [7]. In den letzten Jahrzehnten resultierte der Anstieg der Lebenserwartung vor allem aus einem Rückgang der Sterblichkeit (d. h. der Anzahl von Sterbefällen in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten kalendarischen Zeitraum, zumeist ein Jahr; siehe Infobox Epidemiologische Maßzahlen auf der vorigen Seite) im höheren Alter. Dieser ist wiederum Ergebnis des Rückgangs der Sterblichkeit an chronischen Krankheiten [8].

Auch in jüngerer Vergangenheit ist der Anstieg der Lebenserwartung zu beobachten: Nach der Sterbetafel 1991/1993 betrug die mittlere Lebenserwartung von Frauen 79,0 Jahre, bis 2016/2018 war sie auf 83,3 Jahre angestiegen [9] (Abb. 2.1.1.1). Das ergibt einen Anstieg um 4,3 Jahre in 25 Jahren. Die fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren betrug nach der Sterbetafel 2016/2018 21,1 Jahre, während sie 1991/1993 noch mit 18,0 Jahren angegeben wurde, mithin ein Anstieg von 3,1 Jahren. In den letzten Jahren hat sich der Anstieg der Lebenserwartung verlangsamt [10]. Im europäischen Vergleich liegt die mittlere Lebenserwartung von Frauen in Deutschland 2016 im Mittelfeld der damaligen 28 EU-Länder [11] (siehe Kapitel 10.2.1).

In Deutschland haben Frauen gemäß der aktuellen Sterbetafel für den Zeitraum 2016/2018 eine um 4,8 Jahre höhere Lebenserwartung als Männer. Diese Differenz hat sich in den letzten Jahrzehnten mehrfach geändert. Am größten war der Geschlechterunterschied in der Lebenserwartung 1980 in den alten (6,8 Jahre) und 1993 in den neuen Ländern

Abbildung 2.1.1.1
Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt und im Alter von 65 Jahren bei Frauen und Männern
Datenbasis: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung [9]



(7,5 Jahre) [12], in den letzten Jahren verringerte er sich wieder. Damit folgt er im Wesentlichen dem allgemeinen Trend in den westlichen Ländern, dass seit etwa 1940 der Geschlechterunterschied in der Lebenserwartung zunächst zunahm und seit den 1980er-Jahren eine Abnahme zu beobachten ist [13].

Der Geschlechterunterschied in der Lebenserwartung und seine Veränderung sind durch das Zusammenwirken vieler verschiedener Faktoren bedingt. Nur ein Teil davon ist biologischer Natur [14, 15], wie auch die sogenannte Klosterstudie gezeigt hat [3]. Unter annähernd gleichen verhaltens- und umweltbezogenen Lebensbedingungen in bayerischen Klöstern wiesen Nonnen einen Überlebensvorteil gegenüber Mönchen von etwa einem Jahr auf. Wären allein biologische Faktoren für den Geschlechterunterschied verantwortlich, müssten sich diese auch vollständig in der Klosterstudie zeigen, was offenbar nicht der Fall ist [12]. So ist davon auszugehen, dass nicht-biologische Faktoren die Hauptursache darstellen. Dafür spricht auch, dass Geschlechterdifferenzen je nach historischem Zeitraum und Land bzw. Region unterschiedlich groß sind [13, 16]. Als einer der wichtigsten Gründe für die Geschlechterdifferenzen und deren Variabilität werden der für die Geschlechter unterschiedliche Tabakkonsum – die sogenannte „smoking epidemic“ (z. B. [17], siehe auch Kapitel 2.2.4) – und dessen Veränderung gesehen [16, 18].

Nicht-biologische Faktoren, welche die Unterschiede in der Lebenserwartung von Frauen und Männern beeinflussen, sind vor allem im Gesundheitsverhalten zu suchen. Riskantes Gesundheitsverhalten tritt bei Frauen in geringerem Umfang auf, beispielsweise Tabakkonsum, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, riskantes Verhalten (u. a. erhöhte Unfallgefahr) oder gesundheitsschädigende Arbeitsbedingungen. Diese kommen zudem in Gruppen mit niedrigem Sozialstatus häufiger vor als in anderen [12, 19], woraus sich (bei Frauen und Männern) Sterblichkeitsunterschiede zwischen den verschiedenen Sozialstatus-Gruppen ergeben [18] (siehe Exkurs Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Frauen). Eine Analyse mit Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) zeigt, dass Frauen in der höchsten Einkommensgruppe eine um 4,4 Jahre höhere Lebenserwartung haben als in der niedrigsten Gruppe [20]. Für die fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren beträgt die Differenz 3,7 Jahre. Die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen den sozialen Gruppen tragen auch zur Erklärung der Unterschiede zwischen Frauen und Männern bei. So kann die höhere Lebenserwartung von Frauen ihre Ursache auch darin haben,

dass bei ihnen die sozialen Unterschiede geringer sind als bei Männern. Bei Männern sind zudem die unteren Sozialstatusgruppen (höhere Sterblichkeit) zahlenmäßig stärker besetzt [12, 21].

Außerdem lässt sich feststellen, dass in Deutschland auf Länderebene der Geschlechterunterschied in der Lebenserwartung geringer ist, wenn ein hohes Maß an Gleichstellung der Geschlechter (gemessen mit dem sogenannten Gender Inequality Index) besteht [22]. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass der Grad der Gleichstellung mit der Bedeutung von Geschlechterstereotypen assoziiert ist. Eine geringe Bedeutung männlicher Geschlechterstereotype könnte mit einem weniger gesundheitsriskanten Verhalten von Männern (z. B. Tabakkonsum) einhergehen [22]. Damit bestätigt diese Studie die Erkenntnis, dass ein Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsstatus und dem Grad der Gleichstellung existiert, wie bereits in anderen Studien gezeigt wurde [23–25].

Die regionalen Unterschiede in der Lebenserwartung von Frauen in Deutschland sind zwischen den neuen und alten Ländern in den letzten Jahren immer geringer geworden. Der Unterschied, der 1990 zwischen den Ländern des früheren Bundesgebiets und den neuen Ländern bestand, hatte sich seit der Mitte der 1970er-Jahre entwickelt und baute sich nach der Herstellung der deutschen Einheit schnell ab [26, 27]. Im Zeitraum 2014/2016 lag die Lebenserwartung von Frauen in den neuen Ländern (ohne Berlin-Ost) mit 83,25 Jahren erstmals über der von Frauen in den alten Ländern (83,19 Jahre) (Abb. 2.1.1.2). Auch zwei Jahre später ist dieser – allerdings sehr geringe – Unterschied erhalten geblieben.

Bereits im Jahr 2013 hatte eine Studie von einer Angleichung der Sterblichkeitsunterschiede zwischen Ost und West bei Frauen in mehreren Altersgruppen in den Jahren 2000 bis 2009 berichtet. Die Sterblichkeit ist demnach in den betreffenden Altersgruppen in den neuen Ländern unter das Niveau der alten Länder gesunken [28]. Als mögliche Ursache wird in der Studie der Tabakkonsum diskutiert: Werden auf den Tabakkonsum zurückzuführende (tabakattributable) Todesursachen aus der Analyse ausgeschlossen, verbleibt eine höhere Sterblichkeit in den neuen Ländern. Zu Beginn der 1990er-Jahre war der Anteil der Raucherinnen an der weiblichen Bevölkerung in den alten Ländern mit 29 % höher als in den neuen (22 %). Aufgrund der zeitlichen Verzögerung bei der Manifestation tabakassoziierter Erkrankungen führt dies zunächst zu einer langsamer ansteigenden Lebenserwartung von Frauen aus den alten gegenüber Frauen aus den neuen Ländern. In den nachfolgenden Jahren hat sich der Anteil der Raucherinnen in den neuen Ländern dem der alten angenähert [29, 30]. Es wird angenommen, dass diese Angleichung dazu führen wird, dass der Sterblichkeitsvorteil von Frauen in den neuen Ländern in Zukunft wieder verloren gehen wird [31].

Wird die Lebenserwartung von Frauen unterhalb der Bundeslandebene, auf Ebene der Landkreise

Abbildung 2.1.1.2
Mittlere Lebenserwartung von Frauen in den alten (ohne Berlin-West) und neuen Ländern (ohne Berlin-Ost)
Datenbasis: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung [9]

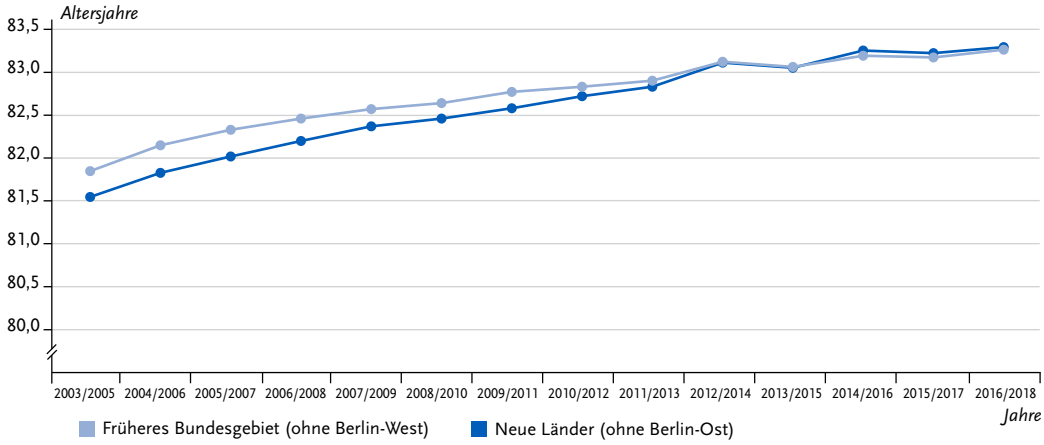


Tabelle 2.1.1.1
Die zehn häufigsten Todesursachen bei Frauen nach Krankheitsgruppen, 2017
Datenbasis: Todesursachenstatistik [33]

Rang	Todesursache (ICD-10 Code)	Anzahl Sterbefälle	Anteil an allen Sterbefällen
1	Ischämische Herzkrankheiten (I20–I25)	56.820	12,0 %
2	Demenz (F00–F03, G30)	35.191	7,4 %
3	Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60–I69)	31.624	6,7 %
4	Herzinsuffizienz (I50)	24.118	5,1 %
5	Hypertensive Herzkrankheit, Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit (I11, I13)	22.798	4,8 %
6	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (C50)	18.396	3,9 %
7	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40–J47)	16.938	3,6 %
8	Lungenkrebs (C33, C34)	16.381	3,5 %
9	Diabetes mellitus (E10–E14)	13.443	2,8 %
10	Darmkrebs (C18–C21)	11.214	2,4 %

und Städte betrachtet, zeigen so sich sozioökonomische Unterschiede [32].

Todesursachen

Zur Analyse des Spektrums der Todesursachen kann die Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamts herangezogen werden [33]. Hier sind die verschiedenen Todesursachen anhand der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der 10. Version (ICD-10) dokumentiert. Tabelle 2.1.1.1 zeigt die Todesursachen nach Krankheitsbildern gruppiert.

Von den 474.507 Todesfällen von Frauen im Jahr 2017 entfiel ein Achtel (12,0 %) auf ischämische Herzkrankheiten, zu welchen der akute Herzinfarkt wie auch die chronische Form der ischämischen Herzkrankheit gehören (siehe Kapitel 2.1.3) [33]. An zweiter Stelle mit 7,4 % folgt die Demenzerkrankung (einschließlich Alzheimer-Krankheit), an dritter die zerebrovaskulären Krankheiten (im Wesentlichen die verschiedenen Formen eines Schlaganfalls) mit 6,7 %. An vierter Stelle folgt die Herzinsuffizienz (Herzschwäche), an der 5,1 % der Frauen verstarben. Unter den zehn häufigsten Todesursachen bei Frauen finden sich auch drei Krebserkrankungen: Brustkrebs (3,9 %), Lungenkrebs (3,5 %) und Darmkrebs (2,4 %). Die zehn häufigsten Todesursachen verursachten mehr als die Hälfte aller Todesfälle (52,0 %). Insgesamt sterben Frauen häufiger als Männer an Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD-10: I00–I99; 39,7 % bzw. 34,1 %) und in einem höheren Alter (Frauen 85,4 Jahre; Männer 78,7 Jahre). Auch die Demenz ist bei Frauen eine deutlich häufigere Todesursache als bei Männern (F00–F03, G30; 7,4 % bzw. 3,8 %), was u. a. daran liegt, dass aufgrund der höheren Lebenserwartung mehr Frauen ein hohes Lebensalter mit steigendem Demenzrisiko erreichen als Männer. Das mittlere Sterbealter an Demenz liegt bei Frauen bei 87,6 Jahren (Männer: 84,2 Jahre). Bösartige Neubildungen sind bei Frauen weniger häufig die Todesursache als bei Männern (C00–C97; 22,0 % bzw. 26,9 %), ebenso Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98; 3,4 % bzw. 5,1 %). Nur geringe Differenzen zeigen sich bei den Krankheiten des Atmungs- und des Verdauungssystems.

Fazit

Die Daten in diesem Kapitel geben Auskunft über die Sterblichkeit und Lebenserwartung von Frauen sowie ihre zeitliche Entwicklung. Zu vermuten ist, dass sich der Anstieg der Lebenserwartung auch in Zukunft fortsetzen wird, ob im bisherigen oder in einem verlangsamten Tempo, ist abzuwarten. Um verlässliche Aussagen über künftige Entwicklungen treffen zu können, werden sogenannte Kohortensterbetafeln aufgestellt, die auf bislang verfügbaren Daten von Geburtsjahrgängen und Schätzungen von künftigen Überlebensverhältnissen basieren [34]. Nach den Berechnungen des Statistischen Bundesamts hat ein 2017 geborenes

Mädchen je nach den zugrunde gelegten Annahmen (sogenannte Varianten) eine Lebenserwartung von 88,2 bzw. 92,9 Jahren [34]. Etwa 16 % bis 22 % der Mädchen hätten die Chance, 100 Jahre alt zu werden.

Es gibt Hinweise darauf, dass die durch den Anstieg der Lebenserwartung hinzugewonnen Jahre in guter Gesundheit, zumindest aber nicht vollständig in Krankheit verlebt werden können [8, 35, 36], allerdings sind die diesbezüglichen Erkenntnisse nicht eindeutig. Die steigende Lebenserwartung hält vielfältige Herausforderungen bereit. Dies betrifft die Gesundheitsversorgung von immer mehr immer älter werdenden Frauen bei sich änderndem Krankheitsspektrum (wie dem vermehrten Auftreten neurodegenerativer Erkrankungen, z. B. Demenz) ebenso wie die Pflege oder auch die Prävention (Verhältnis- und Verhaltensprävention). Andererseits sind mit dem Anstieg der Lebenserwartung und der Ausweitung der Lebensspanne auch zunehmende Chancen für ein erfüllendes Leben im Alter verbunden. Das Konzept des „Healthy Ageing", des gesunden Älterwerdens, ist daran ausgerichtet. Dieses geschlechtergerecht umzusetzen, ist eine Aufgabe, der sich Public-Health-Forschung und -Praxis stellen müssen.

Literatur

1. Robert Koch-Institut (2015) Lebenserwartung, Todesursachen und Säuglingssterblichkeit. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 20–29
2. Glei DA, Horiuchi S (2007) The narrowing sex differential in life expectancy in high-income populations: effects of differences in the age pattern of mortality. Popul Stud (Camb) 61(2):141–159
3. Luy M (2003) Causes of Male Excess Mortality: Insights from Cloistered Populations. Popul Dev Rev 29(4):647–676
4. Barford A, Dorling D, Smith GD et al. (2006) Life expectancy: women now on top everywhere. BMJ 332(7545):808
5. Kibele EUB, Klüsener S, Scholz RD (2015) Regional Mortality Disparities in Germany: Long-Term Dynamics and Possible Determinants. Kölner Z Soz Sozialpsychol 67(Suppl 1):241–270
6. Doblhammer G, Kreft D (2011) Länger leben, länger leiden? Trends in der Lebenserwartung und Gesundheit. Bundesgesundheitsbl 54(8):907
7. Welsch H (1993) Entwicklung der Müttersterblichkeit. Arch Gynecol Obstet 254(1–4):1301–1309
8. Doblhammer G, Kreft D, Dethloff A (2012) Gewonnene Lebensjahre. Langfristige Trends der Sterblichkeit nach Todesursachen in Deutschland und im internationalen Vergleich. Bundesgesundheitsbl 55(4):448–458
9. Statistisches Bundesamt (2019) Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
10. Nowossadeck E, vd Lippe E, Lampert T (2019) Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland – aktuelle Trends. Journal of Health Monitoring 4(1):41–48. https://edoc.rki.de/handle/176904/5910 (Stand: 01.04.2020)
11. Eurostat (2018) Eurostat – Your key to European statistics. Lebenserwartung bei der Geburt nach Geschlecht. https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/ (Stand: 01.04.2020)
12. Wiedemann A, Wegner-Siegmundt C, Luy M (2015) Ursachen und Trends der Geschlechterdifferenz in der Lebenserwartung in Deutschland. Z Allgemeinmed 91(12):494–498
13. Luy M, Wegner-Siegmundt C (2013) The Impact of Smoking and Other Non-biological Factors on Sex Differences in Life Expectancy in Europe. European Demographic Research Paper 1. www.oeaw.ac.at/vid/publications/serial-publications/european-demographic-research-papers/ (Stand: 01.04.2020)
14. Waldron I (1983) Sex differences in human mortality: The role of genetic factors. Soc Sci Med 17(6):321–333
15. Hazzard WR, Applebaum-Bowden D (1990) Why women live longer than men: the biologic mechanism of the sex differential in longevity. Trans Am Clin Climatol Assoc 101:168–189
16. Bergeron-Boucher MP, Canudas-Romo V, Pascariu M et al. (2018) Modeling and forecasting sex differences in mortality: a sex-ratio approach. Genus 74(1):20
17. Pampel FC (2006) Global Patterns and Determinants of Sex Differences in Smoking. Int J Comp Sociol 47(6):466–487
18. Luy M, Wegner-Siegmundt C, Wiedemann A et al. (2015) Life Expectancy by Education, Income and Occupation in Germany: Estimations Using the Longitudinal Survival Method. Comparative Population Studies. Z Bevolkerungswiss 40(4):339–436
19. Oksuzyan A, Gumà J, Doblhammer G (2018) Sex Differences in Health and Survival. In: Doblhammer G, Gumà J (Hrsg) A Demographic Perspective on Gender, Family and Health in Europe. Springer, Cham, S. 65–100
20. Lampert T, Hoebel J, Kroll LE (2019) Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. Journal of Health Monitoring 4(1):3–15. https://edoc.rki.de/handle/176904/5909 (Stand: 01.04.2020)
21. Luy M, Gast K (2014) Do Women Live Longer or Do Men Die Earlier? Reflections on the Causes of Sex Differences in Life Expectancy. Gerontology 60(2):143–153
22. Kolip P, Lange C, Finne E (2019) Gleichstellung der Geschlechter und Geschlechterunterschiede in der Lebenserwartung in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 62(8):943–951
23. Kavanagh SA, Shelley JM, Stevenson C (2017) Does gender inequality increase men´s mortality risk in the United States? A multilevel analysis of data from the National Longitudinal Mortality Study. SSM – Population Health 3:358–365
24. de Looze M, Elgar FJ, Candace C et al. (2019) Gender Inequality and Sex Differences in Physical Fighting, Physical Activity, and Injury Among Adolescents Across 36 Countries. Journal of Adolescent Health 64:657–663
25. Kolip P, Lange C (2018) Gender inequality and the gender gap in life expectancy in the European Union. European Journal of Public Health 28:869–872
26. Grigoriev P, Pechholdová M (2017) Health Convergence Between East and West Germany as Reflected in Long-Term Cause-Specific Mortality Trends: To What Extent was it Due to Reunification? Eur J Popul 33(5):701–731
27. Pechholdová M, Grigoriev P, Meslé F et al. (2017) Have life expectancies in eastern and western Germany converged since reunification? Population and Societies 544(1):1–4
28. Myrskylä M, Scholz R (2013) Reversing East-West mortality difference among German women, and the role of smoking. Int J Epidemiol 42(2):549–558

29. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
30. Prütz F, Rommel A, Kroll LE et al. (2014) 25 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede in der Gesundheit. GBE kompakt 5(3). Robert Koch-Institut, Berlin. https://edoc.rki.de/handle/176904/3129 (Stand: 01.04.2020)
31. Vogt T, v Raalte A, Grigoriev P et al. (2017) The German East-West Mortality Difference: Two Crossovers Driven by Smoking. Demography 54(3):1051–1071
32. Kroll LE, Schumann M, Hoebel J et al. (2017) Regional health differences – developing a socioeconomic deprivation index for Germany. Journal of Health Monitoring 2(2):98–114. https://edoc.rki.de/handle/176904/2657.2 (Stand: 01.04.2020)
33. Statistisches Bundesamt (2019) Todesursachenstatistik ab 1998. Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert). www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
34. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2017) Kohortensterbetafeln für Deutschland. Methoden- und Ergebnisbericht zu den Modellrechnungen für Sterbetafeln der Geburtsjahrgänge 1871 – 2017. Destatis, Wiesbaden
35. Geyer S (2015) Die Morbiditätskompressionsthese und ihre Alternativen. Gesundheitswesen 77(06):442–446
36. Trachte F, Sperlich S, Geyer S (2015) Kompression oder Expansion der Morbidität? Z Gerontol Geriatr 48(3):255–262

2.1.2 Subjektive Gesundheit

- *Zwei Drittel der Frauen in Deutschland schätzen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein; im Allgemeinen ist die selbsteingeschätzte Gesundheit etwas schlechter als bei Männern.*
- *Mit höherem Alter wird der allgemeine Gesundheitszustand schlechter eingeschätzt: Von den Frauen ab 65 Jahren bewertet nur knapp die Hälfte ihre Gesundheit als gut oder sehr gut.*
- *Besonders bei älteren Frauen hat sich die selbsteingeschätzte Gesundheit in den letzten 20 Jahren deutlich verbessert, allerdings nicht in allen Bevölkerungsgruppen gleichermaßen.*

Die subjektive Gesundheit bildet ab, wie Menschen ihre Gesundheit individuell erleben und wahrnehmen. Damit liefert sie wichtige Informationen für eine Beschreibung der Gesundheit auf individueller, aber auch auf Bevölkerungsebene, und stellt die Ergänzung zum objektiven Gesundheitszustand dar, der z. B. über medizinische Befunde bestimmt werden kann [1]. Neben Erkrankungen beeinflussen weitere Aspekte die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands, die über die medizinische Gesundheitsmessung hinausgehen [2]. Subjektive und objektive Gesundheit können sich daher erheblich voneinander unterscheiden [3, 4]. Personen, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als eher negativ bewerten, sind im Lebensverlauf häufiger von chronischen Erkrankungen sowie von funktionalen und kognitiven Einschränkungen betroffen. Sie nehmen im Durchschnitt mehr Versorgungsleistungen in Anspruch, verursachen höhere krankheitsbedingte Kosten und haben ein erhöhtes Sterberisiko [5–11]. Anhand der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands kann zudem geprüft werden, ob bestimmte Therapien, Behandlungsprogramme oder Präventionsmaßnahmen positive Auswirkungen auf die Gesundheit von Individuen, bestimmten Bevölkerungs- oder Zielgruppen haben [12, 13].

Die subjektive Gesundheit wird häufig anhand der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität [14] beschrieben. Dabei spielen auch Geschlechterunterschiede eine Rolle: Frauen schätzen ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen schlechter ein als Männer [15]. Im Folgenden wird anhand von Daten aus den Studien des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts (RKI) – vor allem der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008 – 2011) und der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) – sowie des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands von Frauen differenziert nach Alter und Bildung berichtet, die Entwicklung in den letzten Jahrzehnten beschrieben und Erklärungsansätze für Unterschiede zwischen den Geschlechtern dargestellt.

Mit 66,6 % der Frauen und 69,9 % der Männer schätzt ein Großteil der Frauen und Männer ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein, wie die Ergebnisse der Studie GEDA 2014/2015-EHIS zeigen. Dabei beurteilen Frauen ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter als Männer. Diese Unterschiede sind jedoch nur in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen statistisch signifikant: Hier geben 80,4 % der Frauen und 89,3 % der Männer einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand an. Mit höherem Alter wird der allgemeine Gesundheitszustand als schlechter eingeschätzt. Von den 65-jährigen und älteren

Frauen bewerten nur noch 45,7 % ihre Gesundheit als gut oder sehr gut, 44,0 % schätzen ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig ein. Frauen der oberen Bildungsgruppe beurteilen über alle Altersgruppen hinweg ihren allgemeinen Gesundheitszustand besser als Frauen der unteren Bildungsgruppe (siehe Exkurs Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Frauen). Für Männer zeigt sich dieser Zusammenhang ebenfalls [16].

Um die Entwicklung der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands im Zeitverlauf zu beschreiben, können die Daten des SOEP herangezogen werden [17]: Demnach schätzten Frauen ab 40 Jahren ihre subjektive Gesundheit im Jahr 2016 deutlich besser ein als 1994. Diese Verbesserung ist bei den 60- bis 69-jährigen Frauen mit fast 13 Prozentpunkten besonders ausgeprägt (Tab. 2.1.2.1). Die Ergebnisse sind nicht mit den Zahlen von GEDA 2014/2015-EHIS vergleichbar, weil die Studien unterschiedliche Befragungsskalen verwenden [18]. Die positive Entwicklung der subjektiven Gesundheit im Zeitverlauf ist auch aus den Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) und ihrer Vorgängerstudie, des Bundes-Gesundheitssurveys (BGS98) ersichtlich [14]. Weiterführende Analysen zeigen jedoch, dass die soziale Ungleichheit bei der subjektiven Gesundheit zugenommen hat und nicht in allen Bevölkerungsgruppen Verbesserungen in gleichem Ausmaß zu verzeichnen sind [19, 20].

Die Unterschiede in der Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes zwischen den Altersgruppen lassen sich neben altersbedingten (individuellen) Veränderungen auch auf sogenannte Kohorten- oder Periodeneffekte zurückführen. So unterscheiden sich die Lebensumstände zwischen den verschiedenen Geburtskohorten (Generationen), z. B. im Hinblick auf den jeweils vorhandenen medizinischen Wissens- und Versorgungsstand, die jeweiligen Ausbildungsmöglichkeiten oder das Gesundheitsbewusstsein. Auch können besondere positive oder negative Ereignisse oder Prozesse (wie das Reaktorunglück von Tschernobyl 1986) die Selbsteinschätzung der Gesundheit in der Bevölkerung beeinflussen (Perioden- oder Jahreseffekte) [3]. Ältere und jüngere Menschen beurteilen ihre Gesundheit zudem anhand unterschiedlicher Kriterien. Bei Älteren spielen dabei die Abwesenheit von Beschwerden sowie der Vergleich des eigenen Gesundheitszustands mit Gleichaltrigen eine große Rolle. Trotz Einschränkungen in der Mobilität und vorhandener Erkrankungen wird der eigene Gesundheitszustand daher oftmals besser eingeschätzt, als er nach „objektiven" Kriterien zu beurteilen wäre [21]. Auch die Anpassung an körperliche Einschränkungen und das Vorhandensein von Bewältigungsstrategien können zu einer besseren subjektiven Gesundheit beitragen [22, 23].

Geschlechterunterschiede bei der Beurteilung der subjektiven Gesundheit sind aus vielen nationalen und internationalen Studien bekannt. Bei vergleichbarem objektiven Gesundheitszustand schätzen Frauen ihre Gesundheit im Durchschnitt schlechter ein als Männer [15]. Es wird angenommen, dass dem ein anderes Verständnis von Gesundheit und Krankheit zugrunde liegt. Frauen nehmen in der Regel körperliche Veränderungen bewusster wahr, da sie mehr auf ihren Körper achten, sensibler für Veränderungen sind [24, 25] und psychischen Aspekten in ihrem Gesundheitsverständnis eine größere Rolle zukommt [26]. Männer

Tabelle 2.1.2.1
Selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand (gut oder sehr gut) bei Frauen nach Alter im Zeitverlauf
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel (SOEP)

												Anteil in %
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Altersgruppe												
18–29 Jahre	70,1 %	70,4 %	75,8 %	74,6 %	74,1 %	74,0 %	70,0 %	71,6 %	73,0 %	68,3 %	69,7 %	70,5 %
30–39 Jahre	58,8 %	62,1 %	64,6 %	61,4 %	61,9 %	64,6 %	59,4 %	62,0 %	59,7 %	63,9 %	62,7 %	64,7 %
40–49 Jahre	45,5 %	44,9 %	47,0 %	45,7 %	48,4 %	48,5 %	47,4 %	49,4 %	51,2 %	52,0 %	49,5 %	49,5 %
50–59 Jahre	31,1 %	31,7 %	31,8 %	33,6 %	38,1 %	39,5 %	34,8 %	38,3 %	38,0 %	39,6 %	38,5 %	37,5 %
60–69 Jahre	22,9 %	20,9 %	24,8 %	24,3 %	26,8 %	29,5 %	31,1 %	31,5 %	32,0 %	35,8 %	33,0 %	35,5 %
≥ 70 Jahre	16,4 %	17,6 %	14,9 %	14,6 %	15,6 %	14,7 %	16,2 %	16,3 %	17,1 %	21,3 %	21,3 %	22,5 %

hingegen tendieren dazu, körperliche und psychische Warnsignale länger zu ignorieren und mehr als Frauen ihren Körper leistungsorientiert und instrumentell einzusetzen [27].

Darüber hinaus gibt es Unterschiede in der Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustands in Abhängigkeit von der sozialen Situation oder der Lebenslage. So berichten arbeitslose Frauen häufiger von körperlichen, psychischen oder funktionalen Beschwerden als erwerbstätige Frauen [28]. Dabei besteht zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit eine Wechselbeziehung: Gesundheitliche Beschwerden können sowohl Ursache als auch Folge von Arbeitslosigkeit sein [29, 30]. Des Weiteren gibt es Unterschiede in der Gesundheit von Müttern in Abhängigkeit vom Umfang der Erwerbstätigkeit: Teilzeit erwerbstätige Mütter beurteilen ihre Gesundheit in der Regel besser als Vollzeit erwerbstätige Mütter. Als Grund hierfür werden Probleme der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Vollzeit erwerbstätigen Müttern diskutiert (siehe Kapitel 4.1) [31]. Es bestehen zudem Unterschiede in der subjektiven Gesundheit zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund: Frauen – wie Männer – mit Migrationshintergrund bewerten ihren allgemeinen Gesundheitszustand als etwas schlechter (siehe Kapitel 6.3). Auch gibt es Hinweise darauf, dass lesbische Frauen ihre subjektive Gesundheit schlechter einschätzen, wenn sie ihre sexuelle Orientierung nicht offen leben [32].

Fazit

Die meisten Frauen in Deutschland bewerten den eigenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Zwar schätzen Frauen ihre Gesundheit im Allgemeinen schlechter ein als Männer, die Geschlechterunterschiede sind allerdings nur gering ausgeprägt. In den letzten 20 Jahren hat sich die subjektive Gesundheit insbesondere der älteren Frauen maßgeblich verbessert. Angesichts der steigenden Lebenserwartung ist dieser Trend sehr positiv zu beurteilen. Mit Blick auf den demografischen Wandel muss das Ziel auch weiterhin sein, Rahmenbedingungen für ein gesundes Älterwerden zu schaffen.

Literatur

1. Robert Koch-Institut (2015) Subjektive Gesundheit. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 30–36
2. Mossey JM, Shapiro E (1982) Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. Am J Public Health 72(8):800–808
3. Wurm S, Lampert T, Menning S (2009) Subjektive Gesundheit. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg) Gesundheit und Krankheit im Alter. RKI, Berlin, S. 79–91
4. Wu S, Wang R, Zhao Y et al. (2013) The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. BMC Public Health 13(1):320
5. DeSalvo KB, Jones TM, Peabody J et al. (2009) Health Care Expenditure Prediction with a Single Item, Self-Rated Health Measure. Med Care 47(4):440–447
6. Ernstsen L, Nilsen SM, Espnes GA et al. (2011) The predictive ability of self-rated health on ischaemic heart disease and all-cause mortality in elderly women and men: the Nord-Trondelag Health Study (HUNT). Age Ageing 40(1):105–111
7. Müters S, Lampert T, Maschewsky-Schneider U (2005) Subjektive Gesundheit als Prädiktor für Mortalität. Gesundheitswesen 67(02):129–136
8. Kennedy BS, Kasl SV, Vaccarino V (2001) Repeated hospitalizations and self-rated health among the elderly: a multivariate failure time analysis. Am J Epidemiol 153(3):232–241
9. Benyamini Y, Idler EL (1999) Community Studies Reporting Association Between Self-Rated Health and Mortality: Additional Studies, 1995 to 1998. Res Aging 21(3):392–401
10. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K et al. (2006) Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question: A Meta-Analysis. J Gen Intern Med 21(3):267–275
11. Idler EL, Benyamini Y (1997) Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav 38(1):21–37
12. Kohl S, Strauss B (2010) Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und subjektivem Wohlbefinden. In: Badura B, Schröder H, Klose J et al. (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2009: Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 241–251
13. Klotz T, Haisch J, Hurrelmann K (2006) Prävention und Gesundheitsförderung: Ziel ist anhaltend hohe Lebensqualität. Dtsch Arztebl 103(10):606–609
14. Ellert U, Kurth BM (2013) Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5–6):643–649
15. Kuhlmey A, Rauchfuß R, Rosemeier HP (1998) Frauen in Gesundheit und Krankheit: Die psychosoziale Lebensperspektive. trafo Verlag Dr. Wolfgang Weist, Berlin
16. Lampert T, Schmidtke C, Borgmann LS et al. (2018) Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 3(2):64–71. https://edoc.rki.de/handle/176904/5689 (Stand: 01.04.2020)
17. Wagner GG, Frick JR, Schupp J (2007) The German Socio-Economic Panel study (SOEP): Scope, Evolution and Enhancements. Schmollers Jahrbuch 127(1):139–169
18. TNS Infratest Sozialforschung (Hrsg) (2016) SOEP 2016 – Erhebungsinstrumente 2016 (Welle 33) des Sozio-oekonomischen Panels: Personenfragebogen, Stichproben A-L3 SOEP Survey Papers 345: Series A. DIW/SOEP, Berlin
19. Kroll LE, Lampert T (2011) Changing health inequalities in Germany from 1994 to 2008 between employed and unemployed adults. Int J Public Health 56(3):329–339
20. Kroll LE, Lampert T (2010) Zunehmende Unterschiede im subjektiven Gesundheitszustand zwischen den Einkommensschichten. ISI 43:5–8
21. Borchelt M, Gilberg R, Horgas AL et al. (1996) Zur Bedeutung von Krankheit und Behinderung im Alter. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg) Die Berliner Altersstudie. Akademie-Verlag, Berlin, S. 449–474

22. Cockerham WC, Sharp K, Wilcox JA (1983) Aging and perceived health status. J Gerontol 38(3):349–355
23. Cott CA, Gignac MA, Badley EM (1999) Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. J Epidemiol Community Health 53(11):731–736
24. Wiedemann PM (1986) Konzepte, Daten und Methoden zur Analyse des Körpererlebens. In: Brähler E (Hrsg) Körpererleben – Ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele Beiträge zur psychosomatischen Medizin. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 199–219
25. Sieverding M (1998) Sind Frauen weniger gesund als Männer? Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 50(3):471–489
26. Perig-Chiello P (2007) Altert Eva anders? Zur gesundheitlichen Lage der älteren Bevölkerung – betrachtet aus der Genderperspektive. Aktuelle Ernährungsmedizin 32:163–167
27. Robert Koch-Institut (2014) Subjektive Gesundheit. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, S. 91–96
28. Kroll LE, Lampert T (2011) Unemployment, Social Support and Health Problems. Dtsch Arztebl Int 108(4):47–52
29. Bartley M (1994) Unemployment and ill health: understanding the relationship. J Epidemiol Community Health 48(4):333–337
30. Mathers CD, Schofield DJ (1998) The health consequences of unemployment: the evidence. Med J Aust 168(4):178–182
31. Buehler C, O'Brien M (2011) Mothers' part-time employment: associations with mother and family well-being. J Fam Psychol 25(6):895–906
32. Dennert G (2005) Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland. Centaurus-Verlag, Herbolzheim

2.1.3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- *Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind nach wie vor die häufigste Todesursache bei Frauen und Männern; 2017 waren bei Frauen 40% aller Todesfälle auf eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zurückzuführen.*
- *Die wichtigsten Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen sind die ischämische (koronare) Herzkrankheit und der akute Schlaganfall.*
- *Bei rund 7% der Frauen wurde schon einmal eine koronare Herzkrankheit ärztlich diagnostiziert, rund 2% hatten im Laufe ihres Lebens einen Schlaganfall.*

Unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen (kardiovaskuläre Erkrankungen, ICD-10: I00–I99) werden Krankheiten des Herzens und der Blutgefäße verstanden. Dazu gehören neben der koronaren Herzkrankheit (siehe Infobox 2.1.3.1) und dem Schlaganfall (siehe Infobox 2.1.3.2) auch Bluthochdruck (arterielle Hypertonie), Herzschwäche (Herzinsuffizienz), Herzrhythmusstörungen, Herzklappenerkrankungen, Erkrankungen der Lungengefäße (z. B. Lungenembolie) sowie angeborene Fehlbildungen des Herzens.

Infobox 2.1.3.1 Koronare Herzkrankheit

Die koronare oder ischämische Herzkrankheit (KHK) (ICD-10: I20–I25) ist eine chronische Erkrankung, bei der Einlagerungen von Lipiden (Fette und fettähnliche Substanzen) in die Gefäßwand zu einer zunehmenden Einengung der Herzkranzgefäße führen. Die Folge ist eine Unterversorgung des Herzmuskelgewebes mit Sauerstoff. Beschwerden wie Angina pectoris (Brustenge) treten erst im fortgeschrittenen Stadium auf. Weitere Manifestationen der koronaren Herzkrankheit sind Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz und Herzinfarkt. Bei einem Herzinfarkt handelt es sich um eine akute kritische Verminderung der Durchblutung in einem Teil des Herzmuskels, die meistens durch ein Blutgerinnsel verursacht wird, das ein oder mehrere Herzkranzgefäße verschließt (ICD-10: I21–I22). Das betroffene Herzmuskelgewebe stirbt ab, wenn es nicht rasch behandelt wird [9].

Infobox 2.1.3.2 Schlaganfall

Als Schlaganfall (ICD-10: I60–I64, ohne I62) werden verschiedene Erkrankungen zusammengefasst, bei denen als zentrales Merkmal eine plötzlich auftretende Schädigung von Hirnarealen eintritt, die durch eine Hirnblutung (hämorrhagischer Schlaganfall) oder einen Gefäßverschluss (ischämischer Schlaganfall) hervorgerufen werden. Dabei sind rund 80% der Schlaganfälle ischämische Schlaganfälle, die durch einen akuten Verschluss eines Hirngefäßes durch ein Blutgerinnsel entstehen. Verengungen (Stenosen), die durch Arterienverkalkung (Arteriosklerose) bedingt sind, Verschlüsse der Hals- oder Hirnschlagadern oder mit dem Blutstrom weitergeleitete Blutgerinnsel aus dem Herzen sind dabei die führenden Ursachen. Es kommt zu einer Funktionsstörung des Gehirns, die sich durch Lähmungen sowie Gefühlsstörungen im Gesicht, Arm oder Bein, Sprachstörungen, Gleichgewichtsstörungen, Bewusstlosigkeit und heftige Kopfschmerzen äußert [10].

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache bei Frauen und Männern in Deutschland und weltweit [1, 2]. 2017 waren 40,0 % aller Todesfälle bei Frauen auf eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zurückzuführen [1]. Das bedeutet, dass Frauen in Deutschland häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sterben als an Brustkrebs. Trotzdem gelten Herz-Kreislauf-Krankheiten weiterhin als typisch männliche Erkrankungen, und Frauen unterschätzen häufig ihr Erkrankungsrisiko [3–5]. 2015 verursachten Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 46,4 Milliarden Euro von allen Krankheitsgruppen die höchsten Kosten; dazu trugen insbesondere die koronare Herzkrankheit und der Schlaganfall bei [6]. In Deutschland und anderen hochentwickelten Ländern sind die Neuerkrankungs- und Sterberaten an Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten zurückgegangen [7]. Dies wird auf eine verbesserte Prävention und Therapie zurückgeführt [8].

Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind vor allem Rauchen und Bluthochdruck, aber auch Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Adipositas, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und Alkohol. Diese können u. a. durch Änderungen im Gesundheitsverhalten und medikamentöse Therapie günstig beeinflusst werden [11]. Psychosoziale Faktoren wie Stress und soziale Unterstützung haben ebenfalls einen Einfluss auf Krankheitsentwicklung und -verlauf [12]. Insgesamt hat sich das Risikoprofil der Erwachsenen in Deutschland im Hinblick auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den letzten 20 Jahren verbessert [13].

Erkenntnisse zu Geschlechterunterschieden bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen hinsichtlich Erkrankungshäufigkeit, Symptomatik und Wirkung von Einflussfaktoren lagen bereits in den 1980er-Jahren vor. Sie gehörten zu den ersten Forschungsthemen der Gendermedizin (siehe Infobox 2.1.3.3) [14]. Kampagnen wie „Frauenherzen schlagen anders“ machten auf diese Unterschiede aufmerksam [15]. Gegenwärtig sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen bzgl. der Geschlechterunterschiede der am besten untersuchte Bereich der Medizin [15]. Individualisierte Medizin und Gendermedizin trugen auch dazu bei, dass die Therapie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zunehmend verbessert und an die individuellen Risiken und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten angepasst wurde [16].

Infobox 2.1.3.3
Gendermedizin – geschlechtsspezifische Medizin

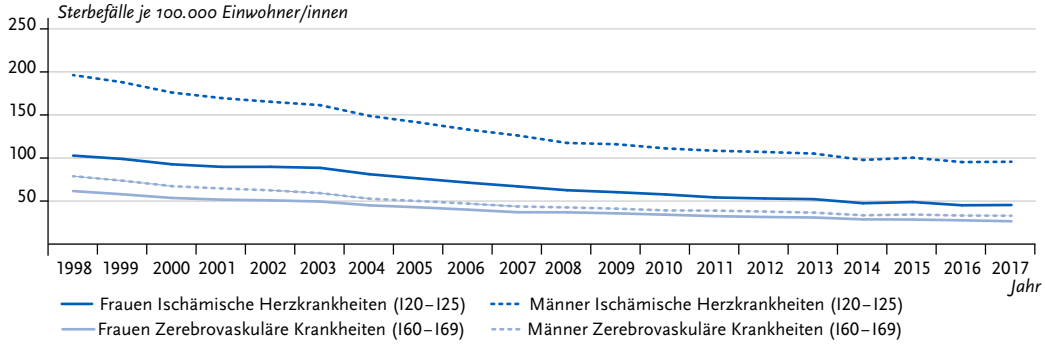
Die Gendermedizin ist ein Teilgebiet der Humanmedizin. Sie beschäftigt sich mit dem Einfluss von Geschlecht auf die Prävention, Entstehung, Diagnose, Therapie und Erforschung von Erkrankungen. Dabei werden sowohl Fragen thematisiert, die das biologische Geschlecht („sex“) betreffen, beispielsweise die Genetik und den Hormonstoffwechsel, als auch das soziokulturelle Geschlecht („gender“), etwa im Hinblick auf Geschlechterrollen und Lebensstile. Ziel ist eine Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung durch mehr Gendersensibilität [14, 17]. Die Gründung der ersten Gendermedizin-Institute erfolgte im Jahr 2001 in New York, 2002 am Karolinska-Institut in Stockholm und 2003 an der Charité in Berlin.

Im Folgenden werden mit der koronaren Herzkrankheit, dem akuten Herzinfarkt und dem Schlaganfall die häufigsten Herz-Kreislauf-Krankheiten beschrieben. Datenbasis sind die Studien des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts (RKI), das regionale Herzinfarktregister der „Kooperativen Gesundheitsforschung in der Region Augsburg“ (KORA), die bevölkerungsbezogenen Schlaganfallregister in Erlangen und Ludwigshafen sowie die Todesursachenstatistik und die Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes. Dabei werden Neuerkrankungen, Verbreitung, Sterberaten, Trends und Risikofaktoren sowie Erklärungsansätze für Geschlechterunterschiede dargestellt.

Koronare Herzerkrankung und akuter Herzinfarkt

Laut Todesursachenstatistik starben im Jahr 2017 56.820 Frauen an einer koronaren Herzkrankheit. Dies entspricht 12,0 % aller Todesfälle bei Frauen (Männer: 15,0 %). 19.836 Frauen starben an einem Herzinfarkt (4,2 % aller Todesfälle, Männer: 5,9 %) [1]. Insgesamt gehen die altersstandardisierten Sterberaten an ischämischen Herzkrankheiten bei Frauen wie bei Männern kontinuierlich zurück (Abb. 2.1.3.1). In den Jahren 2000 bis 2017 zeigte sich bei Frauen der deutlichste Rückgang im Alter zwischen 65 und 79 Jahren (Abb. 2.1.3.2). Es bestehen zudem regionale Unterschiede:

Abbildung 2.1.3.1
Altersstandardisierte Sterberaten an ischämischen Herzkrankheiten (ICD-10: I20–I25) und zerebrovaskulären Krankheiten (I60–I69) bei Frauen und Männern, 1998–2017 (alte Europastandardbevölkerung)
Datenbasis: Todesursachenstatistik [1]



Während die altersstandardisierte Sterblichkeit an koronarer Herzkrankheit bei Frauen in Bremen 31,0 Sterbefälle pro 100.000 Einwohnerinnen beträgt, liegt sie in Sachsen-Anhalt bei 61,5 Sterbefällen pro 100.000 Einwohnerinnen (Standardisierung auf die alte Europastandardbevölkerung) [1]. Generell ist die altersstandardisierte Sterblichkeit in den neuen Ländern bei Frauen und Männern höher als in den alten (Ausnahme: Saarland). Die Unterschiede sind jedoch inzwischen, verglichen mit den 1990er-Jahren, eher gering. Sie entsprechen im Wesentlichen der räumlichen Verteilung der für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bekannten Risikofaktoren [18, 19].

Bei 6,6 % der Frauen und 9,6 % der Männer in Deutschland wurde schon einmal eine koronare Herzkrankheit ärztlich diagnostiziert (Lebenszeitprävalenz), wie Auswertungen der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2009–2010, gepoolter Datensatz) zeigen [9]. Mit zunehmendem Alter steigen die Prävalenzen an. Frauen (und Männer) mit hohem sozioökomischen Status sind seltener von einer koronaren Herzkrankheit betroffen [9]. Dies kann u. a. dadurch erklärt werden, dass die Ausprägung und Häufigkeit von Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sozial ungleich verteilt sind; so sind Tabakkonsum, sportliche Inaktivität und Übergewicht in den hohen Statusgruppen seltener [20].

Für das Jahr 2017 weist die Krankenhausdiagnosestatistik 206.038 akutstationäre Behandlungsfälle mit ischämischer Herzkrankheit bei Frauen aus. Im Jahr 2000 waren noch 320.420 Fälle dokumentiert. In der Entwicklung der Krankenhausfallzahlen spiegeln sich die sinkenden Neuerkrankungsraten wider. Insgesamt sind bei

Abbildung 2.1.3.2
Entwicklung der Sterberaten an ischämischen Herzkrankheiten (ICD-10: I20–I25) bei Frauen nach Alter
Datenbasis: Todesursachenstatistik [1]

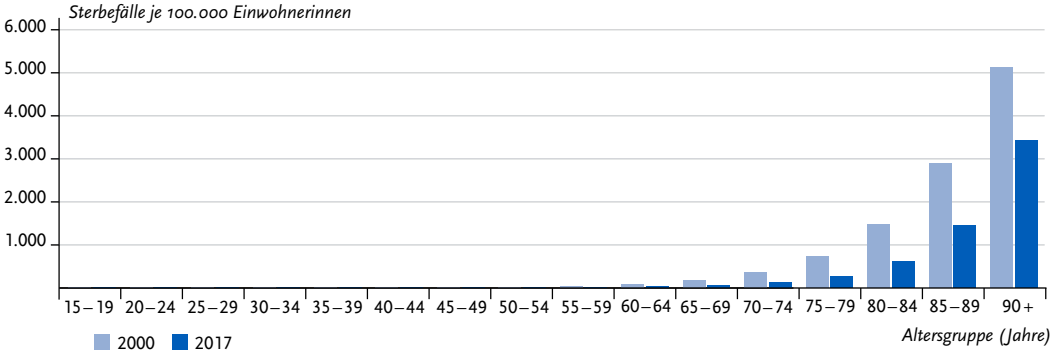
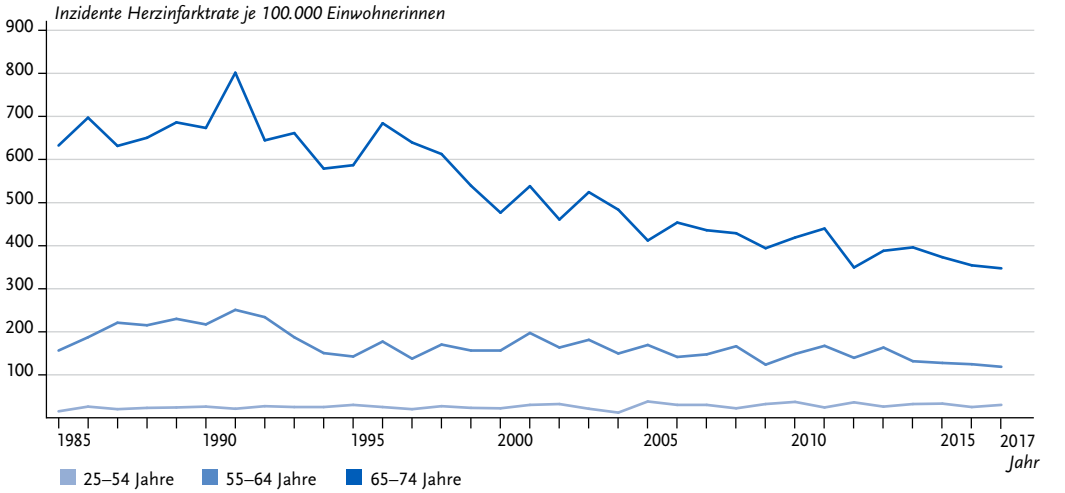


Abbildung 2.1.3.3
Entwicklung der inzidenten Herzinfarktrate bei Frauen in der Region Augsburg nach Alter, 1985–2017
Datenbasis: MONICA/KORA-Herzinfarktregister Augsburg [23]



etwa einem Drittel der Krankenhausfälle mit der Diagnose ischämische Herzkrankheit Frauen betroffen (2017: 32,0 %) [21]. In stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten gab es 2017 91.915 Fälle mit der Diagnose koronare Herzkrankheit, davon waren 23.894 (26,0 %) weiblich [22].

Neuerkrankungen an Herzinfarkt können anhand des regionalen Herzinfarktregisters der „Kooperativen Gesundheitsforschung in der Region Augsburg" (KORA) beschrieben werden [9]. Frauen sind demnach seltener von Herzinfarkten betroffen als Männer; besonders deutlich zeigt sich dies im Alter unter 55 Jahren [23]. Die Neuerkrankungsrate (altersstandardisiert auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland am 31.12.1980) ging bei den 25- bis 74-jährigen Frauen in den Jahren 1991 bis 2017 von 139 auf 79 Neuerkrankungen je 100.000 Einwohnerinnen zurück (Männer: Rückgang von 349 auf 222 je 100.000 Einwohner). Der Rückgang fand vor allem in der Altersgruppe der 65- bis 74-jährigen Frauen statt, während die Neuerkrankungsrate bei den 55- bis 64-Jährigen fast unverändert geblieben ist; auch bei den 25- bis 54-Jährigen zeigt sich eine gleichbleibende Tendenz, allerdings bei sehr niedrigen Neuerkrankungsraten (Abb. 2.1.3.3) [23].

Die Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS98) und der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) zeigen, dass zwischen 1998 und 2010 bei Frauen und Männern im Alter von 40 bis 79 Jahren keine wesentlichen Veränderungen der altersstandardisierten Prävalenz des überlebten Herzinfarktes und der koronaren Herzkrankheit aufgetreten sind [24]. Angesichts sinkender Neuerkrankungsraten ist dies ein Hinweis auf bessere Überlebenschancen nach einem Herzinfarkt.

Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Herzinfarkt tödlich verläuft (Letalität), steigt mit dem Alter an und ist nach den Daten des Augsburger Herzinfarktregisters für Frauen höher als für Männer. Hier lag in den Jahren 2015 bis 2017 die Letalität innerhalb von 28 Tagen nach dem Infarkt bei den 55- bis 59-jährigen Frauen bei 38,2 % (Männer: 31,1 %) und bei den 65- bis 69-jährigen Frauen bei 45,9 % (Männer: 40,0 %) [23]. Für die Geschlechterunterschiede scheint vor allem die koronare Sterblichkeit vor der Klinikaufnahme (Prähospital-Sterblichkeit) eine Rolle zu spielen: 2015 bis 2017 starben 27,1 % der 25- bis 74-jährigen Frauen und 23,5 % der gleichaltrigen Männer an einem Herzinfarkt, bevor sie die Klinik erreichten. Die Prähospital-Sterblichkeit ist im Laufe der letzten 30 Jahre gesunken: In den Jahren 1985 bis 1987 betrug sie bei Frauen 39,4 % und bei Männern 32,0 % [23]. Daten des Berliner Herzinfarktregisters zeigen keine Unterschiede in der Letalität zwischen Frauen und Männern [25];

dies könnte möglicherweise mit regionalen Versorgungsunterschieden zwischen Augsburg und Berlin zusammenhängen. Darüber hinaus sind die Daten des klinischen Berliner Herzinfarktregisters und des bevölkerungsbasierten KORA-Herzinfarktregisters nicht direkt vergleichbar. Nach Analysen von Krankenkassendaten kann die höhere Letalität bei Frauen vor allem mit dem durchschnittlich höheren Alter und den damit verbunden Begleiterkrankungen in Verbindung gebracht werden. Es zeigen sich keine Geschlechterunterschiede nach der Aufnahme ins Krankenhaus [26, 27].

Die Geschlechterunterschiede bei Neuerkrankungen und Sterblichkeit sind zum Teil auch in biologischen Mechanismen, der unterschiedlichen Wirkung von Risikofaktoren sowie Unterschieden in Symptomatik, Diagnostik und Therapie begründet. Vor der Menopause stellen u. a. Östrogene (weibliche Geschlechtshormone) einen Schutzfaktor gegen den Herzinfarkt dar [16]. Dies erklärt das durchschnittlich spätere Erkrankungsalter bei Frauen. Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Rauchen und erhöhte Triglyzeridwerte (Neutralfette) im Blut erhöhen für Frauen das Herzinfarktrisiko stärker als für Männer. Die Kombination von Rauchen und der Einnahme von hormonellen Verhütungsmitteln (Pille) führt zu einer deutlichen Erhöhung des Risikos [28]. Familiärer Stress und Partnerschaftskonflikte scheinen für Frauen das Risiko für eine koronare Herzkrankheit stärker zu erhöhen als Arbeitsstress [29]. Umgekehrt gibt es Hinweise, dass HDL-Cholesterin (an High-Density-Lipoprotein gebundenes Cholesterin) und körperliche Aktivität bei Frauen stärker schützend wirken als bei Männern [30, 31].

Während bei Männern eher die als „klassisch" bekannten Herzinfarktsymptome wie starkes Engegefühl im Brustkorb und Vernichtungsschmerz auftreten, berichten Frauen häufig unspezifische Beschwerden wie Luftnot, Übelkeit, Oberbauchschmerzen, Rückenschmerzen, Schmerzen im Arm, Kieferschmerzen und Schwäche [16, 32]. Aufgrund der unspezifischen Symptomatik werden Herzinfarkte bei Frauen oft später erkannt. Dies kann zu einem verzögerten Therapiebeginn und zu einer höheren Sterblichkeit führen [33]. Ein weiterer Grund für einen verzögerten Therapiebeginn könnte sein, dass ältere Frauen häufiger alleine leben und seltener Unterstützung haben, die medizinische Hilfe rufen könnte [34, 35]. Auch die Herzinfarktdiagnostik bei Frauen ist schwieriger, u. a., weil die Grenzwerte für die entsprechenden Blutuntersuchungen an männlichen Standards orientiert [36] und die EKG-Befunde weniger eindeutig sind [37]. Insgesamt ist das Risiko für Fehldiagnosen bei jüngeren Frauen größer als bei jüngeren Männern und älteren Frauen [37].

Der Rückgang von Neuerkrankungen an koronarer Herzkrankheit kann vor allem auf ein verändertes Gesundheitsverhalten, insbesondere auf den Rückgang des Rauchens (siehe Kapitel 2.2.4), sowie auf die zunehmend leitliniengerechte Behandlung von Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen zurückgeführt werden [38, 39]. Diese Faktoren sowie die leitliniengerechtere Behandlung von koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt haben insgesamt wahrscheinlich zur Senkung der Sterberate beigetragen [39]. Daten der DEGS1-Studie zeigen im Vergleich zu dem etwa zehn Jahre vorher durchgeführten Bundes-Gesundheitssurvey 1998, dass sich die geschlechtsbezogenen Unterschiede bei der medikamentösen Behandlung der koronaren Herzkrankheit verringert haben [40].

Durch die höhere Zahl überlebter Herzinfarkte steigt die Zahl von Folgeerkrankungen: So haben sich die stationären Behandlungsfälle mit Herzinsuffizienz (Herzmuskelschwäche, ICD-10: I50) seit dem Jahr 2000 bei Frauen wie bei Männern fast verdoppelt. Für 2017 wurden 234.515 Krankenhausfälle von Frauen mit Herzinsuffizienz dokumentiert (Männer: 229.366) [21]. Mit 24.118 Sterbefällen im Jahr 2017 gehört die Herzinsuffizienz zu den häufigsten Todesursachen bei Frauen (siehe Kapitel 2.1.1) [1]. Die Sterblichkeit ist bei Frauen mit 57,6 Sterbefällen je 100.000 Einwohnerinnen deutlich höher als bei Männern (34,5 Sterbefälle je 100.000 Einwohner) [1]. Dies dürfte auf die größere Anzahl älterer Frauen in der Bevölkerung zurückzuführen sein. Die Sterblichkeit an Herzinsuffizienz steigt ab der Altersgruppe 80 bis 85 Jahre steil an. Die Geschlechterunterschiede in den einzelnen Altersgruppen sind jedoch gering [1]. Trotz zunehmender Erkrankungshäufigkeit hat die Sterblichkeit an Herzinsuffizienz seit 1990 insgesamt abgenommen. Dies kann als Folge einer verbesserten Therapie gedeutet werden [41].

Herzrhythmusstörungen (ICD-10: I44 – I49) können Folge einer koronaren Herzkrankheit, aber auch anderer Herzerkrankungen wie Herzmuskelentzündungen oder Herzklappenerkrankungen

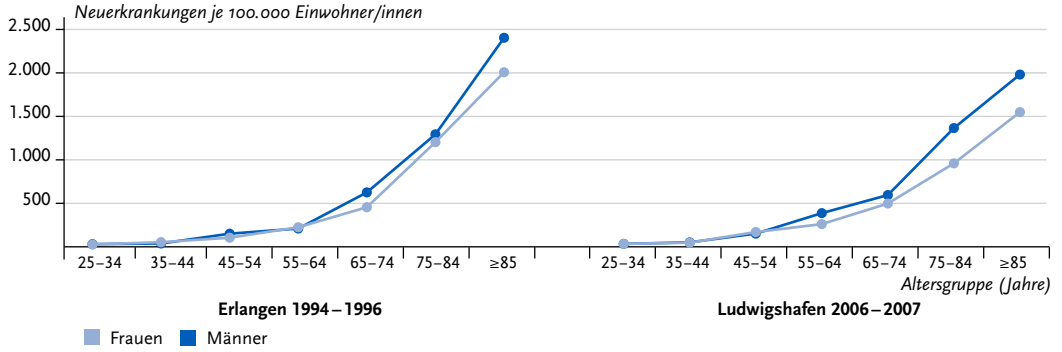
sein. Sie werden im Allgemeinen nach ihrem Entstehungsort (Vorhof oder Herzkammer) unterschieden. Die häufigste anhaltende Herzrhythmusstörung in Deutschland ist das Vorhofflimmern [41]. 2017 gab es bei Frauen 224.162 akutstationäre Behandlungsfälle wegen einer Herzrhythmusstörung (Männer: 253.968), davon 148.544 wegen Vorhofflattern und Vorhofflimmern (ICD-10: I48) [21]. Seit 2007 ist ein deutlicher Anstieg der stationären Behandlungsfälle und Behandlungsraten mit Vorhofflattern und Vorhofflimmern bei Frauen und – stärker – bei Männern zu beobachten [21]. Als mögliche Ursachen werden die verbesserte Diagnostik sowie bessere medikamentöse und instrumentelle Therapiemöglichkeiten diskutiert; auch die demografische Alterung der Bevölkerung dürfte eine Rolle spielen [41]. Im Jahr 2017 verstarben 17.764 Frauen an einer Herzrhythmusstörung (Männer: 11.605), der größte Teil (13.633 Frauen und 7.349 Männer) an Vorhofflattern und Vorhofflimmern [1]. 11.835 der an Vorhofflattern und Vorhofflimmern verstorbenen Frauen waren 80 Jahre alt und älter, von den Männern waren es 5.250 [1]. Die Sterblichkeit hat zwischen 1996 und 2008 deutlich zugenommen und bleibt seitdem in etwa auf diesem Niveau. Dies erscheint angesichts der therapeutischen Fortschritte nicht schlüssig. Mögliche Gründe für die Zunahme wären, dass mit der häufigeren Diagnose von Herzrhythmusstörungen eine häufigere Angabe als Todesursache einhergeht. Auch werden Herzrhythmusstörungen durch die Behandlung nicht beseitigt, können also in einem späteren Lebensalter zum Tode führen [41].

Schlaganfall

Schlaganfälle gehören zu den zerebrovaskulären (die Blutgefäße des Gehirns betreffenden) Erkrankungen. In Deutschland stellen zerebrovaskuläre Erkrankungen die dritthäufigste Todesursache bei Frauen und Männern dar (siehe Kapitel 2.1.1) [1]. Weltweit ist der Schlaganfall die zweithäufigste Todesursache bei Frauen und Männern [2, 7]. Schlaganfälle betreffen vor allem ältere Menschen und gehören zu den Hauptursachen für Behinderungen im Erwachsenenalter. Häufig ist nach einem Schlaganfall eine pflegerische Versorgung notwendig [42–44]. In den letzten Jahrzehnten sind die Neuerkrankungs- und Sterberaten in den hochentwickelten Ländern stetig gesunken [45]. Dies kann auf verbesserte allgemeine Lebensbedingungen sowie Fortschritte in der Prävention und Therapie zurückgeführt werden [46]. Die absolute Anzahl von Frauen und Männern mit Schlaganfall ist allerdings gestiegen; Gründe sind u. a. der demografische Wandel und die damit verbundene Alterung der Bevölkerung [2, 46].

Die Neuerkrankungsrate (Inzidenz) an Schlaganfall kann auf Basis der bevölkerungsbezogenen Schlaganfallregister in Erlangen (1994 – 2010) [47, 48] und Ludwigshafen (2006 – 2007) [49] geschätzt werden. Die Ergebnisse beider Register zeigen, dass Frauen insgesamt häufiger von einem Schlaganfall betroffen sind als Männer. Die jährliche Inzidenz (erstmalige Schlaganfälle) betrug für Frauen im Zeitraum von 1994 bis 1996 in Erlangen 201 je 100.000 Einwohnerinnen (Männer: 147 je 100.000 Einwohner) [50]. Die Daten des Schlaganfallregisters in Ludwigshafen zeigen für 2006 bis 2007 eine

Abbildung 2.1.3.4
Altersabhängige Neuerkrankungsraten an Schlaganfall bei Frauen und Männern
Datenbasis: Bevölkerungsbasierte Schlaganfallregister in Erlangen [47], Ludwigshafen [49]



Schlaganfallinzidenz von 221 je 100.000 Einwohnerinnen bei Frauen und von 211 je 100.000 Einwohner bei Männern. Die altersspezifischen Inzidenzraten steigen für Frauen und Männer in beiden Registern mit zunehmendem Alter steil an [48, 49, 51]. Dass Frauen häufiger betroffen sind als Männer, lässt sich mit der größeren Anzahl älterer Frauen in der Bevölkerung erklären. Bei den Männern zeigen sich jedoch auch höhere Inzidenzraten innerhalb der einzelnen Altersgruppen (Abb. 2.1.3.4).

Der Anteil von Personen, bei denen jemals ein Schlaganfall diagnostiziert wurde (Lebenszeitprävalenz), beträgt nach den Ergebnissen der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2009–2010, gepoolter Datensatz) bei Frauen 2,4 % und bei Männern 2,6 % [10]. Bei der Lebenszeitprävalenz ist ebenfalls ein starker Anstieg mit dem Alter zu verzeichnen [52]. Frauen aller Altersgruppen mit niedrigem Sozialstatus hatten häufiger einen Schlaganfall als Frauen mit hohem Sozialstatus; gleiches gilt auch für Männer [53, 54]. Seit 1998 zeigen sich keine wesentlichen Veränderungen in der Lebenszeitprävalenz des Schlaganfalls in Deutschland [10, 52].

Auch beim Schlaganfall zeigt sich, dass die Sterberaten bei Frauen und Männern kontinuierlich gesunken sind, besonders in den höheren Altersgruppen (Abb. 2.1.3.1) [10]. Mögliche Gründe hierfür sind eine abnehmende Fallschwere sowie eine bessere Versorgung [46, 55, 56], insbesondere durch spezialisierte Organisationseinheiten in Krankenhäusern, die sogenannten Stroke Units [57, 58]. Nach der Akuttherapie auf Station folgt meistens eine stationäre oder ambulante neurologische Rehabilitation. Etwa ein Drittel der Frauen (31,4 %) und ein Viertel der Männer (22,5 %) versterben allerdings innerhalb des ersten Jahres nach einem Schlaganfall. Dabei ist das Sterberisiko in diesem Zeitraum nach Bereinigung um Alter, Pflegebedürftigkeit vor dem Schlaganfall und Schlaganfalltyp bei Frauen um 10 % niedriger als bei Männern [44]. Auch beim Schlaganfall ist der Zeitraum zwischen dem Auftreten der Symptome und einer effektiven Therapie bei Frauen größer als bei Männern. Als Grund wird diskutiert, dass ältere Frauen häufiger alleine leben und unter Umständen niemand da ist, der im Notfall Hilfe holen kann [59].

Im Jahr 2017 gab es laut Krankenhausdiagnosestatistik 307.464 akutstationäre Fälle mit der Diagnose Schlaganfall (ICD-10: I60–I64, ohne I62), davon waren 148.685 (48,4 %) Frauen. Zwischen 2000 und 2005 kam es zu einem Rückgang der Fallzahlen bei Frauen und Männern, dann folgte eine Zunahme, die sich auf die demografische Alterung zurückführen lässt. Die Zahl der Fälle blieb im Jahr 2017 bei Frauen um 9 % unter dem Niveau von 2000, bei Männern lag sie jedoch um 19 % höher [21]. Für 2017 wurden 91.876 Fälle mit der Diagnose Schlaganfall in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten dokumentiert, davon waren 39.652 (43,2 %) weiblich [22].

Risikofaktoren für einen Schlaganfall sind für Frauen und Männer gleichermaßen Bluthochdruck, Adipositas, Bewegungsmangel und Fettstoffwechselstörungen. Frauen mit Diabetes haben jedoch ein höheres Erkrankungsrisiko als Männer [60], gleiches gilt für Frauen, die rauchen [61]. Darüber hinaus besteht bei Frauen nach den Wechseljahren infolge der Veränderungen im Hormonhaushalt ein höheres Risiko für das Auftreten von Blutgerinnseln (Thrombosen) und somit für einen ischämischen Schlaganfall [60]. Frauen haben nach einem Schlaganfall in der Regel mehr Beeinträchtigungen als Männer, sind eher auf Hilfe angewiesen, sind häufiger von Depressionen betroffen und haben eine geringere Lebensqualität [60, 62, 63]. Dies kann u. a. mit dem höheren Alter der Frauen, einem schlechteren Gesundheitszustand vor dem Schlaganfall und einer höheren Anzahl von Begleiterkrankungen begründet werden [59]. Aufgrund der aus dem Schlaganfall resultierenden Beeinträchtigungen und da ältere Frauen häufig in Ein-Personen-Haushalten leben [60, 64], fällt bei ihnen häufiger die Entscheidung für eine Versorgung in einem Pflegeheim [63, 65].

Fazit

Auch wenn Herz-Kreislauf-Erkrankungen eher als „männliche“ Erkrankungen wahrgenommen werden, spielen sie für die Frauengesundheit eine wesentliche Rolle. Sie sind weiterhin die häufigste Todesursache bei Frauen und stellen auch aufgrund ihrer Häufigkeit und der mit ihnen verbundenen Folgeerkrankungen hohe Anforderungen an die Gesundheitsversorgung. Da Änderungen des Gesundheitsverhaltens wesentlich zum Rückgang von Neuerkrankungen beitragen können, sollten diese im Mittelpunkt von Präventionsprogrammen stehen. Setting-Ansätze

(Ausrichtung an Lebenswelten) für gesundheitsfördernde Lebensstile, wie sie auch durch Regelungen des Präventionsgesetzes (siehe Kapitel 2.3.2) unterstützt werden, können ebenfalls eine positive Wirkung haben. Angesichts der gleichbleibenden Neuerkrankungsraten an Herzinfarkt bei jüngeren Frauen könnten diese eine besondere Zielgruppe sein. Individuelle Empfehlungen zur Herz-Kreislauf-Gesundheit sind z. B. anhand von Risikoberechnungen (Risikoscores) möglich; in Deutschland werden vor allem ARRIBA (basierend auf dem Framingham-Score) [66, 67], der PROCAM-Score [68, 69] und der ESC-Score der European Society of Cardiology genutzt [70]. Informationen zum Thema Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen sowie zu Geschlechterunterschieden finden sich u. a. im Frauengesundheitsportal der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (www.frauengesundheitsportal.de), bei der Deutschen Herzstiftung (www.herzstiftung.de/Herzinfarkt-bei-Frauen.html) sowie in den Factsheets des europäischen Projekts GenCAD (Gender-specific mechanisms in coronary heart disease in Europe) [71, 72].

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2019) Todesursachenstatistik ab 1998. Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert). www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
2. Global Burden of Disease 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators (2016) Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet 388(10053):1459–1544
3. Higginson R (2008) Women's help-seeking behaviour at the onset of myocardial infarction. Br J Nurs 17(1):10–14
4. Oertelt-Prigione S, Seeland U, Kendel F et al. (2015) Cardiovascular risk factor distribution and subjective risk estimation in urban women – the BEFRI study: a randomized cross-sectional study. BMC Med 13:52
5. Deutsche Herzstiftung e. V. (Hrsg) (2018) Was ist bei Frauen anders? Koronare Herzkrankheit. Wissen kompakt erklärt, Sonderdruck 28. Deutsche Herzstiftung e. V., Frankfurt am Main
6. Statistisches Bundesamt (2016) Krankheitskostenrechnung, Krankheitskosten in Mio. € für Deutschland. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
7. Lozano R, Naghavi M, Foreman K et al. (2012) Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 380(9859):2095–2128
8. Ford ES, Ajani UA, Croft JB et al. (2007) Explaining the decrease in U. S. deaths from coronary disease, 1980–2000. N Engl J Med 356(23):2388–2398
9. Robert Koch-Institut (2015) Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 38–43
10. Robert Koch-Institut (2015) Schlaganfall. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 43–50
11. Ulstad V (2001) Coronary heart disease. In: Rosenfeld JA (Hrsg) Handbook of Women's Health: An evidence-based approach. Cambridge University Press, Cambridge, S. 483–507
12. Härtel U (2016) Geschlechterunterschiede bei Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems. In: Kolip P, Hurrelmann K (Hrsg) Handbuch Geschlecht und Gesundheit: Männer und Frauen im Vergleich. Hogrefe, Bern, S. 152–169
13. Finger JD, Busch MA, Du Y et al. (2016) Time trends in cardiometabolic risk factors in adults – results from three nationwide German examination surveys from 1990–2011. Dtsch Arztebl Int 113(42):712–719
14. Regitz-Zagrosek V (2012) Why Do We Need Gender Medicine? In: Oertelt-Prigione S, Regitz-Zagrosek V (Hrsg) Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine. Springer, London, S. 1–4
15. Lohff B, Rieder A (2008) Einleitung: Gender Medizin – eine neue Disziplin? In: Rieder A, Lohff B (Hrsg) Gender Medizin: Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Springer, Wien, S. 1–12
16. Regitz-Zagrosek V (2012) Sex and Gender Differences in Cardiovascular Disease. In: Oertelt-Prigione S, Regitz-Zagrosek V (Hrsg) Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine. Springer, London, S. 17–44
17. Regitz-Zagrosek V, Fuchs J (2006) Geschlechterforschung in der Medizin. Peter Lang, Frankfurt am Main
18. Prütz F, Rommel A, Kroll LE et al. (2014) 25 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede in der Gesundheit. GBE kompakt 5(3). Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin. https://edoc.rki.de/handle/176904/3129 (Stand: 01.04.2020)
19. Diederichs C, Neuhauser H, Kroll LE et al. (2017) Regionale Unterschiede in der Prävalenz von kardiovaskulären Risikofaktoren bei Männern und Frauen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 60(2):151–162
20. Lampert T (2010) Smoking, Physical Inactivity, and Obesity: Associations With Social Status. Dtsch Arztebl Int 107(1–2):1–7
21. Statistisches Bundesamt (2018) Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
22. Statistisches Bundesamt (2018) Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen mit mehr als 100 Betten. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
23. KORA Herzinfarktregister Augsburg (2019) Daten zu Herzinfarkten in der Region Augsburg. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
24. Gößwald A, Schienkiewitz A, Nowossadeck E et al. (2013) Prävalenz von Herzinfarkt und koronarer Herzkrankheit bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5–6):650–655
25. Stockburger M, Loewe A, Maier B et al. (2017) Prästationäre und stationäre Herzinfarktsterblichkeit in Berlin. Vortrag bei der 83. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Mannheim. https://herzinfarktregister.de/wp-content/uploads/2018/05/dgk_2017_stockburger.pdf (Stand: 01.04.2020)
26. Bestehorn K, Bestehorn M, Fleck E (2018) Different in-hospitality mortality and treatment for men and women? A risk adjusted analysis of German quality assurance data. Clin Res Cardiol 107(Suppl 1)
27. Heller G, Babitsch B, Günster C et al. (2008) Mortality Following Myocardial Infarction in Women and Men. An Analysis of Insurance Claims Data from Inpatient Hospitalizations. Dtsch Arztebl Int 105(15):279–285

28. Croft P, Hannaford PC (1989) Risk factors for acute myocardial infarction in women: evidence from the Royal College of General Practitioners' oral contraception study. BMJ 298(6667):165–168
29. O'Neil A, Scovelle AJ, Milner AJ et al. (2018) Gender/Sex as a Social Determinant of Cardiovascular Risk. Circulation 137(8):854–864
30. Vaccarino V, Badimon L, Corti R et al. (2011) Ischaemic heart disease in women: are there sex differences in pathophysiology and risk factors? Position paper from the working group on coronary pathophysiology and microcirculation of the European Society of Cardiology. Cardiovasc Res 90(1):9–17
31. Anand SS, Islam S, Rosengren A et al. (2008) Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. Eur Heart J 29(7):932–940
32. Chen W, Woods SL, Puntillo KA (2005) Gender differences in symptoms associated with acute myocardial infarction: a review of the research. Heart Lung 34(4):240–247
33. Canto JG, Rogers WJ, Goldberg RJ et al. (2012) Association of age and sex with myocardial infarction symptom presentation and in-hospital mortality. JAMA 307(8):813–822
34. Bouma J, Broer J, Bleeker J et al. (1999) Longer pre-hospital delay in acute myocardial infarction in women because of longer doctor decision time. J Epidemiol Community Health 53(8):459–464
35. Lammintausta A, Airaksinen JK, Immonen-Räihä P et al. (2014) Prognosis of acute coronary events is worse in patients living alone: the FINAMI myocardial infarction register. Eur J Prev Cardiol 21(8):989–996
36. Shah ASV, Ferry AV, Mills NL (2017) Cardiac Biomarkers and the Diagnosis of Myocardial Infarction in Women. Curr Cardiol Rep 19(5):40
37. Shaw LJ, Bairey Merz CN, Pepine CJ et al. (2006) Insights from the NHLBI-Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study: Part I: gender differences in traditional and novel risk factors, symptom evaluation, and gender-optimized diagnostic strategies. J Am Coll Cardiol 47(3 Suppl):S4–S20
38. Zeiher J, Finger JD, Kuntz B et al. (2018) Zeitliche Trends beim Rauchverhalten Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse sieben bundesweiter Gesundheitssurveys 1991–2015. Bundesgesundheitsbl 61(11):1365–1376
39. Prugger C, Heidrich J, Wellmann J et al. (2012) Trends in Cardiovascular Risk Factors Among Patients With Coronary Heart Disease. Results From the EUROASPIRE I, II, and III Surveys in the Münster Region. Dtsch Arztebl Int 109(17):303–310
40. Knopf H, Busch MA, Du Y et al. (2019) Medikamentöse Sekundärprävention bei Frauen und Männern mit koronarer Herzkrankheit in Deutschland zwischen 1997–1999 und 2008–2011 – Trendanalyse mit Daten zweier bundesweiter Gesundheitssurveys. Bundesgesundheitsbl 62:861–869
41. Deutsche Herzstiftung e. V. (Hrsg) (2018) Deutscher Herzbericht 2018. Deutsche Herzstiftung e. V., Frankfurt am Main
42. Murray CJL, Vos T, Lozano R et al. (2012) Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 380(9859):2197–2223
43. Murray CJL, Barber RM, Foreman KJ et al. (2015) Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. Lancet 386(10009):2145–2191
44. Günster C (2011) Schlaganfallversorgung in Deutschland – Inzidenz, Wiederaufnahmen, Mortalität und Pflegerisiko im Spiegel von Routinedaten. In: Günster C, Klose J, Schmacke N (Hrsg) Versorgungs-Report 2011 – Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen Schattauer, Stuttgart, S. 147–163
45. Kunst AE, Amiri M, Janssen F (2011) The decline in stroke mortality: exploration of future trends in 7 Western European countries. Stroke 42(8):2126–2130
46. Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R et al. (2014) Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 383(9913):245–255
47. Kolominsky-Rabas PL, Sarti C, Heuschmann PU et al. (1998) A prospective community-based study of stroke in Germany – the Erlangen Stroke Project (ESPro): incidence and case fatality at 1, 3, and 12 months. Stroke 29(12):2501–2506
48. Kolominsky-Rabas PL, Wiedmann S, Weingärtner M et al. (2015) Time trends in incidence of pathological and etiological stroke subtypes during 16 years: the Erlangen Stroke Project. Neuroepidemiology 44(1):24–29
49. Palm F, Urbanek C, Rose S et al. (2010) Stroke Incidence and Survival in Ludwigshafen am Rhein, Germany: the Ludwigshafen Stroke Study (LuSSt). Stroke 41(9):1865–1870
50. Erlanger Schlaganfall-Register, Neurologische Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg (2011) Daten zu Schlaganfällen in Erlangen 1994 bis 1996. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
51. Icks A, Claessen H, Kvitkina T et al. (2017) Incidence and relative risk of stroke in the diabetic and non-diabetic population between 1998 and 2014: A community-based stroke register. PLoS ONE 12(11):e0188306. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188306 (Stand: 01.04.2020)
52. Busch MA, Schienkiewitz A, Nowossadeck E et al. (2013) Prävalenz des Schlaganfalls bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 56(5–6):656–660
53. Marshall IJ, Wang Y, Crichton S et al. (2015) The effects of socioeconomic status on stroke risk and outcomes. Lancet Neurol 14(12):1206–1218
54. Cox AM, McKevitt C, Rudd AG et al. (2006) Socioeconomic status and stroke. Lancet Neurol 5(2):181–188
55. Feigin VL, Lawes CMM, Bennett DA et al. (2009) Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review. Lancet Neurol 8(4):355–369
56. Lewsey JD, Jhund PS, Gillies M et al. (2009) Age- and sex-specific trends in fatal incidence and hospitalized incidence of stroke in Scotland, 1986 to 2005. Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2(5):475–483
57. Stroke Unit Trialists' Collaboration (2013) Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev (9):CD000197. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000197.pub3 (Stand: 01.04.2020)
58. Kessler C, Khaw AV, Nabavi DG et al. (2011) Standardized Prehospital Treatment of Stroke. Dtsch Arztebl Int 108(36):585–591
59. Stramba-Badiale M, Goulene K (2006) Gender and Stroke. In: Regitz-Zagrosek V, Fuchs J (Hrsg) Geschlechterforschung in der Medizin. Peter Lang, Frankfurt am Main, S. 83–86
60. Nolte CH, Heuschmann PU, Endres M (2012) Sex and Gender Differences in Neurology. In: Oertelt-Prigione S, Regitz-Zagrosek V (Hrsg) Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine. Springer, London, S. 169–182
61. Schröder C, Wenzel C, Weissenborn K (2008) Neurologie. In: Rieder A, Lohff B (Hrsg) Gender Medizin. Springer, Wien, S. 209–233
62. Niewada M, Kobayashi A, Sandercock PA et al. (2005) Influence of gender on baseline features and clinical outcomes among 17,370 patients with confirmed ischaemic stroke in the international stroke trial. Neuroepidemiology 24(3):123–128

63. Gray LJ, Sprigg N, Bath PM et al. (2007) Sex differences in quality of life in stroke survivors: data from the Tinzaparin in Acute Ischaemic Stroke Trial (TAIST). Stroke 38(11):2960–2964
64. Ludwig A (2006) Der Einfluss sozialer Faktoren auf den Umgang mit komplexen Medikamentenregimen am Beispiel allein lebender, mehrfach erkrankter, alter Frauen. In: Brause M, Ludwig A, Langness A et al. (Hrsg) Der Einfluss sozialer Faktoren auf das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Universität Bielefeld, Bielefeld, S. 12–18
65. Glader EL, Stegmayr B, Norrving B et al. (2003) Sex differences in management and outcome after stroke: a Swedish national perspective. Stroke 34(8):1970–1975
66. GPZK (Gesellschaft für Patientenzentrierte Kommunikation) gGmbH (2020) arriba – Gemeinsam entscheiden. https://arriba-hausarzt.de/ (Stand: 01.04.2020)
67. Diener A, Celemín-Heinrich S, Wegscheider K et al. (2013) In-vivo-validation of a cardiovascular risk prediction tool: the arriba-pro study. BMC Fam Pract 14:13
68. Assmann-Stiftung für Prävention (2018) PROCAM-Schnelltest. www.assmann-stiftung.de/procam-tests/ (Stand: 01.04.2020)
69. Assmann G, Cullen P, Schulte H (2002) Simple scoring scheme for calculating the risk of acute coronary events based on the 10-year follow-up of the prospective cardiovascular Münster (PROCAM) study. Circulation 105(3):310–315
70. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP et al. (2003) Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J 24(11):987–1003
71. GenCAD-Konsortium (2017) Wie Sie Ihr Herz schützen können – Gibt es Unterschiede zwischen Frauen und Männern? Europäische Union. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/2017_gencad_howtoprotectyourheart_factsheet_de.pdf (Stand: 01.04.2020)
72. GenCAD-Konsortium (2017) Informationsblatt für ÄrztInnen und KrankenpflegerInnen. GENCAD: Geschlechterunterschiede bei koronarer Herzkrankheit in Europa. Europäische Union. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/2017_gencad_gendercoronaryarterydisease_factsheet_de.pdf (Stand: 01.04.2020)

2.1.4 Krebserkrankungen

- *Krebserkrankungen sind nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache bei Frauen.*
- *Mit jährlich rund 69.000 Neuerkrankungen ist Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung bei Frauen; die Überlebenschancen haben sich in den letzten 25 Jahren erheblich verbessert.*
- *Während insgesamt bei den meisten Krebserkrankungen die Neuerkrankungs- und die Sterberaten zurückgegangen sind, ist bei Frauen für Lungenkrebs ein Anstieg zu verzeichnen.*

Krebserkrankungen sind nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Deutschland und weltweit. Nach aktuellen Schätzungen erkranken jede zweite Frau und jeder zweite Mann im Laufe ihres Lebens an Krebs [1]. Für die Erkrankten und ihre Angehörigen bedeutet die Diagnose einer Krebserkrankung eine große Belastung und ist mit Ängsten verbunden. Es stellen sich viele Fragen, etwa zur Prognose, zu Therapiemöglichkeiten und zu Unterstützungsangeboten [2].

Im Jahr 2017 wurden aufgrund von bösartigen Neubildungen (ICD-10: C00–C97) 631.304 Frauen und 757.165 Männer stationär behandelt. Das sind rund 7 % aller stationären Behandlungsfälle [3]. Im Jahr 2015 betrugen die Kosten für die Behandlung bösartiger Neubildungen 19,9 Milliarden Euro und damit rund 6 % der gesamten Krankheitskosten [4]; dabei führen im Bereich der Arzneimitteltherapien vor allem neue, hochpreisige Medikamente zu Kostensteigerungen [5]. Es ist davon auszugehen, dass der Versorgungsbedarf aufgrund der demografischen Entwicklung und der damit verbundenen Zunahme der jährlich auftretenden Neuerkrankungen weiter ansteigen wird [6].

Schätzungen auf Basis aller im Jahr 2018 zu erwartenden Krebsfälle kommen zu dem Schluss, dass von diesen Fällen rund 37 % auf modifizierbare Krebsrisikofaktoren (Lebensstilfaktoren, Infektionen und Umweltfaktoren) zurückzuführen sind und damit potenziell vermeidbar wären [7]. Der wichtigste beeinflussbare Risikofaktor ist weiterhin das Rauchen [8]. Weitere Risikofaktoren sind beispielsweise chronische Infektionen mit

Humanen Papillomviren, Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virus oder Helicobacter pylori, die zur Entstehung von Gebärmutterhalskrebs, Leberkrebs und Magenkrebs führen können (siehe Kapitel 2.1.9) [7, 9].

Nach Schätzungen des Zentrums für Krebsregisterdaten (ZfKD) am Robert Koch-Institut (RKI) erkrankten im Jahr 2016 insgesamt 233.600 Frauen und 258.500 Männer neu an Krebs. Wie international üblich, werden in die Berechnungen alle bösartigen Neubildungen (ICD-10: C00–C97) ohne nicht-melanotischen Hautkrebs (C44) sowie ohne sekundäre Krebsmanifestationen wie Metastasen (C77–C79) eingeschlossen [10]. Die Anzahl der Neuerkrankungen ist im Vergleich zum Jahr 2000 bei Frauen um 14,5 % und bei Männern um 24,0 % angestiegen [10]. Das Erkrankungsrisiko nimmt für fast alle Krebserkrankungen mit dem Alter zu: Zwei Drittel aller Krebserkrankungen treten bei Menschen über 60 Jahren auf. Daher ist die demografische Alterung in Deutschland ein entscheidender Einflussfaktor für diesen Anstieg [6]. Betrachtet man jedoch die altersstandardisierten Erkrankungsraten (hierbei wird der Faktor Alter „herausgerechnet“), so zeigt sich bei Frauen ein geringer Anstieg um rund 3 % und bei Männern ein leichter Rückgang um rund 7 % [10].

Im Jahr 2017 verstarben 104.077 Frauen und 122.603 Männer an einer Krebserkrankung [11]. Berücksichtigt man die Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung, so zeigt sich für die meisten Krebserkrankungen ein Rückgang der altersstandardisierten Sterberaten in den letzten dreißig Jahren bei Frauen und Männern. Bei Lungenkrebs hingegen ist ein Anstieg der Erkrankungs- und Sterberaten für Frauen zu verzeichnen [10]. Die häufigsten Krebslokalisationen bei Neuerkrankungs- und Sterbefällen sind bei Frauen Brust-, Darm- und Lungenkrebs (Abb. 2.1.4.1, Abb. 2.1.4.2) und bei Männern Prostata-, Lungen- und Darmkrebs [1, 10].

Im Folgenden werden mit Brustkrebs sowie den gynäkologischen Krebserkrankungen von Gebärmutterhals, Gebärmutterkörper, Eierstöcken und Vulva die für Frauen spezifischen Krebsarten beschrieben. Außerdem werden Daten zu Lungenkrebs berichtet, der Krebsart mit der zweithöchsten Sterblichkeit bei Frauen, für die zudem große Geschlechterunterschiede bestehen. Dabei werden Neuerkrankungen, Sterbe- und Überlebensraten, die zeitliche Entwicklung, Risikofaktoren sowie Möglichkeiten der Prävention dargestellt. Datengrundlagen sind die Schätzungen zu Erkrankungs- und relativen Überlebensraten

Abbildung 2.1.4.1
Krebsneuerkrankungen (ICD-10) bei Frauen in Deutschland, 2016 (ohne nicht-melanotischen Hautkrebs (C44))
Datenbasis: Schätzungen des Zentrums für Krebsregisterdaten [10]

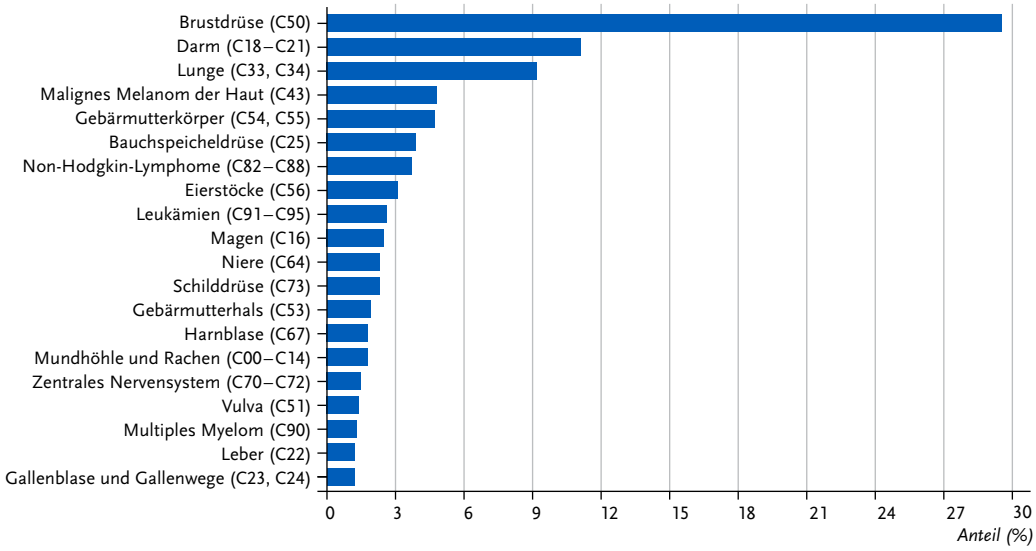
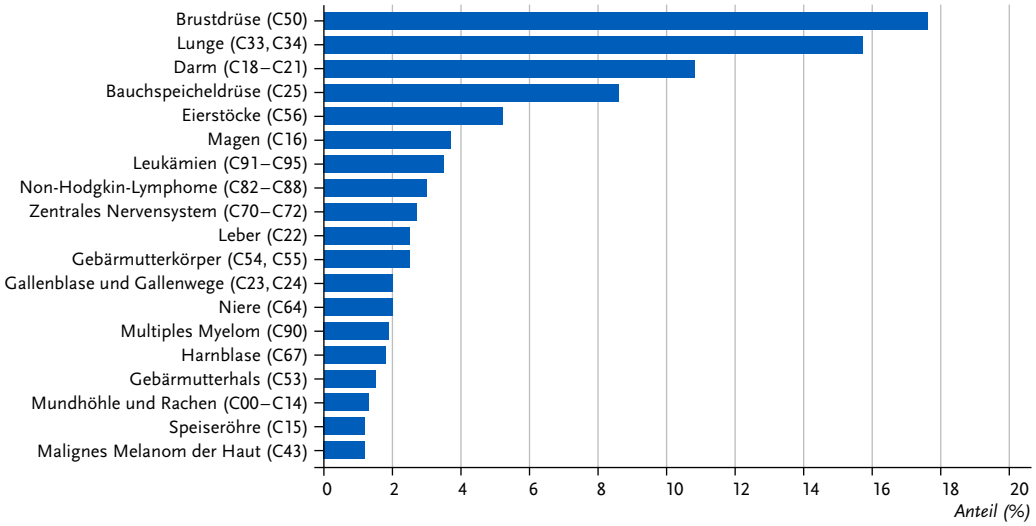


Abbildung 2.1.4.2
Krebssterbefälle (ICD-10) bei Frauen in Deutschland, 2016
Datenbasis: Todesursachenstatistik [11]



(siehe Infobox 2.1.4.1) des ZfKD, das die Daten der epidemiologischen Landeskrebsregister auf Bundesebene zusammenführt (siehe Infobox 2.1.4.2), und die Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes.

Infobox 2.1.4.1
Relative Überlebensraten

Die durchschnittlichen Überlebenswahrscheinlichkeiten werden anhand von Überlebensraten dargestellt. Dabei berücksichtigt das relative Überleben, dass nur ein Teil der Sterblichkeit von Krebspatientinnen und -patienten auf die Krebserkrankung zurückzuführen ist. Zu erwarten ist, dass auch ein Teil an anderen Grunderkrankungen verstirbt. Ein relatives 5-Jahres-Überleben von z. B. 85 % bedeutet damit, dass fünf Jahre nach der Diagnose der Anteil der überlebenden Krebspatientinnen und -patienten 85 % des erwarteten Anteils Überlebender einer Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts ohne Krebs entspricht. Das relative 5-Jahres-Überleben ist damit ein Maß für das krankheitsspezifische Überleben.

Brustkrebs

Brustkrebs (Mammakarzinom, ICD-10: C50) ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Im Jahr 2016 erkrankten etwa 68.950 Frauen an Brustkrebs (Tab. 2.1.4.1), die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate betrug 112,2 Fälle je 100.000 Einwohnerinnen. Das mittlere Erkrankungsalter lag bei 64 Jahren [1]. Bei etwa 700 Männern wurde 2016 eine Brustkrebserkrankung diagnostiziert [10]. Nach der Einführung des Mammographie-Screenings zwischen 2005 und 2009 (je nach Region) kam es zu einem Anstieg der Neuerkrankungszahlen und Erkrankungsraten, seit 2009 sind diese jedoch wieder leicht rückläufig (Abb. 2.1.4.3). Ein solcher Verlauf war zu erwarten und ist durch die Vorverlagerung des Diagnosezeitpunkts (also eine frühzeitigere Erkennung bevor Symptome aufgetreten sind) vor allem in der ersten Phase des Screenings zu erklären.

Im Jahr 2017 verstarben 18.396 Frauen an Brustkrebs (Tab. 2.1.4.1) [11]. Seit Mitte der 1990er-Jahre sind die Sterberaten an Brustkrebs rückläufig. Die Überlebenschancen haben sich in den letzten 25 Jahren erheblich verbessert: 1980 bis 1984 lag die relative 5-Jahres-Überlebensrate (siehe Infobox 2.1.4.1) für Gesamtdeutschland bei rund 68 % [12]. Aktuell (Periode 2015/2016) betrug sie 87 %, die 10-Jahres-Überlebensrate 82 % [10]. In den neuen Bundesländern sind die Neuerkrankungs- und

Tabelle 2.1.4.1
Erkrankungs- und Sterbefälle für Brustkrebs, gynäkologische Krebserkrankungen und Lungenkrebs bei Frauen, 2016 bzw. 2017. Veränderung der absoluten Fallzahlen und altersstandardisierten Erkrankungsraten 2000–2016/2017 (alte Europastandardbevölkerung)
Datenbasis: Schätzungen des Zentrums für Krebsregisterdaten [10], Todesursachenstatistik [11]

Lokalisation (ICD-10)	Erkrankungsfälle			Sterbefälle		
	Absolute Zahl 2016	Veränderung absolut seit 2000	Veränderung ASR* seit 2000	Absolute Zahl 2017	Veränderung absolut seit 2000	Veränderung ASR* seit 2000
Brust (C50)	68.950	+18,6 %	+6,2 %	18.396	-8,0 %	-19,1 %
Gebärmutterkörper (C54, C55)	11.090	+0,5 %	-9,5 %	2.707	-0,5 %	-16,2 %
Eierstöcke (C56)	7.350	-19,5 %	-28,4 %	5.373	-9,6 %	-27,5 %
Gebärmutterhals (C53)	4.380	-29,0 %	-30,5 %	1.587	-18,1 %	-24,2 %
Vulva (C51)	3.330	+107,4 %	+87,9 %	943	+70,0 %	+42,9 %
Lunge (C33, C34)	21.500	+82,5 %	-59,4 %	16.381	+61,3 %	+40,8 %

* ASR: altersstandardisierte Erkrankungsrate (alte Europastandardbevölkerung)

Infobox 2.1.4.2
Krebsregistrierung in Deutschland

Seit 2009 werden im Rahmen der epidemiologischen Krebsregistrierung in Deutschland alle neu auftretenden Krebserkrankungen systematisch und flächendeckend in allen Ländern von den jeweiligen Landeskrebsregistern erfasst. Diese Daten sowie die Daten des Deutschen Kinderkrebsregisters dienen dem Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) am Robert Koch-Institut als Grundlage zur Schätzung aller pro Jahr in Deutschland auftretenden Krebsneuerkrankungen, Überlebensraten und weiterer epidemiologischer Kennzahlen. Für die Daten zur Sterblichkeit an Krebs wird die amtliche Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes herangezogen. Klinische Krebsregister erfassen die Daten zum Krankheitsverlauf und zur Behandlung von Krebserkrankungen in der stationären und ambulanten Versorgung. Auf diese Weise soll die Qualität der Therapie und Versorgung besser beurteilt werden können. Rechtliche Grundlage für den flächendeckenden Auf- und Ausbau der klinischen Krebsregister ist das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) von 2013. In den meisten Bundesländern arbeiten inzwischen integrierte klinisch-epidemiologische Register, auch in den übrigen Ländern werden die gemeldeten Daten gemeinsam für beide Registerformen genutzt.

Sterberaten weiterhin etwa ein Viertel niedriger als in den alten Bundesländern. Die Raten haben sich nur für Frauen unter 55 Jahren angeglichen. Die Gründe für diese Unterschiede liegen vermutlich in der höheren Geburtenrate und dem niedrigeren Alter der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes in der ehemaligen DDR und in weiteren lebensstilbedingten Faktoren [13].

Mit zunehmendem Alter erhöht sich das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken. Weitere Risikofaktoren sind eine frühe erste und eine späte letzte Regelblutung, ein höheres Alter bei der ersten Geburt sowie Kinderlosigkeit. Stillzeiten und frühe bzw. mehrere Geburten senken hingegen das Brustkrebsrisiko [14–17]. Eine Hormontherapie in und nach den Wechseljahren kann das Risiko erhöhen, hormonelle Verhütungsmittel (Pille) haben dagegen nur einen geringen Einfluss auf die Häufigkeit der Erkrankung. Dass Frauen mit höherem sozioökonomischen Status häufiger an Brustkrebs erkranken, hängt wahrscheinlich mit dem späteren Alter bei der ersten Geburt und der durchschnittlich geringeren Kinderzahl, möglicherweise auch mit sozioökonomischen Unterschieden bei der Inanspruchnahme einer Hormontherapie in den Wechseljahren, zusammen [18].

Auch Bewegungsmangel und Übergewicht nach den Wechseljahren sowie Alkoholkonsum zählen zu den Risikofaktoren für Brustkrebs [16, 19], Tabakkonsum könnte das Risiko ebenfalls geringfügig erhöhen [20]. In der Literatur wird zudem der Zusammenhang zwischen Schichtarbeit

und erhöhtem Brustkrebsrisiko diskutiert [21–23]. Auch haben Frauen mit sehr dichtem Brustdrüsengewebe oder bestimmten gutartigen Brustveränderungen (lobuläre Neoplasien und atypische duktale Hyperplasien) ein erhöhtes Risiko, an Brustkrebs zu erkranken [20]. Weitere Risikofaktoren sind eine Strahlentherapie des Brustkorbs im Kindes- oder Jugendalter sowie eine Häufung von Brust- oder Eierstockkrebserkrankungen in der Familie. Bei etwa 5 % bis 10 % der Brustkrebserkrankungen wird eine genetische Veranlagung als entscheidende Ursache gesehen [24]. Für Trägerinnen der Gene BRCA1 und BRCA2 beträgt das Lebenszeitrisiko, an Brustkrebs zu erkranken 80 % bis 85 % [25].

Frauen ab 30 Jahren bietet das gesetzliche Früherkennungsprogramm die Möglichkeit einer jährlichen Tastuntersuchung bei einer Ärztin bzw. einem Arzt, einschließlich der Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung. Frauen zwischen 50 und 69 Jahren werden alle zwei Jahre zu einer Röntgenuntersuchung der Brust im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms eingeladen (zur Krebsfrüherkennung siehe Kapitel 2.3.1) [26–28]. Etwa sechs bis acht Jahre nach Einführung des Screenings (je nach Region) ist die Erkrankungsrate an fortgeschrittenen Tumoren der Brust inzwischen unter das Ausgangsniveau gefallen, gleichzeitig sank die Zahl operativer Entfernungen der Brust (Mastektomien) in der Screening-Altersgruppe von 2005 bis 2017 um 16 % [29]. Dies deutet darauf hin, dass ein wesentliches Ziel des Screenings erreicht wurde: Die Rate fortgeschrittener Brusttumoren konnte reduziert und damit die Zahl belastender Therapien zugunsten schonenderer Verfahren (brusterhaltende Operationen) gesenkt werden [1].

Gebärmutterhalskrebs

Im Jahr 2016 erkrankten 4.380 Frauen an Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom, ICD-10: C53) (Tab. 2.1.4.1) [10]. Ungefähr drei Viertel dieser Tumoren sind von der Gewebeart her Plattenepithelkarzinome, etwa ein Fünftel Adenokarzinome. In den letzten zehn Jahren sind die Erkrankungsraten stabil geblieben (Abb. 2.1.4.3). In den dreißig Jahren zuvor war jedoch ein starker Rückgang zu verzeichnen, der zu einem wesentlichen Anteil auf die Krebsfrüherkennungsuntersuchung (Pap-Test) zurückzuführen sein dürfte, da diese in der Lage ist, bereits Krebsvorstufen am Gebärmutterhals zu entdecken.

In der Altersgruppe der 35- bis unter 60-jährigen Frauen sind die Erkrankungsraten an Gebärmutterhalskrebs am höchsten [10]. Beim bereits invasiven Karzinom (d. h., der Tumor ist bereits in das benachbarte Gewebe eingedrungen) beträgt das mittlere Erkrankungsalter 55 Jahre. Das häufigere In-situ-Karzinom (d. h., ein noch auf das Ursprungsgewebe begrenzter Tumor, der noch als Krebsvorstufe angesehen wird) wird meist im Rahmen der Früherkennung entdeckt und tritt bei durchschnittlich um 20 Jahre jüngeren Frauen auf [1, 10]. Frauen mit niedrigem sozioökonomischen Status sind etwas häufiger von Gebärmutterhalskrebs betroffen; dies hängt mit einer unterschiedlichen Verteilung von Risikofaktoren zusammen [18].

Im Jahr 2017 verstarben 1.587 Frauen an Gebärmutterhalskrebs. Wie die Neuerkrankungsrate hat auch die Sterblichkeit an Gebärmutterhalskrebs in den letzten 20 Jahren abgenommen (Abb. 2.1.4.4, Tab. 2.1.4.1) [11]. Nach der Diagnose eines invasiven Gebärmutterhalstumors liegt die relative 5-Jahres-Überlebensrate bei 67 % [10]. Neuerkrankungs- und Sterberaten liegen im internationalen Vergleich in Ländern mit lange bestehenden, gut organisierten Früherkennungsprogrammen niedriger als in Ländern ohne Früherkennungsprogramme [1].

Die Hauptursache für die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs ist eine chronische Infektion mit humanen Papillomviren (HPV, siehe Kapitel 2.1.9) [30]. Daneben stellen Rauchen, andere sexuell übertragbare Erreger (z. B. Herpes simplex oder Chlamydien) sowie ein früher Beginn der sexuellen Aktivität, viele Geburten und ein stark geschwächtes Immunsystem Risikofaktoren dar. Das Risiko, an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken, ist zudem während der langfristigen Einnahme hormoneller Verhütungsmittel (Pille) leicht erhöht. Möglicherweise spielen auch genetische Ursachen bei der Entwicklung von Zervixkarzinomen eine Rolle [1, 31]. Informationen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs sind in Kapitel 2.3.1 zu finden.

Gebärmutterkörperkrebs

Bösartige Tumoren des Gebärmutterkörpers (Korpus- oder Endometriumkarzinom, ICD-10: C54 – C55) sind die fünfthäufigste Krebserkrankung (Abb. 2.1.4.1) bei Frauen und die häufigste der weiblichen Genitalorgane (Abb. 2.1.4.3) [10]. 2016 erkrankten

Abbildung 2.1.4.3
Altersstandardisierte Neuerkrankungsraten für Brustkrebs und gynäkologische Krebserkrankungen bei Frauen im Zeitverlauf (alte Europastandardbevölkerung)
Datenbasis: Schätzungen des Zentrums für Krebsregisterdaten [10]

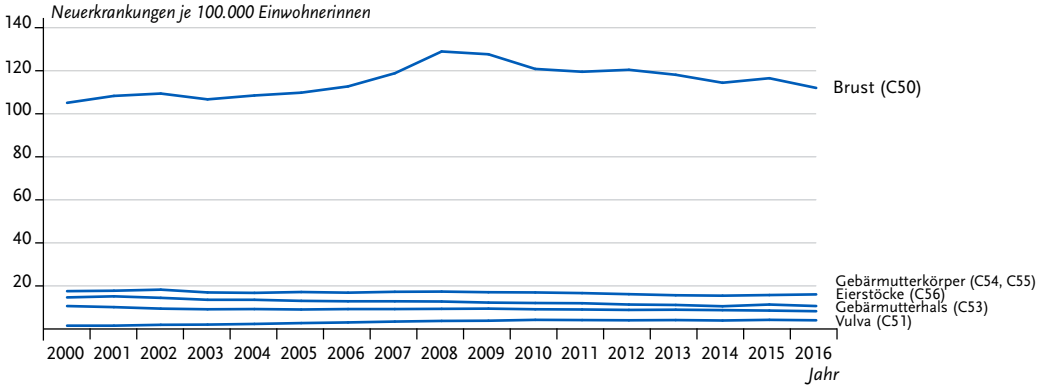
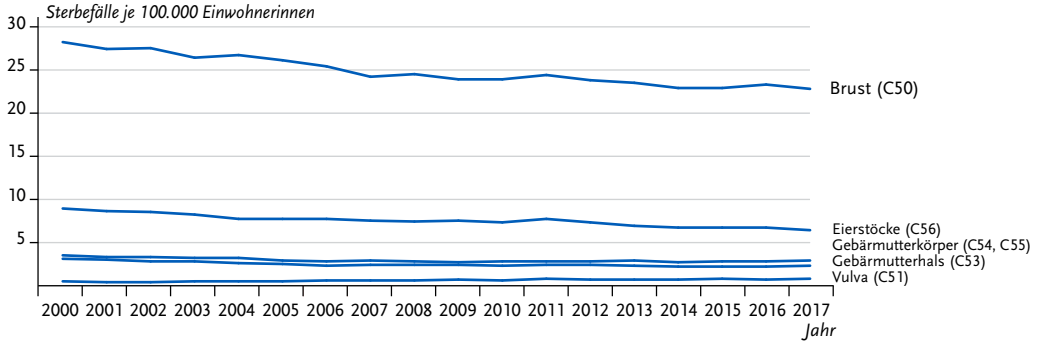


Abbildung 2.1.4.4
Altersstandardisierte Sterberaten für Brustkrebs und gynäkologische Krebserkrankungen bei Frauen im Zeitverlauf (alte Europastandardbevölkerung)
Datenbasis: Todesursachenstatistik [11]



11.090 Frauen an Gebärmutterkörperkrebs (Tab. 2.1.4.1) [10]. Sowohl die Anzahl der Neuerkrankungen als auch die altersstandardisierten Neuerkrankungs- und Sterberaten (Abb. 2.1.4.4) sind seit dem Jahr 2000 gesunken. 2017 verstarben 2.707 Frauen an Gebärmutterkörperkrebs; dabei ist die Anzahl der Sterbefälle nahezu gleich geblieben (Tab. 2.1.4.1) [11]. 80 % der Karzinome werden in einem frühen Stadium diagnostiziert [1]. Damit hat die Erkrankung eine relativ gute Prognose: In Deutschland liegt die relative 5-Jahres-Überlebensrate bei 78 % und die relative 10-Jahres-Überlebensrate bei 74 %. Das mittlere Erkrankungsalter bei Gebärmutterkörperkrebs beträgt 68 Jahre.

80 % der Tumoren des Gebärmutterkörpers sind hormonabhängig. Für diese stellt ein länger andauernder Östrogeneinfluss einen Risikofaktor dar. So erhöhen Kinderlosigkeit, eine frühe erste Regelblutung, ein später Eintritt der Wechseljahre sowie Erkrankungen der Eierstöcke (z. B. das Polyzystische Ovar-Syndrom) das Erkrankungsrisiko [10, 32]. Das Erkrankungsrisiko ist zudem erhöht für Frauen, die Östrogene als Monotherapie in den Wechseljahren erhalten oder aufgrund von Brustkrebs mit Tamoxifen behandelt werden. Hormonelle Verhütungsmittel (Pille), insbesondere in einer Östrogen-Gestagen-Kombination, senken das Erkrankungsrisiko [10, 32]. Übergewicht und Bewegungsmangel sind Risikofaktoren für die Entstehung hormonabhängiger Tumoren des Gebärmutterkörpers, ebenso wie Diabetes mellitus Typ 2 [33–36]. Genveränderungen, die mit

erblichem Darmkrebs (nicht-polypöses kolorektales Karzinom) in Zusammenhang stehen, erhöhen auch das Risiko für Gebärmutterkörperkrebs.

Ein höheres Alter sowie eine Bestrahlung der Gebärmutter stellen Risikofaktoren für die Östrogen-unabhängigen Formen von Gebärmutterkörperkrebs dar. Inwiefern genetische oder lebensstilbedingte Faktoren einen Einfluss haben, ist nicht geklärt [1, 10].

Eierstockkrebs

Im Jahr 2016 erkrankten 7.350 Frauen an Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom (C56)). Dabei ist die Anzahl der Neuerkrankungen seit dem Jahr 2000 um rund 20 % gesunken (Tab. 2.1.4.1) [10]. Vor allem ältere Frauen sind von Eierstockkrebs betroffen: Die Erkrankungsraten steigen bis zum 85. Lebensjahr kontinuierlich an, das mittlere Erkrankungsalter beträgt 68 Jahre. Seltene Formen von Eierstockkrebs (z. B. Keimzelltumoren) können jedoch auch bei Kindern und jungen Frauen auftreten [37]. Da 60 % der Ovarialkarzinome erst in einem späten Stadium diagnostiziert werden, sind die Überlebensraten eher gering [1]. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate beträgt 43 %, die 10-Jahres-Überlebensrate 35 % [10]. Die Anzahl der Sterbefälle lag im Jahr 2017 bei 5.373 (Tab. 2.1.4.1) [10]. Neuerkrankungs- und Sterberaten sind rückläufig.

Neben einem höheren Alter und Übergewicht beeinflussen vor allem hormonelle Faktoren das Risiko, an einem Ovarialkarzinom zu erkranken. So erhöhen Unfruchtbarkeit und Kinderlosigkeit das Erkrankungsrisiko, während lange Stillzeiten und viele Geburten Schutzfaktoren sind [37, 38]. Inwieweit eine frühe erste Regelblutung und ein später Beginn der Wechseljahre das Erkrankungsrisiko erhöhen, steht noch nicht eindeutig fest. Ein erhöhtes Erkrankungsrisiko besteht für Frauen, die in den Wechseljahren eine Hormontherapie, insbesondere mit reinen Östrogenpräparaten, erhalten [1, 38–40]. Hormonelle Verhütungsmittel (Pille) haben dagegen einen schützenden Effekt. Auch nach einer Sterilisation (Verschluss oder Durchtrennung der Eileiter) oder einer operativen Entfernung beider Eileiter (Salpingektomie) kann das Erkrankungsrisiko verringert sein [39]. Frauen mit Darm-, Gebärmutterkörper- oder Brustkrebs sowie Frauen, deren Verwandte ersten Grades von Brust- oder Eierstockkrebs betroffen sind, erkranken häufiger; dabei liegen oft Veränderungen in den Genen BRCA1 und BRCA2 vor [1, 41]. Insgesamt erkranken mehr Frauen mit höherem sozioökonomischen Status an einem Ovarialkarzinom. Ähnlich wie bei Brustkrebs, kann dies mit sozialstatusbedingten Unterschieden hinsichtlich Kinderlosigkeit oder Hormontherapie in den Wechseljahren zusammenhängen [18].

Krebserkrankungen der Vulva

In Deutschland ist in den letzten zehn Jahren ein deutlicher Anstieg der bösartigen Tumoren der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane (Vulva) zu verzeichnen (ICD-10: C51) [10]. Krebserkrankungen der Vulva sind bei jüngeren Frauen eher durch eine chronische Infektion mit humanen Papillomviren (HPV, siehe Kapitel 2.1.9) bedingt, bei älteren Frauen durch andere Ursachen [42, 43]. Im Jahr 2016 erkrankten 3.330 Frauen an einem bösartigen Vulvatumor, im Jahr 2000 waren dies noch weniger als die Hälfte der Fälle (Tab. 2.1.4.1) [10], wobei ab 2010 eine Stabilisierung der Erkrankungsraten zu beobachten ist. Am stärksten stiegen die Erkrankungsraten bei Frauen unter 70 Jahren. Ein Grund hierfür kann das veränderte Sexualverhalten und die damit einhergehende steigende HPV-Prävalenz sein [44].

Das mittlere Erkrankungsalter für Krebserkrankungen der Vulva liegt bei 73 Jahren, die größte Krankheitslast ist bei Frauen über 70 Jahren zu verzeichnen. Wie die Zahl der Neuerkrankungen, so ist auch die Zahl der Sterbefälle angestiegen: 2017 verstarben 943 Frauen an einer Krebserkrankung der Vulva, im Jahr 2000 waren dies noch etwa die Hälfte (Tab. 2.1.4.1) [10, 11]. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate nach der Diagnose liegt bei 71 % und die relative 10-Jahres-Überlebensrate bei 66 %. Der Großteil der invasiven Tumoren wird in einem Stadium mit noch geringer Ausdehnung (T1) diagnostiziert. In diesem Stadium ist jedoch bereits etwa jede vierte Frau von einem Lymphknotenbefall betroffen [1].

Rauchen erhöht das Erkrankungsrisiko für die nicht-verhornende Form des Vulvakarzinoms, ebenso wie eine langanhaltende Immunsuppression (Unterdrückung der körpereigenen Immunabwehr, beispielsweise nach Organtransplantation oder infolge einer HIV-Erkrankung), welche eine HPV-Infektion begünstigen kann [45, 46]. Hauptrisikofaktoren für verhornende Vulvakarzinome und ihre Vorstufen sind degenerative und

chronisch entzündliche Hauterkrankungen (z. B. Lichen sclerosus). Gebärmutterhalskrebs und weitere Krebserkrankungen im Genitalbereich stellen ebenfalls Risikofaktoren dar [42, 43]. Für Krebserkrankungen der Vulva und ihre Vorstufen gibt es keine gezielte Früherkennung. Bei der gynäkologischen Krebsfrüherkennung sollte jedoch die gesamte Vulva mit untersucht werden. Als mögliche Prävention gilt die HPV-Impfung [42].

Lungenkrebs

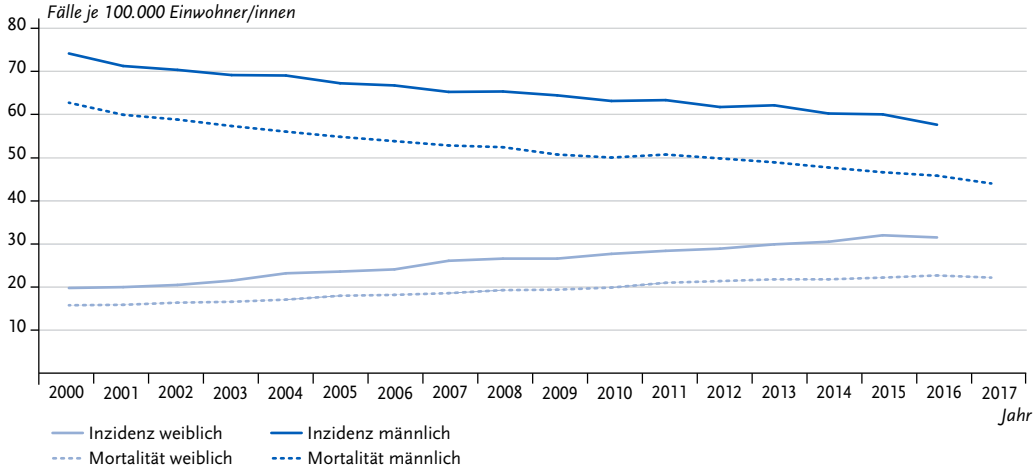
Nach Brust- und Darmkrebs ist Lungenkrebs (ICD-10: C33, C34) die dritthäufigste Krebserkrankung bei Frauen (Abb. 2.1.4.1) und steht an zweiter Stelle bei allen Krebssterbefällen (Abb. 2.1.4.2) [1]. Im Jahr 2016 erkrankten 21.500 Frauen an Lungenkrebs (Tab. 2.1.4.1). Seit dem Jahr 2000 ist die Anzahl der Erkrankungsfälle um rund 83 % und die altersstandardisierte Erkrankungsrate um rund 59 % angestiegen (Tab. 2.1.4.1).

Im Jahr 2017 verstarben 16.381 Frauen an Lungenkrebs. Die Anzahl der Sterbefälle ist um etwa 61 % und die altersstandardisierte Sterberate um rund 41 % angestiegen (Tab. 2.1.4.1). Dagegen sind bei Männern die Neuerkrankungs- und Sterberaten zurückgegangen (Abb. 2.1.4.5) [10]. Als Grund wird die unterschiedliche Entwicklung des Rauchverhaltens seit den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts angeführt: So ist der Anteil der Raucherinnen gestiegen, während der Anteil der rauchenden Männer zurückgegangen ist [47]. In den höheren Altersgruppen rauchen zwar noch deutlich mehr Männer als Frauen (siehe Kapitel 2.2.4), bei Jugendlichen gibt es jedoch nahezu keine Geschlechterunterschiede mehr [48–50]. Es ist daher davon auszugehen, dass sich die Erkrankungs- und Sterberaten von Frauen und Männern weiter angleichen werden [1].

Die relative 5-Jahres-Überlebensrate bei Lungenkrebs beträgt für Frauen 21 %. Lungenkrebs zählt somit zu den prognostisch ungünstigen Tumoren [10]. Nach der Gewebeart können drei Haupttypen von Lungenkrebs unterschieden werden: Adenokarzinome, Plattenepithelkarzinome und kleinzellige Bronchialkarzinome. Knapp ein Fünftel der Lungenkrebsfälle sind kleinzellige Bronchialkarzinome, die aufgrund der frühen Metastasierungsneigung die schlechteste Prognose aufweisen. Ein Viertel der Fälle sind Plattenepithelkarzinome und knapp die Hälfte sind Adenokarzinome [1]. Dabei ist ein deutlicher Anstieg des Anteils von Adenokarzinomen bei Frauen im Vergleich zu einem nur leichten Anstieg bei Männern zu verzeichnen [51].

Der Hauptrisikofaktor für Lungenkrebs ist das Rauchen. Schätzungen zufolge sind rund 83 % der Erkrankungen an Lungenkrebs bei Frauen auf aktives Rauchen zurückzuführen [52]. Passivrauchen erhöht ebenfalls das Erkrankungsrisiko. Von 100

Abbildung 2.1.4.5
Altersstandardisierte Erkrankungs- und Sterberaten für Lungenkrebs (ICD-10: C33, C34) bei Frauen und Männern im Zeitverlauf (alte Europastandardbevölkerung)
Datenbasis: Schätzungen des Zentrums für Krebsregisterdaten [10], Todesursachenstatistik [11]



Lungenkrebsfällen können neun bis 15 auf krebserregende Stoffe wie Asbest oder Quarz- und Nickelstäube zurückgeführt werden. Das Lungenkrebsrisiko ist zudem für Anwohnerinnen und Anwohner in Gebieten mit hoher Radonbelastung erhöht. Von den Luftschadstoffen sind Dieselabgase der bedeutendste Risikofaktor [1, 53]. Der Verzicht auf das Rauchen ist somit weiterhin die wichtigste Maßnahme zur Prävention von Lungenkrebs [53].

Fazit

Die absolute Zahl der Krebserkrankungen hat in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen, in erster Linie bedingt durch die zunehmende Zahl älterer Menschen und die deutliche Altersabhängigkeit von Krebserkrankungen. Darüber hinaus sind je nach Art der Krebserkrankung sowohl steigende als auch sinkende Neuerkrankungsraten zu beobachten. So sind bei Lungenkrebs die Erkrankungs- und Sterberaten bei Frauen angestiegen, während die Entwicklung bei Männern rückläufig ist.

Präventionsstrategien stehen nur für wenige Tumorarten zur Verfügung; unter diesen sind allerdings Krebsformen, von denen viele Menschen betroffen sind. Von den vermeidbaren Risikofaktoren hat das Rauchen den größten Stellenwert. Für Frauen und Mädchen sind darüber hinaus die primärpräventive Wirkung des Stillens für Brustkrebs [14] sowie die HPV-Impfprävention gegen Gebärmutterhalskrebs hervorzuheben.

Im Jahr 2008 wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die Deutsche Krebsgesellschaft, die Deutsche Krebshilfe und die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren der Nationale Krebsplan initiiert. Ziele sind die Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung, die Verbesserung der Versorgungsqualität für an Krebs erkrankte Menschen – auch mit Blick auf die psychoonkologische Versorgung, eine verstärkte Patientenorientierung, eine verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation sowie das Langzeitüberleben nach Krebs [54]. Zu den Schwerpunkten des Nationalen Krebsplans gehört auch die Erstellung und Weiterentwicklung evidenzbasierter Behandlungsleitlinien der höchsten methodischen Entwicklungsstufe (S-3-Leitlinien) für alle häufigen Tumorarten (Leitlinienprogramm Onkologie [55]). Diese sollen auch in allgemeinverständlichen Versionen als Patientenleitlinien verfügbar sein.

Aufgrund des medizinischen Fortschritts haben sich die Überlebensraten bei vielen Krebserkrankungen deutlich verbessert. Dadurch gerät das Leben mit Krebs zunehmend ins Blickfeld von Forschung und Gesundheitsversorgung und die Versorgung von Spät- und Langzeitfolgen von Krebserkrankungen gewinnt an Bedeutung [56, 57]. Dazu gehören Nachsorgeplanung, onkologische Rehabilitation, die Vernetzung der Versorgungssektoren zur Sicherstellung einer Kontinuität in der Versorgung sowie die Verbesserung der Kommunikation und Kooperation zwischen den Leistungserbringern [58]. Für die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach einer Krebserkrankung spielen neben der Angst vor einem Wiederauftreten der Erkrankung sowie körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen wie Depression oder Erschöpfung (Fatigue) [2, 59, 60] auch Themen wie Kinderwunsch und Sexualität eine wichtige Rolle [61–63]. Eine bedarfsgerechte Versorgung umfasst daher nicht nur ein flächendeckendes Angebot geeigneter Versorgungsstrukturen, sondern auch Patientenorientierung, qualitativ hochwertige Informations- und Beratungsangebote wie die ambulanten Krebsberatungsstellen sowie die Einbeziehung psychoonkologischer Aspekte [54].

Literatur

1. Robert Koch-Institut (Hrsg) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (Hrsg) (2017) Krebs in Deutschland für 2013/2014. RKI und GEKID, Berlin
2. Koch-Gallenkamp L, Bertram H, Eberle A et al. (2016) Fear of recurrence in long-term cancer survivors – Do cancer type, sex, time since diagnosis, and social support matter? Health Psychol 35(12):1329–1333
3. Statistisches Bundesamt (2018) Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
4. Statistisches Bundesamt (2016) Krankheitskostenrechnung 2015, in Mio. € für Deutschland. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
5. Grandt D, Schubert I (2017) Arzneimittelreport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 3. GEK, Berlin
6. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2016) Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. RKI, Berlin
7. Gredner T, Behrens G, Stock C et al. (2018) Cancers Due to Infection and Selected Environmental Factors. Estimation of the attributable cancer burden in Germany. Dtsch Arztebl Int 115(35–36):586–593
8. Wienecke A, Barnes B, Lampert T et al. (2013) Changes in cancer incidence attributable to tobacco smoking in Germany, 1999–2008. Int J Cancer 134(3):682–691
9. Robert Koch-Institut (2018) Mitteilung der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (RKI). Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut – 2018/2019. Epid Bull 34:335–382

10. Robert Koch-Institut (Hrsg) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (Hrsg) (2019) Krebs in Deutschland für 2015/2016. RKI und GEKID, Berlin
11. Statistisches Bundesamt (2019) Todesursachenstatistik ab 1998, Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert). www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
12. Schön D, Bertz J, Görsch B et al. (1999) Entwicklung der Überlebensraten von Krebspatienten in Deutschland. Schwerpunktbericht Gesundheitsberichterstattung für Deutschland. RKI, Berlin
13. Katalinic A, Pritzkuleit R, Waldmann A (2009) Recent Trends in Breast Cancer Incidence and Mortality in Germany. Breast Care 4(2):75–80
14. Abou-Dakn M (2018) Gesundheitliche Auswirkungen des Stillens auf die Mutter. Bundesgesundheitsbl 61(8):986–989
15. Jeong SH, An Y, Choi JY et al. (2017) Risk Reduction of Breast Cancer by Childbirth, Breastfeeding, and Their Interaction in Korean Women: Heterogeneous Effects Across Menopausal Status, Hormone Receptor Status, and Pathological Subtypes. J Prev Med Public Health 50(6):401–410
16. Romieu II, Amadou A, Chajes V (2017) The Role of Diet, Physical Activity, Body Fatness, and Breastfeeding in Breast Cancer in Young Women: Epidemiological Evidence. Rev Inves Clin 69(4):193–203
17. Victora CG, Bahl R, Barros AJ et al. (2016) Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet 387(10017):475–490
18. Hoebel J, Kroll LE, Fiebig J et al. (2018) Socioeconomic Inequalities in Total and Site-Specific Cancer Incidence in Germany: A Population-Based Registry Study. Front Oncol 8:402
19. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005) Brustkrebs. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 25. RKI, Berlin
20. European Network of Cancer Registries (Hrsg) (2014) Breast Cancer (BC) in Europe. Factsheet. www.encr.eu/factsheets (Stand: 01.04.2020)
21. Müller T (2015) Hohes Krebsrisiko: Lerchen sollten nicht zur Nachtschicht. InFo Neurologie & Psychiatrie 17(1):70–72
22. Kolstad HA (2008) Nightshift work and risk of breast cancer and other cancers – a critical review of the epidemiologic evidence. Scand J Work Environ Health 34(1):5–22
23. Harth V, Pallapies D, Pesch B et al. (2009) Gesundheitliche Risiken durch Schichtarbeit? Eine Übersicht der aktuellen Literatur. IPA-Journal 3:12–15
24. Krebsinformationsdienst, Deutsches Krebsforschungszentrum (2018) Familiärer Brust- und Eierstockkrebs. https://www.krebsinformationsdienst.de/service/iblatt/iblatt-familiaerer-brust-u-eierstockkrebs.pdf (Stand: 01.04.2020)
25. European Network of Cancer Registries (Hrsg) (2002) Breast Cancer in Europe. Factsheet. www.encr.eu/factsheets (Stand: 01.04.2020)
26. Starker A, Kraywinkel K, Kuhnert R (2017) Früherkennung von Brustkrebs: Inanspruchnahme der Mammografie in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4):74–80. https://edoc.rki.de/handle/176904/2903 (Stand: 01.04.2020)
27. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2019) Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen – KFE-RL. https://www.g-ba.de/richtlinien/17/ (Stand: 01.04.2020)
28. Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg) (2017) Mammographie-Screening. Eine Entscheidungshilfe. Programm zur Früherkennung von Brustkrebs für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren. G-BA, Berlin. https://www.g-ba.de/downloads/17-98-2232/2019-01-21_G-BA_Entscheidungshilfe_Mammographie_bf.pdf (Stand: 01.04.2020)
29. Statistisches Bundesamt (2018) Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
30. Crow JM (2012) HPV: The Global Burden. Nature 488(7413): S2–S3
31. European Network of Cancer Registries (Hrsg) (2016) Cervical Cancer (CCU) in Europe. Factsheet. www.encr.eu/factsheets (Stand: 01.04.2020)
32. Plaza-Parrochia F, Romero C, Valladares L et al. (2017) Endometrium and steroids, a pathologic overview. Steroids 126:85–91
33. Reeves GK, Pirie K, Beral V et al. (2007) Cancer incidence and mortality in relation to body mass index in the Million Women Study: cohort study. BMJ 335(7630):1134
34. Schmid D, Behrens G, Keimling M et al. (2015) A systematic review and meta-analysis of physical activity and endometrial cancer risk. Eur J Epidemiol 30(5):397–412
35. Gil KM, v Gruenigen VE (2011) Physical Activity and Gynecologic Cancer Survivorship. In: Courneya KS, Friedenreich CM (Hrsg) Physical Activity and Cancer. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, S. 305–315
36. Borch KB, Weiderpass E, Braaten T et al. (2017) Physical activity and risk of endometrial cancer in the Norwegian Women and Cancer (NOWAC) study. Int J Cancer 140(8):1809–1818
37. Hunn J, Rodriguez GC (2012) Ovarian Cancer: Etiology, Risk Factors, and Epidemiology. Clin Obstet Gynecol 55(1):3–23
38. Salehi F, Dunfield L, Phillips KP et al. (2008) Risk factors for ovarian cancer: an overview with emphasis on hormonal factors. J Toxicol Environ Health B Crit Rev 11(3–4):301–321
39. La Vecchia C (2017) Ovarian cancer: epidemiology and risk factors. Eur J Cancer Prev 26(1):55–62
40. Sidaway P (2015) Risk factors: HRT increases risk of ovarian cancer. Nat Rev Clin Oncol 12(5):251
41. Schmutzler R, Schlegelberger B, Meindl A et al. (2003) Beratung, Genetische Testung und Prävention von Frauen mit einer familiären Belastung für das Mamma- und Ovarialkarzinom. Zentralbl Gynakol 125(12):494–506
42. Hacker NF, Eifel PJ, vd Velden J (2015) Cancer of the vulva. Int J Gynaecol Obstet 131(Suppl 2):S76–S83
43. Buttmann-Schweiger N, Klug SJ, Luyten A et al. (2015) Incidence Patterns and Temporal Trends of Invasive Nonmelanotic Vulvar Tumors in Germany 1999–2011. A Population-Based Cancer Registry Analysis. PloS One 10(5). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128073 (Stand: 01.04.2020)
44. Kang YJ, Smith M, Barlow E et al. (2017) Vulvar cancer in high-income countries: Increasing burden of disease. Int J Cancer 141(11):2174–2186
45. Wallbillich JJ, Rhodes HE, Milbourne AM et al. (2012) Vulvar intraepithelial neoplasia (VIN 2/3): Comparing clinical outcomes and evaluating risk factors for recurrence. Gynecol Oncol 127(2):312–315
46. Satmary W, Holschneider CH, Brunette LL et al. (2018) Vulvar intraepithelial neoplasia: Risk factors for recurrence. Gynecol Oncol 148(1):126–131
47. World Health Organization (Hrsg) (2004) Gender in Lung Cancer and Smoking Research. WHO, Geneva
48. Lampert T (2011) Rauchen – Aktuelle Entwicklungen bei Erwachsenen. GBE kompakt 2(4):1–9. https://edoc.rki.de/handle/176904/3095 (Stand: 01.04.2020)
49. Zeiher J, Lange C, Starker A et al. (2018) Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(2):23–44. https://edoc.rki.de/handle/176904/5690 (Stand: 01.04.2020)

50. Zeiher J, Starker A, Kuntz B (2018) Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(1):40–46. https://edoc.rki.de/handle/176904/3034 (Stand: 01.04.2020)
51. Twardella D, Geiss K, Radespiel-Tröger M et al. (2018) Trends der Lungenkrebsinzidenz nach histologischem Subtyp bei Männern und Frauen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 61(1):20–31
52. Mons U, Gredner T, Behrens G et al. (2018) Cancers Due to Smoking and High Alcohol Consumption. Dtsch Arztebl Int 115(35–36):571–577
53. European Network of Cancer Registries (Hrsg) (2014) Lung Including Trachea and Bronchus (LUNGC) Cancer in Europe. Factsheet. www.encr.eu/factsheets (Stand: 01.04.2020)
54. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2017) Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele, Umsetzungsempfehlungen und Ergebnisse. BMG, Bonn
55. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) , Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Krebshilfe (2019) Leitlinienprogramm Onkologie. https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/home/ (Stand: 01.04.2020)
56. Arndt V (2019) „Cancer survivorship" in Deutschland – Epidemiologie und Definitionen. Forum 34(2):158–164
57. Krebsinformationsdienst, Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg) (2019) Spätfolgen von Krebs: Vorbeugen, erkennen und behandeln. https://www.krebsinformationsdienst.de/service/iblatt/iblatt-krebs-langzeit-ueberleben.pdf (Stand: 01.04.2020)
58. Mehnert A, Härter M, Koch U (2012) Langzeitfolgen einer Krebserkrankung. Anforderungen an die Nachsorge und Rehabilitation. Bundesgesundheitsbl 55(4):509–515
59. Institute of Medicine, Nationale Research Council (2006) The Medical and Psychological Concerns of Cancer Survivors After Treatment. In: Institute of Medicine, Nationale Research Council (Hrsg) From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition. The National Academies Press, Washington DC, S. 66–186
60. Krebsinformationsdienst, Deutsches Krebsforschungszentrum (2018) FATIGUE: Erschöpfung und Müdigkeit bei Krebs. https://www.krebsinformationsdienst.de/service/iblatt/iblatt-fatigue-bei-krebs.pdf (Stand: 01.04.2020)
61. Marosi C, Vutuc C, Greinix HT et al. (2008) Onkologie. In: Rieder A, Lohff B (Hrsg) Gender Medizin: Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Springer-Verlag, Wien, S. 143–179
62. Dudle S, Häusermann S (2017) Sexualität bei Krebs. Heilberufe 69(10):30–32
63. Krebsinformationsdienst, Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg) (2014) Ein Ratgeber für Patientinnen und ihre Partner: Weibliche Sexualität und Krebs. Krebsinformationsdienst, dkfz, Heidelberg

2.1.5 Diabetes mellitus

- *Bei 7 % der Frauen und fast 9 % der Männer lag in den letzten zwölf Monaten vor der Erhebung ein bekannter Diabetes mellitus (ohne Schwangerschaftsdiabetes) vor.*
- *Der Anteil von Erwachsenen mit unerkanntem Diabetes in Deutschland ist bei Frauen zwischen 1998 und 2010 stärker zurückgegangen als bei Männern.*
- *Bei Vorliegen eines Diabetes mellitus erhöht sich bei Frauen das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere auch das Risiko an einem Herzinfarkt zu versterben, stärker als bei Männern.*

Diabetes mellitus (ICD-10: E10 – E14) umfasst eine Gruppe von Stoffwechselerkrankungen, die durch erhöhte Blutzuckerkonzentrationen charakterisiert sind und mit schwerwiegenden Spätkomplikationen einhergehen können (siehe Infobox 2.1.5.1). Inzidenz (Neuerkrankungsrate) und Prävalenz (Verbreitung) von Diabetes mellitus haben über die letzten Jahrzehnte in Deutschland und auch weltweit zugenommen. Ein weiterer Anstieg der Diabetesprävalenz wird auch in Deutschland erwartet [1–3]. Dies gilt insbesondere für den Typ-2-Diabetes (siehe Infobox 2.1.5.1). Neben erblichen Faktoren zählen insbesondere höheres Lebensalter, körperliche Inaktivität, Adipositas und Tabakkonsum zu den wichtigen Risikofaktoren [4, 5]. Weitere potenziell vermeidbare Risikofaktoren wie Stickoxidbelastung der Außenluft durch Verkehr und psychische Belastung sind weniger gut untersucht, scheinen aber ebenfalls eine Rolle zu spielen [5]. Obwohl Diabetes mellitus heute medikamentös gut behandelt werden kann, haben Menschen mit Diabetes nach wie vor ein im Vergleich zu Personen ohne Diabetes mellitus deutlich erhöhtes Risiko für schwerwiegende Folgeerkrankungen. Langjährig erhöhte Blutzuckerspiegel führen zu Schädigungen der großen und kleinen Blutgefäße (diabetische Makro- und Mikroangiopathie) und der peripheren Nerven (diabetische Polyneuropathie) und erhöhen dadurch das Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzschwäche, Nierenfunktionsstörungen

(diabetische Nephropathie) und Schädigungen der Netzhaut (diabetische Retinopathie) [6]. Diese Folgeerkrankungen führen zu einer geringeren Lebensqualität [7, 8] und Lebenserwartung [9] der Betroffenen sowie zur lebenslangen Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung. Die diabetische Nephropathie ist in Deutschland die häufigste Ursache für chronisches Nierenversagen [10], die diabetische Retinopathie der zweithäufigste Grund für Erblindung [11]. Eine weitere Folgeerkrankung ist das diabetische Fußsyndrom; dabei treten Sensibilitäts- und Durchblutungsstörungen an Füßen und Beinen auf, die Hautschäden und Entzündungen begünstigen und in schwerwiegenden Fällen zu einer Amputation führen können [12].

Infobox 2.1.5.1
Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ist eine chronische Stoffwechselkrankheit, bei der die Regulierung des Blutzuckerspiegels gestört ist. Die Erkrankung ist gekennzeichnet durch einen relativen oder absoluten Mangel an Insulin, einem Hormon, das in der Bauchspeicheldrüse produziert wird und den Blutzuckerspiegel senkt. Dies führt zu einem erhöhten Blutzuckerspiegel.

Die beiden häufigsten Diabetes-Typen sind Typ-1- und Typ-2-Diabetes. Typ-1-Diabetes beginnt meist im Kindes- und Jugendalter. Er ist auf einen absoluten Insulinmangel zurückzuführen, bedingt durch eine vom Immunsystem gegen körpereigenes Gewebe gerichtete (autoimmune) Zerstörung der insulinproduzierenden Zellen in der Bauchspeicheldrüse. Typ-2-Diabetes tritt überwiegend im Erwachsenenalter auf und ist durch einen relativen Insulinmangel gekennzeichnet. Ursache für den gestörten Blutzuckerstoffwechsel ist eine verminderte Insulinwirkung (Insulinresistenz) bzw. eine unzureichende Insulinausschüttung [6].

Die Diagnose Diabetes mellitus wird anhand von Blutwerten gestellt. Bei Langzeitblutzuckerwerten (HbA1c) ab 6,5 % (oder 48 mmol/l) bzw. bei Nüchternblutzuckerwerten ab 7,0 mmol/l (oder 126 mg/dl) oder wenn in einem speziellen Testverfahren (oraler Glukosetoleranztest) nach zwei Stunden Blutzuckerwerte ab 11,1 mmol/l (200 mg/dl) gemessen werden, besteht nach den Praxisempfehlungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft ein Diabetes [20].

Beim Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) liegt eine meist vorübergehende Erhöhung der Blutzuckerwerte infolge von Insulinresistenz vor. Das Vorliegen eines Schwangerschaftsdiabetes ist mit einem erhöhten Risiko für Schwangerschaftskomplikationen verbunden, die durch frühzeitige Diagnose und Behandlung vermindert werden können. Daher wurde ab 2012 in Deutschland ein Screening auf Schwangerschaftsdiabetes in der 24. bis 27. Schwangerschaftswoche eingeführt [21], das von der Krankenkasse bezahlt wird. Der Test ist zweistufig [22, 23]. Nur wenn der Vortest auffällig ist und der Blutzuckerwert eine Stunde nach Trinken einer Zuckerlösung mit 50 g Zucker den Grenzwert von 7,5 mmol/l (oder 135 mg/dl) überschreitet, wird eine weitere Untersuchung vereinbart, zu dem die schwangere Frau eine mindestens achtstündige Nüchternzeit einhalten muss. Dabei werden zunächst Nüchternblutzuckerwerte bestimmt und anschließend ein weiterer Blutzuckerbelastungstest mit Trinken einer Zuckerlösung, die 75 g Glukose enthält, durchgeführt. Der Blutzuckerwert wird eine und zwei Stunden nach Belastung erneut bestimmt. Ein Schwangerschaftsdiabetes wird diagnostiziert, wenn einer der drei Blutzuckerwerte erhöht ist: Nüchternblutzucker ab 5,1 mmol/l (oder 92 mg/dl), 1-Stunden-Blutzuckerwert nach Belastung ab 10,0 mmol/l (oder 180 mg/dl); 2-Stunden-Blutzuckerwert nach Belastung ab 8,5 mmol/l (oder 153 mg/dl) [23].

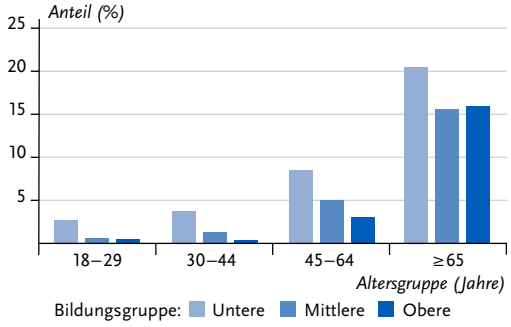
Ziele zur Verringerung der Folgeschäden von Diabetes wurden bereits 1989 in der St. Vincent-Deklaration formuliert [13].

Um Informationen zum Krankheitsgeschehen auf Bevölkerungsebene detailliert, vergleichbar und dauerhaft zur Verfügung zu stellen, wurde am Robert Koch-Institut (RKI) eine Diabetes-Surveillance aufgebaut, welche die bisher vorhandenen Informationen und Daten verknüpfen und analysieren soll. Hiermit können die zeitliche Entwicklung von Diabetes-Risikofaktoren, Krankheitshäufigkeiten und Langzeitfolgen auf Bevölkerungsebene ebenso regelmäßig betrachtet werden wie wichtige Aspekte der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus [14]. Eine differenzierte Betrachtung nach Geschlecht ist besonders wichtig, da sich Frauen und Männer sowohl hinsichtlich der Risikofaktoren, der

Häufigkeit von Diabetes als auch des Auftretens von Diabetes-Spätfolgen unterscheiden [15–18]. Auch sind Unterschiede in der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems und in der Verordnung und Anwendung von Medikamenten zwischen Frauen und Männern mit Diabetes beobachtet worden [17, 19]. Hinzu kommt bei Frauen die Besonderheit des Schwangerschaftsdiabetes (siehe Infobox 2.1.5.1). Im Folgenden werden die Häufigkeit von Diabetes mellitus, Risikofaktoren, Sterblichkeit sowie im Hinblick auf die Frauengesundheit relevante Komplikationen und Versorgungsaspekte beschrieben. Wesentliche Datengrundlagen sind die Daten aus den bevölkerungsweiten Studien des bundesweiten Gesundheitsmonitorings am RKI, Krankenkassendaten und die Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes.

Diabetes tritt insgesamt bei Frauen etwas seltener auf als bei Männern. Nach den Ergebnissen der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) bestand bei 7,0 % der Frauen in Deutschland in den letzten zwölf Monaten ein bekannter Diabetes (ohne Schwangerschaftsdiabetes). Die 12-Monats-Prävalenz bei Männern betrug 8,6 % [24]. Die Prävalenzen steigen mit dem Alter an und sind in der unteren Bildungsgruppe am höchsten (Abb. 2.1.5.1) [24]. Ein Vergleich der Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) mit den Ergebnissen der Vorgängerstudie, dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98) zeigt einen deutlichen Anstieg der Lebenszeitprävalenz des bekannten Diabetes bei 18- bis 79-jährigen Erwachsenen von 5,0 % (BGS98) auf 7,2 % (DEGS1). Etwa ein Drittel dieses Anstiegs

Abbildung 2.1.5.1
12-Monats-Prävalenz des bekannten Diabetes mellitus (ohne Schwangerschaftsdiabetes) bei Frauen nach Alter und Bildung
Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS [24]



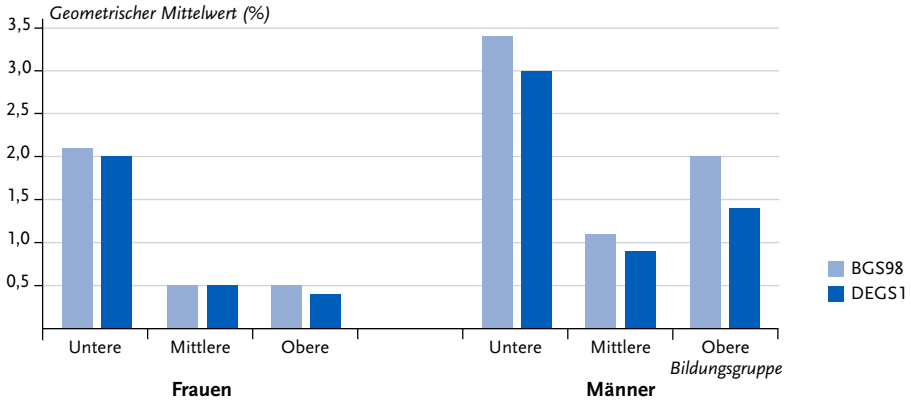
– bezogen auf beide Geschlechter – ist auf die demografische Alterung zurückzuführen [25]. Im gleichen Zeitraum ist für den unerkannten Diabetes – festgestellt durch Bestimmung des Langzeitblutzuckerwerts (HbA1c, siehe Infobox 2.1.5.1) – eine insgesamt größenmäßig ähnliche Prävalenzabnahme zu verzeichnen, die allerdings bei Frauen wesentlich deutlicher ausgeprägt ist als bei Männern [26]. Die Prävalenz des unerkannten Diabetes liegt laut DEGS1 bei Frauen (1,2 %) deutlich unter der bei Männern (2,9 %) [26]. Ein Grund für die höhere Entdeckungsrate bei Frauen könnte sein, dass diese bei Gesundheitsproblemen eher als Männer dazu tendieren, eine Ärztin oder einen Arzt aufzusuchen und auch eher Früherkennungsangebote in Anspruch nehmen [27].

Das 5-Jahres-Risiko für Typ-2-Diabetes (Diagnosewahrscheinlichkeit innerhalb der nächsten fünf Jahre) ist bei Frauen mit 0,8 % insgesamt geringer als bei Männern (1,5 %). Auch hier zeigt sich bei beiden Geschlechtern ein Zusammenhang mit dem Bildungsstatus: Frauen der unteren Bildungsgruppe haben ein höheres 5-Jahres-Risiko als Frauen der mittleren und oberen Bildungsgruppe. Im Zeitverlauf ist nur für die obere Bildungsgruppe eine bedeutsame Abnahme des 5-Jahres-Risikos zu verzeichnen, wie ein Vergleich der DEGS1-Daten mit denen des BGS98 ergibt; diese Abnahme ist bei Männern deutlicher als bei Frauen (Abb. 2.1.5.2) [28, 29].

Die Häufigkeit von Neuerkrankungen (Inzidenz) an Diabetes kann aus Abrechnungsdaten oder regionalen Studien geschätzt werden [30]. Die Inzidenzen bei beiden Geschlechtern steigen mit dem Alter an und liegen jenseits des 40. Lebensjahres durchweg bei Männern höher als bei Frauen [31]. Vergleichbare Ergebnisse zeigt eine Analyse von Daten der gesetzlichen Krankenversicherung [32]. Passend zu den Ergebnissen zum geschätzten Diabetes-5-Jahresrisiko aus den Gesundheitssurveys zeigt sich in den letzten Jahren kein Zuwachs in der Inzidenz des Typ-2-Diabetes in den Analysen der kassenärztlichen Abrechnungsdaten [31].

Auf Basis der Perinatalstatistik wird im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung Geburtshilfe jährlich die Häufigkeit des Schwangerschaftsdiabetes erhoben, indem der Anteil der stationären Entbindungen mit im Mutterpass dokumentiertem Gestationsdiabetes bezogen auf alle stationären Entbindungen in einem gegebenen Jahr erfasst wird. Hierfür ist seit 2016

Abbildung 2.1.5.2
Zeitliche Entwicklung des 5-Jahres-Diabetesrisikos bei Frauen und Männern nach Bildung
Datenbasis: BGS98 (1997–1999), DEGS1 (2008–2011) [29]



das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zuständig. Im Jahre 2017 waren der Dokumentation zufolge 5,9 % der Schwangeren, die ihr Kind in einer Klinik geboren haben, von einem Gestationsdiabetes betroffen [33]. Dabei ist zu beachten, dass die so geschätzte Prävalenz des Gestationsdiabetes vom Dokumentationsverhalten im Mutterpass abhängt und auf dieser Grundlage derzeit vermutlich von einer Unterschätzung der Prävalenz auszugehen ist [34]. Studien aus Abrechnungsdaten zeigen höhere Schätzungen von 6,8 % [35] bzw. 13,2 % [36] der Schwangeren.

Im Jahr 2017 gab es laut Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes 13.443 Sterbefälle an Diabetes bei Frauen und 11.412 bei Männern. Dies entspricht 32,1 Sterbefällen pro 100.000 Einwohnerinnen bzw. 28,0 pro 100.000 Einwohner und insgesamt 2,7 % aller Sterbefälle in Deutschland [37]. Da in vielen Fällen nicht Diabetes, sondern eine damit assoziierte Folgeerkrankung als Todesursache dokumentiert wird, liefern diese Zahlen jedoch ein unvollständiges Bild. Eine Analyse mit Daten des BGS98 zeigt, dass die Sterblichkeit bei Erwachsenen mit Typ-2-Diabetes fast doppelt so hoch ist wie bei Erwachsenen ohne Diabetes; dabei scheint das Sterberisiko für jüngere Menschen und Männer mit unerkanntem Diabetes besonders erhöht zu sein [38]. Berechnungen mit Daten der gesetzlichen Krankenversicherung von 2010 kamen zu dem Schluss, dass bei Menschen mit Diabetes in Deutschland rund 170.000 Todesfälle (82.000 bei Frauen und 93.000 bei Männern) mehr auftraten als bei Menschen ohne Diabetes [39].

Eine Betrachtung der Diabetes-Risikofaktoren zeigt, dass zentrale (bauchbetonte) Adipositas und Fettstoffwechselstörungen bei Frauen mit Typ-2-Diabetes häufiger sind als bei Männern [17, 40]. Auch gibt es Hinweise darauf, dass soziale Benachteiligung bei Frauen stärker mit Diabetes-Häufigkeit und Diabetes-Risikofaktoren im Zusammenhang steht als bei Männern [40]. Biologische Unterschiede, beispielsweise im Glukose- und Fettstoffwechsel, können zu den unterschiedlichen Erkrankungshäufigkeiten und -risiken bei Diabetes beitragen [16, 40].

Das relative Risiko, eine koronare Herzerkrankung zu entwickeln, ist bei Frauen mit Diabetes deutlich höher als bei Männern; der kardioprotektive Effekt einer Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht (siehe Kapitel 2.1.3) ist bei Diabetes deutlich abgeschwächt [40–42]. Bei Frauen mit Diabetes ist zudem die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen höher, insbesondere die Prognose nach Herzinfarkt ist schlechter als bei Männern mit Diabetes [19]. Als Gründe dafür werden ungünstigere Risikokonstellationen bei Frauen mit Diabetes (dies betrifft insbesondere Fettstoffwechselstörungen und zentrale Adipositas), ein stärkerer Einfluss bestimmter Risikofaktoren bei Frauen auf die Entstehung einer koronaren Herzkrankheit sowie Unterschiede in der medizinischen Versorgung diskutiert. Auch biologische oder genetische Faktoren könnten eine Rolle spielen [17, 40, 42–45].

Mit Blick auf die Versorgung sind u. a. der Umgang mit der Erkrankung und die Umsetzung der Therapieempfehlungen von Bedeutung. Im Selbstmanagement des Diabetes gibt es nur geringe Unterschiede zwischen Frauen und Männern. So nimmt nach den Daten der DEGS1-Studie ein etwas größerer Anteil von Frauen, insbesondere in der unteren Bildungsgruppe, innerhalb eines Jahres eine ärztliche Untersuchung des Augenhintergrunds in Anspruch [28]. Bei der Blutzuckerselbstkontrolle und der Inanspruchnahme ärztlicher Fußuntersuchungen liegen keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Frauen und Männern vor. Allerdings sind die Anteile der Frauen, welche die Fußuntersuchungen in Anspruch nehmen, in der unteren Bildungsgruppe höher als in der mittleren und oberen. Im Zeitverlauf (von 1997–1999 bis 2008–2011) hat in der unteren Bildungsgruppe die Inanspruchnahme von Fußuntersuchungen besonders zugenommen [28]. Der Anteil der Frauen mit Diabetes, die das Therapieziel für die Behandlung von Fettstoffwechselstörungen erreichen (Non-HDL-Cholesterin-Ziel: Differenz aus dem Gesamt-Cholesterin-Wert und High-Density-Lipoprotein- bzw. HDL-Cholesterin-Wert im Serum <130 mg/dl), ist verglichen mit den Männern geringer [17, 28]. Dies könnte auch damit zusammenhängen, dass Frauen mit Diabetes weniger häufig lipidsenkende Medikamente (Statine) einnehmen bzw. verordnet bekommen [17], wofür als eine mögliche Ursache das häufigere Auftreten unerwünschter Nebenwirkungen diskutiert wird [46].

Analysen von Krankenkassendaten und Krankenhausaufnahmen zeigen, dass Diabetes-Spätfolgen häufiger bei Männern als bei Frauen dokumentiert sind. Bei Männern mit Diabetes werden höhere Raten für (sogenannte majore) Amputationen und chronische Nierenersatztherapie als bei Frauen mit Diabetes beobachtet [47–49]. Auch die Neuerkrankungsraten an Herz-Kreislauf-Komplikationen wie dem Herzinfarkt sind bei Männern höher als bei Frauen [17, 41, 42, 50], für die diabetische Retinopathie sind die Befunde nicht einheitlich [51–53]. Die höhere Prävalenz und Inzidenz von Folgeerkrankungen bei Männern kann darauf zurückzuführen sein, dass Männer früher Komplikationen entwickeln sowie eine höhere Prävalenz des unerkannten Diabetes aufweisen. Die höhere Prävalenz an kardiovaskulären Erkrankungen bei Männern mit Diabetes als bei Frauen mit Diabetes ist auch darauf zurückzuführen, dass diese Erkrankungen bei Männern mindestens zehn Jahre früher auftreten als bei Frauen [41, 42]. Insgesamt ist in den vergangenen Jahrzehnten eine Abnahme der diabetesbedingten Amputationen bei Frauen und Männern zu verzeichnen [47, 54, 55].

Fazit

Diabetes mellitus hat aufgrund seiner weiten und ansteigenden Verbreitung eine hohe Relevanz auch für die Frauengesundheit. Deutliche Geschlechterunterschiede zugunsten der Frauen zeigen sich bei der Prävalenz des unerkannten Diabetes, einzelnen Diabetesrisikofaktoren sowie den Spätfolgen der Erkrankung. Aus Frauenperspektive sind neben der Prävention und Nachsorge des Schwangerschaftsdiabetes [56] besonders die Reduktion der Risikofaktoren wie zentrale Adipositas und Fettstoffwechselstörungen sowie die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen von Bedeutung. Insgesamt unterstreicht dies die Notwendigkeit eines geschlechtersensiblen Blicks in Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung [57]. Neben den Geschlechterunterschieden sind vor allem Bildungsunterschiede bedeutsam. Präventionsstrategien und Versorgungsmaßnahmen sollten alle sozialen Gruppen gleichermaßen erreichen [28].

Im Rahmen der Diabetes-Surveillance am RKI wurde ein Indikatorenset entwickelt, das insgesamt 40 Kennzahlen (Indikatoren bzw. Indikatorengruppen) zum Diabetesgeschehen in vier Handlungsfeldern umfasst (Diabetesrisiko reduzieren, Diabetesfrüherkennung und -behandlung verbessern, Diabeteskomplikationen reduzieren, Krankheitslast und Krankheitskosten senken), darunter drei Indikatoren zum Gestationsdiabetes [34, 58]. Mit dem umfangreichen Datenmaterial werden sich in Zukunft vielfältige Möglichkeiten für geschlechtersensible Auswertungen und Berichterstattung bieten.

Literatur

1. Scully T (2012) Diabetes in numbers. Nature 485(7398):S2–S3
2. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ (2010) Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Res Clin Pract 87(1):4–14
3. Tönnies T, Röckl S, Hoyer A et al. (2019) Projected number of people with diagnosed Type 2 diabetes in Germany in 2040. Diabet Med 36(10):1217–1225. https://doi.org/10.1111/dme.13902 (Stand: 01.04.2020)
4. Chen L, Magliano DJ, Zimmet PZ (2011) The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus–present and future perspectives. Nat Rev Endocrinol 8(4):228–236

5. Kolb H, Martin S (2017) Environmental/lifestyle factors in the pathogenesis and prevention of type 2 diabetes. BMC Med 15(1):131
6. American Diabetes Association (2019) 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes 2019. Diabetes Care 42(Suppl 1):S13–S28
7. Norris SL, McNally TK, Zhang X et al. (2011) Published norms underestimate the health-related quality of life among persons with type 2 diabetes J Clin Epidemiol 64(4):358–365
8. Schunk M, Reitmeir P, Schipf S et al. (2012) Health-related quality of life in subjects with and without Type 2 diabetes: pooled analysis of five population-based surveys in Germany. Diabet Med 29(5):646–653
9. Roglic G, Unwin N (2010) Mortality attributable to diabetes: estimates for the year 2010. Diabetes Res Clin Pract 87(1):15–19
10. Frei U, Schober-Halstenberg HJ (2008) Nierenersatztherapie in Deutschland – Bericht über Dialysebehandlung und Nierentransplantation in Deutschland 2006/2007. QuaSi Niere gGmbH, Berlin. https://www.bundesverband-niere.de/wp/wp-content/uploads/2019/02/QuaSi-Niere-Bericht_2006-2007.pdf (Stand: 01.04.2020)
11. Claessen H, Genz J, Bertram B et al. (2012) Evidence for a considerable decrease in total and cause-specific incidences of blindness in Germany. Eur J Epidemiol 27(7):519–524
12. American Diabetes Association (2014) Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 37(Suppl 1):S81–S90
13. World Health Organization (Europe), International Diabetes Federation (Europe) (1990) Diabetes Care and Research in Europe: The Saint Vincent Declaration. Diabet Med 7(4):360
14. Scheidt-Nave C, Icks A (2019) Editorial: Diabetes-Surveillance in Deutschland – Zwischenstand und Perspektiven. Journal of Health Monitoring 4(2):3–11. https://edoc.rki.de/handle/176904/6014 (Stand: 01.04.2020)
15. Kautzky-Willer A (2012) Sex and Gender Differences in Endocrinology. In: Oertelt-Prigione S, Regitz-Zagrosek V (Hrsg) Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine. Springer-Verlag, London, S. 125–149
16. Regitz-Zagrosek V (2017) Geschlecht und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Warum wir Geendermedizin brauchen. Internist 58(4):336–343
17. Du Y, Baumert J, Paprott R et al. (2019) Gender differences in cardiovascular risk profiles and diabetes care among adults with type 2 diabetes in Germany. Diabetes Metab 45(2):204–206
18. Meisinger C, Thorand B, Schneider A et al. (2002) Sex Differences in Risk Factors for Incident Type 2 Diabetes Mellitus: The MONICA Augsburg Cohort Study. Arch Intern Med 162(1):82–89
19. Legato MJ, Gelzer A, Goland R et al. (2006) Gender-specific care of the patient with diabetes: Review and recommendations. Gend Med 3(2):131–158
20. Kerner W, Brückel J (2014) Definition, Klassifikation und Diagnostik des Diabetes mellitus. Diabetologie und Stoffwechsel 9(S02):S96–S99
21. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Hrsg) (2009) Screening auf Gestationsdiabetes. Abschlussbericht, Nr. 58, Version 1.1. IQWiG, Köln
22. Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg) (2012) Patienteninformation: Ich bin schwanger. Warum wird allen schwangeren Frauen ein Test auf Schwangerschaftsdiabetes angeboten? G-BA, Berlin. www.g-ba.de/downloads/83-691-284/2012-03-03_Merkblatt%20Schwangerschaftsdiabetes.pdf (Stand: 01.04.2020)
23. Deutsche Diabetesgesellschaft(DDG), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) (Hrsg) (2018) S3-Leitlinie Gestationsdiabetesmellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge. 2. Auflage – Patientinnenempfehlung. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/057-008p_S3_Gestationsdiabetes-mellitus-GDM-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2020-01.pdf (Stand: 01.04.2020)
24. Heidemann C, Kuhnert R, Born S et al. (2017) 12-Monats-Prävalenz des bekannten Diabetes mellitus in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(1):48–56. https://edoc.rki.de/handle/176904/2580 (Stand: 01.04.2020)
25. Heidemann C, Du Y, Schubert I et al. (2013) Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS 1). Bundesgesundheitsbl 56(5–6):668–677
26. Heidemann C, Du Y, Paprott R et al. (2016) Temporal changes in the prevalence of diagnosed diabetes, undiagnosed diabetes and prediabetes: findings from the German Health Interview and Examination Surveys in 1997–1999 and 2008–2011. Diabet Med 33(10):1406–1414
27. Oksuzyan A, Juel K, Vaupel JW et al. (2008) Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging. Aging Clin Exp Res 20(2):91–102
28. Heidemann C, Du Y, Baumert J et al. (2019) Soziale Ungleichheit und Diabetes mellitus – zeitliche Entwicklung bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 4(2):12–30. https://edoc.rki.de/handle/176904/6015 (Stand: 01.04.2020)
29. Paprott R, Mensink GBM, Schulze MB et al. (2017) Temporal changes in predicted risk of type 2 diabetes in Germany: findings from the German Health Interview and Examination Surveys 1997–1999 and 2008–2011. BMJ Open 7(7):e013058. https://edoc.rki.de/handle/176904/2730 (Stand: 01.04.2020)
30. Heidemann C, Scheidt-Nave C (2017) Prävalenz, Inzidenz und Mortalität von Diabetes mellitus bei Erwachsenen in Deutschland – Bestandsaufnahme zur Diabetes-Surveillance. Journal of Health Monitoring 2(3):105–129. https://edoc.rki.de/handle/176904/2781 (Stand: 01.04.2020)
31. Goffrier B, Schulz M, Bätzing-Feigenbaum J (2017) Administrative Prävalenzen und Inzidenzen des Diabetes mellitus von 2009 bis 2015. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 17/03. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin. www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=79 (Stand: 01.04.2020)
32. Tamayo T, Brinks R, Hoyer A et al. (2016) The prevalence and incidence of diabetes in Germany – an analysis of statutory health insurance data on 65 million individuals from the years 2009 and 2010. Dtsch Arztebl Int 113(11):177–182
33. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (Hrsg) (2018) Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2017 – Geburtshilfe. Qualitätsindikatoren. IQTIG, Berlin. https://iqtig.org/downloads/auswertung/2017/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2017_BUAW_V02_2018-08-01.pdf (Stand: 01.04.2020)
34. Nationale Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut (2019) Diabetes in Deutschland – Bericht der Nationalen Diabetes-Surveillance 2019. Robert Koch-Institut, Berlin
35. Tamayo T, Tamayo M, Rathmann W et al. (2016) Prevalence of gestational diabetes and risk of complications before and after initiation of a general systematic two-step screening strategy in Germany (2012–2014). Diabetes Res Clin Pract 115:1–8
36. Melchior H, Kurch-Bek D, Mund M (2017) The Prevalence of Gestational Diabetes. A Population-Based Analysis of a Nationwide Screening Program. Dtsch Arztebl Int 114(24):412–418

37. Statistisches Bundesamt (2019) Todesursachenstatistik ab 1998. Sterbefälle, Sterbeziffern je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert). www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
38. Röckl S, Brinks R, Baumert J et al. (2017) All-cause mortality in adults with and without type 2 diabetes: findings from the national health monitoring in Germany. BMJ Open Diabetes Res Care 5(1):e000451. http://dx.doi.org/10.1136/bmjdrc-2017-000451 (Stand: 01.04.2020)
39. Jacobs E, Hoyer A, Brinks R et al. (2017) Burden of Mortality Attributable to Diagnosed Diabetes: A Nationwide Analysis Based on Claims Data From 65 Million People in Germany. Diabetes Care 40(12):1703–1709
40. Kautzky-Willer A, Harreiter J, Pacini G (2016) Sex and Gender Differences in Risk, Pathophysiology and Complications of Type 2 Diabetes Mellitus. Endocr Rev 37(3):278–316
41. Regensteiner JG, Golden S, Huebschmann AG et al. (2015) Sex Differences in the Cardiovascular Consequences of Diabetes Mellitus: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation 132(25):2424–2447
42. Ballotari P, Venturelli F, Greci M et al. (2017) Sex Differences in the Effect of Type 2 Diabetes on Major Cardiovascular Diseases: Results from a Population-Based Study in Italy. Int J Endocrinol 2017:6039356. https://doi.org/10.1155/2017/6039356 (Stand: 01.04.2020)
43. Donahue RP, Rejman K, Rafalson LB et al. (2007) Sex differences in endothelial function markers before conversion to pre-diabetes: does the clock start ticking earlier among women? The Western New York Study. Diabetes Care 30(2):354–359
44. Rivellese AA, Riccardi G, Vaccaro O (2010) Cardiovascular risk in women with diabetes. Nutr Metab Cardiovasc Dis 20(6):474–480
45. Mosca L, Edelman D, Mochari H et al. (2006) Waist circumference predicts cardiometabolic and global Framingham risk among women screened during National Woman's Heart Day. J Womens Health (Larchmt) 15(1):24–34
46. Zhang H, Plutzky J, Shubina M et al. (2016) Drivers of the Sex Disparity in Statin Therapy in Patients with Coronary Artery Disease: A Cohort Study. PLoS One 11(5):e0155228. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155228 (Stand: 01.04.2020)
47. Pollmanns J, Weyermann M, Geraedts M et al. (2018) Krankenhausfälle und Amputationen bei Diabetes mellitus – Zeitreihen und Unterschiede auf kleinraumiger Ebene in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 61(11):1462–1471
48. Schmidt C, Heidemann C, Rommel A et al. (2019) Sekundärdaten in der Diabetes-Surveillance – Kooperationsprojekte und Referenzauswertung zur Prävalenz. Journal of Health Monitoring 4(2):54–69. https://edoc.rki.de/handle/176904/6017 (Stand: 01.04.2020)
49. Icks A, Haastert B, Genz J et al. (2011) Incidence of renal replacement therapy (RRT) in the diabetic compared with the non-diabetic population in a German region, 2002–08. Nephrol Dial Transplant 26(1):264–269
50. Icks A, Dickhaus T, Hörmann A et al. (2009) Differences in trends in estimated incidence of myocardial infarction in non-diabetic and diabetic people: Monitoring Trends and Determinants on Cardiovascular Diseases (MONICA)/Cooperative Health Research in the Region of Augsburg (KORA) registry. Diabetologia 52(9):1836–1841
51. Finger RP, Fimmers R, Holz FG et al. (2011) Incidence of blindness and severe visual impairment in Germany: projections for 2030. Invest Ophthalmol Vis Sci 52(7):4381–4389
52. Claessen H, Kvitkina T, Narres M et al. (2018) Markedly Decreasing Incidence of Blindness in People With and Without Diabetes in Southern Germany. Diabetes Care 41(3):478–484
53. Hammes HP, Welp R, Kempe HP et al. (2015) Risk Factors for Retinopathy and DME in Type 2 Diabetes-Results from the German/Austrian DPV Database. PLoS One 10(7):e0132492. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132492 (Stand: 01.04.2020)
54. Icks A, Haastert B, Trautner C et al. (2009) Incidence of lower-limb amputations in the diabetic compared to the non-diabetic population. Findings from nationwide insurance data, Germany, 2005-2007. Exp Clin Endocrinol Diabetes 117(9):500–504
55. Trautner C, Haastert B, Mauckner P et al. (2007) Reduced incidence of lower-limb amputations in the diabetic population of a German city, 1990-2005: results of the Leverkusen Amputation Reduction Study (LARS). Diabetes Care 30(10):2633–2637
56. McCloskey L, Sherman ML, St John M et al. (2019) Navigating a 'Perfect Storm' on the Path to Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus After Gestational Diabetes: Lessons from Patient and Provider Narratives. Matern Child Health J 23(5):603–612
57. Kacerovsky-Bielesz G, Lienhardt S, Hagenhofer M et al. (2009) Sex-related psychological effects on metabolic control in type 2 diabetes mellitus. Diabetologia 52(5):781–788
58. Gabrys L, Heidemann C, Schmidt C et al. (2018) Diabetes-Surveillance in Deutschland – Auswahl und Definition von Indikatoren. Journal of Health Monitoring 3(S3):3–22. https://edoc.rki.de/handle/176904/5677 (Stand: 01.04.2020)

2.1.6 Muskel- und Skelett-Erkrankungen

- *Frauen sind häufiger von Muskel- und Skelett-Erkrankungen betroffen als Männer.*
- *Muskel- und Skelett-Erkrankungen kommen bei älteren Frauen deutlich häufiger vor als bei jüngeren Frauen.*
- *Von den Frauen ab 65 Jahren sind fast die Hälfte von Arthrose und knapp ein Viertel von Osteoporose betroffen.*

Weltweit sind Muskel- und Skelett-Erkrankungen die führende Ursache für körperliche Funktionseinschränkungen, chronische Schmerzen und Verlust an Lebensqualität [1]. Sie gehören in Deutschland zu den häufigsten chronischen Erkrankungen bei Frauen und Männern. Muskel- und Skelett-Erkrankungen sind zudem bei beiden Geschlechtern der zweithäufigste Grund für gesundheitlich bedingte Frühberentungen [2] und verursachen die meisten Arbeitsunfähigkeitstage [3]. Hierbei spielen vor allem Arthrose des Knie- und Hüftgelenks sowie Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (z. B. Bandscheibenschäden, Rückenschmerzen) eine Rolle [2, 4]. Erhebliche direkte und indirekte Krankheitskosten sind die Folge: Muskel- und Skelett-Erkrankungen

stehen an vierter Stelle aller Krankheitsgruppen mit einem Betrag von knapp 34,2 Milliarden Euro und 10,1 % der gesamten Krankheitskosten [5].

Insbesondere Arthrose, Osteoporose und rheumatoide Arthritis kommen bei Frauen im Vergleich zu Männern häufiger vor. Diese Krankheitsbilder werden im Folgenden genauer beschrieben. Dabei werden Häufigkeit, Einflussfaktoren und Präventionsmöglichkeiten dargestellt sowie Erklärungsansätze zur unterschiedlichen Prävalenz bei den Geschlechtern gegeben. Grundlage der Darstellung sind Daten aus den Befragungs- und Untersuchungssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) wie die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) und die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS). In beiden Surveys basieren die Schätzungen zur Häufigkeit von Arthrose, Osteoporose und rheumatoider Arthritis auf Selbstangaben der Teilnehmenden. Erfragt wurden das Vorliegen einer jemals ärztlich gestellten Diagnose der jeweiligen Erkrankung (Lebenszeitprävalenz) sowie das Vorliegen der Erkrankung in den letzten zwölf Monaten (12-Monats-Prävalenz). Darüber hinaus wurden Daten der amtlichen Statistik wie die Krankenhausdiagnosestatistik und die Krankheitskostenrechnung ausgewertet.

Arthrose

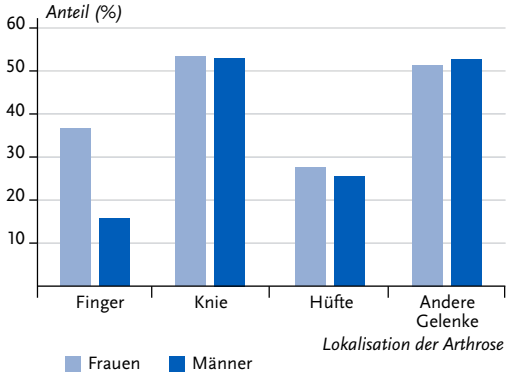
Arthrose (ICD-10: M15–M19) ist weltweit die häufigste degenerative, nicht-entzündliche Gelenkerkrankung bei Erwachsenen (siehe Infobox 2.1.6.1) [1]. Besonders häufig kommt Arthrose an Knie-, Hüft- und Schultergelenken sowie Finger- und Wirbelgelenken vor. Bei der Hälfte der betroffenen Frauen und Männer sind zudem weitere Gelenke betroffen (Abb. 2.1.6.1). Arthrose an den Fingergelenken kommt bei Frauen mit 36,6 % mehr als doppelt so häufig vor wie bei Männern (15,7 %) [6].

Die Ergebnisse von GEDA 2014/2015-EHIS zeigen, dass die selbstberichtete 12-Monats-Prävalenz von Arthrose in Deutschland 21,8 % bei Frauen und 13,9 % bei Männern beträgt. Die Häufigkeit der Erkrankung ist bei Frauen unter 45 Jahren gering, danach ist ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen (Abb. 2.1.6.2). Frauen ab 45 Jahren sind deutlich häufiger von Arthrose betroffen als Männer. Ab dem 65. Lebensjahr gibt fast die Hälfte der Frauen (48,1 %) eine Arthrose an, im Vergleich zu nur einem Drittel der Männer (31,2 %).

Infobox 2.1.6.1
Arthrose

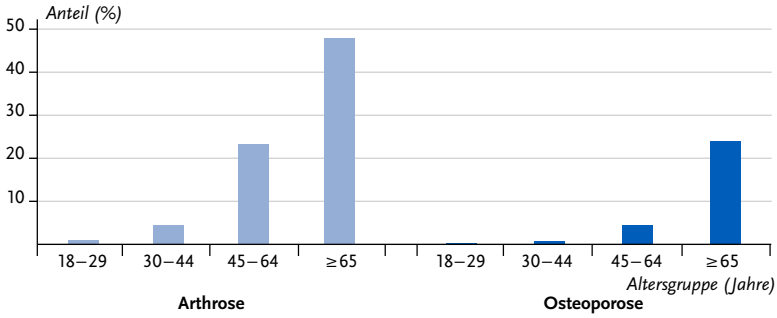
Unter dem Begriff Arthrose werden verschiedene muskuloskelettale Erkrankungen zusammengefasst, die mit degenerativen Veränderungen an den Gelenken einhergehen. Arthrose führt zu einem langsamen, aber stetigen Abbau des Gelenkknorpels, dabei können auch angrenzende Knochen, Muskeln, Kapseln und Bänder betroffen sein. Dies führt insbesondere in fortgeschrittenen Stadien zu Schmerzen, Funktionseinschränkungen und Beeinträchtigungen im Alltag und damit zu einem erheblichen Verlust an Lebensqualität für die Betroffenen [36].

Abbildung 2.1.6.1
Lokalisation der Arthrose (Mehrfachantworten möglich) bei selbstberichteter ärztlich diagnostizierter Arthrose bei Frauen und Männern
Datenbasis: DEGS1 (2008–2011) [7]



Die selbstberichtete Lebenszeitprävalenz von Arthrose beträgt bei 18- bis 79-jährigen Frauen 22,3 %, im Vergleich zu 18,1 % bei Männern, wie der DEGS1-Studie zu entnehmen ist. Hier zeigt sich ebenfalls ein starker Anstieg mit zunehmendem Alter: Bei den 18- bis 29-jährigen Frauen liegt die Lebenszeitprävalenz von Arthrose bei 1,6 % und bei den 70- bis 79-jährigen Frauen bei 49,9 % [7]. Ähnliche Ergebnisse zur selbstberichteten Lebenszeitprävalenz weisen die GEDA-Studien 2009, 2010 sowie 2012 auf [8]. Trendanalysen zur Lebenszeitprävalenz zwischen DEGS1 und der Vorgängerstudie, dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98), sind aufgrund unterschiedlicher Frageformulierungen für Arthrose (BGS98: Gelenkverschleiß, Arthrose der Hüft- oder Kniegelenke bzw.

Abbildung 2.1.6.2
12-Monats-Prävalenz von Arthrose und Osteoporose bei Frauen nach Alter
Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS [9, 10]



der Wirbelsäule; DEGS1: Arthrose oder degenerative Gelenkerkrankung) nicht möglich.

Ein Zusammenhang zwischen dem Bildungsstatus und Arthrose ist nur in der Altersgruppe der 45- bis 64-jährigen Frauen zu verzeichnen: Frauen der mittleren und unteren Bildungsgruppe sind hinsichtlich der 12-Monats-Prävalenz signifikant häufiger von einer Arthrose betroffen als Frauen der oberen Bildungsgruppe (29,1 % und 23,1 % gegenüber 18,0 %). Ein entsprechender Befund zeigt sich auch bei den Männern dieser Altersgruppe [9]. Als mögliche Gründe werden diskutiert, dass zum einen in der oberen Bildungsgruppe in der Regel die Erwerbsarbeit mit weniger körperlichen Belastungen verbunden ist. Zum anderen ist die Prävalenz von starkem Übergewicht (Adipositas) als einem Risikofaktor für Arthrose in der unteren Bildungsgruppe höher [11–13]. Es bestehen allerdings keine regionalen Unterschiede in der Prävalenz der Arthrose nach Bundesland [9].

Einer Arthrose können verschiedene Ursachen zugrunde liegen. Als unveränderbare Risikofaktoren gelten jedoch Alter, genetische Veranlagung und weibliches Geschlecht [14]. Für das häufigere Auftreten von Arthrosen bei Frauen werden verschiedene Gründe diskutiert. Zu diesen gehört u. a. die Hormonumstellung in den Wechseljahren [14–16]. Die Prävalenzunterschiede könnten möglicherweise auch in der Gelenkanatomie begründet liegen, da die Gelenkflächen bei Frauen von einer dünneren Knorpelschicht bedeckt sind als bei Männern [16–19]. Inwieweit der Knorpelverlust bei Frauen im Lebensverlauf größer als bei Männern ist, wird kritisch diskutiert [17, 19].

Zur Entstehung einer Arthrose können ebenfalls Über- und Fehlbelastungen der Gelenke bei angeborenen Fehlstellungen (beispielsweise Achsenfehlstellungen oder Hüftgelenksdysplasien), Verletzungen und Unfälle, übermäßige körperliche Aktivität oder Inaktivität sowie Übergewicht beitragen [20–22]. Auch Fehlstellungen der Füße oder der Zehen wie z. B. ein Hallux valgus (Fehlstellung des Großzehengrundgelenks) begünstigen eine Arthrose [23]. Sie sind meist erworben und kommen bei Frauen häufiger vor [24]. Dies lässt sich teilweise darauf zurückführen, dass Frauen häufiger unphysiologisch geformte Schuhe tragen, die höhere Absätze haben oder vorne spitz zulaufen und die zu einer Verformung der Füße beitragen, während Schuhe für Männer eher funktionsorientiert sind [23].

Ziel der Arthrosetherapie ist in erster Linie die Schmerzreduktion. Darüber hinaus ist die möglichst langfristige Erhaltung der Funktionsfähigkeit des betroffenen Gelenks entscheidend. Wenn es nicht mehr möglich ist, diese Ziele durch konservative Therapieverfahren zu erreichen, kann ein Gelenkersatz in Betracht gezogen werden [25]. In Deutschland erhielten 2017 144.857 Frauen (sowie 92.523 Männer) ein künstliches Hüftgelenk (Operationen- und Prozedurenschlüssel 5-820: Hüftendoprothese) und 118.220 Frauen (sowie 72.477 Männer) ein künstliches Kniegelenk (Operationen- und Prozedurenschlüssel 5-822: Knieendoprothese) [26]. Das Geschlecht hat einen Einfluss auf die Lebensdauer (Standzeit) eines Gelenkersatzes, wobei für Männer die Ausfallwahrscheinlichkeit in den ersten beiden Jahren nach Erstimplantation höher als für Frauen ist [27]. Hüft- und Knieendoprothesen sind in ihrer Größe an die Körpermaße der Patientinnen und Patienten angepasst [28, 29]. Für Knieendoprothesen existieren

Varianten, die sich besonders an den Proportionen weiblicher Kniegelenke orientieren [28, 30]. Dieses sogenannte „Gender-Knie" wird jedoch in der Literatur kontrovers diskutiert: Verschiedene Studien zeigen, dass keine klinisch relevanten Unterschiede zwischen Standard- und geschlechtsspezifischen Knieendoprothesen vorliegen [31–34]. Eine flexiblere Größenvariation – für Knieimplantate, aber auch für andere Endoprothesensysteme – wird jedoch als sinnvoll erachtet: Davon würden sowohl Frauen als auch Männer profitieren [28, 30, 35].

Da die Ursachen für die Entstehung von Arthrose teilweise noch unklar sind, ist die Krankheit bislang nicht heilbar. Zu den Faktoren, die positive Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf einer Arthrose haben können, gehören sportliche Aktivitäten wie Radfahren, Schwimmen oder Wandern, die wenig Druck auf die Gelenke ausüben, sowie die Vermeidung von Übergewicht und (weiteren) Gelenkverletzungen [14].

Osteoporose

Osteoporose (ICD-10: M80 – M82) ist eine systemische Skeletterkrankung, die den Knochenstoffwechsel betrifft (siehe Infobox 2.1.6.2). Die Ergebnisse von GEDA 2014/2015-EHIS zeigen, dass die selbstberichtete 12-Monats-Prävalenz von Osteoporose 7,8 % bei Frauen und 2,0 % bei Männer beträgt. Vor dem 45. Lebensjahr liegt die Erkrankungshäufigkeit bei Frauen und Männern unter 1 %. Von Frauen ab 65 Jahren ist dagegen knapp ein Viertel (24,0 %) von Osteoporose betroffen (Abb. 2.1.6.2), von den Männern dieser Altersgruppe nur 5,6 % [10].

Nach Ergebnissen der DEGS1-Studie berichten 13,1 % der Frauen und 3,2 % der Männer im Alter von 50 bis 79 Jahren, dass bei ihnen jemals eine Osteoporose ärztlich diagnostiziert wurde (Lebenszeitprävalenz). Auch die Lebenszeitprävalenz steigt bei Frauen mit dem Alter deutlich an, von 4,1 % bei den 50- bis 59-Jährigen auf 25,2 % bei den 70- bis 79-Jährigen. Prävalenzschätzungen zur Osteoporose unterscheiden sich je nach Methode der Datenerhebung und Zusammensetzung der Studienpopulation. Allen Studienergebnissen gemeinsam sind jedoch die ausgeprägten Geschlechterunterschiede [10]. So wurde anhand von Daten der Techniker Krankenkasse (Bone Evaluation Study, 2006 – 2009) die Erkrankungshäufigkeit bei über 50-jährigen Versicherten auf 24 % bei Frauen und 6 % bei Männern geschätzt. Basis waren Osteoporose-Diagnosen, osteoporosebedingte Frakturen und Arzneimittelverordnungen [37].

Infobox 2.1.6.2
Osteoporose

Osteoporose (ICD-10: M80 – M82) ist eine systemische Skeletterkrankung, die den Knochenstoffwechsel betrifft. Mit ihr sind ein Abbau der Knochenmasse und eine Verschlechterung der Knochenstruktur verbunden. Bereits bei geringfügigen äußeren Anlässen kann es zu Knochenbrüchen (sogenannten Fragilitätsfrakturen) kommen. Charakteristische Knochenbrüche für die Osteoporose sind Wirbelkörperbrüche. Bei handgelenksnahen Brüchen der Speiche (distale Radiusfraktur) und hüftgelenksnahen Brüchen des Oberschenkelknochens (Hüftfrakturen) sind sowohl Osteoporose als Grunderkrankung als auch Stürze von Bedeutung [47].

Ein Vergleich der Ergebnisse von DEGS1 und dem rund zehn Jahre vorher durchgeführten BGS98 zeigt, dass die Lebenszeitprävalenz der Osteoporose bei 50- bis 64-jährigen Frauen von 10,4 % auf 6,0 % gesunken, aber bei den 65- bis 79-Jährigen von 20,4 % auf 23,3 % gestiegen ist. Ein möglicher Erklärungsansatz ist, dass sich in den letzten Jahren der Stellenwert der Knochendichtemessung für die Diagnose der Osteoporose geändert hat. Während die Diagnose früher häufig ausschließlich auf dem Unterschreiten eines bestimmten Knochendichte-Referenzwertes basierte, erfolgt sie heute nach differenzierter Diagnosestellung, die weitere Komponenten, wie die Verschlechterung der Knochenstruktur, berücksichtigt [38].

Ein Zusammenhang zwischen Osteoporose und dem Bildungsstatus wird in der Literatur kontrovers diskutiert [39, 40]. Nach GEDA 2014/2015-EHIS liegt die 12-Monats-Prävalenz der Erkrankung bei 45- bis 64-jährigen Frauen in der unteren Bildungsgruppe mit 7,2 % signifikant höher als in der mittleren (4,0 %) und oberen Bildungsgruppe (2,9 %). Für die anderen Altersgruppen lassen sich aufgrund der kleinen Fallzahlen keine belastbaren Aussagen ableiten [10].

Zur Entstehung einer Osteoporose können unterschiedliche Faktoren beitragen. Zu diesen

gehören nicht beeinflussbare Faktoren wie zunehmendes Alter, familiäre Veranlagung und weibliches Geschlecht. Frauen sind aufgrund hormoneller Veränderungen während und nach den Wechseljahren häufiger von Osteoporose betroffen als Männer (postmenopausale Osteoporose). Die Produktion weiblicher Geschlechtshormone (Östrogene), die u. a. den Knochenaufbau und -erhalt fördern, nimmt während dieser Zeit ab, sodass es zum vermehrten Abbau an Knochenmasse, einer Verschlechterung der Knochenstruktur und letztendlich zu einem erhöhten Frakturrisiko kommen kann [20, 41]. Zum anderen gibt es verhaltensbedingte Risikofaktoren wie Bewegungsmangel und Fehlernährung sowie Risiken durch Grunderkrankungen (z. B. rheumatoide Arthritis) oder die Einnahme von Medikamenten, die Auswirkungen auf den Knochenstoffwechsel haben (z. B. Glukokortikoide). Die Häufigkeit und Art der Verschreibung dieser Medikamente unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern; dies kann zu Unterschieden in der Knochendichte führen [20]. Zu den Folgen der höheren Osteoporoseprävalenz gehört auch, dass Frauen häufiger von Knochenbrüchen betroffen sind [42]. Für die meisten osteoporosebedingten Knochenbrüche ist das Risiko für Frauen doppelt so hoch wie für Männer, für die Unterarmfraktur etwa viermal so hoch [37, 43, 44].

Eine ausreichende Versorgung mit Kalzium und Vitamin D sowie regelmäßige körperliche Aktivität, bei der Muskelkraft und Koordination gefördert werden, können zur Reduktion des Sturz- und damit auch des Frakturrisikos beitragen. Untergewicht stellt einen Risikofaktor für Osteoporose dar [45, 46]. Außerdem wird empfohlen, übermäßigen Alkoholkonsum, Rauchen sowie Immobilität und Stürze zu vermeiden. Bei der Einnahme von Medikamenten sollte ärztlich geprüft werden, ob diese den Knochenstoffwechsel negativ beeinflussen und damit Stürze bzw. Frakturen begünstigen. Über eine weitere Einnahme sollte dann auf Basis des Nutzen-Risiko-Verhältnisses entschieden werden [47]. Zur Behandlung der Osteoporose hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Januar 2020 Anforderungen an ein strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm, DMP) beschlossen [48]. Dieses steht den Patientinnen und Patienten zur Verfügung, sobald die Krankenkassen mit Ärztinnen und Ärzten bzw. Krankenhäusern Verträge zur praktischen Umsetzung abgeschlossen haben. Strukturierte Behandlungsprogramme beinhalten eine qualitätsgesicherte Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft, um den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern [49].

Infobox 2.1.6.3
Rheumatoide Arthritis

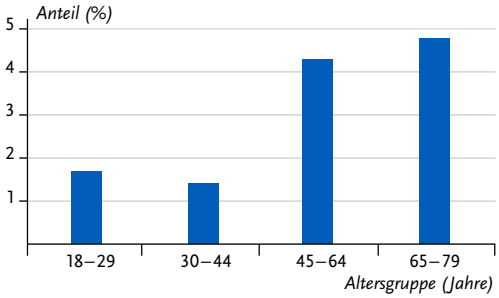
Rheumatoide Arthritis ist eine entzündliche Gelenkerkrankung, die auf eine Störung des Immunsystems zurückzuführen ist. Sie verläuft schubweise und fortschreitend. Rheumatoide Arthritis kann neben Gelenken auch Blutgefäße, bestimmte Organe (Herz, Augen und Haut) sowie Sehnenscheiden betreffen. Symptome sind Gelenkschwellungen, Bewegungseinschränkungen und Schmerzen. Körperferne Gelenke wie Finger- und Handgelenke, Zehen- und Sprunggelenke und das Knie sind zuerst betroffen. Weitere Arthritiden (entzündliche Gelenkerkrankungen) können durch Gicht, Stoffwechselerkrankungen oder Infektionen entstehen [7].

Rheumatoide Arthritis

Rheumatoide Arthritis (ICD-10: M05–M06) ist eine Autoimmunerkrankung und die häufigste entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankung (siehe Infobox 2.1.6.3) [1]. Ergebnisse der DEGS1-Studie zeigen, dass 3,2 % der Frauen im Alter von 18 bis 79 Jahren berichten, dass bei ihnen jemals eine rheumatoide Arthritis diagnostiziert wurde (Männer 1,9 %) [7]. Die Lebenszeitprävalenz nimmt mit dem Alter zu. Bei den 18- bis 29-Jährigen sind 1,7 % der Frauen betroffen. In den Altersgruppen 45 bis 64 Jahre beträgt die Lebenszeitprävalenz bei Frauen 4,3 %, bei den 65- bis 79-Jährigen 4,8 % (Abb. 2.1.6.3). Die GEDA-Studien von 2009 und 2010 sowie die GEDA-Studie von 2012 weisen ähnliche Ergebnisse auf [8].

Insgesamt fallen die Schätzungen von DEGS1 und GEDA, die auf Selbstangaben der Teilnehmenden beruhen, höher aus als Schätzungen aus bevölkerungsbezogenen Untersuchungen, die zur Erfassung der Erkrankung spezifische Informationen zur Diagnosestellung einbeziehen (z. B. die Anzahl betroffener Gelenke, Antikörpernachweis im Blut, Entzündungsmarker und Symptomdauer) [50, 51].

Abbildung 2.1.6.3
Lebenszeitprävalenz der rheumatoiden Arthritis bei Frauen nach Alter
Datenbasis: DEGS1 (2008–2011)



Höhere Prävalenzen bei Selbstangaben sind vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Befragten ein breiteres Verständnis von rheumatoider Arthritis („Rheuma") zugrunde legen bzw. die Abgrenzung zu Erkrankungen mit ähnlichem Krankheitsbild wie der Fingerpolyarthrose schwierig ist [51].

Geschlechterunterschiede bei der rheumatoiden Arthritis lassen sich durch genetische und hormonelle Einflussfaktoren sowie psychosoziale und verhaltensbezogene Faktoren erklären. Diese haben einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf und führen zu Unterschieden in der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung und in der Symptomwahrnehmung [52–54]. Dabei haben Östrogene einen entzündungshemmenden Effekt [55, 56]. Kinderlosigkeit wird in verschiedenen Studien mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko in Verbindung gebracht [57, 58]. In der Schwangerschaft bessert sich die Krankheit bei etwa 75 % der Frauen, 90 % erleiden jedoch nach der Entbindung einen weiteren Krankheitsschub [20, 59, 60]. Auch in den Wechseljahren kommt es meist zu einer Verschlechterung der Erkrankung [56]. Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) wie Fibromyalgie, Depression und Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose) kommen häufiger bei Frauen vor, kardiovaskuläre Erkrankungen und Diabetes hingegen häufiger bei Männern [61]. Frauen mit rheumatoider Arthritis leiden zudem stärker unter Schmerzen [62].

Auch Faktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel und Übergewicht können einen negativen Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung nehmen [63, 64]. Durch die Reduktion vermeidbarer Risikofaktoren kann der Krankheitsverlauf positiv beeinflusst und möglicherweise der Krankheitsentstehung vorgebeugt werden. Aufgrund der vielfältigen Beschwerden, Symptome und Verläufe bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen erfolgt die korrekte Diagnose der rheumatoiden Arthritis oftmals verspätet. Von einer früheren Diagnose – und Therapie – würden besonders Frauen profitieren, da sie häufiger von Diagnoseverzögerungen betroffen sind als Männer [56]. Zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis werden derzeit Anforderungen für ein Disease-Management-Programm entwickelt; der Beschluss ist für 2020 geplant [49]. Ein weiteres Angebot für Patientinnen und Patienten mit bestimmten komplexen Erkrankungen ist die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) [65]. Auch im Rahmen dieser Versorgungsform ist eine Behandlung rheumatologischer Erkrankungen möglich [66].

Fazit

Erkrankungen des Muskel- und Skelett-Systems gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen von Frauen ab 65 Jahren in Deutschland. Da sie meist mit Einschränkungen der körperlichen Funktionsfähigkeit und Mobilität sowie Schmerzen einhergehen, stellen sie eine große Belastung für die Betroffenen und ihre Angehörigen dar. Durch den demografischen Wandel wird die Krankheitslast noch weiter ansteigen [67]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hatte daher die Jahre 2000 bis 2010 zur „Bone and Joint Decade" erklärt, um auf die steigende Bedeutung dieser Erkrankungen sowie auf die Notwendigkeit einer verbesserten Prävention, Versorgung und Forschung, auch zu Geschlechterunterschieden bei Muskel- und Skelett-Erkrankungen, hinzuweisen [68]. Diese Initiative hat im Ergebnis dazu beigetragen, dass Muskel- und Skelett-Erkrankungen mehr Aufmerksamkeit zukommt und die Notwendigkeit interdisziplinärer Forschung (z. B. Forschungsnetz und interdisziplinäre Forschungsverbünde zu muskuloskelettalen Erkrankungen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung [69]) sowie der Entwicklung neuer Versorgungsmodelle (z. B. Disease-Management-Programme, ambulante spezialfachärztliche Versorgung) für eine zeitnahe, angemessene Versorgung erkannt wurde [9, 70].

Literatur

1. Woolf AD, Erwin J, March L (2012) The need to address the burden of musculoskeletal conditions. Best Pract Res Clin Rheumatol 26(2):183–224
2. Deutsche Rentenversicherung Bund (2016) Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung im Laufe des Berichtsjahres. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
3. Wissenschaftliches Institut der AOK (2019) Arbeitsunfähigkeit bei erwerbstätigen AOK-Mitgliedern. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
4. Techniker Krankenkasse (2019) Gesundheitsreport 2019 – Arbeitsunfähigkeiten. www.tk.de/resource/blob/2060908/b719879a6b6ca54c-1f2ec600985fb616/gesundheitsreport-au-2019-data.pdf (Stand: 01.04.2020)
5. Statistisches Bundesamt (2016) Krankheitskostenrechnung 2015, in Mio. € für Deutschland. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
6. Günther KP, Fickert S (2009) Arthrose. In: Wirth CJ, Mutschler W (Hrsg) Praxis der Orthopädie und Unfallchirurgie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, S. 261–269
7. Fuchs J, Rabenberg M, Scheidt-Nave C (2013) Prävalenz ausgewählter muskuloskelettaler Erkrankungen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5–6):678–686
8. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
9. Fuchs J, Kuhnert R, Scheidt-Nave C (2017) 12-Monats-Prävalenz von Arthrose in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(3):55–60. https://edoc.rki.de/handle/176904/2784 (Stand: 01.04.2020)
10. Fuchs J, Scheidt-Nave C, Kuhnert R (2017) 12-Monats-Prävalenz von Osteoporose in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(3):61–65. https://edoc.rki.de/handle/176904/2785 (Stand: 01.04.2020)
11. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
12. Schienkiewitz A, Mensink GBM, Kuhnert R et al. (2017) Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(2):21–28. https://edoc.rki.de/handle/176904/2655 (Stand: 01.04.2020)
13. Schneider S, Schmitt G, Mau H et al. (2005) Prävalenz und Korrelate der Osteoarthrose in der BRD. Orthopäde 34(8):782–790
14. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2013) Arthrose. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 54. RKI, Berlin
15. Wluka AE, Cicuttini FM, Spector TD (2000) Menopause, oestrogens and arthritis. Maturitas 35(3):183–199
16. Johnson VL, Hunter DJ (2014) The epidemiology of osteoarthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol 28(1):5–15
17. Maleki-Fischbach M, Jordan JM (2010) New developments in osteoarthritis. Sex differences in magnetic resonance imaging-based biomarkers and in those of joint metabolism. Arthritis Res Ther 12(4):212
18. Otterness IG, Eckstein F (2007) Women have thinner cartilage and smaller joint surfaces than men after adjustment for body height and weight. Osteoarthritis Cartilage 15:666–672
19. Neogi T, Zhang Y (2013) Epidemiology of osteoarthritis. Rheum Dis Clin North Am 39(1):1–19
20. Scheipl S (2012) Gender-Unterschiede in der Orthopädie. In: Scheipl S, Rasky E (Hrsg) Gender-Unterschiede in der Orthopädie. Facultas, Wien, S. 67–112
21. Nicholls AS, Kiran A, Javaid MK et al. (2012) Change in body mass index during middle age affects risk of total knee arthoplasty due to osteoarthritis: A 19-year prospective study of 1003 women. Knee 19(4):316–319
22. Niethard FU, Pfeil J (2005) Degenerative Gelenkerkrankungen. In: Niethard FU, Pfeil J (Hrsg) Orthopädie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, S. 184–190
23. Radl R (2012) Hallux valgus – ein Frauenleiden. In: Scheipl S, Rasky E (Hrsg) Gender-Unterschiede in der Orthopädie. Facultas, Wien, S. 246–255
24. Hannan M, Menz H, Jordan J et al. (2013) Hallux valgus and lesser toe deformities are highly heritable in adult men and women: the Framingham Foot Study. Arthritis Care Res 65(9):1515–1521
25. Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (Hrsg) (2015) Qualitätsreport 2014. AQUA-Institut GmbH, Göttingen
26. Statistisches Bundesamt (2018) Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik). Diagnosen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
27. Grimberg A, Jansson V, Liebs T et al. (2016) Endoprothesenregister Deutschland (EPRD). Jahresbericht 2016 – Mit Sicherheit mehr Qualität. EPRD Deutsche Endoprothesenregister gGmbH, Berlin
28. Scheipl S, Rásky É (2016) Geschlechterunterschiede bei orthopädischen Erkrankungen. In: Kolip P, Hurrelmann K (Hrsg) Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Hogrefe Verlag, Bern, S. 218–228
29. Lüning C, Tingart M, Grifka J (2011) Degenerative Gelenkerkrankungen. In: Grifka J, Kuster M (Hrsg) Orthopädie und Unfallchirurgie. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 281–297
30. Greene KA (2007) Gender-Specific Design in Total Knee Arthroplasty. J Arthroplasty 22(7):27–31
31. Kim JM, Kim SB, Kim JM et al. (2015) Results of Gender-Specific Total Knee Arthroplasty: Comparative Study with Traditional Implant in Female Patients. Knee Surg Relat Res 27(1):17–13
32. von Roth P, Matziolis G, Pfitzner T et al. (2013) Konventionelle und geschlechtsspezifische kreuzbandersetzende Knietotalendoprothesenimplantation. Orthopäde 42(10):866–873
33. Johnson AJ, Costa CR, Mont MA (2011) Do we need gender-specific total joint arthroplasty?. Clin Orthop Relat Res 469:1852–1858
34. Nieuwenhuijse MJ, Nelissen RGHH, Schoones JW et al. (2014) Appraisal of evidence base for introduction of new implants in hip and knee replacement: a systematic review of five widely used device technologies. BMJ 349:1–12
35. Hitt K, Shurman JRI, Greene K et al. (2003) Anthropometric Measurements of the Human Knee: Correlation to the Sizing of Current Knee Arthroplasty Systems. J Bone Joint Surg Am 85(4):115–122
36. Hackenbroch MH (2002) Arthrosen. Basiswissen zu Klinik, Diagnostik und Therapie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart
37. Hadji P, Klein S, Gothe H et al. (2013) The epidemiology of osteoporosis – Bone Evaluation Study (BEST): an analysis of routine health insurance data. Dtsch Arztebl Int 110(4):52–57
38. Gemeinsamer Bundesausschuss (2013) Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Osteodensitometrie bei Osteoporose. www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1655/ (Stand: 01.04.2020)

39. Brennan SL, Pasco JA, Urquhart DM et al. (2009) The association between socioeconomic status and osteoporotic fracture in population-based adults: a systematic review. Osteoporos Int 20(9):1487–1497
40. Demeter S, Leslie WD, Lix L et al. (2007) The effect of socioeconomic status on bone density testing in a public health-care system. Osteoporos Int 18(153–158)
41. Fahrleitner-Pammer A (2018) Postmenopausale Osteoporose. In: Lange U, Kurth A (Hrsg) Fachwissen Osteologie. Elsevier GmbH, München, S. 89–91
42. Walter U, Hager K, Lux R (2008) Die alternde Bevölkerung: Demographie, gesundheitliche Einschränkungen, Krankheiten und Prävention unter Sex- und Gender-Fokus. In: Rieder A, Lohff B (Hrsg) Gendermedizin Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Springer, Wien, S. 467–505
43. Meisinger C, Wildner M, Stieber J (2002) Epidemiologie der Extremitätenfrakturen. Orthopäde 31(1):92–99
44. O'Neill T, Felsenberg D, Varlow J et al. (1996) The prevalence of vertebral deformity in European men and women: the European Vertebral Osteoporosis Study. J Bone Mineral Res 11(7):1.010-011.018
45. Herzog W, Minne H, Deter C et al. (1993) Outcome of bone mineral density in anorexia nervosa patients 11.7 years after first admission. J Bone Miner Res 8(5):597–605
46. Bachrach LK, Guido D, Katzman D (1990) Decreased Bone Density in Adolescent Girls With Anorexia Nervosa. Pediatrics 86(3):440–447
47. Dachverband Osteologie (2017) Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern. Leitlinie des Dachverbands der Deutschsprachigen Wissenschaftlichen Osteologischen Gesellschaften e. V. www.dv-osteologie.org/uploads/Leitlinie%202017/Finale%20Version%20Leitlinie%20Osteoporose%202017_end.pdf (Stand: 01.04.2020)
48. Gemeinsamer Bundesausschuss (2020) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 20. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose – Dokumentation). www.g-ba.de/downloads/39-261-4149/2020-01-16_DMP-A-RL_Osteoporose.pdf (Stand: 01.04.2020)
49. Gemeinsamer Bundesausschuss (2020) Disease-Management-Programme. www.g-ba.de/themen/disease-management-programme/ (Stand: 01.04.2020)
50. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ et al. (2010) 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Arthritis Rheum 69(9):1580–1588
51. Robert Koch-Institut (2015) Muskel- und Skelett-Erkrankungen. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin S. 68–75
52. Favalli EG, Biggioggero M, Crotti C et al. (2019) Sex and Management of Rheumatoid Arthritis. Clin Rev Allergy Immunol 56(3):333–345
53. Deck R, Kohlmann T (2016) Geschlechterunterschiede bei rheumatischen Erkrankungen. In: Kolip P, Hurrelmann K (Hrsg) Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Hogrefe Verlag, Bern, S. 205–217
54. Fairwaether D, Frisancho-Kiss S, Rose NR (2008) Sex differences in autoimmune disease from a pathological perspective. Am J Pathol 173:600–609
55. Albrecht K, Callhoff J, Buttgereit F et al. (2016) Association Between the Use of Oral Contraceptives and Patient-Reported Outcomes in an Early Arthritis Cohort. Arthritis Care Res 68(3):400–405
56. Zandman-Goddard G, Peeva E, Rozman Z (2012) Sex and Gender Differences in Autoimmune Diseases. In: Oertelt-Prigione S, Regitz-Zagrosek V (Hrsg) Sex and Gender Aspects in Clincial Medicine. Springer, London, S. 101–124
57. Schneider S, Schmitt G, Richter W (2006) Prevalence and correlates of inflammatory arthritis in Germany: data from the First National Health Survey. Rheumatol Int 27(1):29–38
58. Guthrie KA, Dugowson CE, Voigt LF et al. (2010) Does pregnancy provide vaccine-like protection against rheumatoid arthritis? Arthritis Rheum 62(7):1842–1848
59. De Man YL, Dolhain RJEM, Van Degeijn FE et al. (2008) Disease Activity of Rheumatoid Arthritis During Pregnancy: Results From a Nationwide Prospective Study. Arthritis Rheum 59(9):1241–1248
60. Brickmann K (2012) Gender in der Rheumatologie. In: Scheipl S, Rásky É (Hrsg) Gender-Unterschiede in der Orthopädie. Facultas, Wien, S. 197–204
61. Albrecht K (2014) Gender-spezifische Unterschiede der Komorbidität bei rheumatoider Arthritis. Z Rheumatol 73:607–614
62. Huscher D, Sengler C, Thiele K et al. (2011) Geschlechtsspezifische Aspekte der Rheumatoiden Arthritis. Akt Rheumatol 36(06):352–360
63. Sugiyama D, Nishimura K, Tamaki K et al. (2010) Impact of smoking as a risk factor for developing rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. Ann Rheum Dis 69(1):70–81
64. Oliver JE, Silman AJ (2006) Risk factors for the development of rheumatoid arthritis. Scand J Rheumatol 35(3):169–174
65. Gemeinsamer Bundesausschuss (2019) Patienteninformation zur Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. www.g-ba.de/downloads/17-98-4077/2019-11-05_G-BA_Merkblatt_Patienteninformation_ASV_bf.pdf (Stand: 01.04.2020)
66. Gemeinsamer Bundesausschuss (2019) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL). www.g-ba.de/downloads/62-492-1969/ASV-RL_2019-08-15_iK-2019-11-16.pdf (Stand: 01.04.2020)
67. World Health Organization (Hrsg) (2003) The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium. Report of a WHO Scientific Group World Health Organ Tech Rep Ser. 919. WHO, Geneva
68. Dreinhöfer K (2000) Bone and Joint Decade 2000–2010 Prävention und Management effizienter gestalten. Dtsch Arztebl 97(51-52):A 3478–3481
69. Bundesministerium für Bildung und Forschung (o. J.) Forschungsnetz Muskuloskelettale Erkrankungen. www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/forschungsnetz-muskuloskelettale-erkrankungen.php (Stand: 01.04.2020)
70. Choong P, Brooks P (2012) Achievements during the Bone and Joint Decade 2000–2010. Best Pract Res Clin Rheumatol 26(2):173–181

2.1.7 Psychische Gesundheit

- *Frauen sind häufiger von Depression und Essstörungen betroffen als Männer.*
- *Die 12-Monats-Prävalenz einer selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression liegt für Frauen bei 9,7 %, ist in der Altersgruppe der 45- bis 64-jährigen Frauen am höchsten und sinkt mit zunehmender Bildung.*
- *Suizidversuche sind bei Frauen häufiger als bei Männern; die Anzahl der vollzogenen Suizide ist jedoch geringer.*

Für das Wohlbefinden sowie eine hohe Lebensqualität und Leistungsfähigkeit sind die körperliche und die psychische Gesundheit gleichermaßen wichtig [1]. In den vergangenen Jahren sind die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (ICD-10: F00 – F99) deutlich gestiegen: Nach Daten der AOK betrug der entsprechende Anteil an Fehlzeiten am Arbeitsplatz im Jahr 2008 für Frauen noch 11,1 % (Männer: 6,3 %), 2017 lag er bei 14,3 % (Männer: 8,6 %). Damit stehen psychische und Verhaltensstörungen bei Frauen an zweiter Stelle nach den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (20,8 %) [2]. Weiterhin zeigt sich, dass bei Frauen Frühberentungen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen ansteigen, trotz insgesamt sinkender Zahlen von Renten aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit: 2015 wurden 42.677 Frauen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen frühberentet, mehr als doppelt so viele wie im Jahr 2000 (19.950 Frauen) [3, 4]. Psychische und Verhaltensstörungen verursachen die höchsten Krankheitskosten bei Frauen mit 27,7 Milliarden Euro und einem Gesamtkostenanteil von 14,6 % [5]. Weltweit sind psychische Störungen der häufigste Grund für krankheitsbedingte Beeinträchtigungen [6, 7].

Als Ressourcen und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit gelten das Wohlbefinden am Arbeitsplatz, gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen, die Wertschätzung für die geleistete Tätigkeit sowie ein Gleichgewicht zwischen Arbeit und Freizeit. Auch weitere soziale, personale und familiäre Dimensionen wie die Zufriedenheit mit Familien- und weiteren sozialen Beziehungen, soziale Unterstützung, Selbstwirksamkeit (Überzeugung, auch schwierige Situationen und Herausforderungen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können), Kohärenzsinn (positive Grundhaltung gegenüber der Welt und dem eigenen Leben) und Widerstandsfähigkeit (Resilienz) sind bedeutend [8].

Frauen sind von vielen psychischen Störungen häufiger betroffen als Männer. Bei der Entstehung psychischer Störungen spielen verschiedene Faktoren wie biologische (z. B. genetische Prädisposition, Hormone), psychische und soziale (z. B. Arbeitslosigkeit, Partnerschaftsprobleme) eine Rolle und werden als Gründe für bestehende Geschlechterunterschiede diskutiert [9–11]. Frauen sind häufiger Opfer von Gewalterfahrungen als Männer (siehe Kapitel 8); auch dieser Faktor kann psychische Störungen begünstigen [12]. Weitere Erklärungen weisen auf Unterschiede in der ärztlichen Diagnosestellung hin [11, 12]. Hierbei können auch unbewusste Geschlechterrollenbilder auf Seiten von Ärztinnen und Ärzten von Bedeutung sein: So erhalten Frauen bei gleicher Symptomatik häufiger eine psychische, Männer hingegen eine somatische Diagnose [13].

Unterschiede in der psychischen Gesundheit lassen sich auch innerhalb der Gruppe der Frauen hinsichtlich ihrer sexuellen Orientierung und geschlechtlichen Identität finden. Lesbische, bisexuelle und transgeschlechtliche Frauen sind im Vergleich zu heterosexuellen und cisgeschlechtlichen Frauen (zu den Begrifflichkeiten siehe Kapitel 7.1) verstärkt Minoritätenstress [14] ausgesetzt. Dieser kann zu psychischen Belastungen führen. Diese Aspekte und deren Bedeutung für die psychische Gesundheit werden gebündelt am Ende dieses Abschnitts dargelegt.

Im Folgenden werden zunächst Daten, Trends und Risikofaktoren von depressiven Störungen, Angststörungen und Essstörungen sowie von Suizid und Substanzabhängigkeit beschrieben. Kurz dargestellt werden Erklärungsansätze für die Geschlechterunterschiede in der psychischen Gesundheit. Datenbasis für die Darstellungen sind die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008 – 2011) und deren Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH, 2009 – 2012) sowie weitere Studien des Robert Koch-Instituts (RKI). Ergänzt werden diese Zahlen durch Daten der Krankenkassen, des

Infobox 2.1.7.1
Depressive Störungen

Depressive Störungen sind psychische Störungen, die sich in Interessenverlust, Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit und Schlafstörungen äußern [16]. Depressive Störungen im Sinne einer klinischen (behandlungsbedürftigen) Depression (ICD-10: F32, depressive Episode) grenzen sich durch ihre Dauer (mindestens zwei Wochen andauernde Symptomatik) und Intensität von nicht therapiebedürftigen und vorübergehenden Verstimmungen ab. Bei Menschen, die von depressiven Störungen betroffen sind, treten im Lebenslauf oftmals mehrere depressive Episoden auf [17].

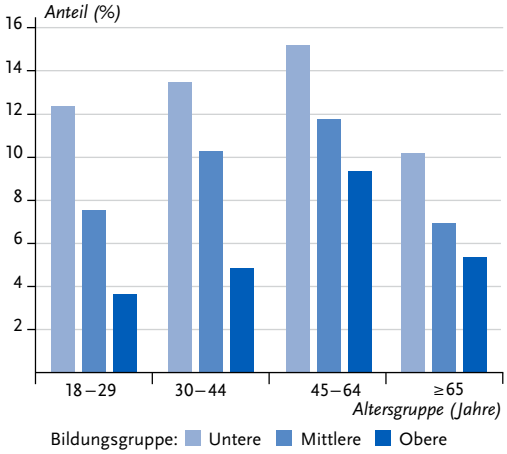
Epidemiologischen Suchtsurveys des Instituts für Therapieforschung (IFT), der amtlichen Statistik sowie aus nationalen und internationalen Studien.

Depressive Störungen

Depressionen und depressive Symptome treten oft in Folge von oder zusammen mit körperlichen Erkrankungen, anderen psychischen Störungen, chronischem Stress oder lebensverändernden Ereignissen auf. Es wird daher zwischen Depression als eigenständiger Erkrankung und einer „begleitenden" depressiven Symptomatik unterschieden. Zur Vereinfachung wird im Folgenden von „Depressionen" gesprochen (siehe Infobox 2.1.7.1). Insbesondere in Ländern mit hohem oder mittlerem Einkommen sind Depressionen mit einer hohen Krankheitslast verbunden [6, 15].

Eine Depression äußert sich bei Frauen eher durch Symptome wie Unruhe, Traurigkeit oder Selbstzweifel [18]. Bei Männern ist sie eher durch Aggressivität, Irritabilität, sozialen Rückzug, Substanzmissbrauch und Stressgefühle gekennzeichnet [19]. Stereotype Rollenzuschreibungen sowie Unterschiede in der Symptomäußerung und -wahrnehmung zwischen Frauen und Männern können zu einer Verzerrung in der Depressionsdiagnostik und -therapie führen [20, 21]: Frauen berichten psychische Symptome in der Regel häufiger als Männer [20], auch werden Frauen mehr Psychopharmaka ärztlich verordnet [22, 23]. Hormonelle Veränderungen z. B. während der Schwangerschaft und nach der Geburt führen zu einer höheren Vulnerabilität von Frauen für depressive Störungen. Besonders nach der Geburt treten depressive Episoden überproportional häufig auf (siehe Kapitel 7.5) [24–26].

Abbildung 2.1.7.1
12-Monats-Prävalenz einer selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression bei Frauen nach Alter und Bildung
Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS [27]



Die Ergebnisse der Studie GEDA 2014/2015-EHIS des RKI zeigen, dass die 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in der Bevölkerung insgesamt bei 8,1 % liegt. Dabei sind Frauen mit 9,7 % häufiger betroffen als Männer mit 6,3 % [27]. Eine aktuelle depressive Symptomatik in den letzten zwei Wochen besteht bei 11,6 % der Frauen [28]. In der Altersgruppe der 45- bis 64-jährigen Frauen sind die Prävalenzen einer selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression am höchsten. Innerhalb der Altersgruppe der 65-jährigen und älteren Frauen zeigt sich einen deutlicher Anstieg der Prävalenz einer diagnostizierten Depression bei Frauen ab 85 Jahren; dies ergeben auch internationale Studien (siehe Kapitel 5.3.2). Der Bildungsgradient fällt bei Frauen bis zu 64 Jahren stärker (d. h. mehr Frauen aus unteren Bildungsgruppen sind betroffen) und statistisch bedeutsamer aus als bei Männern (Abb. 2.1.7.1) [27].

Im Vergleich zu den GEDA-Studien der Vorjahre ist 2014/2015 kein weiterer Anstieg der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression zu sehen [27]. Aufgrund von Unterschieden in der Untersuchungsmethodik ist ein Vergleich jedoch nur eingeschränkt möglich. Während in GEDA 2012 9,8 % der Frauen eine Depressionsdiagnose berichteten [29], liegt die Prävalenz in GEDA 2009 mit 8,0 % deutlich niedriger [30].

Die Daten der DEGS1-Studie erlauben auch Aussagen zur Lebenszeitprävalenz: So beträgt die Lebenszeitprävalenz einer diagnostizierten Depression bei Frauen 15,4 % (Männer: 7,8 %). In der Altersgruppe der 60- bis 69-jährigen Frauen sind die Prävalenzen einer selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression mit 22,9 % am höchsten. Mit steigendem sozioökonomischen Status (SES) nimmt die Lebenszeitprävalenz bei den Frauen deutlich ab und beträgt für Frauen mit niedrigem SES 19,8 % und mit hohem SES 13,9 % [31].

Die Beschäftigungssituation und die Familienkonstellation haben ebenfalls einen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Frauen [12, 21]: So sind die Prävalenzen einer diagnostizierten Depression für nicht erwerbstätige oder arbeitslose Frauen höher als für erwerbstätige Frauen [32]. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass psychische Störungen einen sozialen Abstieg nach sich ziehen können. Arbeitsbezogener Stress kann ebenfalls zu einem erhöhten Depressionsrisiko führen, insbesondere durch Mehrfachbelastungen durch Berufstätigkeit und Familienarbeit sowie deren Vereinbarkeit [11, 33]. Die Häufigkeit einer Depressionsdiagnose ist zudem bei alleinerziehenden Frauen größer als bei Frauen, die ihr Kind oder ihre Kinder in einer Partnerschaft erziehen [32].

Angststörungen

Angststörungen können den Alltag massiv (z. B. soziale Phobie) oder nur leicht (z. B. Spritzenphobie) einschränken (siehe Infobox 2.1.7.2). Nach den Daten des DEGS1-Zusatzmoduls zur psychischen Gesundheit (DEGS1-MH) zeigt sich in der Altersgruppe der 18- bis 79-jährigen Frauen eine 12-Monats-Prävalenz für Angststörungen von 21,4 % (Männer: 9,3 %) [34]. Hervorzuheben ist, dass etwa drei Viertel der Angststörungen bei Frauen spezifische Phobien sind (wie Flugangst, Höhenangst, Tierphobien), welche die Betroffenen im Alltag nur bedingt beeinträchtigen. Angststörungen, die zu einer stärkeren Beeinträchtigung führen, kommen seltener vor: So beträgt die 12-Monats-Prävalenz der Agoraphobie (Angst vor großen Plätzen oder bestimmten Orten) bei Frauen 5,6 %, der sozialen Phobie 3,6 %, der generalisierten Angststörung 3,0 % und der Panikstörung 2,8 % [34, 35]. Angststörungen treten häufig gleichzeitig mit Substanzabhängigkeit oder Depressionen auf [36]. Die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS98) zeigen, dass sich die Prävalenz von Angststörungen bei Frauen (19,8 %) und bei Männern (9,2 %) nicht wesentlich verändert hat [37]. Man geht davon aus, dass neurobiologische, genetische, hormonelle und psychosoziale Faktoren einen Einfluss auf die Entstehung von Angststörungen haben und als Erklärungsansatz für Geschlechterunterschiede herangezogen werden können [36].

Infobox 2.1.7.2
Angststörungen

Angststörungen sind gekennzeichnet durch eine überdauernde, quälende Angst oder durch unangemessene Verhaltensweisen, die die Angst verringern sollen [36]. Hierbei kann es sich um situations- oder objektbezogene Ängste sowie generalisierte, unspezifische Ängste und Panikstörungen handeln. Objekt- und situationsbedingte Ängste wie z. B. die Agoraphobie (Platzangst) werden als konkrete Ängste bezeichnet. Die Angstzustände gehen häufig mit körperlichen Symptomen einher, wie Übelkeit, Kreislaufbeschwerden und Schwindel. In der ICD-10 sind Angststörungen, phobische Störungen und Panikattacken in Kapitel F40 bis F48 (neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen) eingeordnet [37].

Essstörungen

Essstörungen sind ernstzunehmende Erkrankungen, deren Entwicklung zumeist im Jugendalter oder jungen Erwachsenenalter beginnt. Sie lassen sich im Wesentlichen unterteilen in Magersucht (Anorexia nervosa), Ess-/Brechsucht (Bulimie) und Binge-Eating-Störung (regelmäßig auftretende Essanfälle ohne gewichtsregulierende Maßnahmen) (siehe Infobox 2.1.7.3) [38]. Häufig treten Essstörungen als Mischformen auf. Von Magersucht und Bulimie sind insbesondere heranwachsende Mädchen und junge Frauen betroffen [38, 39].

Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS-Basiserhebung, 2003–2006) zeigt, dass bei 28,9 % der Mädchen (Jungen: 15,2 %) im Alter von 11 bis 17 Jahren Hinweise auf eine Essstörung vorliegen (siehe Kapitel 3.2.4) [39]. Bei Frauen beträgt nach den Daten von DEGS1-MH die 12-Monats-Prävalenz von Magersucht 1,2 % (Männer: 0,3 %). Eine

Infobox 2.1.7.3
Essstörungen

Charakteristisch für Essstörungen ist Nahrungsverweigerung, aber auch eine übermäßige Nahrungsaufnahme. Die drei Hauptformen sind: Magersucht (Anorexia nervosa, ICD-10: F50.0), Bulimie oder Ess-/Brechsucht (Bulimia nervosa, ICD-10: F50.2) und Binge-Eating-Störung (ICD-10: F50.9, nicht näher bezeichnete Essstörung). Charakteristisch für Magersucht ist ein selbst herbeigeführter Gewichtsverlust bzw. der Erhalt dieses Gewichtsverlustes durch reduzierte Nahrungsaufnahme sowie mitunter gesteigerte körperliche Aktivität. In den meisten Fällen liegt dabei eine Unterernährung vor, die zu körperlichen Funktionsstörungen führt. Bulimie ist gekennzeichnet durch Anfälle von Heißhunger und Erbrechen oder den Gebrauch von Abführmitteln. Dabei kann das wiederholte Erbrechen zu Störungen im Elektrolythaushalt und körperlichen Komplikationen führen. Die Binge-Eating-Störung zeichnet sich durch wiederholte Episoden von Essanfällen ohne gewichtsregulierende Maßnahmen aus. Nicht alle Essstörungen können jedoch diesen Hauptformen zugeordnet werden. Auch können die verschiedenen Formen ineinander übergehen [39, 43, 49]. Essstörungen gehen häufig mit weiteren psychischen Störungen wie z. B. Depressionen einher.

Infobox 2.1.7.4
Abhängigkeitsstörungen

Laut ICD-10 kann die Diagnose Abhängigkeit gestellt werden, wenn mindestens drei der folgenden Kriterien gleichzeitig während des letzten Jahres vorlagen:

- Starker Wunsch oder Zwang, Substanzen zu konsumieren,
- verminderte Kontrollfähigkeit in Bezug auf Beginn, Beendigung oder Menge des Konsums,
- körperliches Entzugssyndrom,
- Nachweis einer Toleranz gegenüber der Substanz bzw. Dosiserhöhung,
- Vernachlässigung von Interessen zugunsten des Substanzkonsums sowie ein erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen,
- anhaltender Substanzkonsum trotz schädlicher Folgen.

In der ICD-10 wird in der Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10: F10 – F19) unterschieden zwischen Alkohol, Opioiden, Cannabinoiden, Kokain, Stimulanzien, Halluzinogenen, flüchtigen Lösungsmitteln (Schnüffelstoffe), Tabak, Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie multiplem Substanzgebrauch und dem Konsum sonstiger psychotroper Substanzen [53].

Ess-/Brechsucht liegt bei 0,3 % der Frauen (Männer: 0,1 %) und eine Binge-Eating-Störung bei 0,1 % der Frauen (und Männer) vor [35, 40]. Magersucht und Ess-/Brechsucht treten bei Frauen mit mittlerem und höherem SES häufiger auf [41]. Daten der Krankenhausdiagnosestatistik zeigen, dass es im Jahr 2017 bei Frauen und Mädchen 10.357 stationäre Behandlungsfälle aufgrund von Essstörungen gab (1.018 bei Männern und Jungen) [42].

Durch Essstörungen bedingtes Untergewicht unterschiedlichen Schweregrads kann zu erheblichen, mitunter lebensbedrohlichen körperlichen Funktionsstörungen führen [39, 43]. Die Wahrscheinlichkeit, an Magersucht zu versterben, beträgt 5,5 %; sie hat damit die höchste Letalitätsrate unter allen psychiatrischen Erkrankungen [39, 44–46]. Im Jahr 2017 sind insgesamt 66 Frauen an Essstörungen verstorben, davon 42 an Magersucht, eine an Ess-/Brechsucht und zwölf an einer Binge-Eating-Störung [47].

Es gibt nicht die eine Ursache für Essstörungen: Die Einflüsse, die zur Entstehung von Essstörungen beitragen, sind vielfältig. Hierzu zählen genetische, neurobiologische, individuell-psychologische und soziokulturelle Einflüsse [43]. Begünstigt wird die Entstehung von Essstörungen z. B. durch Schlankheit als gesellschaftlich vermitteltes Schönheitsideal (siehe auch Kapitel 2.2.3) oder mangelnde innerfamiliäre Abgrenzung [39, 48].

Substanzbezogene Störungen

Substanzbezogene Störungen (siehe Infobox 2.1.7.4) sind nach Angst- und depressiven Störungen die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland [35, 40]. Mit dem Epidemiologischen Suchtsurvey stehen differenzierte Daten zu Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten zur Verfügung: 7,2 % der Frauen (Männer: 7,9 %) erfüllten nach dem Epidemiologischen

Suchtsurvey 2018 die Kriterien für einen vorliegenden Missbrauch von Schmerzmitteln, 3,6 % (Männer: 2,7 %) waren von diesen abhängig. Bei 0,3 % der Frauen und 0,5 % der Männer wurde ein Missbrauch von Schlafmitteln festgestellt, die Prävalenzen für die Schlafmittelabhängigkeit betrugen ebenfalls 0,3 % bei Frauen und 0,5 % bei Männern. Ein Missbrauch von Beruhigungsmitteln lag bei 0,2 % der Frauen vor (Männer: 0,4 %), eine Abhängigkeit bestand bei 0,3 % der Frauen (Männer: 0,7 %) [50]. Die Abhängigkeit von Schmerzmitteln, Schlafmitteln und Beruhigungsmitteln ist bei Frauen im mittleren Erwachsenenalter am höchsten [50]. Frauen gebrauchen Alkohol seltener missbräuchlich als Männer und sind seltener von Alkohol abhängig (siehe auch Kapitel 2.2.5). Auch konsumieren sie in der Regel weniger illegale Substanzen und sind seltener davon abhängig als Männer [50, 51].

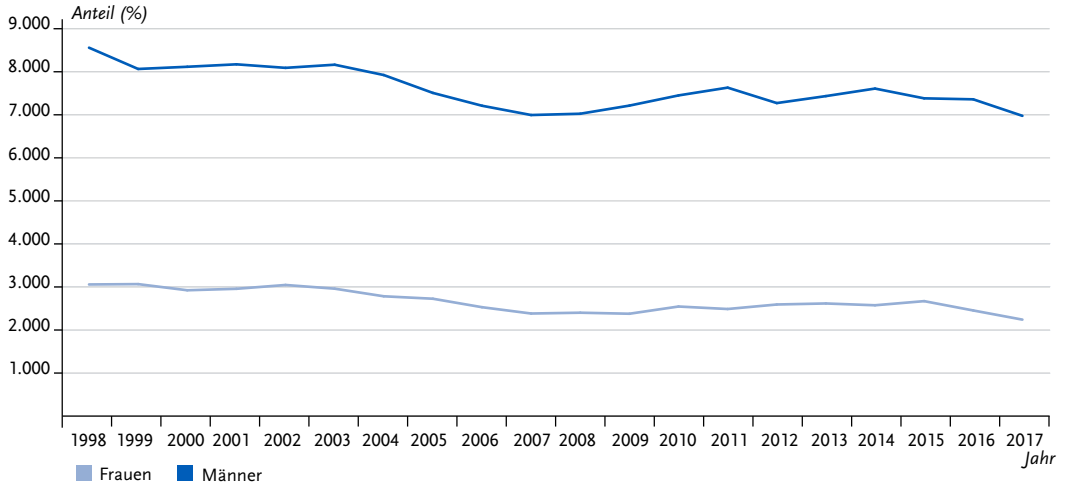
Substanzkonsum bei Frauen dient häufig der seelischen Entlastung sowie dem Erhalt der Funktionsfähigkeit, z. B. aufgrund von Belastungen in Beruf und Familie [12, 52]. Insbesondere während der Schwangerschaft und Stillzeit haben Substanzkonsum und Substanzstörungen eine besondere Bedeutung, da sie sich ungünstig auf den Schwangerschaftsverlauf sowie auf das ungeborene bzw. neugeborene Kind auswirken können [9].

Suizid

Von allen Suiziden werden 65 % bis 90 % durch psychische Erkrankungen verursacht, häufig durch Depressionen [54, 55]. Auch die fehlende Aussicht auf Heilung bei schweren chronischen Erkrankungen kann ein Einflussfaktor sein [56, 57]. Bei Frauen mit Gewalterfahrungen in der Partnerschaft ist das Risiko eines Suizidversuchs im Vergleich zu Frauen, die nicht partnerschaftlicher Gewalt ausgesetzt sind, erhöht [58]. Als weitere Risikofaktoren gelten Trennungen und Beziehungskonflikte, Minoritätenstress, der Tod einer nahestehenden Person, ökonomische Krisen oder Arbeitslosigkeit [59].

Im Jahr 2017 starben in Deutschland 2.251 Frauen durch Suizid, Männer starben rund dreimal häufiger daran (6.990 Sterbefälle, Abb. 2.1.7.2) [47]. Suizidversuche sind bei Frauen, vor allem jüngeren Frauen, häufiger als bei Männern [60–62]. Die Anzahl der vollzogenen Suizide ist bei Männern höher, was u. a. mit der Wahl von gewalttätigeren Suizidmethoden zusammenhängt [63, 64]. Weitere Gründe für die Geschlechterunterschiede werden darin gesehen, dass psychische Erkrankungen bei Frauen eher diagnostiziert werden und das Hilfesuchverhalten sowie die Behandlungsbereitschaft bei Frauen stärker ausgeprägt sind [62]. Ebenfalls diskutiert wird, ob Frauen ihre suizidalen Handlungen letztlich als Weg sehen, eine Beziehung zu

Abbildung 2.1.7.2
Sterbefälle durch Suizid (ICD-10: X60–X84, Vorsätzliche Selbstbeschädigung) bei Frauen und Männern im Zeitverlauf
Datenbasis: Todesursachenstatistik [47]



klären oder zu stabilisieren, während Männer den Suizid selbst als Lösung für ihre Probleme sehen [62].

Psychische Gesundheit von lesbischen, bisexuellen und transgeschlechtlichen Frauen

Die wenigen vorliegenden Daten zur psychischen Gesundheit von lesbischen und bisexuellen sowie transgeschlechtlichen Frauen weisen auf gesundheitliche Ungleichheiten im Vergleich zur heterosexuellen und cisgeschlechtlichen Bevölkerungsgruppe (siehe Infoboxen 7.1.1.1 und 7.1.1.2) hin. Nicht die sexuelle Orientierung oder geschlechtliche Identität selbst sind die Risikofaktoren für psychische Erkrankungen, sondern die Lebensverhältnisse und gesellschaftlichen Bedingungen, in denen diese Frauen leben. Die Wahrnehmung, von einer vorherrschenden gesellschaftlichen Norm abzuweichen, sowie Selbstzweifel, befürchtete und erlebte Ablehnung, Diskriminierungserfahrungen bis hin zu Gewalterfahrungen führen zu Minoritätenstress (minority stress model) [14]. Innerhalb der Gruppe der lesbischen, bisexuellen und transgeschlechtlichen Frauen zählen weitere Faktoren wie z. B. das Alter, ein Migrationshintergrund und die Bildung zu den Ressourcen und Barrieren für eine gute psychische Gesundheit. Für eine differenzierte Darstellung stehen kaum Daten zu Verfügung.

In einer Studie des Deutschen Jugendinstituts zum Coming-Out fürchteten sich 73,9 % der befragten lesbischen, schwulen, bisexuellen und transgeschlechtlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor der Ablehnung durch befreundete Menschen, 69,4 % durch die Familie und 20,2 % berichteten von Angst vor körperlicher Gewalt. Viele Jugendliche versuchen über einen längeren Zeitraum, ihre geschlechtliche Identität und sexuelle Orientierung zu unterdrücken; einige von ihnen entwickeln infolgedessen therapierelevante psychische und psychosomatische Symptome [68]. Nach den Daten des Sozio-oekonomischen Panels werden bei lesbischen Frauen, schwulen Männern und bisexuellen Menschen (LSB) depressive Erkrankungen doppelt so häufig diagnostiziert (LSB: 20 %, Heterosexuelle: 10 % ; eine gesonderte Auswertung für Frauen liegt nicht vor) [69]. Für transgeschlechtliche Menschen zeigen internationale Studien vergleichbare Befunde [70–72].

Sexuell und geschlechtlich marginalisierte Bevölkerungsgruppen weisen zudem ein höheres Suizidrisiko auf [73, 74]. Eine Meta-Analyse von Studien aus Europa, den USA, Kanada, Australien und Neuseeland verdeutlicht, dass homo- und bisexuelle Menschen eine höhere Lebenszeitprävalenz für einen versuchten Suizid zeigen (Heterosexuelle: 4 %, Homo- und Bisexuelle je nach Stichprobenverfahren 11 % bzw. 20 % ; eine gesonderte Auswertung für Frauen liegt nicht vor) [75]. Eine neuseeländische Studie berichtet für junge transgeschlechtliche Menschen eine fast fünffach höhere 12-Monats-Prävalenz eines Suizidversuchs [76].

Mögliche Ressourcen für eine gute psychische Gesundheit von lesbischen, bisexuellen und transgeschlechtlichen Frauen wurden in Studien aus den USA und Irland untersucht. Ein unterstützendes soziales und familiäres Umfeld kann das psychische Wohlergehen fördern [73, 77]. Neben den individuellen und sozialen Faktoren werden auch institutionelle und strukturelle Aspekte wie die rechtliche Gleichstellung mit heterosexuellen und cisgeschlechtlichen Bevölkerungsgruppen als Schutzfaktoren angeführt [78]. Damit geht nicht nur eine verbesserte rechtliche Sicherheit, sondern auch eine größere gesellschaftliche Akzeptanz einher, die beide zusammen den gesellschaftlich bedingten Minoritätenstress reduzieren helfen.

Fazit

Obwohl eine Zunahme an Krankschreibungen und Frühberentungen in Deutschland aufgrund psychischer Störungen zu verzeichnen ist, kann diese in Bevölkerungsstudien nicht in Form gestiegener Prävalenzen gezeigt werden [27]. Als mögliche Gründe werden die größere Bedeutung der psychischen Gesundheit in den Arbeits- und Lebenswelten, die gestiegene Aufmerksamkeit, die Enttabuisierung von Depression sowie eine Veränderung des Diagnose- und Krankschreibungsverhaltens von Ärztinnen und Ärzten diskutiert [27, 34, 79].

Die Ursachen von psychischen Störungen sind multifaktoriell. Das Geschlecht ist ein wichtiger Einflussfaktor; dies sollte bei der Prävention, Diagnose und Therapie berücksichtigt werden. Erforderlich sind evidenzbasierte, allgemeinverständliche Informationen über psychische Störungen und deren Behandlungsmöglichkeiten, auch im Hinblick auf Geschlechterunterschiede, sowie eine geschlechtersensible Aus-, Fort- und Weiterbildung für Behandelnde der verschiedenen Professionen.

Beispielsweise ist es wichtig, psychotherapeutische und psychosoziale Verfahren spezifischer an den Bedürfnissen von Frauen mit Abhängigkeitsstörungen auszurichten [52] oder die möglichst frühzeitige Erkennung einer Depression im Wochenbett zu unterstützen [80] (siehe auch Kapitel 7.5). Maßnahmen zur Reduzierung psychischer Belastungen in der Arbeitswelt im Rahmen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung sollten die spezifischen Lebenslagen der Frauen mitberücksichtigen. Die wenigen vorliegenden Daten zur gesundheitlichen Lage von geschlechtlichen und sexuellen Minderheiten in Deutschland weisen auf spezifische Bedarfe dieser Bevölkerungsgruppen hin. Es braucht daher eine verlässliche Datenlage, die eine angemessene Prävention und Versorgung ermöglicht.

Literatur

1. World Health Organization (Hrsg) (2011) Mental Health Atlas 2011. WHO, Geneva
2. Badura B, Ducki A, Schröder H et al. (2017) Fehlzeiten-Report 2017. Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung. Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin
3. Deutsche Rentenversicherung Bund (2001) Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung im Laufe des Berichtsjahres (Anzahl und je 100.000 aktiv Versicherte). www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
4. Deutsche Rentenversicherung Bund (2016) Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung im Laufe des Berichtsjahres (Anzahl und je 100.000 aktiv Versicherte). www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
5. Statistisches Bundesamt (2016) Krankheitskostenrechnung 2015, in Mio. € für Deutschland. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
6. Murray CJ, Vos T, Lozano R et al. (2012) Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 380(9859):2197–2223
7. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J et al. (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol 21(9):655–679
8. Bengel J, Strittmatter R, Willmann H (2001) Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis, Band 6. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
9. Martini J, Winkel S, Knappe S et al. (2010) Psychische Störungen bei Frauen: Besonderheiten im Zusammenhang mit den reproduktiven Phasen. Psychiatrie und Psychotherapie up2date 4(3):197–208
10. Steiner M, Dunn E, Born L (2003) Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. J Affect Disord 74(1):67–83
11. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hrsg) (2018) Gender-Gesundheitsbericht. Schwerpunkt Psychische Gesundheit am Beispiel Depression und Suizid. BMASGK, Wien
12. Merbach M, Brähler E (2016) Geschlechterunterschiede bei psychischen Störungen. In: Kolip P, Hurrelmann K (Hrsg) Handbuch Geschlecht und Gesundheit: Frauen und Männer im Vergleich. Hogrefe, Bern, S. 240–253
13. Sieverding M, Kendel F (2012) Geschlechter(rollen)aspekte in der Arzt-Patient-Interaktion. Bundesgesundheitsbl 55(9): 1118–1124
14. Meyer IH (2003) Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. Psychol Bull 129(5):674–697
15. Murray CJ, Barber RM, Foreman KJ et al. (2015) Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. Lancet 386(10009):2145–2191
16. Beesdo-Baum K, Wittchen HU (2011) Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In: Wittchen HU, Hoyer J (Hrsg) Klinische Psychologie & Psychotherapie. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 879–914
17. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2010) Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51. RKI, Berlin
18. Möller-Leimkühler AM (2005) Geschlechtsrolle und psychische Erkrankung. J Neurol Neurochir Psychiatr 6(3):29–35
19. Rutz W, Wålinder J, v Knorring L et al. (1997) Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. Int J Psychiatry Clin Pract 1(1):39–46
20. Riecher-Rössler A, Rohde A (2001) Psychische Erkrankungen bei Frauen: Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie. Karger, Basel
21. Piccinelli M, Wilkinson G (2000) Gender differences in depression. Critical review. British Journal of Psychiatry 177:486–492
22. Rosenfeld JA (2001) Handbook of Women's Health. Cambridge University Press, Cambridge
23. Glaeske G, Schicktanz C (2012) BARMER GEK Arzneimittelreport 2012. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 14. Asgard Verlagsservice GmbH, Siegburg
24. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K et al. (2008) Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. Arch Gen Psychiatry 65(7):805–815
25. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (Hrsg) (2017) Maternal Mental Health – Women's Voices. RCOG, London
26. McCall-Hosenfeld JS, Phiri K, Schaefer E et al. (2016) Trajectories of Depressive Symptoms Throughout the Peri- and Postpartum Period: Results from the First Baby Study. J Womens Health 25(11):1112–1121
27. Thom J, Kuhnert R, Born S et al. (2017) 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(3):72–80. https://edoc.rki.de/handle/176904/2787 (Stand: 01.04.2020)
28. Bretschneider J, Kuhnert R, Hapke U (2017) Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(3):81–88. https://edoc.rki.de/handle/176904/2788 (Stand: 01.04.2020)
29. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2012. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
30. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2011) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2009. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
31. Busch M, Maske U, Ryl L et al. (2013) Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5–6):733–739

32. Müters S, Hoebel J, Lange C (2013) Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern. GBE kompakt 4(2): 1–10. https://edoc.rki.de/handle/176904/3112 (Stand: 01.04.2020)
33. Babitsch B, Götz NA (2016) Soziale Ungleichheit und Gesundheit aus der Geschlechterperspektive. In: Kolip P, Hurrelmann K (Hrsg) Handbuch Geschlecht und Gesundheit: Männer und Frauen im Vergleich. Hogrefe, Bern, S. 88–100
34. Jacobi F, Höfler M, Siegert J et al. (2014) Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). Int J Methods Psychiatr Res 23(3):304–319
35. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. (2016) Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit" (DEGS1-MH). Nervenarzt 87(1):88–90
36. Hoyer J, Beesdo-Baum K (2011) Generalisierte Angststörung. In: Wittchen HU, Hoyer J (Hrsg) Klinische Psychologie & Psychotherapie. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 937–952
37. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2004) Angststörungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 21. RKI, Berlin
38. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (2010) S3 Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen. AWMF-Register Nr 051/026
39. Schlack R, Hölling H (2007) Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl 50(5–6):794–799
40. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Nervenarzt 85(1):77–87
41. Franke A (2002) Essstörungen bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, S. 359–374
42. Statistisches Bundesamt (2018) Krankenhausstatistik, Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen). www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
43. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg) (2015) Essstörungen. Suchtmedizinische Reihe, Band 3. DHS, Hamm
44. Vitiello B, Lederhendler I (2000) Research on eating disorders: current status and future prospects. Biol Psychiatry 47(9):777–786
45. Patton GC (1988) Mortality in eating disorders. Psychol Med 18(4):947–951
46. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg) (2004) Essstörungen. Suchtmedizinische Reihe. DHS, Hamm
47. Statistisches Bundesamt (2019) Todesursachenstatistik ab 1998, Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert). www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
48. Lohaus A, Heinrichs N (2016) Geschlechterunterschiede bei Essstörungen. In: Kolip P, Hurrelmann K (Hrsg) Handbuch Geschlecht und Gesundheit: Männer und Frauen im Vergleich. Hogrefe, Bern, S. 229–239
49. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (2010) S3 Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen. AWMF online. www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-026.html (Stand: 01.04.2020)
50. Seitz NN, John L, Atzendorf J et al. (2019) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2018. Tabellenband: Medikamenteneinnahme und Hinweise Konsumabhängigkeit und -missbrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018. IFT Institut für Therapieforschung, München
51. Atzendorf J, Rauschert C, Seitz NN et al. (2019) Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten. Schätzungen zu Konsum und substanzbezogenen Störungen in Deutschland. Dtsch Arztebl Int 116: 577–584
52. Vogt I (2015) Frauen und Sucht. Suchttherapie 16(03):109
53. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (2013) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. Aufl. Huber, Bern
54. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al. (2002) World report on violence and health. World Health Organization, Geneva
55. Hawton K, Casañas i Comabella C, Haw C et al. (2013) Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. J Affect Disorders 147(1–3):17–28
56. Wolfersdorf M (2008) Depression und Suizid. Bundesgesundheitsbl 51(4):443–450
57. Rübenach SP (2007) Todesursache Suizid. Wirtsch Stat 10:960–971
58. World Health Organization (Hrsg) (2014) Global status report on violence prevention 2014. WHO, Geneva
59. Burón P, Jimenez-Trevino L, Saiz PA et al. (2016) Reasons for Attempted Suicide in Europe: Prevalence, Associated Factors, and Risk of Repetition. Arch Suicide Res 20(1):45–58
60. Murphy GE (1998) Why women are less likely than men to commit suicide. Compr Psychiatry 39(4):165–175
61. Möller-Leimkühler AM (2003) The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 253(1):1–8
62. Wolfersdorf M, Plöderl M (2016) Geschlechterunterschiede bei Suizid und Suizidalität. In: Kolip P, Hurrelmann K (Hrsg) Handbuch Geschlecht und Gesundheit: Männer und Frauen im Vergleich. Hogrefe, Bern, S. 265–274
63. Rutz W, v Knorring L, Pihlgren H et al. (1995) Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. Lancet 345(8948):524
64. Robert Koch-Institut (2014) Psychische Störungen. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, S. 56–75
65. Wagenknecht P (2007) Was ist Heteronormativität? Zu Geschichte und Gehalt des Begriffs. In: Hartmann J, Klesse C, Wagenknecht P et al. (Hrsg) Heteronormativität Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 17–34
66. Kleiner B (2016) Heteronormativität. https://gender-glossar.de/glossar/item/55-heteronormativitaet (Stand: 01.04.2020)
67. Rommel A, Pöge K, Krause L et al. (2019) Geschlecht und Gesundheit in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Konzepte und neue Herausforderungen. Public Health Forum 27(2):98–102
68. Krell C, Oldemeier K, Müller S (2015) Coming-out – und dann...?! Ein DJI-Forschungsprojekt zur Lebenssituation von lesbischen, schwulen, bisexuellen und trans* Jugendlichen und jungen Erwachsenen. 2019. Deutsches Jugendinstitut e. V., München
69. Kroh M, Kühne S, Kipp C et al. (2017) Einkommen, soziale Netzwerke, Lebenszufriedenheit: Lesben, Schwule und Bisexuelle in Deutschland. DIW Wochenbericht 84(35):687–698
70. Fredriksen-Goldsen KI, Simoni JM, Kim HJ et al. (2014) The health equity promotion model: Reconceptualization of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health disparities. Am J Orthopsychiatry 84(6):653–663

71. Mayock P, Bryan A, Carr N et al. (2009) Supporting LGBT Lives: a study of the mental health and well-being of lesbian, gay, bisexual and transgender people. Gay and Lesbian Equality Network, BeLonG To Youth Service, Dublin
72. Smith E, Jones T, Ward R et al. (2014) From Blues to Rainbows: Mental health and wellbeing of gender diverse and transgender young people in Australia. The Australian Research Centre in Sex, Health, and Society, Melbourne
73. Institute of Medicine (Hrsg) (2011) The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding. The National Academies Press, Washington DC
74. Miranda-Mendizábal A, Castellvi P, Parés-Badell O et al. (2017) Sexual orientation and suicidal behaviour in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 211(2):77–87
75. Hottes TS, Bogaert L, Rhodes AE et al. (2016) Lifetime Prevalence of Suicide Attempts Among Sexual Minority Adults by Study Sampling Strategies: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Public Health 106(5):e1–e12
76. Clark TC, Lucassen MF, Bullen P et al. (2014) The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). J Adolesc Health 55(1):93–99
77. Higgins A, Sharek D, McCann E et al. (2011) Visible Lives: Identifying the Experiences and Needs of Older Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBT) People in Ireland. Gay and Lesbian Equality Network, Dublin
78. Hatzenbuehler ML, McLaughlin KA, Keyes KM et al. (2010) The Impact of Institutional Discrimination on Psychiatric Disorders in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: A Prospective Study. Am J Public Health 100(3):452–459
79. Jacobi F (2009) Nehmen psychische Störungen zu? Psychiatr Praxis 34(1):16–28
80. Dorsch VM, Rohde A (2016) Postpartale psychische Störungen – Update 2016. Frauenheilkunde up2date 10(4):355–374

2.1.8 Gynäkologische Erkrankungen und Operationen

- *Endometriose, Myome der Gebärmutter und die Gebärmuttersenkung sind häufige gutartige gynäkologische Erkrankungen – dennoch gibt es nur wenige Daten zu Prävalenz, Einflussfaktoren und Versorgung.*
- *Es wird geschätzt, dass 10% bis 15% aller Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter von Endometriose und 20% bis 50% aller Frauen über 30 Jahre von Myomen betroffen sind; die Häufigkeit der Gebärmuttersenkung beträgt etwa 30%.*
- *Etwa jede sechste Frau im Alter von 18 bis 79 Jahren in Deutschland hatte eine Gebärmutterentfernung; Grund dafür war meist eine gutartige Erkrankung.*

Gynäkologische Erkrankungen haben eine besondere Bedeutung für die Frauengesundheit. Sie stehen in einem engen Zusammenhang mit der weiblichen Intimsphäre, mit Sexualität und Partnerschaft sowie mit Fertilität bzw. Gebärfähigkeit. Zwar gehen gutartige gynäkologische Erkrankungen mit einer geringen Sterblichkeit einher, sie haben jedoch einen großen Einfluss auf die Lebensqualität und das Körpererleben von Frauen [1].

Im Folgenden werden mit Endometriose, Myomen und der Gebärmuttersenkung drei gynäkologische Erkrankungen mit hoher Prävalenz dargestellt, außerdem die Gebärmutterentfernung als eine der häufigsten gynäkologischen Operationen. Datengrundlagen sind vor allem die Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes sowie die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) des Robert Koch-Instituts (RKI). Ebenfalls zu den gynäkologischen Erkrankungen gehören Infektionen der Scheide (z. B. Pilzinfektionen) und Blutungsstörungen (Abweichungen von einer normalen, regelmäßigen Regelblutung), die in Kapitel 7.1.2 und 7.1.3 behandelt werden. Informationen zu gynäkologischen Krebserkrankungen finden sich in Kapitel 2.1.4.

Endometriose

Bei der Endometriose (ICD-10: N80) bildet sich Gewebe, das der Gebärmutterschleimhaut (Endometrium) ähnlich ist, auch außerhalb der Gebärmutterhöhle. Diese sogenannten Endometriose-Herde finden sich am häufigsten im Beckenbereich, z. B. im Bauchfell (Peritoneum), an Eileitern und Eierstöcken oder in der Darm- oder Harnblasenwand. Eine Endometriose in der Gebärmuttermuskulatur wird als Adenomyosis oder „innere Endometriose“ bezeichnet [2, 3]. Wie die eigentliche Gebärmutterschleimhaut unterliegt die Endometriose den Veränderungen des Menstruationszyklus: Die Herde können zyklisch wachsen und bluten, was zu Verklebungen, Verwachsungen und Entzündungen führen kann. Endometriose ist eine gutartige Erkrankung, die sich jedoch organübergreifend ausbreiten kann und chronisch verläuft [3].

Die häufigsten Symptome der Endometriose sind Unterbauchschmerzen, Schmerzen unmittelbar vor und während der Menstruation (Dysmenorrhoe), Schmerzen beim Geschlechtsverkehr

(Dyspareunie), starke und unregelmäßige Monatsblutungen und Sterilität. Da die Symptomatik sehr unterschiedlich verlaufen kann, vergeht oft eine längere Zeit (in Deutschland schätzungsweise sechs bis zehn Jahre), bis die korrekte Diagnose gestellt wird [4, 5]. Aufgrund des chronischen Krankheitsverlaufs und der Schmerzsymptomatik geht die Erkrankung häufig mit Belastungen im privaten und beruflichen Alltag sowie mit Einschränkungen der Lebensqualität einher [6]. Weitere Belastungen können sich bei unerfülltem Kinderwunsch ergeben (siehe auch Kapitel 7.4).

Die Ursachen der Endometriose sind bisher wissenschaftlich noch nicht geklärt. Daher gibt es keine ursächliche Therapie [3]. Zu den Behandlungsmöglichkeiten gehören die operative Entfernung der Endometriose-Herde sowie Schmerztherapie und hormonelle Therapie; bei chronischem Verlauf kommt es häufig zu wiederholten Operationen. Die Behandlung richtet sich vor allem nach der individuellen Lebenssituation der Betroffenen, den Beschwerden und danach, ob ein Kinderwunsch besteht [3]. Als Risikofaktoren für Endometriose scheinen neben familiärer Veranlagung vor allem eine frühe Menarche, starke Blutungen und kurze Menstruationszyklen eine Rolle zu spielen [2, 7–9]. Auch gibt es Hinweise, dass Frauen mit hohem sozioökonomischen Status (SES) ein erhöhtes Risiko aufweisen. Dies könnte mit Lebensstilfaktoren zusammenhängen (z. B. dem höheren Alter bei Geburt des ersten Kindes), aber auch darauf zurückzuführen sein, dass Frauen mit höherem SES bei Endometriose-bedingten Beschwerden eher ärztliche Hilfe suchen und die Diagnose bei ihnen daher häufiger gestellt wird [8, 9].

Verlässliche Angaben zur Häufigkeit der Endometriose fehlen [3]. Es wird geschätzt, dass etwa 10 % bis 15 % aller Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter von Endometriose betroffen sind und in Deutschland jährlich etwa 40.000 Frauen neu erkranken [9–12]. Ein Teil der Erkrankten wird stationär behandelt. Für das Jahr 2017 wurden in der Krankenhausdiagnosestatistik 26.068 stationäre Behandlungsfälle mit der Hauptdiagnose einer Endometriose (ICD-10: N80) ausgewiesen. Dies entspricht 67 Fällen pro 100.000 Einwohnerinnen (Abb. 2.1.8.1) [13]. In der Altersgruppe der 25- bis 45-Jährigen werden die meisten Krankenhausbehandlungen verzeichnet (Abb. 2.1.8.2). Die Zahl der Krankenhausfälle hat in den letzten zehn Jahren zugenommen, möglicherweise als Folge einer Sensibilisierung und verbesserten Diagnostik.

Seit 2006 können sich Kliniken und Praxen als Endometriosezentren zertifizieren lassen. Das Zertifizierungskonzept wurde von der Stiftung Endometriose-Forschung entwickelt und umfasst drei Stufen [14]; Ziel ist nicht nur eine Verbesserung der Versorgung, sondern auch der Forschung [2]. Die Versorgung sollte möglichst interdisziplinär stattfinden: Dabei spielen neben Gynäkologinnen und Gynäkologen z. B. auch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychologie, Psychosomatik, Chirurgie und Schmerztherapie sowie Rehabilitation und Selbsthilfe eine wichtige Rolle [2]. Für 2017 verzeichnet die Krankenhausstatistik 811 Behandlungsfälle mit der Diagnose Endometriose in Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten [15]. Auch wenn dies das Rehabilitationsgeschehen nicht vollständig abbildet, ist abzulesen, dass

Abbildung 2.1.8.1
Fälle von Endometriose (ICD-10: N80), Leiomyom des Uterus (D25) und Genitalprolaps (N81) bei Frauen im Zeitverlauf
Datenbasis: Krankenhausdiagnosestatistik [13]

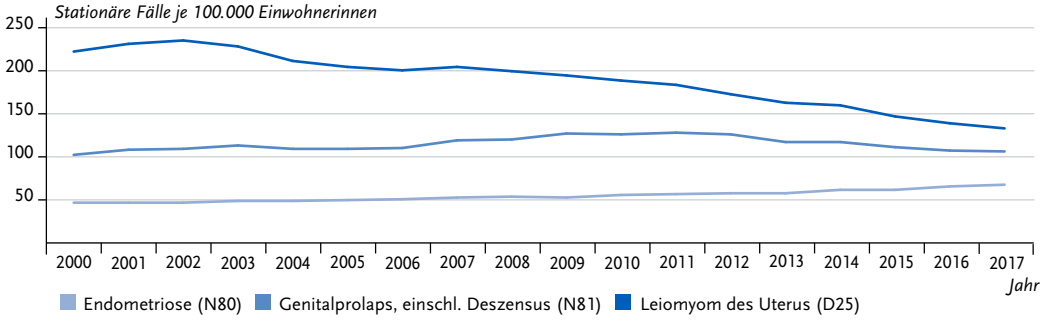
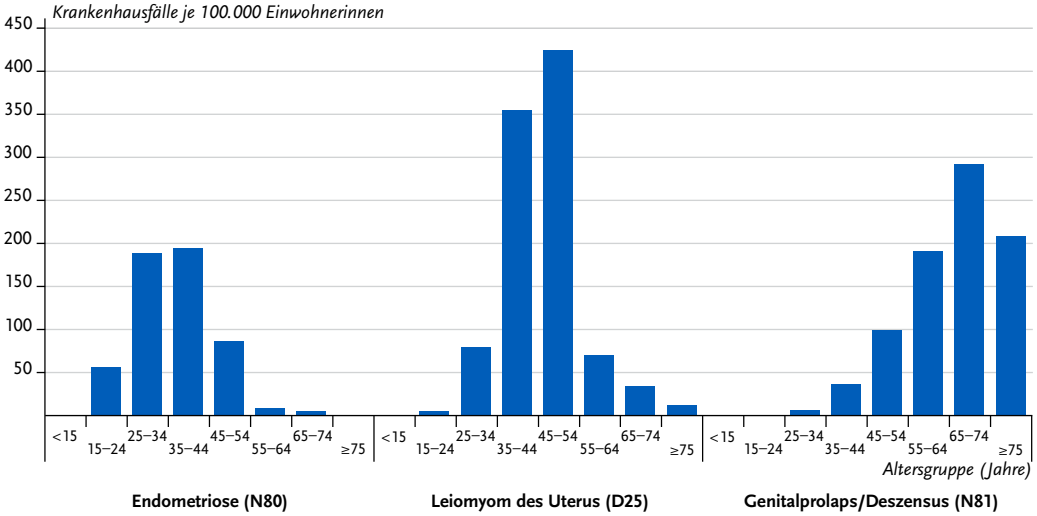


Abbildung 2.1.8.2
Fälle von Endometriose (ICD-10: N80), Leiomyom des Uterus (D25) und Genitalprolaps (N81) bei Frauen nach Alter, 2017
Datenbasis: Krankenhausdiagnosestatistik [13]



nur ein geringer Teil der betroffenen Frauen eine Rehabilitation in Anspruch nimmt [16].

Myome

Uterusmyome (auch: Leiomyome des Uterus, ICD-10: D25) sind die häufigsten Tumoren bei Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter. Sie sind gutartig und bestehen überwiegend aus glatten Muskelfasern und Bindegewebe. Es wird geschätzt, dass 20 % bis 50 % aller Frauen über 30 Jahre von Myomen betroffen sind [17]. 2017 gab es laut Krankenhausdiagnosestatistik 55.677 stationäre Behandlungsfälle mit der Hauptdiagnose Leiomyom des Uterus, das entspricht 133 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen (Abb. 2.1.8.1) [13]. Seit 2003 ist eine Abnahme der stationären Fallzahlen zu beobachten. Vor der Menopause nimmt die Häufigkeit von Myomen mit steigendem Alter zu. Am häufigsten sind Krankenhausbehandlungen in der Altersgruppe 45 bis 54 Jahre (Abb. 2.1.8.2).

Typische Beschwerden bei Myomen sind verstärkte Menstruationsblutungen, Unterbauchschmerzen, Dysmenorrhoe oder ein Druck auf die Harnblase [18]. Inwieweit Myome die Fruchtbarkeit beeinflussen, hängt wahrscheinlich von ihrer Lokalisation ab: Wenn Myome direkt unter der Gebärmutterschleimhaut liegen, scheint dies mit verminderten Schwangerschaftsraten einherzugehen [19]. Häufig verursachen Myome jedoch keine Beschwerden und erfordern keine Therapie [18].

Warum Myome entstehen, ist nicht bekannt. Genetische Faktoren spielen eine Rolle. Das Wachstum wird durch die weiblichen Geschlechtshormone Östrogen und Progesteron beeinflusst [18]. Myome kommen häufiger vor bei Frauen mit schwarzer Hautfarbe, z. B. Frauen aus Subsahara-Afrika oder afrodeutschen Frauen, bei Frauen, die noch keine Kinder geboren haben sowie bei Frauen, deren Verwandte ebenfalls von Myomen betroffen sind. Mehrere vorangegangene Geburten sowie hormonelle Verhütung gehen mit einer geringeren Häufigkeit von Myomen einher [20].

Myome gehören zu den häufigsten Gründen für eine Gebärmutterentfernung. Alternative Behandlungsmöglichkeiten, bei denen die Gebärmutter nicht entfernt wird, sind u. a. die operative Myomentfernung (Myomektomie, Myomenukleation) und die Verkleinerung der Myome durch Reduzierung der Blutzufuhr zur Gebärmutter (Uterusarterienembolisation) oder durch fokussierten Ultraschall [21]. Auch eine zeitlich begrenzte Hormonbehandlung ist möglich; diese dient in der Regel der Myomverkleinerung oder der Behandlung einer Blutarmut vor einer Operation [17, 22].

Gebärmuttersenkung

Zu einer Senkung (Deszensus) der Gebärmutter, sowie auch von Harnblase oder Enddarm, kommt es, wenn die Haltefunktion des Beckenbodens nachlässt, der aus Muskeln, Bändern und Bindegewebe besteht. Die Gebärmutter kann dann nach unten in Richtung des Scheidenausgangs absinken, was immer auch mit einer Scheidensenkung einhergeht, die aber auch allein vorkommen kann (sogenannte Zysto- oder Rektozele). Während ein geringgradiges Absinken in der Regel keine Symptome verursacht, kann es im fortgeschrittenen Stadium zu einem Fremdkörpergefühl in der Scheide, Ziehen im Unterleib sowie Beschwerden beim Wasserlassen (einschließlich Harninkontinenz, aber auch Harnverhalt) oder beim Stuhlgang kommen [23]. Als Gebärmuttervorfall (Prolaps) wird das Heraustreten der Gebärmutter aus der Scheide bezeichnet.

Auch die Gebärmuttersenkung gilt als häufig, ohne dass genaue epidemiologische Daten vorhanden sind. Schätzungen lassen auf eine Prävalenz von 30 % und höher schließen [24–26]. Für 2017 sind in der Krankenhausdiagnosestatistik 44.305 stationäre Fälle aufgrund von Genitalprolaps einschließlich Gebärmuttersenkung (ICD-10: N81) dokumentiert. Dies entspricht 106 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen (Abb. 2.1.8.1) [13]. Dass vorwiegend ältere Frauen betroffen sind, zeigen auch die stationären Fallzahlen, die in der Altersgruppe 65 bis 74 Jahre am höchsten sind (Abb. 2.1.8.2). Neben dem Alter gelten Schwangerschaften und Geburten, Bindegewebsschwäche, starkes Übergewicht sowie Faktoren, die mit einer Druckerhöhung im Bauchraum einhergehen (schweres Heben, chronischer Husten, chronische Verstopfung), als Risikofaktoren [24, 27].

Eine Behandlung der Gebärmuttersenkung ist nur bei Beschwerden erforderlich. Welche Behandlungsart gewählt wird, hängt von der individuellen Situation ab. Nicht-operative Therapieformen sind Beckenbodentraining und die Einlage eines Scheidenpessars, das die Gebärmutter abstützen kann [23, 24, 28]. Bei starken Beschwerden und wenn nicht-operative Maßnahmen keine Besserung erbracht haben, kann eine Operation in Betracht gezogen werden. Je nach Befund gibt es verschiedene Verfahren, die auf die Rekonstruktion der Lage der Organe des kleinen Beckens abzielen. Die sogenannten Faszienstrukturen des Halteapparates von Blase, Genitalorganen und Enddarm werden rekonstruiert, die Gebärmutter wieder angehoben und befestigt; dabei kann auch die Gebärmutterentfernung eine Möglichkeit sein [23, 24]. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist damit zu rechnen, dass die Zahl der betroffenen Frauen und damit auch der urogynäkologische Versorgungsbedarf weiter ansteigen.

Gebärmutterentfernung

Die Gebärmutterentfernung (Hysterektomie, Uterusexstirpation) gehört in Deutschland und auch international weiterhin zu den häufigsten gynäkologischen Operationen. Medizinische Gründe für eine Gebärmutterentfernung sind außer Krebserkrankungen der Gebärmutter, Eileiter und Eierstöcke auch verschiedene gutartige Erkrankungen. Am häufigsten sind hierbei Myome, eine sehr starke Regelblutung (Hypermenorrhoe, siehe Kapitel 7.1.2) oder eine Gebärmuttersenkung [29, 30]. Da es für gutartige Erkrankungen auch andere Therapiemöglichkeiten gibt, sollten die Vor- und Nachteile einer operativen Gebärmutterentfernung gut gegeneinander abgewogen werden. Internationale Studien zeigen, dass sich nach der Operation insgesamt die Lebensqualität verbessert und negative Folgen für die psychische Gesundheit selten sind [31–34]. Dennoch gibt es auch Frauen, die nach der Operation gesundheitliche Einschränkungen wahrnehmen [33–37]. Frauen, die noch ihre Regelblutung haben, können nach einer Gebärmutterentfernung früher in die Wechseljahre kommen, auch wenn die Eierstöcke nicht mit entfernt wurden [38].

Im Jahr 2017 wurden in Deutschland 105.948 Hysterektomien in Krankenhäusern durchgeführt [40]. Meist wurde dabei die ganze Gebärmutter entfernt (siehe Infobox 2.1.8.1). Seit 2005 hat die Anzahl der Hysterektomien um rund 30 % abgenommen, bei Zunahme der – vor allem laparoskopisch durchgeführten – Anzahl der subtotalen Hysterektomien (Abb. 2.1.8.3). Als Operationsmethode erster Wahl wird bei gutartigen Erkrankungen die vaginale Hysterektomie (Gebärmutterentfernung durch die Scheide) angesehen [21]. 2012 betrug der Anteil vaginaler Operationen bei gutartigen Gebärmuttererkrankungen 55,6 % (einschließlich vaginaler laparoskopisch assistierter Operationen), 15,7 % der Eingriffe wurden abdominal (über einen Bauchschnitt) durchgeführt [30].

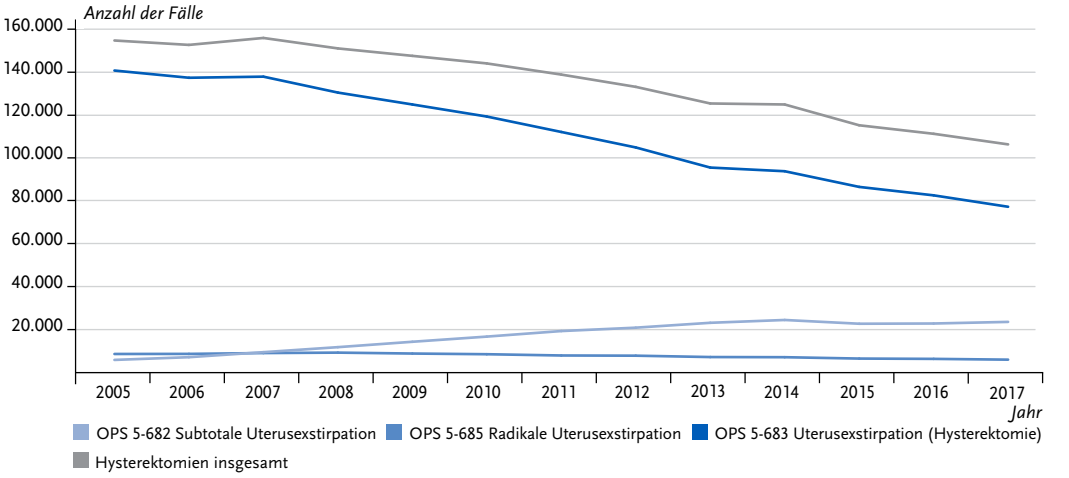
Infobox 2.1.8.1
Einteilung der Gebärmutterentfernung nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)

Der OPS ist die amtliche Klassifikation zur Kodierung von Operationen, Prozeduren und medizinischen Maßnahmen. Er wird vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben [39].

- **Uterusexstirpation (Hysterektomie) (OPS 5-683):** gemeint ist die totale Hysterektomie, d. h., die Entfernung der gesamten Gebärmutter; diese umfasst nicht die Entfernung von Eierstöcken und Eileitern.
- **Subtotale Uterusexstirpation (OPS 5-682):** wird auch als suprazervikale Hysterektomie bezeichnet; Entfernung nur des Gebärmutterkörpers, der Gebärmutterhals (Cervix) bleibt erhalten; Eierstöcke und Eileiter werden in der Regel nicht mit entfernt.
- **Radikale Uterusexstirpation (OPS 5-685) oder radikale Hysterektomie:** erweiterte Gebärmutterentfernung, die bei Krebserkrankungen notwendig sein kann und bei der meist ein Teil des Gebärmutterhalteapparats, der obere Teil der Scheide, die zugehörigen Lymphknoten sowie Eierstöcke und Eileiter mit entfernt werden.

Die Daten der DEGS1-Studie (2008–2011) zeigen, dass in Deutschland etwa jede sechste Frau im Alter von 18 bis 79 Jahren (17,5 % der Frauen) eine Gebärmutterentfernung hatte [41]. Der Anteil der Frauen mit einer Gebärmutterentfernung steigt mit zunehmendem Alter: Von den 50- bis 59-Jährigen sind 27,5 % betroffen, 32,4 % der 60- bis 69-Jährigen und 39,4 % der 70- bis 79-Jährigen. Bei fast der Hälfte der Frauen (48,5 %) fand die Operation im Alter von 40 bis 49 Jahren statt. 6,1 % der Frauen mit einer Gebärmutterentfernung hatten eine Krebserkrankung der Gebärmutter oder der Eierstöcke. Ein wesentlicher Einflussfaktor für eine Gebärmutterentfernung ist die Bildung: Von den 30- bis 79-jährigen Frauen waren in der unteren Bildungsgruppe 31,0 %, in der mittleren 15,6 % und in der oberen 11,6 % von einer Gebärmutterentfernung betroffen. Zudem kamen Hysterektomien bei Frauen mit drei oder mehr Kindern, Frauen mit Übergewicht sowie bei 70- bis 79-jährigen Frauen aus den alten Ländern häufiger vor [41]. Der Zusammenhang zwischen Bildung bzw. SES und Hysterektomie ist aus verschiedenen internationalen Studien bekannt. Er wird damit erklärt, dass Frauen aus höheren Bildungsgruppen über eine bessere Gesundheitsversorgung verfügen, häufiger Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch nehmen, ein größeres Wissen über verschiedene Therapiemöglichkeiten haben und von ärztlicher Seite eine größere Bereitschaft besteht, Alternativen

Abbildung 2.1.8.3
Anzahl an Hysterektomien bei Frauen in Krankenhäusern im Zeitverlauf
Datenbasis: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik [40]



zur Gebärmutterentfernung aufzuzeigen [42–46]. Darüber hinaus zeigen sich Variationen in der Operationshäufigkeit nach Wohnortkreisen, die darauf hindeuten, dass auch regional Indikationsstellungen unterschiedlich erfolgen [47].

Die abnehmenden Operationszahlen deuten darauf hin, dass die Indikation zur Gebärmutterentfernung zunehmend zurückhaltender gestellt und häufiger alternative Behandlungsmethoden in Anspruch genommen werden [48]. Zudem besteht bei dieser Operation seit 2019 ein rechtlicher Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung [49, 50]. Als Grundlage für eine einheitliche Indikationsstellung wurde 2015 durch die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe die medizinische Leitlinie „Indikation und Methodik der Hysterektomie bei benignen Erkrankungen" veröffentlicht. Zu den Zielen der Leitlinie gehört es, die Vielfalt der zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten darzustellen und eine optimale Beratung der betroffenen Frauen zu ermöglichen [21].

Fazit

Viele Frauen sind von gynäkologischen Erkrankungen betroffen. Trotzdem existieren nur wenige Daten zu Häufigkeit, Einflussfaktoren und Versorgung dieser Erkrankungen. Für Endometriose, Myome und Gebärmuttersenkung sowie weitere gutartige gynäkologische Erkrankungen existieren unterschiedliche therapeutische Herangehensweisen. Die Behandlung sollte sich an den individuellen Beschwerden und Bedürfnissen der Betroffenen orientieren. Voraussetzung hierfür ist eine gelingende Kommunikation zwischen Behandelnden und betroffenen Frauen sowie eine gute Information der Betroffenen über die in Frage kommenden Therapiemöglichkeiten. Wichtige Informationsquellen zu gynäkologischen Erkrankungen sind z. B. das Frauengesundheitsportal der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (www.frauengesundheitsportal.de), die Gesundheitsinformationen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (www.gesundheitsinformation.de), das Leitlinienportal der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (www.awmf.org/leitlinien/patienteninformation.html) oder regionale Frauengesundheitszentren.

Literatur

1. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Kohlhammer, Stuttgart
2. Ebert AD (2014) Endometriose. Ein Wegweiser für die Praxis. Frauenärztliche Taschenbücher. De Gruyter, Berlin
3. Arbeitsgruppe Leitlinie für die Diagnostik und Therapie der Endometriose der Deutschen, Österreichischen, Schweizerischen und Tschechischen Gesellschaften für Gynäkologie und Geburtshilfe unter Mitarbeit der Stiftung Endometrioseforschung und der Europäischen Endometriose Liga (2013) Interdisziplinäre S2k-Leitlinie für die Diagnostik und Therapie der Endometriose. https://www.endometriose-vereinigung.de/files/endometriose/reiter%20endometriose/Leitlinie_Diagnostik_Therapie_Endometriose.pdf (Stand: 01.04.2020)
4. Hudelist G, Fritzer N, Thomas A et al. (2012) Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. Hum Reprod 27(12):3412–3416
5. Schweppe KW (2003) Endometriose – Eine Erkrankung ohne Lobby. Zentralbl Gynakol 125(07/08):233–233
6. Brandes I, Niehues C (2011) Endometriose-Patientinnen in einer gynäkologischen Rehabilitationsklinik. Phys Med Rehab Kuror 21(05):227–233
7. Parasar P, Ozcan P, Terry KL (2017) Endometriosis: Epidemiology, Diagnosis and Clinical Management. Curr Obstet Gynecol Rep 6(1):34–41
8. Parazzini F, Esposito G, Tozzi L et al. (2017) Epidemiology of endometriosis and its comorbidities. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 209:3–7
9. Viganò P, Parazzini F, Somigliana E et al. (2004) Endometriosis: epidemiology and aetiological factors. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 18(2):177–200
10. Haas D, Chvatal R, Reichert B et al. (2012) Endometriosis: a premenopausal disease? Age pattern in 42,079 patients with endometriosis. Arch Gynecol Obstet 286(3):667–670
11. Child TJ, Tan SL (2001) Endometriosis: aetiology, pathogenesis and treatment. Drugs 61(12):1735–1750
12. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2018) Patienteninformation Endometriose: Unterleibsschmerzen, ungewollt kinderlos – habe ich Endometriose? www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/015_D_Ges_fuer_Gynaekologie_und_Geburtshilfe/015-045ki_S2k_Diagnostik_Therapie_Endometriose_2018-11.pdf (Stand: 01.04.2020)
13. Statistisches Bundesamt (2018) Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
14. Stiftung Endometriose-Forschung (2018) Kriterien der Stiftung Endometriose-Forschung zur Anerkennung als zertifiziertes Endometriosezentrum. www.endometriose-sef.de/dateien/Zentren_Kriterien_18.pdf (Stand: 01.04.2020)
15. Statistisches Bundesamt (2018) Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
16. Niehues C, Brandes I. (2007) Endometriose-Patientinnen in der gynäkologischen Rehabilitation. 16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium; 26.-28.März 2007 in Berlin. DRV-Schriften 72: 564–565
17. David M, Ebert A (2012) Uterus myomatosus und Adenomyosis uteri. Ärztliche Praxis Gynäkologie (1/2012):20–24

18. Lumsden MA, Hamoodi I, Gupta J et al. (2015) Fibroids: diagnosis and management. BMJ 351:h4887
19. Pritts EA, Parker WH, Olive DL (2009) Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence. Fertil Steril 91(4):1215–1223
20. Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA et al. (2017) Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. BJOG 124(10):1501–1512
21. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2015) Leitlinienprogramm – Indikation und Methodik der Hysterektomie bei benignen Erkrankungen. www.dggg.de/fileadmin/documents/pressemitteilungen/2015/2015_09_18/015-070l_S3_Indikation_und_Methodik_der_Hysterektomie_2015-08.pdf (Stand: 01.04.2020)
22. Lethaby A, Puscasiu L, Vollenhoven B (2017) Preoperative medical therapy before surgery for uterine fibroids. Cochrane Database Syst Rev (11):CD000547
23. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2016) Diagnostik und Therapie des weiblichen Descensus genitalis. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-006l_S2e_Descensus_genitalis-Diagnostik-Therapie_2016-11-verlaengert.pdf (Stand: 01.04.2020)
24. Barber MD (2016) Pelvic organ prolapse. BMJ 354:i3853
25. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I et al. (2002) Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. Am J Obstet Gynecol 186(6):1160–1166
26. Samuelsson EC, Victor FT, Tibblin G et al. (1999) Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. Am J Obstet Gynecol 180(2 Pt 1):299–305
27. Maher C, Feiner B, Baessler K et al. (2013) Surgical management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev (4):Cd004014
28. Hagen S, Stark D (2011) Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev (12):Cd003882
29. Stang A, Merrill RM, Kuss O (2011) Nationwide rates of conversion from laparoscopic or vaginal hysterectomy to open abdominal hysterectomy in Germany. Eur J Epidemiol 26(2):125–133
30. Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (Hrsg) (2013) Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2012. 15/1 – Gynäkologische Operationen. www.sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2012/bu_Gesamt_15N1-GYN-OP_2012.pdf (Stand: 01.04.2020)
31. Kjerulff KH, Rhodes JC, Langenberg PW et al. (2000) Patient satisfaction with results of hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 183(6):1440–1447
32. Rannestad T (2005) Hysterectomy: effects on quality of life and psychological aspects. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 19(3):419–430
33. Flory N, Bissonnette F, Binik YM (2005) Psychosocial effects of hysterectomy: literature review. J Psychosom Res 59(3):117–129
34. Khastgir G, Studd JW, Catalan J (2000) The psychological outcome of hysterectomy. Gynecological endocrinology 14(2):132–141
35. Pelka M (2005) Zur Bewältigungsfähigkeit nach Hysterektomie. Eine Interviewstudie mit 100 Frauen nach Hysterektomie wegen gutartiger Gebärmuttererkrankungen. Medizinische Hochschule Hannover, Hannover
36. Cooper R, Mishra G, Hardy R et al. (2009) Hysterectomy and subsequent psychological health: findings from a British birth cohort study. J Affect Disord 115(1–2):122–130
37. McPherson K, Herbert A, Judge A et al. (2005) Psychosexual health 5 years after hysterectomy: population-based comparison with endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding. Health Expect 8(3):234–243
38. Farquhar CM, Sadler L, Harvey SA et al. (2005) The association of hysterectomy and menopause: a prospective cohort study. BJOG 112(7):956–962
39. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2020) Klassifikationen – OPS. www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/ops/ (Stand: 01.04.2020)
40. Statistisches Bundesamt (2018) Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik). Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
41. Prütz F, von der Lippe E (2014) Hysterektomie. GBE kompakt 5(1). https://edoc.rki.de/handle/176904/3114 (Stand: 01.04.2020)
42. Settnes A, Jorgensen T (1996) Hysterectomy in a Danish cohort. Prevalence, incidence and socio-demographic characteristics. Acta Obstet Gynecol Scand 75(3):274–280
43. Cooper R, Lucke J, Lawlor DA et al. (2008) Socioeconomic position and hysterectomy: a cross-cohort comparison of women in Australia and Great Britain. J Epidemiol Community Health 62(12):1057–1063
44. Marks NF, Shinberg DS (1997) Socioeconomic differences in hysterectomy: the Wisconsin Longitudinal Study. Am J Public Health 87(9):1507–1514
45. Kjerulff K, Langenberg P, Guzinski G (1993) The socioeconomic correlates of hysterectomies in the United States. Am J Public Health 83(1):106–108
46. Brett KM MJ, Madans JH (1997) Epidemiology of hysterectomy in the United States: demographic and reproductive factors in a nationally representative sample. J Womens Health 6(3):309–316
47. Grote Westrick M, Zich K, Klemperer D et al. (2015) Faktencheck Gesundheit – Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
48. Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (Hrsg) (2013) Beschreibung der Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2012. 15/1 – Gynäkologische Operationen. www.sqg.de/downloads/QIDB/2012/AQUA_15n1_Indikatoren_2012.pdf (Stand: 01.04.2020)
49. Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg) (2017) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren/Zm-RL). www.g-ba.de/downloads/62-492-2044/Zm-RL_2019-11-22_iK-2020-02-20.pdf (Stand: 01.04.2020)
50. Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg) (2018) Patientenmerkblatt – Zweitmeinungsverfahren bei geplanten Eingriffen. www.g-ba.de/downloads/17-98-4765/2019-04-11_G-BA_Patientenmerkblatt_Zweitmeinungsverfahren_bf.pdf (Stand: 01.04.2020)

2.1.9 Infektionskrankheiten

- *Bei vielen Infektionskrankheiten spielt Geschlecht eine wichtige Rolle; es gibt Unterschiede beim Infektionsrisiko, bei der Diagnostik und Behandlung.*
- *Bundesweit lag die Impfquote gegen HPV bei unter 17-jährigen Mädchen für das Jahr 2015 bei rund 45 %.*
- *Vermutlich infizieren sich jedes Jahr mehr als 6.000 Frauen während der Schwangerschaft mit Toxoplasma.*

Infektionskrankheiten werden durch Mikroorganismen ausgelöst, die in einen menschlichen oder tierischen Organismus eindringen und sich dort vermehren. Diese Erreger können über Ausscheidungen oder direkten Kontakt auf andere Menschen oder Tiere übertragen werden. Die häufigsten Auslöser von Infektionskrankheiten sind Bakterien und Viren, aber auch einzellige Lebewesen, Pilze und Würmer können Infektionskrankheiten verursachen. Kinder und ältere Menschen sowie Personen mit geschwächtem Immunsystem sind besonders gefährdet, an Infektionen zu erkranken. Weltweit zählen nur noch drei Infektionskrankheiten (Infektionen der unteren Atemwege, Durchfallerkrankungen und Tuberkulose) zu den zehn häufigsten Todesursachen [1]. In Deutschland und anderen hochentwickelten Ländern konnten Infektionserkrankungen jedoch durch verbesserte Lebensbedingungen, Hygiene und Impfungen zurückgedrängt werden. Dies spiegelt sich in der Tatsache wider, dass 2017 nur die Lungenentzündung unter den häufigen Todesursachen in Deutschland aufgeführt war (Rang 9) [2]. Sexuell übertragene Infektionen (STI) umfassen Erkrankungen mit Erregern, die vorwiegend auf sexuellem Weg übertragen werden, wie z. B. Chlamydien, Gonokokken, HIV, Humane Papillomviren (HPV) und der Erreger der Syphilis, Treponema pallidum.

Bakterien, Viren, Parasiten und Pilze befallen Frauen und Männer – geschlechterbezogene Faktoren spielen aber eine nicht zu vernachlässigende Rolle bei Infektionskrankheiten. Hierzu zählen z. B. unterschiedliche soziale Rollen und Berufe von Frauen und Männern sowie ein unterschiedliches Risikoverhalten. So spielen bei der Übertragung von Geschlechtskrankheiten soziale Determinanten, z. B. Bildung, Nutzungsverhalten des Gesundheitssystems und Abhängigkeit von der Partnerin oder dem Partner eine wichtige Rolle. Außerdem haben geschlechtsspezifische Hormone und anatomische Gegebenheiten einen Einfluss auf die Häufigkeit von Infektionen bei Frau und Mann. Besonders hervorzuheben sind hier Infektionen während der Schwangerschaft, die als Krankheits- und Todesursachen auch in der modernen Schwangerschafts- und Geburtsmedizin von großer Bedeutung sind. So stellen viele sonst harmlose Erkrankungen ausschließlich in der Schwangerschaft oder der Zeit um die Geburt eine ernste Gefahr für das Kind dar. Viele epidemiologische Studien zeigen als Teilresultat auch, dass Frauen und Männer von Infektionskrankheiten, Begleiterkrankungen oder Risikofaktoren unterschiedlich betroffen sind, mit den daraus resultierenden Konsequenzen. Die Unterschiede in den Ursachen für das Entstehen einer Krankheit bleiben allerdings oft unberücksichtigt. Ebenso finden Unterschiede in Diagnose und Behandlung noch zu wenig Niederschlag in der verfügbaren wissenschaftlichen Literatur.

Die aktuelle COVID-19-Pandemie hat gezeigt, wie dringend die Notwendigkeit besteht, die Geschlechterunterschiede in Bezug auf Vorhersage-Indikatoren und den Krankheitsverlauf sowie die Auswirkungen der Prävention und der Behandlung besser zu verstehen. Daten aus verschiedenen Ländern zeigen, dass Frauen und Männer auf unterschiedliche Weise von der Pandemie betroffen sind. Es ist immer noch unklar, ob sich Frauen oder Männer häufiger infizieren. Aus den Ländern, in denen nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten vorliegen, zeigt sich, dass Männer häufiger an einer COVID-19-Erkrankung sterben und schwerere Symptome entwickeln [3]. Frauen hingegen sind von der enormen Belastung durch die Pflegearbeit während der Pandemie viel stärker betroffen und stellen einen größeren Anteil des medizinischen Personals dar. Auch wird davon ausgegangen, dass Quarantäne und eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit zu einem deutlichen Anstieg von häuslicher Gewalt führen [4, 5].

Die folgenden Abschnitte behandeln beispielhaft virale Infektionen (HPV), bakterielle Infektionen (Chlamydien) sowie parasitäre Erkrankungen

(Toxoplasmose), denen eine hohe Relevanz für die Gesundheit der Frauen zukommt. Aussagen zur Häufigkeit meldepflichtiger Infektionskrankheiten basieren auf den im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes gemeldeten Daten (siehe Infobox 2.1.9.1) und der Todesursachenstatistik. Darüber hinaus werden Untersuchungs- und Befragungsdaten aus Surveys des Robert Koch-Instituts (RKI) verwendet sowie weitere nationale und internationale Studien.

Infobox 2.1.9.1
Meldewesen für Infektionskrankheiten in Deutschland

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) regelt, welche Krankheiten und welche Labornachweise von Erregern bundesweit meldepflichtig sind. Seit Einführung des IfSG wurde die Meldepflicht mehrmals erweitert, um sie an die epidemiologische Lage anzupassen. Zuletzt wurde das IfSG durch das Masernschutzgesetz im März 2020 geändert und es wurden neue Meldepflichten u. a. für die subakute sklerosierende Panenzephalitis infolge einer Maserninfektion sowie für die Nachweise von humanpathogenen Bornaviren, Middle-East-Respiratory-Syndrome-Coronavirus (MERS-CoV), invasive Streptococcus pneumoniae, Nicht-Cholera-Vibrionen und resistente Gonokokken eingeführt.

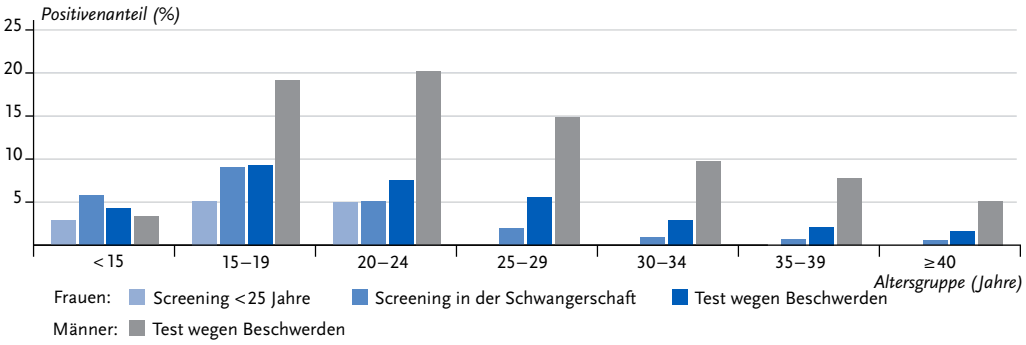
Im Rahmen des COVID-19-Ausbruchs in Deutschland wurde am 01.02.2020 eine Meldepflicht für den Nachweis von SARS-CoV-2 bzw. den Verdacht auf bzw. die Erkrankung und den Tod an COVID-19 über eine Meldepflichtanpassungsverordnung (CoronaVMeldeV) eingeführt.

Chlamydien-Infektion

Eine Infektion mit dem Bakterium Chlamydia trachomatis ist eine der häufigsten sexuell übertragbaren Erkrankungen in Europa [6]. Bei Frauen verlaufen 70 % bis 80 % der Chlamydien-bedingten Genitalinfektionen symptomlos; bei Männern etwa 50 %. Die Infektion manifestiert sich bei Frauen zunächst an der Schleimhaut des Gebärmutterhalses, die nur wenig mit Nerven ausgestattet ist und deshalb bei einer Infektion bis auf einen eitrigen Ausfluss kaum Beschwerden macht. Unbehandelt können Chlamydien bei Frauen in 10 % bis 40 % der Fälle eine aufsteigende Infektion verursachen, die zu chronischen Schmerzen und einer Verklebung der Eileiter führt [7]. Durch Schädigung des Flimmerepithels (der Zellen, die die Eileiterwand auskleiden), Vernarbungen und reaktive Umbauprozesse der Eileiterwand besteht somit bei unbehandelten Krankheitsverläufen die Gefahr der Unfruchtbarkeit.

Seit Ende der 1990er-Jahre wird in zahlreichen Ländern ein Anstieg dieser Infektionen beobachtet. Im Jahr 2017 wurden in 26 europäischen Ländern (Mitgliedstaaten der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums) insgesamt 409.646 Infektionen gemeldet, wobei 57 % der Fälle bei Frauen auftraten. In Deutschland besteht keine Meldepflicht für Chlamydien. Aus Daten der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) und der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) konnten jedoch Prävalenzen von ca. 4,5 % bei sexuell aktiven 15- bis 19-jährigen Frauen geschätzt werden [8]. Im Rahmen des Chlamydien-Laborsentinels hat das RKI außerdem anonymisierte Daten von

Abbildung 2.1.9.1
Anteil der positiven Proben bei Frauen und Männern nach Alter und Untersuchungsgrund, 2014 –2016
Datenbasis: Chlamydien-Laborsentinel [9,10]



25 Laboren zu 5.706.455 Chlamydien-Tests analysiert, hiervon stammten 91,9 % von Frauen [9, 10]. Eine Auswertung der Daten für den Zeitraum 2014–2016 ergab, dass insgesamt 3,7 % der Chlamydien-Tests bei Frauen und 10,8 % bei Männern positiv ausfielen, wobei der Anteil der positiven Tests je nach Testgrund und Alter variierte (Abb. 2.1.9.1). Der höchste Anteil positiver Tests wurde bei Frauen in der Altersgruppe 15–19 Jahre beobachtet: Im Rahmen des Screening-Angebots für Frauen unter 25 Jahren betrug dieser 5,0 %, im Rahmen des Screening aufgrund einer Schwangerschaft 9,0 % und 9,2 % bei Testungen aufgrund von Beschwerden. Bei Männern war mit 20,1 % der höchste Anteil positiver Chlamydien-Tests bei 20- bis 24-Jährigen zu beobachten (Abb. 2.1.9.1).

Die Daten zeigen außerdem, dass der größte Anteil der Tests im Rahmen der Schwangerenvorsorge durchgeführt wird (42,0 %). Seit 2008 können sich gesetzlich krankenversicherte Frauen unter 25 Jahren zusätzlich jährlich auf Chlamydien testen lassen (Screening auf Chlamydia trachomatis-Infektion) [11]. Die Datenanalyse zeigt jedoch, dass nur zwischen 11 % und 12 % dieser Gruppe jährlich auf Chlamydien getestet wird. Diese Abdeckung des Screenings ist zu niedrig, um einen Einfluss auf die Prävalenz der Chlamydien-Infektionen in der Bevölkerung zu haben. Das könnte darauf zurückzuführen sein, dass das Wissen zu Chlamydien in der Allgemeinbevölkerung gering ist. Die durchweg höheren Positivanteile unter Männern können zum überwiegenden Teil dadurch erklärt werden, dass Männer nur getestet werden, wenn Symptome vorliegen, während Frauen zusätzlich im Rahmen von Screenings getestet werden.

Infektionen mit Humanen Papillomviren (HPV)

Humane Papillomviren (HPV) gehören zu den häufigsten sexuell übertragbaren Infektionen und sind weltweit verbreitet. Fast alle sexuell aktiven Frauen infizieren sich im Laufe des Lebens mindestens einmal mit HPV, vor allem in den ersten Jahren nach Aufnahme der sexuellen Aktivität. HPV werden in Niedrigrisiko-Typen (vor allem Typ 6 und 11), die für die sehr häufig vorkommenden Genitalwarzen (Condyloma acuminata) verantwortlich sind, und Krebserkrankungen verursachende Hochrisiko-Typen eingeteilt. Bei den meisten Frauen ist das Immunsystem in der Lage, die Hochrisiko-HPV-Typen innerhalb von ein bis zwei Jahren zu beseitigen [12]. Bei etwa 10 % der infizierten Frauen kann es jedoch zu einem chronischen Fortbestehen der Infektion kommen, was in einem Teil der Fälle mit der Entstehung von Krebsvorstufen bzw. Krebserkrankungen assoziiert ist. Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) wird zu fast 100 % mit HPV ursächlich in Verbindung gebracht, in ca. 70 % der Fälle verursacht durch die Hochrisiko-Typen 16 und 18 [13]. 2016 erkrankten in Deutschland insgesamt 4.380 Frauen am Zervixkarzinom; 1.587 Frauen verstarben 2017 daran [14] (siehe Kapitel 2.1.4, Tab. 2.1.4.1). Neben dem Zervixkarzinom werden jedoch auch Krebserkrankungen der Vulva, der Vagina, des Anus sowie der Mundhöhle und des Rachens zu unterschiedlichen Anteilen mit einer HPV-Infektion assoziiert [15–18].

Über Prävalenzen von HPV-Infektionen ist in Deutschland wenig bekannt, da Infektionen mit HPV-Viren nicht meldepflichtig sind. Vereinzelt wurden jedoch Daten zur HPV-Prävalenz bei Frauen in Deutschland im Rahmen von Studien erhoben: In diesen zwischen 2007 und 2012 durchgeführten Studien lag die Prävalenz bei 20- bis 26-jährigen Frauen für eine Infektion mit einem Hochrisiko-HPV-Typ zwischen 16 % und 34,4 % [19–21]. Eine bundesweite, bevölkerungsbasierte Studie zur Erhebung von HPV-Prävalenzen unter 20- bis 25-jährigen Frauen wird aktuell vom RKI durchgeführt [22].

Infobox 2.1.9.2
Die Ständige Impfkommission

Die Ständige Impfkommission (STIKO) entwickelt seit 1972 Impfempfehlungen für Deutschland und berücksichtigt dabei nicht nur deren Nutzen für das geimpfte Individuum, sondern auch für die gesamte Bevölkerung. Die STIKO ist ein unabhängiges Expertengremium und orientiert sich dabei an den Kriterien der evidenzbasierten Medizin. STIKO-Empfehlungen gelten als medizinischer Standard.

Seit dem Jahr 2007 wird für Mädchen die Impfung gegen HPV von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI empfohlen (siehe Infobox 2.1.9.2). Die beiden aktuell zugelassenen Impfstoffe schützen gegen die Hochrisiko-Typen 16 und 18 bzw. zusätzlich gegen fünf weitere Hochrisiko-Typen und

die Niedrigrisiko-Typen 6 und 11. Da diese Impfstoffe keine therapeutischen Impfstoffe sind, kann ein wirksamer Impfschutz nur bei Personen erreicht werden, bei denen noch keine chronische Infektion mit einem der im Impfstoff enthaltenen HPV-Typen vorliegt. Daher sollte die HPV-Impfung optimaler Weise vor den ersten Sexualkontakten durchgeführt werden. Seit 2004 führt das RKI basierend auf Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen das Projekt „KV-Impfsurveillance" durch, sodass Impfquoten auch außerhalb der Schuleingangsuntersuchung erfasst werden können [23]. Bundesweit lag die Impfquote für eine vollständige Impfserie bei unter 17-jährigen Mädchen für das Jahr 2018 bei 48,6 % und zeigte nur noch einen geringen Anstieg zu den Vorjahren (2014: 42,5 %, 2015: 44,6 %, 2016: 46,5 %, 2017: 47,8 %) [24, 25]. Um auch eine Schutzwirkung im Sinne einer Herdenimmunität bei ungeimpften Jungen beobachten zu können sind jedoch Impfquoten von 70 % bis 85 % notwendig [26]. Im Sommer 2018 wurde von der STIKO die HPV-Impfung ebenfalls für Jungen empfohlen. Neben der nun geschlechterunabhängigen Verteilung der gesellschaftlichen Verantwortung für die Reduktion der HPV-Krankheitslast wurde in einer Modellierung zu den Auswirkungen einer potenziellen HPV-Jungenimpfung gezeigt, dass aufgrund des Herdenschutzes eine weitere deutliche Abnahme von HPV-assoziierten anderen Krebserkrankungen bei beiden Geschlechtern (z. B. Anus, Mund-Rachen-Raum) als auch zusätzlich von Zervixkarzinomen erwartet werden kann [27].

Toxoplasmose

Der Erreger Toxoplasma gondii ist ein Parasit und die Toxoplasmose eine durch Lebensmittel und Katzenkontakt übertragene Erkrankung. Toxoplasmose kommt in jedem Land der Welt vor und der Anteil der Bevölkerung, der Antikörper gegen den Parasiten gebildet hat, liegt zwischen 10 % und 90 % [28]. Schwangere, die noch keine Antikörper gegen Toxoplasma entwickelt haben und sich während der Schwangerschaft infizieren, können den Erreger auf das Ungeborene übertragen (kongenitale Toxoplasmose). Dies kann, abhängig vom Zeitpunkt der Infektion, u. a. zur Fehlgeburt oder zu schweren neurologischen Schäden und schweren Beeinträchtigungen des Sehvermögens beim Neugeborenen führen. Ähnliches gilt für Menschen mit einem stark beeinträchtigten Immunsystem (z. B. bei AIDS-Erkrankung oder nach Transplantation), bei denen eine Neuinfektion, aber auch eine schon vorhandene andauernde und wieder reaktivierte Infektion mit Toxoplasma unbehandelt zum Tod führen kann.

Nur die kongenitale Toxoplasmose ist in Deutschland meldepflichtig. Beim RKI treffen jährlich zwischen acht und 23 Meldungen ein. Im Jahr 2018 wurden 17 Fälle übermittelt [29]. Aufgrund der bei Fehlgeburten und Infektionen des Neugeborenen selten durchgeführten Labordiagnostik und Schwierigkeiten bei der technischen Umsetzung der Meldepflicht wird die Häufigkeit sehr stark untererfasst. Für andere Krankheitsformen der Toxoplasmose gibt es keine Meldepflicht. In vielen Studien wurden meist nur Schwangere auf Antikörper gegen Toxoplasma getestet, sodass keine Aussagen bzgl. des Anteils der Infizierten (Seroprävalenz) in der Allgemeinbevölkerung anhand dieser Daten möglich sind. Eine erste Studie, die eine repräsentative Schätzung der Toxoplasma-Seroprävalenz für Deutschland untersuchte, war die DEGS1-Studie (2008–2011), in der bei mehr als der Hälfte der Teilnehmenden IgG-Antikörper gegen Toxoplasma nachgewiesen wurden [30]. Die Untersuchung basiert auf Blutproben, die bei 6.663 Teilnehmenden im Alter von 18 bis 79 Jahren entnommen wurden. Die Seroprävalenz stieg von 20,0 % in der Altersgruppe der jungen Erwachsenen (18 bis 29 Jahre) auf 76,8 % bei den 70- bis 79-Jährigen. Männer waren häufiger seropositiv als Frauen, und in den neuen Ländern war die Seroprävalenz höher als in den alten Ländern. Als Risikofaktoren wurden sowohl bei Frauen als auch bei Männern Katzenhaltung (Infektionen um 27 % häufiger) und Adipositas (um 30 % häufiger) identifiziert. Vegetarierinnen und Vegetarier sowie Personen mit höherem sozioökonomischen Status infizieren sich hingegen zu 40 % bzw. 30 % seltener. Mit einer Seroprävalenz von fast 50 % in der gesamten erwachsenen Bevölkerung liegt Deutschland weiterhin deutlich über den Werten von Holland (26,0 %) und den USA (9,0 %), wo vergleichbare Daten vorliegen [30].

Unter Annahme der Studienergebnisse bedeutet dies hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands, dass sich vermutlich jedes Jahr mehr als 6.000 Frauen während der Schwangerschaft mit Toxoplasma infizieren. Unter Annahmen aus Studien zur Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer

symptomatischen Erkrankung durch Infektionen mit Toxoplasma wurden für Deutschland jährlich 1.279 Infektionen bei Ungeborenen und 345 Neugeborene mit klinischen Symptomen geschätzt [31, 32]. Ein Screening von Frauen zu Beginn der Schwangerschaft auf Toxoplasma-Antikörper, wie es in einigen Mitgliedstaaten der Europäischen Union durchgeführt wird, ist in Deutschland keine Krankenkassenleistung. Jedoch wurde auch in Studien aus Deutschland beschrieben, dass bei frühzeitiger Erkennung einer akuten Infektion der Schwangeren und rechtzeitiger Gabe eines Antibiotikums gegen Toxoplasma (Spiramycin) Häufigkeit und individuelle Schwere der Erkrankung beim Neugeborenen gesenkt werden konnten [33].

Fazit

Den oben beispielhaft aufgeführten Erkrankungen kommt eine hohe Relevanz für die Gesundheit von Frauen zu. So kommen Chlamydien, die Erreger einer auch in Deutschland sehr häufigen sexuell übertragenen Infektion, insbesondere in jüngeren Altersgruppen vor. Das kostenfreie Screening für Frauen unter 25 Jahren weist bisher keine befriedigende Abdeckung auf. Maßnahmen zur Prävention sowie ausreichende Diagnostik und Therapie sollten daher weiter optimiert werden, insbesondere im Hinblick auf eine verbesserte Umsetzung des Screening-Angebots. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat daher vor Kurzem neue Materialien entwickelt, mit denen sowohl die behandelnden Ärztinnen und Ärzte als auch Frauen, die die Screening-Angebote in Anspruch nehmen können, von der Durchführung des Screenings überzeugt werden sollen [34].

Auch HPV-Infektionen gehören zu den weltweit sehr häufigen sexuell übertragbaren Infektionen. Fast alle HPV-Infektionen, die zur Entstehung eines Zervixkarzinoms führen können, lassen sich sehr effektiv durch eine Impfung vermeiden. Die HPV-Impfquoten bei Mädchen in Deutschland liegen jedoch seit mehreren Jahren unter 50 %. Es sollten daher Maßnahmen initiiert werden, um durch eine Steigerung der Impfquoten diese präventable Krankheitslast in Deutschland weiter zu senken. Auch hierfür hat die BZgA neue Informationsmaterialien für Behandelnde wie auch für Mädchen und deren Eltern entwickelt, um die Inanspruchnahme der Impfangebote zu erhöhen [35]. Eine bessere Prävention, Diagnostik und Versorgung von sexuell übertragbaren Infektionen auch von Frauen hat sich die Bundesregierung in ihrer im Jahr 2016 verabschiedeten Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen „BIS 2030 – Bedarfsorientiert, Integriert, Sektorübergreifend“ zum Ziel gesetzt [36].

Eine Infektion mit dem Erreger Toxoplasma gondii kann in der Schwangerschaft oder unter der Geburt eine ernste Gefahr für das Kind darstellen. Dennoch findet Toxoplasmose in vielen Public-Health-Programmen in Deutschland wenig Beachtung. In der Tierseuchenbekämpfung sollte es daher ein Ziel sein, Schweine- und andere Tierbestände Toxoplasma-frei zu halten, damit der Verzehr von kontaminierten Lebensmitteln abnimmt und so die Gefahr für eine Infektion in der Bevölkerung gesenkt werden kann.

Literatur

1. World Health Organization (2016) Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2015. www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html (Stand: 01.04.2020)
2. Statistisches Bundesamt (2019) Todesursachenstatistik: Sterbefälle für die häufigsten Todesursachen (ab 1998). www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
3. Gebhard C, Regitz-Zagrosek V, Neuhauser HK et al. (2020) Impact of sex and gender on COVID-19 outcomes in Europe. Biology of sex differences 11(1):29
4. UN Women (2020) Corona: Eine Krise der Frauen. www.unwomen.de/helfen/helfen-sie-frauen-in-der-corona-krise/corona-eine-krise-der-frauen.html (Stand: 09.09.2020)
5. Sánchez OR, Vale DB, Rodrigues L et al. Violence against women during the COVID-19 pandemic: An integrative review. Int J Gynecol Obstet doi:10.1002/ijgo.13365
6. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2016) Annual epidemiological report 2014 – Chlamydia (2016 data). https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/chlamydia-annual-epidemiological-report-2016-2014-data (Stand: 09.09.2020)
7. Svenstrup HF, Fedder J, Kristoffersen SE et al. (2008) Mycoplasma genitalium, Chlamydia trachomatis, and tubal factor infertility–a prospective study. Fertil Steril 90(3):513–520
8. Robert Koch-Institut (2013) Chlamydia trachomatis – Laborsentinel. Epidemiologisches Bulletin 46:469–475
9. Bremer V, Dudareva-Vizule S, Buder S et al. (2017) Sexuell übertragbare Infektionen in Deutschland: Die aktuelle epidemiologische Lage. Bundesgesundheitsbl 60(9):948–957
10. Dudareva-Vizule S, Haar K, Sailer A et al. (2017) Establishment of a voluntary electronic Chlamydia trachomatis laboratory surveillance system in Germany, 2008 to 2014. Euro Surveill 22(6):30459
11. Mund M, Sander G, Potthoff P et al. (2008) Introduction of Chlamydia trachomatis screening for young women in Germany. J Dtsch Dermatol Ges 6(12):1032–1037
12. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J et al. (2007) Human papillomavirus and cervical cancer. Lancet 370(9590):890–907

13. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM et al. (1999) Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Pathol 189(1):12–19
14. Robert Koch-Institut (Hrsg) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (Hrsg) (2017) Krebs in Deutschland für 2013/2014 (11. Ausgabe). RKI, Berlin
15. de Sanjose S, Alemany L, Ordi J et al. (2013) Worldwide human papillomavirus genotype attribution in over 2000 cases of intraepithelial and invasive lesions of the vulva. Eur J Cancer 49(16):3450–3461
16. Alemany L, Saunier M, Tinoco L et al. (2014) Large contribution of human papillomavirus in vaginal neoplastic lesions: a worldwide study in 597 samples. Eur J Cancer 50(16):2846–2854
17. Alemany L, Saunier M, Alvarado-Cabrero I et al. (2015) Human papillomavirus DNA prevalence and type distribution in anal carcinomas worldwide. Int J Cancer 136(1):98–107
18. Castellsagué X, Alemany L, Quer M et al. (2016) HPV Involvement in Head and Neck Cancers: Comprehensive Assessment of Biomarkers in 3680 Patients. J Natl Cancer Inst 108(6):djv403
19. Iftner T, Eberle S, Iftner A et al. (2010) Prevalence of low-risk and high-risk types of human papillomavirus and other risk factors for HPV infection in Germany within different age groups in women up to 30 years of age: an epidemiological observational study. J Med Virol 82(11):1928–1939
20. Petry KU, Luyten A, Justus A et al. (2013) Prevalence of high-risk HPV types and associated genital diseases in women born in 1988/89 or 1983/84 – results of WOLVES, a population-based epidemiological study in Wolfsburg, Germany. BMC Infect Dis 13:135
21. Deleré Y, Remschmidt C, Leuschner J et al. (2014) Human Papillomavirus prevalence and probable first effects of vaccination in 20 to 25 year-old women in Germany: a population-based cross-sectional study via home-based self-sampling. BMC Infect Dis 14:87
22. Robert Koch-Institut (2017) HPV-Prävalenzstudie 2017/18. www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Forschungsprojekte/HPV-Praevalenzstudie/HPV_node.html (Stand: 01.04.2020)
23. Rieck T, Feig M, Deleré Y et al. (2014) Utilization of administrative data to assess the association of an adolescent health check-up with human papillomavirus vaccine uptake in Germany. Vaccine 32(43):5564–5569
24. Rieck T, Feig M, Siedler A et al. (2018) Aktuelles aus der KV-Impfsurveillance: Impfquoten ausgewählter Schutzimpfungen in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin (1):3–14
25. Rieck T, Feig M, Wichmann O et al. (2020) Impfquoten von Kinderschutzimpfungen in Deutschland – aktuelle Ergebnisse aus der RKI-Impfsurveillance. Epidemiologisches Bulletin (32/33):9–27
26. Chow EPF, Machalek DA, Tabrizi SN et al. (2017) Quadrivalent vaccine-targeted human papillomavirus genotypes in heterosexual men after the Australian female human papillomavirus vaccination programme: a retrospective observational study. Lancet Infect Dis 17(1):68–77
27. Damm O, Horn J, Scholz S et al. (2018) Modellierung der langfristigen epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Auswirkungen der Impfung von Jungen gegen humane Papillomviren (HPV) in Deutschland. Abschlussbericht. www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/HPV/Modellierung_HPV-Impfung_Jungen.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 01.04.2020)
28. Pappas G, Roussos N, Falagas ME (2009) Toxoplasmosis snapshots: global status of Toxoplasma gondii seroprevalence and implications for pregnancy and congenital toxoplasmosis. Int J Parasitol 39(12):1385–1394
29. Robert Koch-Institut (2017) Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2016. RKI, Berlin
30. Wilking H, Thamm M, Stark K et al. (2016) Prevalence, incidence estimations, and risk factors of Toxoplasma gondii infection in Germany: a representative, cross-sectional, serological study. Sci Rep 6:22551
31. Dunn D, Wallon M, Peyron F et al. (1999) Mother-to-child transmission of toxoplasmosis: risk estimates for clinical counselling. Lancet 353(9167):1829–1833
32. Li XL, Wei HX, Zhang H et al. (2014) A meta analysis on risks of adverse pregnancy outcomes in Toxoplasma gondii infection. PLoS One 9(5):e97775
33. Hotop A, Hlobil H, Gross U (2012) Efficacy of rapid treatment initiation following primary Toxoplasma gondii infection during pregnancy. Clin Infect Dis 54(11):1545–1552
34. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2018) Informationsmaterial zur Chlamydien-Infektion für die ärztliche Praxis. www.bzga.de/infomaterialien/hivsti-praevention/informationsmaterialien-fuer-aerztinnen-und-aerzte-zur-chlamydien-infektion-und-hpv-impfung/informationsmaterial-zur-chlamydien-infektion-fuer-die-aerztliche-praxis/ (Stand: 01.04.2020)
35. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2018) Informationsmaterial zur HPV-Impfung für die ärztliche Praxis – HPV-Elternbroschüre. www.bzga.de/infomaterialien/hivsti-praevention/hivsti-praevention/informationsmaterialien-fuer-aerztinnen-und-aerzte-zur-chlamydien-infektion-und-hpv-impfung/hpv-elternbroschuere/ (Stand: 01.04.2020)
36. Bundesministerium für Gesundheit (2018) Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen – BIS 2030. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/hiv-hepatitis-und-sti/bis-2030.html (Stand: 01.04.2020)

Exkurs: Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Frauen

- *Sozial benachteiligte Frauen sind von einer Vielzahl chronischer, zum Teil schwerwiegender Krankheiten häufiger betroffen und haben im Durchschnitt eine geringere Lebenserwartung als sozial bessergestellte Frauen.*
- *Zur Entstehung gesundheitlicher Ungleichheiten tragen sozial ungleich verteilte materielle und strukturelle Faktoren, Unterschiede in der Verbreitung psychosozialer Risiko- und Schutzfaktoren und im Gesundheitsverhalten bei.*
- *Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Lage benachteiligter Frauen und zur Stärkung ihrer Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe, insbesondere durch Bildung, sowie zielgerichtete Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung können dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern.*

Infobox E.1
Messung des sozioökonomischen Status

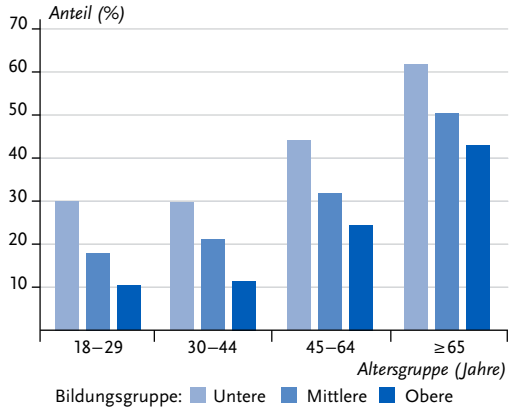
Der sozioökonomische Status (SES) einer Person spiegelt die individuelle Position im gesellschaftlichen Ungleichheitsgefüge wider, an die bestimmte Ressourcen und Privilegien geknüpft sind. In der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung wird der SES entweder als mehrdimensionaler Index dargestellt oder es werden einzelne Merkmale betrachtet [1]. Dabei wird in der Regel auf Informationen zum Bildungsniveau, zur beruflichen Stellung und zur Einkommenssituation zurückgegriffen. Welche Indikatoren zur Messung des SES herangezogen werden, unterscheidet sich je nach Studie und hängt von der spezifischen Fragestellung und auch von der Datenverfügbarkeit ab. Die in diesem Exkurs zusammengestellten Studienergebnisse aus dem Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts (RKI) und anderen Studien verwenden zumeist den mehrdimensionalen SES-Index [2] bzw. das Bildungsniveau zur Abbildung der sozialen Lage der Teilnehmenden. Für eine Klassifizierung der Bildung werden im RKI-Gesundheitsmonitoring Angaben zu schulischen und beruflichen Abschlüssen erhoben und mit Hilfe der Internationalen Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) zu drei Bildungsgruppen verdichtet [3].

Zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung besteht ein enger Zusammenhang. Dies gilt auch in Industriestaaten wie Deutschland, die über relativ gut ausgebaute soziale Sicherungssysteme und einen hohen allgemeinen Lebensstandard verfügen. Zahlreiche Studien weisen weitgehend übereinstimmend sowohl bei Frauen als auch bei Männern auf eine soziale Ungleichverteilung der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken hin. Sozial benachteiligte Personen haben demnach im Vergleich zu sozial bessergestellten Bevölkerungsgruppen ein höheres Risiko krank zu werden und früher zu sterben (siehe Infobox E.1) [4, 5]. Gesundheitliche Ungleichheiten lassen sich über den gesamten Lebensverlauf beobachten [6]. Die Ursachen hierfür sind vielfältig und u. a. in ungünstigeren Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen zu finden sowie in Unterschieden in Bezug auf psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren, das Gesundheitsverhalten, gesundheitsbezogene Überzeugungen und Kompetenzen [7, 8]. Die lange Zeit vorherrschende Annahme, dass die gesundheitliche Ungleichheit bei Frauen generell schwächer ausgeprägt sei als bei Männern, gilt inzwischen nicht mehr [9]. Tatsächlich ist es vielmehr so, dass der soziale Gradient je nach betrachtetem Gesundheitsindikator mal bei Männern, mal bei Frauen stärker ausgeprägt ist und mitunter auch nur bei einem Geschlecht zum Tragen kommt – ohne dass sich dieses stets schlüssig erklären ließe [10]. Im Folgenden wird anhand repräsentativer Studien das Ausmaß und Erscheinungsbild der sozialen Unterschiede in der gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland beschrieben. Dabei wird auf unterschiedliche Datenquellen zurückgegriffen, allen voran auf die Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) und publizierte Studienergebnisse.

Soziale Ungleichheit und subjektive Gesundheit

Zur Erfassung der subjektiven Gesundheit wird in Bevölkerungsstudien häufig die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands verwendet. In der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) schätzten rund zwei Drittel der Frauen in Deutschland ihren allgemeinen Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein, während ein Drittel (33,4 %) ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht einstufte [11] (siehe auch Kapitel 2.1.2). Im Zusammenhang mit dem höchsten Schul- und Ausbildungsabschluss zeigt sich ein deutlich ausgeprägter Gradient: Je höher die Bildung, desto geringer ist der Anteil der Frauen, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als mittelmäßig bis sehr schlecht bewerten. Bereits im jungen Erwachsenenalter treten die Unterschiede zwischen der niedrigen und der hohen Bildungsgruppe zutage, im mittleren Erwachsenenalter sind sie besonders stark ausgeprägt, und auch im höheren Lebensalter zeichnen sie sich noch deutlich ab (Abb. E.1). Werden die bestehenden Altersunterschiede zwischen den Bildungsgruppen statistisch kontrolliert, lässt sich die Aussage treffen, dass Frauen mit niedriger bzw. mittlerer Bildung ein um den Faktor 2,6 bzw. 1,7 erhöhtes statistisches Risiko eines mittelmäßigen bis sehr schlechten Gesundheitszustands haben im Vergleich zu Frauen mit hoher Bildung [12]. Bei Männern sind die Unterschiede ähnlich stark ausgeprägt.

Abbildung E.1
Selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand (mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht) bei Frauen nach Alter und Bildung
Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS [11, 12]



Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten aufgrund körperlicher oder psychischer Gesundheitsprobleme können die Lebensqualität und das persönliche Wohlbefinden erheblich beeinträchtigen [13]. Wie aus den Daten der Studie GEDA 2014/2015-EHIS hervorgeht, berichtet insgesamt rund ein Viertel (25,2 %) der Frauen in Deutschland von gesundheitsbedingten Einschränkungen bei der Ausübung alltäglicher Aktivitäten, wobei der Anteil der gesundheitlich eingeschränkten Frauen mit zunehmendem Alter stetig ansteigt [13]. Frauen mit niedriger Bildung sind nach eigenen Angaben häufiger von gesundheitlichen Einschränkungen im Alltag betroffen als Frauen mit höherer Bildung [13]. Dies gilt auch für Männer, wobei die Unterschiede bei Männern insbesondere im mittleren Erwachsenenalter zum Tragen kommen, während sie bei Frauen in allen betrachteten Altersgruppen auftreten. Bei Kontrolle der unterschiedlichen Alterszusammensetzung der Bildungsgruppen zeigt sich, dass Frauen mit niedriger Bildung ein rund doppelt so hohes Risiko haben, von gesundheitlichen Einschränkungen im Alltag betroffen zu sein, wie Frauen mit hoher Bildung. Frauen aus der mittleren Bildungsgruppe weisen gegenüber Frauen mit hoher Bildung ein 1,4-fach erhöhtes Risiko für gesundheitsbedingte Alltagseinschränkungen auf [12].

Soziale Ungleichheit und spezifische Krankheitsrisiken

Zahlreiche Krankheiten treten bei sozial benachteiligten Personen häufiger auf als in sozial bessergestellten Bevölkerungsgruppen. Dies gilt insbesondere für chronische Erkrankungen, deren Risiko in der Regel mit zunehmendem Lebensalter nicht zuletzt aufgrund von biologischen Alterungsprozessen ansteigt. Zu den Erkrankungen, von denen sozial benachteiligte Frauen häufiger betroffen sind als Frauen mit höherem sozioökonomischen Status, zählen nicht nur Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt [14] und Schlaganfall [15], sondern auch Atemwegserkrankungen wie chronische Bronchitis [5] und Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus [4]. In den Kapiteln 2.1.3 bis 2.1.7 werden für viele dieser Erkrankungen Prävalenzen, Trends und Ursachen bei Frauen diskutiert. Den Ergebnissen der GEDA-Studie 2014/2015-EHIS zufolge weisen Frauen mit niedriger Bildung gegenüber jenen mit hoher Bildung ein 1,9-fach erhöhtes Risiko auf, an Diabetes erkrankt zu sein [12]. Bei Frauen aus der mittleren Bildungsgruppe ist das Diabetesrisiko gegenüber der Referenzgruppe der Frauen mit hoher Bildung um den Faktor 1,3 statistisch signifikant erhöht.

Auch bei den meisten muskuloskelettalen Erkrankungen, darunter chronische Rückenschmerzen [16], lässt sich ein sozialer Gradient feststellen, wonach die Krankheitshäufigkeit bei Frauen mit sinkendem SES zunimmt. Mit Daten der aktuellen GEDA-Studie 2014/2015-EHIS kann ein Zusammenhang zwischen dem Bildungsstatus und Arthrose gezeigt werden, allerdings nur in der Altersgruppe der 45- bis 64-jährigen Frauen. Frauen der unteren und mittleren Bildungsgruppe sind demnach in den vergangenen zwölf Monaten signifikant häufiger von einer Arthrose betroffen als Frauen der oberen Bildungsgruppe (29,1 % und 23,1 % gegenüber 18,0 %). Ein entsprechender Befund zeigt sich auch bei den Männern dieser Altersgruppe [17]. Als mögliche Gründe werden diskutiert, dass zum einen in der oberen Bildungsgruppe in der Regel die Erwerbsarbeit mit weniger körperlichen Belastungen verbunden ist. Zum anderen ist die Prävalenz von starkem Übergewicht (Adipositas) in der unteren Bildungsgruppe höher [18–20].

Im Hinblick auf Krebserkrankungen hängt das Ausmaß sozialer Unterschiede von der betrachteten

Krebslokalisation ab. Während einige Krebsarten wie Magen- und Gebärmutterhalskrebs bei sozial benachteiligten Frauen häufiger auftreten, lässt sich bei anderen Krebsarten entweder kein eindeutiger Zusammenhang mit Merkmalen der sozialen Lage nachweisen oder – wie bei Brust- und Hautkrebs – sogar ein umgekehrter Zusammenhang beobachten, wonach sozial bessergestellte Frauen ein höheres Erkrankungsrisiko haben [21].

Auch Allergien zählen zu den wenigen Erkrankungen, die bei Frauen mit hohem SES häufiger auftreten [12]. Die Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) belegen, dass sich ein derartiger Zusammenhang nicht nur auf der Grundlage von Befragungsdaten abzeichnet [22], sondern auch wenn das Ausmaß allergischer Sensibilisierungen auf der Basis von Blutproben bestimmt wird [23]. Frauen mit hohem SES weisen demnach signifikant häufiger Sensibilisierungen gegen Inhalationsallergene, Nahrungsmittelallergene, Gräser- und Baumpollen, Schimmelpilze und Tierepithelien auf als Frauen mit niedrigem SES. Fast die Hälfte aller Frauen (45,3 %) war gegen mindestens eines der untersuchten Allergene sensibilisiert, wobei dies in der niedrigen Statusgruppe mit 39,4 % gegenüber 53,4 % für einen deutlich geringeren Teil der Untersuchten galt als in der hohen Statusgruppe [23].

Für viele psychische Erkrankungen gilt, dass sozial benachteiligte Frauen häufiger betroffen sind als sozial bessergestellte Frauen [24]. Dies gilt sowohl für die Prävalenz irgendeiner psychischen Störung in den letzten zwölf Monaten [24] als auch für einzelne Störungsbilder wie Depression. In der GEDA-Studie 2014/2015-EHIS gaben Frauen mit niedriger Bildung über alle Altersgruppen hinweg deutlich häufiger als Gleichaltrige mit hoher Bildung an, in den vergangenen zwölf Monaten von einer (jemals ärztlich diagnostizierten) Depression betroffen gewesen zu sein (Abb. 2.1.7.1 in Kapitel 2.1.7) [12, 25]. Bei statistischer Kontrolle für bestehende Altersunterschiede zwischen den Bildungsgruppen wiesen Frauen mit niedriger Bildung gegenüber jenen mit hoher Bildung ein rund doppelt so hohes Depressionsrisiko auf [12].

Soziale Unterschiede in der Sterblichkeit und Lebenserwartung

Das höhere Krankheitsrisiko und die häufigeren Gesundheitsprobleme spiegeln sich letztlich in einer erhöhten vorzeitigen Sterblichkeit sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen wider. Die für Deutschland vorliegenden Ergebnisse bestätigen dabei den aus internationalen Studien bekannten Befund, wonach sich sowohl Bildungsunterschiede als auch Einkommensunterschiede in der Lebenserwartung bei Männern stärker auswirken als bei Frauen [26–29]. Auf Basis der Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) wurden für den Zeitraum 1992 bis 2016 fünf Einkommensgruppen im Hinblick auf die Lebenserwartung miteinander verglichen. Demzufolge betragen die Unterschiede in der mittleren Lebenserwartung bei Geburt zwischen der höchsten und der niedrigsten Einkommensgruppe bei Frauen 4,4 Jahre und bei Männern 8,6 Jahre [30]. Auch in der ferneren Lebenserwartung ab 65 Jahren beträgt die Spannweite zwischen der niedrigsten und höchsten Einkommensgruppe bei Frauen immer noch 3,7 Jahre und bei Männern 6,6 Jahre. Weitere Informationen zur Lebenserwartung bei Frauen und zu den wichtigsten Todesursachen finden sich in Kapitel 2.1.1.

Soziale Ungleichheit und Gesundheitsverhalten

Die sozialen Unterschiede im Krankheits- und Sterbegeschehen lassen sich zum Teil auf Unterschiede im Gesundheitsverhalten und damit verbundenen Risikofaktoren zurückführen. Hierbei spielen neben gesundheitsbezogenem Wissen auch Einstellungen und Handlungskompetenzen eine wichtige Rolle, die für die Ausprägung und Stabilisierung gesundheitsrelevanter Verhaltensmuster bedeutsam sind. Wie Auswertungen des SOEP für den nationalen Bildungsbericht 2018 [31] verdeutlichen, rauchen Frauen mit zunehmendem Bildungsniveau seltener und treiben häufiger Sport, sie ernähren sich gesünder und sind seltener von Adipositas betroffen. Zu vergleichbaren Ergebnissen kommen auch die am RKI durchgeführten Gesundheitssurveys. Laut GEDA 2014/2015-EHIS treiben Frauen mit niedriger Bildung im Vergleich zur Referenzgruppe mit hoher Bildung seltener Sport in der Freizeit und essen seltener täglich Obst und/oder Gemüse [12].

Messdaten zu Körpergewicht und Körpergröße aus der DEGS1-Studie zeigen, dass das Risiko für

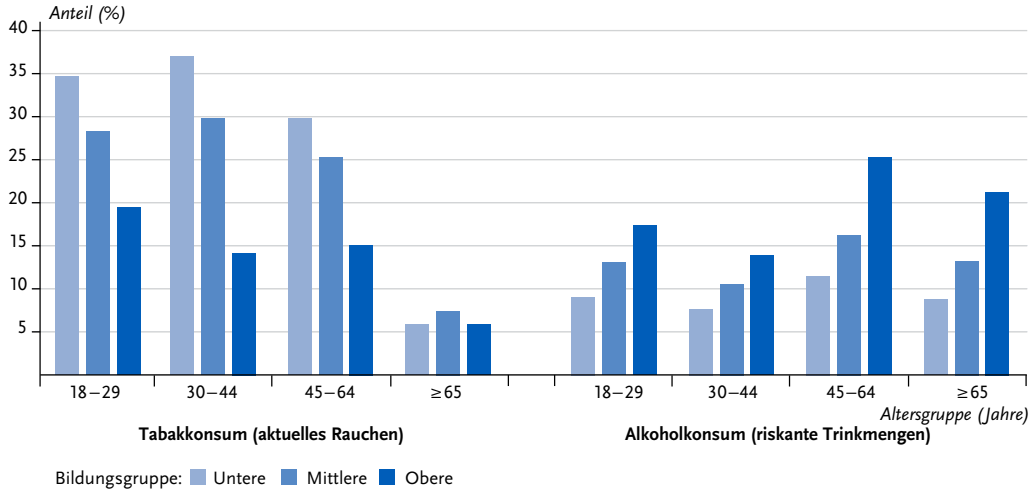
Adipositas bei 18- bis 79-jährigen Frauen mit niedrigem bzw. mittlerem SES gegenüber Frauen aus der hohen Statusgruppe um den Faktor 4,4 bzw. 2,5 erhöht ist [4]. Zwar sind auch Männer mit niedrigem SES häufiger adipös als jene mit hohem SES, die sozialen Unterschiede in der Verbreitung von Adipositas kommen jedoch bei Frauen deutlich stärker zum Tragen. Dies könnte ein Hinweis auf gesellschaftliche Körpernormen und soziale Stigmatisierungsprozesse sein, die bei Frauen offenbar stärker wirksam sind als bei Männern [32, 33].

Beim Tabak- und Alkoholkonsum weisen die Ergebnisse aus GEDA 2014/2015-EHIS in unterschiedliche Richtungen: Während Frauen mit hoher Bildung deutlich seltener rauchen als Gleichaltrige mit geringer Bildung, verhält es sich mit Blick auf riskante Alkoholtrinkmengen genau umgekehrt (Abb. E.2) [12]. Frauen der oberen Bildungsgruppe nehmen über nahezu alle Altersgruppen hinweg häufiger risikoreiche tägliche Alkoholtrinkmengen zu sich als Frauen der unteren Bildungsgruppe, bei Männern gilt dies lediglich für die Altersgruppe ab 65 Jahren. Umfangreiche Informationen zum Gesundheitsverhalten von Frauen, Trendaussagen und Erklärungen finden sich in den Kapiteln 2.2.1 bis 2.2.5.

Fazit

Sozial benachteiligte Frauen sind von einer Vielzahl chronischer, zum Teil schwerwiegender Krankheiten häufiger betroffen und weisen im Durchschnitt eine geringere Lebenserwartung auf als sozial bessergestellte Frauen. Dies gilt auch für verhaltenskorrelierte Risikofaktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel und Übergewicht. Gesundheitliche Ungleichheiten finden sich in der Regel bei beiden Geschlechtern. In einzelnen Bereichen sind die sozialen Unterschiede bei Frauen sogar stärker ausgeprägt als bei Männern, so z. B. in der Verbreitung von Adipositas [9]. Schlüssige Erklärungen dafür, warum sich das Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit bei Frauen und Männern teilweise unterscheidet, stehen dabei häufig noch aus [10]. Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Lage benachteiligter Frauen und zur Stärkung ihrer Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe, insbesondere zur Bildungsförderung, sowie gezielte Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung können einen Beitrag zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten leisten. Konkrete Unterstützungsangebote müssen dabei auf die Bedürfnisse von sozial benachteiligten Frauen in ganz unterschiedlichen Lebenslagen zugeschnitten werden [34].

Abbildung E.2
Tabakkonsum (aktuelles Rauchen) und Alkoholkonsum (riskante Trinkmengen) bei Frauen nach Alter und Bildung
Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS [12]



Literatur

1. Lampert T, Kroll LE (2009) Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 309–334
2. Lampert T, Kroll L, Müters S et al. (2013) Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5–6):631–636
3. Schroedter J, Lechert Y, Lüttinger P (2006) Die Umsetzung der Bildungsskala ISCED-1997 für die Volkszählung 1970, die Mikrozensus-Zusatzerhebung 1971 und die Mikrozensen 1976–2004 (Version). ZUMA-Methodenbericht 2006/08. ZUMA, Mannheim. www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/gesis_methodenberichte/2006/06_08_Schroedter.pdf (Stand: 01.04.2020)
4. Lampert T, Kroll LE, von der Lippe E et al. (2013) Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5–6):814–821
5. Lampert T (2018) Soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken. Polit Zeitgesch 68(24):12–18
6. Lampert T, Hoebel J, Kuntz B et al. (2017) Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
7. Siegrist J, Marmot M (2008) Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Hogrefe Verlag, Bern
8. Richter M, Hurrelmann K (2009) Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 13–33
9. Lampert T, Richter M, Schneider S et al. (2016) Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 59(2):153–165
10. Babitsch B (2009) Die Kategorie Geschlecht: Theoretische und empirische Implikationen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 283–299
11. Lampert T, Schmidtke C, Borgmann LS et al. (2018) Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 3(2):64–71. https://edoc.rki.de/handle/176904/5689 (Stand: 01.04.2020)
12. Kuntz B, Waldhauer J, Schmidtke C et al. (2019) Bildung und Gesundheit. In: Haring R (Hrsg) Gesundheitswissenschaften. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 1–19
13. von der Lippe E, Fehr A, Lange C (2017) Gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(3):89–96. https://edoc.rki.de/handle/176904/2789 (Stand: 01.04.2020)
14. Gößwald A, Schienkiewitz A, Nowossadeck E et al. (2013) Prävalenz von Herzinfarkt und koronarer Herzkrankheit bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5–6):650–655
15. Busch MA, Schienkiewitz A, Nowossadeck E et al. (2013) Prävalenz des Schlaganfalls bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5–6):656–660
16. Kuntz B, Hoebel J, Fuchs J et al. (2017) Soziale Ungleichheit und chronische Rückenschmerzen bei Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 60(7):783–791
17. Fuchs J, Kuhnert R, Scheidt-Nave C (2017) 12-Monats-Prävalenz von Arthrose in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(3):55–60. https://edoc.rki.de/handle/176904/2784 (Stand: 01.04.2020)
18. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
19. Schienkiewitz A, Mensink GBM, Kuhnert R et al. (2017) Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(2):21–28. https://edoc.rki.de/handle/176904/2655 (Stand: 01.04.2020)
20. Schneider S, Schmitt G, Mau H et al. (2005) Prävalenz und Korrelate der Osteoarthrose in der BRD. Orthopade 34(8):782–790
21. Hoebel J, Kroll LE, Fiebig J et al. (2018) Socioeconomic Inequalities in Total and Site-Specific Cancer Incidence in Germany: A Population-Based Registry Study. Front Oncol 8:402
22. Langen U, Schmitz R, Steppuhn H (2013) Häufigkeit allergischer Erkrankungen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5–6):698–706
23. Haftenberger M, Laußmann D, Ellert U et al. (2013) Prävalenz von Sensibilisierungen gegen Inhalations- und Nahrungsmittelallergene. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5–6):687–697
24. Jacobi F, Hofler M, Strehle J et al. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Nervenarzt 85(1):77–87
25. Thom J, Kuhnert R, Born S et al. (2017) 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(3):72–80. https://edoc.rki.de/handle/176904/2787 (Stand: 01.04.2020)
26. Unger R, Schulze A (2013) Können wir (alle) überhaupt länger arbeiten? Trends in der gesunden Lebenserwartung nach Sozialschicht in Deutschland. Z Bevölkerungswiss 38(3):545–564
27. Lampert T, Kroll LE (2014) Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. GBE kompakt 5(2). RKI, Berlin. https://edoc.rki.de/handle/176904/3128 (Stand: 01.04.2020)
28. Lampert T, Kroll LE, Dunkelberg A (2007) Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. Polit Zeitgesch 42:11–18
29. OECD (Hrsg) (2017) Health at a Glance 2017. OECD Indicators. OECD, Paris
30. Lampert T, Hoebel J, Kroll LE (2019) Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. Journal of Health Monitoring 4(1):3–15. https://edoc.rki.de/handle/176904/5909 (Stand: 01.04.2020)
31. Autorengruppe Bildungsberichterstattung (Hrsg) (2018) Bildung in Deutschland 2018. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Wirkungen und Erträgen von Bildung. wbv Publikation, Bielefeld
32. Kuntz B, Lampert T (2010) Socioeconomic factors and obesity. Dtsch Arztebl Int 107(30):517–522
33. Devaux M, Sassi F (2013) Social inequalities in obesity and overweight in 11 OECD countries. Eur J Public Health 23(3):464–469
34. Sperlich S (2014) Gesundheitliche Risiken in unterschiedlichen Lebenslagen von Müttern. Bundesgesundheitsbl 57(12):1411–1423

2.2 Gesundheitsverhalten

2.2.1 Körperlich-sportliche Aktivität

- *Rund die Hälfte der Frauen im erwerbsfähigen Alter geht einer vorwiegend sitzenden oder stehenden Arbeit nach.*
- *Frauen fahren im Durchschnitt 81 Minuten pro Woche mit dem Fahrrad oder gehen zu Fuß, um alltägliche Wege zu erledigen.*
- *Fast 60% der Frauen sind in der Freizeit mindestens 150 Minuten pro Woche sportlich aktiv.*

Regelmäßige körperliche Aktivität hat eine große Bedeutung für den Erhalt von Gesundheit und Wohlbefinden [1]. Studien belegen die positiven Auswirkungen auf den Bewegungsapparat, auf die Psyche sowie auf das Herz-Kreislauf- und Stoffwechselsystem. Körperliche Aktivität trägt zu einer ausgeglichenen Energiebilanz bei und kann dadurch das Risiko für Übergewicht und Adipositas senken. Regelmäßige Aktivität verbessert zudem die Immunabwehr und wirkt präventiv gegen einige Krebserkrankungen [2]. Darüber hinaus fördert körperliche Aktivität den Aufbau von Knochenmasse. Frauen, die im jungen Erwachsenenalter körperlich aktiv sind, bauen insgesamt mehr Knochenmasse auf. Dies ist vor allem für das mit zunehmendem Alter steigende Osteoporoserisiko von Bedeutung (siehe Kapitel 2.1.6) [3].

Mit körperlicher Aktivität ist jede Form der Bewegung gemeint, die durch die Skelettmuskulatur erzeugt wird und zu einem erhöhten Energieverbrauch führt [4]. Gesundheitswirksame körperliche Aktivität umfasst jene Bewegungsformen, die zumindest mittlere Intensität aufweisen wie zügiges Spazierengehen, Gartenarbeit oder das Toben mit Kindern [5]. Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird empfohlen, dass sich Erwachsene mindestens 150 Minuten pro Woche bei mittlerer Intensität körperlich betätigen sollten [6]. Sportliche Aktivität ist eine spezifische Form der körperlichen Aktivität, die mit einer höheren Intensität einhergeht [1].

Das Aktivitätsverhalten von Frauen unterscheidet sich von dem der Männer [7]. So weisen Studien auf ein geringeres Ausmaß körperlicher Aktivität bei Frauen hin [8, 9]. Die Zeitverwendungserhebung des Statistischen Bundesamtes zeigt jedoch, dass Frauen im Alltag häufig Aktivitäten ausführen, die mit körperlich schwerer Arbeit verbunden sein können, aber nicht als körperliche Aktivität wahrgenommen und in Studien berichtet werden. Hierunter fallen das Erledigen von Einkäufen, das aktive Spielen mit Kindern, die Haus- und Gartenarbeit und die Pflege nahestehender Personen [10, 11].

Unterschiede zwischen den Geschlechtern finden sich auch bei den bevorzugten Sportarten [12–15]. Frauen bevorzugen in der Regel gesundheitsorientierte Sportarten wie Radfahren, Laufen und Fitness. Männer bevorzugen dagegen häufig wettkampfbetonte Spielsportarten wie Fußball oder Handball, die ein höheres Verletzungsrisiko in sich bergen. Im höheren Alter treten auch bei ihnen gesundheitsorientierte Sportarten hinzu [15, 16]. Um diese Unterschiede zu verstehen, muss ein Blick auf die Motive für das Sporttreiben gerichtet werden: Frauen nennen gewöhnlich Aspekte wie „etwas für die Figur tun“, „sich körperlich wohl fühlen“ und „Entspannung“, während bei Männern öfter leistungs- und wettkampforientierte Motive im Vordergrund stehen [15–17].

Um das Aktivitätsverhalten von Frauen in Deutschland abzubilden, wird auf die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) des Robert Koch-Instituts (RKI) zurückgegriffen. Dargestellt werden zunächst Informationen zur arbeitsbezogenen körperlichen Aktivität von Frauen im erwerbsfähigen Alter zwischen 18 und 64 Jahren. Danach folgen Angaben zur transportbezogenen und freizeitbezogenen körperlichen Aktivität (Sport) von Frauen ab 18 Jahren.

Arbeitsbezogene körperliche Aktivität

Der Begriff arbeitsbezogene körperliche Aktivität umfasst berufliche und außerberufliche Tätigkeiten (z. B. Hausarbeit, Kinderbetreuung) [18]. Arbeitsbezogene körperliche Aktivitäten können mit einseitiger Belastung, dem Tragen schwerer Gegenstände oder Überkopfarbeit (z. B. Decke tapezieren) einhergehen. Auf diese Weise wird die Kraftfähigkeit gefördert, aber weniger die Ausdauerleistungsfähigkeit [19], sodass arbeitsbezogene körperliche Aktivitäten gewöhnlich im geringeren Maße gesundheitsförderlich sind [20].

Eine geringe arbeitsbezogene körperliche Aktivität kann auch problematisch sein. Lang anhaltendes Sitzen, wie es im Rahmen von Bürotätigkeiten üblich ist, stellt einen Risikofaktor für die Entstehung nicht-übertragbarer Krankheiten dar [21, 22].

Den Daten aus GEDA 2014/2015-EHIS zufolge berichten 47,5 % der Frauen und 47,2 % der Männer im erwerbsfähigen Alter zwischen 18 und 64 Jahren, dass sie während der Arbeit (bezahlte und unbezahlte Arbeit) vorwiegend sitzen oder stehen [23]. Rund die Hälfte der Frauen und Männer ist damit viele Stunden am Tag körperlich inaktiv. Der Anteil der Frauen, die während der Arbeit vorwiegend sitzen oder stehen, ist im jungen Erwachsenenalter (18 bis 29 Jahre) am größten. Dieser Anteil nimmt mit dem Alter ab und ist in der Gruppe der 45- bis 64-jährigen Frauen am geringsten. Dass sie während der Arbeit vorwiegend sitzen oder stehen, berichten Frauen der oberen Bildungsgruppe mehr als doppelt so häufig wie Frauen der unteren Bildungsgruppe (66,2 % bzw. 31,2 %). Schaut man sich die arbeitsbezogene körperliche Aktivität von Frauen nach Erwerbsstatus an, zeigt sich, dass Schülerinnen, Studentinnen und Frauen in Weiterbildung mit 75,1 % am häufigsten angeben, während der Arbeit vorwiegend zu sitzen oder zu stehen. Vollzeit erwerbstätige Frauen berichten häufiger als Teilzeit Erwerbstätige, dass sie bei der Arbeit vorwiegend körperlich inaktiv sind (60,9 % bzw. 45,6 %). Zwischen Frauen, die in verschiedenen Familienformen leben, bestehen keine signifikanten Unterschiede. In einer weiterführenden Analyse, in der alle vier Faktoren gleichzeitig berücksichtigt werden, bestätigt sich der Zusammenhang mit Bildung und Erwerbsstatus. Der Einfluss des Alters auf die arbeitsbezogene körperliche Aktivität verliert sich und wird durch die anderen Faktoren erklärt.

Transportbezogene körperliche Aktivität

Unter transportbezogener körperlicher Aktivität wird die körperliche Betätigung im Rahmen der alltäglichen Mobilität verstanden, also Fahrradfahren oder zu Fuß gehen (z. B. zur Arbeit, zum Einkaufen, zur Kita). Studien belegen den gesundheitlichen Nutzen von Alltagsaktivität: So senkt z. B. das Fahrradfahren im Alltag die Gesamtsterblichkeit bei Erwachsenen [24]. Bei erwerbstätigen Personen, die während der Arbeit vorwiegend sitzen, hat das alltägliche Fahrradfahren eine risikosenkende Wirkung auf die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen [24].

Laut den Daten aus GEDA 2014/2015-EHIS legen Frauen im Durchschnitt seltener alltägliche Wege mit dem Fahrrad oder zu Fuß zurück als Männer (81 Minuten bzw. 90 Minuten pro Woche). Frauen im höheren Erwachsenenalter (65 Jahre und älter) sind am häufigsten in ihrem Alltag körperlich aktiv im Vergleich zu Frauen jüngerer Altersgruppen. Die Ergebnisse nach Erwerbsstatus korrelieren mit dem Alter und zeigen, dass Frauen im Ruhestand am häufigsten im Alltag mit dem Fahrrad fahren oder zu Fuß gehen (95 Minuten pro Woche). Mit 88 Minuten pro Woche weisen auch nicht erwerbstätige Frauen eine hohe Alltagsmobilität auf, Vollzeit erwerbstätige Frauen mit 69 Minuten pro Woche die geringste. Darüber hinaus zeigen sich Unterschiede nach Familienform: Frauen, die in Partnerschaft leben und Kinder haben, legen mit rund 70 Minuten pro Woche am seltensten alltägliche Wege mit dem Fahrrad oder zu Fuß zurück als Frauen in anderen Familienformen. Alleinlebende Frauen weisen mit etwa 84 Minuten die höchste Alltagsmobilität auf. Frauen verschiedener Bildungsgruppen unterscheiden sich in der alltäglichen Aktivität nicht voneinander. In einer tiefergehenden Analyse, in der alle vier Faktoren gemeinsam betrachtet werden, bestätigt sich der Zusammenhang mit Erwerbsstatus und Familienform. Der Einfluss des Alters auf die transportbezogene körperliche Aktivität verschwindet und wird durch die anderen Faktoren erklärt.

Freizeitbezogene körperliche Aktivität

Freizeitbezogene körperliche Aktivität umfasst vor allem Sport und Fitness. Dabei sollte es mindestens zu einem leichten Anstieg der Atem- und Herzfrequenz kommen (z. B. Walking, Joggen, Schwimmen, Ballsport). Trainiert wird dadurch besonders die Ausdauerleistungsfähigkeit, die von zentraler Bedeutung für die Vermeidung nicht-übertragbarer Krankheiten (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2) und deren Risikofaktoren (z. B. Übergewicht, Bluthochdruck) ist [25].

Die Daten aus GEDA 2014/2015-EHIS zeigen, dass sich Frauen seltener mindestens 150 Minuten pro Woche sportlich betätigen als Männer (58,2 % bzw. 67,5 %). Frauen im höheren

Erwachsenenalter (65 Jahre und älter) sind am seltensten in der Freizeit mindestens 150 Minuten sportlich aktiv im Vergleich zu Frauen jüngerer Altersgruppen. Frauen verschiedener Bildungsgruppen unterscheiden sich in der freizeitbezogenen körperlichen Aktivität nicht voneinander. Allerdings hat der Erwerbsstatus einen Einfluss: Vollzeit- und teilzeiterwerbstätige sowie nicht erwerbstätige Frauen sind seltener in der Freizeit mindestens 150 Minuten sportlich aktiv als Frauen im Ruhestand oder Vorruhestand. Darüber zeigen sich Unterschiede nach Familienform: Frauen, die in Partnerschaft leben und Kinder haben, sind im Vergleich zu Frauen in anderen Familienformen, seltener für mindestens 150 Minuten pro Woche sportlich aktiv. In einer weiterführenden Analyse, in der alle vier Faktoren gleichzeitig berücksichtigt werden, bestätigt sich der Zusammenhang mit dem Alter, Erwerbsstatus und der Familienform. Daten aus der DEGS1-Studie und dem Sozioökonomischen Panel (SOEP) weisen darauf hin, dass Frauen ohne Migrationshintergrund deutlich häufiger sportlich aktiv sind als Frauen mit Migrationshintergrund. Insbesondere betrifft das selbst zugewanderte Frauen. Fast die Hälfte von ihnen hat in DEGS1 angegeben, in den letzten drei Monaten vor der Befragung keinen Sport ausgeübt zu haben (siehe Kapitel 6.4.1).

Fazit

Die Ausführungen zeigen, dass sich Frauen im Vergleich zu Männern in der Freizeit seltener sportlich betätigen. Dies könnte daran liegen, dass der Sportbeteiligung von Frauen Barrieren gegenüberstehen. Zeitliche Barrieren werden dabei von Frauen am häufigsten genannt. Bei Frauen im frühen und mittleren Lebensalter stellen familiäre Aspekte wie die Betreuung von Kindern oft Gründe dar, warum sie keine Zeit für sportliche Betätigung finden [26]. Die Daten der DEGS1-Studie zeigen allerdings, dass sich der Anteil sportlich aktiver Frauen in den letzten zehn Jahren deutlich erhöht hat. Der Unterschied ist dabei vor allem auf ältere Frauen (ab 60 Jahren) zurückzuführen [8].

Wird statt der sportlichen Aktivität die körperliche Aktivität im Alltag, z. B. das Fahrradfahren oder zu Fuß gehen betrachtet, ist nur noch ein geringer Geschlechterunterschied zuungunsten der Frauen festzustellen. Bei der arbeitsbezogenen körperlichen Aktivität, die bezahlte und unbezahlte Tätigkeiten umfasst, finden sich keine Unterschiede mehr zwischen den Geschlechtern. Abgesehen von schweren körperlichen Tätigkeiten (z. B. schweres Heben und Tragen) können sich auch arbeitsbezogene Tätigkeiten positiv auf die Gesundheit auswirken. Hier sind z. B. das Erledigen von Einkäufen, das aktive Spielen mit Kindern oder die Haus- und Gartenarbeit gemeint, die in der Regel mit einer mindestens mäßigen körperlichen Anstrengung einhergehen [27].

Gruppen von Frauen, die insgesamt ein geringeres Aktivitätsniveau aufweisen, sind u. a. Frauen im frühen mittleren Erwachsenenalter (30 bis 44 Jahre). Hierzu passt, dass – mit Blick auf die Familienform – vor allem Frauen, die in Partnerschaft leben und Kinder haben, in geringerem Maße körperlich aktiv sind. Darüber hinaus stellen Frauen mit höherer Bildung sowie Vollzeit erwerbstätige Frauen Risikogruppen für ein geringeres Aktivitätsniveau dar, weil sie während der Arbeit viele Stunden am Tag körperlich inaktiv sind und dies nicht mit mehr Bewegung im Alltag oder in der Freizeit ausgleichen.

Für die weitere Förderung der körperlichen Aktivität von Frauen (und Männern) ist eine Umgebung wichtig, die einen bewegungsfreundlichen Alltag ermöglicht. Hier geht es u. a. um einen guten Zugang zu Grünflächen und eine geeignete Gestaltung von Rad- und Gehwegen [5]. Um insbesondere Frauen zu mehr Bewegung zu motivieren, sollten bei der Ausgestaltung von Bewegungsangeboten sowohl die Motive und Barrieren für körperliche Aktivität als auch ihre unterschiedlichen Lebenslagen stärker berücksichtigt werden [12, 28]. Berufstätige Frauen könnten z. B. durch niedrigschwellige Bewegungsangebote im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gezielt angesprochen werden [29].

Literatur

1. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005) Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 26. RKI, Berlin
2. Bös K, Brehm W (2006) Handbuch Gesundheitssport. Hofmann, Schorndorf
3. Bundesministerium für Gesundheit (2012) Aktiv sein – für mich. Auswirkungen von Bewegung auf die psychische Gesundheit von Frauen. www.in-form.de/materialien/aktiv-sein-fuer-mich/ (Stand: 01.04.2020)
4. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM (1985) Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep 100(2):126–131

5. Rütten A, Pfeifer K (2016) Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. www.sport.fau.de/files/2016/05/Nationale-Empfehlungen-f%C3%BCr-Bewegung-und-Bewegungsf%C3%B6rderung-2016.pdf (Stand: 01.04.2020)
6. World Health Organization (2010) Global recommendations on physical activity for health. Global Strategy on Diet, Physical Activity & Health. WHO Press, Geneva
7. Diketmüller R (2012) Gender Mainstreaming in der Bewegungsförderung. Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit. Huber, Bern
8. Krug S, Jordan S, Mensink GB et al. (2013) Körperliche Aktivität: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5–6):765–771
9. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
10. Statistisches Bundesamt (2015) Zeitverwendungserhebung – Aktivitäten in Stunden und Minuten für ausgewählte Personengruppen. Zeitverwendung 2012/2013. Destatis, Wiesbaden
11. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2003) Wo bleibt die Zeit? Die Zeitverwendung der Bevölkerung in Deutschland von 2001/02. BMFSFJ und Destatis, Wiesbaden
12. Pfeffer I, Alfermann D (2006) Fitnesssport für Männer – Figurtraining für Frauen?! Gender und Bewegung. In: Kolip P, Altgeld T (Hrsg) Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Juventa-Verlag, Weinheim
13. Kugelmann C (2000) Starke Mädchen, schöne Frauen, selbstbewusste Männer – durch Sport? Spektrum Freizeit 22:61–68
14. Zarotis G, Tokarski W (2005) Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Motivausprägung in gesundheitsorientierten Sport- und Fitness-Anlagen. Spektrum Freizeit 28(2):81–88
15. Rohrer T, Haller M (2015) Sport und soziale Ungleichheit – Neue Befunde aus dem internationalen Vergleich. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 67:57–82
16. Breuer C (2004) Zur Dynamik der Sportnachfrage im Lebenslauf. Sport und Gesellschaft – Sport and Society 1(1):50–72
17. Rulofs B, Combrink C, Borchers I (2002) Sportengagement im Lebenslauf von Frauen und Männern. In: Allmer H (Hrsg) Sportengagement im Lebenslauf. Academia, Sankt Augustin
18. Finger JD, Mensink GBM, Lange C et al. (2017) Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(2):37–44. https://edoc.rki.de/handle/176904/2650 (Stand: 01.04.2020)
19. Savinainen M, Nygard CH, Ilmarinen J (2004) A 16-year follow-up study of physical capacity in relation to perceived workload among ageing employees. Ergonomics 47(10):1087–1102
20. Samitz G, Egger M, Zwahlen M (2011) Domains of physical activity and all-cause mortality: systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. Int J Epidemiol 40(5):1382–1400
21. Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC et al. (2000) Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. Med Sci Sports Exerc 32(9 Suppl):S498–504
22. van Uffelen JG, Wong J, Chau JY et al. (2010) Occupational sitting and health risks: a systematic review. Am J Prev Med 39(4):379–388
23. Finger JD, Mensink GBM, Lange C et al. (2017) Arbeitsbezogene körperliche Aktivität bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(2):29–36. https://edoc.rki.de/handle/176904/2647 (Stand: 01.04.2020)
24. Oja P, Titze S, Kohlberger T et al. (2010) Das Rad als Transportmittel – Gesundheitlicher Nutzen und Einflussfaktoren (Wissen 3), hg. v. GÖG/FGÖ. Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Wien
25. Physical Activity Guidelines Advisory Committee (2008) Physical Activity Guidelines Advisory Committee report. Nutr Rev. U. S. Department of Health and Human Services, Washington, DC
26. Biddle SJH, Mutrie N (2001) Psychology of physical activity Routledge, London
27. Abu-Omar K, Rütten A (2008) Relation of leisure time, occupational, domestic, and commuting physical activity to health indicators in Europe. Prev Med 47(3):319–323
28. Schlicht W (2016) Genderspezifische Aspekte. Bewegung und Gesundheit: Zielgruppen. www.lzg.nrw.de/ges_foerd/beweg_foerd/faktenblaetter/zielgruppen/gender/index.html (Stand: 01.04.2020)
29. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), GKV-Spitzenverband (2019) Präventionsbericht 2019. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung, Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen, Berichtsjahr 2018. www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/praeventionsbericht/praeventionsbericht.jsp (Stand: 01.04.2020)

2.2.2 Ernährungsverhalten

- *Frauen haben im Vergleich zu Männern ein größeres Wissen über gesunde Ernährung und greifen häufiger zu gesunden Lebensmitteln wie Obst und Gemüse.*
- *Rund 6 % der Frauen ernähren sich vorwiegend vegetarisch.*
- *Über 60 % der Frauen bereiten täglich oder fast täglich Mahlzeiten aus frischen Lebensmitteln zu.*

Eine gesunde und abwechslungsreiche Ernährung schützt das Immunsystem, beugt Krankheiten vor und steigert Wohlbefinden, Vitalität und Leistungsfähigkeit [1]. Ist die Ernährung unausgewogen und nicht an den Energiebedarf angepasst, können langfristig chronische Krankheiten wie Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2 oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen entstehen [2].

Das Ernährungsverhalten von Frauen unterscheidet sich von dem der Männer [3]. So finden sich z. B. Geschlechterunterschiede in den Nahrungspräferenzen, den Verzehrshäufigkeiten und -mengen sowie in den Einstellungen zum Essen. Frauen schätzen im Vergleich zu Männern eine

gesunde Ernährung als wichtiger ein und sind eher bereit, die eigenen Essgewohnheiten den Anforderungen einer gesunden Ernährung anzupassen [3].

Auf Basis der Nationalen Verzehrsstudie II (NVS II, 2005–2007) des Max Rubner-Instituts (MRI) und der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) des Robert Koch-Instituts (RKI) wird in diesem Kapitel das Ernährungsverhalten von Frauen in Deutschland beschrieben. Dabei wird zunächst das Informationsverhalten und Wissen von Frauen über das Thema Ernährung dargestellt. Danach folgen Angaben zu verzehrten Lebensmitteln, die ergänzt werden durch Informationen zur Nährstoffversorgung (siehe Infobox 2.2.2.1). In diesem Zusammenhang werden speziell solche Nährstoffe in den Mittelpunkt gestellt, bei denen Frauen einen höheren Bedarf haben. Ein weiterer Abschnitt beschäftigt sich mit dem Lebensmitteleinkauf und der Mahlzeitenzubereitung von Frauen.

Infobox 2.2.2.1
Nährstoffe

Die Inhaltsstoffe von Lebensmitteln werden unterteilt in Makro- und Mikronährstoffe. Makronährstoffe sind Kohlenhydrate, Fette und Proteine, Mikronährstoffe umfassen vor allem Vitamine und Mineralstoffe. Während der Körper aus Makronährstoffen überwiegend Energie gewinnt, sind Mikronährstoffe für die Aufrechterhaltung von Stoffwechselvorgängen erforderlich. Eine optimale Versorgung mit Nährstoffen ist essenziell für den Körper, weshalb eine Über- oder Unterversorgung mit gesundheitlichen Problemen einhergehen kann [4].

Informationsverhalten und Wissen über Ernährung

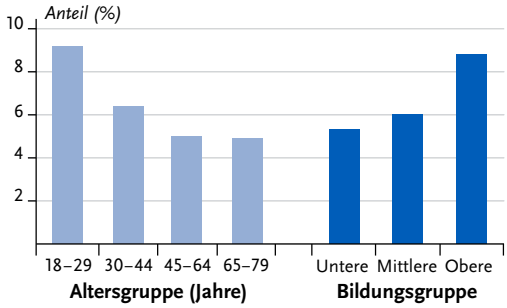
Nach Daten der NVS II informieren sich Frauen mit 74,3 % deutlich häufiger über das Thema Ernährung als Männer mit 58,1 % [5]. Dabei nimmt das Interesse an Ernährungsthemen bei Frauen mit dem Alter zu und lässt erst ab 65 Jahren wieder nach. Frauen mit höherer Schulbildung sind stärker an Ernährung interessiert als Frauen mit niedriger Schulbildung [5]. Die Ergebnisse des GKV-Präventionsberichts aus dem Jahr 2019 zeigen, dass bei ernährungsbezogenen Kursangeboten der gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. Kurse zur Ernährungsberatung) 79,0 % der Teilnehmenden Frauen sind (siehe Kapitel 2.3.2) [6].

Dass sich Frauen stärker über Ernährungsfragen informieren als Männer, spiegelt sich erwartungsgemäß im Ernährungswissen wider. Hierzu zählt z. B. die Bedeutung des Obst- und Gemüsekonsums. In der NVS II wurde gefragt, ob die Teilnehmenden Kenntnis über die Kampagne der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) „5 am Tag“ haben [5]. Den Daten zufolge kennen Frauen mit 39,9 % mehr als doppelt so häufig die richtige Bedeutung von „5 Portionen Obst und Gemüse am Tag“ wie Männer mit 17,7 % [5]. Unterschiede in Abhängigkeit von Alter und Bildung zeigen sich auch beim Ernährungswissen: Das Wissen über gesunde Ernährung nimmt mit dem Alter zu und wird erst bei Frauen ab 65 Jahren geringer [5]. Frauen mit höherer Schulbildung sind besser über eine gesunde Ernährung informiert als Frauen mit niedriger Schulbildung. Das Thema ernährungsspezifische Gesundheitskompetenz („Nutrition Literacy“) ist Gegenstand von Forschungsprojekten [7] (siehe auch Kapitel 2.2.6). Die Ergebnisse werden dazu beitragen, die komplexen Zusammenhänge und Muster im Ernährungsverhalten von Frauen (und Männern) besser zu verstehen. Studien weisen auf einen positiven Zusammenhang zwischen Ernährungswissen und Lebensmittelverzehr hin: Je größer das Wissen über gesunde Ernährung ist, desto häufiger wird zu gesunden Lebensmitteln wie Obst und Gemüse gegriffen [8].

Lebensmittelverzehr

Der Lebensmittelverzehr wurde im Rahmen der NVS II umfangreich abgefragt [9, 10]. Die Daten zeigen, dass Frauen im Vergleich zu Männern deutlich häufiger Obst und etwas häufiger Gemüse konsumieren [10]. Außerdem essen Frauen seltener Süßwaren und Lebensmittel tierischen Ursprungs wie Fleisch, Wurst, Eier, Milch und Milchprodukte als Männer. Hierzu passt, dass sich Frauen im Vergleich zu Männern häufiger vegetarisch ernähren [5, 11, 12]. In DEGS1 wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie sich üblicherweise vegetarisch ernähren (durch die Formulierung „üblicherweise“ werden hier auch Personen erfasst, die gelegentlich Fleisch oder Fisch konsumieren). Die Ergebnisse zeigen, dass sich 6,1 % der Frauen üblicherweise vegetarisch ernähren verglichen mit nur 2,5 % der Männer [11]. Jüngere

Abbildung 2.2.2.1
Anteil der Frauen, die sich üblicherweise vegetarisch ernähren, nach Alter und Bildung
Datenbasis: DEGS1 (2008–2011)



Frauen und Frauen der oberen Bildungsgruppe ernähren sich häufiger üblicherweise vegetarisch als ältere Frauen und Frauen aus der unteren Bildungsgruppe (Abb. 2.2.2.1). Darüber hinaus zeichnen sich Geschlechterunterschiede beim Getränkeverzehr ab: Frauen trinken häufiger Wasser und ungesüßten Tee sowie seltener zuckerhaltige Erfrischungsgetränke und Alkohol als Männer [9, 13].

Insgesamt wird deutlich, dass sich Frauen häufiger für gesundheitsförderliche Lebensmittel entscheiden als Männer [3]. Sie nehmen mehr Obst und Gemüse und weniger tierische Produkte zu sich, bei den Getränken entscheiden sich Frauen häufiger für Wasser. Damit entspricht ihr Essverhalten öfter einer vollwertigen Ernährung (siehe Infobox 2.2.2.2), wie sie von der DGE empfohlen wird [1].

Infobox 2.2.2.2
Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) [1]

1. Lebensmittelvielfalt genießen
2. Gemüse und Obst – nimm „5 am Tag“
3. Vollkorn wählen
4. Mit tierischen Lebensmitteln die Auswahl ergänzen
5. Gesundheitsfördernde Fette nutzen
6. Zucker und Salz einsparen
7. Am besten Wasser trinken
8. Schonend zubereiten
9. Achtsam essen und genießen
10. Auf das Gewicht achten und in Bewegung bleiben

Studien zeigen, dass eine Ernährung mit einem hohen Anteil an pflanzlichen Lebensmitteln und einem geringen Anteil an tierischen Produkten mit einem niedrigeren Risiko für chronische Krankheiten wie Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs assoziiert ist [14].

Nährstoffversorgung

Bei den Durchschnittswerten von Körpergewicht, Körpergröße und Körperzusammensetzung zeigen sich Unterschiede zwischen Frauen und Männern [15, 16]. Aber auch bei diesen biologischen Messwerten gibt es wiederum sehr unterschiedliche Ausprägungen [16]. Bei gleichem Aktivitätsniveau haben Frauen gegenüber Männern einen im Mittel geringeren Grundumsatz und einen geringeren Energiebedarf. Frauen sollten deshalb nährstoffreichere Lebensmittel mit geringerem Energiegehalt bevorzugen, um mit allen wichtigen Nährstoffen gut versorgt zu sein [15]. Hinsichtlich einiger Nährstoffe müssen Frauen bei geringerem Energiebedarf die gleiche Menge aufnehmen wie Männer. Dies trifft auf Vitamin C, Vitamin B12, Calcium und Jod zu [17]. Während bei Frauen die Zufuhr von Vitamin C und B12 im Mittel ausreichend ist [10], ist die Zufuhr an Calcium und Jod häufig zu gering [18]. Calcium ist wichtig für Knochen und Zähne sowie für die Funktion von Muskeln und Nerven [4]. Jod ist an der Bildung von Schilddrüsenhormonen beteiligt, die für die Regulation wichtiger Stoffwechselvorgänge mitverantwortlich sind [19].

Daneben führen physiologische Unterschiede zu unterschiedlichen Empfehlungen für die Aufnahme von Nährstoffen [17]. So haben Frauen im gebärfähigen Alter aufgrund der Blutverluste durch die Menstruation einen höheren Eisenbedarf als Männer. Die Daten der NVS II zeigen, dass insbesondere jüngere Frauen eine zu niedrige Eisenzufuhr aufweisen [10]. Eisenmangel beeinträchtigt u. a. die körperliche Leistungsfähigkeit und das Immunsystem [4]. Eine über längere Zeit verminderte Eisenzufuhr führt zur Eisenmangelanämie, von der Frauen häufiger betroffen sind als Männer [20, 21]. Nach der letzten Regelblutung ist der Eisenbedarf bei Frauen nicht mehr erhöht [4].

Einen erhöhten Nährstoffbedarf weisen Frauen zudem während der Schwangerschaft und Stillzeit auf [17]. So besteht ein höherer Bedarf speziell an Folsäure (die synthetisch hergestellte Form des

Vitamins Folat) sowie an Jod und Eisen [4]. Eine ausreichende Versorgung mit diesen Nährstoffen senkt das Risiko für Schwangerschaftskomplikationen wie Früh- und Fehlgeburten, embryonale Fehlbildungen, fetale Wachstumsverzögerungen und ein geringes Geburtsgewicht [19, 22]. Ob Frauen genügend Folat aufnehmen, kann mit den Daten aus DEGS1 beantwortet werden [23]. Für eine Einschätzung der Versorgungslage werden dabei im Serum gemessene Folatkonzentrationen herangezogen. Serumfolatwerte von ≥ 4,4 ng/ml weisen auf eine ausreichende Versorgung hin [4]. Mit fast 90 % ist der Großteil der Frauen ausreichend mit Folat versorgt. Ältere Frauen und Frauen der oberen Bildungsgruppe sind besser versorgt als jüngere Frauen und diejenigen der unteren Bildungsgruppe [23]. Der hier zugrunde gelegte Referenzwert gilt allerdings nur für die Folatversorgung der Allgemeinbevölkerung. Die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlene deutlich höhere Folatkonzentration für gebärfähige Frauen zur Prävention von Fehlbildungen des Embryos [24] werden von rund 95 % nicht erreicht [25]. Die DGE empfiehlt daher Frauen, die schwanger werden wollen oder könnten, sowie Schwangeren im ersten Schwangerschaftsdrittel, täglich 400 µg Folsäure als Folsäurepräparat einzunehmen [4]. Da der Anteil schwangerer Frauen in bevölkerungsrepräsentativen Studien in der Regel gering ist, sind weder Aussagen zur Versorgung von Frauen mit Folat noch mit Jod oder Eisen während der Schwangerschaft möglich [26]. Studien speziell zur Nährstoffversorgung von Schwangeren sind bisher selten und nicht repräsentativ [27]. Die Ergebnisse deuten allerdings darauf hin, dass Schwangere nicht immer optimal mit Folat, Jod und Eisen versorgt sind [27].

Lebensmitteleinkauf und Mahlzeitenzubereitung

Den Daten der NVS II zufolge ist die Zuständigkeit in der Familie für den Lebensmitteleinkauf ungleich verteilt: Mit 65,4 % geben Frauen mehr als doppelt so häufig an, für den Einkauf zuständig zu sein als Männer mit 28,6 % [5]. Aspekte wie Geschmack und Frische werden von Frauen wie Männern als wichtigste Kriterien für den Lebensmitteleinkauf angegeben. Auch der gesundheitliche Aspekt ist wichtig, er wird von Frauen häufiger genannt. Sie geben im Vergleich zu Männern auch häufiger an, Bioprodukte zu kaufen [5].

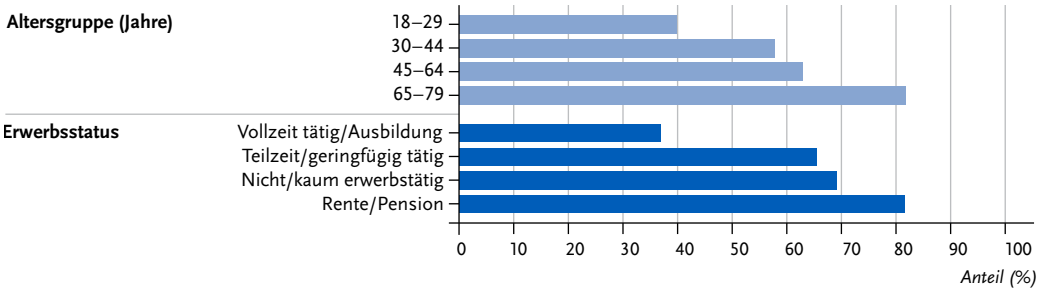
Auch die Zubereitung der Mahlzeiten und die Hausarbeit in der Küche obliegt überwiegend den Frauen [28, 29]. Bereits im Jugendalter beteiligen sich 10- bis 17-jährige Mädchen stärker an der Mahlzeitenzubereitung und Hausarbeit in der Küche als Jungen (12 Minuten bzw. 7 Minuten) [28]. Diese Geschlechterunterschiede vergrößern sich mit dem Alter: Während in der Altersgruppe der 18- bis 29-jährigen Frauen 27 Minuten und Männer 15 Minuten pro Tag für die Mahlzeitenzubereitung und die Hausarbeit in der Küche aufwenden, sind es bei den 30- bis 44-Jährigen 54 Minuten bei den Frauen und nur 23 Minuten bei den Männern [28]. Dass Frauen mehr Zeit mit der Mahlzeitenzubereitung und Hausarbeit in der Küche verbringen als Männer, zeigt sich unabhängig davon, ob Kinder im Haushalt leben oder die Frau erwerbstätig ist [29]. Am größten sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern, wenn Kinder im Haushalt leben und die Frau nicht erwerbstätig ist [28, 29].

Auch die DEGS1-Daten zeigen, dass Frauen mehr Zeit mit der Mahlzeitenzubereitung verbringen als Männer [30]. Demnach kochen Frauen im Vergleich zu Männern häufiger täglich oder fast täglich Mahlzeiten aus frischen Lebensmitteln (61,4 % bzw. 40,2 %) [30, 31]. Frauen, die mit Kindern in einem Haushalt leben, kochen häufiger täglich oder fast täglich (67,8 %) als Frauen in Mehrpersonenhaushalten ohne Kinder (63,4 %). Am seltensten geben alleinlebende Frauen an, dass sie täglich oder fast täglich kochen (46,6 %) [31]. Ältere Frauen und Frauen, die allenfalls geringfügig erwerbstätig sind, kochen häufiger täglich oder fast täglich Mahlzeiten aus frischen Lebensmitteln als jüngere und Vollzeit erwerbstätige Frauen [30, 31] (Abb. 2.2.2.2). Analysen zum Zusammenhang mit dem Lebensmittelverzehr zeigen, dass Frauen, die täglich oder fast täglich kochen, häufiger Obst und Gemüse und seltener Fleisch, Fast Food und Süßigkeiten essen als Frauen, die weniger häufig kochen [31]. Dies deutet darauf hin, dass häufigeres Kochen oftmals mit einer gesünderen Lebensmittelauswahl und einer besseren Ernährungsqualität einhergeht [31].

Fazit

Frauen zeigen in allen in diesem Kapitel betrachteten Aspekten ein gesundheitsbewussteres Ernährungsverhalten als Männer. So verfügen Frauen über ein größeres Wissen über gesunde Ernährung und greifen in der Folge auch häufiger zu gesunden

Abbildung 2.2.2.2
Zubereitung von Mahlzeiten (täglich/fast täglich) bei Frauen nach Alter und Erwerbstätigkeit
Datenbasis: DEGS1 (2008–2011)



Lebensmitteln wie Obst und Gemüse sowie Wasser als Getränk. Entsprechend können Geschlechterunterschiede im Ernährungsverhalten zu gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern führen [33]. Aber auch innerhalb der Gruppe der Frauen zeigen sich Unterschiede im Ernährungsverhalten, u. a. beeinflusst durch Alter, Bildung, Erwerbstätigkeit und Familienform.

Studien, die sich mit der Frage beschäftigt haben, warum sich Frauen und Männer in ihrem Ernährungsverhalten unterscheiden, führten dies lange Zeit auf den physiologisch unterschiedlichen Bedarf von Frauen und Männern zurück [32]. Für besondere Lebensphasen von Frauen trifft das auch zu: Während der Schwangerschaft und Stillzeit haben Frauen physiologisch bedingt einen erhöhten Bedarf an bestimmten Nährstoffen [17]. Die Forschung hat aber auch gezeigt, dass Traditionen und Rollenbilder einen größeren Einfluss auf das Ernährungsverhalten von Frauen und Männern haben [33, 34]. Dazu gehört auch, dass Frauen häufiger für die Versorgung der Familie verantwortlich sind und häufiger den Lebensmitteleinkauf und die Mahlzeitenzubereitung übernehmen [34, 35]. Auch gesellschaftliche Normen beeinflussen das Ernährungsverhalten [3, 33, 34, 36]. Studien zeigen, dass das in der Gesellschaft verbreitete Schlankheitsideal (siehe Kapitel 2.2.3) dazu führen kann, dass neben dem Gesundheitswert auch der Kaloriengehalt von Lebensmitteln bei der Auswahl mitentscheidet und Frauen häufiger zu kalorienärmeren Lebensmitteln wie Obst und Gemüse greifen [3, 36–38].

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (o. J.) Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE. www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/10-regeln-der-dge/ (Stand: 01.04.2020)
2. World Health Organization (2003) Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO technical report series, 916. WHO, Genf
3. Setzwein M (2006) Frauenessen – Männeressen? Doing gender und Essverhalten. In: Kolip P, Altgeld T (Hrsg) Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Juventa Verlag, Weinheim, S. 41–60
4. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Österreichische Gesellschaft für Ernährung, Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung (2017) D-A-CH Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 2. Auflage, 3. aktualisierte Ausgabe 2017. DGE, Bonn
5. Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel (Hrsg) (2008) Nationale Verzehrsstudie II – Ergebnisbericht, Teil 1. www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/_Ernaehrung/NVS_Ergebnisbericht.html (Stand: 01.04.2020)
6. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), GKV-Spitzenverband (2019) Präventionsbericht 2019. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung, Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen, Berichtsjahr 2018. www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/praeventionsbericht/praeventionsbericht.jsp (Stand: 01.04.2020)
7. Krause C, Sommerhalder K, Beer-Borst S (2016) Ernährungsspezifische Gesundheitskompetenz: Entwicklung und Test eines mehrdimensionalen Fragenkatalogs. Ernährungs Umschau 11:M632–M638
8. Dickson-Spillmann M, Siegrist M (2011) Consumers' knowledge of healthy diets and its correlation with dietary behaviour. J Hum Nutr Diet 24(1):54–60
9. Heuer T, Krems C, Moon K et al. (2015) Food consumption of adults in Germany: results of the German National Nutrition Survey II based on diet history interviews. Br J Nutr 113(10):1603–1614
10. Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel (Hrsg) (2008) Nationale Verzehrsstudie II – Ergebnisbericht, Teil 2. www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/_Ernaehrung/NVS_ErgebnisberichtTeil2.html (Stand: 01.04.2020)

11. Mensink GBM, Lage Barbosa C, Brettschneider AK (2016) Verbreitung der vegetarischen Ernährungsweise in Deutschland. Journal of Health Monitoring 1(2):2–15. https://edoc.rki.de/handle/176904/2488 (Stand: 01.04.2020)
12. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2008) Ernährungsbericht 2008. www.dge.de/wissenschaft/ernaehrungsberichte/ernaehrungsbericht-2008/ernaehrungsbericht-2008/ (Stand: 01.04.2020)
13. Rabenberg M, Mensink GBM (2013) Limo, Saft & Co – Konsum zuckerhaltiger Getränke in Deutschland. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin. GBE kompakt 4(1) https://edoc.rki.de/handle/176904/3111 (Stand: 01.04.2020)
14. Key TJ, Appleby PN, Rosell MS (2007) Health effects of vegetarian and vegan diets. Proceedings of the Nutrition Society 65(1):35–41
15. Krems C (2009) Der kleine Unterschied – Ernährung von Mann und Frau. Ernährungs Umschau 11(9):630–631
16. Regitz-Zagrosek V (2012) Why Do We Need Gender Medicine? In: Oertelt-Prigione S, Regitz-Zagrosek V (Hrsg) Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine. Springer, London
17. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2009) Gender & Ernährung – männlich, weiblich, anders? Ernährungs Umschau 1:50–52
18. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2016) Jodversorgung in Deutschland: Ergebnisse des aktuellen Jodmonitorings. www.bmel.de/DE/Ernaehrung/GesundeErnaehrung/_Texte/DEGS_JodStudie.html (Stand: 01.04.2020)
19. Bundesinstitut für Risikobewertung (2014) Jod, Folat/Folsäure und Schwangerschaft. BfR, Berlin
20. Arab-Kohlmeier L, Sichert-Oevermann W, Schettler G (1989) Eisenzufuhr und Eisenstatus der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Springer, Berlin
21. Johnson-Wimbley TD, Graham DY (2011) Diagnosis and management of iron deficiency anemia in the 21st century. Therap Adv Gastroenterol 4(3):177–184
22. Walter T, Kovalskys J, Stekel A (1983) Effect of mild iron deficiency on infant mental development scores. Journal of Pediatrics 102:519–522
23. Mensink GBM, Weißenborn A, Richter A (2016) Folatversorgung in Deutschland. Journal of Health Monitoring 1(2):26–30. https://edoc.rki.de/handle/176904/2490.2 (Stand: 01.04.2020)
24. World Health Organization (2015) Optimal serum and red blood cell folate concentrations in women of reproductive age for prevention of neural tube defects. Guideline. WHO, Geneva. www.who.int/nutrition/publications/guidelines/optimalserum_rbc_womenrep_tubedefects/en/ (Stand: 01.04.2020)
25. Mensink GBM, Weißenborn A, Richter A (2016) Folat. 13. DGE-Ernährungsbericht. Bonn
26. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2016) 13. DGE-Ernährungsbericht (Kapitel 1.3 Versorgungssituation der deutschen Bevölkerung mit ausgewählten Nährstoffen anhand der Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)). Bonn, S. 41–64
27. Becker S, Schmid D, Amann-Gassner U et al. (2011) Verwendung von Nährstoffsupplementen vor und während der Schwangerschaft. Ernährungs Umschau 1:36–41
28. Statistisches Bundesamt (2015) Zeitverwendungserhebung – Aktivitäten in Stunden und Minuten für ausgewählte Personengruppen. Zeitverwendung 2012/2013. Destatis, Wiesbaden
29. Statistisches Bundesamt (2003) Wo bleibt die Zeit? Die Zeitverwendung der Bevölkerung in Deutschland 2001/02. Bundesforschungsinstitut für Familie Senioren FuJ, Statistisches Bundesamt Destatis. www.bmfsfj.de/blob/76460/d798663a8e573587f20ae65574e6c3cc/wo-bleibt-zeit-data.pdf (Stand: 01.04.2020)
30. Borrmann A, Mensink GBM (2016) Kochhäufigkeit in Deutschland. Journal of Health Monitoring 1(2):43–49. https://edoc.rki.de/handle/176904/2493 (Stand: 01.04.2020)
31. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2016) 13. DGE-Ernährungsbericht (Kapitel 4.3 Kochhäufigkeit in Zusammenhang mit dem Lebensmittelverzehr von Erwachsenen in Deutschland). Bonn, S. 247–259
32. Gniech G (2002) Essen und Psyche: über Hunger und Sattheit, Genuss und Kultur. 2., überarbeitete Auflage. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
33. Zittlau J (2002) Frauen essen anders, Männer auch. Fakten und Hintergründe zum Speiseplan der Geschlechter. Eichborn, Frankfurt am Main
34. Rückert-John J, John R (2009) Essen macht Geschlecht. Zur Reproduktion der Geschlechterdifferenz durch kulinarische Praxen. Ernährung im Fokus 9(05/09):174–179
35. Brombach C (2004) Gemeinsam essen ist wichtig. Familienmahlzeiten heute. In: Schassberger EU (Hrsg) Zurück zum Geschmack. S. Hirzel Verlag, Stuttgart, S. 45–49
36. Setzwein M (2004) „Männliches Lustprinzip“ und „weibliches Frustprinzip“? Ernährung, Emotionen und die soziale Konstruktion von Geschlecht. Ernährungs Umschau 51(12):504–507
37. Westenhöfer J (2005) Age and Gender Dependent Profile of Food Choice. In: Elmadfa I (Hrsg) Diet Diversification and Health Promotion Karger, Basel, S. 44–51
38. Thogersen-Ntoumani C, Ntoumanis N, Barkoukis V et al. (2009) The role of motivation to eat in the prediction of weight control behaviors in female and male adolescents. Eat Behav 10(2):107–114

2.2.3 Körpergewicht und Körperbild

- *Etwas mehr als die Hälfte der Frauen hat Übergewicht (inkl. Adipositas), rund ein Viertel ist adipös.*
- *Untergewicht kommt bei Frauen mit etwa 2% deutlich seltener vor; junge, aber auch alte Frauen stellen Risikogruppen für Untergewicht dar.*
- *Rund zwei Drittel der Frauen halten sich für „zu dick“ und weisen damit eine negative Körperwahrnehmung auf.*

Das Körpergewicht wird durch verschiedene Lebensstilfaktoren beeinflusst [1–3]. Von Bedeutung sind vor allem das Ernährungs- und Bewegungsverhalten, weil sie großen Einfluss auf die Energiebilanz des Körpers haben. Die Energiebilanz ist die Differenz zwischen Energiezufuhr und Energiebedarf einer Person [4]. Durch die Nahrung wird dem Körper Energie zugeführt; wie viel Energie der Körper verbraucht, wird durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt. Neben körperlicher Aktivität beeinflusst auch das Geschlecht

den Energieverbrauch [5]. Betrachtet man die Durchschnittswerte von Körpergewicht, Körpergröße und Körperzusammensetzung bei Frauen und Männern, zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede [6, 7]. Allerdings gibt es auch bei diesen biologischen Messwerten verschiedene Ausprägungen [7]. Im Mittel haben Frauen bei gleichem Aktivitätsniveau einen geringeren Grundumsatz und einen geringeren Energiebedarf als Männer. Wird dem Körper langfristig mehr Energie zugeführt als er verbraucht, entstehen Übergewicht und Adipositas. Ist die Energiezufuhr dauerhaft geringer als der Verbrauch, führt dies zu Untergewicht [5]. Der Body Mass Index (BMI, siehe Infobox 2.2.3.1) ist ein verbreitetes Maß für die Beurteilung des Körpergewichts [8].

Infobox 2.2.3.1
Body Mass Index (BMI)

Für den BMI wird das Körpergewicht einer Person in Kilogramm durch das Quadrat der Körpergröße (gemessen in Metern) dividiert [8]. Standardisiert erhobene Messwerte zu Körpergröße und -gewicht gelten dabei als zuverlässiger als Selbstangaben [9, 10]. Zur Einteilung der BMI-Werte wird im Folgenden die Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herangezogen: Untergewicht: BMI <18,5 kg/m², Normalgewicht: BMI 18,5–24,9 kg/m², Übergewicht (inkl. Adipositas): BMI ≥ 25,0 kg/m² und Adipositas: BMI ≥ 30,0 kg/m² [11].

Das Körperbild beschreibt die Einstellung zu und die Zufriedenheit einer Person mit dem eigenen Körper [12, 13]. Es entsteht durch Wechselwirkungen zwischen der Person und dem Umfeld (z. B. bestehende Schönheitsideale, kulturspezifische Sozialisation, Reaktionen bzgl. Körper und Gewicht durch das soziale Umfeld). Personen mit einem negativen Körperbild fühlen sich durch das in der Gesellschaft geltende Schönheitsideal oft unter Druck gesetzt und sind durch die wahrgenommene Diskrepanz unzufrieden mit dem eigenen Körper. Personen mit einem positiven Körperbild sind hingegen zufrieden mit dem eigenen Körper und können das bestehende Schönheitsideal in der Regel kritisch reflektieren [12, 13].

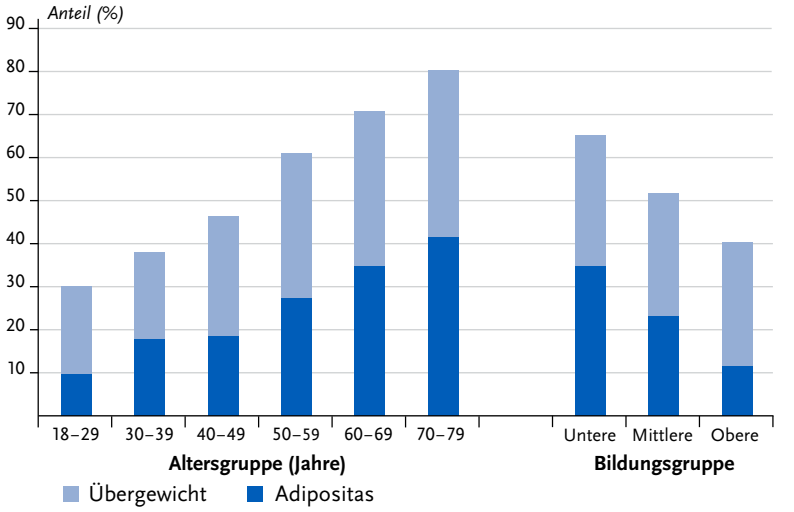
In Deutschland erheben verschiedene Studien repräsentative Daten zum Körpergewicht [4]. Zwei Studien liefern Informationen auf Basis von Messwerten: die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1 2008–2011) des Robert Koch-Instituts (RKI) und die Nationale Verzehrsstudie II (NVS II 2005–2007) des Max Rubner-Instituts (MRI). Die DEGS1-Daten zeigen, dass mit 44,7 % weniger als die Hälfte der Frauen in Deutschland normalgewichtig ist [14]. Im Folgenden wird die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas sowie Untergewicht dargestellt. Anschließend folgen Informationen zum Körperbild von Frauen auf Datenbasis von DEGS1. Als Indikator für das Körperbild wird die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper herangezogen. Den Abschluss des Kapitels bildet ein Vergleich zwischen BMI und Körperbild.

Übergewicht und Adipositas

Die DEGS1-Daten zeigen, dass Frauen mit 53,0 % seltener übergewichtig (inkl. adipös) sind als Männer mit 67,1 % [14]. Beim Anteil der stark Übergewichtigen (Adipositas) unterscheiden sich die Geschlechter jedoch nicht voneinander: Fast ein Viertel der Frauen (23,9%) und der Männer (23,3 %) sind adipös. Bei Frauen nimmt die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas mit dem Alter deutlich zu. Frauen aus der unteren Bildungsgruppe sind häufiger betroffen als Frauen aus der oberen Bildungsgruppe (Abb. 2.2.3.1). Diese Ergebnisse werden durch die Daten der NVS II gestützt [15]. Unter Frauen mit Migrationshintergrund sind Übergewicht und Adipositas zum Teil stärker verbreitet als unter Frauen ohne Migrationshintergrund. Eine differenzierte Auswertung auf Basis des Mikrozensus weist auf Einflüsse des Migrationsstatus (selbst zugewandert oder in Deutschland geboren), des Alters und des Herkunftslandes auf die Übergewichtsprävalenz bei Migrantinnen hin (siehe Kapitel 6.4.2).

Ein Vergleich von DEGS1 (2008–2011) mit den letzten beiden nationalen Untersuchungssurveys des RKI – dem Nationalen Untersuchungssurvey 1990/92 und dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 – zeigt, dass die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in dem betrachteten Zeitraum von rund 20 Jahren bei Frauen nicht zugenommen hat [14]. Betrachtet man die Entwicklung jedoch getrennt für verschiedene Altersgruppen, so ist bei Frauen eine signifikante Zunahme von Adipositas im jungen sowie mittleren Erwachsenenalter (25 bis 34 Jahre und 35 bis 44 Jahre) festzustellen [14].

Abbildung 2.2.3.1
Anteil der Frauen mit Übergewicht (inkl. Adipositas) und Adipositas nach Alter und Bildung
Datenbasis: DEGS1 (2008–2011) [14]



Bei der Entstehung von Adipositas wirken häufig verschiedene Ursachen zusammen [16]. Studien zeigen, dass genetische, biologische, neurobiologische, psychologische, soziale und umweltbedingte Faktoren die Adipositasentstehung beeinflussen [16–19]. Insbesondere eine ungesunde Ernährung und körperliche Inaktivität haben bei genetischer Disposition einen entscheidenden Einfluss auf die Entstehung von Adipositas [20].

Adipositas begünstigt das Auftreten von verschiedenen körperlichen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2 und Fettstoffwechselstörungen [21, 22]. Weitere Gesundheitsprobleme, die im Zusammenhang mit Adipositas auftreten können und ausschließlich Frauen betreffen, sind adipositasbedingte Komplikationen bei Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt [23] und ein erhöhtes Risiko für Brustkrebs sowie gynäkologische Krebserkrankungen [24, 25].

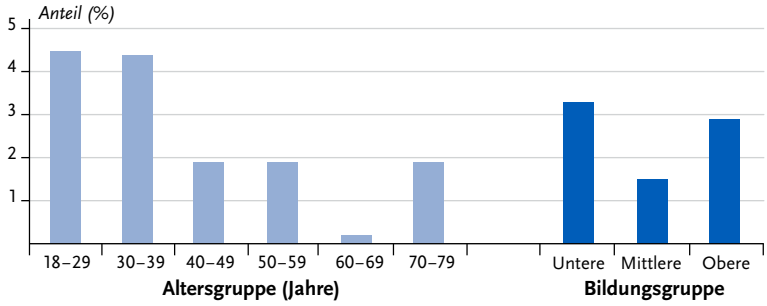
Personen mit Adipositas haben darüber hinaus ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen, wie affektive Störungen (z. B. Depression), Angststörungen und Essstörungen (insbesondere Binge-Eating-Störung) [20]. Adipöse Frauen weisen im Vergleich zu adipösen Männern ein höheres Risiko für psychische Folgeerkrankungen auf. Der beobachtete Zusammenhang kann allerdings auch umgekehrt sein; so kann auch eine zugrunde liegende körperliche oder psychische Erkrankung das Auftreten von Adipositas begünstigen [17, 26].

Nicht nur der BMI spielt bei der Entstehung von Erkrankungen eine Rolle, sondern auch die Verteilung der Fettdepots im Körper [15]. Studien zeigen, dass eine bauchbetonte Fettanlagerung (androide Fettverteilung, „Apfeltyp“) mit einem erhöhten Risiko für Begleit- und Folgeerkrankungen assoziiert ist [27]. Diese Form der Fettverteilung tritt in der Regel bei Männern auf, während Frauen öfter Fett an Hüfte, Oberschenkel und Gesäß (gynoide Fettverteilung, „Birnentyp“) ansammeln [28]. Frauen und Männer können allerdings auch die jeweils andere Fettverteilung entwickeln.

Untergewicht

Die DEGS1-Daten zeigen, dass Frauen häufiger untergewichtig sind als Männer (2,3 % bzw. 0,7 %) [14]. Bei den Frauen ist die Prävalenz von Untergewicht in den beiden jüngsten Altersgruppen (18 bis 29 Jahre und 30 bis 39 Jahre) mit 4,5 % und 4,4 % am höchsten. Mit zunehmendem Alter nimmt sie ab: Nur 0,2 % der 60- bis 69-jährigen Frauen sind untergewichtig. In der höchsten Altersgruppe von 70 bis 79 Jahren steigt die Prävalenz dann wieder auf 1,9 % an (Abb. 2.2.3.2). Schaut man sich die Prävalenz von Untergewicht nach Bildung an, zeigen sich keine statistisch bedeutsamen

Abbildung 2.2.3.2
Anteil der Frauen mit Untergewicht nach Alter und Bildung
Datenbasis: DEGS1 (2008–2011) [14]



Unterschiede. Die DEGS1-Ergebnisse stehen im Einklang mit den Daten der NVS II [15].

Als Ursachen für Untergewicht gelten neben bestimmten Erkrankungen und Stoffwechselstörungen auch eine unzureichende Nährstoffzufuhr, wie sie z. B. bei jungen Frauen durch Fehlernährung bei Essstörungen auftreten kann [29]. Ein zu geringer Körperfettanteil aufgrund von Untergewicht reduziert die Synthese weiblicher Geschlechtshormone (Östrogene), was eine unregelmäßige oder ausbleibende Regelblutung zur Folge haben und zu Problemen bei Kinderwunsch führen kann [29] (siehe Kapitel 7.4.1). Zudem kann Untergewicht bei jungen Frauen die Knochendichte mindern und Osteoporose begünstigen [30].

Auch bei Frauen im hohen Lebensalter kann es zu Mangelernährung und Untergewicht kommen [31]. In diesem Lebensabschnitt können Erkrankungen (z. B. Magen-Darm-Probleme) und altersbedingte körperliche und geistige Veränderungen die Nahrungsaufnahme und den Appetit negativ beeinflussen [32]. Auch das Geschmacksempfinden und das Durstgefühl ändern sich im Alter; zusätzlich kann die Einnahme von Medikamenten zu Beeinträchtigungen des Appetits führen.

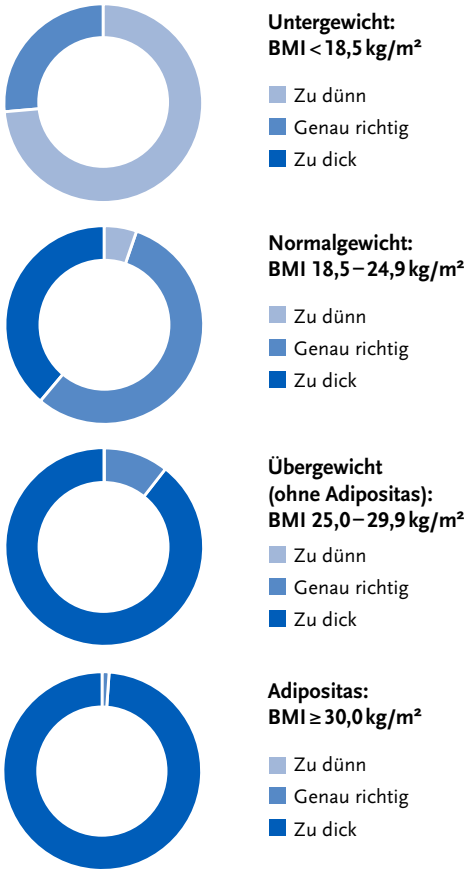
Körperbild

Den DEGS1-Daten zufolge hält sich mit 66,7 % ein großer Teil der Frauen für „zu dick“ (29,2 % halten sich für „genau richtig“, 4,1 % für „zu dünn“). Im Vergleich zu Männern (61,0 %) geben Frauen häufiger an, sich zu dick zu fühlen.

Die Unzufriedenheit mit dem Körper, vor allem sich zu dick zu fühlen, ist bei Frauen weit verbreitet [33–35]. So sind Gewicht und Figur Themen, die in den sozialen Netzwerken stark thematisiert werden [36]. Studien zeigen, dass das durch die Medien vermittelte Schönheitsideal, schlank zu sein, mit einer negativen Bewertung des eigenen Körpers einhergehen kann [37, 38]. Betroffen sind davon häufig Mädchen und junge Frauen, was sich z. B. in einer Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper äußern kann (siehe Kapitel 3.2.4) [12, 39–41]. Hieraus kann der Wunsch entstehen, an Gewicht zu verlieren, und es werden Maßnahmen ergriffen, um das Gewicht zu regulieren (z. B. übermäßiger Sport, Diäten oder Fasten) [12, 35]. Dies kann ein gestörtes Essverhalten (wie die übermäßige Beschäftigung mit Essen, Nährwerten, Kalorien und Körpergewicht oder der Wechsel zwischen starker Selbstkontrolle und phasenweise erlebten Kontrollverlust) bis hin zu manifesten Essstörungen (die laut ICD-10 zu den psychischen und Verhaltensstörungen gehören; siehe Kapitel 2.1.7) begünstigen [44–45]. Studien zeigen, dass die Annahme, zu dick zu sein, bei Frauen von größerer Bedeutung für die Entwicklung eines gestörten Essverhaltens und von Essstörungen ist als das tatsächliche Gewicht [35]. Auch hängt die Wahrnehmung des eigenen Körpers mit dem Selbstwert zusammen; insbesondere bei Mädchen und jungen Frauen führt die Annahme, zu dick zu sein, zu einem geringeren Selbstwert [35].

Abbildung 2.2.3.3 zeigt die Körperzufriedenheit im Verhältnis zum BMI. Mit 98,5 % schätzt sich die große Mehrheit der adipösen Frauen als zu dick ein [46]. Auch bei den übergewichtigen Frauen (ohne Adipositas) hält sich mit 88,9 % die Mehrheit für zu dick. Bei den untergewichtigen Frauen geben etwa drei Viertel an, zu dünn zu sein (73,8 %), während sich rund ein Viertel für genau richtig hält (26,2 %). Bei den normalgewichtigen Frauen schätzen sich mit 56,2 % etwas mehr als

Abbildung 2.2.3.3
Körperbildeinschätzungen bei Frauen nach Body Mass Index (BMI)
Datenbasis: DEGS1 (2008–2011) [46]



die Hälfte als genau richtig ein, mehr als ein Drittel hält sich für zu dick (38,6 %) [46].

Fazit

In Deutschland ist etwas mehr als die Hälfte der Frauen übergewichtig, jede zweite übergewichtige Frau ist adipös. Aufgrund der weiten Verbreitung und der gesundheitlichen Risiken zählen Übergewicht und vor allem Adipositas zu den wichtigsten Gesundheitsproblemen von Frauen (und Männern) [47]. Neben der körperlichen kann auch die psychische Gesundheit negativ davon beeinflusst werden. Der gesellschaftliche Druck schlank zu sein, macht Übergewicht zu einem negativen Stigma („fat shaming") und geht bei adipösen Frauen häufiger als bei adipösen Männern mit Körperbild- und Essstörungen einher [35, 48–51].

Mit dem Nationalen Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung" möchte die Bundesregierung der weiten Verbreitung von Übergewicht und Adipositas entgegenwirken (www.in-form.de/) [32]. Der Nationale Aktionsplan enthält zahlreiche Maßnahmen, die einen gesundheitsförderlichen Lebensstil mit einer ausgewogenen Ernährung und ausreichend Bewegung fördern. Darüber hinaus werden auch die verschiedenen Lebenswelten in den Blick genommen, um Menschen, die häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen sind (z. B. sozial Benachteiligte) besser zu erreichen.

Im Gegensatz zu Übergewicht und Adipositas kommt Untergewicht in Deutschland weitaus seltener vor. Mit jeweils etwa 5 % sind vor allem Frauen im jungen und frühen mittleren Erwachsenenalter untergewichtig. Der gesellschaftliche Druck schlank zu sein, kann bei Mädchen und Frauen zu einer Verinnerlichung des bestehenden Schönheitsideals führen und mit einem negativen Körperbild und gewichtsreduzierenden Maßnahmen einhergehen [35]. Die Ergebnisse zum Körperbild zeigen, dass etwa ein Viertel der untergewichtigen Frauen ihr Gewicht als genau richtig einschätzt. Zudem gibt über ein Drittel der normalgewichtigen Frauen an, zu dick zu sein.

Auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) (unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF)) wurde 2007 die Initiative „Leben hat Gewicht – gemeinsam gegen den Schlankheitswahn" gestartet [52]. Ziel war es, jungen Menschen ein positives Körperbild zu vermitteln und das Selbstwertgefühl zu stärken, die Aufmerksamkeit für Essstörungen zu erhöhen und die bestehenden Maßnahmen zur Prävention, Aufklärung, Beratung und Therapie zu bündeln. Ein Expertengremium begleitete die Initiative von Beginn an und entwickelte 2011 Empfehlungen zur integrierten Versorgung bei Essstörungen in Deutschland. Zudem wurden mehrere Flyer mit Informationen über Essstörungen für verschiedene Zielgruppen erstellt. Auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet ein umfassendes Medienangebot für Betroffene und deren Angehörige an (www.bzga-essstoerungen.de/materialien/).

Laut den Ergebnissen aus DEGS1 sind auch Frauen im hohen Lebensalter häufiger von Untergewicht betroffen. Untergewicht als Gesundheitsproblem von Frauen diesen Alters wird im Gesundheitsziel „Gesund älter werden" thematisiert (www.gesundheitsziele.de) [53]. Die Ursachen und Folgen von Mangelernährung werden dort beschrieben. Das Ziel „Ältere Menschen ernähren sich ausgewogen" wurde formuliert.

In der Gesamtschau wird deutlich, dass insbesondere die weite Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Frauen (und Männern) im Fokus der Akteurinnen und Akteure in Gesundheitspolitik und Präventionspraxis stehen muss. Dennoch darf dadurch nicht das bestehende Schlankheitsideal weiter forciert werden [54, 55], da Schlankheitswahn und Diäten zu einseitiger Ernährung und Essstörungen führen können [56–58].

Literatur

1. Farhud DD (2015) Impact of Lifestyle on Health. Iran J Public Health 44(11):1442–1444
2. Mozaffarian D, Hao T, Rimm EB et al. (2011) Changes in diet and lifestyle and long-term weight gain in women and men. N Engl J Med 364(25):2392–2404
3. Seaman DR (2013) Weight gain as a consequence of living a modern lifestyle: a discussion of barriers to effective weight control and how to overcome them. J Chiropr Humanit 20(1):27–35
4. Robert Koch-Institut (2015) Ernährung In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 194–200
5. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2015) Ausgewählte Fragen und Antworten zur Energiezufuhr. www.dge.de/index.php?id=349 (Stand: 01.04.2020)
6. Krems C (2009) Der kleine Unterschied – Ernährung von Mann und Frau. Ernährungs Umschau 11(9):630–631
7. Regitz-Zagrosek V (2012) Why Do We Need Gender Medicine? In: Oertelt-Prigione S, Regitz-Zagrosek V (Hrsg) Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine. Springer, London
8. Wirth A, Hauner H (2013) Adipositas: Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie. Springer, Berlin
9. Merrill RM, Richardson JS (2009) Validity of self-reported height, weight, and body mass index: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2001–2006. Prev Chronic Dis 6(4):A121
10. Mensink GB, Lampert T, Bergmann E (2005) Übergewicht und Adipositas in Deutschland 1984–2003. Bundesgesundheitsbl 48(12):1348–1356
11. World Health Organization (2000) Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation (WHO Technical Report Series 894). WHO, Genf
12. Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg) (2017) Positives Körperbild bei Jugendlichen in der Schweiz. Ein Vergleich zwischen der Deutschschweiz (2015) und der Romandie (2016). Faktenblatt 25. https://gesundheitsfoerderung.ch/grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit.html (Stand: 01.04.2020)
13. Gesundheitsförderung Schweiz (2016) Positives Körperbild. Grundbegriffe, Einflussfaktoren und Auswirkungen. Themenblatt. https://gesundheitsfoerderung.ch/grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit.html (Stand: 01.04.2020)
14. Mensink GB, Schienkiewitz A, Haftenberger M et al. (2013) Übergewicht und Adipositas in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5–6):786–794
15. Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel (Hrsg) (2008) Nationale Verzehrsstudie II – Ergebnisbericht, Teil 1. www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/_Ernaehrung/NVS_Ergebnisbericht.html (Stand: 01.04.2020)
16. World Health Organization (2005) The SuRF Report 2. Surveillance of chronic disease risk factors: Country-level data and comparable estimates. World Health Organization (WHO), Geneva
17. Volkow ND, Wang GJ, Tomasi D et al. (2013) Obesity and addiction: neurobiological overlaps. Obes Rev 14(1):2–18
18. Rao KR, Lal N, Giridharan NV (2014) Genetic & epigenetic approach to human obesity. Indian J Med Res 140(5):589–603
19. McAllister EJ, Dhurandhar NV, Keith SW et al. (2009) Ten putative contributors to the obesity epidemic. Crit Rev Food Sci Nutr 49(10):868–913
20. De Zwaan M, Müller A (2014) Adipositas: State of the Art. Verhaltenstherapie 24:93–99
21. Bellanger TM, Bray GA (2005) Obesity related morbidity and mortality. J La State Med Soc 157 Spec No 1:S42–49; quiz 49
22. Field AE, Coakley EH, Must A et al. (2001) Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10-year period. Arch Intern Med 161(13):1581–1586
23. Stubert J, Reister F, Hartmann S et al. (2018) The Risks Associated With Obesity in Pregnancy. Dtsch Arztebl Int 115(16):276–283
24. Gravena AAF, Romeiro Lopes TC, Demitto MO et al. (2018) The Obesity and the Risk of Breast Cancer among Pre and Postmenopausal Women. Asian Pac J Cancer Prev 19(9):2429–2436
25. Bhaskaran K, Douglas I, Forbes H et al. (2014) Body-mass index and risk of 22 specific cancers: a population-based cohort study of 5.24 million UK adults. Lancet 384(9945):755–765
26. Needham BL, Epel ES, Adler NE et al. (2010) Trajectories of change in obesity and symptoms of depression: the CARDIA study. Am J Public Health 100(6):1040–1046
27. Pischon T, Boeing H, Hoffmann K et al. (2008) General and abdominal adiposity and risk of death in Europe. N Engl J Med 359(20):2105–2120
28. Pudel V, Westenhöfer J (2003) Ernährungspsychologie – Eine Einführung. 3., unveränderte Auflage. Hogrefe, Göttingen
29. Barth CA, Karst H, Petzke KJ (2004) Untergewicht und Hungerstoffwechsel. In: Biesalski HK, Fürst P, Kasper H et al. (Hrsg) Ernährungsmedizin: Nach dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer 3, erweiterte Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, S. 270–278
30. Sebastian Manzanares G, Angel Santalla H, Irene Vico Z et al. (2012) Abnormal maternal body mass index and obstetric and neonatal outcome. J Matern Fetal Neonatal Med 25(3):308–312
31. Seiler WO, Stähelin HB (2004) Malnutrition im Alter. In: Biesalski HK, Fürst P, Kasper H et al. (Hrsg) Ernährungsmedizin: Nach dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer 3, erweiterte Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, S. 279–287

32. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2008) IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. BMELV, BMG, Bonn, Berlin
33. Runfola CD, Von Holle A, Trace SE et al. (2013) Body dissatisfaction in women across the lifespan: results of the UNC-SELF and Gender and Body Image (GABI) studies. Eur Eat Disord Rev 21(1):52–59
34. Swami V, Frederick DA, Aavik T et al. (2010) The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: results of the international body project I. Pers Soc Psychol Bull 36(3):309–325
35. Brunner R, Resch F (2015) Diätverhalten und Körperbild im gesellschaftlichen Wandel. In: Herpertz S, de Zwaan M, Zipfel S (Hrsg) Handbuch Essstörungen und Adipositas. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, S. 9–14
36. Mills JS, Shannon A, Hogue J (2017) Beauty, Body Image, and the Media. Martha Peaslee Levine, IntechOpen. www.intechopen.com/books/perception-of-beauty/beauty-body-image-and-the-media (Stand: 01.04.2020)
37. Groesz LM, Levine MP, Murnen SK (2002) The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a meta-analytic review. Int J Eat Disord 31(1):1–16
38. Lokken K, Ferraro FR, Kirchner T et al. (2003) Gender differences in body size dissatisfaction among individuals with low, medium, or high levels of body focus. J Gen Psychol 130(3):305–310
39. Levine MP, Smolak L (2002) Body image development in adolescence. In: Cash TF, Pruzinsky T (Hrsg) Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice. The Guilford Press, New York
40. Cordes M, Bauer A, Waldorf M et al. (2015) Körperbezogene Aufmerksamkeitsverzerrungen bei Frauen und Männern. Potenzieller Risikofaktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung eines gestörten Körperbildes. Psychotherapeut 60:477–487
41. Kurth BM, Ellert U (2008) Perceived or true obesity: which causes more suffering in adolescents? Findings of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). Dtsch Arztebl Int 105(23):406–412
42. Gesundheitsamt Bremen (2009) „Spieglein, Spieglein an der Wand …". Körperselbstbild und Essverhalten bei Jugendlichen in Bremen. www.gesundheitsamt.bremen.de/gesundheitsberichte-2006 (Stand: 01.04.2020)
43. Aschenbrenner K, Aschenbrenner F, Kirchmann H et al. (2004) Störungen des Essverhaltens bei Gymnasiasten und Studenten. Psychother Psychosom Med Psychol 54(6):259–263
44. Kinzl JF, Traweger C, Trefalt E et al. (1998) Essstörungen bei Frauen: Eine Repräsentativerhebung. Z Ernährungswiss 37(1):23–30
45. Herpertz S (2006) Essstörungen. In: Reimer C, Rüger U (Hrsg) Psychodynamische Psychotherapien. Springer Medizin Verlag Heidelberg, S. 319–328
46. Griger C, Hölling H, Schlack R (2015) Subjektives Gewichtsempfinden bei normalgewichtigen Erwachsenen – Ergebnisse aus der bundesweiten Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Psychother Psychosom Med Psychol 65(12):459–466
47. Lehnert T, Konnopka A, König HH (2016) Übergewicht und Adipositas als Public Health-Problem. Public Health Forum 24(2):135–138
48. Hilbert A (2012) Neue Studie zu Essstörungen. Ärztin 3:9
49. Hilbert A (2015) Soziale und psychosoziale Auswirkungen der Adipositas: Gewichtsbezogene Stigmatisierung und Diskriminierung. In: Herpertz S, Zwaan M, Zipfel S (Hrsg) Handbuch Essstörungen und Adipositas. Springer, Berlin, Heidelberg
50. Sikorski C, Spahlholz J, Hartlev M et al. (2016) Weight-based discrimination: an ubiquitary phenomenon? Int J Obes (Lond) 40(2):333–337
51. Chou WYS, Prestin A, Kunath S (2014) Obesity in social media: a mixed methods analysis. Transl Behav Med 4(3):314–323
52. Bundesministerium für Gesundheit (o. J.) Leben hat Gewicht. www.in-form.de/netzwerk/projekte/leben-hat-gewicht/ (Stand: 01.04.2020)
53. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2012) Nationales Gesundheitsziel »Gesund älter werden«. BMG, Berlin
54. Marshall C, Lengyel C, Utioh A (2012) Body dissatisfaction among middle-aged and older women. Can J Diet Pract Res 73(2):e241–e247
55. Dragone D, Savorelli L (2012) Thinness and obesity: a model of food consumption, health concerns, and social pressure. J Health Econ 31(1):243–256
56. Madigan CD, Pavey T, Daley AJ et al. (2018) Is weight cycling associated with adverse health outcomes? A cohort study. Prev Med 108:47–52
57. Dulloo AG, Montani JP (2015) Pathways from dieting to weight regain, to obesity and to the metabolic syndrome: an overview. Obes Rev 16 Suppl 1:1–6
58. Ruch C, Weser G (2012) Diäten im Praxisalltag – Bewertung unterschiedlicher Konzepte aus ernährungswissenschaftlicher Perspektive. Diabetes aktuell 10(1):12–14

2.2.4 Tabakkonsum

- *Etwa ein Fünftel der Frauen raucht täglich oder gelegentlich.*
- *Rund jede zehnte Mutter von Kindern, die zwischen 2007 und 2016 geboren wurden, hat während der Schwangerschaft geraucht.*
- *Im Vergleich zu Männern rauchen Frauen seltener und weniger stark, sie sind auch seltener Passivrauch ausgesetzt.*

Rauchen ist ein zentraler Risikofaktor für chronische, nicht-übertragbare Krankheiten wie Krebs, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen [1, 2]. Von diesen Gesundheitsrisiken sind zwar beide Geschlechter betroffen, Frauen sind aufgrund ihrer höheren Empfindlichkeit gegenüber Tabakrauch aber stärker gefährdet [3]. Ursache hierfür kann die unterschiedliche Lungengröße von Frauen und Männern und dadurch eine andere Ablagerung der Schadstoffe aus dem Zigarettenrauch in der Lunge sein [4–6]. Auch werden eine

unterschiedliche Verstoffwechselung des Tabakrauchs und unterschiedliche hormonelle Einflüsse bei Frauen und Männern als Ursachen diskutiert. Im Vergleich zu Rauchern weisen Raucherinnen ein höheres Risiko für Lungenkrebs, Herz-Kreislauf- und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen auf [7–9]. Das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen steigt bei Frauen zusätzlich bei gleichzeitiger Einnahme von hormonellen Kontrazeptiva (Arzneimittel zur hormonalen Empfängnisverhütung) [10]. Auch begünstigt Rauchen bei Frauen einen früheren Beginn der Wechseljahre (siehe Kapitel 7.1.2), die Entstehung von Osteoporose sowie von Tumoren der Brust und des Gebärmutterhalses [11–15]. Rauchen Frauen in der Schwangerschaft, hat dies negative Folgen für die Gesundheit von Mutter und Kind [16].

Das Rauchverhalten von Frauen unterscheidet sich von dem der Männer [15]. Neben Unterschieden im Anteil der Raucherinnen und Raucher sowie in der Intensität des Rauchens sind Unterschiede bei den konsumierten Tabakwaren festzustellen [17]. Frauen rauchen bevorzugt Zigaretten, während andere Tabakwaren kaum eine Rolle spielen. Bei den Männern ist der Anteil der Raucher größer, die Zigarren, Zigarillos und Pfeifentabak konsumieren [17]. Auch zu tabakfreien Alternativen wie E-Zigaretten greifen Männer häufiger als Frauen [18].

Auch bei den Motiven für das Rauchen zeigen sich geschlechtsbezogene Muster [19]. Männer rauchen eher in Gesellschaft, während Frauen häufiger bei Stress und zur Gewichtsregulation zur Zigarette greifen [19]. So haben Frauen größere Bedenken vor einer Gewichtszunahme [20, 21]. Erfolgt nach Beenden des Rauchens keine Anpassung des Ernährungs- und Aktivitätsverhaltens, resultiert daraus tatsächlich oft eine Gewichtszunahme, da Nikotin den Grundumsatz erhöht und den Appetit bremst [22]. Frauen nehmen dabei im Mittel mehr Gewicht zu als Männer [23, 24]. Auch haben Frauen eine höhere Sensibilität für Entzugssymptome [25]. Frauen sind im Vergleich zu Männern seltener körperlich und öfter psychisch abhängig vom Nikotin [26, 27]. Versuchen Frauen mit dem Rauchen aufzuhören, treten schneller und häufiger als bei Männern Stress und psychische Beschwerden auf [25, 28].

In Deutschland stehen mehrere Datenquellen zur Verfügung, die Aussagen zum Rauchverhalten der Bevölkerung ermöglichen. Neben den Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) sind das vor allem die Repräsentativerhebungen des Instituts für Therapieforschung (IFT) [27] und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) [29]. Eine Vergleichbarkeit der Daten ist jedoch aufgrund von Unterschieden bei den Stichproben und bei der Erhebung des Rauchens eingeschränkt. Um das Rauchverhalten von Frauen zu beschreiben, wird im Folgenden auf die Daten der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) des RKI zurückgegriffen. Der erste Abschnitt liefert einen Überblick über das Rauchverhalten (siehe Infobox 2.2.4.1) von Frauen. Dabei werden auch Daten zum starken Rauchen und zur zeitlichen Entwicklung dargestellt. Diese Angaben werden ergänzt durch Informationen zum Rauchstopp. Ein weiterer Abschnitt befasst sich mit der Passivrauchbelastung (siehe Infobox 2.2.4.2) von nichtrauchenden Frauen. Abschließend wird das Rauchen von Müttern während der Schwangerschaft betrachtet. Diese Angaben basieren auf den Daten der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2, 2014–2017) des RKI.

Infobox 2.2.4.1
Klassifikation des Rauchstatus

Als Raucherinnen werden im Folgenden Frauen bezeichnet, die Zigaretten oder andere Tabakwaren konsumieren. Wenn vom aktuellen Rauchen die Rede ist, werden die täglichen und gelegentlichen Raucherinnen zusammengefasst. Von starkem Rauchen wird gesprochen, wenn eine Frau täglich 20 oder mehr Zigaretten raucht (andere Tabakwaren werden dabei nicht berücksichtigt). Bei den „Jemalsraucherinnen“ – allen Frauen, die jemals mit dem Rauchen angefangen haben, werden zu den aktuellen Raucherinnen die ehemaligen Raucherinnen (früher geraucht, mittlerweile das Rauchen aber aufgegeben) hinzugezählt. Unterschiede im Ausstiegsverhalten werden anhand der Ausstiegsquote analysiert, welche dem Anteil der ehemaligen Raucherinnen an allen Frauen, die jemals geraucht haben, entspricht [30, 31].

Infobox 2.2.4.2
Passivrauchbelastung

Passivrauchen meint das unfreiwillige Einatmen von Tabakrauch aus der Umgebung. Der Rauch entsteht zum einem aus dem wieder ausgeatmeten Hauptstromrauch des Aktivrauchens, zum anderen aus dem Nebenstromrauch, der beim Glimmen der Tabakprodukte zwischen den Rauchzügen entsteht. Dieses Rauchgemisch unterscheidet sich in seiner Zusammensetzung nicht wesentlich vom Zigarettenrauch und enthält die gleichen giftigen und krebserregenden Substanzen, die beim aktiven Rauchen inhaliert werden [32]. Als Passivraucherinnen werden im Folgenden Frauen bezeichnet, die selbst nicht rauchen, aber täglich Tabakrauch ausgesetzt sind. Dabei kann nach dem Ort der Passivrauchbelastung unterschieden werden [33].

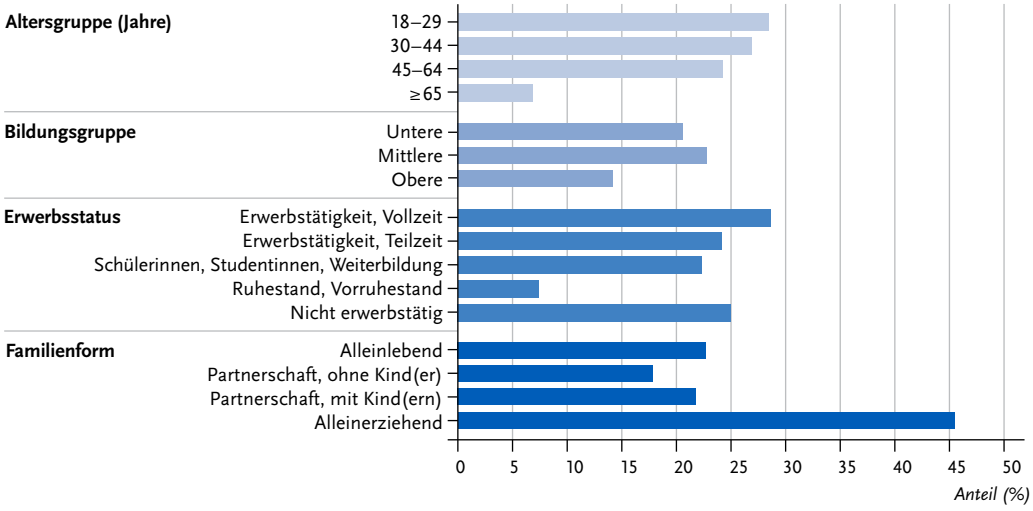
Rauchverhalten im Überblick

Laut GEDA 2014/2015-EHIS rauchen Frauen ab 18 Jahren seltener täglich oder gelegentlich als gleichaltrige Männer (20,8 % bzw. 27,0 %) [34]. Die Prävalenz des aktuellen Rauchens (täglich oder gelegentlich) sinkt bei Frauen im Altersgang, ein deutlicher Rückgang ist ab 65 Jahren festzustellen (Abb. 2.2.4.1). Zum einen ist hier ein Kohorteneffekt zu berücksichtigen, da in diesen Geburtsjahrgängen das Rauchen bei Frauen noch weniger üblich war und nur ein geringer Anteil der Frauen mit dem Rauchen begonnen hat [35]. Zum anderen treten im höheren Alter häufiger Krankheiten und Beschwerden auf, weshalb Frauen das Rauchen reduzieren oder aufgeben [36].

Dass sie nie geraucht haben, berichten Frauen häufiger als Männer (52,6 % bzw. 38,0 %) [34]. Der Anteil der Nie-Raucherinnen ist dabei unter jungen sowie älteren Frauen am größten (18 bis 29 Jahre: 55,7 %, ab 65 Jahren: 68,7 %) [34]. Damit im Einklang stehen Studienbefunde, die zeigen, dass der Anteil der Nie-Raucherinnen unter jungen Frauen (und Männern) wächst [29]. Bei den Frauen ab 65 Jahren ist wiederum ein Kohorteneffekt zu berücksichtigen [36].

Frauen rauchen nicht nur seltener als Männer, sie rauchen auch seltener stark, also 20 oder mehr Zigaretten täglich (4,1 % bzw. 8,5 %). Starkes Rauchen tritt bei Frauen im mittleren Erwachsenenalter am häufigsten auf (30 bis 44 Jahre: 6,2 %, 45 bis 64 Jahre: 5,8 %). Ein Grund hierfür dürfte sein, dass bei Nikotinabhängigkeit mit zunehmender Dauer oftmals eine höhere Dosis benötigt wird [37]. Jüngere und vor allem ältere Frauen konsumieren nur selten 20 oder mehr Zigaretten am Tag (18 bis 29 Jahre: 2,5 %, ab 65 Jahren: 1,1 %). Dass die Prävalenz des starken Rauchens (wie beim aktuellen Rauchen) ab 65 Jahren deutlich abnimmt, kann wiederum im Zusammenhang mit dem erhöhten

Abbildung 2.2.4.1
Aktuelles Rauchen (täglich oder gelegentlich) bei Frauen nach Alter, Bildung, Erwerbstätigkeit und Familienform
Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS [34]



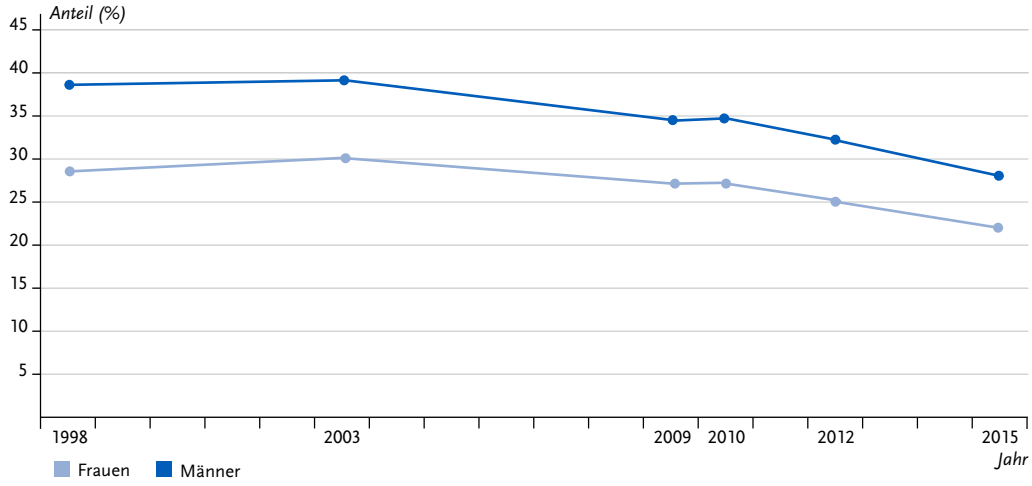
Erkrankungs- und vorzeitigem Sterberisiko von (starken) Raucherinnen stehen [36].

Deutliche Unterschiede im Rauchverhalten zeigen sich bei Frauen in Abhängigkeit von ihrem Bildungsniveau [34]. So ist die Prävalenz des aktuellen Rauchens bei Frauen der unteren und mittleren im Vergleich zu Frauen der oberen Bildungsgruppe erhöht (Abb. 2.2.4.1). Das Rauchverhalten von Frauen hängt außerdem von ihrem Erwerbstätigkeitsstatus und der Art des Berufes ab: Vollzeit und nicht erwerbstätige Frauen weisen die höchsten Prävalenzen beim aktuellen Rauchen auf, Frauen im Ruhestand die geringste Prävalenz. Richtet man den Blick auf die Gruppe der erwerbstätigen Frauen, so rauchen Frauen in manuellen und einfachen Dienstleistungsberufen häufiger als diejenigen in qualifizierten und akademischen Berufen [32]. Dieser Unterschied tritt besonders deutlich bei Frauen in unterschiedlichen Gesundheitsberufen zutage: Unter Apothekerinnen und Ärztinnen gibt es die wenigsten Raucherinnen, unter Altenpflegerinnen und Helferinnen in der Krankenpflege die meisten [32]. Unterschiede im Rauchverhalten zeigen sich zudem nach Familienform [38]: Alleinerziehende Frauen geben doppelt so häufig wie alleinlebende und in Partnerschaft lebende Frauen an, dass sie rauchen (Abb. 2.2.4.1). Die statistischen Analysen zeigen, dass Alter, Bildung, Erwerbstätigkeit und Familienform jeweils einen eigenen Einfluss auf das Rauchverhalten von Frauen haben. Auswertungen des Mikrozensus geben Hinweise darauf, dass das Rauchverhalten von Frauen auch nach Migrationshintergrund variiert. Dabei ist der Anteil an Raucherinnen bei selbst zugewanderten Frauen und bei Frauen ohne Migrationshintergrund etwa gleich, bei Frauen der zweiten Migrationsgeneration liegt er höher (siehe Kapitel 6.4.3).

Aussagen über zeitliche Entwicklungen beim Rauchen sind mit den Daten der Gesundheitssurveys des RKI möglich [39]. Die Prävalenz des aktuellen Rauchens ist bei 18- bis 79-jährigen Frauen zwischen 1998 und 2003 von 28,6 % auf 30,2 % gestiegen und danach bis zum Jahr 2015 auf 22,0 % gesunken (Abb. 2.2.4.2). Die Geschlechterunterschiede im aktuellen Rauchen haben sich im Laufe der Zeit verringert. Dies ist bis 2003 auf einen stärkeren Anstieg der Rauchprävalenz bei Frauen im Vergleich zu Männern zurückzuführen. Ab 2003 ist ein stärkerer Rückgang bei Männern im Vergleich zu Frauen zu beobachten [39].

Dass sich das Rauchverhalten von Frauen und Männern im Laufe der Zeit unterschiedlich entwickelt hat, hat verschiedene Gründe [35]. Aufgrund von gesellschaftlichen Normen war das Rauchen bei Frauen bis nach dem ersten Weltkrieg stark tabuisiert und galt als männliches Privileg. Um Frauen als neue Konsumentengruppe zu erschließen,

Abbildung 2.2.4.2
Aktuelles Rauchen bei 18- bis 79-jährigen Frauen und Männern im Zeitverlauf
Datenbasis: Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts [39]



entwickelte die Tabakindustrie seit Anfang des 20. Jahrhunderts Strategien, die das Rauchen bei Frauen mit positiven Aspekten wie Schlankheit und Attraktivität besetzten [26, 40, 41]. So wurden z. B. spezielle Markennamen wie „Slim“ und „Balance“ gewählt, die gezielt Frauen ansprechen sollten. In den 1960er-Jahren kam es zu einem Wandel, das Rauchen wurde auch bei Frauen üblich. Dies spiegelt sich in den Rauchprävalenzen wider, seit den 1970er-Jahren stieg der Anteil der Raucherinnen zunehmend [26, 40, 41].

Der seit Beginn des 21. Jahrhunderts zu beobachtende Rückgang der Rauchprävalenzen dürfte auf diverse Maßnahmen der Tabakkontrollpolitik der Bundesregierung zurückzuführen sein [42]. Hierzu gehören z. B. die schrittweise Anhebung der Tabaksteuer und die seit 2007 erlassenen Nichtraucherschutzgesetze des Bundes und der Länder. Im Jahr 2016 wurde vom Bundestag zudem das Gesetz zur Umsetzung der europäischen Richtlinie über Tabakerzeugnisse und verwandte Erzeugnisse beschlossen. Dieses Gesetz enthält u. a. auch ein Verbot kleiner Zigarettenpackungen (z. B. in Form eines Lippenstifts), die insbesondere Mädchen und Frauen ansprechen [43]. Unterstützt werden diese gesetzgeberischen Schritte durch verschiedene Aufklärungskampagnen und Aktivitäten zur Förderung des Nichtrauchens in Schulen, Betrieben und Krankenhäusern, die lokal, überregional und bundesweit durchgeführt werden [44–46].

Rauchstopp

Ein Rauchausstieg führt in jedem Alter zu einer Verbesserung der Gesundheitschancen [47]. Wird das Rauchen aufgegeben, entspricht das Risiko für einen Herzinfarkt nach etwa fünf Jahren dem von nichtrauchenden Personen. Nach rund zehn Jahren hat sich das Risiko für Lungenkrebs im Vergleich zu rauchenden Personen halbiert [32]. Je früher das Rauchen aufgegeben wird, desto geringer ist das Risiko für tabakassoziierte Erkrankungen und Sterblichkeit.

Die Daten aus GEDA 2014/2015-EHIS zeigen, dass von den Frauen und Männern, die jemals mit dem Rauchen angefangen haben, über die Hälfte wieder aufgehört hat (56,1 % bzw. 56,5 %). Eine Betrachtung der Altersgruppen zeigt jedoch, dass Frauen im Vergleich zu Männern früher mit dem Rauchen wieder aufhören. So liegt die Aufhörquote im jungen Erwachsenenalter (18 bis 29 Jahre) bei Frauen deutlich höher als bei Männern (35,8 % bzw. 25,9 %). Im Altersgang steigt die Ausstiegquote bei Frauen stetig an, bis auf 78,6 % bei den 65-jährigen und älteren Frauen. Wenn Frauen mit dem Rauchen aufhören, sind die Hauptgründe dafür der Wunsch, Kindern ein Vorbild zu sein sowie die Sorge um die eigene Gesundheit [32].

Bei Frauen der unteren Bildungsgruppe ist die Aufhörquote geringer als bei Frauen der oberen Bildungsgruppe. Das bedeutet, dass Frauen der unteren im Vergleich zu Frauen der oberen Bildungsgruppe nicht nur häufiger anfangen zu rauchen, sondern auch seltener wieder damit aufhören [30, 31]. Studienergebnisse können Hinweise auf die Ursachen geben: Sie zeigen, dass Personen in einkommens- und bildungsschwachen Haushalten häufiger durch Stress belastet sind als bessergestellte Personen [31, 48]. Wie eingangs dargestellt, gehört das Rauchen in Stresssituationen zu den Hauptmotiven, warum Frauen zur Zigarette greifen [19].

Passivrauchen

Nicht nur das aktive Rauchen ist mit Gesundheitsrisiken verbunden, sondern auch das unfreiwillige Einatmen von Tabakrauch [32]. Die Krankheiten und Beschwerden, die durch eine regelmäßige Passivrauchbelastung ausgelöst werden, entsprechen weitgehend denen beim Aktivrauchen [49].

Die Ergebnisse aus GEDA 2014/2015-EHIS sprechen dafür, dass Frauen, die selbst nicht rauchen, seltener regelmäßigem Passivrauch ausgesetzt sind als nichtrauchende Männer (8,3 % bzw. 14,7 %) [33]. Die Prävalenz einer regelmäßigen Passivrauchbelastung ist bei Nichtraucherinnen im jungen Erwachsenenalter (18 bis 29 Jahre) mit 19,8 % am höchsten, nimmt mit dem Alter ab und liegt bei den 65-jährigen und älteren Frauen noch bei 3,0 % [33]. Während in der unteren Bildungsgruppe etwa jede zehnte Nichtraucherin regelmäßig Passivrauch ausgesetzt ist, ist es in der oberen Bildungsgruppe nur etwa jede zwanzigste. Schaut man sich eine regelmäßige Passivrauchbelastung von nichtrauchenden Frauen nach Erwerbsstatus an, zeigt sich, dass Schülerinnen, Studentinnen und Frauen in Weiterbildung sowie Vollzeit erwerbstätige Frauen am häufigsten regelmäßig Passivrauch ausgesetzt sind (19,8 % bzw. 12,2 %). Am geringsten ist der Anteil in der Gruppe der Rentnerinnen (3,3 %).

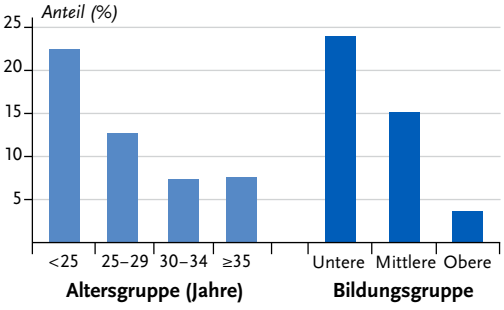
Aus der Befragung kann darüber hinaus entnommen werden, an welchen Orten nichtrauchende Personen einer Passivrauchbelastung ausgesetzt sind [33]. Frauen sind demnach am häufigsten bei Freunden oder Bekannten (51,2 %), zu Hause (49,1 %) und am Arbeitsplatz (27,1 %) Passivrauch ausgesetzt. Im Vergleich dazu geben Männer die Arbeit (56,1 %), Freunde oder Bekannte (41,3 %) sowie Kneipen, Cafés, Bars und Discos (29,7 %) als Orte an, wo sie häufig unfreiwillig Tabakrauch einatmen [33].

Rauchen in der Schwangerschaft

Rauchen in der Schwangerschaft ist nicht nur ein besonderes Risiko für die Gesundheit der werdenden Mutter, sondern schadet auch der Entwicklung des ungeborenen Kindes [16]. Bei rauchenden Schwangeren treten häufiger Schwangerschaftskomplikationen wie Fehl- und Frühgeburten auf [14]. Kinder von Raucherinnen haben ein erhöhtes Risiko für ein verringertes Geburtsgewicht und eine verringerte Geburtsgröße [7, 50]. Sie haben zudem ein höheres Risiko für Entwicklungsverzögerungen und verschiedene Gesundheitsprobleme wie Übergewicht, Asthma oder Verhaltensauffälligkeiten [51–54]. Auch der plötzliche Kindstod tritt bei Kindern von Raucherinnen häufiger auf als bei Kindern von Nichtraucherinnen.

Die Daten aus KiGGS Welle 2 zeigen, dass 10,9 % der Mütter von 0- bis 6-Jährigen, die zwischen 2007 und 2016 geboren wurden, während der Schwangerschaft geraucht haben [55]. Mütter, die bei der Geburt des Kindes jünger als 25 Jahre waren, wiesen mit 22,5 % dreimal so hohe Rauchprävalenzen während der Schwangerschaft auf wie Mütter, die bei Geburt des Kindes älter als 35 Jahre waren (7,6 %) (Abb. 2.2.4.3) [55]. Besonders deutlich fallen die Unterschiede in den Rauchprävalenzen nach Bildung aus: Während rund jede vierte Mutter aus der unteren Bildungsgruppe während der Schwangerschaft geraucht hat (24,0 %), war es nur etwa jede dreißigste Mutter aus der oberen Bildungsgruppe (3,7 %). Obwohl sich im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) der Anteil der Mütter, die während der Schwangerschaft geraucht haben (19,9 %), in KiGGS Welle 2 (2014–2017) bedeutsam reduziert hat [55], raucht gegenwärtig noch rund jede zehnte Schwangere [32].

Abbildung 2.2.4.3
Prävalenz des mütterlichen Rauchens während der Schwangerschaft nach Alter der Mutter bei Geburt des Kindes und Bildung
Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014–2017) [55]



Fazit

Obwohl seit Beginn des 21. Jahrhunderts die Rauchprävalenzen rückläufig sind, ist das Rauchen nach wie vor ein weit verbreiteter Risikofaktor bei Frauen (und Männern). So starben im Jahr 2013 etwa 121.000 Menschen in Deutschland infolge des Rauchens; 13,5 % aller Todesfälle sind damit auf das Rauchen zurückzuführen [32]. Im Vergleich zu Männern sterben Frauen deutlich seltener an den Folgen des Rauchens. Gründe hierfür sind, dass Frauen seit jeher seltener und weniger stark geraucht haben als Männer. Der Anteil rauchender Frauen ist allerdings seit den 1970er-Jahren gestiegen. Zukünftig wird sich die Anzahl tabakassoziierter Todesfälle bei Frauen und Männern vermutlich weiter angleichen [32].

Um das Rauchen bei Frauen (und Männern) weiter zu reduzieren, sind Maßnahmen zur Verhinderung des Raucheinstiegs sowie Angebote zur Förderung des Rauchausstiegs von Bedeutung [31]. Die entsprechenden Programme sollten immer gendersensibel ausgerichtet sein [26]. Wie eingangs dargestellt, unterscheiden sich Frauen und Männer in den Motiven für das Rauchen sowie den Barrieren, um mit dem Rauchen aufzuhören [19, 56]. So sollten z. B. Themen wie die Bewältigung von Stress oder die Sorge um Figur und Gewicht bei Frauen stärker thematisiert werden [26].

Wichtig ist auch ein differenzierter Blick auf die „Zielgruppe Frauen“. Besonders Frauen der unteren Bildungsgruppe und alleinerziehende Frauen sollten adressiert werden, da unter ihnen die Rauchprävalenzen besonders hoch sind [26]. Geeignete Settings könnten hier je nach Lebensform der Betrieb, Kita/Schule oder auch die

Kommune oder der Stadtteil sein, um die Frauen zu erreichen [57–59]. Auch könnte der Zugang über eine Gesundheitsberatung in der ärztlichen Praxis erfolgen [60]. Studien zeigen, dass die ärztliche Meinung für Patientinnen (und Patienten) einen hohen Stellenwert hat. Eine Beratung zum Rauchausstieg erfolgt durch Ärztinnen und Ärzte aber derzeit noch eher selten [61, 62]. Ein besonderes Augenmerk verdienen ferner werdende Mütter [26]. Das Universitätsklinikum Tübingen hat in Kooperation mit der BZgA ein Online-Beratungsprogramm für Schwangere entwickelt, das individuell Hilfe bietet, während der Schwangerschaft rauch- und alkoholfrei zu bleiben [63].

Im Nationalen Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren" wird darauf hingewiesen, dass der Förderung des Nichtrauchens auf gesellschaftlicher Ebene eine große Bedeutung zukommt [58]. So hat sich Deutschland als Vertragsstaat des „Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs" dazu verpflichtet, den Tabakkonsum in der Bevölkerung zu reduzieren. Die Bundesregierung und die Landesregierungen haben vor diesem Hintergrund eine Reihe von Maßnahmen beschlossen, die der Umsetzung der Tabakrahmenkonvention dienen und wirksame Maßnahmen in der Tabakprävention sind, wie z. B. umfangreiche Verbote für Tabakwerbung und steuerlicher Maßnahmen [58].

Literatur

1. Daar AS, Singer PA, Persad DL et al. (2007) Grand challenges in chronic non-communicable diseases. Nature 450(7169):494–496
2. U. S. Department of Health and Human Services (2006) The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: a Report of the Surgeon General. U. S. Department of Health and Human Services (USDHHS), Atlanta
3. Benowitz NL, Lessov-Schlaggar CN, Swan GE et al. (2006) Female sex and oral contraceptive use accelerate nicotine metabolism. Clin Pharmacol Ther 79(5):480–488
4. Ben-Zaken Cohen S, Pare PD, Man SF et al. (2007) The growing burden of chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer in women: examining sex differences in cigarette smoke metabolism. Am J Respir Crit Care Med 176(2):113–120
5. Chapman KR (2004) Chronic obstructive pulmonary disease: are women more susceptible than men? Clin Chest Med 25(2):331–341
6. Sin DD, Cohen SB, Day A et al. (2007) Understanding the biological differences in susceptibility to chronic obstructive pulmonary disease between men and women. Proc Am Thorac Soc 4(8):671–674
7. U. S. Department of Health and Human Services (2001) Women and smoking: a report of the Surgeon General. U. S. Department of Health and Human Services (USDHHS), Washington, D. C.
8. Varkey AB (2004) Chronic obstructive pulmonary disease in women: exploring gender differences. Curr Opin Pulm Med 10(2):98–103
9. Barrera-Rodriguez R, Morales-Fuentes J (2012) Lung cancer in women. Lung Cancer (Auckl) 3:79–89
10. Roy S (1999) Effects of smoking on prostacyclin formation and platelet aggregation in users of oral contraceptives. Am J Obstet Gynecol 180(6 Pt 2):S364–368
11. Bosch FX, de Sanjose S (2007) The epidemiology of human papillomavirus infection and cervical cancer. Dis Markers 23(4):213–227
12. Catsburg C, Miller AB, Rohan TE (2015) Active cigarette smoking and risk of breast cancer. Int J Cancer 136(9):2204–2209
13. Lane NE (2006) Epidemiology, etiology, and diagnosis of osteoporosis. Am J Obstet Gynecol 194(2 Suppl):S3–11
14. Rogers JM (2008) Tobacco and pregnancy: overview of exposures and effects. Birth Defects Res C Embryo Today 84(1):1–15
15. World Health Organization (WHO) (2010) Gender, Women and the Tobacco Epidemic. www.who.int/tobacco/publications/gender/women_tob_epidemic/en/ (Stand: 01.04.2020)
16. World Health Organization (2013) WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinestobaccosmokeexposure/en/ (Stand: 01.04.2020)
17. Lampert T (2011) Rauchen – Aktuelle Entwicklungen bei Erwachsenen. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin. GBE kompakt 2(4). https://edoc.rki.de/handle/176904/3095 (Stand: 01.04.2020)
18. Atzendorf J, de Matos EG, Kröger C et al. (2019) Die Nutzung von E-Zigaretten in der deutschen Bevölkerung – Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015. Gesundheitswesen 81(2):137–143
19. Schoberberger R, Rieder A (2003) Rauchen Frauen anders als Männer? Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 26(3/4):69–76
20. Schnoll RA, Patterson F, Lerman C (2007) Treating tobacco dependence in women. J Womens Health (Larchmt) 16(8):1211–1218
21. Pomerleau CS, Zucker AN, Stewart AJ (2001) Characterizing concerns about post-cessation weight gain: results from a national survey of women smokers. Nicotine Tob Res 3(1):51–60
22. Moffatt RJ, Owens SG (1991) Cessation from cigarette smoking: changes in body weight, body composition, resting metabolism, and energy consumption. Metabolism 40(5):465–470
23. Filozof C, Fernandez Pinilla MC, Fernandez-Cruz A (2004) Smoking cessation and weight gain. Obes Rev 5(2):95–103
24. O'Hara P, Connett JE, Lee WW et al. (1998) Early and late weight gain following smoking cessation in the Lung Health Study. Am J Epidemiol 148(9):821–830
25. Borelli B, Bock B, King T et al. (1996) The Impact of Depression on Smoking Cessation in Women. American Journal of Preventive Medicine 12(5):378–387
26. Fleitmann S, Dohnke B, Balke K et al. (2010) Frauen und Rauchen. Herausforderung für die Tabakkontrollpolitik in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 53(2):117–124
27. Piontek D, Atzendorf J, Gomes de Matos E et al. (2016) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Tabakkonsum und Hinweise auf klinisch relevanten Tabakkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015. IFT Institut für Therapieforschung, München
28. Benowitz NL, Hatsukami D (1998) Gender differences in the pharmacology of nicotine addiction. Addict Biol 3(4):383–404
29. Orth B, Töppich J (2015) Rauchen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. BZgA, Köln

30. Robert Koch-Institut (2015) Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit? In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 217–222
31. Kuntz B, Zeiher J, Hoebel J et al. (2016) Soziale Ungleichheit, Rauchen und Gesundheit. Suchttherapie 17:115–123
32. Deutsches Krebsforschungszentrum (2017) Alkoholatlas Deutschland 2015. Pabst Science Publishers, Lengerich
33. Zeiher J, Starker A, Lampert T et al. (2018) Passivrauchbelastung bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 3(2):72–80. https://edoc.rki.de/handle/176904/5686 (Stand: 01.04.2020)
34. Zeiher J, Kuntz B, Lange C (2017) Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(2):59–65. https://edoc.rki.de/handle/176904/2653 (Stand: 01.04.2020)
35. Dinges M (2012) Rauchen: gesundheitsgefährdend – und typisch männlich? Zum historischen Wandel geschlechtsspezifischer Zuschreibungen. In: Baader M, Bilstein J, Tholen T (Hrsg) Erziehung, Bildung und Geschlecht; Männlichkeiten im Fokus der Gender-Studies. Springer VS, Wiesbaden, S. 129–145
36. Lampert T, Burger M (2004) Rauchgewohnheiten in Deutschland – Ergebnisse des telefonischen Bundes-Gesundheitssurveys 2003. Gesundheitswesen 66(8-9):511–517
37. Augustin R, Metz K, Heepekausen K et al. (2005) Tabakkonsum, Abhängigkeit und Änderungsbereitschaft. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2003. Sucht 51 (Sonderheft 1):40–48
38. Rattay P, von der Lippe E, Borgmann LS et al. (2017) Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4):24–44. https://edoc.rki.de/handle/176904/2900 (Stand: 01.04.2020)
39. Zeiher J, Finger JD, Kuntz B et al. (2018) Zeitliche Trends beim Rauchverhalten Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse sieben bundesweiter Gesundheitssurveys 1991–2015. Bundesgesundheitsbl 61(11):1365–1376
40. Walter U, Lux R (2007) Tabakkonsum: Folgen und Prävention unter sex- und genderspezifischer Perspektive. In: Neises M, Schmidt-Ott G (Hrsg) Gender, kulturelle Identität und Psychotherapie, S. 71–84
41. Amos A, Haglund M (2000) From social taboo to "torch of freedom": the marketing of cigarettes to women. Tob Control 9(1):3–8
42. Kuntz B, Zeiher J, Starker A et al. (2018) Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg) DHS Jahrbuch Sucht 2018. Pabst Lengerich
43. Bundesregierung (2016) Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie über Tabakerzeugnisse und verwandte Erzeugnisse. www.gesetze-im-internet.de/tabakerzg/ (Stand: 01.04.2020)
44. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2018) Rauch Frei. www.rauch-frei.info/ (Stand: 01.04.2020)
45. Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (2020) Der Wettbewerb für rauchfreie Klassen. Be smart – don't start. www.besmart.info (Stand: 01.04.2020)
46. Aufklärung gegen Tabak e. V. (o. J.) Aufklärung gegen Tabak. https://gegentabak.de/ (Stand: 01.04.2020)
47. Pirie K, Peto R, Reeves GK et al. (2013) The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. Lancet 381(9861):133–141
48. Kotz D, Bockmann M, Kastaun S (2018) The Use of Tobacco, E-Cigarettes, and Methods to Quit Smoking in Germany. Dtsch Arztebl Int 115(14):235–242
49. International Agency for Research on Cancer (IARC) (2004) IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risks to Humans. Volume 83. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC, Lyon
50. Higgins S (2002) Smoking in pregnancy. Curr Opin Obstet Gynecol 14(2):145–151
51. Zhang K, Wang X (2013) Maternal smoking and increased risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. Leg Med (Tokyo) 15(3):115–121
52. Oken E, Levitan EB, Gillman MW (2008) Maternal smoking during pregnancy and child overweight: systematic review and meta-analysis. Int J Obes (Lond) 32(2):201–210
53. Neuman A, Hohmann C, Orsini N et al. (2012) Maternal smoking in pregnancy and asthma in preschool children: a pooled analysis of eight birth cohorts. Am J Respir Crit Care Med 186(10):1037–1043
54. Huang L, Wang Y, Zhang L et al. (2018) Maternal Smoking and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Offspring: A Meta-analysis. Pediatrics 141(1)
55. Kuntz B, Zeiher J, Starker A et al. (2018) Rauchen in der Schwangerschaft – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(1):47–54. https://edoc.rki.de/handle/176904/3035 (Stand: 01.04.2020)
56. Shiffman S, Paton SM (1999) Individual differences in smoking: gender and nicotine addiction. Nicotine Tob Res 1 Suppl 2:S153–157
57. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2008) Rauchfrei am Arbeitsplatz. Ein Leitfaden für Betriebe. www.dkfz.de/de/rauchertelefon/download/BZgA_rauchfrei_am_Arbeitsplatz_Manual.pdf (Stand: 01.04.2020)
58. Bundesministerium für Gesundheit (2015) Nationales Gesundheitsziel Tabakkonsum reduzieren. http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=nationale_gz/tabakkonsum (Stand: 01.04.2020)
59. Rasch A, Müller-Riemenschneider F, Vauth C et al. (2008) Föderale Strukturen und damit verbundene verhaltensbezogene Maßnahmen zur Prävention des Zigarettenrauchens. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland. Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta233_addendum_de.pdf (Stand: 01.04.2020)
60. Bourmer H, Kreuter H, Schlauß HJ (1985) Ärztliche Gesundheitsberatung – Leistungen und Abrechnungsmöglichkeiten. Dtsch Arztebl 82(49):3675–3680
61. Brinker TJ, Buslaff F, Haney C et al. (2018) [The global medical network Education Against Tobacco-voluntary tobacco prevention made in Germany]. Bundesgesundheitsbl 61(11):1453–1461
62. Egger M, Grüninger U (2012) Gesundheitsförderung und Prävention in der Arztpraxis. In: Egger M, Razum O (Hrsg) Public Health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt. De Gruyter, Berlin, S. 152–158
63. IRIS (o. J.) Onlineberatung für Schwangere. www.iris-plattform.de/ (Stand: 01.04.2020)

2.2.5 Alkoholkonsum

- *Etwa 14 % der Frauen konsumieren Alkohol in riskanten Mengen.*
- *Jede vierte Frau praktiziert monatliches Rauschtrinken.*
- *Im Unterschied zu den Männern ist der Anteil der Frauen, die in riskanten Mengen Alkohol trinken und Rauschtrinken praktizieren, zwischen 1995 und 2015 nicht gesunken.*

Alkohol ist ein Zellgift, das Abhängigkeit erzeugen kann. Gesundheitsschädlicher Alkoholkonsum wird als mitverursachend für mehr als 200 Krankheiten angesehen und zählt zu den fünf wesentlichen Risikofaktoren für Krankheiten, Beeinträchtigungen und Todesfällen weltweit [1, 2]. Zu nennen sind u. a. alkoholische Leberkrankheit, Bauchspeicheldrüsenentzündungen, psychische und Verhaltensstörungen, kardiovaskuläre Krankheiten und verschiedene Tumorerkrankungen. Bei Frauen ist auch das Risiko für Brustkrebs erhöht. Übermäßiger Alkoholkonsum begünstigt zudem bei beiden Geschlechtern ein riskantes Sexualverhalten; dadurch kann es zu sexuell übertragbaren Krankheiten und unerwünschten Schwangerschaften kommen [3]. Trinken Frauen in der Schwangerschaft und Stillzeit Alkohol, können bereits kleine Mengen die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes erheblich gefährden [4]. Laut den Daten der KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006) beträgt der Anteil der Frauen, die während der Schwangerschaft gelegentlich Alkohol konsumiert haben, 14 %. Hier zeigt sich ein sozialer Gradient dahingehend, dass Alkoholkonsum während der Schwangerschaft bei Frauen mit hohem sozioökonomischen Status häufiger vorkam (20,3 %) als bei statusniedrigeren Frauen (8,5 %) [5]. Die Schäden infolge eines Alkoholkonsums in der Schwangerschaft werden als Fetale Alkoholspektrumsstörungen bezeichnet (siehe Infobox 2.2.5.1). Da es keine unbedenkliche Alkoholmenge in der Schwangerschaft und Stillzeit gibt, wird zu jedem Zeitpunkt zum Verzicht auf Alkohol geraten („Punktnüchternheit“) [6].

Infobox 2.2.5.1
Fetale Alkoholspektrumsstörung

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft kann zu einer Vielzahl von Beeinträchtigungen und Behinderungen bei Kindern führen [7, 8]. Hierzu gehören vor allem Wachstumsstörungen, Fehlbildungen und Störungen des zentralen Nervensystems. Langfristig können Verhaltensstörungen und intellektuelle Beeinträchtigungen auftreten. Diese Folgen werden unter dem Begriff Fetale Alkoholspektrumsstörung (Fetal Alcohol Spectrum Disorder, FASD) zusammengefasst, deren schwerste Ausprägungsform das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) ist [7, 8]. Für die Diagnose der FASD wurde eine S3-Leitlinie erarbeitet [9]. Schätzungen zufolge wurden im Jahr 2014 177 Kinder mit FASD pro 10.000 Lebendgeburten in Deutschland geboren; 41 Kinder pro 10.000 Lebendgeburten kamen mit FAS zur Welt [10].

Der Alkoholkonsum von Frauen unterscheidet sich von dem der Männer. Neben Unterschieden im Anteil der Konsumierenden an allen Frauen und Männern sowie in der Trinkmenge sind Unterschiede bei den bevorzugten Getränkearten festzustellen [4]. Frauen trinken bevorzugt Wein und Sekt, Männer vor allem Bier und Spirituosen. Beim Konsum von Mixgetränken finden sich nur geringe Geschlechterunterschiede [4].

Übermäßiger Alkoholkonsum kann zu einer erhöhten Aggressionsbereitschaft führen [4]. Wenn es zu körperlichen oder psychischen Übergriffen unter Alkoholeinfluss kommt, werden Frauen dabei häufiger von einem männlichen nahen Angehörigen geschädigt. Männer berichten vor allem von Schädigungen durch fremde oder weniger bekannte Männer [11].

Im Zusammenhang mit einem übermäßigen Alkoholkonsum sind zudem die sozioökonomischen Folgen für die Betroffenen sowie die Schäden für andere Personen und die Gesellschaft zu berücksichtigen [1]. Hierzu zählen direkte Kosten für das Gesundheitssystem, indirekte Kosten wie Produktivitätsverluste (z. B. durch Qualitätsverluste und Arbeitsausfälle) sowie immaterielle Kosten wie der Verlust an Lebensqualität. In Deutschland belaufen sich Schätzungen zufolge die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums auf bis zu 40 Milliarden Euro im Jahr [12, 13].

Infobox 2.2.5.2 Formen des Alkoholkonsums (Konsumdefinitionen in unterschiedlichen Datenquellen)

Risikokonsum (GEDA 2014/2015-EHIS): Wöchentlicher Konsum von Alkohol, bei dem die Konsum-Grenzwerte von mehr als 10 g Reinalkohol pro Tag bei Frauen und mehr als 20 g Reinalkohol pro Tag bei Männern überschritten werden [14].

Riskanter Konsum (ESA 2015): Konsum zwischen 12 und 40 g Reinalkohol pro Tag bei Frauen und zwischen 24 und 60 g Reinalkohol pro Tag bei Männern bezogen auf den Zeitraum der letzten 30 Tage. Bei einem Konsum, der darüber hinaus geht, wird von einem gefährlichen Konsum und danach von Hochkonsum gesprochen [15].

Rauschtrinken oder „Heavy episodic drinking" (GEDA 2014/2015-EHIS, WHO): Mindestens einmal im Monat stattfindender Konsum von 60 g oder mehr Reinalkohol zu einer Trinkgelegenheit. Diese Menge entspricht dem Konsum von sechs Standardgläsern alkoholischer Getränke, die jeweils 10 g Reinalkohol pro Glas enthalten [1, 16].

Episodisches Rauschtrinken (ESA 2015): Konsum von fünf oder mehr Gläsern Alkohol (mindestens 70 g Reinalkohol) an mindestens einem Tag innerhalb der letzten 30 Tage [15].

Alkoholmissbrauch (ESA 2012): Ein Missbrauch liegt vor, wenn in den letzten zwölf Monaten mindestens eines der folgenden Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) [17] im Zusammenhang mit Alkoholkonsum erfüllt ist und gleichzeitig keine Alkoholabhängigkeit vorliegt: erhebliche Probleme in Haushalt, Familie oder Schule; Konsum in gefährlichen Situationen; Probleme mit dem Gesetz infolge des Alkoholkonsums; soziale und zwischenmenschliche Probleme [18].

Alkoholabhängigkeit (ESA 2012): Eine Abhängigkeit liegt vor, wenn in den letzten zwölf Monaten mindestens drei der folgenden Kriterien des DSM-IV [17] im Zusammenhang mit Alkoholkonsum erfüllt sind: Toleranzentwicklung; Entzugssymptome; Konsum länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt; Kontrollminderung; hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Konsum oder Erholung; Einschränkung wichtiger Tätigkeiten; fortgesetzter Konsum trotz schädlicher Folgen [18].

Auf Basis des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA 2012 und 2015) des Instituts für Therapieforschung (IFT) und der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) des Robert Koch-Instituts (RKI) wird in diesem Kapitel der Alkoholkonsum von Frauen in Deutschland beschrieben. Im Folgenden wird zunächst der durchschnittliche Alkoholkonsum pro Tag dargestellt. Diese Angaben werden ergänzt durch Informationen zum Risikokonsum und zum Rauschtrinken. Aufgrund unterschiedlicher Definitionen in den verwendeten Datenquellen (siehe Infobox 2.2.5.2) ist ein direkter Vergleich schwierig, weshalb sich die Ergebnisdarstellung an dieser Stelle auf GEDA 2014/2015-EHIS konzentriert. Ein weiterer Abschnitt beschäftigt sich mit dem Alkoholmissbrauch und der Alkoholabhängigkeit von Frauen. Abschließend folgen Informationen zur zeitlichen Entwicklung der hier betrachteten Konsumformen.

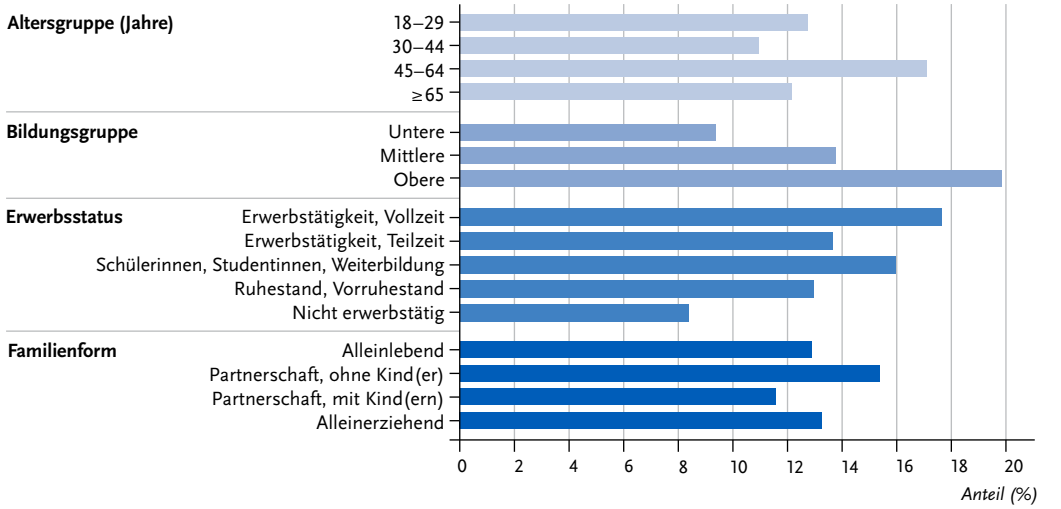
Durchschnittlicher Alkoholkonsum pro Tag

Den ESA-Daten zufolge betrug im Jahr 2015 die durchschnittliche tägliche Trinkmenge bei 18- bis 59-jährigen Frauen 8,5 g und bei gleichaltrigen Männern 16,2 g Alkohol. Frauen trinken demnach durchschnittlich weniger Alkohol am Tag als Männer [19].

Risikokonsum

Den Daten aus GEDA 2014/2015-EHIS zufolge weisen 13,8 % der Frauen ab 18 Jahren und 18,2 % der gleichaltrigen Männer einen riskanten Alkoholkonsum auf [14]. Frauen konsumieren damit signifikant seltener Alkohol in riskanten Trinkmengen als Männer. Der Anteil der Frauen, die einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen, ist mit 17,2 % im späten mittleren Erwachsenenalter (45 bis 64 Jahre) am größten (Abb. 2.2.5.1). Differenziert nach Bildung zeigt sich bei Frauen die höchste Prävalenz in der oberen Bildungsgruppe (19,9 %) [14]. Schaut man sich den Konsum riskanter Alkoholmengen bei Frauen nach Erwerbsstatus an, zeigt sich, dass Vollzeit erwerbstätige Frauen sowie Schülerinnen, Studentinnen und Frauen in Weiterbildung am häufigsten einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen (17,7 % bzw. 16,0 %). Mit 8,4 % trinken nicht erwerbstätige Frauen am seltensten Alkohol in riskanten Mengen. Zudem zeigen sich Unterschiede bei Frauen

Abbildung 2.2.5.1
Risikokonsum bei Frauen nach Alter, Bildung, Erwerbstätigkeit und Familienform
Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS [14]

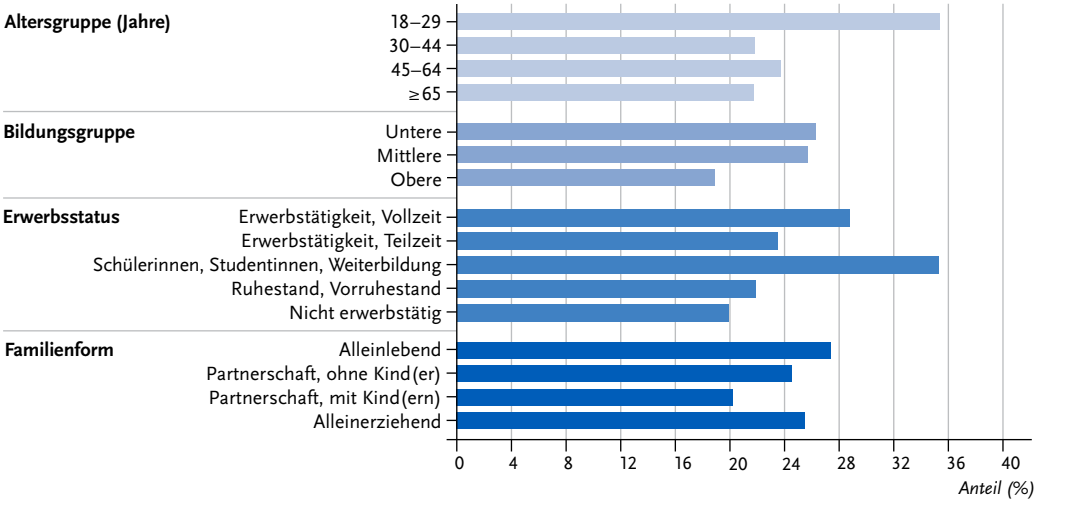


nach Familienform: Der Anteil der risikokonsumierenden Frauen ist unter Frauen, die in Partnerschaft leben und keine Kinder haben, mit 15,4 % am größten (Abb. 2.2.5.1). Hinsichtlich des Migrationsstatus zeigte sich, dass selbst zugewanderte Frauen im Durchschnitt seltener Alkohol in riskanten Mengen trinken als Frauen ohne Migrationshintergrund (siehe Kapitel 6.4.4).

Rauschtrinken

Laut den Daten aus GEDA 2014/2015-EHIS praktizieren Frauen ab 18 Jahren im Vergleich zu gleichaltrigen Männern signifikant seltener mindestens monatliches Rauschtrinken (24,9 % bzw. 42,6 %) [16]. Im jungen Erwachsenenalter (18 bis 29 Jahre) ist der Anteil der Frauen, die monatliches Rauschtrinken praktizieren, mit 35,6 % am größten

Abbildung 2.2.5.2
Rauschtrinken bei Frauen nach Alter, Bildung, Erwerbstätigkeit und Familienform
Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS [16]



(Abb. 2.2.5.2). In den höheren Altersgruppen liegt der Anteil der Rauschtrinkerinnen bei unter einem Viertel und variiert kaum. Im Vergleich zum Risikokonsum zeigt sich beim Rauschtrinken ein umgekehrter Bildungsgradient: Frauen der unteren und mittleren Bildungsgruppe (26,5 % bzw. 25,9 %) praktizieren signifikant häufiger monatliches Rauschtrinken als Frauen der oberen Bildungsgruppe (19,0 %) [16]. Die Ergebnisse nach Erwerbsstatus korrelieren mit dem Alter und zeigen, dass Schülerinnen, Studentinnen und Frauen in Weiterbildung mit 35,5 % am häufigsten monatliches Rauschtrinken praktizieren. Auch unter Vollzeit erwerbstätigen Frauen ist das Rauschtrinken weit verbreitet (28,9 %), unter nicht erwerbstätigen Frauen findet sich der geringste Anteil der Rauschtrinkerinnen (20,0 %). Differenziert nach Familienform zeigt sich, dass der Anteil der Frauen, die mindestens monatliches Rauschtrinken praktizieren, unter alleinstehenden sowie alleinerziehenden Frauen mit 27,6 % bzw. 25,7 % am größten ist. Die statistischen Analysen zeigen, dass Alter, Bildung, Erwerbstätigkeit und Familienform jeweils einen eigenen Einfluss auf das Rauschtrinken von Frauen haben.

Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit

Die Daten der ESA-Studie 2012 geben Auskunft über alkoholbezogene Störungen. Sie zeigen, dass Frauen seltener als Männer einen Missbrauch oder eine Abhängigkeit von Alkohol nach DSM-IV aufweisen (3,5 % bzw. 9,5 %) [18, 20]. In der Gruppe der Frauen weisen diejenigen im jungen Erwachsenenalter mit 6,5 % (18 bis 20 Jahre) und 6,7 % (21 bis 24 Jahre) am häufigsten alkoholbezogene Störungen auf [18]. Mit dem Alter nimmt die Prävalenz ab; sie beträgt in der Altersgruppe der 60- bis 64-jährigen Frauen nur noch 0,9 %.

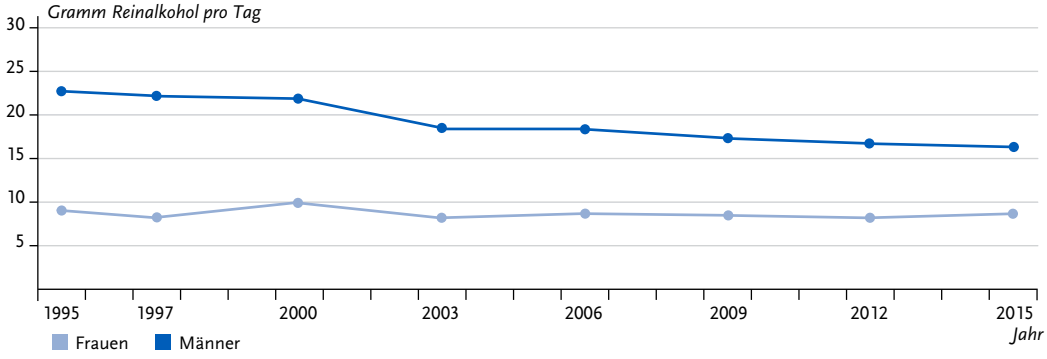
Zeitliche Entwicklung

Für Aussagen zur zeitlichen Entwicklung des Alkoholkonsums können die Daten der ESA-Studie herangezogen werden. Sie zeigen, dass die durchschnittliche tägliche Trinkmenge bei Frauen im Alter zwischen 18 und 59 Jahren zwischen 1995 und 2015 mit rund 9 g Reinalkohol pro Tag relativ konstant geblieben ist, während sie bei Männern der gleichen Altersgruppe von 22,7 g auf 16,2 g Reinalkohol pro Tag abgenommen hat [19] (Abb. 2.2.5.3).

Ähnlich verhält es sich mit dem riskanten Alkoholkonsum und dem episodischen Rauschtrinken: Bei Frauen sind die Anteile im Verlauf der letzten 20 Jahre relativ gleich geblieben, bei Männern haben sie abgenommen [15]. Eine Differenzierung nach Alter zeigt allerdings, dass das episodische Rauschtrinken bei Frauen und Männern im frühen jungen Erwachsenenalter (18 bis 24 Jahre) zugenommen hat.

Hinsichtlich alkoholbezogener Störungen wie Missbrauch und Abhängigkeit liegen aus der ESA-Studie Verlaufsdaten bis zum Jahr 2012 vor [21]. Sie zeigen, dass sich der Anteil der Frauen und Männer mit alkoholbezogenen Störungen zwischen 1997 und 2012 geringfügig, aber statistisch signifikant erhöht hat, bei Frauen von 2,4 % auf 3,8 % und bei Männern von 9,5 % auf 10,5 % [21].

Abbildung 2.2.5.3
Durchschnittlicher Alkoholkonsum pro Tag unter Konsumentinnen und Konsumenten der letzten 30 Tage im Zeitverlauf
Datenbasis: Epidemiologischer Suchtsurvey [19]



Fazit

Frauen trinken weniger Alkohol und weisen seltener gesundheitsschädliche Konsummuster auf als Männer. Sie sind auch seltener von alkoholbezogenen Störungen wie Missbrauch und Abhängigkeit betroffen. Nichtsdestotrotz trinkt jede siebte Frau in riskanten Mengen Alkohol, jede vierte Frau praktiziert monatliches Rauschtrinken und konsumiert damit Alkohol in Mengen, die akut gesundheitsschädlich wirken [7]. Die weite Verbreitung des Alkoholkonsums legt aus Public-Health-Sicht dringenden Handlungsbedarf für Präventions- und Interventionsmaßnahmen nahe [19], die den verschiedenen Konsummustern in den unterschiedlichen Gruppen von Frauen Rechnung tragen [16].

In den vergangenen Jahren wurden in Deutschland verschiedene Projekte und Kampagnen initiiert, um Jugendliche und Erwachsene über die Gefahren eines übermäßigen Alkoholkonsums aufzuklären [22–24]. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen organisiert z. B. alle zwei Jahre die nationale „Aktionswoche Alkohol“ [22]. Ihr Ziel ist, das Motto „Alkohol? Weniger ist besser!“ in die Öffentlichkeit zu tragen und die Bevölkerung über die gesundheitlichen und sozialen Folgen übermäßigen Alkoholkonsums zu informieren. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führt seit vielen Jahren die bundesweit größte Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit“ zur Alkoholprävention durch, seit 2009 für Jugendliche [24] und seit 2010 für Erwachsene [23]. Die Kampagne bietet für Frauen und Männer auch Informationen und Tipps für einen risikoarmen Konsum (siehe Infobox 2.2.5.3). Frauen werden im Rahmen der Kampagne aber auch gesondert angesprochen [25] und zwar beim Thema Alkohol in der Schwangerschaft und Stillzeit [6]. Werdende Mütter darin zu unterstützen, während der Schwangerschaft alkohol- und rauchfrei zu bleiben, ist das Ziel eines Online-Beratungsprogramms mit individuellen Hilfen, das das Universitätsklinikum Tübingen gemeinsam mit der BZgA entwickelt hat [26].

Obwohl einige verhaltenspräventive Maßnahmen angeboten werden, gibt es derzeit nur sehr wenige Angebote, die sich gezielt an Frauen (oder Männer) richten. Lediglich das Thema Alkohol in der Schwangerschaft und Stillzeit wird adressiert. Die hier präsentierten Ergebnisse zeigen allerdings, dass Frauen „anders trinken“ als Männer, dies wird u. a. auf gesellschaftliche Rollenbilder zurückgeführt [25, 31]. Auch unter den Frauen gibt es große Unterschiede im Trinkverhalten, und spezielle Gruppen von Frauen sind besonders gefährdet für einen gesundheitsriskanten Alkoholkonsum, wie z. B. Frauen im jungen Erwachsenenalter. Es ist davon auszugehen, dass große Kampagnen und verhaltenspräventive Maßnahmen davon profitieren würden, diese Erkenntnisse aufzunehmen und ihre Botschaften und Angebote geschlechterbezogen weiterzuentwickeln sowie

Infobox 2.2.5.3 Empfehlungen für einen risikoarmen Alkoholkonsum: Geschlechtsspezifisch oder geschlechtsneutral?

Als Empfehlung für einen risikoarmen Alkoholkonsum gilt in Deutschland: Frauen sollten nicht mehr als 12 g reinen Alkohol pro Tag, Männer nicht mehr als 24 g reinen Alkohol pro Tag konsumieren. An mindestens zwei Tagen in der Woche sollten Frauen und Männer ganz auf Alkohol verzichten [27].

In den Richtlinien für einen risikoarmen Alkoholkonsum im Vereinigten Königreich [28, 29] werden seit 2016 keine unterschiedlichen Empfehlungen für Frauen und Männer gegeben. Beide Geschlechter sollten maximal 14 Alkohol-Einheiten pro Woche trinken (entspricht 112 g Reinalkohol pro Woche), möglichst gleichmäßig auf drei oder mehr Tage verteilt, wobei mehrere trinkfreie Tage pro Woche eingehalten werden sollten. Frauen, die eine Schwangerschaft planen, sowie bereits schwangere und stillende Frauen sollten keinen Alkohol trinken [28, 29].

Die Empfehlung im Vereinigten Königreich wurde nicht nach Geschlechtern getrennt, da die gesundheitlichen Risiken durch Alkoholkonsum für Frauen und Männer vergleichbar sind [30]. Allerdings sind die kurzzeitigen Risiken für Männer höher, die langfristigen Risiken für Frauen. In einer aktuellen Studie, in der Schwellenwerte für ein möglichst niedriges Risiko alkoholbedingter Sterblichkeit und für Herz-Kreislauf-Krankheiten berechnet wurden, stellte der Konsum von 100 g Reinalkohol in der Woche einen kritischen Schwellenwert für ein späteres Erkrankungs- und Sterberisiko dar. Es fanden sich dabei keine relevanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern [30]. Für Deutschland steht die Diskussion um neue, angeglichene Grenzwerte für einen risikoarmen Konsum noch aus.

bestimmte Gruppen von Frauen gezielt anzusprechen.

Im Zeitverlauf betrachtet, stagniert der Alkoholkonsum bei Frauen, bei Männern ist er rückläufig [15, 19]. Die Frage, warum sich diese positive Entwicklung bei Frauen nicht gleichermaßen zeigt, ist nicht einfach zu beantworten. Vermutet wird, dass gesetzliche Maßnahmen hierzu beigetragen haben, die möglicherweise mehr Männer als Frauen betrafen. Das Arbeitsschutzgesetz und gesetzliche Unfallverhütungsvorschriften [32] hatten sicher einen erheblichen Anteil. Zu nennen sind auch die Betriebsvereinbarungen zur Suchtprävention bzw. zur Nüchternheit am Arbeitsplatz [33] sowie die Senkung der Promillegrenzen im Straßenverkehr und die Erhöhung der diesbezüglichen Bußgelder [34].

Für die Hersteller alkoholischer Getränke sind Frauen eine wichtige Zielgruppe. Weil Frauen alkoholische Getränke häufig als zu bitter, zu sauer oder zu scharf empfinden, gibt es diverse Bestrebungen, den Markt um neue Geschmacksvarianten von Bier, Wein und Spirituosen zu erweitern [35, 36]. Neue Produkte richten sich daher u. a. auch an Frauen. So zielt Werbung für Mixgetränke, Sekt und süße Spirituosen vor allem auf (junge) Frauen [35, 36]. Um den Alkoholkonsum bei Frauen (und Männern) langfristig zu reduzieren, sind insofern auch verhältnispräventive Maßnahmen wie Werbeverbote oder auch Preiserhöhungen notwendig [4]. Als erfolgversprechend haben sich darüber hinaus Screenings auf gesundheitsriskanten Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit in Settings der medizinischen Grundversorgung herausgestellt, wie routinemäßige Screenings und Kurzinterventionen in der allgemeinärztlichen Praxis [37–39].

Literatur

1. World Health Organization (Hrsg) (2014) Global status report on alcohol and health 2014. WHO, Genf
2. GBD 2016 Risk Factors Collaborators (2017) Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet 390(10100):1345–1422
3. Hopkins J (2015) Fact Sheet Drinking and Risky Sexual Behavior. www.camy.org/resources/fact-sheets/drinking-and-risky-sexual-behavior/ (Stand: 01.04.2020)
4. Deutsches Krebsforschungszentrum (2017) Alkoholatlas Deutschland 2015. Pabst Science Publishers, Lengerich
5. Bergmann KE, Bergmann RL, Ellert U et al. (2007) Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl 50(5–6):670–676
6. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (o. J.) Alkohol? Kenn dein Limit. Alkohol in der Schwangerschaft. www.kenn-dein-limit.de/alkohol/schwangerschaft-und-stillzeit/alkohol-in-der-schwangerschaft (Stand: 01.04.2020)
7. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2015) Factsheet: Alkohol in der Schwangerschaftund gesundheitliche Risiken. www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Factsheets/Alkohol_in_der_Schwangerschaft.pdf (Stand: 01.04.2020)
8. Rasenack R, Zink M (2011) Alkohol und Tabak in der Schwangerschaft. In: Singer MV, Batra A, Mann K (Hrsg) Alkohol und Tabak – Grundlagen und Folgeerkrankungen. Thieme Verlag, Stuttgart, S. 427–432
9. Landgraf MN, Heinen F (2016) S3-Leitlinie – Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen FASD. AWMF-Registernr.: 022–025. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/022-025l_S3_Fetale_Alkoholspektrumstoerung_Diagnostik_FASD_2016-06.pdf (Stand: 01.04.2020)
10. Kraus L, Seitz NN, Shield KD et al. (2019) Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany: a register-based study. Bmc Med 17
11. Stanesby O, Callinan S, Graham K et al. (2018) Harm from Known Others' Drinking by Relationship Proximity to the Harmful Drinker and Gender: A Meta-Analysis Across 10 Countries. Alcohol Clin Exp Res 42(9):1693–1703
12. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2006) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
13. Effertz T (2015) Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlichen Konsums. Eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas. Peter Lang, Frankfurt am Main
14. Lange C, Manz K, Kuntz B (2017) Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen. Journal of Health Monitoring 2(2):66–73. https://edoc.rki.de/handle/176904/2646 (Stand: 01.04.2020)
15. Piontek D, Gomes de Matos E, Atzendorf J et al. (2016) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und des klinisch relevanten Alkoholkonsums nach Geschlecht und Alter 1995–2015. IFT Institut für Therapieforschung, München
16. Lange C, Manz K, Kuntz B (2017) Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Rauschtrinken. Journal of Health Monitoring 2(2):74–81. https://edoc.rki.de/handle/176904/2654 (01.04.2020)
17. American Psychiatric Association (1994) DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association
18. Kraus L, Pabst A, Gomes de Matos E et al. (2014) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und alkoholbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012. IFT Institut für Therapieforschung, München
19. Kraus L, Piontek D, Atzendorf J et al. (2016) Zeitliche Entwicklungen im Substanzkonsum in der deutschen Allgemeinbevölkerung. Ein Rückblick auf zwei Dekaden. Sucht 62(5):283–294
20. Pabst A, Kraus L, Gomes de Matos E et al. (2013) Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. Sucht 59(6):321–331
21. Kraus L, Piontek D, Pabst A et al. (2014) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Trends substanzbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter: Prävalenz und Hochrechnung 1997–2012. IFT Institut für Therapieforschung, München

22. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (o. J.) Aktionswoche Alkohol – „Alkohol? Weniger ist besser!“ www.dhs.de/projekte/aktionswoche-alkohol.html (Stand: 01.04.2020)
23. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (o. J.) Alkohol? Kenn dein Limit. www.kenn-dein-limit.de/ (Stand: 01.04.2020)
24. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (o. J.) Alkohol? Kenn dein Limit. www.kenn-dein-limit.info/ (Stand: 01.04.2020)
25. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (o. J.) Alkohol? Kenn dein Limit. Alkohol in der Gesellschaft – Bei Frauen. www.kenn-dein-limit.info/alkohol-in-der-gesellschaft-bei-frauen.html (Stand: 01.04.2020)
26. IRIS (o. J.) Onlineberatung für Schwangere. www.iris-plattform.de/ (Stand: 01.04.2020)
27. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (o. J.) Alkohol? Kenn dein Limit. Risikoarmer Konsum. www.kenn-dein-limit.de/alkohol/risikoarmer-alkoholkonsum/ (Stand: 01.04.2020)
28. Department of Health (2016) UK Chief Medical Officers' Alcohol Guidelines Review. Summary of the proposed new guidelines. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/489795/summary.pdf (Stand: 01.04.2020)
29. Department of Health (2016) UK Chief Medical Officers' Low Risk Drinking Guidelines. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545937/UK_CMOs__report.pdf (Stand: 01.04.2020)
30. Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS et al. (2018) Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. Lancet 391(10129):1513–1523
31. Franke A (2005) Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit bei Frauen. In: Singer M, Teyssen S (Hrsg) Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Springer, Berlin Heidelberg, S. 457–464
32. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) (2013) Unfallverhütungsvorschrift. Grundsätze der Prävention. https://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/1.pdf (Stand: 01.04.2020)
33. BARMER GEK, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2014) Alkohol am Arbeitsplatz. Eine Praxishilfe für Führungskräfte. www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Alkohol_am_Arbeitsplatz_BARMER.pdf (Stand: 01.04.2020)
34. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (o. J.) Alkohol? Kenn dein Limit. Welche Promillegrenzen gelten im Straßenverkehr? www.kenn-dein-limit.de/alkohol/haeufige-fragen/promillegrenzen-im-strassenverkehr/ (Stand: 01.04.2020)
35. de Bruijn A, van den Wildenberg E, van den Broeck A et al. (2012) Commercial promotion of drinking in Europe. Key findings of independent monitoring of alcohol marketing in five European countries. http://eucam.info/wp-content/uploads/2014/04/ammie-eu-rapport_final.pdf (Stand: 01.04.2020)
36. Jung AR, Hovland R (2016) Targeting gender: A content analysis of alcohol advertising in magazines. Health Mark Q 33(3):221–238
37. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D et al. (2014) The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. Alcohol Alcohol 49(1):66–78
38. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C et al. (2018) Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev 2:CD004148
39. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2015) S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. AWMF-Register Nr. 076-001. www.dgppn.de/_Resources/Persistent/e818c21e76513620 95f6c375a448f88ae2156cf4/S3-Leitlinie%20Alkohol_AWMF%2076-001.pdf (Stand: 01.04.2020)

2.2.6 Gesundheitskompetenz

- *Etwa die Hälfte der Frauen berichtet über Schwierigkeiten, gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen.*
- *Frauen aus der unteren Bildungsgruppe geben häufiger an, Schwierigkeiten beim Umgang mit Gesundheitsinformationen zu haben.*
- *Die geschlechterbezogene Förderung der Gesundheitskompetenz kann zur Stärkung der Gesundheit von Frauen und Familien beitragen.*

In Informationsgesellschaften ist eine Vielzahl von Informationen zur Gesundheit leicht und allgegenwärtig verfügbar. Aber ihre Evidenz und Qualität sind zumeist nicht transparent und viele Menschen haben Schwierigkeiten, die Vertrauenswürdigkeit von Gesundheitsinformationen einzuschätzen. Der gesundheitsrelevante Umgang mit Gesundheitsinformationen wird im deutschsprachigen Raum als „Gesundheitskompetenz“ (siehe Infobox 2.2.6.1) oder auch angelehnt an den Begriff aus dem englischen Sprachraum als „Health Literacy“ bezeichnet [1].

Unter Public-Health-Gesichtspunkten ist die Gesundheitskompetenz der gesamten Bevölkerung von Bedeutung. Gesundheitskompetenz wird nicht mehr nur als individuelle Fähigkeit betrachtet, sondern als Ergebnis von gesundheitsrelevanten Erfahrungen in der Gesellschaft und als Indikator tatsächlicher Handlungsmöglichkeiten [3]. Das bedeutet, dass Kontextfaktoren wie Bildungsmöglichkeiten, die bedürfnisorientierte Ausgestaltung des Gesundheitswesens, der Zugang und die Zugänglichkeit von Angeboten der Prävention und Versorgung die Gesundheitskompetenz maßgeblich mit beeinflussen.

Infobox 2.2.6.1
Gesundheitskompetenz

Eine verbreitete Definition beschreibt Gesundheitskompetenz wie folgt: „Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen in Bezug darauf, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die die Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf erhalten oder verbessern" [1, 2].

Die Stärkung der Patientenrechte und eine aktivere Rolle von Patientinnen und Patienten erfordern mehr Gesundheitskompetenz, damit informierte Entscheidungen getroffen werden können. Damit ist die Erwartung verbunden, dass eine aktivere Rolle der Patientinnen und Patienten und eine höhere Gesundheitskompetenz die Wirksamkeit der medizinischen Versorgung verbessern können.

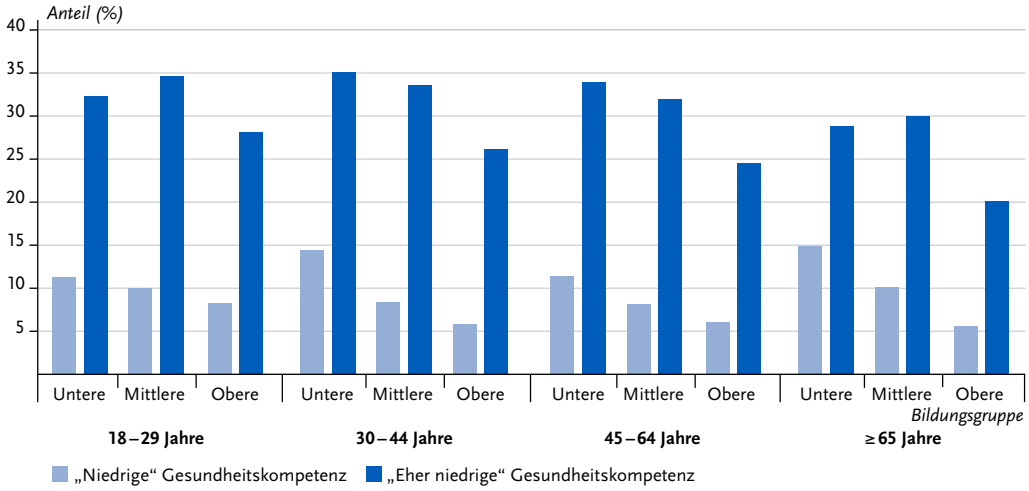
Internationale Studien konnten zeigen, dass eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz häufig mit einem höheren Auftreten von Risikofaktoren und Gesundheitsproblemen assoziiert ist und negative Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hat, z. B. häufigere Krankenhauseinweisungen [4–8]. Menschen mit niedrigerem Bildungs-, Einkommens- bzw. Sozialstatus haben öfter ein geringeres Gesundheitskompetenzniveau [4, 8–12]. Für Deutschland konnten erste Studien zeigen, dass etwa die Hälfte der Frauen und Männer angibt, Schwierigkeiten beim Treffen gesundheitsrelevanter Entscheidungen zu haben [13–17]. Dabei fanden sich in der Gesamtbetrachtung keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Hinblick auf die selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheitskompetenz.

Auch in der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) [18] wurde die Gesundheitskompetenz erhoben, wobei das Fragebogeninstrument des Europäischen Health Literacy Survey (HLS-EU) in der Kurzform mit 16 Items (HLS-EU-Q16) eingesetzt wurde [8, 14, 15, 19]. Die Befragten sollten in 16 Fragen einschätzen, wie einfach oder schwer es ihrer Meinung nach ist, gesundheitsrelevante Informationen zu verschiedenen Themen der Krankenversorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung zu finden, zu verstehen, zu beurteilen oder anzuwenden. Die vier Antwortkategorien reichen von „sehr einfach", „ziemlich einfach", „ziemlich schwierig" bis „sehr schwierig". Für die Einschätzung des Gesundheitskompetenzniveaus wird ein Gesamtwertindex gebildet, mit dem vier Gesundheitskompetenzlevel unterschieden werden können: „niedrige", „eher niedrige", „eher hohe" und „hohe" Gesundheitskompetenz. Sie geben Auskunft über das Ausmaß an selbsteingeschätzten Schwierigkeiten beim Umgang mit Gesundheitsinformationen. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass Gesundheitskompetenz mit einem Selbsteinschätzungsinstrument erhoben wurde. Dieses gibt Auskunft über die wahrgenommenen Schwierigkeiten, aber keine Auskunft über die Gründe für die berichteten Schwierigkeiten, die individuelle und kontextuelle Ursachen haben können. Je nach einzelner Frage des HLS-EU-Q16 können beispielsweise die Qualität der genutzten Information in den Medien, die Qualität der Kommunikation von Fachkräften in der Arztpraxis oder die kognitiven Fähigkeiten der Befragten und ihre Selbstwirksamkeit (Überzeugung, auch schwierige Situationen selbst beeinflussen zu können) relevant sein [2, 20–22].

In GEDA 2014/2015-EHIS ergab sich für 9,7 % der Frauen eine „niedrige" Gesundheitskompetenz, für 31,1 % eine „eher niedrige", für 41,5 % eine „eher hohe" und für 17,7 % eine „hohe" Gesundheitskompetenz. Der Anteil der Frauen, die viele Schwierigkeiten beim Umgang mit Gesundheitsinformationen angaben, fällt zwar geringer aus als in den oben genannten Studien, dennoch zeigt sich Handlungsbedarf, vor allem bei Frauen aus der unteren Bildungsgruppe. Diese Frauen berichten in allen Altersgruppen häufiger, dass sie Schwierigkeiten haben. Aber auch Frauen mit mittlerer Bildung berichten im Vergleich zu Frauen aus der oberen Bildungsgruppe häufiger von Schwierigkeiten (Bildungsgradient) (Abb. 2.2.6.1).

In den Analysen für Deutschland wurden bislang keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Hinblick auf Gesundheitskompetenz gefunden. Für andere Länder konnten Analysen zu spezifischen Aspekten der Gesundheitskompetenz einzelne Unterschiede in der Gesundheitskompetenz von Frauen und Männern

Abbildung 2.2.6.1
Anteil „niedriger" und „eher niedriger" Gesundheitskompetenz* bei Frauen nach Alter und Bildung
Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS



*Ausmaß an selbsteingeschätzten Schwierigkeiten beim Umgang mit Gesundheitsinformationen

zeigen [23, 24]. Die unterschiedlichen Ergebnisse lassen sich zumindest teilweise dadurch erklären, dass die verschiedenen Studien unterschiedliche Dimensionen von Gesundheitskompetenz erfassen und in Deutschland bislang überwiegend die selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheitskompetenz erhoben wurde und weniger das Wissen und die funktionale Gesundheitskompetenz (Lese- und Schreibverständnis bezogen auf Gesundheit).

Studien aus anderen Ländern, die andere Erhebungsinstrumente einsetzten und sich spezifisch mit der Gesundheitskompetenz von Frauen befassten, fanden für verschiede frauenspezifische Gesundheitsthemen wie Brustkrebsfrüherkennung und -therapie, Stillen, Früherkennungsmaßnahmen in der Schwangerschaft und Gesundheit der Kinder einen positiven Effekt einer höheren Gesundheitskompetenz [25, 26]. Für Deutschland wurde der bereits erwähnte deutliche Einfluss der Bildung auf Gesundheitskompetenz gefunden [13]; dieser zeigt sich bei Frauen wie auch bei Männern [15]. Es bedarf weiterer Forschung, die aufzeigt, inwiefern Bildung und Gesundheitskompetenz geschlechterbezogen interagieren und wie Geschlechteraspekte in der Förderung von Gesundheitskompetenz stärker berücksichtigt werden können [27].

Die Verteilung von verschiedenen Gesundheitskompetenzlevels in der Gesamtbevölkerung und innerhalb der Gruppe der Frauen verweist auf Handlungsbedarf zur Förderung von Gesundheitskompetenz. Die Daten sind dabei nicht als Maß individueller Gesundheitskompetenz zu interpretieren, sondern verweisen auf die Bedeutung von Strukturen und Angeboten in allen Bereichen des Gesundheitswesens und anderen gesellschaftlichen Sektoren. Dazu kann beispielsweise gehören, den Zugang zu Versorgungsangeboten für Patientinnen so zu erleichtern, dass auch Frauen mit niedriger Gesundheitskompetenz, z. B. bestimmte Präventionsleistungen, häufiger in Anspruch nehmen können [2]. Entsprechend sollte die Förderung von Gesundheitskompetenz von Frauen wie Männern vor allem an den Voraussetzungen ansetzen, die im Alltag, in den Medien und im Gesundheits-, aber auch im Bildungssystem bestehen und es ermöglichen, mehr Gesundheitskompetenz zu entwickeln. Dazu sollte auch die spezifische Ansprache von Mädchen und Frauen gehören, um sie als Zielgruppe besser zu erreichen.

Bislang spielen Geschlechteraspekte in den Aktivitäten zur Förderung der Gesundheitskompetenz noch kaum eine Rolle. Aber Frauen benötigen nicht nur geschlechtsspezifische Gesundheitsinformationen, sondern teilweise andere und anders aufbereitete Informationen als Männer. Darüber hinaus könnte eine andere Form der Übermittlung

von Gesundheitsinformationen wichtig sein [27]. Zu den Maßnahmen sollten Aktivitäten über den gesamten Lebensverlauf gehören, z. B. von der schulbasierten gesundheitlichen Grundbildung bis zur Erwachsenenbildung [28]. Innerhalb der Gruppe der Frauen sollten vulnerable Gruppen wie Frauen mit geringerer Bildung, ältere Frauen, Frauen mit Migrationshintergrund oder Frauen mit chronischen Krankheiten berücksichtigt werden.

Ein Good-Practice-Beispiel hierfür ist das Projekt „Durchblick. Gesundheitskompetenz für Frauen" aus Österreich. Am Anfang stand ein partizipativer Erhebungsprozess, der die Bedürfnisse von Frauen mit Migrationshintergrund bzw. chronischer Erkrankung erfasste, unter Einbeziehung von Fachpersonal aus dem Gesundheitswesen. Darauf aufbauend wurde ein an die Bedürfnisse der Frauen angepasstes Kursangebot entwickelt. Das Projekt wurde evaluiert und zeigt eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz der beteiligten Frauen in den Bereichen Wissen und Orientierung im Gesundheitssystem [29].

Neben projektbezogenen Maßnahmen gilt es, strukturelle Voraussetzungen zu schaffen, z. B. im Rahmen der Schul- und Erwachsenenbildung, damit beispielsweise auch Frauen mit niedriger Bildung ausreichend Gesundheitskompetenz entwickeln können. Entsprechend nimmt der Bereich Bildung im „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz" eine wichtige Rolle ein. So lautet die erste Empfehlung des Aktionsplans: „Das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage versetzen, die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen" [28]. Bildungsmaterialien zur Gesundheit sollten für verschiedene Lesefähigkeiten entwickelt und auch entsprechend gestaltet werden [26]. Auch die Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen sollten ihre Angebote und Strukturen frauenspezifisch unter Berücksichtigung unterschiedlich ausgeprägter Gesundheitskompetenz entwickeln [25], damit diese zum Abbau von Ungleichheiten im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung und Prävention beitragen [27]. Die Förderung der Gesundheitskompetenz von Frauen, die Schlüsselpersonen und Multiplikatorinnen von Gesundheitsinformationen in der Familie sind, kann zusätzlich dazu beitragen, die Gesundheitskompetenz in der Gesellschaft insgesamt zu stärken [27].

Literatur

1. Sørensen K, Vd Broucke S, Fullam J et al. (2012) Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 12:80
2. Bitzer EM, Sørensen K (2018) Gesundheitskompetenz – Health Literacy. Gesundheitswesen 80(08/09):754
3. Abel T, Sommerhalder K (2015) Gesundheitskompetenz/Health Literacy. Bundesgesundheitsbl 58(9):923–929
4. Kickbusch I, Pelikan J, Haslbeck J et al. (Hrsg) (2016) Gesundheitskompetenz. Die Fakten. Careum Stiftung, Zürich
5. Al Sayah F, Majumdar SR, Williams B et al. (2013) Health literacy and health outcomes in diabetes: a systematic review. J Gen Intern Med 28(3):444–452
6. Taylor DM, Fraser S, Dudley C et al. (2018) Health literacy and patient outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. Nephrol Dial Transplant 33(9):1545–1558
7. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE et al. (2011) Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med 155(2):97–107
8. HLS-EU Consortium (2014) Comparative report on health literacy in eight EU members states. The European Health Literacy Survey HLS-EU (second reviesed and extended version). Ludwig Boltzmann Institute for Health Promotion Research, Vienna
9. Sørensen K, Pelikan JM, Rothlin F et al. (2015) Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health 25(6):1053–1058
10. Rice RE (2006) Influences, usage, and outcomes of Internet health information searching: multivariate results from the Pew surveys. Int J Med Inform 75(1):8–28
11. Swami V (2012) Mental Health Literacy of Depression: Gender Differences and Attitudinal Antecedents in a Representative British Sample. PLoS ONE 7(11):e49779. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049779 (Stand: 01.04.2020)
12. Lee HY, Lee J, Kim NK (2015) Gender Differences in Health Literacy Among Korean Adults: Do Women Have a Higher Level of Health Literacy Than Men? Am J Mens Health 9(5):370–379
13. Schaeffer D, Berens EM, Vogt D (2017) Health Literacy in the German Population. Results of a representative survey. Dtsch Arztebl Int 114(4):53–60
14. Zok K (2014) Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. WIdO-monitor 11(2):1–12
15. Jordan S, Hoebel J (2015) Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA). Bundesgesundheitsbl 58(9):942–950
16. Schaeffer D, Vogt D, Berens EM et al. (2016) Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld
17. Horch K, Starker A, Jordan S (2019) Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidung (KomPaS). Sachbericht. Robert Koch-Institut, Berlin. www.bundesgesundheitsministerium.de/service/(Stand: 01.04.2020)
18. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). Arch Public Health 75:40
19. Sørensen K, Vd Broucke S, Pelikan JM et al. (2013) Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health 13:948

20. Schaeffer D, Berens EM, Vogt D (2017) In Reply. Dtsch Arztebl Int 114(18):330
21. Steckelberg A, Meyer G, Mühlhauser I (2017) Questionnaire Should not Be Used any Longer. Dtsch Arztebl Int 114(18):330
22. Pelikan J, Schaeffer D, Hurrelmann K et al. (2018) Die Kritik am Instrument des European Health Literacy Survey (HLS-EU) ist nicht gerechtfertigt – eine Klarstellung. https://oepgk.at/die-kritik-am-instrument-des-european-health-literacy-survey-hls-eu-ist-nicht-gerechtfertigt-eine-klarstellung/ (Stand: 01.04.2020)
23. Wong DF, Lam AY, Poon A et al. (2012) Gender differences in mental health literacy among Chinese-speaking Australians in Melbourne, Australia. Int J Soc Psychiatry 58(2):178–185
24. Ek S (2015) Gender differences in health information behaviour: a Finnish population-based survey. Health Promot Int 30(3):736–745
25. Corrarino JE (2013) Health literacy and women's health: challenges and opportunities. J Midwifery Womens Health 58(3):257–264
26. Shieh C, Halstead JA (2009) Understanding the impact of health literacy on women's health. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 38(5):601–610
27. Kelb V, Romotzky V, Wojtacki A (2017) Gender-Sensitive Health Literacy – A Future Concept for Public Health? Conference report. Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Universität Köln, Köln
28. Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U et al. (Hrsg) (2018) Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. KomPart, Berlin
29. Sladek U, Wolf H (2015) „Durchblick“: Projekt zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Frauen. Journal für Gesundheitsförderung 3(1):24–27

2.3 Prävention und Gesundheitsversorgung

2.3.1 Krebsfrüherkennung

- *Krebsfrüherkennungsuntersuchungen werden als Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung angeboten, spezifisch für Frauen die Früherkennungsuntersuchungen auf Gebärmutterhalskrebs und Brustkrebs.*
- *In dem jeweiligen Untersuchungsintervall haben von den anspruchsberechtigten Frauen nach Selbstangaben 53,1% einen Pap-Abstrich machen lassen, bei 74,2% wurde eine Mammographie durchgeführt.*
- *Gesundheitspolitische Zielsetzung ist es, die informierte Entscheidung der Frauen über eine Inanspruchnahme dieser Untersuchungen zu steigern.*

Unter dem Begriff der Krebserkrankungen werden ca. 100 in ihrer Entstehung und Prognose sehr unterschiedliche Erkrankungen zusammengefasst. Mit dem Alter steigt das Risiko, an Krebs zu erkranken. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der zunehmenden Verbreitung der durch den Lebensstil bedingten Risikofaktoren, wie Tabakkonsum, Ernährung mit geringem Obst- und Gemüseanteil und hohem Anteil von rotem Fleisch und Wurst, Übergewicht, Bewegungsmangel und Alkoholkonsum [1, 2], gehören Krebserkrankungen in Deutschland zu den häufigsten Erkrankungen. Jeder zweite bis dritte Mensch erkrankt im Lauf seines Lebens daran. Im Jahr 2016 wurde bei etwa 234.000 Frauen und 259.000 Männern eine Krebserkrankung neu diagnostiziert. Fast 105.000 Frauen und 125.000 Männer starben im selben Jahr an den Folgen ihrer Krebserkrankung. Insgesamt lebten im Jahr 2016 rund 825.000 Frauen in Deutschland mit einer bis zu fünf Jahre zurückliegenden Krebsdiagnose, weitere 619.000 Frauen waren zwischen fünf und zehn Jahren zuvor erstmals an Krebs erkrankt [3].

Krebserkrankungen sind, wenn sie in einem Frühstadium festgestellt werden, besser und mit größeren Heilungschancen behandelbar. Hier setzt das Prinzip der Krebsfrüherkennung an, deren Ziel es ist, Krebserkrankungen in einem möglichst frühen Stadium zu entdecken und somit langfristig das Auftreten fortgeschrittener Erkrankungsstadien zu senken, wirksame Therapien frühzeitig einzuleiten und letztlich die krankheitsspezifische Sterblichkeit zu verringern [4]. Dabei richten sich Früherkennungsmaßnahmen an Personen(gruppen), die zum Zeitpunkt der Untersuchung beschwerdefrei sind bzw. keine Krankheitssymptome aufweisen. Krebsfrüherkennung dient damit der Sekundärprävention (siehe Infobox 2.3.2.1). Zudem sind einige wenige Krebserkrankungen, wie Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs, durch die Entdeckung und Behandlung von Krebsvorstufen, potenziell verhinderbar.

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen können neben dem individuellen Nutzen auch mit Risiken und (psychischen) Belastungen verbunden sein, da sie – wie kein Früherkennungsverfahren – zu 100 Prozent treffsicher und genau sind. Risiken können mit der Untersuchung selbst verbunden sein, z. B. die Strahlenbelastung der Mammographie. Schadenspotenzial haben daneben falsch-negative Testbefunde – d. h., Tumoren werden nicht entdeckt oder übersehen, obwohl die Person bereits erkrankt ist – sowie falsch-positive („falscher Alarm“) Testbefunde und die daraufhin folgenden unnötigen, ggf. invasiven und belastenden Abklärungsuntersuchungen (z. B. Entnahme einer Gewebeprobe). Zudem können durch Früherkennungsuntersuchungen auch langsam wachsende Tumoren oder Krebsvorstufen entdeckt werden, welche die Lebenserwartung und Lebensqualität der Betroffenen nicht beeinträchtigt hätten. Ihre Behandlung – mit allen damit verbundenen Komplikationsmöglichkeiten und Risiken – gilt als Übertherapie. Daher ist es wichtig, dass sich anspruchsberechtigte Personen auf Basis neutraler und wissenschaftlich abgesicherter Informationen über Vor- und Nachteile der jeweiligen Untersuchung autonom für oder auch gegen eine Krebsfrüherkennungsmaßnahme entscheiden können.

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen werden für Frauen und Männer verschiedener Altersgruppen als Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung angeboten (siehe Infobox 2.3.1.1) [5, 6]. Die verschiedenen Untersuchungen sind in Tabelle 2.3.1.1 zusammengestellt. Spezifisch für Frauen sind die Früherkennungsuntersuchungen auf Gebärmutterhalskrebs und Brustkrebs, über die im Folgenden berichtet wird.

Infobox 2.3.1.1
Rechtlicher Rahmen von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Die Regelungen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung sind im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert (§§ 25 und 25a SGB V).

In § 25 SGB V ist als Voraussetzung für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen festgehalten, dass es sich um Krankheiten handeln muss, die wirksam behandelt werden können, dass die Vor- oder Frühstadien dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfasst werden können und dass die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig erkannt werden können. Des Weiteren müssen genügend Ärztinnen bzw. Ärzte und Einrichtungen vorhanden sein, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eindeutig zu diagnostizieren und zu behandeln [25]. Infolge des am 9. April 2013 in Kraft getretenen Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes (KFRG) sollen gemäß § 25a SGB V Krebsfrüherkennungsuntersuchungen als organisierte Programme angeboten werden, für die entsprechende, von der Europäischen Kommission veröffentlichte Europäische Leitlinien vorliegen. Dies betrifft derzeit außer der Früherkennung von Brustkrebs (Mammographie-Screening) die Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs und von Darmkrebs. Wsentliche Elemente von organisierten Screening-Programmen sind ein schriftliches Einladungsverfahren mit begleitenden Informationen über Nutzen und Risiken der jeweiligen Untersuchung, die Durchführung der Untersuchung sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Erfolgskontrolle.

Die gesetzlichen Vorgaben werden in Richtlinien weiter konkretisiert. Dies ist Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), dem obersten Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern. In der Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (KFE-RL) des G-BA werden die Zielgruppen der jeweiligen Früherkennungsmaßnahme, die Untersuchungsmethoden und -intervalle sowie etwaige Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Evaluation konkretisiert [5].

Die neue Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) des G-BA bestimmt die näheren Vorgaben über die Durchführung und Beurteilung von organisierten Krebsfrüherkennungsprogrammen allgemein und spezifisch für Gebärmutterhalskrebs und für Darmkrebs [6].

Brustkrebs ist die mit Abstand häufigste Krebserkrankung bei Frauen, ca. 69.000 Neuerkrankungen wurden im Jahr 2016 registriert. Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt bei 64 Jahren [3]. Die Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust beinhaltet für Frauen ab 30 Jahren jährlich neben der gezielten Anamnese das Abtasten der Brustdrüsen und Achselhöhlen sowie die Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung. Für Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren wird neben der Tastuntersuchung alle zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung der Brust im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms angeboten [5]. Die Festlegung auf diese Altersspanne für das Mammographie-Screening-Programm orientierte sich an den bisher geltenden Europäischen Leitlinien zur Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings [7]. Dies wurde außerdem von der Erkenntnis untermauert, dass sich das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, ab dem 50. Lebensjahr erhöht, um ab dem ca. 70. Lebensjahr wieder abzusinken sowie dadurch, dass der Nutzen des Screening-Programms in dieser Altersgruppe die potenziellen Schäden überwiegt [8]. Zum Mammographie-Screening werden flächendeckend seit dem Jahr 2009 alle anspruchsberechtigten Frauen alle zwei Jahre schriftlich in eine zertifizierte Screening-Einrichtung eingeladen. Mit dem Einladungsschreiben erhalten die Frauen auch eine Entscheidungshilfe, die über Vor- und Nachteile der Untersuchung informiert und bei der Entscheidung über eine mögliche Teilnahme unterstützen soll.

Gebärmutterhalskrebs liegt im Vergleich zu Brustkrebs an 13. Stelle der Krebsneuerkrankungen bei Frauen [3] und gehört zu den wenigen Krebsdiagnosen, die bereits in jüngerem Lebensalter auftreten bzw. entdeckt werden. Hauptursache für Gebärmutterhalskrebs ist eine Infektion mit bestimmten Hochrisikotypen der Humanen Papillomviren (HPV), vor allem mit den Typen HPV-16 und HPV-18 [9]. Für Frauen ist das Infektionsrisiko

Tabelle 2.3.1.1
Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der gesetzlichen Krankenversicherung
Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss [5, 6]

Ziel der Früherkennung	Art der Untersuchung	Zielgruppe	Alter	Untersuchungsintervall
Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs	Abstrich am Gebärmutterhals im Rahmen des seit Januar 2020 stattfindenden Screening-Programms (mit Einladungs- und Informationswesen)	Frauen	20 bis 34 Jahre	Jährlich
	Abstrich am Gebärmutterhals und Test auf Humane Papillomviren (HPV) als Ko-Testung im Rahmen des seit Januar 2020 stattfindenden Screening-Programms (mit Einladungs- und Informationswesen)	Frauen	Ab 35 Jahre	Alle drei Jahre
Früherkennung von Brustkrebs	Abtasten der Brust	Frauen	Ab 30 Jahre	Jährlich
	Mammographie beider Brüste im Rahmen des seit 2009 stattfindenden Mammographie-Screening-Programms (mit Einladungs- und Informationswesen)	Frauen	50 bis 69 Jahre	Alle zwei Jahre
Früherkennung von Hautkrebs	Ganzkörperuntersuchung der Haut	Frauen, Männer	Ab 35 Jahre	Alle zwei Jahre
Früherkennung von Prostatakrebs	Abtasten der Prostata (digitale rektale Untersuchung)	Männer	Ab 45 Jahre	Jährlich
Früherkennung von Darmkrebs	Stuhluntersuchung (immunologischer Test auf verborgenes Blut im Stuhl) im Rahmen des seit Juli 2019 stattfindenden Screening-Programms (mit Einladungs- und Informationswesen)	Frauen, Männer	50 bis 54 Jahre	Jährlich
			ab 55 Jahre	Wenn keine Koloskopie, alle zwei Jahre
	Koloskopie (Darmspiegelung) im Rahmen des seit Juli 2019 stattfindenden Screening-Programms (mit Einladungs- und Informationswesen)	Frauen, Männer	ab 55 Jahre, ab 50 Jahre*	Zwei Koloskopien im Mindestabstand von zehn Jahren

* Männer können bereits ab einem Alter von 50 Jahren zwischen Stuhluntersuchung und Koloskopie wählen

vom Beginn der sexuellen Aktivität an bis zum Alter von etwa 30 Jahren am größten [10, 11]. Eine Infektion mit HPV verläuft in der Regel unbemerkt, verursacht keine Beschwerden und heilt meist von selbst aus. Anhaltende Infektionen mit Hochrisiko-HPV-Typen können in den Schleimhautzellen am Muttermund zu Gewebeveränderungen (Dysplasien) führen, aus denen sich ein bösartiger Tumor entwickeln kann. Die Dauer zwischen Infektion mit Hochrisiko-HPV-Typen und der Entwicklung einer Dysplasie wird auf drei bis sechs Jahre geschätzt, die Dauer zwischen einer Dysplasie und der Entwicklung eines invasiven Karzinoms auf ca. zehn bis teilweise sogar über 30 Jahre [12]. Eine regelmäßige Krebsfrüherkennung ermöglicht es, Vorstadien und frühe Formen des Gebärmutterhalskrebses zu erkennen und mit entsprechend guten Heilungsaussichten zu behandeln. Überdies besteht die Möglichkeit der HPV-Impfung zur Primärprävention von Gebärmutterhalskrebs (siehe Kapitel 2.1.9).

Im Durchschnitt wird Gebärmutterhalskrebs im Alter von 55 Jahren diagnostiziert und damit neun Jahre früher als Brustkrebs [3]. Seit dem 1. Januar 2020 kommt die Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (siehe Infobox 2.3.1.1) für das neu gestaltete Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs zur Anwendung [6]. Diese Richtlinie basiert auf den Vorgaben des Krebsfrüherkennungs- und

-registergesetzes (KFRG) aus dem Jahr 2013 [13]. Entsprechend den Vorgaben des Gesetzes hatte der G-BA den Auftrag, die bisherige Früherkennung für Gebärmutterhalskrebs (sowie für Darmkrebs) in organisierte Screening-Programme zu überführen. Auf diese Weise sollen die Reichweite, Wirksamkeit und die Qualität der bislang bestehenden Krebsfrüherkennungsangebote verbessert werden.

Gemäß der oKFE-RL werden gesetzlich krankenversicherte Frauen im Alter von 20 bis 65 Jahren alle fünf Jahre von ihrer jeweiligen Krankenkasse persönlich (mittels Anschreiben und Entscheidungshilfe) über die Möglichkeit zur Teilnahme an diesem Krebsfrüherkennungsprogramm informiert, welches die folgenden altersabhängigen Untersuchungsangebote vorsieht: Frauen im Alter von 20 bis 34 Jahren können wie bisher einen jährlichen zytologischen Abstrich in Anspruch nehmen. Das ist ein Zellabstrich von den an der Oberfläche liegenden Zellen des Muttermundes (Portio) und aus dem Gebärmutterhalskanal (Zervikalkanal) nach Papanicolaou (Pap-Abstrich). Frauen ab dem Alter von 35 Jahren wird statt des bisher jährlichen Pap-Abstriches nun alle drei Jahre eine Kombinationsuntersuchung aus einem zytologischen Abstrich und einem HPV-Test angeboten. Trotz der hohen Verbreitung von HPV in der Altersgruppe der 20- bis 34-Jährigen [14–16], aber auch der höheren Wahrscheinlichkeit, dass eine HPV-Infektion ohne Veränderungen am Gebärmutterhals wieder ausheilt, wäre bei einem HPV-Test-basierten Screening bei diesen Frauen von beträchtlicher Überdiagnostik und Übertherapie auszugehen [17–19]. Aus diesem Grunde haben Frauen erst ab dem Alter von 35 Jahren Anspruch auf die genannte Kombinationsuntersuchung. Der Anspruch auf die bisherige jährliche klinische (Tast-)Untersuchung bleibt bestehen. Die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen können von Frauen ab 20 Jahren auch unabhängig von den Anschreiben der gesetzlichen Krankenkassen sowie über das 65. Lebensjahr hinaus in Anspruch genommen werden. In der Richtlinie des G-BA ist auch das weitere Vorgehen zur Abklärung von auffälligen Abstrich- und/oder HPV-Test-Befunden geregelt. Weitere Informationen zu Krebserkrankungen und deren Primärprävention bei Frauen finden sich in den Kapiteln 2.1.4 und 2.1.9.

Im Folgenden wird anhand von mehreren Datenquellen über die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen auf Gebärmutterhalskrebs und auf Brustkrebs berichtet. Eine wichtige Datenquelle hierfür sind die Ergebnisse der Inanspruchnahme gesetzlich Krankenversicherter, die vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) bereitgestellt werden [20–22]. Sie basieren auf vertragsärztlichen Abrechnungsziffern und den Mitgliederbeständen der gesetzlichen Krankenversicherung (KM 6-Statistik [23]). Die Kooperationsgemeinschaft Mammographie (getragen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband) stellt die Ergebnisse des Mammographie-Screening-Programms inklusive der Teilnahmequoten zur Verfügung [24]. In der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) des Robert Koch-Instituts (RKI) wurden die teilnehmenden Frauen nach der letzten Durchführung eines Abstrichs am Gebärmutterhals (Pap-Abstrich) und nach der letzten Mammographie gefragt. Anhand der Antworten kann beurteilt werden, ob das für die Krebsfrüherkennung empfohlene Untersuchungsintervall eingehalten wurde. Bei der Mammographie sollte außerdem angegeben werden, ob die letzte Untersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms oder aus anderen Gründen erfolgt ist. Die Ergebnisse werden stratifiziert nach Alter und Bildungsstand berichtet.

Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung auf Gebärmutterhalskrebs

Die Auswertungen des Zi [21] zeigen für das Jahr 2017, dass etwa die Hälfte der anspruchsberechtigten Frauen die bisher jährliche Früherkennungsuntersuchung auf Gebärmutterhalskrebs wahrnimmt. Bei der Interpretation dieses Ergebnisses ist jedoch zu berücksichtigen, dass gerade bei Frauen der höheren Altersgruppen die Gebärmutter nicht selten bereits entfernt wurde (Hysterektomie) [26]. Laut der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1 2008–2011) ist dies bei etwa einem Drittel der 50- bis 79-jährigen Frauen der Fall (siehe Kapitel 2.1.8). Für diese Frauen kommt der Pap-Abstrich in vielen Fällen nicht mehr in Frage, da bei dieser Operation der Gebärmutterhals oftmals nicht erhalten bleibt. Zum organisierten Screening-Programm werden alle Frauen zwischen 20 und 65 Jahren eingeladen, unabhängig

davon, ob sie hysterektomiert sind. Denn auch nach einer Teilentfernung der Gebärmutter kann es sinnvoll sein, sich weiterhin auf Gebärmutterhalskrebs untersuchen zu lassen.

Insgesamt kann eingeschätzt werden, dass für diese Untersuchung Potenzial zur Steigerung der Inanspruchnahme besteht. Das gilt vor allem für die Generation von Frauen, die nicht von einer Impfung gegen HPV zum Schutz vor Gebärmutterhalskrebs profitieren können. In Deutschland empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut seit dem Jahr 2007 allen Mädchen die HPV-Impfung mit dem Ziel, die Krankheitslast durch Gebärmutterhalskrebs zu senken. Im Jahr 2014 hat die STIKO das Impfalter von zuvor 12 bis 17 Jahre auf 9 bis 14 Jahre herabgesetzt. Seit Juni 2018 empfiehlt die STIKO die Impfung gegen HPV auch für Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren. Versäumte Impfungen sollten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nachgeholt werden [27] (siehe Kapitel 2.1.9).

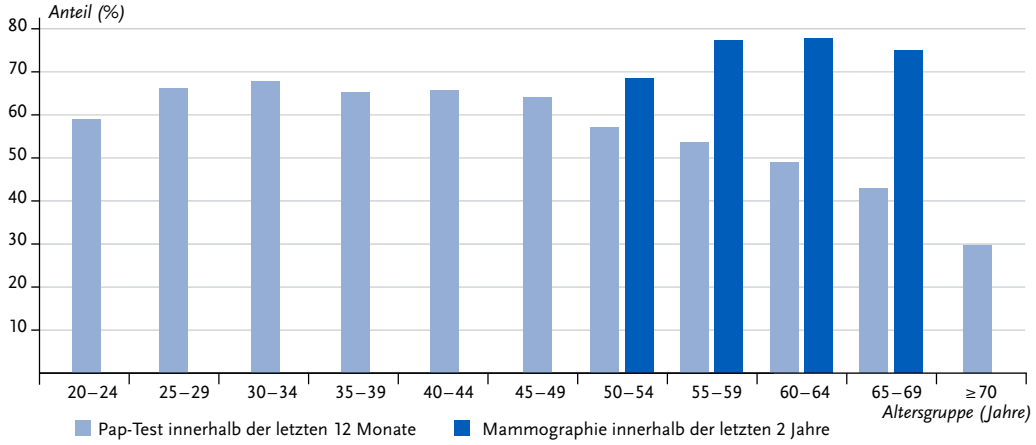
Die Ergebnisse der Befragung GEDA 2014/2015-EHIS fallen ähnlich wie die des Zi aus: Mit 53,1 % wurde bei knapp der Hälfte der Frauen im Alter ab 20 Jahren im letzten Jahr vor der Befragung ein Pap-Abstrich durchgeführt [28]. Hinsichtlich der Altersverteilung zeigt sich, dass Frauen im Alter von 30 bis 34 Jahren die höchste Inanspruchnahme aufweisen (67,9 %), die geringste berichten Frauen ab 70 Jahren (29,7 %) (Abb. 2.3.1.1). Ein Einfluss des Bildungsstandes der Befragten auf die Inanspruchnahme dieser Untersuchung zeigt sich nicht.

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen können, wie eingangs beschrieben, neben dem Nutzen mit Risiken und Belastungen verbunden sein. Darüber hinaus ist das individuelle Erkrankungsrisiko zu berücksichtigen. Bei Gebärmutterhalskrebs wird dieses u. a. davon beeinflusst, wie alt die Frauen sind, von ihrem Sexualverhalten und dem ihrer Partner, ob die Frauen gegen HPV geimpft sind, aber auch davon, ob sie rauchen [29, 30]. Die Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme an einer solchen Untersuchung sollte deshalb informiert getroffen werden [31, 32]. Mit der Einführung des organisierten Programms zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs inklusive der persönlichen und regelmäßigen Information über das Programm soll die informierte Entscheidung gestärkt und damit möglichst auch die Inanspruchnahme gefördert werden [33].

Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung auf Brustkrebs durch Mammographie

In GEDA 2014/2015-EHIS gaben knapp drei Viertel (74,2 %) der Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren an, dass bei ihnen innerhalb der letzten zwei Jahre eine Mammographie durchgeführt wurde [28] (Abb. 2.3.1.1). Frauen zwischen 50 und 54 Jahren nahmen an dieser Untersuchung seltener teil als Frauen in den höheren Altersgruppen. Ein Bildungsgradient bei der Inanspruchnahme

Abbildung 2.3.1.1
Turnusgemäße Inanspruchnahme von Pap-Abstrich und Mammographie bei anspruchsberechtigten Frauen nach Alter
Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS [28]



zeigt sich nicht. Acht von zehn Frauen, die in den letzten zwei Jahren eine Mammographie hatten, gaben an, dass der Grund für diese Untersuchung die Einladung im Rahmen des deutschen Mammographie-Screening-Programms war.

Bei der Mammographie liegen die Ergebnisse aus GEDA 2014/2015-EHIS (74,2 %) deutlich über denen der Kooperationsgemeinschaft Mammographie für das Jahr 2015 von 51 % [34], was zunächst darauf hindeutet, dass nicht alle Mammographien als Früherkennungsmaßnahme, sondern zur Abklärungsdiagnostik, z. B. nach einem auffälligen Tastbefund durchgeführt wurden. Bei wie vielen dieser Mammographien es sich um eine Abklärungsuntersuchung handelt, kann anhand der GEDA-Daten nicht beurteilt werden. Es wurde nur danach gefragt, ob der Grund für die letzte Mammographie die Einladung zum Screening gewesen ist. Somit kann nicht beurteilt werden, ob Frauen bereits früher am Screening-Programm teilgenommen haben, sich aber zwischenzeitlich erneut einer Untersuchung außerhalb des Screenings unterzogen haben, etwa zur Abklärung eines Tastbefundes [35]. Als Limitation von Befragungsdaten gilt zudem, dass der Zeitraum seit der letzten Untersuchung von den Frauen nicht sicher erinnert worden sein kann (Recall-Bias), was zu einer Verzerrung der Ergebnisse beitragen kann.

Insgesamt ist auch aktuell (Daten von 2017) die Inanspruchnahme im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms trotz des organisierten Programmcharakters mit 49,4 % der eingeladenen Frauen in Deutschland relativ gering [36]. In anderen europäischen Ländern ist das ähnlich [37]. Als ein möglicher Grund hierfür wird diskutiert, dass es für Frauen keine leichte Entscheidung ist, am Screening teilzunehmen, da die Größenordnung von Nutzen (verringerte Brustkrebssterblichkeit) und Schaden (Überdiagnosen) des Mammographie-Screenings von der wissenschaftlichen Fachwelt unterschiedlich bewertet wird bzw. die Studienlage dazu uneinheitlich ist [38–41].

Zukünftige Anstrengungen sollten daher darauf ausgerichtet sein, das Verhältnis von Nutzen und Schaden des Screening-Programms durch eine Steigerung der Qualität des Programms weiter zu optimieren. Hierzu können aktuell laufende Studien zur Verbesserung der Untersuchungsmethoden (u. a. Weiterentwicklung der digitalen Mammographie zu einem 3-dimensionalen Schichtbildverfahren [42] oder ergänzende qualitätsgesicherte Screening-Ultraschall-Untersuchungen bei Frauen mit sehr dichtem Brustdrüsengewebe im Rahmen des Mammographie-Screenings [43, 44]) einen wichtigen Beitrag leisten. Für eine informierte Inanspruchnahme ist zudem die neutrale, umfassende und verständliche Information der eingeladenen Frauen unerlässlich. Im Juli 2017 hat der G-BA zuletzt eine überarbeitete Entscheidungshilfe beschlossen, die von den einladenden Stellen verschickt wird [45]. Sie enthält verständlich dargestellte Informationen zur Brustkrebserkrankung, zum Ablauf der Mammographie, zu Vor- und Nachteilen des Screenings und zu den organisatorischen Rahmenbedingungen. Anhand einer Checkliste können die Frauen einordnen, wie wichtig die einzelnen Aspekte für sie sind. Dies soll eine informierte Entscheidung hinsichtlich einer Teilnahme oder auch Nicht-Teilnahme am Mammographie-Screening besser ermöglichen [46].

Fazit

Zur Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen durch Frauen in Deutschland liegen bundesweit aussagekräftige Daten vor. Sie zeigen, dass etwa die Hälfte der anspruchsberechtigten Frauen nicht im bislang vorgesehenen jährlichen Intervall an den Früherkennungsuntersuchungen für Gebärmutterhalskrebs teilgenommen hat. Die Befragungsdaten deuten aber darauf hin, dass ein erheblicher Anteil der Frauen den Pap-Abstrich in größeren Intervallen wahrgenommen hat. Das Intervall wurde auf Grundlage der neuen Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme des G-BA seit Beginn des Jahres 2020 für die Frauen ab 35 Jahren von jährlich auf drei Jahre erweitert und zugleich der HPV-Test als Untersuchungsmethode zur Kombination mit dem Pap-Abstrich eingeführt. Es bleibt abzuwarten, wie sich die nun seit Januar 2020 versendeten Informationsschreiben der Krankenkassen einschließlich der mitverschickten Entscheidungshilfen insgesamt auf das Teilnahmeverhalten der anspruchsberechtigten Frauen am Früherkennungsprogramm für Gebärmutterhalskrebs auswirken werden.

Auch am organisierten Mammographie-Screening hat jede zweite anspruchsberechtigte Frau nicht teilgenommen. Die Befragungsdaten deuten jedoch darauf hin, dass Mammographien in der Screening-Altersgruppe auch außerhalb des

Programms stattgefunden haben, wobei es nicht möglich war, zu differenzieren, ob diese Röntgenaufnahmen zu Früherkennungszwecken oder zu diagnostischen Zwecken durchgeführt wurden. Im Hinblick auf das Teilnahmeverhalten wäre die begleitende Durchführung von Studien zum Informationsstand und zu den Gründen für oder gegen eine Teilnahme am Mammographie-Screening (oder auch anderen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen) wünschenswert.

In diesem Zusammenhang ist auch auf eine im Vergleich zur Gesamtgruppe von Frauen in der Bevölkerung geringere Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen durch lesbische und bisexuelle Frauen sowie transgeschlechtliche Männer (mit medizinisch weiblich klassifizierten Geschlechtsorganen) hinzuweisen [47–50]. Auch hier bedarf es weiterer Forschung zu den Barrieren der Inanspruchnahme.

Die Erkenntnisse könnten dazu genutzt werden, den Informationsstand und -bedarf der Anspruchsberechtigten abzubilden und Entscheidungshilfen zur Krebsfrüherkennung weiter zu verbessern [51, 52].

Literatur

1. Mons U, Gredner T, Behrens G et al. (2018) Krebs durch Rauchen und hohen Alkoholkonsum. Schätzung der attributablen Krebslast in Deutschland. Dtsch Arztebl Int 115(35–36):571–577
2. Behrens G, Gredner T, Stock C et al. (2018) Krebs durch Übergewicht, geringe körperliche Aktivität und ungesunde Ernährung. Schätzung der attributablen Krebslast in Deutschland. Dtsch Arztebl Int 115(35–36):578–585
3. Robert Koch-Institut, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg) (2019) Krebs in Deutschland für 2015/2016, 12. Ausgabe. RKI, GEKID, Berlin
4. Morrison AS (1992) Screening in Chronic Disease, 2. Edition. Oxford University Press, New York
5. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2019) Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen – KFE-RL. www.g-ba.de/richtlinien/17/ (Stand: 01.04.2020)
6. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2019) Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme – oKFE-RL. www.g-ba.de/richtlinien/104/ (Stand: 01.04.2020)
7. Perry N, Broeders M, de Wolf C et al. (Hrsg) (2001) European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening. Third Edition. European Commission, Brussels
8. Fügemann H, Kääb-Sanyal V (2016) Mammographie-Screening: Nutzen-Schaden-Abwägung im internationalen Vergleich. Dtsch Arztebl Int 113(3):5–13
9. zur Hausen H (2009) Papillomaviruses in the causation of human cancers – a brief historical account. Virology 384(2):260–265
10. Ständige Impfkommission (2007) Mitteilung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut: Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV) für Mädchen von 12 bis 17 Jahren – Empfehlung und Begründung. Epid Bull 12:97–103
11. Myers ER, McCrory DC, Nanda K et al. (2000) Mathematical model for the natural history of human papillomavirus infection and cervical carcinogenesis. Am J Epidemiol 151(12):1158–1171
12. Robert Koch-Institut (2018) RKI-Ratgeber Humane Papillomviren. Epid Bull 27:255–259
13. Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG (2013) Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 16 vom 8.4.2013. Bundesanzeiger Verlag, Köln, S. 617–623
14. Bruni L, Diaz M, Castellsagué M et al. (2010) Cervical Human Papillomavirus Prevalence in 5 Continents: Meta-Analysis of 1 Million Women with Normal Cytological Findings. J Infect Dis 202(12):1789–1799
15. Iftner T, Eberle S, Iftner A et al. (2010) Prevalence of low-risk and high-risk types of human papillomavirus and other risk factors for HPV infection in Germany within different age groups in women up to 30 years of age: An epidemiological observational study. J Med Virol 82(11):1928–1939
16. de Jonge M, Busecke G, Heinecke A et al. (2013) Human Papillomavirus Genotype Distribution in Cytologically Screened Women from Northwest Germany. Acta Cytol 57(6):591–598
17. Luyten A, Scherbring S, Reinecke-Lüthge A et al. (2009) Risk-adapted primary HPV cervical cancer screening project in Wolfsburg, Germany – Experience over 3 years. J Clin Virol 46(SUPPL. 3):S5–S10
18. Petry KU, Menton S, Menton M et al. (2003) Inclusion of HPV testing in routine cervical cancer screening for women above 29 years in Germany: results for 8466 patients. Brit J Cancer 88(10):1570–1577
19. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2018) Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und eine Änderung der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme: Programm zur Früherkennung von Zervixkarzinomen. www.g-ba.de/downloads/40-268-5486/2018-11-22_oKFE-RL_Zervixkarzinom_TrG.pdf (Stand: 01.04.2020)
20. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2017) Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen (fäkaler okkulter Bluttest (FOBT), Koloskopie) und an Beratungen zur Prävention von Darmkrebs. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
21. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2017) Teilnahme an gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
22. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2012) Akzeptanz von Früherkennungs-Untersuchungen. www.zi.de/forschungsgebiete/studien/akzeptanz-von-frueherkennungs-untersuchungen/ (Stand: 01.04.2020)
23. Bundesministerium für Gesundheit (2017) KM 6-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte). www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
24. Kooperationsgemeinschaft Mammographie (2020) Publikationen und Stellungnahmen. https://fachservice.mammo-programm.de/publikationen-und-stellungnahmen#evaluation (Stand: 01.04.2020)
25. Sozialgesetzbuch (2019) Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung. www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ (Stand: 01.04.2020)
26. Prütz F, Knopf H, vd Lippe E et al. (2013) Prävalenz von Hysterektomien bei Frauen im Alter von 18 bis 79 Jahren. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5–6):716–722

27. Robert Koch-Institut (2018) Mitteilung der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut 2018/2019. Epid Bull 34:335–382
28. Starker A, Buttmann-Schweiger N, Krause L et al. (2018) Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Deutschland: Angebot und Inanspruchnahme. Bundesgesundheitsbl 61(12):1491–1499
29. Gemeinsamer Bundesausschuss (2018) Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung. Angebot der gesetzlichen Krankenversicherung. Versicherteninformation für Frauen zwischen 20 und 34 Jahren. www.g-ba.de/downloads/17-98-4865/2018-11-22_G-BA_Versicherteninformation_Geba%CC%88rmutterhalskrebsscreening_Frauen_20-34_bf.pdf (Stand: 01.04.2020)
30. Gemeinsamer Bundesausschuss (2018) Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung. Angebot der gesetzlichen Krankenversicherung. Versicherteninformation für Frauen ab 35 Jahren. www.g-ba.de/downloads/17-98-4866/2018-11-22_G-BA_Versicherteninformation_Geba%CC%88rmutterhalskrebsscreening_Frauen_ab_35_bf.pdf (Stand: 01.04.2020)
31. Sänger S (2014) Was hindert und was fördert die Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen? In: Böcken J, Braun B, Meierjürgen R (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2014: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 28–54
32. Schaefer C, Kirschning S (2010) Gut informiert entscheiden: Patienten- und Verbraucherinformationen am ÄZQ. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen (ZEFQ) 104(7):578–584
33. Albert US, Altenhofen L, Aubke W et al. (2010) Ziele-Papier 1: „Inanspruchnahme Krebsfrüherkennung". Handlungsfeld 1: „Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung" des Nationalen Krebsplans. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Ziel_1_Inanspruchnahme_der_Krebsfrueherkennung.pdf (Stand: 01.04.2020)
34. Kooperationsgemeinschaft Mammographie (Hrsg) (2017) Jahresbericht Evaluation 2015. Deutsches Mammographie-Screening-Programm. Kooperationsgemeinschaft Mammographie, Berlin
35. Starker A, Kraywinkel K, Kuhnert R (2017) Früherkennung von Brustkrebs: Inanspruchnahme der Mammografie in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4):74–80. https://edoc.rki.de/handle/176904/2903 (Stand: 01.04.2020)
36. Kooperationsgemeinschaft Mammographie (Hrsg) (2019) Jahresbericht Evaluation 2017. Deutsches Mammographie-Screening-Programm. Kooperationsgemeinschaft Mammographie, Berlin
37. Statistisches Amt der Europäischen Kommission (Eurostat) (2018) Eurostat Database Health, Self-reported last breast examination by X-ray among women. http://ec.europa.eu/eurostat/data/database (Stand: 01.04.2020)
38. Houssami N (2017) Overdiagnosis of breast cancer in population screening: does it make breast screening worthless? Cancer Biol Med 14(1):1–8
39. Biller-Andorno N, Jüni P (2014) Abolishing mammography screening programs? A view from the Swiss Medical Board. N Engl J Med 370(21):1965–1967
40. Miller AB, Wall C, Baines CJ et al. (2014) Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. BMJ 348:1–10. https://doi.org/10.1136/bmj.g366 (Stand: 01.04.2020)
41. Gilbert Welch H, Passow HJ (2014) Quantifying the benefits and harms of screening mammography. JAMA Internal Medicine 174(3):448–453
42. Weigel S, Gerss J, Hense HW et al. (2018) Digital breast tomosynthesis plus synthesised images versus standard full-field digital mammography in population-based screening (TOSYMA): Protocol of a randomised controlled trial. BMJ Open 8(5)
43. Melnikow J, Fenton JJ, Whitlock EP et al. (2016) Supplemental screening for breast cancer in women with dense breasts: A systematic review for the U. S. Preventive services task force. Ann Intern Med 164(4):268–278
44. Gemeinsamer Bundesausschuss, Innovationsausschuss (2020) DIMASOS 2 – Dichte-indiziertes mammographisch-sonographisch Brustkrebs-Screening. https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/dimasos-2-dichte-indiziertes-mammographisch-sonographisch-brustkrebs-screening.203 (Stand: 22.04.2020)
45. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2017) Mammographie-Screening. Eine Entscheidungshilfe. Programm zur Früherkennung von Brustkrebs für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren. G-BA, Berlin. www.g-ba.de/downloads/17-98-2232/2019-01-21_G-BA_Entscheidungshilfe_Mammographie_bf.pdf (Stand: 01.04.2020)
46. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2017) Mammographie-Screening: Frauen erhalten neue Entscheidungshilfe. Pressemitteilung Nr. 39 / 2017 vom 8. November 2017. www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/712/ (Stand: 01.04.2020)
47. Gatos KC (2018) A Literature Review of Cervical Cancer Screening in Transgender Men. Nurs Womens Health 22(1):52–62
48. Ceres M, Quinn GP, Loscalzo M et al. (2018) Cancer Screening Considerations and Cancer Screening Uptake for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Persons. Semin Oncol Nurs 34(1):37–51
49. Marrazzo JM, Stine K, Koutsky LA (2000) Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women: a review. Am J Obstet Gynecol 183(3):770–774
50. Deutsch MB, A. R, Wesp L (2017) Breast Cancer Screening, Management, and a Review of Case Study Literature in Transgender Populations. Semin Reprod Med 35(5):434–441
51. Mühlhauser I, Müller H (2009) Patientenrelevante Endpunkte und patient-reported outcomes in klinischer Forschung und medizinischer Praxis. In: Klusen N, Fließgarten A, Nebling T (Hrsg) Informiert und selbstbestimmt: Der mündige Bürger als mündiger Patient. Nomos Verlag, Baden-Baden, S. 34–65
52. Stacey D, Légaré F, Col NF et al. (2014) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001431.pub4/full (Stand: 01.04.2020)

2.3.2 Verhaltensprävention

- *Etwa ein Fünftel der Frauen nehmen innerhalb eines Jahres an mindestens einer Maßnahme zur Verhaltensprävention in den Bereichen Ernährung, Bewegung oder Stressbewältigung/Entspannung teil.*
- *Junge Frauen, Frauen der unteren Bildungsgruppe und Alleinerziehende nehmen verhaltenspräventive Maßnahmen seltener in Anspruch.*
- *Angebote sollten die spezifischen Bedürfnisse und Lebensbedingungen sozial benachteiligter Frauengruppen und von jungen Frauen berücksichtigen.*

Nicht-übertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Krebserkrankungen oder psychische Störungen dominieren die Krankheitslast der Bevölkerung in Deutschland. Um diesen Erkrankungen vorzubeugen, ist das Gesundheitsverhalten von großer Bedeutung. Beim Gesundheitsverhalten sind vor allem das Nichtrauchen, ein geringer Alkoholkonsum, eine ausgewogene Ernährung und ausreichend körperliche Aktivität sowie eine angemessene Stressbewältigung anzuführen, welche durch verhältnis-, aber auch durch verhaltenspräventive Maßnahmen gefördert werden sollen. Während verhältnispräventive Maßnahmen auf eine Verbesserung der Lebens- und Umweltbedingungen zielen, um der Entstehung von Krankheiten entgegenzuwirken, zielen verhaltenspräventive Maßnahmen darauf ab, das individuelle Gesundheitsverhalten wie unausgewogene Ernährung oder Bewegungsmangel zu beeinflussen (siehe Infobox 2.3.2.1).

Zu den in diesem Kapitel im Fokus stehenden verhaltenspräventiven Maßnahmen zählen Informationen und Aufklärung, z. B. in Form individueller Beratung oder medialer Kampagnen sowie Kursangebote. In Kursen zur Verhaltensprävention sollen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Kompetenzen erlernen und Verhaltensweisen so einüben, dass diese als Routine in den Alltag übernommen werden und sich damit langfristig positiv auf die Gesundheit auswirken [1]. Verhaltenspräventive Gesundheitskurse werden sowohl von gemeinnützigen Trägern wie Volkshochschulen und Sportvereinen als auch von kommerziellen Einrichtungen wie Fitnessstudios angeboten, vor allem aber von den gesetzlichen Krankenkassen [2, 3].

In die Prävention wie auch die Gesundheitsförderung hält die Berücksichtigung geschlechtsbezogener Besonderheiten erst nach und nach Einzug. Die Frauengesundheitsbewegung der 1980er-Jahre setzte Impulse für eine Frauengesundheitsforschung, welche die Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen als wesentliche Einflussfaktoren für Gesundheit und Krankheit untersuchte, also die sozialen Determinanten. Daraus wurden erste Ansätze für eine auf Lebensweisen und Gesundheitshandeln bezogene Gesundheitsförderung entwickelt [5]. Im Jahr 1999 wurde Gender Mainstreaming als Ziel für alle Gemeinschaftsaufgaben in verbindlicher Form europaweit festgeschrieben. In der Umsetzung bedeutet dies, dass die Chancengleichheit von Frauen und Männern in allen Projektplanungs- und Implementationsschritten zu berücksichtigen ist. In dem 2006 erschienenen Sammelband „Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis“ wurde jedoch festgestellt, dass der Faktor Geschlecht bei der Planung und Ausgestaltung von Maßnahmen bis dahin keine relevante Rolle spielte [6]. 2006 wurde auch das Frauengesundheitsportal als Informationsplattform zur Frauengesundheit von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) etabliert (www.frauengesundheitsportal.de). Hier werden aktuelle und fachlich geprüfte frauenspezifische Gesundheitsinformationen bereitgestellt. Darüber hinaus enthält die Plattform frauenspezifische Praxisbeispiele der Gesundheitsförderung [5].

Mit dem 2015 verabschiedeten Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz, PrävG) wurde erstmals in § 2b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt, dass die Leistungen der Krankenkassen geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen haben. § 20 Absatz 1 SGB V sieht weiter vor, dass die Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung der Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen sollen [7, 8]. Die zur Umsetzung dieser Aufgabe eingerichtete Nationale Präventionskonferenz hat trägerübergreifende Bundesrahmenempfehlungen erarbeitet, die ebenfalls festlegen, dass geschlechtsbezogene Aspekte sowohl bei der

Bedarfsermittlung als auch bei der Planung und Erbringung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu berücksichtigen sind. Das „GKV-Bündnis für Gesundheit“ hat zu Beginn des Jahres 2020 eine Ausschreibung für Forschungsvorhaben zum Thema „Geschlechtsspezifische Besonderheiten bei Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“ gestartet. Dadurch sollen bestehende Forschungslücken zu geschlechtsspezifischen Besonderheiten geschlossen werden, insbesondere, wie Prävention und Gesundheitsförderung diese Unterschiede adäquat berücksichtigen können.

Der Fokus liegt im Folgenden auf der Inanspruchnahme verhaltenspräventiver Maßnahmen durch verschiedene Gruppen von Frauen. Diese wird auf der Grundlage von Daten der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2009) des Robert Koch-Instituts (RKI) beschrieben. In GEDA 2009 wurde die Inanspruchnahme individueller Maßnahmen zur Verhaltensprävention in den zentralen Präventionsfeldern Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung/Entspannung erfragt. Daraus wurde eine zusammenfassende Kennzahl „Teilnahme an mindestens einer Maßnahme“ gebildet. Es wurden auch Angebote mit dem Fokus auf Suchtmittelkonsum abgefragt, die aber aufgrund sehr geringer Kursteilnahmen in den weiteren Analysen nicht berücksichtigt werden.

Infobox 2.3.2.1
Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention hat das Ziel, Erkrankungen zu vermeiden, den Eintritt zu verzögern oder weniger wahrscheinlich zu machen (pathogenetische Perspektive), indem Risikofaktoren und Belastungen verringert werden. Dabei kommen verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen zum Einsatz. Verhältnisprävention zielt auf Veränderungen in den gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen wie verbesserte Arbeitsbedingungen, Nichtraucherschutzgesetze oder die Schaffung von Radwegen. Verhaltensprävention beabsichtigt, direkt das Gesundheitsverhalten zu verbessern, z. B. durch Beratung, Kurse und mediale Gesundheitskommunikation, zumeist unabhängig von Veränderungen in den Lebensbedingungen.

Präventionsansätze unterscheiden sich hinsichtlich der zeitlichen Perspektive im Krankheitsverlauf: vor Krankheitsbeginn (Primärprävention), im Frühstadium einer Erkrankung (Sekundärprävention) und bei einer bereits bestehenden Krankheit (Tertiärprävention). Durch Primärprävention soll Gesundheit erhalten und Krankheit möglichst verhindert werden (z. B. durch Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Ernährung, von mehr Bewegung oder dem Einüben von Stressbewältigungstechniken, wie auch durch medizinische Maßnahmen wie Impfen). Die Sekundärprävention umfasst gezielte medizinische Untersuchungen, mit denen Entwicklungsstörungen und Krankheiten im Frühstadium erkannt werden sollen, z. B. Früherkennungsuntersuchungen wie das Mammographie-Screening. Die möglichst frühzeitige Diagnose soll die Prognose einer Erkrankung verbessern. Ist eine Erkrankung bereits eingetreten, sollen tertiärpräventive Maßnahmen Komplikationen verhindern oder hinauszögern bzw. das Wiederauftreten der Erkrankung verhindern (z. B. durch Patientenschulungen).

Gesundheitsförderung zielt darauf ab, personale, soziale und materielle Ressourcen für die Gesunderhaltung zu stärken. Bei diesem Ansatz geht es um Prozesse, welche die Gesundheit erhalten und fördern (salutogenetische Perspektive). Menschen sollen befähigt werden, durch selbstbestimmtes Handeln ihre Gesundheitschancen zu erhöhen (Empowerment). Zudem sollen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen wie die sozialen und wirtschaftlichen Lebensbedingungen gesundheitsförderlicher gestaltet werden. Zentral ist auch die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebenswelten, wobei die aktive Beteiligung der Zielgruppe (Partizipation) ein wesentliches Prinzip ist.

Prävention und Gesundheitsförderung zeigen bedeutsame theoretisch-konzeptionelle Unterschiede. In der Umsetzung und Praxis können sich beide ergänzen, z. B. beinhalten verhaltenspräventive Angebote teilweise Aspekte der individuellen Ressourcenförderung, und teilweise überschneiden sich Verhältnisprävention und strukturelle Veränderungen im Rahmen von Gesundheitsförderung [4].

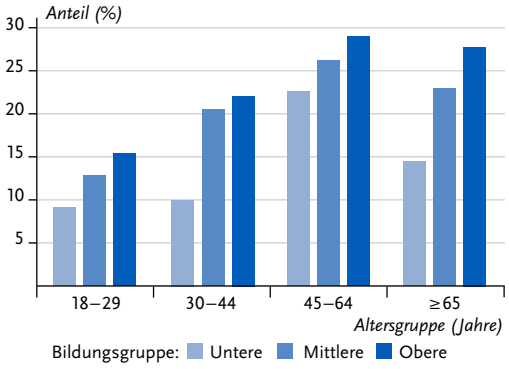
Tabelle 2.3.2.1
Teilnahme an Maßnahmen zur Verhaltensprävention bei Frauen und Männern
Datenbasis: GEDA 2009

	Ernährung		Bewegung		Stressbewältigung/ Entspannung		Mindestens eine Maßnahme	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Frauen	5,8 %	(5,3 – 6,4)	16,1 %	(15,3 – 17,0)	6,0 %	(5,5 – 6,5)	20,1 %	(19,2 – 21,1)
Männer	4,1 %	(3,6 – 4,7)	8,6 %	(7,9 – 9,3)	2,9 %	(2,5 – 3,4)	10,9 %	(10,2 – 11,7)
Gesamt	5,0 %	(4,6 – 5,4)	12,5 %	(11,9 – 13,0)	4,5 %	(4,2 – 4,8)	15,7 %	(15,1 – 16,3)

Nach den GEDA-Daten nehmen 5,8 % der Frauen einen Kurs im Präventionsfeld Ernährung in Anspruch, im Bereich Stressbewältigung/Entspannung sind es 6,0 %. Deutlich höher ist der Anteil an Frauen, die an einem Kurs im Bereich Bewegung teilgenommen haben (16,1 %). Insgesamt nehmen etwa ein Fünftel der befragten Frauen (20,1 %) mindestens eine Maßnahme zur Verhaltensprävention in Anspruch. Dieser Anteil ist fast doppelt so hoch wie bei den Männern mit 10,9 % (Tab. 2.3.2.1).

Der Anteil der Frauen, die an mindestens einer verhaltenspräventiven Maßnahme teilgenommen haben, folgt einem deutlichen Gradienten, wenn man die Frauen nach Alter und Bildung getrennt betrachtet (Abb. 2.3.2.1). So steigt die Inanspruchnahme mit zunehmendem Bildungsniveau der Frauen. Diese Unterschiede finden sich in allen Altersgruppen. In der Gruppe der 30- bis 44-Jährigen nehmen z. B. 10,0 % der Frauen aus der unteren Bildungsgruppe an mindestens einem verhaltenspräventiven Angebot teil. Die Anteile der Frauen aus der mittleren und oberen Bildungsgruppe sind mit 20,5 % bzw. 22,1 % etwa doppelt so hoch. Zudem zeigt sich, dass die Inanspruchnahme verhaltenspräventiver Maßnahmen bis zur Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen mit zunehmendem Alter steigt, danach sinkt sie leicht ab (Abb. 2.3.2.1).

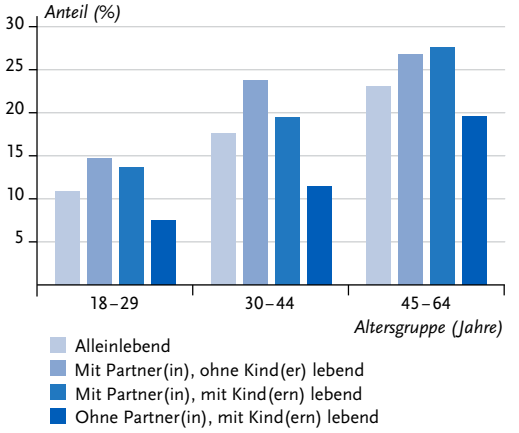
Abbildung 2.3.2.1
Teilnahme an mindestens einer Maßnahme zur Verhaltensprävention bei Frauen nach Alter und Bildung
Datenbasis: GEDA 2009



Die Familienform hat Einfluss auf die zeitlichen Ressourcen, die Frauen und Männern zur Verfügung stehen, sowohl für Erwerbs- und Familienarbeit, als auch für individuelle Zeit. Bei den Auswertungen nach Alter und Familienform (Abb. 2.3.2.2) ist auffallend, dass die Inanspruchnahme verhaltenspräventiver Maßnahmen bei alleinerziehenden Frauen am geringsten ist. Dieser Trend ist über alle Altersgruppen zu beobachten (die Altersgruppe der über 65-Jährigen wurde aufgrund der geringen Fallzahlen nicht betrachtet).

Das bedeutet jedoch nicht, dass alleinerziehende Frauen weniger stark auf ihre Gesundheit achten, sondern ist vermutlich eher darauf zurückzuführen, dass sie weniger zeitliche Ressourcen zur Verfügung haben oder keine Kinderbetreuung finden. Insgesamt geht das Alleinerziehen mit weitreichenden Anforderungen einher, aus denen auch Belastungen für die Gesundheit resultieren können (siehe Kapitel 4.2.2). Vor allem bei erwerbstätigen Alleinerziehenden kann sich eine geringe Zeitsouveränität ungünstig auf die Gesundheit und das Inanspruchnahmeverhalten auswirken [9]. Die besonderen Umstände von Alleinerziehenden berücksichtigend, benennen die Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz Alleinerziehende explizit als Zielgruppe. So sollen Alleinerziehende und ihre Kinder, die durch ihre Lebenslage häufig erheblichen psychosozialen und materiellen Belastungen ausgesetzt sind, bei Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten, vor allem in Zusammenarbeit mit den Trägern der Jugendhilfe, besonders berücksichtigt werden [10].

Abbildung 2.3.2.2
Teilnahme an mindestens einer Maßnahme zur Verhaltensprävention bei Frauen nach Alter und Familienform
Datenbasis: GEDA 2009



Neben den Daten des RKI bietet auch der jährlich erscheinende Präventionsbericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. und des GKV-Spitzenverbands (siehe Infobox 2.3.2.2) Informationen zur Inanspruchnahme verhaltenspräventiver Maßnahmen. Der GKV-Präventionsbericht gibt einen aktuellen Überblick u. a. über die Inanspruchnahme von individuellen verhaltensbezogenen Präventionsmaßnahmen, die von den Krankenkassen angeboten oder finanziert wurden [11].

Ausweislich des aktuellen GKV-Präventionsberichts förderten die Krankenkassen im Jahr 2018 rund 1,7 Millionen Teilnahmen an Präventionskursen. Die verhaltensbezogenen Kursangebote werden dabei überwiegend von Frauen in Anspruch genommen: Insgesamt sind etwa 81 % der an den Kursen Teilnehmenden weiblich. Alle Kursangebote werden überwiegend von Frauen genutzt. Am größten ist der Unterschied bei Kursen zum Stressmanagement mit einer Teilnehmerinnenquote von 87 %. Aber auch in den Bereichen Ernährung und Bewegung sind 79 % bzw. 78 % der Teilnehmenden Frauen [11]. Als Grund für die deutlich geringere Inanspruchnahme der Kurse durch Männer wird diskutiert, dass es wenig Präventionskurse gibt, die sich speziell an Männer wenden. Die meisten Präventionskurse werden geschlechtsneutral konzipiert und angeboten; sie werden jedoch vor allem von Frauen genutzt [12, 13].

Infobox 2.3.2.2
GKV-Präventionsbericht

Der GKV-Präventionsbericht dokumentiert jährlich das Leistungsgeschehen der Krankenkassen in den Bereichen der verhaltensbezogenen Prävention, der nicht-betrieblichen Lebenswelten und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Daten werden jährlich durch den GKV-Spitzenverband, den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene auf freiwilliger Basis erhoben und veröffentlicht. Der letzte GKV-Präventionsbericht, der die Leistungen des Jahres 2018 dokumentiert, wurde im November 2019 veröffentlicht.

Die Daten der Krankenkassen zeigen im zeitlichen Verlauf einen stetigen Anstieg der Kursteilnahmen seit dem Beginn der Dokumentation im Jahr 2002 bis zum Jahr 2009. Nachdem 2009 mit 2,1 Millionen Teilnahmen die höchste Anzahl zu verzeichnen war, sanken die Teilnahmen bis auf 1,3 Millionen im Jahr 2012. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es von 2011 bis 2012 eine Beschränkung hinsichtlich der Wiederholung gleicher Kurse gab. Nach der Aufhebung der Beschränkung stiegen die Zahlen wieder an und lagen zwischen 2014 bis 2018 auf einem relativ konstanten Niveau von 1,6 bis 1,7 Millionen Teilnahmen pro Jahr [11]. Auch im Jahr 2018 sind die Ausgaben der Krankenkassen im Bereich der individuellen Verhaltensprävention mit 214 Millionen Euro im Vergleich zu den Ausgaben in den nicht-betrieblichen Lebenswelten in Höhe von 158 Millionen Euro und im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung in Höhe von 172 Millionen Euro relativ hoch [11].

Auch andere Daten zeigen einen Anstieg der Inanspruchnahme verhaltenspräventiver Maßnahmen in den letzten beiden Jahrzehnten. So zeigen Daten aus der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) des RKI, dass sich im Vergleich zu der Vorgängerstudie, dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98), die Inanspruchnahme fast verdoppelt hat. Während im BGS98 noch 12,0 % der Frauen berichten, in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung an mindestens einer verhaltenspräventiven Maßnahme teilgenommen zu haben, sind es in DEGS1 22,1 %. Diese Zahlen berücksichtigen bereits die

veränderte Altersstruktur in diesem Zeitraum in Deutschland [2].

Fazit

Frauen nehmen häufiger an verhaltenspräventiven Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung bzw. Stressbewältigung/Entspannung teil als Männer, aber auch unter den Frauen gibt es deutliche Gruppenunterschiede. Vergleichsweise geringere Teilnahmeraten zeigen sich vor allem bei Frauen der unteren Bildungsgruppe und alleinerziehenden Frauen sowie bei Frauen im jungen Erwachsenenalter. Da diese Gruppen teilweise auch ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten aufweisen (siehe Kapitel 2.2), ist zu prüfen, ob es hier einen Bedarf für spezifische verhaltenspräventive Maßnahmen mit einer gezielten Ansprache gibt oder ob vielmehr andere Maßnahmen der Gesundheitsförderung besser geeignet wären. Um diesen Frauengruppen den Zugang zu erleichtern, sollten sie in die Gestaltung der Maßnahmen in ihren Lebenswelten, z. B. über die Wahl der Zugangswege, eingebunden werden [12]. So ist es wichtig, die Situation der Frauen zu erfassen, ihre Selbstwahrnehmung und ihre Probleme zu kennen, ernst zu nehmen, aufzugreifen und in eine gelingende Ansprache umzusetzen [14].

Nach den GEDA-Daten berichten Männer deutlich seltener davon, verhaltenspräventive Maßnahmen in Anspruch zu nehmen als Frauen. Es könnte aber sein, dass Männer häufiger im Sportverein als in Kursen aktiv sind oder eher an verhaltenspräventiven Angeboten im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung teilnehmen und somit die in GEDA gestellte Frage verneinen. So erreichen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung der Krankenkassen weiterhin mehr Männer als Frauen, da die Förderung insbesondere in Betrieben und Wirtschaftsbereichen mit einem höheren Männeranteil stattfindet (siehe Kapitel 2.3.3).

Insgesamt ist zu diskutieren, ob die Angebote an verhaltenspräventiven Maßnahmen ausreichend den Lebensbedingungen von Frauen Rechnung tragen und ihren Bedarfen entsprechen. So ist z. B. zu überlegen, ob Frauen auch einen Bedarf an Angeboten zu Themen in den Bereichen Selbstwirksamkeit oder Durchsetzungsfähigkeit hätten. Im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands wird in den Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention bereits an vielen Stellen die Stärkung psychosozialer Gesundheitsressourcen wie Selbstwirksamkeit oder soziale Kompetenz und Einbindung als Ziel aufgenommen, jedoch ohne eine spezielle Ausrichtung auf Frauen [8].

Die Angebote der gesetzlichen Krankenkassen förderten bislang überwiegend individuell angelegte Angebote der Verhaltensprävention. Mit dem Präventionsgesetz hat sich nun ein Paradigmenwechsel vollzogen. Zukünftig soll der Großteil der erhöhten finanziellen Mittel für Gesundheitsförderung in den Lebenswelten verwendet werden [15]. Zudem sollen die Maßnahmen nicht nur zur Verminderung von sozialer, sondern auch von geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Dazu müssen sie den besonderen Lebensbedingungen von Frauen (und Männern) Rechnung tragen [8].

Allgemein ist festzuhalten, dass es erfolgsversprechend erscheint, wenn die unterschiedlichen Anbieter die Maßnahmen der Verhaltensprävention nach Geschlecht differenzieren und in Mehrebeneninterventionen oder einen Setting-Ansatz integrieren [16–18]. Dies könnte ein erster Schritt sein, dem weitere Schritte folgen müssen, denn auch innerhalb einer Geschlechtergruppe lassen sich weitere Unterscheidungen treffen, die für die Planung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen sinnvoll sind [19].

Literatur

1. Robert Koch-Institut (2015) Wie steht es um Prävention und Gesundheitsförderung? In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 238–299
2. Jordan S, von der Lippe E (2013) Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5–6):878–884
3. Jordan S, von der Lippe E (2012) Angebote der Prävention – Wer nimmt teil? GBE kompakt 3(5):1–9
4. Altgeld T, Kolip P (2014) Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klocke A, Haisch J (Hrsg) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Hans Huber Verlag, Bern, S. 45–56
5. Maschewsky-Schneider U (2016) Frauen- und Geschlechterforschung in Public Health ist nicht Gendermedizin. Ein historischer Rückblick und eine disziplinäre Standortbestimmung. In: Hornberg C, Pauli A, Wrede B (Hrsg) Medizin – Gesundheit – Geschlecht: Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 25–50
6. Kolip P, Altgeld T (2006) Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Sammelband. Juventa-Verlag, München

7. Präventionsgesetz (2015) Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG). www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s1368.pdf (Stand: 01.04.2020)
8. GKV-Spitzenverband (2018) Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Pravention_2018_barrierefrei.pdf (Stand: 01.04.2020)
9. Rattay P, von der Lippe E, Borgmann LS et al. (2017) Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4):24–44. https://edoc.rki.de/handle/176904/2900 (Stand:01.04.2020)
10. Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (2018) Die Nationale Präventionskonferenz – Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praeventionsgesetz/BRE_Fassung_vom_29.08.2018.pdf (Stand: 01.04.2020)
11. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., GKV-Spitzenverband (2019) Präventionsbericht 2019 – Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2018. MDS, GKV-Spitzenverband, Essen
12. Altgeld T (2007) Warum weder Hänschen noch Hans viel über Gesundheit lernen – Geschlechtsspezifische Barrieren der Gesundheitsförderung und Prävention. Prävention und Gesundheitsförderung 2(2):90–97
13. Altgeld T (2009) Aspekte der Männergesundheit, Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention. BZgA, Köln, S. 43–54
14. Helfferich C (2009) Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung und Prävention – Eine Zusammenfassung der Gruppendiskussion Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention. BZgA, Köln, S. 149–162
15. De Bock F, Geene G, Hoffmann W et al. (2018) Vorrang für Verhältnisprävention: Handreichung für alle mit Prävention in Praxis und Politik befassten Akteure. Das Gesundheitswesen 11(80):931–932
16. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg) (2005) Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. SVR, Bonn
17. National Institute for Health and Care Excellence (2014) Behaviour change: individual approaches. NICE, Großbritannien
18. Jepson RG, Harris FM, Platt S et al. (2010) The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. BMC Public Health 10:538
19. Jahn I, Kolip P (2002) Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz. www.gesunde-maenner.ch/data/data_257.pdf (Stand: 01.04.2020)

2.3.3 Betriebliche Gesundheitsförderung

- *Frauen nutzen Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Rückengesundheit, zur Ernährung und zur Stressbewältigung/Entspannung häufiger als Männer.*
- *Betriebliche Angebote in diesen Bereichen erreichen auch Frauen aus der unteren Bildungsgruppe.*
- *Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung müssen weiter gestärkt und soziallagen- und geschlechtersensibel konzipiert werden.*

Die Arbeitswelt hat nicht nur Einfluss auf die Gesundheit vieler Menschen, sie erfährt hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention eine wachsende Aufmerksamkeit. Gründe hierfür sind einerseits arbeitsbedingte Belastungsfaktoren wie lange (Lebens-)Arbeitszeiten oder prekäre Beschäftigungsverhältnisse, andererseits der Ausbau des Dienstleistungssektors mit spezifischen Ansprüchen an die Beschäftigten, z. B. sich schnell wandelnde Tätigkeitsanforderungen. Aber auch die sinkende Anzahl der Erwerbsbevölkerung infolge des demografischen Wandels erfordert die Gesunderhaltung der erwerbstätigen Bevölkerung [1–3]. Zugleich können über die Arbeitswelt viele Menschen durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention (siehe Infobox 2.3.2.1) erreicht werden. Im Jahr 2018 waren rund 41,9 Millionen Personen erwerbstätig, davon rund 19,5 Millionen Frauen und 22,4 Millionen Männer [4]. Die Erwerbstätigenquote betrug im Jahr 2018 in der Altersgruppe der 15- bis 64-jährigen Frauen 72,1 % und 79,6 % bei den Männern [4]. Besonders hoch ist der Frauenanteil in den Wirtschaftszweigen „Gesundheits- und Sozialwesen“ (76,8 %) sowie „Erziehung und Unterricht“ (71,7 %), beispielsweise in Kitas und Schulen [5].

Neben der Sicherung des Lebensunterhalts erfahren die Beschäftigten durch die Erwerbstätigkeit soziale Unterstützung, Strukturiertheit und Selbstbestätigung. Dies kann sich positiv auf die Gesundheit auswirken [6]. Erwerbstätigkeit kann jedoch auch durch psychosozialen Stress, belastende Umgebungsbedingungen und schwere körperliche Arbeit zu gesundheitlichen Belastungen führen [2, 7]. Für viele Frauen im erwerbstätigen

Alter stellt die Vereinbarkeit von Familie und Beruf eine große Herausforderung dar, die sich auch auf die Gesundheit auswirken kann. Die Gründung einer Familie und Entscheidungen über die eigene berufliche Entwicklung fallen oftmals in die gleiche Lebensphase, die daher auch als „Rush-Hour des Lebens“ bezeichnet wird [8]. Mit zunehmendem Alter steigt zudem die Wahrscheinlichkeit, dass Angehörige pflegebedürftig werden und versorgt werden müssen (siehe Kapitel 4).

Die betriebliche Gesundheitsförderung ergänzt den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz, ist aber im Gegensatz zu diesem eine freiwillige Leistung der Betriebe. Sie kann Bestandteil eines übergeordneten betrieblichen Gesundheitsmanagements sein, indem Gesundheit als strategisches Ziel im Management verankert ist [2]. Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern und der Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz [9]. Dazu zählen Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen, der Arbeitsorganisation, die Stärkung persönlicher, gesundheitsrelevanter Kompetenzen sowie eine Beteiligung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern [9].

Der Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung umfasst idealerweise verschiedene aufeinander aufbauende Elemente: Zu Beginn erfolgt eine Analyse der Ausgangssituation auf Grundlage der Daten der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung (z. B. Arbeitsunfähigkeitsdaten, Ergebnisse von Mitarbeiterbefragungen [2]), welche die Bedarfe von abhängig Beschäftigten identifiziert. Basierend auf den Ergebnissen werden verhältnisorientierte Maßnahmen (etwa veränderte Arbeitszeitregelungen, Fortbildung von Führungskräften in gesundheitsorientierter Führung) und verhaltensorientierte Angebote (wie Gruppenkurse, Beratung) entwickelt [10]. Durch das 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz (PrävG) wurde die betriebliche Gesundheitsförderung gestärkt und geregelt, dass diese Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung einen Beitrag zur Verminderung geschlechtsbezogener und sozialbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten sollen (siehe Kapitel 2.3.2) [11, 12].

Für Aussagen zur Verbreitung von Angeboten zur betrieblichen Gesundheitsförderung können Befragungsstudien in Betrieben, Berichte der Krankenkassen zu ihren betrieblichen Maßnahmen oder Bevölkerungsbefragungen wie die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) aus dem Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts (RKI) herangezogen werden. Letztere wird im Folgenden mit Daten von erwerbstätigen Frauen und Männern im Alter von 18 bis 64 Jahren vorgestellt. In GEDA 2014/2015-EHIS wurde nach der Kenntnis von Angeboten zur betrieblichen Gesundheitsförderung in den letzten zwölf Monaten im Betrieb bzw. Unternehmen gefragt. Wurde diese Frage bejaht, wurde gefragt, ob dieses Angebot in Anspruch genommen wurde. Die nachfolgenden Ergebnisse zeigen Kenntnis und Inanspruchnahme von drei verschiedenen verhaltensorientierten Angeboten („Rückengesundheit“, „Informationen oder Beratungsangebote zur gesunden Ernährung“, „Stressbewältigung oder Entspannung“), einem verhältnisorientierten Angebot („Kantine mit gesundem Ernährungsangeboten“) und Maßnahmen der Bedarfs- bzw. Lösungsermittlung im Betrieb aus der Sicht von Erwerbstätigen („Mitarbeiterbefragung“, „Gesprächs- oder Arbeitskreis zu Gesundheitsproblemen“) (Tab. 2.3.3.1).

Für die in GEDA 2014/2015-EHIS abgefragten Maßnahmen berichteten Frauen seltener als Männer, dass diese in ihrem Betrieb oder Unternehmen angeboten werden (Tab. 2.3.3.1). Alle drei erfragten verhaltensorientierten Angebote werden häufiger von Frauen in Anspruch genommen als von Männern. Das verhältnisorientierte Angebot (hier Kantine mit gesunden Ernährungsangeboten) wird von beiden Geschlechtern etwa gleich häufig genutzt wie auch die Mitarbeiterbefragung, während an einem Gesprächskreis – der anderen Maßnahme zur Bedarfs- bzw. Lösungsermittlung im Betrieb – deutlich häufiger Frauen teilnahmen.

Eine differenzierte Betrachtung nach den möglichen Einflussfaktoren Alter und Bildung kann Ungleichheiten in der Inanspruchnahme aufzeigen (Tab. 2.3.3.2). Bei den verhaltensorientierten Maßnahmen zeigt sich, dass tendenziell ältere Frauen Angebote zur Rückengesundheit, Informationen oder Beratungsangebote zur gesunden Ernährung sowie zur Stressbewältigung oder Entspannung nutzen. Hinsichtlich Bildung ist kein einheitliches Muster erkennbar. Das Angebot einer Kantine mit gesunden Ernährungsangeboten nehmen insbesondere Frauen unter 45 Jahren wahr, vor allem

Tabelle 2.3.3.1
Kenntnis und Inanspruchnahme von Angeboten zur betrieblichen Gesundheitsförderung bei Frauen und Männern
Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS

Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung	Frauen		Männer	
	Kenntnis des Angebots	Davon: Inanspruchnahme des Angebots	Kenntnis des Angebots	Davon: Inanspruchnahme des Angebots
Rückengesundheit	23,4 %	26,2 %	29,9 %	18,7 %
Informationen oder Beratungsangebote zur gesunden Ernährung	19,5 %	48,9 %	24,0 %	38,0 %
Stressbewältigung oder Entspannung	20,6 %	35,2 %	22,7 %	25,6 %
Kantine mit gesunden Ernährungsangeboten	27,1 %	64,6 %	34,5 %	66,2 %
Gesprächs- oder Arbeitskreise zu Gesundheitsproblemen	9,1 %	45,3 %	13,3 %	36,5 %
Mitarbeiterbefragungen	35,6 %	87,3 %	43,0 %	86,6 %

aus der oberen Bildungsgruppe. An Mitarbeiterbefragungen nehmen vor allem Frauen zwischen 30 bis 44 Jahren teil, wobei auch in dieser Altersgruppe Frauen der oberen Bildungsgruppe häufiger daran teilnahmen als Frauen der anderen Bildungsgruppen. An Gesprächs- oder Arbeitskreisen zu Gesundheitsproblemen beteiligen sich insbesondere Frauen über 45 Jahren, dabei vor allem aus der unteren und mittleren Bildungsgruppe.

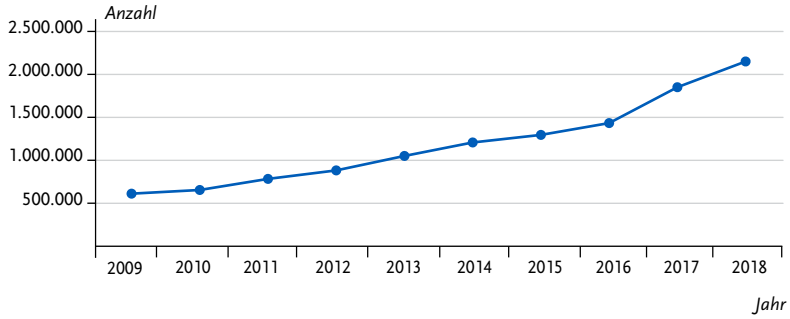
Die in GEDA 2014/2015-EHIS berichtete Kenntnis und Inanspruchnahme der erwerbstätigen Bevölkerung von verschiedenen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung liegt in etwa in der Größenordnung, wie sie auch in der letzten Erwerbstätigenbefragungen des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) aus dem Jahr 2018 ermittelt wurde (wenngleich dieser Vergleich aufgrund von Unterschieden in den zeitlichen Bezugsrahmen und den Maßnahmen nur eine grobe Orientierung bieten kann). Demnach berichteten 41,5 % der Frauen und 47,3 % der Männer, dass in ihrem Unternehmen in den letzten beiden Jahren Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten wurden. 60,5 % der Frauen (Männer: 58,0 %) nutzten diese [13]. Bei der Erhebung aus dem Jahr 2012 berichteten 34,2 % der Frauen (Männer: 45,1 %) von Angeboten in den letzten zwei Jahren, 64,6 % der Frauen (Männer: 60,4 %) nahmen diese in Anspruch [14].

Ergänzend soll hier auf den jährlich erscheinenden GKV-Präventionsbericht [15] eingegangen werden, in dem u. a. die Leistungen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung

Tabelle 2.3.3.2
Inanspruchnahme von Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Frauen nach Alter und Bildung
Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS

Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung	18 – 29 Jahre				30 – 44 Jahre				45 – 64 Jahre			
	Gesamt	Bildungsgruppe			Gesamt	Bildungsgruppe			Gesamt	Bildungsgruppe		
		untere	mittlere	obere		untere	mittlere	obere		untere	mittlere	obere
Rückengesundheit	**24,6 %**	11,1 %	24,6 %	33,2 %	**24,5 %**	25,5 %	25,0 %	23,1 %	**28,0 %**	23,4 %	28,4 %	29,2 %
Informationen oder Beratungsangebote zur gesunden Ernährung	**45,5 %**	52,3 %	43,0 %	49,2 %	**44,4 %**	43,6 %	46,9 %	39,5 %	**53,3 %**	57,1 %	52,9 %	52,7 %
Stressbewältigung oder Entspannung	**36,9 %**	28,9 %	40,4 %	32,7 %	**31,6 %**	46,1 %	32,0 %	29,0 %	**37,4 %**	45,2 %	35,8 %	38,5 %
Kantine mit gesunden Ernährungsangeboten	**70,6 %**	74,8 %	65,5 %	80,9 %	**67,3 %**	58,6 %	61,7 %	77,3 %	**60,3 %**	69,6 %	57,5 %	62,4 %
Gesprächs- oder Arbeitskreise zu Gesundheitsproblemen	**35,1 %**	22,1 %	38,0 %	33,0 %	**38,0 %**	48,4 %	42,0 %	27,2 %	**53,8 %**	64,7 %	52,1 %	51,8 %
Mitarbeiterbefragungen	**84,6 %**	80,8 %	85,1 %	85,1 %	**89,2 %**	82,5 %	89,5 %	90,5 %	**86,9 %**	93,8 %	85,4 %	87,6 %

Abbildung 2.3.3.1
Mit betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Beschäftigte (Schätzwerte für direkt erreichte Personen)
Datenbasis: GKV-Präventionsbericht 2018 [15]



dokumentiert werden. Die Daten zeigen, dass im Jahr 2018 19.544 Betriebe, rund ein Sechstel mehr als im Vorjahr, und damit rund 2,2 Millionen (2.152.547) Beschäftigte an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung teilgenommen haben und somit direkt erreicht wurden (Abb. 2.3.3.1).

Hierbei ist zu beachten, dass diese Daten nur auf den von den Krankenkassen unterstützten Angeboten beruhen. Sie sind also nicht direkt vergleichbar. Die Maßnahmen, die durch die gesetzlichen Krankenkassen unterstützt werden, erreichen mit 61 % deutlich mehr Männer als Frauen. Gründe hierfür sind, dass die meisten dieser Aktivitäten in Branchen mit einem in der Regel höheren Anteil an männlichen Beschäftigten angeboten werden und mit einer eher auf die männlichen Beschäftigten ausgerichteten Angebotsgestaltung [14, 15]. Nach den Daten des GKV-Präventionsberichts werden im verarbeitenden Gewerbe die meisten Maßnahmen durchgeführt (32 %), gefolgt vom Dienstleistungsgewerbe (17 %) sowie dem Gesundheits- und Sozialwesen (16 %). Im Bereich Erziehung und Unterricht (3 %) sowie im Gastgewerbe (2 %), Bereichen, in denen mehr Frauen als Männer beschäftigt sind, ist der Anteil der Maßnahmen sehr gering. Insgesamt richteten sich 35 % der Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung der gesetzlichen Krankenversicherung an besondere Zielgruppen. Nur 5 % der Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung waren speziell für Frauen konzipiert (für Männer: 4 %) und der Großteil der Angebote richtete sich an beide Geschlechter [15].

Insgesamt wird als Grund für die häufigere Teilnahme von Frauen an verhaltensorientierten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung der hohe Stellenwert von Gesundheit für Frauen diskutiert: So stehen z. B. für Frauen als Motive für das Sporttreiben häufig Gesundheit und Wohlbefinden im Vordergrund, für Männer eher Leistungs- und Wettkampforientierung (siehe Kapitel 2.2.1) [16, 17]. Auch verfügen Frauen im Vergleich zu Männern über ein besseres Ernährungswissen und ernähren sich insgesamt gesünder (siehe Kapitel 2.2.2) [18–21]. Dass Frauen und Männer eine Kantine mit gesunden Ernährungsangeboten dennoch nur etwa gleich häufig nutzen, kann verschiedene Gründe haben. Analysen auf Basis von GEDA 2014/2015-EHIS zeigen, dass Frauen häufiger als Männer in Teilzeit arbeiten (50,6 % bzw. 7,1 %) und teilzeitbeschäftigte Frauen seltener in Kantinen mit gesunden Ernährungsangeboten essen als Vollzeit erwerbstätige Frauen (möglicherweise aufgrund von Zeitmangel oder weil die Angebote außerhalb der Arbeitszeit liegen) [22].

In der Betriebsbefragung 2015, die im Rahmen der Evaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA, siehe Infobox 2.3.3.1) durchgeführt wurde, wurden 6.500 Betriebe unterschiedlicher Größe, Branche und regionaler Verteilung befragt [23]. Zielpersonen der Befragung waren die im Betrieb für den Arbeitsschutz Verantwortlichen. 56,8 % der Betriebe gaben an, dass sie Krankenstandsanalysen durchgeführt haben, im Vergleich zu 50,3 % im Rahmen der ersten Befragungswelle 2011. 49,1 % haben Mitarbeiterbefragungen zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz durchgeführt (2011: 42,2 %) und 34,5 % Gesundheitszirkel (siehe Infobox 2.3.3.2) oder andere Gesprächskreise (2011: 29,5 %). 46,0 % bieten einen Gesundheitscheck (2011: 50,2 %), 31,8 % eine Suchtprävention

(2011: 31,4 %) und 36,7 % innerbetriebliche Aktivitäten an (2011: 26,8 %) [24]. Die Daten zeigen eine leicht steigende Tendenz der Maßnahmen und Angebote.

Infobox 2.3.3.1
Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie

Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) ist eine Plattform von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern. Sie ist im Arbeitsschutzgesetz und im SGB VII verankert und auf Dauer angelegt. Die GDA ist aus europäischen und internationalen Verpflichtungen hervorgegangen und im deutschen Arbeitsschutzsystem fest etabliert. Ziele sind, die Gesundheit und Sicherheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer weiter zu verbessern und Anreize für Betriebe zu schaffen, dementsprechende Maßnahmen durchzuführen. Zudem soll das Arbeitsschutzsystem in Deutschland kontinuierlich modernisiert und an die sich beständig ändernde Arbeitswelt angepasst werden [25]. Ab dem Jahr 2019 erarbeiten die Nationale Arbeitsschutzkonferenz und die Nationale Präventionskonferenz ein einheitliches Zielsystem für die Zielgruppe der Erwerbstätigen.

Infobox 2.3.3.2
Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel dienen der Analyse und Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen und werden von einer Moderatorin bzw. einem Moderator angeleitet. Beschäftigte eines Betriebes kommen hierfür in Gruppen für mehrere Sitzungen zusammen und berichten über ihre arbeitsbedingten Belastungen. Auf Basis der Diskussionen und Ergebnisse können auf diese Weise geeignete Maßnahmen für die Gesundheitsförderung unter Einbeziehung der Betroffenen entwickelt werden [2, 7].

Fazit

Sowohl hinsichtlich der Verbreitung von Angeboten zur betrieblichen Gesundheitsförderung als auch in der Vielfalt der Angebote besteht weiterhin Entwicklungspotenzial. Die Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung sind bislang wenig geschlechter- bzw. wenig diversitätssensibel konzipiert.

Im Rahmen der GEDA-Studie (2014/2015-EHIS) berichten mehr Frauen als Männer über die Nutzung von Angeboten zur betrieblichen Gesundheitsförderung (mit Ausnahme der Kantine). Die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, die von den Krankenkassen gefördert werden, erreichen hingegen weiterhin mehr Männer als Frauen. Das liegt vor allem daran, dass die Förderung insbesondere in Betrieben und Wirtschaftsbereichen mit einem höheren Männeranteil stattfindet. Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in frauenspezifischen Berufen und Branchen sollten ausgebaut und zielgruppenorientiert konzipiert werden, um so einen Beitrag zur Geschlechtergerechtigkeit und Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten.

Die Ergebnisse der GEDA-Studie weisen darauf hin, dass die Inanspruchnahme mit dem Alter und der Bildung der Frauen variiert. Für die Zielerreichung der betrieblichen Gesundheitsförderung sollten daher Maßnahmen und Angebote entwickelt werden, die mehr Frauengruppen besser erreichen können. Dabei ist es wichtig, Kontextfaktoren und Diversitätsaspekte, wie die soziale Lage (Erwerbsstatus, Bildung), Migrationshintergrund sowie geschlechtliche und sexuelle Vielfalt zu berücksichtigen [12, 26, 27].

Die vom Europäischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung verabschiedete Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union gibt eine gute Orientierung für gelingende Angebotsgestaltung [9]. Bei der Entwicklung von Angeboten muss auch auf das Zeitbudget der Zielgruppen geachtet werden, das z. B. aufgrund von Kinderbetreuungsaufgaben oder der Pflege von Angehörigen begrenzt sein kann [28, 29]. Zudem müssen sich die Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung an die Bedingungen einer sich wandelnden Erwerbsarbeit anpassen. Auch bei der Evaluation der Maßnahmen sollten Geschlechteraspekte berücksichtigt werden [29].

Um sowohl hemmende als auch förderliche Aspekte der Nutzung bestehender Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung zu ermitteln, sollten zukünftige Befragungen geschlechtersensibel gestaltet werden.

Literatur

1. Richter G, Bode S, Köper B (2012) Demografischer Wandel in der Arbeitswelt. BAuA, Dortmund
2. Faller G (2017) Was ist eigentlich betriebliche Gesundheitsförderung? Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Hogrefe Verlag, Bern
3. Rosenbrock R, Hartung S (2018) Gesundheitsförderung und Betrieb. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. BZgA, Köln, S. 401–406
4. Statistisches Bundesamt (2019) Erwerbstätigkeit: Erwerbsbeteiligung. www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/erwerbstaetige-erwerbstaetigenquote.html (Stand: 01.04.2020)
5. Statistisches Bundesamt (2020) Erwerbstätige nach Wirtschaftszweig (WZ2008) und Geschlecht. Genesis Online. www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=12211-0009 (Stand: 01.04.2020)
6. Kroll LE, Müters S, Dragano N (2011) Arbeitsbelastungen und Gesundheit. GBE kompakt 2(5). https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3096/10.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Stand: 01.04.2020)
7. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Gesundheitsschädigende Arbeitsbedingungen. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Faktenblaetter/GEDA12/geda12_fb_inhalt.html (Stand: 01.04.2020)
8. Bittman M, Wajcman J (2000) The rush hour: the character of leisure time and gender equity. Social Forces 79(1):165–189
9. European Network for Workplace Health Promotion (2007) Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. www.aachen.eu/de/stadt_buerger/politik_verwaltung/gesuv/gesuv_dokumente/luxemburger_deklaration.pdf (Stand: 01.04.2020)
10. GKV-Spitzenverband (2017) Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. November 2017. Kapitel 6: Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20, 20a und 20b SGB V. GKV-Spitzenverband, Berlin
11. Präventionsgesetz (2015) Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG). www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s1368.pdf (Stand: 01.04.2020)
12. Altgeld T (2016) Geschlechteraspekte in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Kolip P, Hurrelmann K (Hrsg) Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. Hogrefe, Bern, S. 300–311
13. Beck D, Lenhardt U (2016) Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Verbreitung und Inanspruchnahme. Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen 2006 und 2012. Gesundheitswesen 78(1):56–62 und ergänzende Sonderauswertungen für das Jahr 2018
14. Beck D, Lenhardt U (2016) Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Verbreitung und Inanspruchnahme. Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen 2006 und 2012. Gesundheitswesen 78(1):56–62
15. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., GKV-Spitzenverband (2019) Präventionsbericht 2019 – Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2018. MDS, GKV-Spitzenverband, Essen
16. Breuer C (2004) Zur Dynamik der Sportnachfrage im Lebenslauf. Sport und Gesellschaft – Sport and Society 1(1):50–72
17. Rohrer T, Haller M (2015) Sport und soziale Ungleichheit – Neue Befunde aus dem internationalen Vergleich. KZfSS 67(1):57–82
18. Setzwein M (2006) Frauenessen – Männeressen? Doing gender und Essverhalten. In: Kolip P, Altgeld T (Hrsg) Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Juventa Verlag, Weinheim, S. 41–60
19. Max Rubner-Institut (Hrsg) (2008) Nationale Verzehrsstudie II – Ergebnisbericht, Teil 1. MRI, Karlsruhe
20. Max Rubner-Institut (Hrsg) (2008) Nationale Verzehrsstudie II – Ergebnisbericht, Teil 2. MRI, Karlsruhe
21. Mensink GB, Truthmann J, Rabenberg M et al. (2013) Obst- und Gemüsekonsum in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5–6):779–785
22. Jordan S, Hermann S, Starker A (2020) Inanspruchnahme von Kantinen mit gesunden Ernährungsangeboten im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung in Deutschland. Journal of Health Monitoring 5(1):35–42. https://edoc.rki.de/handle/176904/6411 (Stand: 01.04.2020)
23. Nationale Arbeitsschutzkonferenz (Hrsg) (2013) Arbeitsschutz auf dem Prüfstand – Botschaften und Fakten zum Zwischenbericht der GDA-Dachevaluation. NAK, Berlin
24. Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (Hrsg) (2017) GDA-Betriebs- und Beschäftigtenbefragung. Grundauswertung der Betriebsbefragung 2015 und 2011 – betriebsproportional gewichtet. NAK, Berlin
25. Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (o. J.) Definition: Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie. www.gda-portal.de/ (Stand: 01.04.2020)
26. Badura B, Ducki A, Schröder H et al. (2015) Fehlzeiten-Report 2015: Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Springer, Berlin, Heidelberg
27. Grimm S, Brodersen S (2016) Potenziale der Vielfalt in der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung. In: AOK-Bundesverband, BKK Dachverband e. V., Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Verband der Ersatzkassen. www.iga-info.de/veroeffentlichungen/igafakten/igafakten-8/ (Stand: 01.04.2020)
28. Pirolt E, Schauer G (2005) Gender Mainstreaming in der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Geschlecht als Qualitätsmerkmal der bertieblichen Gesundheitsförderung. Leitfaden. www.infoline-gesundheitsfoerderung.de/fileadmin/infoline/Dokumente/gender_mainstreaming/gender_leitfaden_gesundheitsfoerderung.pdf (Stand: 01.04.2020)
29. Ritter M, Elsigan G, Kittel G (2008) Projekt „Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung“. In: Badura B, Schröder H, Vetter C (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2007: Arbeit, Geschlecht und Gesundheit: Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 193–210

2.3.4 Ambulante und stationäre Versorgung

- *Rund 91 % der Frauen nehmen innerhalb eines Jahres ambulante ärztliche Versorgung in Anspruch, rund 17 % werden im Krankenhaus behandelt.*
- *Insgesamt ist die Inanspruchnahme bei Frauen höher als bei Männern; mit dem Alter nimmt sie zu und gleicht sich bei Frauen und Männern an.*
- *Die höhere Inanspruchnahme bei jüngeren Frauen dürfte vor allem auf die Nutzung gynäkologischer und geburtshilflicher Leistungen zurückzuführen sein.*

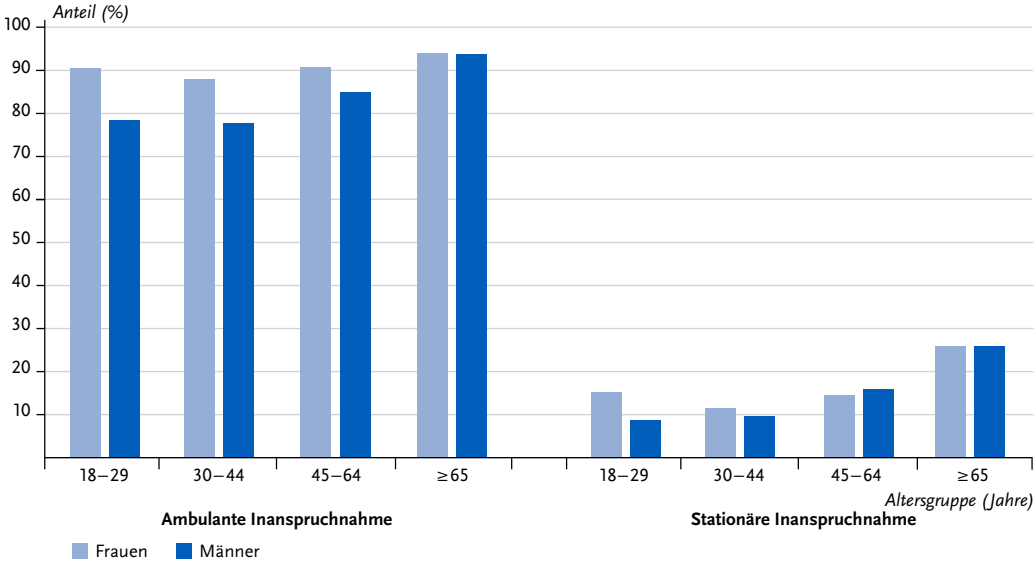
Ambulante und stationäre Versorgung sind zwei wichtige Säulen des Gesundheitssystems. Die ambulante Versorgung umfasst medizinische und gesundheitsbezogene Leistungen, die nicht mit einer Übernachtung in einer Versorgungseinrichtung verbunden sind. Sie nimmt insofern eine Schlüsselrolle ein, als die ambulante Arztpraxis meist die erste Anlaufstelle im professionellen Versorgungssystem ist. Dort werden Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt sowie bei Bedarf weitere Maßnahmen bei anderen Leistungserbringern eingeleitet. Aufgaben der Krankenhäuser sind neben der stationären Versorgung von Patientinnen und Patienten auch klinische Forschung, Aus- und Weiterbildung und Lehre. Im Bereich der stationären Versorgung werden vor allem die Bereiche der akutstationären Krankenhausversorgung, die in diesem Kapitel behandelt wird, sowie der stationären medizinischen Rehabilitation (Kapitel 2.3.5) unterschieden. Die pflegerische Versorgung wird in Kapitel 2.3.6 dargestellt.

Die Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen Versorgung und der Krankenhausversorgung ist im Allgemeinen bei Frauen höher als bei Männern. Im Folgenden wird die Inanspruchnahme anhand von Daten der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) und weiterer Studien des Robert Koch-Instituts (RKI), Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zur Verfügung gestellt wurden, sowie Daten der Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamts dargestellt. Dabei werden auch mögliche Ursachen für die Geschlechterunterschiede betrachtet. Die Daten des Zi basieren auf den Abrechnungsdatensätzen, die quartalsweise von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten an die Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelt werden. Bei der Krankenhausdiagnosestatistik handelt es sich um eine jährliche Erhebung von Daten aller Krankenhäuser in Deutschland [1].

Ambulante Versorgung

Mit 90,9 % nimmt eine große Mehrheit der Frauen mindestens einmal im Jahr ambulante ärztliche Versorgung in Anspruch, wie die Daten der Studie GEDA 2014/2015-EHIS zeigen. Die Inanspruchnahme ist deutlich höher als bei Männern (84,1 %) [2]. Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern im jüngeren Erwachsenenalter sind statistisch signifikant: Sie betragen bei den 18- bis 29-Jährigen 12 Prozentpunkte (Abb. 2.3.4.1). Dies dürfte zu einem großen Teil auf Besuche in gynäkologischen Praxen (z. B. zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs, Schwangerenvorsorge oder Verhütungsberatung) zurückzuführen sein. Darüber hinaus werden eine höhere Sensibilität im Hinblick auf Körper und Gesundheit sowie eine höhere Bereitschaft, ärztliche Hilfe anzunehmen, als Gründe für die höhere Inanspruchnahme bei Frauen genannt [3, 4]. Dass Frauen das Gesundheitssystem eher in Anspruch nehmen als Männer, zeigt sich auch bei psychotherapeutischen und psychiatrischen Leistungen [5], physiotherapeutischer Behandlung [6] sowie der Anwendung von Arzneimitteln (siehe Kapitel 2.3.7) [7, 8]. Analysen auf Basis von Abrechnungsdaten der BARMER ergeben etwas höhere Anteile für die Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen Versorgung als die GEDA-Studie: 2017 wurden bei 96 % der dort versicherten Frauen ambulante ärztliche Leistungen abgerechnet (Männer: 90 %) [9]. Dies kann u. a. dadurch erklärt werden, dass in den Abrechnungsdaten auch Telefongespräche, die Abholung eines Rezepts oder Laborleistungen als Behandlungsfälle gezählt werden, während sich die in Surveys Befragten eher an direkte Arztkontakte erinnern. Auch kann es bei Selbstangaben zu Unter- und Fehlerfassungen kommen, etwa durch Erinnerungslücken, oder weil sehr alte oder schwer erkrankte Personen nicht an Befragungen teilnehmen können [10, 11].

Abbildung 2.3.4.1
12-Monats-Prävalenz der ambulanten ärztlichen und stationären Inanspruchnahme bei Frauen und Männern nach Alter
Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS [2, 12]



Betrachtet man die ambulante Inanspruchnahme insgesamt, sind keine Unterschiede nach Bildungsgruppen festzustellen [2]. Bei getrennter Betrachtung von haus- und fachärztlicher Inanspruchnahme zeigt sich jedoch, dass Frauen und Männer mit niedrigem sozioökonomischen Status (SES) eher allgemeinmedizinische bzw. hausärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, während Personen mit hohem SES häufiger Fachärztinnen und Fachärzte aufsuchen [13, 14]. Die GEDA-Studien 2009 bis 2012 zeigen einen Anstieg des Anteils der Frauen, die innerhalb eines Jahres ambulante ärztliche Versorgung in Anspruch genommen haben, von 88,5 % auf 90,5 % (Männer: von 81,2 % auf 83,6 %) [15, 16]. Aufgrund von Unterschieden in der Untersuchungsmethodik sind Vergleiche mit GEDA 2014/2015-EHIS nicht möglich. Die Zahl der Arztkontakte innerhalb eines Jahres (bezogen auf die Gesamtbevölkerung) ist nach GEDA 2014/2015-EHIS bei Frauen geringfügig höher als bei Männern (7,3 bzw. 6,7 Kontakte; eigene Berechnungen).

Die zehn häufigsten Abrechnungsdiagnosen bei Frauen in hausärztlichen und gynäkologischen Praxen lassen sich den Tabellen 2.3.4.1 und 2.3.4.2 entnehmen. Am häufigsten werden in hausärztlichen Praxen die Diagnosen Bluthochdruck und Rückenschmerzen abgerechnet, gefolgt von Fettstoffwechselstörungen. In gynäkologischen Praxen spielen Untersuchungen auf Neubildungen (ohne Mammographie und Pap-Abstrich) und Maßnahmen der Schwangerschaftsverhütung, einschließlich der Beratung zu Verhütungsmethoden, eine wichtige Rolle. Weitere häufige Diagnosen sind nichtentzündliche Krankheiten der Vagina, sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen sowie Beschwerden in den Wechseljahren [17].

Der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung ist in Deutschland im internationalen Vergleich sehr gut [18]. Mögliche Zugangsbarrieren zur ambulanten ärztlichen Versorgung sind Wartezeiten auf einen Termin in der ärztlichen Praxis, größere Entfernungen oder finanzielle Einschränkungen. GEDA 2014/2015-EHIS zeigt, dass von 26,6 % der Frauen eine aufgrund von Wartezeiten verzögerte Untersuchung oder Behandlung in den letzten zwölf Monaten angegeben wurde; dies galt vor allem für jüngere Frauen und Frauen mit niedrigem SES. 5,3 % der Frauen gaben an, dass sich in den letzten zwölf Monaten ärztliche Untersuchungen oder Behandlungen wegen der Entfernung verzögert hatten. Hiervon waren insbesondere ältere Frauen, Frauen mit niedrigem SES und Frauen in ländlichen Regionen betroffen (eigene Berechnungen). Zugangshürden finanzieller Art

wurden vor allem von Frauen – und Männern – aus den unteren Sozialstatusgruppen berichtet [19]. Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass bestimmte Gruppen von Frauen, wie Frauen mit Migrationshintergrund (siehe Kapitel 6), Frauen mit Behinderung (siehe Kapitel 9) sowie lesbische und bisexuelle Frauen, medizinische Leistungen teilweise seltener in Anspruch nehmen [20]. Auch transgeschlechtliche Männer (mit als weiblich klassifizierten Geschlechtsorganen) nehmen

Tabelle 2.3.4.1
Die zehn häufigsten Diagnosen bei Frauen in hausärztlichen Praxen in Deutschland, 2018
Datenbasis: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) [17]

Rang	ICD-10 Code	Diagnose	Anzahl der Fälle	Anteil (%)
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie (Bluthochdruck)	10.684.383	27,2 %
2	M54	Rückenschmerzen	8.203.157	20,9 %
3	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien (Fettstoffwechselstörungen)	6.890.277	17,6 %
4	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	6.514.397	16,6 %
5	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	4.807.874	12,3 %
6	Z25	Notwendigkeit der Impfung (Immunisierung) gegen andere einzelne Viruskrankheiten	4.803.103	12,2 %
7	F32	Depressive Episode	4.467.411	11,4 %
8	E04	Sonstige nichttoxische Struma	4.071.110	10,4 %
9	E03	Sonstige Hypothyreose	3.631.597	9,3 %
10	E66	Adipositas	3.434.366	8,8 %

Tabelle 2.3.4.2
Die zehn häufigsten Diagnosen bei Frauen in gynäkologischen Praxen in Deutschland, 2018
Datenbasis: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) [17]

Rang	ICD-10 Code	Diagnose	Anzahl der Fälle	Anteil (%)
1	Z12*	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	10.690.314	27,3 %
2	Z30*	Kontrazeptive Maßnahmen	10.076.755	25,7 %
3	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	8.860.685	22,6 %
4	Z01*	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	5.520.622	14,1 %
5	N95	Klimakterische Störungen (Wechseljahresbeschwerden)	4.624.492	11,8 %
6	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	2.792.903	7,1 %
7	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	2.681.384	6,8 %
8	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	2.653.793	6,8 %
9	N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	2.447.884	6,2 %
10	N64	Sonstige Krankheiten der Mamma (Brustdrüse)	1.569.212	4,0 %

* Sogenannte Z-Diagnosen bezeichnen Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen.

häufig entweder nicht oder verzögert medizinische Leistungen in Anspruch. Die geringere Inanspruchnahme ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass diese Gruppen vermehrt von Zugangsbarrieren betroffen sind. Von lesbischen und bisexuellen Frauen und transgeschlechtlichen Männern werden erwartete oder erfahrene Diskriminierungen [21] sowie mangelndes Fachwissen und Kompetenzen bei den in Gesundheitsberufen Tätigen als Gründe dafür benannt [20, 22].

Stationäre Versorgung

Stationäre Leistungen werden nach Angaben der Studie GEDA 2014/2015-EHIS von 16,9 % der Frauen und 15,3 % der Männer innerhalb eines Jahres in Anspruch genommen (Abb. 2.3.4.1) [12]. Hierbei zeigen sich deutliche Unterschiede nach Bildung: Die Zugehörigkeit zu einer höheren Bildungsgruppe ist mit einer niedrigeren Behandlungshäufigkeit assoziiert [12]. Dass Frauen und Männer mit höherem SES weniger häufig im Krankenhaus behandelt werden, zeigte sich auch in der DEGS1-Studie (2008–2011) [23]. Allerdings verlieren sich die Unterschiede im Alter von 65 Jahren und älter [12].

Im Jahr 2017 wurden in der Krankenhausstatistik 10,4 Millionen Krankenhausfälle von Frauen (Männer: 9,5 Millionen) registriert, das sind 10,6 % mehr als im Jahr 2000 (Männer: Zunahme um 22,7 %). Bezogen auf die Größe der Bevölkerung gab es 24.798 stationäre Fälle pro 100.000 Einwohnerinnen (Männer: 23.218 Fälle pro 100.000 Einwohner) [1].

Die Entwicklung seit dem Jahr 2000 verlief bei Frauen (und Männern) nicht gleichmäßig: In den Jahren 2000 bis 2006 gab es auf Bundesebene eine Phase der Stagnation bzw. des Rückgangs der Krankenhausfälle, an die sich eine Phase eines erneuten Anstiegs anschloss, die bis in die Gegenwart andauert [24]. Sowohl demografische als auch nicht-demografische Faktoren beeinflussen die Entwicklung der Zahl der Krankenhausbehandlungen. Im Zeitraum 2000 bis 2015 zeigt sich, dass die demografische Alterung, d. h. die Verschiebung der Altersstruktur zugunsten höherer Altersgruppen, bei Frauen zu einem Anstieg der Krankenhausfallzahlen um 6,5 % geführt hat [24, 25]. Infolge von nicht-demografisch bedingten Faktoren wie Veränderungen des Krankheitsspektrums, neuen Therapieoptionen, Leistungsverlagerungen zwischen den Sektoren der Gesundheitsversorgung oder strukturellen Veränderungen im Versorgungssystem wie Einführung oder Änderungen von Klassifikationssystemen, sind die Fallzahlen im Zeitraum bis 2005 zunächst gesunken und danach wieder angestiegen. Daraus ergibt sich ein nicht-demografisch bedingter Anstieg der Fallzahlen für Frauen um 6,6 % für den Gesamtzeitraum [24]. Insgesamt zeigt sich, dass die demografische Alterung bei Frauen (wie auch bei Männern) von Jahr zu Jahr moderate und sehr gleichmäßige Effekte hat, die sich über die Zeit kumulieren. Die Effekte der nicht-demografisch bedingten Faktoren hingegen schwanken deutlich stärker und mit ihnen die Gesamtfallzahlen.

Die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten ist altersassoziiert, d. h., dass in bestimmten Altersgruppen Krankenhausaufenthalte häufiger sind als in anderen (Abb. 2.3.4.2). Die vergleichsweise große Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte von Frauen im Alter zwischen 20 und 39 Jahren ist auf Entbindungen sowie weitere Krankenhausaufenthalte im Zusammenhang mit Schwangerschaft

Abbildung 2.3.4.2
Krankenhausbehandlungsfälle bei Mädchen und Frauen nach Alter, 2017
Datenbasis: Krankenhausdiagnosestatistik [1]

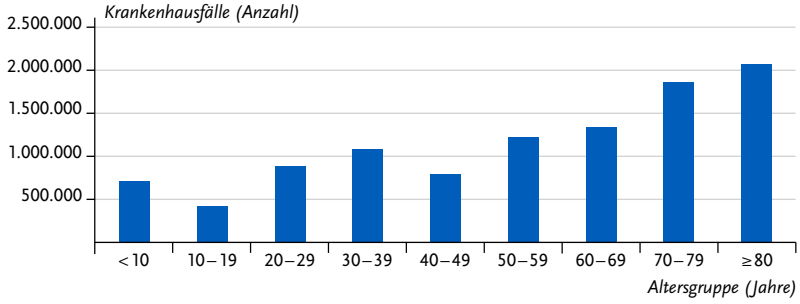


Tabelle 2.3.4.3
Die zehn häufigsten Diagnosen für Krankenhausbehandlungen bei Frauen, 2017
Datenbasis: Krankenhausdiagnosestatistik [1]

Rang	ICD-10 Code	Diagnose	Anzahl der Fälle
1	O60–O75	Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung	344.184
2	O30–O48	Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Feten und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen	308.455
3	K55–K64	Sonstige Krankheiten des Darms (z. B. Reizdarmsyndrom)	266.362
4	M15–M19	Arthrose (z. B. des Knies oder der Hüfte)	252.075
5	I50	Herzinsuffizienz	234.515
6	M50–M54	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (z. B. Rückenschmerzen)	227.908
7	I20–I25	Ischämische Herzkrankheiten	206.038
8	G40–G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems (z. B. transitorische ischämische Attacke (vorübergehende Durchblutungsstörung des Gehirns))	201.422
9	K80–K87	Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas	200.720
10	N80–N98	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltrakts	182.803

und Geburt zurückzuführen. So sind Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung (ICD-10: O60–O75) und die Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Fetus und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen (O30–O48) die beiden häufigsten Diagnosen für Krankenhausbehandlungen bei Frauen (Tab. 2.3.4.3). Die Geburt wird als stationärer Behandlungsfall der Neugeborenen gezählt (Z38: Lebendgeborene nach dem Geburtsort) und ist daher in dieser Aufzählung nicht berücksichtigt. Für 2017 sind 552.912 Lebendgeborene in der Krankenhausdiagnosestatistik dokumentiert (siehe auch Kapitel 7) [1]. Weitere wichtige Diagnosen für stationäre Behandlungen sind den Herz-Kreislauf-Erkrankungen (siehe Kapitel 2.1.3) und den Muskel-Skelett-Erkrankungen (siehe Kapitel 2.1.6) zuzuordnen.

Mit Schwierigkeiten behaftet ist die stationäre Versorgung häufig für transgeschlechtliche Menschen und Personen, die sich nicht einem Geschlecht zuordnen können (oder wollen), da diese zweigeschlechtlich organisiert ist. Es wird teilweise berichtet, dass sowohl auf ärztlicher Seite als auch bei Pflegenden wenig Erfahrung und Fachwissen im professionellen Umgang mit geschlechtlicher und sexueller Vielfalt vorhanden ist [26–28].

Fazit

Ärztliche ambulante und stationäre Versorgung wird von Frauen in höherem Maße in Anspruch genommen als von Männern. Die Unterschiede zeigen sich besonders bei jüngeren Frauen. Ursachen liegen in der gynäkologischen und geburtshilflichen Inanspruchnahme, aber auch darin, dass Frauen ihren Körper und ihre Gesundheit anders wahrnehmen und eher bereit sind, ärztliche Hilfe zu suchen und anzunehmen. Auch scheinen Interaktionsprozesse in einer professionellen Beratung oder Behandlung bei Frauen anders zu verlaufen als bei Männern, was u. a. in medizinisch nicht gut begründbaren unterschiedlichen Diagnosen und Empfehlungen von Ärztinnen und Ärzten resultieren kann [29, 30]. In einer frauengerechten Gesundheitsversorgung sollten diese Aspekte – einschließlich der Perspektive einer geschlechtersensiblen Medizin (siehe z. B. Kapitel 2.1.3) – berücksichtigt, aber auch mit Blick auf die sich wandelnden Geschlechterrollen reflektiert werden [29–31].

Die höchsten Anteile für die Inanspruchnahme finden sich bei älteren Frauen (und Männern). Die Diskussion um die zukünftige Planung und Gestaltung der ambulanten und stationären Versorgung sollte daher insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Situation geführt werden – Deutschland gehört gemeinsam mit Italien und Japan zu den Ländern mit der ältesten Bevölkerung weltweit [32]. Dies gilt umso mehr in ländlichen Regionen, die von der Alterung überdurchschnittlich betroffen sind [33, 34]. Hier können innovative, an die regionalen Bedürfnisse angepasste Lösungen wie mobile Arztpraxen, die Delegation ärztlicher Aufgaben an

medizinische Fachangestellte, telemedizinische Konzepte oder sektorenübergreifende Versorgungsmodelle [35–38] dazu beitragen, eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2018) Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
2. Prütz F, Rommel A (2017) Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4):88–94. https://edoc.rki.de/handle/176904/2905 (Stand: 01.04.2020)
3. Sieverding M (2005) Geschlecht und Gesundheit. In: Schwarzer R (Hrsg) Gesundheitspsychologie – Enzyklopädie der Psychologie. Hogrefe, Göttingen, S. 55–70
4. Babitsch B, Bormann C, Gohl D et al. (2014) Gender and Utilization of Health Care. In: Janssen C, Swart E, v Lengerke T (Hrsg) Health Care Utilization in Germany – Theory, Methodology, and Results. Springer, New York, Heidelberg, Dordrecht, London, S. 101–116
5. Rommel A, Bretschneider J, Kroll LE et al. (2017) Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. Journal of Health Monitoring 2(4):3–23. https://edoc.rki.de/handle/176904/2899.2 (Stand: 01.04.2020)
6. Rommel A, Prütz F (2017) Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4):101–108. https://edoc.rki.de/handle/176904/2907 (Stand: 01.04.2020)
7. Knopf H, Prütz F, Du Y (2017) Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4):109–116. https://edoc.rki.de/handle/176904/2908 (Stand: 01.04.2020)
8. Knopf H, Grams D (2013) Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5–6):868–877
9. BARMER (Hrsg) (2019) Arztreport 2019. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 14. BARMER, Berlin
10. Ohlmeier C, Frick J, Prütz F et al. (2014) Nutzungsmöglichkeiten von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bundesgesundheitsbl 57(4):464–472
11. Swart E (2012) The prevalence of medical services use. How comparable are the results of large-scale population surveys in Germany? Psychosoc Med 9:Doc10. www.egms.de/static/en/journals/psm/2012-9/psm000088.shtml (Stand: 01.04.2020)
12. Prütz F, Rommel A (2017) Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4):95–100. https://edoc.rki.de/handle/176904/2906 (Stand: 01.04.2020)
13. Hoebel J, Rattay P, Prütz F et al. (2016) Socioeconomic Status and Use of Outpatient Medical Care: The Case of Germany. PLoS One 11(5):e0155982. https://edoc.rki.de/handle/176904/2366 (Stand: 01.04.2020)
14. Bremer P, Wübker A (2013) Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Haus- und Facharztleistungen in Deutschland. Eine empirische Analyse. Prävention und Gesundheitsförderung 8(1):15–21
15. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2011) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009". Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
16. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
17. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2018) Bundesweite Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen. Sonderauswertung
18. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
19. Hoebel J, Rommel A, Schröder SL et al. (2017) Socioeconomic Inequalities in Health and Perceived Unmet Needs for Healthcare among the Elderly in Germany. Int J Environ Res Public Health 14(10): 1127
20. Dennert G (2016) Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen. In: Kolip P, Hurrelmann K (Hrsg) Handbuch Geschlecht und Gesundheit – Männer und Frauem im Vergleich. Hogrefe, Bern, S. 398–408
21. Beigang S, Fetz K, Kalkum D et al. (2017) Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung. Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Baden-Baden
22. Higgins A, Sharek D, McCann E et al. (2011) Visible lives: identifying the experiences and needs of older lesbian, gay, bisexual and transgender people in Ireland. Gay and Lesbian Equality Network, Dublin
23. Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A et al. (2013) Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5–6):832–844
24. Nowossadeck E, Prütz F (2018) Regionale Unterschiede der Entwicklung der Krankenhausbehandlungen. Effekte unterschiedlicher demografischer Trends? Bundesgesundheitsbl 61(3):358–366
25. Nowossadeck E (2012) Population Aging and Hospitalization for Chronic Disease in Germany. Dtsch Arztebl Int 109(9): 151–157
26. Institute of Medicine (Hrsg) (2011) The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding. National Academies Press (US), Washington (DC)
27. LesMigraS Antigewalt- und Antidiskriminierungsbereich der Lesbenberatung Berlin e. V. (Hrsg) (2012) „…nicht so greifbar und doch real". Eine quantitative und qualitative Studie zu Gewalt- und (Mehrfach-) Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans* in Deutschland. https://lesmigras.de/tl_files/lesmigras/kampagne/Dokumentation%20Studie%20web.pdf (Stand: 01.04.2020)
28. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (Hrsg) (2014) Aktionsplan für Akzeptanz & gleiche Rechte. Onlinebefragung zur Lebenssituation von LSBTTIQ-Menschen in Baden-Württemberg. https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Offenheit_und_Akzeptanz/Onlinebefragung_Aktionsplan_Akzeptanz_2014.pdf (Stand: 01.04.2020)
29. Faltermaier T, Hübner IM (2016) Psychosoziale Gesundheitstheorien aus Geschlechterperspektive. In: Kolip P, Hurrelmann K (Hrsg) Handbuch Geschlecht und Gesundheit – Männer und Frauen im Vergleich. Hogrefe, Bern, S. 45–57

30. Stamer M, Schach C (2016) Geschlechteraspekte in der medizinischen Versorgung. In: Kolip P, Hurrelmann K (Hrsg) Handbuch Geschlecht und Gesundheit – Männer und Frauen im Vergleich. Hogrefe, Bern, S. 312–324
31. Ludwig S, Dettmer S, Peters H et al. (2016) Geschlechtsspezifische Medizin in der Lehre: Noch in den Kinderschuhen. Dtsch Arztebl Int 113(51-52):A 2362–2366
32. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (Hrsg) (2015) World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/W 241. UN, New York
33. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg) (2015) Regionale Aspekte des demografischen Wandels. BiB, Wiesbaden
34. Menning S, Nowossadeck E, Maretzke S (2010) Regionale Aspekte der demografischen Alterung. Report Altersdaten, Heft 1-2/2010. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
35. Kassenärztliche Vereinigung Hessen (2019) Medibus: Die mobile Hausarztpraxis. www.kvhessen.de/medibus/ (Stand: 01.04.2020)
36. Dini L, Sarganas G, Heintze C et al. (2012) Home visit delegation in primary care–acceptability to general practitioners in the state of Mecklenburg-Western Pomerania, Germany. Dtsch Arztebl Int 109(46):795–801
37. van den Berg N, Schmidt S, Stentzel U et al. (2015) Telemedizinische Versorgungskonzepte in der regionalen Versorgung ländlicher Gebiete. Bundesgesundheitsbl 58(4):367–373
38. Amelung V, Wolf S, Ozegowski S et al. (2015) Totgesagte leben länger. Empfehlungen zur Integrierten Versorgung aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen. Bundesgesundheitsbl 58 (4–5):352–359

2.3.5 Rehabilitation

- *Frauen geben mit 6,4% im Vergleich zu Männern (5,5%) häufiger die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation in den letzten zwölf Monaten an.*
- *Zwischen den Jahren 2010 und 2016 hat die Inanspruchnahme der stationären Rehabilitation aufgrund von psychischen Störungen bei Frauen zugenommen und die aufgrund von Krebserkrankungen abgenommen.*
- *Ein spezielles Angebot bilden die Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen, die in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder vergleichbaren Einrichtungen in Anspruch genommen werden können.*

Das übergeordnete Ziel aller rehabilitativen Leistungen ist es, Menschen mit einer gesundheitsbedingten Teilhabestörung ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Speziell die Behandlungen in der medizinischen Rehabilitation orientieren sich am biopsychosozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), welches die Funktionsfähigkeit für eine bestmögliche Teilhabe des Menschen in Beruf und Gesellschaft in den Mittelpunkt stellt [1, 2]. Faktoren wie die demografische Alterung, eine verlängerte Lebensarbeitszeit und eine Zunahme der Zahl von Menschen mit mehrfachen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen zu einer vermehrten Nachfrage und Notwendigkeit rehabilitativer Angebote [3–7]. Bei Personen mit chronischem Krankheitsverlauf sind im Wesentlichen die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) und die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) Leistungsträger medizinischer Rehabilitationen. Im Allgemeinen leistet die GRV mit der Zielsetzung „Reha vor Rente“ bei Personen im erwerbsfähigen Alter und die GKV mit dem Ziel „Reha vor Pflege“ bei nicht erwerbsfähigen Personen. Ein weiterer Träger ist die gesetzliche Unfallversicherung, die Leistungen in Folge von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten übernimmt [3]. Somit werden rehabilitative Leistungen über die gesamte Lebensphase von unterschiedlichen Leistungsträgern angeboten, was eine Besonderheit des deutschen Rehabilitationssystems im internationalen Vergleich darstellt [8]. Eine besondere Rehabilitationsform, die seit 2007 eine Pflichtleistung der GKV darstellt, sind die Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen. Dieses Angebot richtet sich an Mütter und Väter allein oder mit Kindern, deren gesundheitliche Lage z. B. aufgrund besonderer Belastungen bedroht oder bereits eingeschränkt ist [9].

Neben diesem sehr speziellen und deutlich häufiger von Frauen genutzten Instrument der Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen werden in diesem Kapitel die allgemeinen rehabilitativen Angebote mit dem Blick auf Frauen vorgestellt. Im Mittelpunkt der Betrachtung steht die Inanspruchnahme in ihrer zeitlichen Entwicklung, wenngleich geschlechterorientierte Forschungsergebnisse auch zu anderen Themen wie der Ausgestaltung von geschlechtersensiblen Rehabilitationsprogrammen vorliegen [10–13]. Als Datenquelle wird die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) von 2010 aus dem Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts (RKI) [14], die gezielt nach der Teilnahme an einer Rehabilitation in den letzten zwölf Monaten fragt, herangezogen. Weitere Datengrundlagen sind die

Infobox 2.3.5.1
Medizinische Rehabilitation

Medizinische Rehabilitationen sind Antragsleistungen, die aus der akutmedizinischen ambulanten Versorgung oder aber im Anschluss an die stationäre Versorgung beantragt werden können. Je nach Ziel der Leistung sind Rehabilitationen im Kindes-, Erwerbs- oder Rentenalter sowie bei Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten möglich.

Diagnosedaten von Patientinnen und Patienten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit mindestens 100 Betten der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamts, die Statistik der Leistungen zur Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund sowie Daten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Inanspruchnahme von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen.

Insgesamt gaben 6,4 % der befragten Frauen ab 18 Jahren an, in den letzten zwölf Monaten an einer Rehabilitation, Anschlussheilbehandlung oder Kur teilgenommen zu haben. Damit zeigen Frauen eine höhere Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen als Männer (5,5 %). Dies gilt auch bei Betrachtung der einzelnen Altersgruppen; Ausnahmen bilden die 18- bis 29-Jährigen und die 50- bis 59-Jährigen (Abb. 2.3.5.1). Eine Erklärung könnten die Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen sein, ein Angebot, welches – wie unten beschrieben – deutlich häufiger von Frauen zwischen 30 bis 49 Jahren in Anspruch genommen wird. Diese Leistung überlagert mutmaßlich die höhere Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation bei Männern in den jüngeren Altersgruppen [15].

Die altersstandardisierte Inanspruchnahme stationärer rehabilitativer Leistungen liegt im Zeitraum von 2010 bis 2017 für Frauen konstant über jener der Männer. Im gleichen Zeitraum bleibt die Inanspruchnahme zudem bei Frauen relativ unverändert, während sie bei Männern leicht rückläufig ist (Abb. 2.3.5.2).

Mit Daten der Deutschen Rentenversicherung Bund ist eine Unterteilung der erbrachten Leistung danach möglich, ob diese ambulant oder stationär durchgeführt wurden. Bei der Leistungserbringung gilt der Grundsatz ambulant vor stationär, wenn eine ambulante Maßnahme in gleicher Qualität wie eine stationäre erfolgen kann [17]. Bei den ambulanten Angeboten werden die Vorteile einer wohnortnahen Versorgung und einer besseren Verbindung von Familie und Therapie betont [18]. Im Zeitraum 2010 bis 2015 sind die absoluten Zahlen der ambulanten Leistungserbringung im Vergleich zu denen der stationären bei Frauen stetig gestiegen. Setzt man die absoluten Zahlen der ambulanten Maßnahmen ins Verhältnis zu den Gesamtleistungen, zeigt sich, dass im Jahr 2010 10,6 % der Rehabilitation bei Frauen ambulant erbracht wurden und für das Jahr 2015 eine Steigerung der ambulanten Maßnahmen auf 12,6 % festzustellen ist (Tab. 2.3.5.1).

Die Gesamtfallzahl stationär durchgeführter Rehabilitationen ist zwischen den Jahren 2010 und 2017 leicht von 894.861 auf 905.433 gestiegen. Bei Gruppierung der zehn häufigsten Hauptdiagnosen des Jahres 2017 zu den entsprechenden

Abbildung 2.3.5.1
12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen bei Frauen und Männern nach Alter
Datenbasis: GEDA 2010

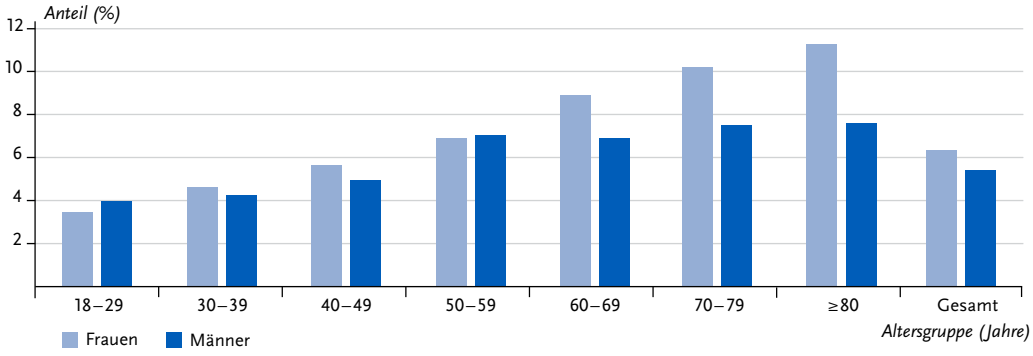


Abbildung 2.3.5.2
Altersstandardisierte Inanspruchnahme stationärer rehabilitativer Leistungen bei Frauen und Männern im Zeitverlauf (alte Europastandardbevölkerung)
Datenbasis: Krankenhausstatistik [16]

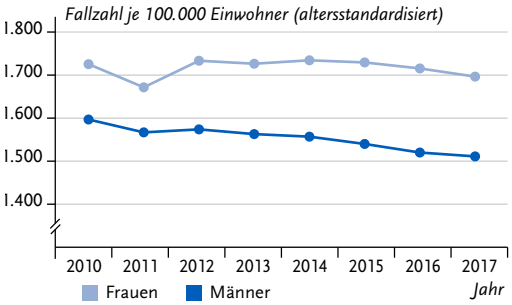


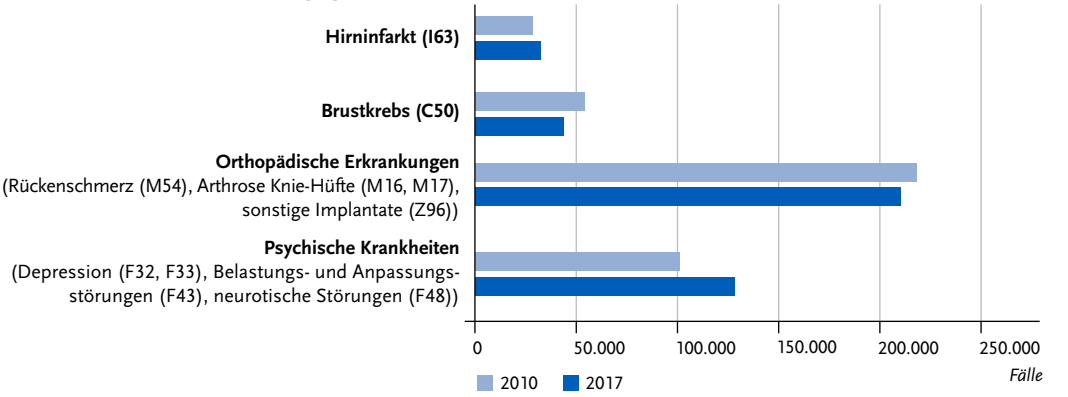
Tabelle 2.3.5.1
Inanspruchnahme ambulanter und stationärer medizinischer Rehabilitationsleistungen bei Frauen im Zeitverlauf
Datenbasis: Statistik der Leistungen zur Rehabilitation [19]

Berichtsjahr	Ambulante Leistungen	Stationäre Leistungen	Anteil ambulanter an allen Leistungen in %
2010	49.386	416.555	10,6 %
2011	50.549	403.226	11,2 %
2012	52.611	424.484	11,1 %
2013	53.003	414.334	11,4 %
2014	57.981	423.055	12,1 %
2015	61.768	430.077	12,6 %

Krankheitsgruppen sind Verschiebungen im Vergleich zu 2010 festzustellen. Insbesondere bei den psychischen Störungsbildern wie den Depressionen ist eine Fallzahlsteigerung erkennbar (Abb. 2.3.5.3). Somit ist die in anderen diagnosebasierten Inanspruchnahmedaten bei Frauen wie bei Männern steigende Zahl psychischer Erkrankungen auch in der stationären Rehabilitation bei Frauen sichtbar (siehe Kapitel 2.1.7). Dagegen sinkt die Inanspruchnahme stationärer Maßnahmen bei Brustkrebs, was Folge der sinkenden Neuerkrankungsraten der letzten Jahre sein kann (siehe Kapitel 2.1.4). Die rehabilitativen Fälle mit ischämischem Hirninfarkt als Hauptdiagnose steigen hingegen leicht an, obgleich es auch hier Hinweise auf ein Absinken der Inzidenz an Schlaganfällen gibt [21]. Hauptgrund für die Steigerung dürfte somit die im gleichen Zeitraum gesunkene Sterblichkeit sein, welcher zu diesem leichten Zuwachs an Personen in rehabilitativen Maßnahmen geführt hat [21]. Die fallzahlstärkste Gruppe bleiben die orthopädischen Erkrankungen; auch hier ist jedoch ein leichter Rückgang an Fällen festzustellen. Diese Entwicklung steht ebenfalls im Einklang mit den Fallzahlen der stationären Versorgung, welche insbesondere bei Ersatz von Knie- oder Hüftgelenken einer rehabilitativen Maßnahme vorausgehen.

Die aktuellen Zahlen der vom BMG bereitgestellten Statistik der Inanspruchnahme von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen weisen für das Berichtsjahr 2017 112.968 Vorsorge- und 3.205 Rehabilitationsmaßnahmen aus [22]. In der gleichen Statistik werden auch die Antragsleistungen getrennt nach Geschlecht ausgewiesen. Demnach wurden im Jahr 2017 136.294 Anträge von Müttern und 11.444 von

Abbildung 2.3.5.3
Die zehn häufigsten Diagnosen in stationären Rehabilitationseinrichtungen nach Krankheitsgruppen bei Frauen, 2010 und 2017
Datenbasis: Krankenhausstatistik [20]



Vätern auf Vorsorgeleistungen gestellt. Für Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation wurden von Müttern 4.519 und von Vätern 508 Anträge gestellt. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen können z. B. in Einrichtungen des Müttergenesungswerks [9] oder vergleichbaren Einrichtungen in Anspruch genommen werden.

Fazit

Insgesamt spiegelt die Rehabilitation die Krankheitsdynamik in Deutschland wider. Frauen nehmen rehabilitative Leistungen über die Lebensphasen hinweg häufiger in Anspruch als Männer. Die Leistungen werden dabei zunehmend ambulant erbracht und bei Analyse der Behandlungsanlässe zeigt sich eine Zunahme psychischer Störungen. Diese Aspekte sollten noch stärker bei der Planung und Ausgestaltung von rehabilitativen Angeboten berücksichtigt werden, um die Behandlungsqualität weiter zu sichern und zu verbessern [23, 24]. Eine stärkere Beachtung von Genderaspekten in der Angebotsorientierung ist zudem aufgrund der sich zwischen den Geschlechtern angleichenden Erwerbsquote [25] mit der sich hieraus ergebenden Angleichung auch von arbeitsbezogenen Belastungen notwendig. Auch werden bedingt durch den demografischen Wandel insbesondere geriatrische Rehabilitationen an Bedeutung gewinnen [7], die aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung vermutlich stärker von Frauen als von Männern in Anspruch genommen werden.

Literatur

1. Wenzel TR, Morfeld M (2017) Nutzung der ICF in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland: Anspruch und Wirklichkeit. Bundesgesundheitsbl 60(4):386–393
2. World Health Organiziation (2001) International classification of functioning, disability and health (ICF). Short version. WHO, Geneva
3. Nowossadeck E, Pohlner S, Kamtsiuris P (2017) Die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen in Deutschland im Vergleich verschiedener Survey- und Routinedatenquellen. Gesundheitswesen 79(12):1058–1064
4. Buschmann-Steinhage R (2017) Trends in der medizinischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsbl 60(4):368–377
5. Seger W, Cibis W, Deventer A et al. (2018) Die Zukunft der medizinisch-rehabilitativen Versorgung im Kontext der Multimorbidität – Teil II: Strukturelle Voraussetzungen und Anforderungen an das rehabilitative Versorgungssystem. Gesundheitswesen 80(02):105–112
6. Seger W, Cibis W, Deventer A et al. (2018) Die Zukunft der medizinisch-rehabilitativen Versorgung im Kontext der Multimorbidität – Teil I: Begriffsbestimmung, Versorgungsfragen und Herausforderungen. Gesundheitswesen 80(01):12–19
7. Nowossadeck E (2018) Einfluss der demografischen Alterung auf die Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation in Deutschland bis 2040. Rehabilitation 58(2):96–103
8. Mittag O, Welti F (2017) Medizinische Rehabilitation im europäischen Vergleich und Auswirkungen des europäischen Rechts auf die deutsche Rehabilitation. Bundesgesundheitsbl 60(4):378–385
9. Müttergenesungswerk (2019) Datenreport 2019. www.muettergenesungswerk.de/presse/mitteilung/muettergenesungswerk-legt-datenreport-und-jahresbericht-vor/ (Stand: 06.12.2018)
10. Härtel U (2014) Geschlechterperspektive in der kardiologischen Rehabilitation. zkm 06(03):29–33
11. Bethge M, Borngräber Y (2015) Work-family conflicts and self-reported work ability: cross-sectional findings in women with chronic musculoskeletal disorders. BMC Musculoskelet Disord 16:58
12. Mittag O, Grande G (2008) PatientInnenorientierung in der Rehabilitation – Die Genderperspektive. Rehabilitation 47(02):98–108
13. Schmidt B, Kolip P, Greitemann B (2001) Geschlechtsspezifische Aspekte der Rehabilitation chronischer Rückenschmerzen. Rehabilitation 40(05):261–266
14. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. RKI, Berlin
15. Deutsche Rentenversicherung Bund (2018) Reha-Bericht 2018. www.reha-berichte-drv.de (Stand: 01.04.2020)
16. Statistisches Bundesamt (2018) Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
17. Morfeld M, Strahl A, Koch U (2011) Ambulante Rehabilitation in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 54(4):420–428
18. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2016) Rahmenempfehlung zur ambulanten Rehabilitation vom 1. März 2016. www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/amb_reha/bar-konzept/_jcr_content/par/download_3/file.res/Rahmenempfehlungen%20ambulante%20Rehabilitation.pdf (Stand: 01.04.2020)
19. Statistisches Bundesamt (2018) Statistik der Leistungen zur Rehabilitation. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
20. Statistisches Bundesamt (2018) Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
21. Robert Koch-Institut (2015) Schlaganfall. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 43–49
22. Bundesminsiterium für Gesundheit (2017) Ergebnisse der Statistik KG 5 – Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen 2017. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/GKV/Ergebnisse_der_Statistik_KG_5__Vorsorge-_und_Rehabilitationsmassnahmen_2017.pdf (Stand: 01.04.2020)
23. Mittag O (2013) Genderspezifische Aspekte in der Sekundärprävention der koronaren Herzerkrankung. Clin Res Cardiol Suppl 8(1):52–56
24. Kasten Y, Bethge M (2014) Women@work. Abschlussbericht. www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht_w_w_final.pdf (Stand: 01.04.2020)

25. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (2018) Erwerbstätigenquoten und Erwerbsquoten 1991–2017. www.boeckler.de/53509.htm#infos (Stand: 01.04.2020)

2.3.6 Pflege

- *Da Frauen im Durchschnitt länger leben als Männer, haben sie ein höheres Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden.*
- *2018 waren 2,3 Millionen Frauen und Mädchen in Deutschland pflegebedürftig, das entspricht rund 5% der weiblichen Bevölkerung.*
- *Frauen sind häufiger als Männer in der Betreuung pflegebedürftiger Personen aktiv. 8,7% der Frauen in Deutschland pflegen eine nahestehende Person (Männer: 4,9%).*

Aufgrund der demografischen Alterung der Bevölkerung kommt der Pflege hilfebedürftiger und gesundheitlich beeinträchtigter Personen eine wachsende Bedeutung zu. Auch wenn viele Menschen im Zuge der steigenden Lebenserwartung die hinzu gewonnenen Lebensjahre in guter Gesundheit verbringen, nimmt die Zahl der Pflegebedürftigen aufgrund der wachsenden Zahl älterer Personen zu [3]. Darüber hinaus führte die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (siehe Infobox 2.3.6.1) zu einem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen, weil seit der Umstellung mehr Menschen als pflegebedürftig eingestuft werden [4].

Da Frauen im Durchschnitt länger leben als Männer, haben sie ein höheres Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden [5]. Wer im Alter pflegebedürftig wird, kann Leistungen der Pflegeversicherung wie Pflegegeld (Betreuung und Pflege durch z. B. Angehörige zu Hause) oder Pflegesachleistungen (Hilfe von professionellen Pflegediensten) in Anspruch nehmen [1, 2]. Voraussetzung dafür, dass Pflegeleistungen gewährt werden, ist das Vorliegen eines zuerkannten Pflegegrades (auf Antragstellung) und die individuelle Wahl dieser Leistungen bei der Pflegeversicherung.

In den vergangenen Jahren wurden die Leistungen der Pflegeversicherung im Bereich der häuslichen Pflege erheblich ausgebaut. Dennoch bleiben die Leistungen der Pflegeversicherung betragsmäßig beschränkt, sodass finanzielle Eigenanteile zur Finanzierung formeller Hilfen notwendig werden können [1, 2]. Im Falle der Pflegebedürftigkeit können zudem pflegerische Leistungen oder betreuerische Leistungen beispielsweise durch Angehörige erforderlich werden. Nach wie vor ist es der Wunsch der weit

Infobox 2.3.6.1 Pflegebedürftigkeit, Pflegeversicherung und Pflege [1, 2]

Die soziale Pflegeversicherung wurde 1995 mit dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) als fünfte Säule der Sozialversicherung eingeführt. Seitdem sind alle gesetzlich Krankenversicherten automatisch bei der Pflegekasse ihrer Krankenversicherung pflichtversichert. Für privat Krankenversicherte gelten ähnliche Regelungen. Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz 2002, das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008, das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz 2012 sowie die drei Pflegestärkungsgesetze der Jahre 2015 bis 2017 hatten das Ziel, die Pflegeversicherung kontinuierlich weiterzuentwickeln und die Situation von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zu verbessern. Wesentliche Änderungen im Rahmen des zweiten Pflegestärkungsgesetzes waren, die bisherigen drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade zu ersetzen und einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie ein neues Begutachtungsinstrument einzuführen, sodass stärker als zuvor auch psychische und geistige Beeinträchtigungen berücksichtigt werden. Als pflegebedürftig gilt, wer gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen. Pflege umfasst alle unterstützenden Maßnahmen, die dem Erhalt und der Wiederherstellung der körperlichen, geistigen und sozialen Kräfte und der Bewältigung der Folgen von Krankheit und funktionellen Beeinträchtigungen dienen. Pflege und medizinische Behandlungen ergänzen sich gegenseitig. Pflege versucht, gesundheitliche Beeinträchtigungen zu lindern, um ein möglichst hohes Maß an selbstständiger Lebensführung, Lebensqualität und Teilhabe zu gewährleisten. Pflegerische Tätigkeiten werden von professionellen Pflegekräften sowie von Laien (z. B. pflegenden Angehörigen) durchgeführt.

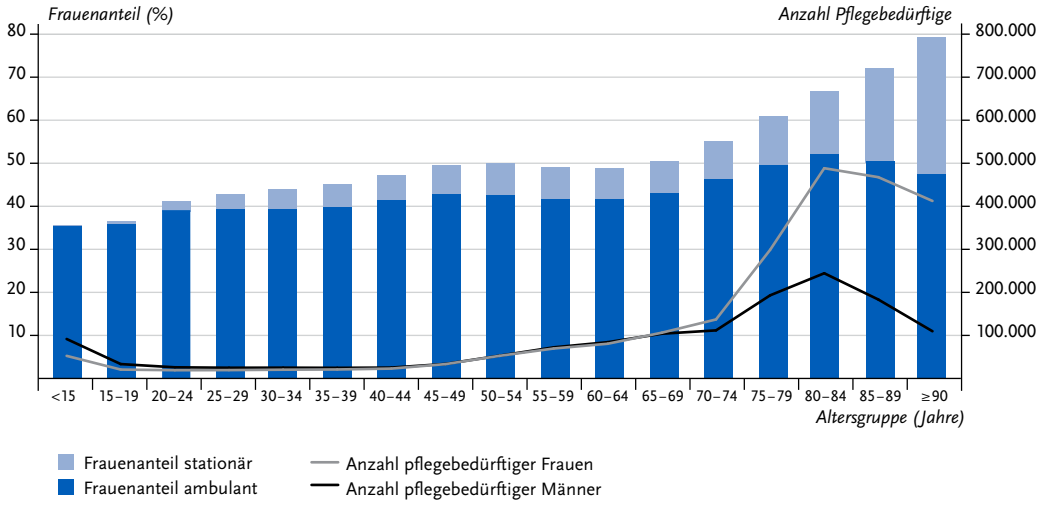
überwiegenden Zahl der Pflegebedürftigen, in der häuslichen Umgebung versorgt zu werden [6]. Von den häuslich Pflegebedürftigen wiederum wird der größte Teil ohne Hinzuziehung professioneller Dienste versorgt. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes gab es im Jahr 2017 rund 3,4 Millionen Pflegebedürftige in Deutschland, von denen etwa 2,59 Millionen durch Angehörige zu Hause gepflegt wurden [3]. In Deutschland erbringen pflegende Angehörige damit den größten Teil aller Pflegeleistungen. Studien zeigen, dass es insbesondere Frauen sind, die sich um pflegebedürftige Angehörige kümmern [7–12].

Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden die Situation pflegebedürftiger sowie pflegender Frauen in Deutschland dargestellt. Dafür wird zunächst die Inanspruchnahme von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung durch Frauen beschrieben. Herangezogen werden dabei Daten, die im Rahmen des Monitorings der sozialen Pflegeversicherung beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) für das Jahr 2018 vorgehalten werden [13]. Danach wird auf Datengrundlage der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2012) des Robert Koch-Instituts (RKI) über Frauen in der Angehörigenpflege berichtet.

Frauen als Pflegebedürftige

In Deutschland bezogen im Jahr 2018 rund 3,7 Millionen Personen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (Stichtag: Jahresende). Fast zwei Drittel (2,3 Millionen) der als pflegebedürftig anerkannten Personen waren weiblich, das entspricht 5,4 % der weiblichen Bevölkerung [13]. Im Altersgang nimmt der Frauenanteil unter den Pflegebedürftigen stark zu und liegt ab etwa 65 Jahren über 50 %. Bei den 90-Jährigen und Älteren sind etwa acht von zehn pflegebedürftigen Personen Frauen (79,3 %). Insbesondere der Anteil pflegebedürftiger Frauen in stationärer pflegerischer Versorgung steigt mit dem Alter stark an, während der Frauenanteil unter ambulant versorgten Pflegebedürftigen nur geringfügig zunimmt (Abb. 2.3.6.1). Der hohe Frauenanteil ist auf eine höhere absolute Zahl pflegebedürftiger Frauen in den höheren Altersgruppen zurückzuführen. Ab einem Alter von etwa 70 Jahren steigen die Zahlen Pflegebedürftiger bei den Frauen deutlich stärker an als bei den Männern. Zudem nimmt bei den Männern die absolute Zahl Pflegebedürftiger etwa fünf Altersjahre früher als bei den Frauen wieder ab. Grund dafür ist die geringere Lebenserwartung der Männer. Dessen ungeachtet haben Frauen im höheren Lebensalter aber auch ein altersspezifisch höheres Pflegerisiko als Männer. Dies spiegelt sich in einem höheren

Abbildung 2.3.6.1
Anzahl an Pflegebedürftigen nach Geschlecht und Alter sowie Frauenanteil bei Pflegebedürftigen nach Alter und Versorgungsform, 2018
Datenbasis: Bundesministerium für Gesundheit [13]

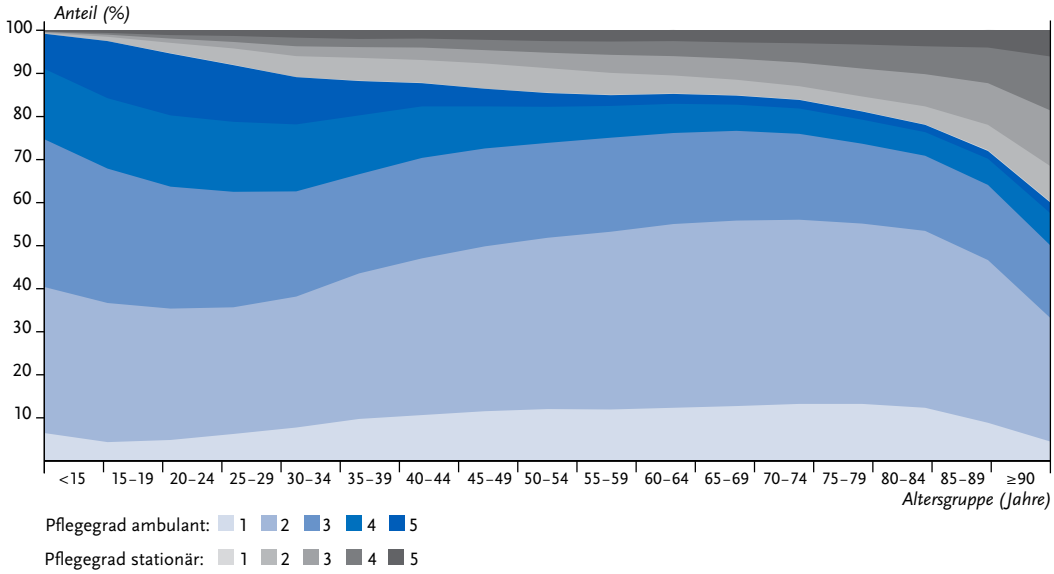


Anteil Pflegebedürftiger an der Bevölkerung innerhalb der jeweiligen Altersgruppen wider [14].

In der prozentualen Verteilung der anerkannten Pflegegrade (siehe Infobox 2.3.6.2) unterscheiden sich Frauen und Männer kaum voneinander. Im Jahr 2018 wurde 6,3 % der pflegebedürftigen Frauen der Pflegegrad 1 zuerkannt, 43,0 % Pflegegrad 2. 10,0 % erhielten Leistungen entsprechend Pflegegrad 3, 26,8 % entsprechend Pflegegrad 4 und 13,8 % wurden in den Pflegegrad 5 eingestuft [13]. 76,4 % der pflegebedürftigen Frauen werden ambulant versorgt und leben damit in der eigenen häuslichen Umgebung. Ihre Pflege wird meist im Angehörigenkreis oder unter Mithilfe ambulanter Pflegedienste organisiert. Bei Männern fällt dieser Anteil mit 82,8 % höher aus. Im Altersverlauf zeigt sich bei der Verteilung der Pflegegrade und Versorgungsformen eine deutliche Dynamik (Abb. 2.3.6.2): Mit dem Alter steigt der Anteil stationär versorgter Frauen mit den Pflegegraden 3 bis 5 deutlich an. Parallel dazu verliert der ambulante Bereich an Bedeutung. Insgesamt liegt der Anteil stationär versorgter Frauen an allen pflegebedürftigen Frauen bei 40,1 %, bei den Männern liegt der gleiche Anteil hingegen nur bei 26,6 %. Zu berücksichtigen ist bei dieser Betrachtung, dass die absoluten Fallzahlen hinter diesen Anteilen im höheren Alter deutlich größer sind als in jüngeren Jahren.

Die Unterschiede zwischen pflegebedürftigen Frauen und Männern lassen sich nicht nur durch unterschiedliche Prävalenzen von Erkrankungen oder altersassoziierte gesundheitsbedingte Einschränkungen erklären. Vielmehr spielen soziodemografische Faktoren eine entscheidende Rolle. Häufig bestehen Altersunterschiede zwischen Lebenspartnern [3]. In nahezu drei Viertel aller heterosexuellen Beziehungen sind die Frauen jünger als ihre Partner. Hinzu kommt die geringere Lebenserwartung von Männern. All diese Faktoren tragen dazu bei, dass Frauen seltener im häuslichen Umfeld pflegerisch versorgt werden können, weil sie in den letzten Lebensjahren häufiger ohne Partner leben (siehe auch Kapitel 5) [14]. So sind Frauen in absoluten Zahlen und auch anteilig an der Bevölkerung deutlich häufiger verwitwet als Männer [14]. Im Falle einer Pflegebedürftigkeit im Alter besteht bei Frauen daher tendenziell häufiger ein Bedarf nach professioneller Pflege und stationärer Versorgung. Entsprechend werden pflegebedürftige Frauen generell seltener im Rahmen der Angehörigenpflege ohne professionelle Unterstützung (Pflegegeldbezug) versorgt [15].

Abbildung 2.3.6.2
Pflegebedürftige Frauen nach Alter, Pflegegrad und Versorgungsform, 2018
Datenbasis: Bundesministerium für Gesundheit [13]



Infobox 2.3.6.2
Pflegegrade [1, 2]

Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) eine Pflegebegutachtung durchgeführt. Diese orientiert sich an den sechs Lebensbereichen bzw. Modulen (1) „Mobilität", (2) „Geistige und kommunikative Fähigkeiten", (3) „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen", (4) „Selbstversorgung", (5) „Selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen – sowie deren Bewältigung" und (6) „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte". Für jeden dieser Bereiche wird ein Punktwert vergeben. Die Punktwerte werden gewichtet und zu einem Gesamtwert zusammengefasst, der für einen der fünf Pflegegrade steht:

Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit

Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit

Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit

Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit

Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

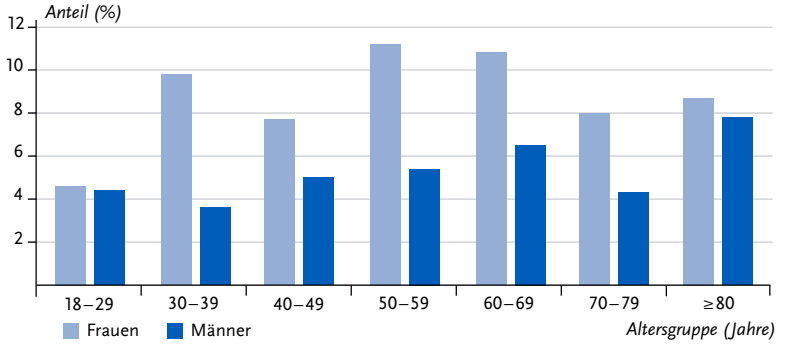
Neben diesen für heterosexuelle Paarkonstellationen typischen Pflegebedarfen deuten die wenigen vorhandenen, vorwiegend internationalen Forschungsarbeiten auf spezifische Pflegebedarfe von lesbischen und bisexuellen Frauen sowie von transgeschlechtlichen Menschen hin. So gibt es Hinweise, dass diese tendenziell früher pflegebedürftig werden, da sie im Lebensverlauf als Angehörige einer potenziell diskriminierten sozialen Gruppe höhere Raten an chronischen und psychischen Erkrankungen aufweisen [16]. Dies wird häufig als Folge des sogenannten Minoritätenstress erklärt. Weiterhin sind sie häufiger alleinstehend, haben seltener Kinder, erfahren dadurch weniger familiäre Unterstützung und sind stärker auf professionelle Pflege angewiesen. Sie werden jedoch tendenziell häufiger durch andere nahestehende Menschen unterstützt [17, 18]. In Bezug auf stationäre Pflege wird berichtet, dass lesbische und bisexuelle Frauen sowie transgeschlechtliche Menschen fürchten, durch Angehörige des Pflegepersonals oder andere pflegebedürftige Menschen diskriminiert zu werden [19].

Die genannten Pflegekonstellationen sind auch vor dem Hintergrund der demografischen Alterung zu bewerten. Auch wenn die Prognosen zu den künftig zu erwartenden Zahlen an Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und professionell Pflegenden von Studie zu Studie abweichen, weisen sie in eine ähnliche Richtung. Danach ist in den nächsten Jahrzehnten mit einem steigenden Bedarf an professioneller Pflege zu rechnen. Damit einher geht ein sinkendes Potenzial in der Angehörigenpflege, da die nachwachsenden Generationen zahlenmäßig tendenziell abnehmen. Es sind daher sowohl Lösungen gefragt, um mehr Menschen für die professionellen Pflegeberufe zu gewinnen, als auch Ansätze zur Stärkung des informellen Engagements zur Pflege und Unterstützung pflegebedürftiger Menschen [15].

Frauen als pflegende Angehörige

Angehörigenpflege wird häufiger von Frauen als von Männern ausgeübt. Dass Frauen häufiger und auch zeitintensiver pflegen als Männer, zeigen die Daten verschiedener Krankenkassen [7, 8, 10] und Ergebnisse aus GEDA 2012. Danach pflegen 8,7 % der Frauen eine nahestehende Person; bei den Männern sind es 4,9 % [20]. In der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen ist der Anteil pflegender Frauen mit 11,2 % am größten. Dagegen nimmt der Anteil pflegender Männer im Altersgang zu und erreicht den höchsten Wert bei den über 80-Jährigen mit 7,8 % (Abb. 2.3.6.3). 3,2 % der Frauen (im Vergleich: 1,0 % der Männer) pflegen eine nahestehende Person für mindestens zwei Stunden am Tag (im Folgenden als hoher Pflegeumfang bezeichnet). Weitere 2,4 % der Frauen pflegen bis zu zwei Stunden täglich, 3,0 % pflegen gelegentlich. Von den Männern pflegen 1,7 % bis zu zwei Stunden täglich und 2,3 % gelegentlich; damit pflegen Männer am häufigsten „gelegentlich". Die Mehrheit der Frauen (und Männer) kümmert sich um pflegebedürftige Angehörige innerhalb oder außerhalb des eigenen Haushalts. Ein kleinerer Teil der Frauen (und Männer) ist in der Pflege von Freundinnen und Freunden, Bekannten oder Nachbarinnen und Nachbarn aktiv [20]. Während der Großteil der pflegenden Frauen

Abbildung 2.3.6.3
Anteil pflegender Angehöriger bei Frauen und Männern nach Alter
Datenbasis: GEDA 2012



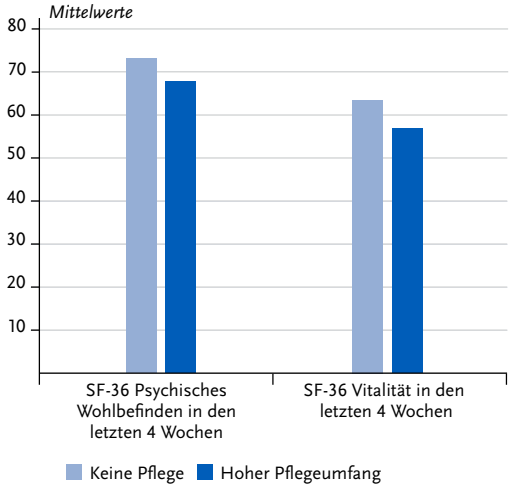
zwischen 50 und 55 Jahre alt ist und einen Elternteil betreut, sind pflegende Männer meist über 80 Jahre alt und versorgen ihre Ehefrau oder Lebenspartnerin [8, 21]. Die Pflege der eigenen Eltern kann ein großes Stresspotenzial mit sich bringen, wenn Kinder mit dem damit einhergehenden Rollenwechsel nicht gut zurechtkommen [8].

Personen, die Pflegetätigkeiten übernehmen, sind häufig sozial schlechter gestellt als Personen, die nicht pflegen. Dies trifft vor allem auf Frauen zu [22, 23]. Die größten sozialen Unterschiede finden sich nach den Daten aus GEDA 2012 zwischen nicht-pflegenden Frauen und Frauen mit hohem Pflegeumfang [20]. So gehören Frauen mit hohem Pflegeumfang häufiger der niedrigen und seltener der hohen Bildungsgruppe an als nicht-pflegenden Frauen. Auch sind Frauen mit hohem Pflegeumfang verglichen mit nicht-pflegenden Frauen seltener erwerbstätig (38,8 % bzw. 53,0 %). Dies steht im Einklang mit Studien, die zeigen, dass die Pflege von Angehörigen mit Einschränkungen in der Berufstätigkeit einhergeht: Aufgrund der Pflegetätigkeit arbeiten viele Frauen in Teilzeit oder gehen vorzeitig in Rente, was zu finanziellen Einbußen führt [8, 9]. Etwas mehr als ein Drittel der Frauen mit hohem Pflegeaufwand ist erwerbstätig [20] und kann damit einer Dreifachbelastung zwischen Familie, Beruf und Pflege ausgesetzt sein. Diese Frauen müssen ihren Alltag oft neu strukturieren und die Rollen in der Familie neu verteilen [8]. In Kapitel 4.2.3 wird im Kontext von Erwerbs- und Familienarbeit ausführlicher auf die Gruppe der pflegenden Frauen im Erwerbsalter eingegangen.

Untersuchungen von Krankenkassen zeigen, dass pflegende Frauen seltener als pflegende Männer fremde Hilfe in Anspruch nehmen und dadurch schneller überfordert sind, seltener Möglichkeiten der Erholung finden und weniger oder gar keine Zeit für soziale Kontakte haben [7–9]. Hierzu passt, dass den GEDA-Daten zufolge Frauen mit hohem Pflegeumfang häufiger eine geringe soziale Unterstützung durch nahestehende Personen oder Nachbarn [24] erfahren als nicht-pflegende Frauen (17,1 % bzw. 36,1 %) [20]. Fehlende Hilfe und Unterstützung aus dem sozialen Umfeld kann sich negativ auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken [25].

Die meisten pflegenden Frauen und Männer erleben den Kontakt zu den Pflegebedürftigen als positiv und erfahren Anerkennung für ihre Hilfe [9]. Viele berichten aber auch von vielfältigen Belastungen, was sich auf die Gesundheit niederschlagen kann [9]. So haben Pflegende im Vergleich zu Nicht-Pflegenden eine schlechtere subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität und häufiger körperliche und psychische Beschwerden. Dabei sind pflegende Frauen im Vergleich zu Männern stärker gesundheitlich beeinträchtigt, vor allem hinsichtlich der psychischen Gesundheit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität [26–30]. Die Daten aus GEDA 2012 zeigen, dass Frauen mit hohem Pflegeumfang im Vergleich zu nicht-pflegenden Frauen ein höheres Risiko für einen mittelmäßigen bis sehr schlechten allgemeinen Gesundheitszustand (47,7 % bzw. 30,6 %) und für gesundheitliche Einschränkungen (51,0 % bzw. 33,5 %) haben [20]. Zudem fühlen sich Frauen mit hohem Pflegeumfang häufiger seelisch belastet (24,0 % bzw. 12,6 %) und haben ein geringeres Wohlbefinden in den Bereichen „Psyche“ und

Abbildung 2.3.6.4
Psychisches Wohlbefinden und Vitalität (Mittelwerte auf einer Skala zwischen 0 und 100 Punkten) in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36-Fragebogen) bei Frauen nach Pflegeumfang
Datenbasis: GEDA 2012



„Vitalität" der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als nicht-pflegende Frauen (Abb. 2.3.6.4) [31]. Auch weisen Frauen mit hohem Pflegeumfang ein zum Teil riskanteres Gesundheitsverhalten auf als nicht-pflegende Frauen: Sie rauchen häufiger (34,9 % bzw. 23,3 %) und treiben häufiger keinen Sport (52,8 % bzw. 33,8 %), trinken aber seltener in riskanten Mengen Alkohol (6,8 % bzw. 20,9 %) [20].

Fazit

Frauen pflegen häufiger nahestehende Angehörige als Männer. Gleichzeitig sind sie selbst im Falle einer Pflegebedürftigkeit eher auf Leistungen der Pflegeversicherung angewiesen und können besonders im hohen Alter nicht in gleichem Maße wie Männer auf Angehörigenpflege zurückgreifen, auch weil ihre Ehepartner ggf. bereits verstorben sind. Besonders ältere und hochaltrige Frauen sind daher beim Bezug von Pflegeleistungen sowie unter Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Pflegeheimen überrepräsentiert. Dass vor allem Frauen in der Angehörigenpflege tätig sind, hat verschiedene Gründe: Ein Grund dürfte in der historisch gewachsenen lebensweltlichen Zweiteilung in einen den Männern vorbehaltenen Bereich des öffentlichen Lebens und einen den Frauen zugeteilten familiär-privaten Bereich liegen [32, 33]. Diese Zuordnung ging mit einer stärkeren Erwerbstätigkeit von Männern und einer größeren Verantwortung von Frauen für die nicht entlohnte Haushalts- und Familienarbeit einher (siehe auch Kapitel 4). Dass Frauen stärker als Männer für die Sorge („Care") um andere „zuständig" sind, ist also vor dem Hintergrund der bestehenden Geschlechterrollen zu sehen und zeigt sich nicht nur bei der Pflege älterer Menschen, sondern auch bei der Kinderbetreuung und Krankenpflege [34, 35]. Ein weiterer Grund dürfte sein, dass Frauen im Vergleich zu Männern im Mittel weniger verdienen. Somit übernehmen sie eher pflegerische Tätigkeiten, weil eine Reduzierung der beruflichen Arbeitszeit zu einem geringeren finanziellen Ausfall führt [9].

Im Rahmen der Debatte um eine stärkere gesellschaftliche Anerkennung von Pflegearbeit (siehe auch Kapitel 2.3.9) hat der Gesetzgeber in den letzten Jahren einige Instrumente gesetzlich verankert bzw. ausgebaut, um die Pflege nahestehender Angehöriger zu unterstützen [36]. Hierzu zählen neben Pflegekursen auch Sozialleistungen wie Rentenansprüche, Arbeitslosen- und Unfallversicherung sowie die Urlaubsvertretung durch Verhinderungspflege und der Ausbau der Entlastungsangebote, wie beispielsweise die Angebote zur Unterstützung im Alltag für Pflegepersonen und Pflegebedürftige [2]. Die Pflegestützpunkte der Kranken- und Pflegekassen bieten Pflegenden zudem Unterstützung in Form von Beratung und konkreten Hilfestellungen [37]. Der Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18c Abs. 2 SGB XI zufolge [38] nahmen im Jahr 2018 51 % der Pflegehaushalte nach eigener Angabe eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in Anspruch, deutlich mehr als 2009 (Einführung des Rechtsanspruchs). 58 % derer, die keine Pflegeberatung genutzt hatten, gaben an, sich auf anderen Wegen ausreichend Informationen beschafft zu haben. 81 % der Pflegeberatungen fanden bei der pflegebedürftigen Person zu Hause statt, knapp ein Viertel in einer Beratungsstelle, 16 % wurden telefonisch geführt (Mehrfachnennungen waren möglich, wenn eine Person mehrere Beratungen in Anspruch nahm). 56 % der Pflegebedürftigen berichteten von einer Verbesserung der Pflegesituation durch die Pflegeberatung [38]. Andere Quellen weisen darauf hin, dass von vielen

Pflegenden neben der Verringerung der Bürokratie bei der Antragstellung und festen Ansprechpersonen mehr Informationen zu Leistungen der Pflegeversicherung und Unterstützungsangeboten gewünscht werden [12]. Letztere könnten helfen, die Bekanntheit und die Inanspruchnahme dieser Angebote zu steigern. Informationen finden sich z. B. im vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegebenen und regelmäßig aktualisierten Ratgeber Pflege [1, 2]. Eine Datenbank mit Pflegeberatungsstellen in Deutschland steht z. B. auf den Internetseiten des Zentrums für Qualität in der Pflege zur Verfügung [39].

Literatur

1. Bundesministerium für Gesundheit (2020) Online-Ratgeber Pflege. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege.html (Stand: 01.04.2020)
2. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2020) Ratgeber Pflege. Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten. BMG, Berlin
3. Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2018) Datenreport 2018. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2018.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 01.04.2020)
4. Statistisches Bundesamt (2018) Pressemitteilung – 3,4 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2017. www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/12/PD18_501_224.html (Stand: 01.04.2020)
5. Statistisches Bundesamt (2019) Pflegebedürftige (absolut, je 100.000 Einwohner, in Prozent). www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
6. Kuhlmey A, Blüher S (2015) Pflegebedürftigkeit: Herausforderung für spezifische Wohn- und Versorgungsformen - eine Einführung in das Thema. In: Jacobs K, Kuhlmey A, Greß S et al. (Hrsg) Pflege-Report 2015 – Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. Schattauer, Stuttgart, S. 3–15
7. Siemens-Betriebskrankenkasse (2018) Pressemeldung – Macht Pflege krank? https://www.sbk.org/uploads/media/pm-sbk-pflegende-angehoerige-fakten-und-hintergruende-180509.pdf (Stand: 01.04.2020)
8. DAK-Gesundheit (2015) Pflege-Report 2015. So pflegt Deutschland. medhochzwei Verlag, Heidelberg
9. Bestmann B, Wüstholz E, Verheyen F (2014) Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt. Eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen. WINEG Wissen 04:1–28
10. BKK Dachverband (2011) BKK Gesundheitsreport 2011 – Zukunft der Arbeit. https://www.bkk-dachverband.de//fileadmin/publikationen/gesundheitsreport/fruehere_gesundheitsreporte/BKK-Gesundheitsreport_2011.pdf (Stand: 01.04.2020)
11. TNS Infratest (Hrsg) (2017) Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I). TNS, München
12. Rothgang H, Müller R (2018) BARMER Pflegereport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 12. BARMER, Berlin
13. Bundesministerium für Gesundheit (2018) Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten – Zahlen und Fakten der Pflegeversicherung, ihre Leistungen, ihre Versicherten und die Entwicklung ihrer Finanzen seit 1995. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html (Stand: 01.04.2020)
14. Statistisches Bundesamt (2018) Pflegestatistik 2017 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.pdf?__blob=publicationFile&v=5 (Stand: 01.04.2020)
15. Robert Koch-Institut (2015) Pflege. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 324–331
16. Wallace SP, Cochran SD, Durazo EM et al. (2011) The health of aging lesbian, gay and bisexual adults in California. Policy brief (UCLA Center for Health Policy Research) (PB2011-2):1–8
17. Choi SK, Meyer IH (2016) LGBT Aging: A Review of Research Findings, Needs, and Policy Implications. The Williams Institute, Los Angeles
18. Henning-Smith C, Gonzales G, Shippee TP (2015) Differences by Sexual Orientation in Expectations About Future Long-Term Care Needs Among Adults 40 to 65 Years Old. Am J Public Health 105(11):2359–2365
19. Heiko G, Markus S (2018) Homosexualitäten in der Langzeitpflege: Eine Theorie der Anerkennung. Peter Lang, Bern
20. Wetzstein M, Rommel A, Lange C (2015) Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. GBE kompakt 6(3). https://edoc.rki.de/handle/176904/3137 (Stand: 01.04.2020)
21. Rothgang H, Iwansky S, Müller R et al. (2011) BARMER GEK Pflegereport 2011. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 11. BARMER, Berlin
22. Blinkert B (2007) Bedarf und Chancen. Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen im Prozess des demographischen und sozialen Wandels. Pflege & Gesellschaft 12(3):227–239
23. Hielscher V, Kirchen-Peters S, Nock L (2017) Study – Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. Nr. 363. Hans Böckler Stiftung, Düsseldorf
24. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Soziale Unterstützung. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2012. www.gbe-bund.de/pdf/GEDA_2012_soziale_unterstuetzung.pdf (Stand: 01.04.2020)
25. Röhrle B (1998) Soziale Netzwerke. In: Rost D (Hrsg) Handwörterbuch Pädagogische Psychologie. Beltz PVU, Weinheim
26. Pinquart M, Sörensen S (2007) Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 62(2):126–137
27. Buyck JF, Bonnaud S, Boumendil A et al. (2011) Informal caregiving and self-reported mental and physical health: Results from the Gazel Cohort Study. Am J Public Health 101(10):1971–1979
28. Kuntsche S, Knibbe RA, Gmel G (2009) Social roles and alcohol consumption: A study of 10 industrialised countries. Soc Sci Med 68(7):1263–1270
29. Yee JL, Schulz R (2000) Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. Gerontologist 40:147–164

30. Berglund E, Lytsy P, Westerling R (2015) Health and wellbeing in informal caregivers and non-caregivers: a comparative cross-sectional study of the Swedish general population. Health Qual Life Outcomes 13(1):109. www.springermedizin.de/health-and-wellbeing-in-informal-caregivers-and-non-caregivers-a/9764162 (Stand: 01.04.2020)
31. Krause L, Rommel A, Nowossadeck E et al. (2018) Gesundheitszustand und gesundheitsbezogene Lebensqualität von pflegenden Frauen. In: Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Demografie und der Nederlandse Vereniging voor Demografie (ed), Köln
32. Wilz SM (2008) Organisation: Die Debatte um ‚Gendered Organisations'. In: Becker R, Kortendiek B (Hrsg) Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 505–511
33. Acker J (1990) Hierarchies, Jobs, Bodies: A Theory of Gendered Organizations. Gender and Society 4(2):139–158
34. Beckmann S (2016) Sorgearbeit (Care) und Gender: Expertise zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
35. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2016) Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. BMFSFJ, Berlin
36. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2018) Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf. Neue gesetzliche Regelungen seit 1. Januar 2015. BMFSFJ, Berlin
37. Bundesministerium für Gesundheit (2017) Glossar: Pflegestützpunkte. www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegestuetzpunkte.html (Stand: 01.04.2020)
38. Bundesministerium für Gesundheit (2019) Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Evaluationsbericht_18c_SGB_XI.pdf (Stand: 01.04.2020)
39. Zentrum für Qualität in der Pflege (2020) Datenbank Beratung zur Pflege. www.zqp.de/beratung-pflege/ (Stand: 19.05.2020)

2.3.7 Arzneimittelversorgung

- *Frauen wenden häufiger Arzneimittel an als Männer, sowohl mit ärztlicher Verordnung als auch in Selbstmedikation.*
- *Der Gebrauch ärztlich verordneter Arzneimittel steigt bei Frauen (und Männern) mit zunehmendem Alter an, während die Selbstmedikation eher zurückgeht.*
- *Die weitere Erforschung und Berücksichtigung von Geschlechterunterschieden bei der Wirkung und Anwendung von Arzneimitteln ist eine wichtige Grundlage für die Arzneimitteltherapiesicherheit bei Frauen.*

Arzneimittel werden zur Heilung, Linderung oder Verhütung von Krankheiten und Beschwerden eingesetzt und sind ein wesentlicher Bestandteil der Prävention und Therapie von Erkrankungen. In Deutschland entfielen im Jahr 2017 mit 57,3 Milliarden Euro rund 15 % der gesamten Gesundheitsausgaben auf Arzneimittel [1]. Neben 42,2 bzw. 3,9 Milliarden Euro in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung [1] fielen auch in privaten Haushalten beträchtliche Ausgaben an. Überwiegend im Rahmen der Selbstmedikation, zum Teil aber auch mit ärztlicher Verordnung, wurden 2018 in Apotheken (einschließlich Versandhandel) etwa 7,0 Milliarden Euro für rezeptfreie Arzneimittel ausgegeben [2].

Die Therapie mit Arzneimitteln bedeutet immer eine Abwägung von Nutzen und Risiken, denn neben den erwünschten Wirkungen können auch Nebenwirkungen (unerwünschte Wirkungen) auftreten. Zudem sind mögliche Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln zu berücksichtigen, insbesondere bei gleichzeitiger Anwendung mehrerer Wirkstoffe (Stichwort Polypharmazie). Bei Therapieentscheidungen sollten immer auch geschlechtsassoziierte Besonderheiten, beispielsweise bei der Verstoffwechselung und Wirkungsweise von Arzneistoffen im Körper berücksichtigt werden. Analysen des Arzneimittelgebrauchs, d.h. der Menge angewendeter Arzneimittel, liefern Informationen zur gesundheitlichen Lage und medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Um die Versorgungsqualität zu beurteilen, sollte bei Auswertungen des

Arzneimittelgebrauchs Hinweisen auf eine mögliche Über-, Unter- und Fehlversorgung mit Arzneimitteln nachgegangen werden. Auch dabei ist der Blick auf das Geschlecht wichtig.

Daten zum Anwendungsverhalten von Arzneimitteln in der Bevölkerung werden im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut (RKI) erhoben. In der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) gaben Teilnehmende ab 18 Jahren Auskunft zur Anwendung von Arzneimitteln in den letzten zwei Wochen vor der Befragung. Ausgenommen waren dabei hormonelle Präparate zur Empfängnisverhütung. In der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) wurde die Anwendung von Arzneimitteln und Nahrungsergänzungsmitteln bei Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren innerhalb der letzten sieben Tage erfasst.

Nach den Ergebnissen aus GEDA 2014/2015-EHIS haben 58,9 % der Frauen und 52,0 % der Männer in den letzten zwei Wochen ärztlich verordnete Arzneimittel angewendet (Abb. 2.3.7.1) [3]. 48,5 % der Frauen und 35,4 % der Männer gaben an, in den letzten zwei Wochen Arzneimittel ohne Verordnung eingesetzt zu haben (Abb. 2.3.7.2). Damit zeigt sich bei Verordnungen und stärker noch im Rahmen der Selbstmedikation ein höherer Arzneimittelgebrauch bei Frauen (ohne die Berücksichtigung hormoneller Verhütungsmittel). Die Unterschiede sind im Bereich verordneter Arzneimittel bis zum Alter von unter 65 Jahren signifikant, im Bereich Selbstmedikation über alle Altersgruppen hinweg. Im Altersverlauf steigt mit der Zunahme von Erkrankungen erwartungsgemäß auch die Anwendung ärztlich verordneter Arzneimittel deutlich an. Bei der Selbstmedikation zeigen die GEDA-Daten dagegen eher eine Abnahme mit dem Älterwerden. Weitere Unterschiede bestehen im Hinblick auf den Bildungsstatus: Ärztlich verordnete Arzneimittel werden von Frauen (und Männern) unter 65 Jahren in der unteren Bildungsgruppe häufiger angewendet, Selbstmedikation kommt hingegen in der oberen Bildungsgruppe häufiger vor. Die häufigere Nutzung von Selbstmedikation durch Frauen wird auch in internationalen Studien beschrieben und zum Teil mit häufigeren Kontakten zum Gesundheitssystem und einem damit einhergehenden größeren Gesundheitswissen in Verbindung gebracht [4, 5].

Um Informationen zur Anzahl angewendeter Arzneimittel zu erhalten, kann auf die Ergebnisse der DEGS1-Studie zurückgegriffen werden, in der der Arzneimittelgebrauch (einschließlich hormoneller Verhütungsmittel) differenziert erfragt wurde. Hier zeigt sich, dass Frauen in allen Altersgruppen durchschnittlich mehr Arznei- und Nahrungsergänzungsmittel anwenden als Männer (3,1 bzw. 2,0 Präparate in den letzten sieben Tagen) [6].

Abbildung 2.3.7.1
Häufigkeit der Anwendung von ärztlich verordneten Arzneimitteln in den letzten zwei Wochen bei Frauen und Männern
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS [3]

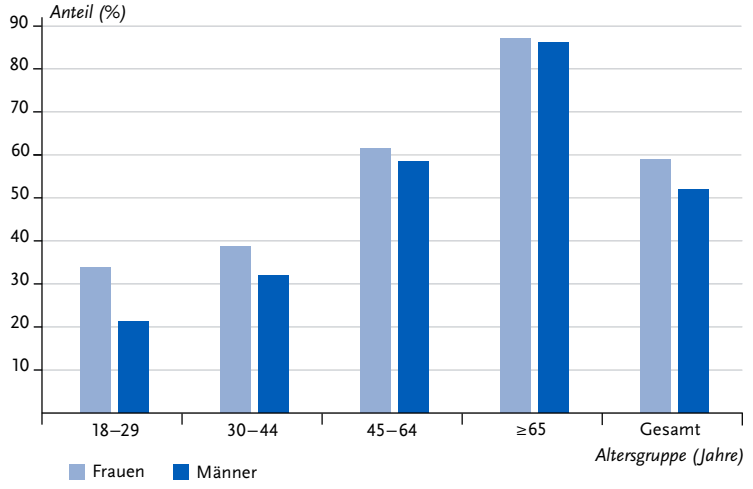
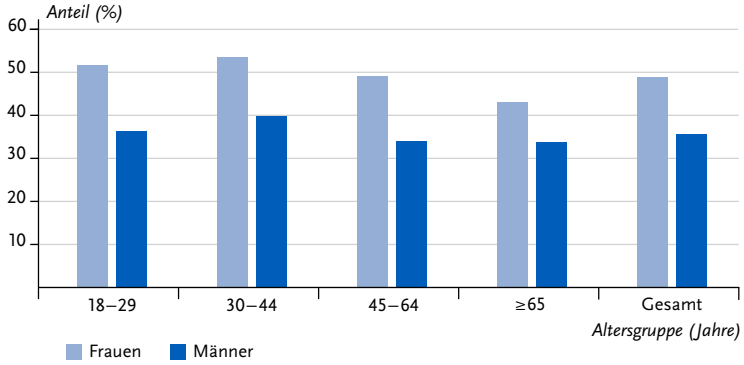


Abbildung 2.3.7.2
Häufigkeit der Anwendung von Selbstmedikation in den letzten zwei Wochen bei Frauen und Männern
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS [3]



Polypharmazie, in DEGS1 definiert als Anwendung von fünf und mehr Präparaten, kommt bei Frauen in fast allen Altersgruppen (außer bei den 70- bis 79-Jährigen) häufiger vor als bei Männern. Bei beiden Geschlechtern steigt die Häufigkeit von Polypharmazie mit zunehmendem Alter an, besonders deutlich ab 60 Jahren. Im Alter von 70 bis 79 Jahren geben 53,2 % der Frauen an, in den letzten sieben Tagen fünf und mehr Präparate angewendet zu haben [6].

Die DEGS1-Daten zeigen auch, dass bei Frauen und Männern am häufigsten Arzneimittel zur Therapie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen angewendet werden (29,5 % bzw. 27,2 %). Die größten Unterschiede nach Geschlecht bestehen bei Hormonpräparaten und Schilddrüsentherapeutika, die bei Frauen deutlich häufiger eingesetzt werden als bei Männern. Dies kann durch die Anwendung von hormonellen Verhütungsmitteln und Hormontherapie in den Wechseljahren sowie durch die häufigere Erkrankung von Frauen an bestimmten Schilddrüsenkrankheiten erklärt werden. Auch die Anwendung von Psychopharmaka liegt bei Frauen deutlich höher. Dies bestätigen Analysen der BARMER, nach denen psychotrope Arzneimittel bei Frauen zwei- bis dreimal häufiger zum Einsatz kommen [7]. Zum Teil kann dies auf insgesamt höhere Prävalenzen psychischer Störungen [8] zurückgeführt werden. Aber auch geschlechtsbezogene Unterschiede in der Wahrnehmung psychischer Belastungen und Bereitschaft, Hilfe zu suchen, sowie das ärztliche Verordnungsverhalten scheinen einen Einfluss zu haben [7, 9].

Die Therapie mit Arzneimitteln sollte – soweit möglich und unter Berücksichtigung individueller Besonderheiten – evidenzbasiert und an medizinischen Leitlinien orientiert sein. Dabei gilt es auch, geschlechtsbezogene Unterschiede zu berücksichtigen. Beispielsweise besteht für Frauen ein höheres Risiko, bei der Anwendung bestimmter Arzneimittel eine besondere Form der Herzrhythmusstörungen (Torsade-de-Pointes-Tachykardie) zu entwickeln [10]. Aber auch beim Ansprechen auf Arzneimittel gibt es relevante Unterschiede. So profitieren Frauen und Männer in unterschiedlichem Maß von der Behandlung mit gängigen Wirkstoffen zur Behandlung eines Typ-2-Diabetes [11]. Durch die Auswahl geeigneter Therapeutika und Aufmerksamkeit im Hinblick auf mögliche geschlechtsassoziierte Nebenwirkungen können der Nutzen erhöht und die Risiken reduziert werden.

Eine Über-, Unter- und Fehlversorgung mit Arzneimitteln birgt Risiken für die Betroffenen und verursacht unnötige Kosten im Gesundheitssystem. Auch in Zusammenhang mit dem Geschlecht lässt sich Über-, Unter- und Fehlversorgung mit Arzneimitteln nachweisen. Frauen erhalten nach einer US-amerikanischen Studie bei Vorhofflimmern seltener eine leitliniengerechte Therapie mit Blutverdünnungsmitteln (Antikoagulanzien) als Männer [12]. Ein anderes Beispiel ist die medikamentöse Unterversorgung von Frauen bei Herzinsuffizienz, auch hier werden Männer häufiger leitliniengemäß therapiert. Dabei können auch unterschiedliche Nebenwirkungsprofile bei Frauen und Männern eine Rolle spielen, so entwickeln Frauen

beispielsweise beim leitliniengerechten Einsatz von sogenannten ACE-Hemmern häufiger Reizhusten [13]. Eine aktuelle Auswertung der DEGS1-Daten zeigt im Vergleich zum etwa zehn Jahre vorher durchgeführten Bundes-Gesundheitssurvey 1998 eine Reduktion der geschlechtsbezogenen Unterschiede in der medikamentösen Sekundärprävention bei koronarer Herzkrankheit [14]. Auch Analysen der Verschreibungsraten von Arzneimitteln bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland weisen in diese Richtung, allerdings erhalten Frauen demnach in der Sekundärprävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen weiterhin seltener eine evidenzbasierte Arzneimitteltherapie als Männer [15].

Frauen waren früher in klinischen Studien häufig unterrepräsentiert, daraus resultierte eine lückenhafte Datenlage zu therapierelevanten geschlechtsassoziierten Unterschieden [16]. Die Erforschung pharmakologischer Geschlechterunterschiede in klinischen Studien hat international an Aufmerksamkeit gewonnen [17] und auch die Berücksichtigung in präklinischen Studien, z. B. durch den angemessenen Einsatz weiblicher Zellen bei Zellkulturversuchen, wird zunehmend als relevant betrachtet [18]. In Deutschland ist seit 2004 gesetzlich geregelt, dass im Rahmen der klinischen Prüfung von Arzneimitteln unterschiedliche Wirkungsweisen bei Frauen und Männern erforscht werden müssen [19]. Mit der Veröffentlichung und Gültigkeit der EU-Verordnung 536/2014 über klinische Prüfungen mit Arzneimitteln [20] wird eine Harmonisierung des Prozesses innerhalb Europas und damit eine weitere Verbreiterung der Evidenzbasis erwartet. Auch die Beteiligung schwangerer und stillender Frauen wird – unter strengen Schutzmaßnahmen – durch die EU-Verordnung neu geregelt und kann damit, in Kombination mit weiteren Strategien [21], zur Verbesserung der Datenlage beitragen.

Fazit

Frauen wenden häufiger Arzneimittel an als Männer, sowohl mit ärztlicher Verordnung als auch in Selbstmedikation. Zudem steigt der Gebrauch von Arzneimitteln mit zunehmendem Alter an, und die Häufigkeit von Polypharmazie nimmt ab 60 Jahren deutlich zu. Relevante Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen nicht nur bei der Anwendung und Verordnung von Arzneimitteln, sondern auch bei der Verstoffwechselung und Wirkung von Arzneistoffen [17, 22, 23]. Vor diesem Hintergrund ist eine breite Evidenzgrundlage notwendig, um Neben- und Wechselwirkungen zu minimieren und Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden.

Um die Patientensicherheit zu fördern, einen wichtigen Indikator der Versorgungsqualität, hat das Bundesministerium für Gesundheit den initial 2007 aufgelegten Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland (Aktionsplan AMTS) wiederholt fortgeschrieben. Im Aktionsplan 2016–2019 wird betont, dass die Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Besonderheiten für die Arzneimitteltherapiesicherheit eine wichtige Rolle spielt [24]. Die entsprechende Gestaltung präklinischer Studien und die angemessene Beteiligung von Frauen in klinischen Studien muss hierbei als Aufgabe aller beteiligten Akteure angesehen werden [25]. Zudem könnten wichtige Erkenntnisse im Hinblick auf geschlechtsbezogene Unterschiede aus dem systematischen Monitoring der Daten gewonnen werden, die im Rahmen der Überwachung der Arzneimittelsicherheit nach Zulassung (Pharmakovigilanz) von den zuständigen Behörden – u. a. dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – erfasst werden. Darüber hinaus wären verstärkte Anstrengungen im Bereich der Versorgungsforschung zur geschlechtersensiblen Anwendung von Arzneimitteln wünschenswert [9]. Durch eine umfassende Datengrundlage kann die notwendige Voraussetzung geschaffen werden, um die sichere Anwendung von Arzneimitteln bei Frauen zu gewährleisten. Die Aufnahme geschlechtsbezogener Empfehlungen zu klinisch relevanten Besonderheiten in Leitlinien, beispielsweise in Bezug auf Nebenwirkungen oder im Ansprechen auf Arzneimittel, kann ebenfalls einen wichtigen Beitrag leisten.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2019) Gesundheitsausgabenrechnung. www.gbe-bund.de/ (Stand: 01.04.2020)
2. Bundesverband der Arzneimittelhersteller e. V. (2019) Der Arzneimittelmarkt in Deutschland – Zahlen und Fakten 2018. https://www.bah-bonn.de/publikationen/zahlen-fakten/ (Stand: 01.04.2020)
3. Knopf H, Prütz F, Du Y (2017) Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4):109–116. https://edoc.rki.de/handle/176904/2908 (Stand: 01.04.2020)
4. Beitz R, Dören M, Knopf H et al. (2004) Selbstmedikation mit Over-the-Counter-(OTC-) Präparaten in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 47(11):1043–1050
5. Jerez-Roig J, Medeiros LF, Silva VA et al. (2014) Prevalence of self-medication and associated factors in an elderly population: a systematic review. Drugs Aging 31(12):883–896
6. Knopf H, Grams D (2013) Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5–6):868–877
7. Glaeske G, Schicktanz C (2012) Barmer Arzneimittelreport 2012 – Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 14. Asgard Verlagsservice GmbH, Siegburg
8. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J et al. (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol 21(9):655–679
9. Thürmann PA, Janhsen K, Selke GW (2016) Geschlechterunterschiede in der Pharmakotherapie. In: Kolip P, Hurrelmann K (Hrsg) Handbuch Geschlecht und Gesundheit – Männer und Frauen im Vergleich. Hogrefe Verlag, Bern, S. 325–337
10. Trinkley KE, Page RL 2nd, Lien H et al. (2013) QT interval prolongation and the risk of torsades de pointes: essentials for clinicians. Curr Med Res Opin 29(12):1719–1726
11. Dennis JM, Henley WE, Weedon MN et al. (2018) Sex and BMI Alter the Benefits and Risks of Sulfonylureas and Thiazolidinediones in Type 2 Diabetes: A Framework for Evaluating Stratification Using Routine Clinical and Individual Trial Data. Diabetes Care 41(9):1844–1853
12. Eckman MH, Lip GY, Wise RE et al. (2016) Using an Atrial Fibrillation Decision Support Tool for Thromboprophylaxis in Atrial Fibrillation: Effect of Sex and Age. J Am Geriatr Soc 64(5):1054–1060
13. Riens B, Bätzing-Feigenbaum J (2014) Leitliniengerechte Therapie bei Herzinsuffizienz. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/47/Bericht_Herzinsuffizienz_20140911_1.pdf (Stand: 01.04.2020)
14. Knopf H, Busch MA, Du Y et al. (2019) Medikamentöse Sekundärprävention bei Frauen und Männern mit Koronarer Herzkrankheit in Deutschland zwischen 1997–1999 und 2008–2011 – Trendanalyse mit Daten zweier bundesweiter Gesundheitssurveys. Bundesgesundheitsbl 62(7):861–869
15. Deutsches Ärzteblatt (2018) Frauen mit Herzerkrankungen erhalten noch immer weniger Medikamente als Männer. https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Gendermedizin?nid=97628 (Stand: 01.04.2020)
16. Jungmayr P (2008) Frauen sind meist unterrepräsentiert. Deutsche ApothekerZeitung 25:42. https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2008/daz-25-2008/frauen-sind-meist-unterrepraesentiert (Stand: 01.04.2020)
17. Standing Committee of European Doctors (2016) CPME Policy on Sex and Gender in medicine. https://www.cpme.eu/?s=Sex+and+Gender&cat=7 (Stand: 01.04.2020)
18. Clayton JA, Collins FS (2014) Policy: NIH to balance sex in cell and animal studies. Nature 509(7500):282–283
19. Deutsche Apotheker Zeitung (2004) 12. AMG-Novelle. Zwölftes Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes. https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2004/daz-33-2004/uid-12464 (Stand: 01.04.2020)
20. EUR-Lex (2014) Regulation (EU) No 536/2014 of the European Parliament and of the Council of 16 April 2014 on clinical trials on medicinal products for human use, and repealing Directive 2001/20/EC. https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2014/536/oj (Stand: 01.04.2020)
21. Schaefer C (2018) Arzneimitteltherapiesicherheit in der Schwangerschaft – eine besondere Herausforderung. Bundesgesundheitsbl 61(9):1129–1138
22. Regitz-Zagrosek V (2014) Geschlechterunterschiede in der Pharmakotherapie. Bundesgesundheitsbl 57(9):1067–1073
23. Regitz-Zagrosek V (2012) Sex and Gender Differences in Pharmacology. Springer, Heidelberg
24. Bundesministerium für Gesundheit (2016) Aktionsplan 2016–2019 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/Arzneimittelversorgung/Aktionsplan_AMTS_2016-2019.pdf (Stand: 01.04.2020)
25. Deutsches Ärzteblatt (2016) „In klinischen Studien sind Frauen oft unterrepräsentiert“. https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/66613/In-klinischen-Studien-sind-Frauen-oft-unterrepraesentiert (Stand: 01.04.2020)

2.3.8 Selbsthilfe

- *In Deutschland gibt es etwa 70.000 bis 100.000 Selbsthilfegruppen mit rund 3,5 Millionen Engagierten zu fast jedem gesundheitlichen und sozialen Thema.*
- *Im Vergleich zu Männern sind Frauen häufiger in einer gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppe aktiv oder geben an, sich schon einmal über Selbsthilfegruppen informiert zu haben.*
- *Die Weiterentwicklung der internetbasierte Selbsthilfe und der Ausbau der Kooperation mit dem professionellen System gehören zu den wichtigen neuen Herausforderungen für die Selbsthilfe.*

Gesundheitsbezogene Selbsthilfeinitiativen existieren in Deutschland seit den 1950er-Jahren und sind inzwischen ein fester Bestandteil der Gesundheitsversorgung; Wurzeln des Selbsthilfegedankens finden sich bereits im 19. Jahrhundert [1, 2]. Organisationsformen der Selbsthilfe in Deutschland sind im Wesentlichen auf lokaler Ebene die Selbsthilfegruppen und auf Landes- bzw. Bundesebene die Selbsthilfeorganisationen. In Deutschland gibt es nach den Daten der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) schätzungsweise 70.000 bis 100.000 Selbsthilfegruppen (siehe Infobox 2.3.8.1), in denen sich etwa 3,5 Millionen Betroffene oder Angehörige engagieren [1, 3]. Etwa 320 Selbsthilfeorganisationen arbeiten auf Bundes-, weitere auf Landesebene. Hinzu kommen Selbsthilfekontakt- und Selbsthilfeunterstützungsstellen als professionelle Einrichtungen zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen. 2017 existierten in Deutschland 245 Selbsthilfekontakt- und 51 Selbsthilfeunterstützungsstellen mit 44 zusätzlichen Außenstellen [1].

Selbsthilfegruppen und -organisationen haben im deutschen Gesundheitssystem einen hohen Stellenwert. Sie bieten ihren Mitgliedern Rat und Hilfe bei der Bewältigung von chronischen Krankheiten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen – den eigenen oder den von Angehörigen – und sorgen für Entlastung, auch, weil dort Erfahrungen und Probleme mit anderen geteilt werden können [5]. Darüber hinaus stehen z. B. Beratungen, Informationen und Veranstaltungen allen Interessierten zur Verfügung. Selbsthilfegruppen und -organisationen spielen somit eine wichtige Rolle nicht nur im Rahmen der Sekundär- und Tertiärprävention, sondern auch für Empowerment und Gesundheitsförderung. Auf Bevölkerungsebene bewirken sie eine Weiterentwicklung der Gesundheitskompetenz [6, 7] und stärken die Rolle von Patientinnen und Patienten als Partnerinnen und Partner im Gesundheitswesen [8, 9]. Darüber hinaus ist die Selbsthilfe auch auf institutioneller Ebene, z. B. im Rahmen der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), in die Interessenvertretung von Patientinnen und Patienten eingebunden [8, 10].

Die direkte finanzielle Förderung der Selbsthilfeinitiativen erfolgt maßgeblich durch die öffentliche Hand (Bund, Länder und Kommunen), die Sozialversicherungsträger (Krankenkassen, Pflegeversicherung und Rentenversicherungsträger) sowie private Geldgeber (Spender, Sponsoren, Stiftungen). Aufgrund der großen Bedeutung der Selbsthilfe wurden 2015 mit dem Präventionsgesetz die Fördermittel der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich erhöht. So wurden Selbsthilfeorganisationen, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen im Jahr 2019 mit 1,13 Euro pro Versicherten, d. h. mit insgesamt 82,2 Millionen Euro gefördert [11].

Zur Beteiligung an Selbsthilfegruppen gibt es nur wenige Daten. Der bereits im Jahr 2003 durchgeführte Telefonische Gesundheitssurvey

Infobox 2.3.8.1
Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen

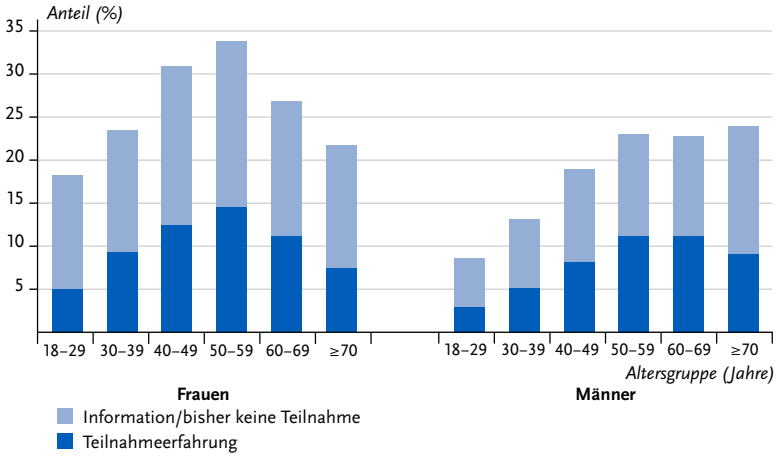
„Unter gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen werden freiwillige Zusammenschlüsse von betroffenen Menschen verstanden, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, Krankheitsfolgen und/oder psychischer Probleme richten, von denen sie entweder selbst oder als Angehörige betroffen sind. Sie werden nicht von professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (z. B. Ärztinnen und Ärzten, anderen Gesundheits- oder Sozialberufen) geleitet“ (Definition aus dem „Leitfaden zur Selbsthilfeförderung“, herausgegeben vom GKV-Spitzenverband) [4].

(GSTel03) des Robert Koch-Instituts (RKI) untersuchte die Selbsthilfebeteiligung und die Informiertheit zur Selbsthilfe in der deutschen Bevölkerung [12]. Die zwischen 2012 und 2017 durchgeführte Studie „Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland – Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven" (SHILD) stellt aktuelle Daten aus einer anderen Forschungsperspektive zur Verfügung. Im Mittelpunkt stehen Selbsthilfegruppen und -organisationen sowie Ziele, Aufgaben, Arbeitsweise und Wirkungen der Selbsthilfe. Unter anderem wurde eine Befragung von Mitgliedern und Nicht-Mitgliedern von Selbsthilfegruppen durchgeführt, die von Diabetes mellitus Typ 2, Prostatakrebs, Multipler Sklerose oder Tinnitus betroffen waren, oder die an Demenz erkrankte Angehörige pflegten [13]. Beide Studien zeigen eine größere Beteiligung von Frauen an der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe. Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse sowie weitere Aspekte der frauenspezifischen Selbsthilfe dargestellt.

Im GSTel03 gaben 10,0 % der Frauen und 7,7 % der Männer an, schon einmal an einer gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppe teilgenommen zu haben. Mit 14,7 % sind die höchsten Teilnahmeanteile bei den 50- bis 59-jährigen Frauen zu finden (Abb. 2.3.8.1). Im Altersverlauf zeigt sich, dass unter 60 Jahren der Anteil der Teilnehmenden bei Frauen höher war als bei Männern, während ab 70 Jahren ein höherer Anteil der Männer an Selbsthilfegruppen teilnahm [12]. Von den Frauen mit einer chronischen Erkrankung oder Schwerbehinderung hatten 13,3 % schon einmal an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen, von den Männern 12,3 %; auch hier waren von den älteren Teilnehmenden (65 Jahre und älter) mit 13,3 % ein höherer Anteil der Männer – gegenüber 9,5 % der Frauen – schon einmal in einer Selbsthilfegruppe aktiv. Die Frauen, die an Selbsthilfegruppen teilnahmen, waren jeweils etwa zur Hälfte wegen der eigenen und zur Hälfte wegen der Gesundheit anderer aktiv. Bei den Männern war der Anteil derer, die wegen der eigenen Gesundheit teilnahmen, mit rund 60 % deutlich höher [12]. 15,8 % der befragten Frauen und 10,0 % der Männer gaben an, dass sie sich schon einmal über Selbsthilfegruppen informiert, aber nicht daran teilgenommen hatten [12]. Die Anteile derer, die an Selbsthilfegruppen teilgenommen oder sich darüber informiert hatten, waren größer bei Frauen und Männern mit höherem sozioökonomischen Status [12].

Die Analysen der SHILD-Studie zeigen, dass in den untersuchten Selbsthilfegruppen mit 56 % eher Frauen als Männer aktiv waren. Mehr als drei Viertel der Teilnehmenden waren direkt Betroffene, knapp ein Fünftel Angehörige, etwa 4 % engagierte Fachleute wie Ärztinnen und Ärzte [14]. Etwa drei von vier Teilnehmenden der untersuchten Selbsthilfegruppen waren nicht mehr berufstätig. Rund 46 % der Teilnehmenden ließen sich der hohen

Abbildung 2.3.8.1
Anteil der Frauen und Männer, die Teilnahmeerfahrung an einer gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppe haben oder sich schon einmal über Selbsthilfe informiert hatten, nach Alter
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 [12]



Bildungsgruppe zuordnen, die übrigen etwa zu gleichen Teilen der mittleren und der unteren Bildungsgruppe [13].

Das stärkere Interesse und die häufigere Beteiligung von Frauen an Selbsthilfegruppen kann im Zusammenhang mit dem allgemeinen Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten gesehen werden (z. B. höhere Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung und stärkeres Engagement in der Angehörigenpflege; siehe Kapitel 2.3.4, Kapitel 2.3.6) [15]. Ob die Gründe dafür eher krankheitsbedingt sind, auf einen Mangel an familiärer Unterstützung hinweisen oder ein Ausdruck von Bereitschaft sind, Hilfe zu leisten und Hilfe anzunehmen, kann aufgrund der wenigen vorhandenen Daten nicht beurteilt werden [15].

Eine Datenbank mit den Adressen von bundesweit arbeitenden Selbsthilfevereinigungen und örtlichen Selbsthilfeunterstützungsangeboten stellt die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) zur Verfügung [16]. Bundesweite Selbsthilfevereinigungen zur Frauengesundheit sind z. B. der Bundesverband Frauenselbsthilfe Krebs (www.frauenselbsthilfe.de) [17] sowie das Weibernetz e. V. – Bundesnetzwerk von Frauen Lesben und Mädchen mit Beeinträchtigung (www.weibernetz.de) [18]. Weitere Angebote speziell für Frauen gibt es zu frauenspezifischen Erkrankungen wie Endometriose und Gestose. Beratungsstellen mit einem Schwerpunkt auf geschlechtliche und sexuelle Vielfalt gehören im engeren Sinne nicht zur gesundheitsbezogenen Selbsthilfe. Für lesbische und bisexuelle Frauen sowie transgeschlechtliche Menschen bieten sie jedoch wichtige Informationen und Unterstützung in gesundheitlichen Belangen, die bisher in der Prävention und Gesundheitsversorgung wenig berücksichtigt werden, sowie Vernetzungs- und Austauschmöglichkeiten. Eine bundesweite Selbsthilfeorganisation ist der Lesben- und Schwulenverband in Deutschland (www.lsvd.de).

Fazit

Die wenigen zum Thema Selbsthilfe vorhandenen Studien stellen fest, dass Frauen einen stärkeren Bezug zur gesundheitsbezogenen Selbsthilfe haben als Männer. Welches die Gründe dafür sind und welche Faktoren das Engagement von Frauen in der Selbsthilfe fördern oder behindern, sind wichtige Themen für zukünftige Datenerhebungen und -analysen – auch mit Blick auf Rollenbilder und die Aufgaben in Beruf und Familie (siehe Kapitel 4). Dabei können von der Einbeziehung der Geschlechterperspektive in die Selbsthilfearbeit sowohl Selbsthilfegruppen als auch die fachliche Selbsthilfeunterstützung profitieren [19, 20].

Zu den gegenwärtigen und zukünftigen Herausforderungen für die Selbsthilfe gehören neben der Gewinnung neuer Mitglieder und der Gestaltung des Generationenwechsels auch die Weiterentwicklung von Kooperations- und Kommunikationsstrukturen, die zunehmende Nutzung digitaler Medien, wachsende Anforderungen in fachlicher Beratung und Qualitätssicherung sowie der Ausbau der Kooperationen mit dem professionellen System [9, 21, 22]. Von der Beteiligung an Selbsthilfegruppen und -organisationen profitieren nicht nur die Betroffenen, sondern die Gesellschaft als Ganzes – auch deshalb sollte dieses Engagement weiter gefördert und Zugangsbarrieren abgebaut werden.

Literatur

1. Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (Hrsg) (2017) NAKOS Studien – Selbsthilfe im Überblick 5 – Zahlen und Fakten 2017. NAKOS, Berlin
2. Wohlfahrt N (2015) Neue gesellschaftliche Anforderungen an die organisierte Selbsthilfe. In: Danner M, Meierjürgen R (Hrsg) Gesundheitsselbsthilfe im Wandel – Themen und Kontroversen. Nomos, Baden-Baden, S. 37–50
3. Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (2020) Informationen – Selbsthilfe in Deutschland. www.nakos.de/informationen/fachwissen/deutschland/ (Stand: 01.04.2020)
4. GKV-Spitzenverband (2019) Leitfaden zur Selbsthilfeförderung. Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20h SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 11. Juli 2019. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/selbsthilfe/Leitfaden_Selbsthilfeforderung_ab_2020_barrierefrei.pdf (Stand: 01.04.2020)
5. Thiel W (2011) „Gemeinschaftliche Selbsthilfe“: Vielfalt verbinden. Für ein erneuertes offenes Handlungsverständnis der Selbsthilfe in Deutschland. NAKOS INFO 107:15–19
6. Dierks ML, Kofahl C (2019) Die Rolle der gemeinschaftlichen Selbsthilfe in der Weiterentwicklung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Bundesgesundheitsbl 62(1):17–25
7. Schmacke N (2015) Potenziale und Wirkungen der Gesundheitsselbsthilfe. In: Danner M, Meierjürgen R (Hrsg) Gesundheitsselbsthilfe im Wandel – Themen und Kontroversen. Nomos, Baden-Baden, S. 67–83
8. Kofahl C (2019) Kollektive Patientenorientierung und Patientenbeteiligung durch gesundheitsbezogene Selbsthilfe. Bundesgesundheitsbl 62(1):3–9

9. Seidel G, Dierks ML (2015) Gesundheitsselbsthilfe als treibende Kraft zur Stärkung der Patientenorientierung. In: Danner M, Meierjürgen R (Hrsg) Gesundheitsselbsthilfe im Wandel – Themen und Kontroversen. Nomos, Baden-Baden, S. 87–105
10. Danner M, Schmacke N (2019) Patientenbeteiligung: Herausforderungen für die verbandliche Selbsthilfe und die Gemeinsame Selbstverwaltung. Bundesgesundheitsbl 62(1):26–31
11. Bundesministerium für Gesundheit (2019) KV 45-Statistik. Gesetzliche Krankenversicherung – Vorläufige Rechnungsergebnisse 1. bis 3. Quartal 2019. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_1-3_Quartal_2019_Internet.pdf (Stand: 01.04.2020)
12. Gaber E, Hundertmark-Mayser J (2005) Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen – Beteiligung und Informiertheit in Deutschland. Gesundheitswesen 67(08/09):620–629
13. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf – Institut für medizinische Soziologie, Medizinische Hochschule Hannover – Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (Hrsg) (2018) SHILD-Studie: Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland – Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven. www.uke.de/extern/shild/ergebnisse.html Publikationen: Fact sheets zur gemeinschaftlichen Selbsthilfe (Stand: 01.04.2020)
14. Kofahl C, Seidel G, Weber J et al. (2016) Strukturen und Prozesse bei Selbsthilfegruppen und -organisationen. In: Kofahl C, Schulz-Nieswandt F, Dierks ML (Hrsg) Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Lit Verlag, Berlin, S. 83–112
15. Grunow D, Grunow-Lutter V (2002) Geschlechtsspezifische Formen von Selbstvorsorge und Selbsthilfe. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich. Verlag Hans Huber, Bern, S. 548–564
16. Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (2019) NAKOS – Datenbanksuche. www.nakos.de/adressen/datenbanksuche/ (Stand: 01.04.2020)
17. Brathuhn S, Mohr C (2018) Selbsthilfe verändert die Gesellschaft. Vom patriarchalen System zur partizipativen Entscheidungsfindung – einer der Erfolge der Krebs-Selbsthilfe. NAKOS Info 118:27–29
18. Puschke M, Faber B (2018) 20 Jahre Weibernetz e. V. Weiber-ZEIT (34/35):2. www.weibernetz.de/download/WZ-Nr-34-35_Dez-2018_schwer.pdf (Stand: 01.04.2020)
19. Kriwy-Gottschalk E (2005) Wir sind doch alle Menschen – oder: was hat Gender mit Selbsthilfe zu tun? In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg) Geschlechterperspektive in der Selbsthilfe. DAG SHG, Gießen, S. 7–8
20. Bartjes H, Knab M (2005) „Die haben mir ja erst mal die Kitterschürz‘ ausgezoge‘ “ – Selbsthilfe zwischen Verfestigung und Verflüssigung von Geschlechterrollen. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg) Geschlechterperspektive in der Selbsthilfe. DAG SHG, Gießen, S. 40–52
21. Kofahl C, Dierks ML, von dem Knesebeck O et al. (2016) Die Entwicklung der Selbsthilfegruppen zum Akteur in der gesundheitspolitischen Arena. In: Kofahl C, Schulz-Nieswandt F, Dierks ML (Hrsg) Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. LIT Verlag, Berlin, S. 15–28
22. Danner M, Meierjürgen R (2015) Die Zukunft der Gesundheitsselbsthilfe sichern. In: Danner M, Meierjürgen R (Hrsg) Gesundheitsselbsthilfe im Wandel – Themen und Kontroversen. Nomos, Baden-Baden, S. 225–230

2.3.9 Frauen in Gesundheitsberufen

- *Gesundheitsberufen kommt eine hohe gesellschaftliche Bedeutung zu, die angesichts des demografischen Wandels weiter zunehmen wird.*
- *Die Mehrheit der Beschäftigten in Gesundheitsberufen sind Frauen, aber nur ein geringer Teil ist in Leitungspositionen vertreten.*
- *Beschäftigte in Gesundheitsberufen sind hohen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt.*

Beschäftigte in Gesundheitsberufen leisten einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Angesichts des demografischen, sozialen und epidemiologischen Wandels wird die gesellschaftliche Bedeutung dieser Berufsgruppen noch weiter zunehmen. So führen der allgemeine Bevölkerungsrückgang infolge der niedrigen Geburtenrate und die Verlängerung der Lebenserwartung zu einer Zunahme der älteren, insbesondere der hochaltrigen Bevölkerung. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen ist nicht nur von einem Anstieg der chronischen Erkrankungen, sondern auch der Multimorbidität auszugehen [1–3]. Daneben begründen die mit dem sozialen Wandel einhergehenden Prozesse (Rückgang traditioneller Familienstrukturen, sinkende Zahl pflegender Angehöriger, regionale Unterschiede in den Versorgungsangeboten) die zunehmende Bedeutung von Gesundheitsberufen [2]. Die veränderten Versorgungsbedarfe gehen mit steigenden Akademisierungsentwicklungen im Gesundheitssystem einher. Neben medizinischen, pflegerischen, technischen und weiteren versorgungsbezogenen Fortschritten führen Forderungen nach einer Verbesserung der interprofessionellen Kompetenzen und einer evidenzbasierten Praxis zu dem zunehmenden Akademisierungsbedarf [2, 4, 5].

Die Internationale Standardklassifikation der Berufe ISCO-08 der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) zeigt eine große Vielfalt an Gesundheitsberufen (siehe Infobox 2.3.9.1). So zählen z. B. sowohl Ärztinnen und Ärzte, Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, Fachkräfte in den Bereichen Umwelt- und Arbeitsmedizin, Pflegekräfte als auch pharmazeutische Fachkräfte zu den Gesundheitsberufen [6].

Infobox 2.3.9.1
Gesundheitsberufe der Internationalen Standardklassifikation der Berufe ISCO-08 der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) [6]

Die Internationale Standardklassifikation der Berufe ISCO-08 ermöglicht einen internationalen Vergleich von Berufsgruppen. Basierend auf dem jeweiligen Tätigkeitsprofil (skill level und skill specialization) werden die verschiedenen Berufe einzelnen Gruppen zugeordnet. Die folgenden Gesundheitsberufe werden in der ISCO-08 benannt:

Akademische und verwandte Gesundheitsberufe:
- Ärztinnen und Ärzte
- Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte (z. B. Hebammen)
- Fachkräfte in der traditionellen und komplementären Medizin
- Paramedizinische (alternativmedizinische) Praktikerinnen und Praktiker
- (Sonstige) weitere akademische und verwandte Gesundheitsberufe (z. B. Fachkräfte in den Bereichen Umwelt- und Arbeitsmedizin sowie Hygiene, Physiotherapie, Ernährungsberatung, Sprachtherapie)

Assistenzberufe im Gesundheitswesen:
- Medizinische und pharmazeutische Fachkräfte (z. B. pharmazeutisch-technische Assistenz)
- Nicht-akademische Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte
- Nicht-akademische Fachkräfte in traditioneller und komplementärer Medizin
- (Sonstige) weitere Assistenzberufe im Gesundheitswesen (z. B. medizinische Assistenz, Rettungsdienst)

Daneben werden in weiteren Gruppierungen einzelne Gesundheitsberufe aufgeführt, wie Pflegehelferinnen und Pflegehelfer bei den Betreuungsberufen im Gesundheitswesen oder Psychologinnen und Psychologen in der übergeordneten Gruppe der Juristinnen und Juristen, Sozialwissenschaftlerinnen und Sozialwissenschaftler und Kulturberufe.

Allein quantitativ betrachtet, kommt Frauen in den – im Zuge der COVID-19-Pandemie als „systemrelevant“ benannten – Gesundheitsberufen eine besondere Bedeutung zu: So sind in Deutschland mehr als drei Viertel der Beschäftigten im Gesundheitswesen weiblich [7]. Im Folgenden sollen der Anteil und die Beschäftigungsbedingungen von Frauen in Gesundheitsberufen, insbesondere in der Medizin sowie den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen, anhand verschiedener Datenquellen näher betrachtet werden. Neben der Gesundheitspersonalrechnung und der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes sowie der Ärztestatistik der Bundesärztekammer basieren die Ausführungen auch auf Daten der Techniker Krankenkasse und der Bundesagentur für Arbeit.

Anteil und Beschäftigungsbedingungen von Frauen in Gesundheitsberufen

Rund 4,2 Millionen Frauen waren im Jahr 2017 im Gesundheitswesen tätig (Männer: 1,4 Millionen), womit der Frauenanteil bei 75,7 % lag [8]. Dabei betrug das Vollzeitäquivalent (d. h. Beschäftigte umgerechnet auf die volle tarifliche Arbeitszeit [3]) bei den Frauen rund 2,9 Millionen (Männer: rund 1,1 Millionen) [8]. Am häufigsten sind die in Gesundheitsberufen beschäftigten Frauen in ambulanten Einrichtungen tätig (44,1 %), gefolgt von stationären und teilstationären Einrichtungen (37,0 %), sonstigen Einrichtungen (7,8 %), Vorleistungsindustrien des Gesundheitswesens (z. B. pharmazeutische oder medizintechnische Industrie: 6,6 %) und der Verwaltung (3,4 %) [8].

Die Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes ermöglicht eine differenzierte Betrachtung der einzelnen Gesundheitsberufe. Allerdings gilt es hierbei zu berücksichtigen, dass die zugrunde gelegte Kategorisierung von der ISCO-08 abweicht. Die Differenzierung der Gesundheitsberufe zeigt, dass der Frauenanteil in den einzelnen Berufsgruppen deutlich variiert: Während Frauen vor allem in den Bereichen Arzt- und Praxishilfe (98,1 %) sowie Altenpflege (84,5 %) dominieren, liegt ihr Anteil unter den Beschäftigten in der Human- und Zahnmedizin bei lediglich 46,6 % (Tab. 2.3.9.1) [8].

Die Anzahl der Frauen in Gesundheitsberufen ist zwischen 2012 (3,8 Millionen) und 2017 (4,2 Millionen) leicht gestiegen. Insbesondere im Bereich Altenpflege nahm die Zahl der beschäftigten Frauen

Tabelle 2.3.9.1
Anzahl und Anteil von Frauen am Gesundheitspersonal, 2017
Datenbasis: Gesundheitspersonalrechnung [8]

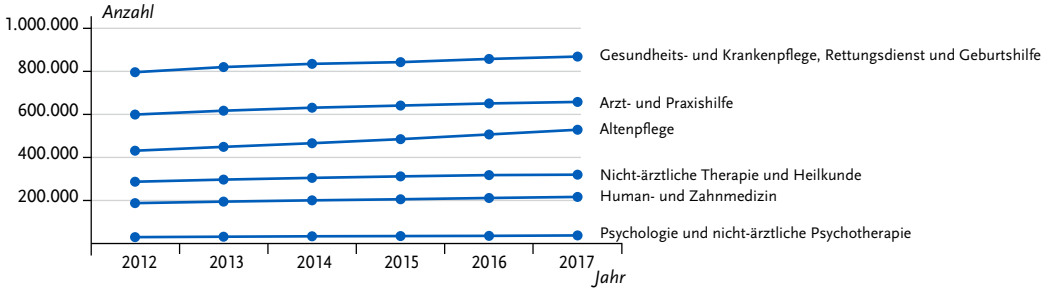
Gesundheitsberuf	Anzahl (in 1.000)	Anteil (in %)	Veränderung des Anteils 2012 – 2017 (in %)
Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	869	80,2 %	9,2 %
Arzt- und Praxishilfe	657	98,0 %	9,9 %
Altenpflege	527	84,5 %	22,8 %
Nicht-ärztliche Therapie und Heilkunde	316	78,6 %	11,3 %
Human- und Zahnmedizin	213	46,6 %	15,8 %
Pharmazie	136	80,5 %	9,7 %
Medizinisches Laboratorium	92	89,3 %	3,4 %
Medizin-, Orthopädie- und Rehatechnik	82	52,6 %	10,8 %
Verwaltung	77	88,5 %	13,2 %
Verkauf drogerie- und apothekenüblicher Waren, Medizinbedarf	48	92,3 %	0,0 %
Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	42	80,8 %	10,5 %
Psychologie und nicht-ärztliche Psychotherapie	33	73,3 %	3,2 %
Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness	14	82,4 %	7,7 %
Medien-, Dokumentations- und Informationsdienste	6	85,7 %	33,3 %

im Zeitverlauf zu (Abb. 2.3.9.1). Demgegenüber blieb die Anzahl der Frauen sowohl in der Human- und Zahnmedizin als auch der Psychologie und nicht-ärztlichen Psychotherapie im betrachteten Zeitraum relativ konstant [8]. Mit einer Ausnahme (Verkauf drogerie- und apothekenüblicher Waren, Medizinbedarf) ist der Frauenanteil in allen Bereichen gestiegen, besonders deutlich in der Altenpflege sowie den Medien-, Dokumentations- und Informationsdiensten (Tab. 2.3.9.1).

Im Jahr 2017 arbeiteten von den im Gesundheitswesen beschäftigten Frauen 40,8 % in Vollzeit. Bei den Männern belief sich der Anteil an den Vollzeit Erwerbstätigen im Gesundheitswesen dagegen auf 71,6 % [8]. Der Anteil der Frauen an den geringfügig entlohnten Beschäftigen lag im Gesundheits- und Sozialwesen bei 82 % (Männer: 18 %), im Vergleich zu 66 % in allen Sektoren (Männer: 34 %) [9].

In Deutschland verdienen Frauen je gearbeiteter Arbeitsstunde durchschnittlich immer noch weniger als Männer. Die Entgeltlücke (Gender Pay Gap; siehe Infobox 2.3.9.2) lag im Jahr 2017 im Gesundheits- und Sozialwesen mit rund 20 % im Mittelfeld aller Wirtschaftsbereiche [10]. Ein großer

Abbildung 2.3.9.1
Anzahl von Frauen in Gesundheitsberufen im Zeitverlauf
Datenbasis: Gesundheitspersonalrechnung [8]



Infobox 2.3.9.2
Gender Pay Gap

Der Gender Pay Gap beschreibt den prozentualen Unterschied im durchschnittlichen Bruttostundenverdienst zwischen Frauen und Männern. Im Vergleich zu dem als unbereinigten Gender Pay Gap bezeichneten Verdienstunterschied bezieht sich der bereinigte Gender Pay Gap auf die Lohnlücke zwischen Frauen und Männern bei vergleichbarem Bildungsabschluss, Beschäftigungsumfang, beruflicher Erfahrung u. Ä. und berücksichtigt somit strukturelle Unterschiede [10].

Teil der Verdienstunterschiede zwischen Frauen und Männern ist auf die Berufswahl, Qualifikation und Berufserfahrung, den Beschäftigungsumfang sowie den geringeren Anteil von Frauen in Leitungspositionen, zurückzuführen (unbereinigter Gender Pay Gap) [10, 11]. Allerdings bleiben unter Berücksichtigung dieser Aspekte Lohnunterschiede zwischen Frauen und Männern bestehen. So verdienten Frauen im Jahr 2014 bei ähnlicher Qualifikation durchschnittlich 6 % weniger pro Stunde als Männer (bereinigter Gender Pay Gap) [12].

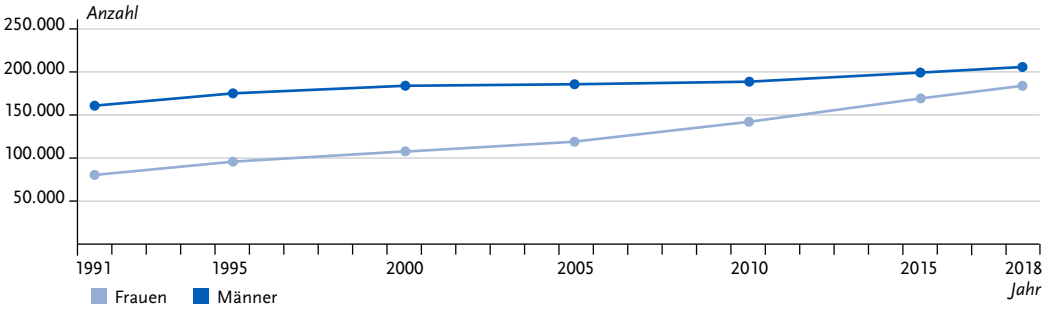
Ärztinnen

Insgesamt 243.968 Frauen waren im Jahr 2018 als Ärztinnen bei den Landesärztekammern registriert (Ärzte: 271.672). Knapp drei Viertel der Frauen (185.310) waren in einer ärztlichen Tätigkeit beschäftigt (Männer: 207.092) [13]. Mit 52,1 % sind Frauen, die einer ärztlichen Tätigkeit nachgehen, am häufigsten im stationären Bereich beschäftigt, gefolgt von der ambulanten ärztlichen Tätigkeit (38,8 %) und den Behörden und Körperschaften (3,2 %; in sonstigen Bereichen: 6,0 %). Von den berufstätigen Ärzten arbeiten 50,8 % im stationären Bereich, 41,2 % im ambulanten und 2,0 % in Behörden und Körperschaften (sonstige Bereiche: 5,9 %) [13]. Die Zahl der berufstätigen Ärztinnen hat sich seit dem Jahr 1991 mehr als verdoppelt (Abb. 2.3.9.2). Eine derartige Zunahme ist in dem betrachteten Zeitraum bei den Männern nicht zu beobachten, sodass sich die Anzahl an Ärztinnen und Ärzten von 1991 bis 2018 zunehmend angleicht [13].

Berufstätige Ärztinnen waren im Jahr 2018 am häufigsten in der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin sowie der Frauenheilkunde und Geburtshilfe tätig. Im Hinblick auf die einzelnen Facharztgebiete zeigen sich teilweise deutliche Unterschiede nach dem Geschlecht: Während Frauen mit 68,2 % in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe dominieren, liegt ihr Anteil in der Chirurgie bei lediglich 21,1 % (Abb. 2.3.9.3). Den von Frauen gewählten Fachgebieten ist gemeinsam, dass sie eher geregelte Arbeitszeiten und Teilzeitmodelle ermöglichen. Dagegen sind Männer eher in medizinischen Fächern tätig, die mit stärkerer gesellschaftlicher Anerkennung und einem höheren Einkommen einhergehen [15].

Obwohl im Wintersemester 2017/2018 von den Studierenden der Humanmedizin 61,5 % Frauen waren [16], sind Frauen in ärztlichen Leitungsfunktionen (z. B. chefärztliche oder oberärztliche Positionen) weiterhin unterrepräsentiert [17–19]. Während 2017 auf der Ebene der Assistenzärztinnen und -ärzte in der stationären Versorgung ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis bestand (Frauenanteil: 55,9 %), lag der Frauenanteil in oberärztlichen Positionen bei lediglich 31,5 % und auf der Ebene

Abbildung 2.3.9.2
Anzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte im Zeitverlauf
Datenbasis: Ärztestatistik [14]



der Chefärztinnen und Chefärzte nur noch bei 12,5 % [20]. Darüber hinaus variiert der Frauenanteil auf chefärztlicher Ebene in den jeweiligen Fachgebieten: Während er 2017 in der Allgemeinmedizin (23,9 %) sowie in der Psychiatrie und Psychotherapie (23,0 %) vergleichsweise hoch lag, fiel er in der Inneren Medizin (11,2 %) und insbesondere in der Chirurgie (5,3 %) niedrig aus [20]. Ähnliches gilt für die Situation von Frauen in der Universitätsmedizin [15, 21]. In den Gremien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sind Frauen bisher ebenfalls unterrepräsentiert. So waren 2019 in zehn der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen keine Frauen im Vorstand vertreten [22]. Vier der 17 Landesärztekammern hatten Präsidentinnen, acht Vizepräsidentinnen; in sechs Landesärztekammern war hingegen keines dieser Ämter von einer Frau besetzt.

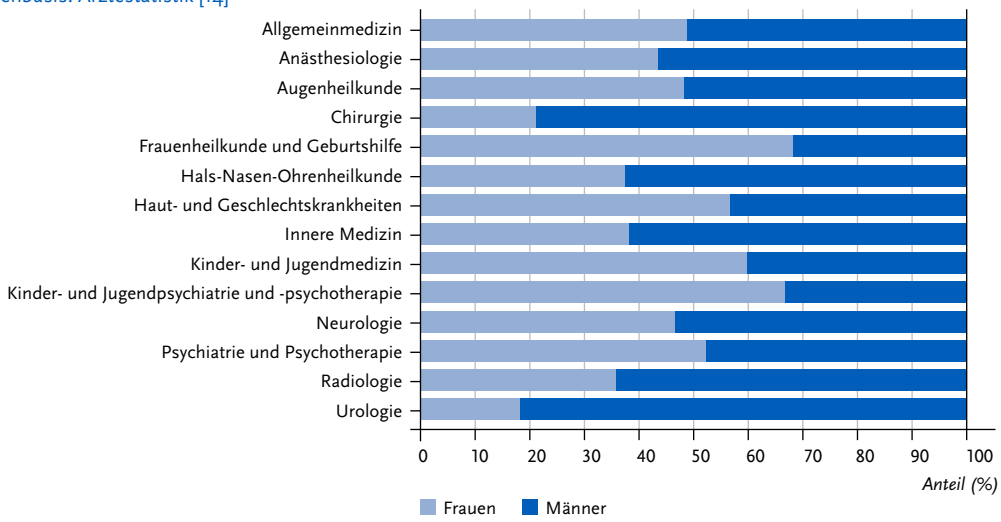
Frauen in Gesundheits- und Krankenpflegeberufen

Sowohl in den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen (Frauen: 725.000 Beschäftigte, Männer: 134.000) als auch in der Altenpflege (Frauen: 527.000, Männer: 97.000) ist der Anteil von Frauen (84,4 % bzw. 84,5 %) besonders hoch [8]. Zwischen 2012 und 2017 stieg die Anzahl der Frauen in diesen Berufsfeldern kontinuierlich an (Abb. 2.3.9.1). Eine Betrachtung der Vollzeitäquivalente für das Jahr 2017 zeigt, dass diese im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege (Frauen: 512.000, Männer: 108.000) sowie der Altenpflege (Frauen: 384.000, Männer: 78.000) bei den Frauen rund fünfmal höher lagen als bei den Männern [8]. Im Hinblick auf die Beschäftigungsart belegen die Daten der Gesundheitspersonalrechnung, dass ein Großteil der Frauen in Teilzeit und geringfügiger Beschäftigung tätig ist (Gesundheits- und Krankenpflege: 60,0 %, Altenpflege 67,4 %). Bei den Männern ist der Anteil der geringfügig und in Teilzeit Beschäftigten sowohl in der Gesundheits- und Krankenpflege (35,1 %) als auch in der Altenpflege (46,4 %) deutlich niedriger [8].

Gemäß den Daten der Bundesagentur für Arbeit zeigt sich für den Bereich der Altenpflege ein Fachkräftemangel in Gesamtdeutschland; auch im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege deuten die Analysen in fast allen Ländern (mit Ausnahme von Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Hamburg) auf einen Fachkräftemangel hin [23]. Da in dieser Analyse der Fachkräftemangel überwiegend aus unbesetzten Stellen abgeleitet wird, ist anzunehmen, dass er insgesamt (auch für die genannten Ausnahmen) höher liegen könnte. Gründe für den Fachkräftemangel bestehen u. a. in den geringen Verdienstmöglichkeiten und den Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben [24–26].

Die Beschäftigung im Krankenhaus, in stationären Pflegeeinrichtungen oder in der ambulanten Pflege bringt darüber hinaus spezifische

Abbildung 2.3.9.3
Ärztinnen und Ärzte mit ärztlicher Tätigkeit nach ausgewählten Gebietsbezeichnungen, 2018
Datenbasis: Ärztestatistik [14]



gesundheitliche Belastungen mit sich. So belegen Studien, dass Pflegende nicht nur ein erhöhtes Risiko für körperliche Beschwerden (z. B. Muskel- und Skelettprobleme), sondern auch für psychische Belastungen (z. B. Depressionen, Burnout) aufweisen [24, 25, 27, 28]. Diese gesundheitlichen Beschwerden resultieren u. a. aus den Arbeitsbedingungen (Wochenenddienste, Schicht- und Nachtarbeit, Überstunden, fehlende Pausen) und den körperlichen Anforderungen der Tätigkeit (Hebetätigkeiten, chemische Einwirkungen). Ferner könnten infolge kürzerer Liegezeiten im Krankenhaus und der damit einhergehenden Arbeitsverdichtung weitere belastende Rahmenbedingungen entstehen. Die Beschäftigten sind damit konfrontiert, dass sie den Ansprüchen, die sie persönlich und fachlich an die Versorgung der Patientinnen und Patienten stellen, oftmals nicht mehr gerecht werden können. Dies gilt nicht nur für Pflegende, sondern auch für Beschäftigte im ärztlichen Bereich und kann die psychische Gesundheit (Gewissenskonflikte) beeinflussen [29]. Studien zeigen zudem eine hohe Unzufriedenheit der Pflegenden im Hinblick auf die Anerkennung ihrer Leistung durch Vorgesetzte und den Stellenwert des Pflegepersonals im Krankenhaus [24, 26].

Daten der Techniker Krankenkasse für das Jahr 2018 zeigen, dass Frauen in den Pflegeberufen überdurchschnittlich oft und länger krankgeschrieben sind als in anderen Berufsgruppen. Dabei liegen die Hauptgründe für Arbeitsunfähigkeitstage u. a. in psychischen Erkrankungen sowie Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes: So beträgt die Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates durchschnittlich 544,5 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre und liegt damit doppelt so hoch wie der Durchschnitt aller berufstätigen Frauen (265,9 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre) [30].

Frauen in weiteren (nicht-ärztlichen) Gesundheitsberufen

Im Jahr 2017 waren in Deutschland rund 24.000 Hebammen (Vollzeitäquivalente: 17.000) tätig. Damit stieg die Zahl der Hebammen seit dem Jahr 2012 um 9,1 % an [8]. Während lange Zeit ausschließlich Frauen als Hebammen tätig waren, wird der Beruf nach Angaben des Statistischen Bundesamtes inzwischen auch von einzelnen Männern ausgeübt [31].

Studien zur Arbeitssituation von Hebammen belegen insbesondere für größere Geburtskliniken eine hohe Arbeitsbelastung [32–35]. Befragungen von im Krankenhaus angestellten Hebammen zeigen, dass diese regelmäßig Überstunden leisten, Ruhephasen aufgrund des Arbeitsaufwandes teilweise nicht einhalten können und zum Teil mehrere Geburten parallel betreuen. Gleichzeitig fallen aufgrund der fehlenden Planbarkeit von Geburten jedoch auch Leerlaufzeiten im Arbeitsalltag an. Unzufriedenheit besteht neben der Personalsituation in Kliniken auch hinsichtlich der Vergütung [33–35]. In einer Studie aus dem Jahr 2012 zur Versorgungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe gab jede fünfte Hebamme an, über eine Berufsaufgabe nachzudenken. Neben der zu hohen Belastung wurden ein geringes Einkommen sowie die Unvereinbarkeit mit dem Privatleben am häufigsten als Gründe dafür genannt [32]. Ein ähnliches Bild zeichnen Studien aus einigen Bundesländern (siehe Kapitel 7.5) [36–38]. Um die Einkommenssituation der freiberuflichen Hebammen zu verbessern, wurden in der Zwischenzeit Vergütungsanpassungen vorgenommen sowie ein Sicherstellungszuschlag für geburtshilflich tätige Hebammen eingeführt.

In Deutschland waren im Jahr 2017 rund 179.000 Physiotherapeutinnen (Anteil Frauen: 75,2 %; Vollzeitäquivalente: 116.000), 53.000 Ergotherapeutinnen (Anteil Frauen: 85,5 %; Vollzeitäquivalente: 37.000) und 27.000 Sprachtherapeutinnen (Logopädinnen; Anteil Frauen: 93,1 %; Vollzeitäquivalente: 19.000) tätig [8]. Seit 2012 ist bei den Physiotherapeutinnen ein Anstieg von 10,5 %, bei den Ergotherapeutinnen um 17,8 % und bei den Logopädinnen um 22,7 % zu beobachten [8]. Für diese Berufsgruppen zeichnet sich ebenfalls ein Mangel an Fachkräften ab, der u. a. mit dem zunehmenden Bedarf an therapeutischen Leistungen zusammenhängt [23, 39, 40].

Fazit

Die Mehrzahl der Beschäftigten in den Gesundheitsberufen sind Frauen, in höheren beruflichen Positionen bleiben sie jedoch oftmals unterrepräsentiert. Die Unterrepräsentation von Frauen in Leitungspositionen liegt nicht nur an sogenannten Gatekeeper-Praktiken (Steuerung der Auswahlprozesse durch Männer, da diese in Leitungspositionen überrepräsentiert sind) [41]

und Diskriminierungen im Zusammenhang mit Geschlecht und (potenzieller) Mutterschaft, sondern auch an der unzureichenden Vereinbarkeit von Familie und beruflicher Karriere. Für einen beruflichen Aufstieg wird häufig eine kontinuierliche Vollzeiterwerbsarbeit vorausgesetzt, was Unterbrechungen, wie sie durch Mutterschutz, Elternzeit oder die Pflege von Angehörigen entstehen, unberücksichtigt lässt [19, 41]. Gesellschaftliche und institutionelle Bedingungen behindern aber eine Vereinbarkeit von Vollzeiterwerbstätigkeit und Familienverantwortung und fördern die Teilzeitbeschäftigung von Frauen.

Um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken und Frauen mehr Karrierechancen zu ermöglichen, müssen entsprechende Strukturen geschaffen werden. Um die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern, führen das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gemeinsam die Konzertierte Aktion Pflege durch [42]. Die Vereinbarungen der Konzertierten Aktion Pflege beinhalten sowohl konkrete und verbindliche Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf und zur verlässlichen Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung als auch zu den Themen Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung. Ferner gibt es Initiativen zur Stärkung von Frauen in Leitungspositionen [43] (z. B. Pro Quote Medizin [44]) und für mehr Parität in den Gremien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen [45].

Grundsätzlich sollten Maßnahmen für eine verbesserte Vereinbarkeit von Familie und Beruf für alle Beschäftigten in Gesundheitsberufen umgesetzt werden. Beispiele sind Kinderbetreuungsmöglichkeiten, flexible Arbeitszeiten, mobiles Arbeiten, Teilzeitarbeitsmodelle, Job Sharing in Leitungspositionen, reguläre Freistellungen für Forschung zur Unterstützung der weiteren wissenschaftlichen Karriere sowie die Anerkennung von Kindererziehungs- und Angehörigenpflegezeiten bei Auswahlverfahren [46]. Hierfür wäre auch ein Wandel der Arbeitskultur in den Gesundheitsberufen notwendig, die auch eine Karriere mit Teilzeiterwerbsarbeit ermöglicht. Diese Maßnahmen könnten für alle Beschäftigte mit Familienverantwortung zukünftig bessere Karrieremöglichkeiten bieten und darüber hinaus auch die Attraktivität der Gesundheitsberufe erhöhen.

Literatur

1. Ewers M, Grewe T, Höppner H et al. (2012) Forschung in den Gesundheitsberufen. Kernaussagen. Dtsch Med Wochenschr 137(S2):S34–S36
2. Robert Bosch Stiftung (Hrsg) (2013) Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart
3. Robert Koch-Institut (2015) Wie steht es um unsere Gesundheit? In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 20–144
4. Borgetto B (2015) Zwischenbilanz und aktuelle Entwicklungen in der Akademisierung der Therapieberufe. In: Pundt J, Kälble K (Hrsg) Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Apollon University Press, Bremen, S. 265–290
5. Reiber K, Weyland U, Burda-Zoyker A (2017) Herausforderungen und Perspektiven für die Gesundheitsberufe aus Sicht der Berufsbildungsforschung. In: Weyland U, Reiber K (Hrsg) Entwicklungen und Perspektiven in den Gesundheitsberufen – aktuelle Handlungs- und Forschungsfelder. Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn, S. 9–27
6. International Labour Office (Hrsg) (2012) International Standard Classification of Occupations: ISCO-08. Structure, group definitions and correspondence tables. ILO, Geneva
7. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2018) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung. Ergebnisse des Mikrozensus zum Arbeitsmarkt. Fachserie 1, Reihe 4.1. Destatis, Wiesbaden
8. Statistisches Bundesamt (2018) Gesundheitspersonalrechnung. Gesundheitspersonal in 1.000 bzw. Gesundheitspersonal (Vollzeitäquivalente) in 1.000. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
9. Bundesagentur für Arbeit, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung (Hrsg) (2018) Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Die Arbeitsmarktsituation von Frauen und Männern 2017. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg
10. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2018) Arbeitsmarkt auf einen Blick. Deutschland und Europa. Destatis, Wiesbaden
11. Klenner C, Schulz S, Lillemeier S (2016) Gender Pay Gap – die geschlechtsspezifische Lohnlücke und ihre Ursachen. Policy Brief WSI 07/2016. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf
12. Statistisches Bundesamt (2017) Drei Viertel des Gender Pay Gap lassen sich mit Strukturunterschieden erklären. Pressemitteilung Nr. 094 vom 14. März 2017. www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2017/03/PD17_094_621.html (Stand: 01.04.2020)
13. Bundesärztekammer (2019) Ärztestatistik – Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
14. Bundesärztekammer (2019) Ärztestatistik 2018. Montgomery: Es ist höchste Zeit, den Ärztemangel ernsthaft zu bekämpfen. Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2018. www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2018/ (Stand: 01.04.2020)
15. Kortendiek B, Hendrix U, Hilgemann M et al. (2016) Gender-Report 2016. Geschlechter(un)gerechtigkeit an nordrhein-westfälischen Hochschulen. Studien Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW Nr. 25. www.mkw.nrw/sites/default/files/media/document/file/gender-report_2016_f_web.pdf (Stand: 01.04.2020)

16. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2019) Bildung und Kultur. Studierende an Hochschulen. Fachserie 11, Reihe 4.1. Destatis, Wiesbaden
17. Abele AE (2006) Karriereverläufe und Berufserfolg bei Medizinerinnen. In: Dettmer S, Kaczmarczyk G, Bühren A (Hrsg) Karriereplanung für Ärztinnen. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 35–57
18. Deutscher Ärztinnenbund e. V. (Hrsg) (2016) Medical Women on Top. Deutscher Ärztinnenbund e. V., Berlin. www.aerztinnenbund.de/Neue.2555.0.2.html (Stand: 01.04.2020)
19. Pöge K (2019) Paare in Widerspruchsverhältnissen. Die partnerschaftliche Arbeitsteilung von Ärztinnen beim Übergang zur Elternschaft. Geschlecht und Gesellschaft, Band 71. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
20. Statistisches Bundesamt (2018) Krankenhausstatistik – Grunddaten. Ärztliches Personal in Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
21. Deutscher Ärztinnenbund e. V. (Hrsg) (2019) Medical Women on Top. Update. Deutscher Ärztinnenbund e. V., Berlin. www.aerztinnenbund.de/DAEB-Dokumentation_M.2557.0.2.html (Stand: 01.04.2020)
22. Deutsches Ärzteblatt (2019) Frauen im Gesundheitswesen fordern Parität in Gremien der Selbstverwaltung. www.aerzteblatt.de/nachrichten/101257/Frauen-im-Gesundheitswesen-fordern-Paritaet-in-Gremien-der-Selbstverwaltung (Stand: 01.04.2020)
23. Bundesagentur für Arbeit, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung (Hrsg) (2018) Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalyse. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg
24. Brause M, Kleina T, Cichocki M et al. (2013) Gesundheits- und Arbeitssituation von Pflegenden in der stationären Langzeitversorgung. Pflege & Gesellschaft 18(1):19–34
25. Brause M, Kleina T, Horn A et al. (2015) Burnout-Risiko in der stationären Langzeitversorgung. Ressourcen und Belastungen von Pflege- und Betreuungskräften. Prävention und Gesundheitsförderung 10(1):41–48
26. Buxel H (2011) Krankenhäuser: Was Pflegekräfte unzufrieden macht. Dtsch Arztebl Int 108(17):A946–948
27. Isfort M, Rottländer R, Weidner F et al. (2018) Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP), Köln
28. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg) (2020) Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege – Höhere Anforderungen, mehr gesundheitliche Beschwerden. BiBB/BAuA-Faktenblatt 31. www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fakten/BIBB-BAuA-31.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (Stand: 01.04.2020)
29. Faller G, Störkel F (2017) Wer hilft den Helfern? Gesundheitsförderung im Krankenhaus. In: Faller G (Hrsg) Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Hogrefe, Bern, S. 369–379
30. Techniker Krankenkasse (Hrsg) (2019) Gesundheitsreport 2019 – Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften. TK, Hamburg
31. Statistisches Bundesamt (2018) 11.077 Hebammen und Entbindungspfleger leisteten 2016 Geburtshilfe in Krankenhäusern. www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2018/PD18_17_p002.html (Stand: 01.04.2020)
32. Albrecht M, Loos S, Sander M et al. (2012) Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. IGES Institut GmbH, Berlin
33. Deutscher Hebammenverband e. V. (Hrsg) (2016) Die Arbeitssituation von Hebammen in Kliniken in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter 1.692 Hebammen im November 2015. DHV, Karlsruhe
34. Stahl K (2016) Arbeitssituation von angestellten Hebammen in deutschen Kreißsälen – Implikationen für die Qualität und Sicherheit der Versorgung. Z Evid Fortbild Qualität Gesundheitswes. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2016.07.005 (Stand: 01.04.2020)
35. Albrecht M, Loos S, Heiden Iad et al. (2019) Stationäre Hebammenversorgung. IGES Institut GmbH, Berlin
36. Sander M, Albrecht M, Loos S et al. (2018) Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern. Studie für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. IGES Institut GmbH, Berlin
37. Sander M, Temizdemir E, Albrecht M (2018) Hebammenstudie Sachsen-Anhalt – Regionale Bedarfe und deren Deckung durch Leistungen der Geburtshilfe inklusive der Vor- und Nachsorge. IGES Institut GmbH, Berlin
38. Sander M, Albrecht M, Temizdemir E (2019) Hebammenstudie Sachsen – Studie zur Erfassung der Versorgungssituation mit Hebammenleistungen in Sachsen sowie zur Möglichkeit der kontinuierlichen landesweiten Erfassung von Daten über Hebammenleistungen. IGES Institut GmbH, Berlin
39. GKV-Spitzenverband (Hrsg) (2016) Qualität der Heilmittelversorgung verbessern und finanzierbar halten. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes. GKV-Spitzenverband, Berlin
40. Wittich A (2009) Psychische Belastungen und Beanspruchung in Therapieberufen – Ursachen und Folgen für Prävention und Intervention. In: Wippert PM, Beckmann J (Hrsg) Stress- und Schmerzursachen verstehen: Gesundheitspsychologie und -soziologie in Prävention und Rehabilitation. Thieme, Stuttgart, S. 65–71
41. Krüger H (2001) Geschlecht, Territorien, Institutionen. Beitrag zu einer Soziologie der Lebenslauf-Relationalität. In: Born C, Krüger H (Hrsg) Individualisierung und Verflechtung Geschlecht und Generation im deutschen Lebenslaufregime. Juventa, Weinheim, München, S. 257–303
42. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2019) Ausbildungsoffensive Pflege (2019–2023). Vereinbarungstext. Ergebnis der Konzertierten Aktion Pflege/AG 1. Bundesregierung, Berlin
43. Ludwig S, Dhatt R, Kickbusch I (2018) Women in Global Health – Germany network. The Lancet 392:120–121
44. Pro Quote in der Medizin (2019). https://pro-quote-medizin.de/ (Stand: 01.04.2020)
45. Korzilius H (2019) Selbstverwaltung im Gesundheitswesen: Frauen fordern Parität. Dtsch Arztebl Int 3:113–115
46. Kuhlmann E, Ovseiko PV, Kurmeyer C et al. (2017) Closing the gender leadership gap: a multi-centre cross-country comparison of women in management and leadership in academic health centres in the European Union. Hum Resour Health 15(1):2

Mädchen-gesundheit

KAPITEL 3

- *In der Kindheit sind Mädchen gesünder und medizinisch unauffälliger als Jungen, im Jugendalter kehrt sich das Verhältnis um.*

- *Im Jugendalter sind Mädchen häufiger als Jungen von Schmerzen und psychischen Problemen betroffen.*

- *Die subjektiv eingeschätzte Gesundheit ist im Jugendalter bei Mädchen schlechter als bei Jungen.*

- *Die erste Menstruation haben Mädchen heute deutlich früher als ihre Mütter. Dagegen hat sich das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr nach hinten verschoben.*

- *Mädchen (und Jungen) verhüten heute gewissenhafter als noch vor zehn Jahren. Beim Thema Aufklärung wächst die Bedeutung des Internets.*

3 Mädchengesundheit

Die große Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland wächst gesund auf. Chronische Krankheiten und Funktionseinschränkungen kommen im Kindes- und Jugendalter deutlich seltener vor als in späteren Lebensabschnitten. Insgesamt sind sowohl Kindheit als auch Jugend als gesunde Lebensphasen zu bezeichnen. Im Kindes- und Jugendalter werden wesentliche Grundlagen für die Gesundheit in späteren Jahren gelegt. So sind soziale Kompetenzen und Resilienz (psychische Widerstandsfähigkeit), die im Kindes- und Jugendalter erworben werden, gesundheitliche Ressourcen, die für die Gesundheit lebenslang unterstützend wirken können [1].

Bereits in den frühen Lebensphasen werden Unterschiede in der Gesundheit zwischen Mädchen und Jungen deutlich. Die Mortalität der neugeborenen Mädchen ist niedriger als bei den Jungen [2, 3]. Der gegenwärtige Forschungsstand erlaubt jedoch keine verlässlichen Aussagen zu den Gründen für die Geschlechtsunterschiede in der Säuglingssterblichkeit. Auch im ersten Lebensjahrzehnt sind Mädchen gesünder und medizinisch unauffälliger als Jungen. Mit Beginn der Pubertät kehrt sich das Verhältnis jedoch zuungunsten der Mädchen um [4].

Es wird davon ausgegangen, dass die Geschlechterunterschiede in der Gesundheit, die ab der Pubertät zu beobachten sind, nur zu einem geringen Teil auf biologisch-genetische Unterschiede zurückgehen [3]. Dazu zählen Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen hinsichtlich der genetischen Anlagen, des Hormonstatus, der immunologischen Ausstattung sowie anatomisch-funktionale Besonderheiten der Geschlechter [5].

Ein weitaus größerer Anteil der Gesundheitsunterschiede wird auf unterschiedliche Lebensbedingungen von Mädchen und Jungen zurückgeführt [3]. Sie sollten daher vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gesehen werden, unter denen Mädchen und Jungen aufwachsen. Kindheit und Jugend sind Lebensphasen, in denen geschlechtsbezogene Haltungen und Verhaltensmuster gebildet werden. Die Heranwachsenden treffen auf geschlechtsbezogene Erwartungen, Reaktionen und Verhaltensmodelle, die in den kulturell vorherrschenden Geschlechterbildern verankert sind und ihnen zur Identifikation angeboten werden. Dies gilt in unserer Gesellschaft z. B. für Spielzeug, Kleidung, Freizeitangebote, Medien aber auch Aufgaben in Familie und Beruf [6].

Im Folgenden werden zunächst die gesundheitliche Lage und das Gesundheitsverhalten von Mädchen in Kindheit und Jugend anhand von ausgewählten Indikatoren beschrieben. Dabei bilden die für die Kindheit berichteten Ergebnisse den Altersbereich von drei bis zehn Jahren ab. Daten für das Jugendalter beziehen sich auf die Altersspanne von 11 bis 17 Jahren. Wesentliche Datengrundlage der Auswertungen ist die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS). Neben der KiGGS-Studie wurden weitere Datenquellen wie der Kinder- und Jugendreport der Krankenkasse DAK-Gesundheit und die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geförderte Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) herangezogen. Das Fokus-Kapitel schließt mit einem Abschnitt zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen ab. Diese Ergebnisse basieren auf Daten des Monitorings zum Sexual- und Verhütungsverhalten von Jugendlichen in Deutschland, das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durchgeführt wird.

3.1 Gesundheit von Mädchen in der Kindheit (3 bis 10 Jahre)

3.1.1 Entwicklungsaufgaben und Geschlechtsidentität in der Kindheit

Die Kindheit kann nach der Phase der frühkindlichen Entwicklung in den ersten drei Lebensjahren unterteilt werden in das frühe Kindesalter (drei bis sechs Jahre) und das Schulalter (sieben bis zehn Jahre). Im Alter von zwei bis drei Jahren entsteht mit der Entwicklung der Ich-Identität auch das Gefühl einer Zugehörigkeit zu einem Geschlecht (Geschlechtsidentität, siehe Kapitel 7.1) [6]. In Auseinandersetzung mit ihrer sozialen Umgebung entwickeln Kinder in der Regel die Überzeugung, dass bestimmte Gegenstände, Aktivitäten oder Eigenschaften besser zum eigenen Geschlecht passen

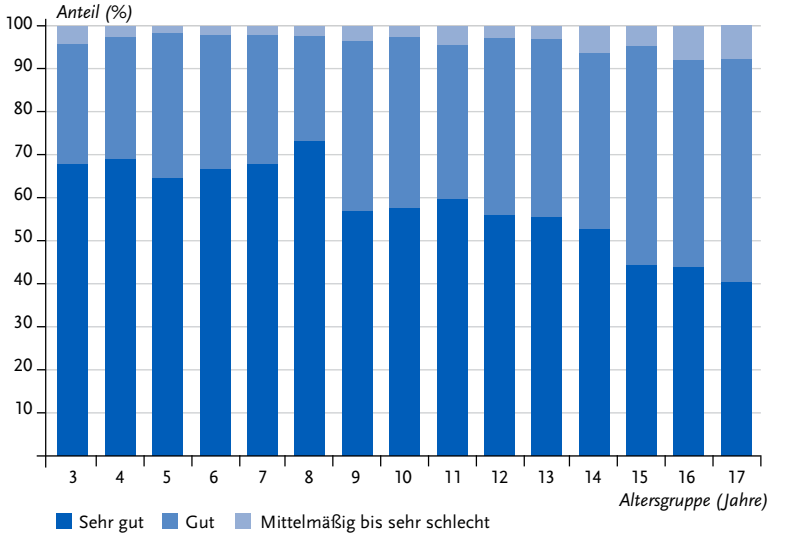
als zum anderen [6]. Auch das Geschlechtsrollenverhalten wird bereits in der frühen Kindheit durch soziokulturelle Einflüsse geprägt und gefestigt. An das jeweils zugewiesene Geschlecht sind soziokulturell und milieuspezifisch vorherrschende Geschlechterbilder geknüpft [7, 8].

Während es Kleinkindern noch weitgehend gleichgültig ist, ob sie mit einem Mädchen oder einem Jungen spielen, gewinnen im Kindergarten- und Vorschulalter geschlechtshomogene Gruppen an Bedeutung [9]. In diesen reinen Mädchen- und Jungengruppen entwickeln sich meist unterschiedliche Spielkulturen und die Kinder sammeln soziale Erfahrungen. In der Grundschulzeit werden die Geschlechterbilder, bedingt durch die kognitive Entwicklung der Kinder, allmählich wieder flexibler [6]. Unabhängig von diesen Aspekten ist die sexuelle Orientierung, die sich im Schulalter und in der Adoleszenz entwickelt (siehe Kapitel 7.1).

Als Erklärungen für Geschlechterunterschiede im Denken, Fühlen und Handeln werden allgemein auch genetische und biologische Einflüsse angeführt, z. B. Unterschiede in der Gehirnanatomie zwischen Mädchen und Jungen. Es wird davon ausgegangen, dass die genetische Ausstattung den Rahmen für die Geschlechterentwicklung setzt, sie aber nicht alleine bestimmt. Die soziale Umwelt hat einen großen Einfluss. Im Wechselspiel zwischen Reifung und Sozialisation vollziehen sich die Gehirnentwicklung des Kindes und die Entwicklung der Geschlechtsidentität. Verhaltensmuster, die in einer gegebenen Kultur dominieren, werden dabei verfestigt [9].

Diese Entwicklungen haben auch Auswirkungen auf die Gesundheit. Bereits in der Kindheit zeigen sich Unterschiede in der Bewältigung von Lebensanforderungen und -belastungen bei Mädchen und Jungen, z. B. im Hinblick auf Faktoren, die die Gesundheit schützen und die Widerstandskraft stärken. Hierbei verfügen Mädchen im Vergleich zu Jungen über mehr soziale Ressourcen, z. B. die von Gleichaltrigen und Erwachsenen erfahrene oder verfügbare Unterstützung [4]. Unterschiede bestehen auch im Bewältigungsverhalten. Mädchen weisen oftmals eine eher nach innen, Jungen eine eher nach außen gerichtete Form der Bewältigung auf. Auf der Ebene der Erkrankungen spiegelt sich das wider: Mädchen neigen stärker zu internalisierenden, also nach innen gerichteten Auffälligkeiten wie Ängste oder Depressivität [4].

Abbildung 3.1.2.1
Elternberichteter allgemeiner Gesundheitszustand von 3- bis 17-jährigen Mädchen nach Alter
Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014–2017)



3.1.2 Subjektive Gesundheit

Die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands umfasst neben der körperlichen Gesundheit auch Aspekte des psychischen und sozialen Wohlbefindens sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität [10]. Ein guter allgemeiner Gesundheitszustand gilt als wertvolle Ressource, um die zahlreichen Entwicklungsaufgaben des Kindes- und Jugendalters erfolgreich zu bewältigen [11]. Nach den Daten aus KiGGS Welle 2 (2014–2017) schätzt ein Großteil der Eltern die allgemeine Gesundheit ihrer Kinder als sehr gut oder gut ein: Bei den Mädchen sind es im frühen Kindes- und Schulalter jeweils rund 97 % der Eltern, bei den Jungen jeweils knapp 96 %. Bis zum Alter von zehn Jahren wird für Mädchen signifikant häufiger eine sehr gute Gesundheit angegeben (67,0 % bei den Drei- bis Sechsjährigen und 63,9 % bei den Sieben- bis Zehnjährigen) als für Jungen in den entsprechenden Altersgruppen (61,9 % und 56,5 %) [12]. Werden nur die Mädchen betrachtet, so zeigt sich im Hinblick auf die sehr gute Gesundheit, dass bis zu einem Alter von sieben Jahren rund zwei Drittel der Eltern ihren Töchtern einen sehr guten Gesundheitszustand bescheinigen. Im Alter von neun Jahren sinkt dieser Wert auf 57,0 % (Abb. 3.1.2.1). Bei den Mädchen (und Jungen) besteht zudem ein ausgeprägter sozialer Gradient: Der Anteil der Eltern, die den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder als sehr gut bis gut einstufen, ist umso größer, je höher der sozioökonomische Status (SES) der jeweiligen Familie ist [12].

3.1.3 Körperliche Gesundheit

Asthma bronchiale, Heuschnupfen, Neurodermitis und Unfallverletzungen

Heuschnupfen, Asthma bronchiale und Neurodermitis zählen zu den häufigsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Kindesalter. Aufgrund der Auswirkungen auf das emotionale Befinden, die körperliche und schulische Leistungsfähigkeit sowie die soziale Interaktion erleben Betroffene die Krankheiten häufig als belastend [13]. Die 12-Monats-Prävalenzen von ärztlich diagnostiziertem Heuschnupfen und von Asthma bronchiale steigen nach Daten von KiGGS Welle 2 mit zunehmendem Lebensalter an, bei Mädchen insgesamt jedoch auf einem niedrigeren Niveau als bei Jungen. Im Alter von sieben bis zehn Jahren weisen Mädchen mit 2,8 % eine deutlich geringere 12-Monats-Prävalenz von Asthma bronchiale auf als Jungen mit 5,7 %. Auch im Hinblick auf Heuschnupfen gibt es bedeutsame Unterschiede zwischen den Geschlechtern: In dieser Altersgruppe sind 6,0 % der Mädchen und 11,3 % der Jungen betroffen (Tab. 3.1.3.1) [14].

Unfallverletzungen stellen eines der größten Gesundheitsrisiken im Kindesalter dar. Trotz rückläufiger Sterberaten sind Unfallverletzungen eine der häufigsten Todesursachen für Kinder ab einem Jahr [15, 16]. Der Anteil der Mädchen, die in den letzten zwölf Monaten aufgrund einer Unfallverletzung ärztlich behandelt wurden, ist in allen Altersgruppen deutlich geringer als der von Jungen. In der Altersgruppe von sieben bis zehn Jahren sind beispielsweise 13,0 % der Mädchen und 17,4 % der Jungen betroffen (Tab. 3.1.3.1). Die Beobachtung, dass Mädchen seltener Unfallverletzungen erleiden

Tabelle 3.1.3.1
12-Monats-Prävalenz von Asthma bronchiale, Heuschnupfen, Neurodermitis, allergischem Kontaktekzem und ärztlich behandelten Unfallverletzungen bei 3- bis 10-jährigen Mädchen und Jungen nach Alter
Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014–2017) [14, 17]

	Asthma bronchiale	Heu-schnupfen	Neurodermitis	Allergisches Kontaktekzem	Unfälle
Mädchen					
3–6 Jahre	2,2 %	2,0 %	8,2 %	0,9 %	11,3 %
7–10 Jahre	2,8 %	6,0 %	8,3 %	1,4 %	13,0 %
Jungen					
3–6 Jahre	3,0 %	4,6 %	7,8 %	1,0 %	14,9 %
7–10 Jahre	5,7 %	11,3 %	5,8 %	1,1 %	17,4 %

als Jungen, zeigt sich in allen drei KiGGS-Erhebungen, in anderen Studien und in den amtlichen Statistiken zu Todesursachen, Krankenhausdiagnosen und Straßenverkehrsunfällen [17].

Die Ergebnisse in Bezug auf Asthma und Heuschnupfen werden durch den Kinder- und Jugendreport der Krankenkasse DAK-Gesundheit gestützt [18]. Darin werden auch die Diagnosehäufigkeiten unterschiedlicher Verletzungen einzelner oder mehrerer Körperregionen berichtet: Bei Mädchen liegen sie im Jahr 2017 relativ konstant unter denen der Jungen [18]. Die DAK-Daten zeigen darüber hinaus, dass Mädchen in der Kindheit tendenziell seltener ambulante und stationäre Leistungen in Anspruch nehmen als Jungen [19].

Übergewicht und Adipositas

Übergewicht und Adipositas sind Risikofaktoren für gesundheitliche Probleme und seelische Beeinträchtigungen. Sie können zu psychosozialen Belastungen führen und sind mit einem höheren Risiko für Mobbing verbunden [20]. Nach Daten der KiGGS-Studie hat sich die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas im Zeitverlauf auf hohem Niveau stabilisiert. Die Prävalenzen für Übergewicht (einschließlich Adipositas) bei Mädchen liegen nach Daten von KiGGS Welle 2 bei 10,8 % der drei- bis sechsjährigen Mädchen und 7,3 % der gleichaltrigen Jungen. Bei den Sieben- bis Zehnjährigen sind es 14,9 % der Mädchen und 16,1 % der Jungen, die einen zu hohen Body-Mass-Index (BMI, siehe Kapitel 2.2.3) haben. Diese Unterschiede sind nicht signifikant [20]. Nach Daten der Schuleingangsuntersuchungen der Länder zeigten die Prävalenzraten für Übergewicht und Adipositas im Jahr 2004 keine Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen. Im Gegensatz hierzu wurden für das Jahr 2008 bei der Mehrheit der Länder für Jungen höhere Prävalenzraten für Adipositas als für Mädchen ermittelt [21]. In den Untersuchungsdaten der KiGGS-Studien zeigten sich hingegen keine signifikanten Geschlechterunterschiede, weder in der KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006) noch in KiGGS Welle 2 (2014 – 2017) [20, 22].

Motorische, kognitive und sprachliche Leistungsfähigkeit

Die motorische Leistungsfähigkeit steht in einem engen Zusammenhang mit der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Studien zeigten z. B. einen Zusammenhang zwischen der Entwicklung der motorischen Leistungsfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen und anderen Entwicklungsbereichen wie der Kognition und der psychischen Entwicklung [23]. Die motorische Leistungsfähigkeit basiert auf Lernprozessen und ist vom Geschlecht und Alter der Kinder abhängig. In der MoMo-Studie, dem Motorik-Modul der KiGGS-Studie, konnte anhand verschiedener Tests gezeigt werden, dass die motorische Leistungsfähigkeit mit zunehmendem Alter ansteigt. Bei beiden Geschlechtern ist ein Anstieg des Ausdauer-, Kraftausdauer- und Schnellkraftniveaus zu beobachten. Lediglich beim Beweglichkeitstest (Rumpfbeugen) zeigte sich ein bedeutsamer Geschlechtereffekt mit einem besseren Ergebnis für die Mädchen [23].

Erkenntnisse über motorische, aber auch kognitive und sprachliche Entwicklungen liefern die jährlich durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen aus den Ländern, die jedoch teilweise unterschiedliche Erhebungsmethoden verwenden. In vielen Bundesländern werden Auffälligkeiten in den Bereichen Motorik/Körperkoordination, Visuomotorik (Koordination von visueller Wahrnehmung und Bewegungsapparat), visuelle Wahrnehmung und Sprachvermögen in den schulärztlichen Untersuchungen über das Sozialpädiatrische Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS) erfasst. Im Geschlechtervergleich zeigt sich, dass Mädchen in allen getesteten Bereichen deutlich seltener Auffälligkeiten aufweisen als Jungen [24–26]. Dies gilt z. B. für den Testbereich Grobmotorik, in dem die Kinder dazu aufgefordert werden, seitlich hin- und herzuspringen oder für den Bereich Visuomotorik, in dem feinmotorische Fertigkeiten mittels Vervollständigung oder Abzeichnen von einfachen Strichzeichnungen geprüft werden [25]. Dies hat Einfluss auf die Förderempfehlungen für die Schule, die bei Mädchen deutlich seltener ausgesprochen werden als bei Jungen [27]. Laut der Autorengruppe Bildungsberichterstattung werden Mädchen im Vergleich zu Jungen im Durchschnitt früher eingeschult und haben im weiteren schulischen Verlauf bessere Leistungen

in der Lesekompetenz, wiederholen seltener eine Klasse und bleiben seltener als Jungen ohne Schulabschluss [28].

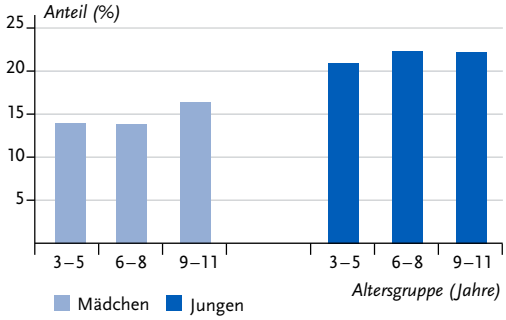
3.1.4 Psychische Gesundheit

Psychische Auffälligkeiten

Psychische Störungen im Kindesalter gehen mit individuellen und familiären Beeinträchtigungen einher und können bis in das Erwachsenenalter bestehen bleiben. Sie können die sozialen Beziehungen, den Bildungs- und Berufserfolg, aber auch die körperliche Gesundheit und die Lebensqualität beeinträchtigen [29]. Daneben können kurzfristig und langfristig Folgekosten für die Gesellschaft entstehen, z. B. durch den Behandlungsbedarf von chronisch seelisch kranken Heranwachsenden und Erwachsenen. Bei ungünstigem Verlauf können direkte und indirekte Kosten im Strafjustiz- und Sozialwesen durch Langzeitfolgen von externalisierenden (nach außen gerichteten) Störungen oder durch Produktivitätsausfall am Arbeitsplatz entstehen [30]. In KiGGS Welle 2 wurden psychische Auffälligkeiten anhand der Elternangaben des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) für 3- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche abgebildet [31]. Der SDQ ist ein Indikator für psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter, aber nicht mit psychischen Störungen gleichzusetzen. Für die Berechnung wurde aus den vier Problembereichen des Fragebogens (Emotionale Probleme, Probleme mit Gleichaltrigen, Verhaltensprobleme und Hyperaktivität) ein Gesamtwert gebildet. Für bestimmte Altersgruppen gibt es definierte Grenzwerte. Es zeigt sich, dass Mädchen im Kindesalter durchgehend seltener psychische Auffälligkeiten, d. h. einen Gesamtwert im auffälligen Bereich, aufweisen als Jungen. Im Alter von sechs bis acht Jahren sind beispielsweise 13,8 % der Mädchen, aber 22,3 % der Jungen betroffen (Abb. 3.1.4.1). Sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen ist ein sozialer Gradient zuungunsten von Kindern aus Familien mit niedrigem SES zu beobachten [31].

Nach Daten der DAK-Gesundheit werden Entwicklungsstörungen wie Sprach- und Sprechstörungen, Entwicklungsstörungen der schulischen Fertigkeiten oder der motorischen Funktionen bei Mädchen deutlich seltener diagnostiziert als bei

Abbildung 3.1.4.1
Prävalenz psychischer Auffälligkeiten von 3- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Alter
Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014–2017) [31]



Jungen. Im Jahr 2016 waren bei den Mädchen im Alter bis zu 14 Jahren eine durchschnittliche Prävalenz von 132 Fällen je 1.000 und bei gleichaltrigen Jungen von 206 Fällen je 1.000 zu verzeichnen [19].

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gehört zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Sie ist durch die Kernsymptome Unaufmerksamkeit, motorische Unruhe und Impulsivität gekennzeichnet und bringt sowohl für die Betroffenen als auch für das familiäre und soziale Umfeld erhebliche Probleme mit sich [32]. Nach Daten von KiGGS Welle 2 wird ADHS deutlich seltener bei Mädchen ärztlich und psychotherapeutisch diagnostiziert als bei Jungen. 2,3 % der Eltern von 3- bis 17-jährigen Mädchen gaben an, dass ihr Kind jemals eine ADHS-Diagnose erhalten hat. Bei den Eltern von gleichaltrigen Jungen waren es mit 6,5 % mehr als doppelt so viele. Ähnliche Daten ermittelte die Krankenkasse DAK-Gesundheit. Demnach lag die Diagnosehäufigkeit im Kindes- und Jugendalter 2016 bei Mädchen mit 2,1 % deutlich unter denen der Jungen (6,0 %) [19].

Im Zeitverlauf ist ein Rückgang der Diagnoseprävalenzen nur für die Jungen zu beobachten. Bei Mädchen veränderte sich die Häufigkeit der von den Eltern berichteten Diagnosen seit der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) hingegen nicht. Möglicherweise kann der allgemeine Rückgang auf eine restriktivere Diagnosepraxis zurückzuführen sein. Dass Jungen mehr als doppelt so häufig eine

ADHS-Diagnose erhalten wie Mädchen, liegt vermutlich u. a. daran, dass bei Jungen die leichter beobachtbare hypermotorische Symptomatik häufiger auftritt. Bei Mädchen tritt häufiger der unaufmerksame Subtyp auf [32].

3.1.5 Gesundheitsverhalten

Ein ungesundes Ernährungsverhalten, sitzende Tätigkeiten sowie körperlich-sportliche Inaktivität sind wichtige Einflussfaktoren für die Entstehung einer Adipositas. Bereits im Kindesalter unterscheiden sich Mädchen und Jungen hinsichtlich ihres Gesundheitsverhaltens.

Ein wichtiger Risikofaktor für Übergewicht und Adipositas ist der Verzehr von Lebensmitteln mit hohem Zuckergehalt (z. B. zuckerhaltige Getränke, Süßwaren, süße Aufstriche) sowie der geringe Verzehr von Obst und Gemüse. Nach den in KiGGS Welle 2 erhobenen Ernährungsinformationen wird deutlich, dass Mädchen geringere Mengen an zuckerhaltigen Getränken, Süßwaren und süßen Aufstrichen verzehren als Jungen. Zudem verzehren sie signifikant häufiger Obst und Gemüse als Jungen (Tab. 3.1.5.1) [29].

Beim Sportverhalten schneiden die Mädchen weniger gut ab. Sie treiben deutlich seltener als Jungen Sport in der Freizeit. Dabei sind alle Arten von Sport im oder außerhalb eines Vereins gemeint (ohne Sportunterricht). In der Altersgruppe der Drei- bis Zehnjährigen treiben 48,2 % der Mädchen mindestens 90 Minuten und 25,4 % der Mädchen mindestens drei Stunden pro Woche Sport (Jungen: 53,7 % bzw. 34,5 %) (Tab. 3.1.5.1) [33].

Diese Ergebnisse werden durch die Statistik des Deutschen Olympischen Sportbunds gestützt. Demnach sind z. B. 24,6 % der Mädchen und 27,2 % der Jungen bis zu einem Alter von sechs Jahren Mitglied in einem Sportverein [34]. Ein Trendvergleich zum Sporttreiben zwischen der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) und KiGGS Welle 2 (2014–2017) ist aufgrund einer Änderung der Abfrage problematisch. Werden dagegen die Daten für den Bereich der körperlichen Aktivität, der zusätzlich zur sportlichen Aktivität auch Alltagsaktivitäten umfasst, im Zeitverlauf betrachtet, so zeigt sich zwischen KiGGS Welle 1 und KiGGS Welle 2 ein Rückgang bei drei- bis zehnjährigen Mädchen bezogen auf mindestens 60-minütige mäßig bis sehr anstrengende körperliche Aktivität pro Tag (Abb. 3.1.5.1) [35]. Bei beiden Geschlechtern besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Sporttreiben und dem SES. Ein mittlerer oder hoher SES der Familie steht bei Mädchen stärker im Zusammenhang mit dem Sporttreiben als bei Jungen [33].

Abbildung 3.1.5.1
Körperliche Aktivität (mindestens 60 Minuten pro Tag) bei 3- bis 10-jährigen Mädchen und Jungen im Zeitverlauf
Datenbasis: KiGGS Welle 1 (2009–2012), KiGGS Welle 2 (2014–2017) [35]

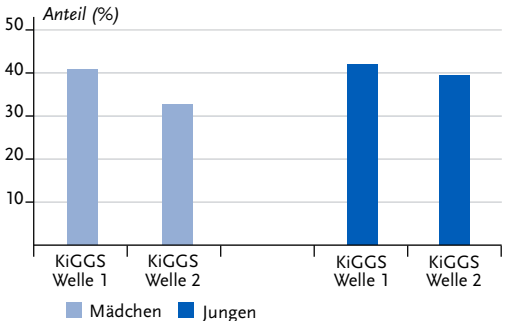


Tabelle 3.1.5.1
Sporttreiben und Obst- und Gemüsekonsum von 3- bis 10-jährigen Mädchen und Jungen
Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014–2017) [33]

	Sport-treiben	Sport ≥ 90 Minuten/Woche	Sport ≥ 180 Minuten/Woche	5 oder mehr Portionen Obst und Gemüse pro Tag
Mädchen	69,9 %	48,2 %	25,4 %	17,2 %
Jungen	70,4 %	53,7 %	34,5 %	15,5 %

3.2 Gesundheit von Mädchen im Jugendalter (11 bis 17 Jahre)

3.2.1 Entwicklungsaufgaben, Geschlechtsidentität und körperliche Veränderungen im Jugendalter

Das Jugendalter umfasst die Pubertät, die in eine frühere Phase (ungefähr 11 bis 13 Jahre) und eine spätere Phase (ungefähr 14 bis 17 Jahre) unterteilt wird. Auch im Jugendalter müssen die Heranwachsenden zahlreiche Entwicklungsaufgaben bewältigen. Hierzu gehören sowohl die äußere und innere Abgrenzung von den Eltern, die Gestaltung sozialer Beziehungen als auch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper und der Sexualität [36]. Daneben bilden sich in dieser Zeit auch bereits Gesundheitskonzepte aus [5]. Hierbei definiert die einzelne Person für sich, was Gesundheit ist und entwickelt eine Vorstellung davon, wie Gesundheit zu beeinflussen ist. Sie bewertet Lebensbereiche und Tätigkeiten danach, ob sie in Einklang mit den eigenen Gesundheitsvorstellungen stehen [37].

Bei den Entwicklungsaufgaben im Jugendalter spielt die Identitätsbildung eine große Rolle. Die Bedeutung von „Weiblichkeit" und „Männlichkeit" ist in vielfältiger Weise von soziokulturellen Vorgaben, von gesellschaftlichen sowie milieuspezifischen Vorstellungen und Erwartungen beeinflusst, die den Heranwachsenden in der Pubertät zur Identifikation angeboten werden [38]. Auch das Gesundheitsverhalten ist eng mit soziokulturellen Bedingungen und gesellschaftlich vorgegebenen Geschlechterrollen und entsprechenden Rollenerwartungen verbunden [5]. Eine differenzierte Betrachtung der Entwicklungsprozesse bei Mädchen und Jungen zeigt, dass beide Geschlechter unterschiedliche Aufgaben zu bewältigen haben und sich dabei unterschiedliche Belastungen und Probleme ergeben.

Zu den Entwicklungsaufgaben gehört auch die Entwicklung intellektueller und sozialer Kompetenz mit dem Ziel, schulische und berufliche Qualifikationen zu erreichen. Hierbei spielen oft Geschlechterstereotype eine große Rolle. Im Vergleich zu ihren männlichen Altersgenossen nehmen Mädchen und junge Frauen nach der Schulzeit seltener eine Berufsausbildung auf. In der Fachliteratur werden für Mädchen dementsprechend „geringere Einmündungschancen in eine berufliche Ausbildung" festgestellt. So sind im dualen System der Berufsausbildung die Chancen, einen Ausbildungsplatz in einem gewerblich-technischen Beruf zu bekommen, welche eher von jungen Männern angestrebt werden, generell besser als in Dienstleistungsberufen. Diese werden stärker von jungen Frauen nachgefragt. In den schulischen Berufsausbildungen, die in Deutschland gut 30 % der nicht-akademischen Berufsausbildungen ausmachen [39], sind weibliche Jugendliche hingegen stärker vertreten als männliche Jugendliche. Dies liegt vor allem daran, dass die schulischen Ausbildungsgänge stark von den Sozial- und Gesundheitsberufen geprägt sind, für die sich junge Frauen vor allem interessieren (siehe Kapitel 2.3.9) [40]. Insgesamt greifen Mädchen eher auf ein eingeschränktes Berufsspektrum mit weniger Aufstiegschancen und geringerer Entlohnung zurück als Jungen. Sie fassen eher personenbezogene, soziale und pädagogische Berufe ins Auge und haben oftmals wenig Interesse an technisch-praktischen Berufen. Zudem schätzen sie ihre Fähigkeiten in diesen Bereichen vergleichsweise niedrig ein [41]. Wird die akademische Bildung betrachtet, so zeigt sich, dass seit 2014 mehr junge Frauen als Männer ein Studium aufnehmen. Im Jahr 2018 lag die Zahl der Studienanfängerinnen in Deutschland mit 263.711 höher als die der Studienanfänger mit 250.277 (und damit bei 51,3 %) [39].

Mädchen und Jungen stehen im Jugendalter auch vor der Aufgabe, die Selbstideale und die normativen Erwartungen, die an sie gestellt werden, in eine Balance zu bringen. Hieraus können sich Belastungen ergeben. In einer qualitativen Befragung von 15- bis 19-jährigen Schülerinnen und Schülern des Wiener Programms für Frauengesundheit äußerten die befragten Mädchen, dass sie das Gefühl haben, ständig Erwartungen, die Erwachsene an sie stellen, erfüllen zu müssen – seien es die der Eltern, der Lehrerinnen bzw. Lehrer oder anderer Personen aus dem sozialen Umfeld [42].

Im Jugendalter sind die Mädchen (wie auch Jungen) neben der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben mit vielen körperlichen Veränderungen konfrontiert. Studien zeigen, dass die erste Regelblutung für Mädchen im Rahmen der körperlichen Veränderungen in der Pubertät eine besondere

Relevanz hat. Mit der ersten Menstruation deutet sich ein Einschnitt in das bisherige Leben und in bis dahin Halt gebenden Orientierungen an. Sie weist z. B. auf das Ende der Kindheit hin und auf die zukünftig anstehende Trennung von bisher wichtigen erwachsenen Bezugspersonen [43]. Mädchen erleben das Auftreten der ersten Regelblutung heute deutlich früher als ihre Mütter. Sie sehen sich in dieser Phase zugleich mit dem Verlust des kindlichen Körpergefühls und der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben konfrontiert [44]. Die erste Regelblutung ist – im Gegensatz zu anderen körperlichen Veränderungen wie dem Wachsen der Brüste – ein plötzliches Ereignis, das von Mädchen mit einer Vielzahl von Gefühlen verbunden sein kann. Dabei scheint der Zeitpunkt des Eintritts eine Rolle zu spielen. Mädchen, deren Freundinnen und Klassenkameradinnen ihre erste Regelblutung schon hatten, empfinden eher Freude und Stolz. Bei Mädchen, die ihre erste Regelblutung früher als Mädchen in ihrem sozialen Umfeld bekommen haben, kann dagegen eine große Verunsicherung vorhanden sein [43].

Mit Beginn des Jugendalters gewinnen gesellschaftliche Rollenbilder von Weiblichkeit in verstärktem Maße an Bedeutung, in denen normative Vorstellungen von Schönheit und attraktiver Körperlichkeit einen großen Stellenwert haben [38]. Die Präsentation des eigenen Körpers findet unter Jugendlichen meistens mit Blick auf Rückmeldungen im sozialen Umfeld, insbesondere von Gleichaltrigen statt. Durch die Kommunikationsformen in sozialen Netzwerken hat dieser Bereich an Bedeutung gewonnen. Die Kommunikation findet nicht mehr nur Face-to-Face, z. B. in Schulklassen oder Freundschaftsbeziehungen statt, sondern auch über Internetplattformen wie WhatsApp, Instagram und Snapchat. Mittels dieser Medien ist es möglich, Fotos der eigenen Person, sogenannte Selfies, in einer Gruppe zu präsentieren und direkte Reaktionen darauf zu erhalten. Zugleich ist damit auch die Gefahr von Abwertung, Diskriminierung oder sexualisierten Übergriffen verbunden. Das Einstellen von Selfies ist unter jungen Frauen verbreiteter als unter jungen Männern. Bildbearbeitungsprogramme bieten die Möglichkeiten der (zumindest virtuellen) Körperoptimierung und damit zur Perfektionierung des eigenen Aussehens. So kann eine Diskrepanz zwischen medial gezeigter, als attraktiv empfundener Selbstdarstellung und dem eigenem Selbstgefühl entstehen, denn die Jugendlichen sind sich der Künstlichkeit ihrer Präsentation im Internet bewusst [43].

Insgesamt ist das Jugendalter geprägt durch die körperlichen Veränderungen der Pubertät, die mit Verunsicherungen und Bedrohung der psychischen Stabilität einhergehen können. Ob Mädchen in dieser Phase zuversichtlich und vertrauensvoll in das Erwachsenenleben gehen, hängt vor allem von sozialstrukturellen und innerpsychischen Ressourcen ab. Hierbei sind u. a. soziale Chancen gemeint, die sich über den erreichten oder erreichbaren Bildungsabschluss ermitteln. Innere Ressourcen sind geprägt durch Erfahrungen in der Familie, aber auch in außerfamilialen Einrichtungen wie Schulen. Dadurch kann die Basis für ein positives Körpergefühl und ein von den Bestätigungen Anderer relativ unabhängiges Selbstbewusstsein gelegt werden [43].

3.2.2 Subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Während in der Kindheit die allgemeine Gesundheit der Mädchen von den Eltern besser eingeschätzt wird als die der Jungen, kehrt sich dies im Jugendalter um. Lediglich 45,3 % der Eltern schätzen die Gesundheit ihrer 14- bis 17-jährigen Töchter als sehr gut ein, während es bei den Eltern von Jungen 52,4 % sind. Es zeigt sich, dass mit steigendem Alter der Anteil an Mädchen mit einer sehr guten subjektiven Gesundheit nahezu kontinuierlich sinkt. Der von den Eltern als mittelmäßig bis sehr schlecht eingeschätzte Gesundheitszustand ihrer Töchter steigt von 3,5 % in der Altersgruppe der 11- bis 13-Jährigen auf 6,8 % bei den 14- bis 17-Jährigen an (Abb. 3.1.2.1). Auch im Jugendalter ist sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen ein ausgeprägter sozialer Gradient zugunsten von Familien mit höherem SES zu beobachten. Hinsichtlich der Selbstangaben der Jugendlichen zeigt sich ein ähnliches Bild: 14- bis 17-jährige Mädchen schätzen im Vergleich zu Jungen ihren Gesundheitszustand deutlich häufiger als mittelmäßig bis sehr schlecht ein [12].

In der BELLA-Studie, einem Modul der KiGGS-Studie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit dem Fragebogen

KIDSCREEN-27 erfasst. Subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität sind ähnliche Maßzahlen. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird mit Fragen zu Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit erfasst und gibt ebenfalls die subjektive Sicht der Jugendlichen wieder. Es konnte gezeigt werden, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität über das Jugendalter hinweg leicht sinkt und insgesamt bei Mädchen niedriger ausgeprägt ist. Auf der Skala „Körperliches Wohlbefinden" weisen Mädchen im Vergleich zu Jungen schlechtere Werte auf. Dies gilt ebenfalls für die Skala „Psychisches Wohlbefinden" [45].

3.2.3 Körperliche Gesundheit

Asthma bronchiale, Heuschnupfen, Neurodermitis und Unfallverletzungen

Wie bereits im Kindesalter beobachtet, liegen die 12-Monats-Prävalenzen von ärztlich diagnostiziertem Asthma bronchiale und Heuschnupfen auch im Jugendalter bei den Mädchen insgesamt auf einem niedrigeren Niveau als bei den Jungen. Von Neurodermitis und allergischem Kontaktekzem (z. B. Hautausschlag durch Nickel in Uhren oder Modeschmuck) sind Mädchen allerdings gleichermaßen oder etwas häufiger betroffen als Jungen (Tab. 3.2.3.1). Deutliche Geschlechterunterschiede zuungunsten der Frauen treten für diese Erkrankungen erst im späteren Alter auf [46].

Unfallverletzungen sind auch im Jugendalter häufig. Laut KiGGS Welle 2 wird jedes sechste Mädchen ab elf Jahren innerhalb eines Jahres wegen einer Unfallverletzung ärztlich behandelt, bei den Jungen betrifft das mehr als jeden Fünften (Tab. 3.2.3.1). Auch wenn die Unfallzahlen bei Mädchen insgesamt geringer sind, geht aus der Krankenhausdiagnosestatistik hervor, dass Verletzungen der häufigste Behandlungsanlass im Krankenhaus für Mädchen im Alter von 10 bis 14 Jahren sind. Bei 15- bis 19-Jährigen stehen sie immer noch an zweiter Stelle (nach psychischen und Verhaltensstörungen) [47]. Im Jahr 2017 wurden 87 Unfalltodesfälle bei Mädchen im Alter von 10 bis 19 Jahren dokumentiert. Laut Todesursachenstatistik sind Unfallverletzungen damit die häufigste Todesursache bei den 15- bis 19-Jährigen, bei Mädchen im Alter von 10 bis 14 Jahren stehen sie an zweiter Stelle nach den bösartigen Neubildungen [15, 16].

Übergewicht und Adipositas

Die Prävalenzen für Übergewicht (einschließlich Adipositas) bei Mädchen liegen nach Daten von KiGGS Welle 2 bei 20,0 % in der Altersgruppe der 11- bis 13-Jährigen und 16,2 % bei den 14- bis 17-Jährigen. Zwischen Mädchen und Jungen bestehen keine signifikanten Unterschiede [20]. Allerdings zeigen sich migrationsspezifische Unterschiede, insbesondere im Hinblick auf Übergewicht: Der Anteil übergewichtiger Mädchen mit Migrationshintergrund ist mit 17,7% deutlich höher als bei Mädchen ohne Migrationshintergrund (11,0%) (siehe auch Kapitel 6.4). Mädchen mit Migrationshintergrund sind eine vielfältige Gruppe. Auswertungen der KiGGS-Daten zeigen Unterschiede in der Prävalenz von Übergewicht und weiteren Gesundheitsvariablen, u. a. nach der Aufenthaltsdauer der Eltern in Deutschland, der zu Hause gesprochenen Sprache und dem familiären SES der Familie [48].

Tabelle 3.2.3.1
12-Monats-Prävalenz von Asthma bronchiale, Heuschnupfen, Neurodermitis, allergischem Kontaktekzem und ärztlich behandelten Unfallverletzungen bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Alter
Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014–2017) [14, 17]

	Asthma bronchiale	Heuschnupfen	Neurodermitis	Allergisches Kontaktekzem	Unfälle
Mädchen					
11–13 Jahre	3,0 %	10,4 %	5,7 %	1,1 %	17,8 %
14–17 Jahre	3,7 %	13,3 %	6,0 %	1,8 %	16,4 %
Jungen					
11–13 Jahre	7,1 %	14,2 %	5,2 %	1,2 %	21,8 %
14–17 Jahre	4,6 %	17,2 %	4,2 %	0,8 %	21,3 %

Schmerzen

Für Kinder und Jugendliche stellen wiederholt auftretende Schmerzen eine große Beeinträchtigung dar. Kopfschmerzen sowie Bauch- und Rückenschmerzen zählen zu den häufigsten Schmerzstörungen im Jugendalter. Nach Daten von KiGGS Welle 2 ist die 3-Monats-Prävalenz von Schmerzen bei Mädchen deutlich höher als bei Jungen: Im Alter von 11 bis 17 Jahren sind 45,2 % der Mädchen von Kopfschmerzen und 34,5 % von Bauchschmerzen betroffen (Jungen: 28,7 % bzw. 19,5 %) [49]. Nach den Daten des DAK-Präventionsradars Welle 2 geben Mädchen im Schuljahr 2017/2018 deutlich häufiger als Jungen an, unter Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen, Schlafstörungen und Schwindel zu leiden. Daneben berichten sie deutlich häufiger als Jungen, oft oder sehr oft Stress zu erleben [18].

Gesundheitsversorgung

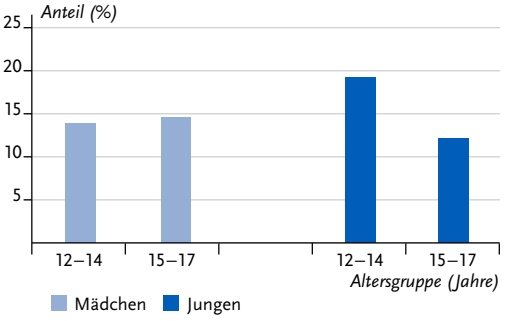
In der KiGGS-Studie wurde die aktuelle Arzneimittelanwendung in den letzten sieben Tagen erfasst. Deutliche Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen zeigen sich bei der Selbstmedikation von Schmerzmitteln. Im Alter von 11 bis 13 Jahren nehmen 5,1 % der Mädchen Schmerzmittel, in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen sind es 9,8 % (Jungen: 3,3 % bzw. 5,4 %) [50]. Bei den Mädchen werden die Schmerzmittel neben der Indikation „Kopfschmerz“ auch mit der Indikation „Menstruationsbeschwerden“ eingesetzt [4]. In den Analysen der DAK-Gesundheit zur Versorgung wurde für das Jahr 2016 gezeigt, dass Mädchen mit Beginn des Jugendalters mehr ambulante und stationäre Versorgungsleistungen (und mehr Facharztleistungen) in Anspruch nehmen als Jungen [19].

3.2.4 Psychische Gesundheit

Psychische Auffälligkeiten

Wie im Kindesalter weisen Mädchen laut Fragebogen SDQ (siehe Kapitel 3.1.4) auch im frühen Jugendalter seltener psychische Auffälligkeiten auf als Jungen. Ab einem Alter von 14 Jahren kehrt sich dieses Verhältnis zuungunsten der Mädchen um: Während im Alter von 12 bis 14 Jahren noch 13,9 % der Mädchen und 19,2 % der Jungen psychische Auffälligkeiten zeigen, sind es in der

Abbildung 3.2.4.1
Prävalenz psychischer Auffälligkeiten von 12- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Alter
Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014–2017) [31]



Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen 14,6 % der Mädchen und 12,2 % der Jungen (Abb. 3.2.4.1). Damit liegen die Werte der Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren erstmals über denen der Jungen. Im Zeitverlauf wird ein statistisch bedeutsamer Rückgang psychischer Auffälligkeiten für Jungen (2014–2017) im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung (2003–2006), insbesondere im Alter von 9 bis 17 Jahren deutlich. Ein vergleichbarer Rückgang ist bei den Mädchen nicht nachzuweisen [31].

Zur Frage, inwieweit sich Mädchen und Jungen bzgl. der einzelnen Störungsbilder unterscheiden, können Auswertungen der BELLA-Studie herangezogen werden. Neben der Gesamtprävalenz von psychischen Auffälligkeiten wurden auch Häufigkeiten für einzelne Symptombereiche mit Hilfe von bestimmten Erhebungsverfahren im Selbst- und Elternurteil erfasst, z. B. mit dem Fragebogen CES-DC für Hinweise auf Depressionen oder dem Fragebogen SCARED-5 für Hinweise auf Angststörungen. Es zeigt sich, dass Symptome von Depression bei Mädchen ab einem Alter von 14 Jahren deutlich häufiger auftreten als bei Jungen. Angstsymptome zeigen Mädchen über alle Altersgruppen hinweg häufiger als Jungen [30]. Ein interessanter Befund ist außerdem, dass die Selbstangaben der Mädchen bzgl. internalisierender Auffälligkeiten um etwa 10 % höher liegen als die Angaben der Eltern (Depression: 20,8 % vs. 12,3 %, Angst: 21,4 % vs. 12,3 %).

Insgesamt betrachtet sind Jungen häufiger von externalisierenden Auffälligkeiten betroffen als Mädchen, z. B. von hyperkinetischen Störungen wie ADHS oder Störungen des Sozialverhaltens.

Ein möglicher Unterstützungs- und Handlungsbedarf wird von Eltern und der Umgebung bei Jungen daher möglicherweise schneller erkannt. Dagegen werden internalisierende Auffälligkeiten, die häufiger bei Mädchen auftreten, weniger gut von außen erkannt, mit der Folge, dass weniger Maßnahmen wie Unterstützungsangebote oder Behandlungen initiiert werden [31].

Auch diese Ergebnisse werden durch Analysen der DAK-Gesundheit gestützt. So zeigen sich beispielsweise anhand der Abrechnungsdaten 2016 und 2017, dass bis zu einem Alter von 15 Jahren bei Jungen häufiger als bei Mädchen eine psychische oder Verhaltensstörung diagnostiziert wird. Danach kehrt sich dieser Trend jedoch um. Während Jungen 2016 eher im späten Kindesalter ambulant-psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nahmen, war der Anteil bei Mädchen im späten Jugendalter höher. Im Jugendalter zählen psychische und Verhaltensstörungen auch zu den häufigsten Hauptdiagnosen für einen stationären Krankenhausaufenthalt. Auch hier zeigen sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Bei 15- bis 17-jährigen Mädchen sind depressive Episoden mit 5,2 Fällen je 1.000 im Jahr 2016 der häufigste Grund für einen stationären Aufenthalt (Jungen: 1,7 Fälle je 1.000). Bei den Jungen stehen dagegen Krankenhausaufenthalte aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol an erster Stelle (3,2 Fälle je 1.000; Mädchen: 2,7 Fälle je 1.000) [19].

Körperbild

Das Körperbild beschreibt die subjektive Einstellung und die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, unabhängig von Gewicht oder Körperform (siehe auch Kapitel 2.2.3). Es bildet sich aufgrund von Wechselwirkungen zwischen der Person und ihrem Umfeld [51]. Insgesamt hält sich nach Daten der KiGGS-Basiserhebung mehr als die Hälfte der 11- bis 17-jährigen Mädchen für „ein bisschen zu dick“ (44,5 %) oder „viel zu dick“ (10,0 %). Mädchen kommen signifikant häufiger als gleichaltrige Jungen (35,5 %) zu dieser Einschätzung. Selbst unter den normalgewichtigen Mädchen hält sich fast die Hälfte für zu dick (49,4 %). Die beschriebenen Analysen legen nahe, dass die eigene Wahrnehmung des Körpers oftmals im Widerspruch zu den aktuell verwendeten Grenzwerten für den BMI steht [52]. Deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Hinblick auf das Körperbild konnte auch in der HBSC-Studie 2017/18 bei 11-, 13-, und 15-jährigen Schülerinnen und Schülern gezeigt werden. Demnach finden sich etwa 41,5 % der befragten Mädchen und etwa 30,4 % der Jungen ein wenig oder viel zu dick. Zudem zeigt sich, dass mit zunehmendem Alter der Anteil der Mädchen steigt, die sich ein wenig oder viel zu dick finden, bei den 15-jährigen Schülerinnen waren es 47,3 % [53]. Die Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebung zeigen weiterhin, dass die subjektive Einschätzung der Jugendlichen, viel zu dick zu sein, die Lebensqualität mehr beeinträchtigt als eine tatsächlich über den BMI festgestellte Adipositas. Die Lebensqualität wurde dabei anhand des Fragebogens KINDL-R erfasst [52].

Ergebnisse der Befragung des Wiener Programms für Frauengesundheit zeigen, dass auf die Frage nach Themen, die die Schülerinnen belasten, 20 % der befragten Mädchen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren das Thema Körper und Gewicht angeben. Im Vergleich zu den Jungen sind viele Mädchen mit ihrem Aussehen unzufrieden. Knapp 15 % geben an, unzufrieden oder sehr unzufrieden mit ihrem Aussehen zu sein (Jungen: 5 %); etwa 31 % geben eine mittlere Antwortkategorie an. Wenn sie anhand von Schattenfiguren angeben sollen, welche Figur sie sich wünschen, wünschen sich sogar mehr als drei Viertel der Mädchen eine untergewichtige oder stark untergewichtige Figur [54].

Als Grund für diese Einstellung der Mädchen wird u. a. der große Einfluss von Medien diskutiert [55]. Diese spiegeln nicht nur die gesellschaftliche Meinung, sondern gestalten Normen und Wertevorstellungen maßgeblich mit. Im Gegensatz zu schriftlichen Informationen werden visuelle Botschaften Studien zufolge eher unkritisch bewertet. Durch Werbung und andere mediale Angebote wird das Bild von „weiblicher Schönheit“ stark beeinflusst. Ein als perfekt wahrgenommenes äußeres Erscheinungsbild wird als Statussymbol präsentiert, das einhergeht mit sozialen Vorteilen wie einem hohen Selbstwert, Glück in der Liebe, Erfolg im Beruf und Beliebtheit. So haben die medial dargestellten idealisierten Frauenkörper einen Einfluss darauf, wie Mädchen und junge Frauen ihren eigenen Körper wahrnehmen und beurteilen. Dabei spielt auch das Fremdurteil eine Rolle; zu nennen ist hier das sogenannte Bodyshaming, eine Form der Diskriminierung, Beleidigung und

Demütigung von Menschen aufgrund des äußeren Erscheinungsbildes. Personen, die bestimmte vorgegebene Vorstellungen von Attraktivität nicht erfüllen, werden abgewertet. Insgesamt ist festzustellen, dass Mädchen und junge Frauen einen größer werdenden Druck verspüren, bestimmten Schönheitsnormen zu entsprechen. Vor diesem Hintergrund ist auch die weite Verbreitung von Essstörungen bzw. ihrer Verdachtsfälle bei Mädchen zu sehen [55].

Essstörungen

Unter dem Begriff Essstörungen werden mehrere unterschiedliche Krankheitsbilder zusammengefasst. Hierzu gehören die Magersucht (Anorexia nervosa) und die Ess-Brechsucht (Bulimia nervosa), aber auch untypische Formen dieser beiden Erkrankungen sowie Übergewicht im Zusammenhang mit psychischen Störungen (Binge-Eating) (siehe Kapitel 2.1.8). In der KiGGS-Basiserhebung wurden Hinweise auf eine Essstörung mit dem SCOFF-Fragebogen erhoben. Dieses Screening-Instrument gibt Hinweise auf essgestörtes Verhalten, es lässt aber keine Unterscheidung zwischen den einzelnen Krankheitsbildern zu. Der Anteil der 11- bis 17-jährigen Mädchen mit Verdacht auf eine Essstörung liegt in der KiGGS-Basiserhebung bei 28,9 %. Der entsprechende Anteil bei den Jungen liegt mit 15,2 % deutlich darunter [56]. Dieser Befund deckt sich auch mit den Ergebnissen der Befragung von Schülerinnen und Schülern des Wiener Programms für Frauengesundheit 2012. Demnach zeigen 29,7 % der Mädchen und 14,6 % der Jungen im SCOFF Hinweise auf essgestörtes Verhalten [54].

In der KiGGS-Basiserhebung zeigt sich im Altersgang für Mädchen ein Anstieg der anhand des SCOFF-Fragebogens ermittelten Hinweise auf eine Essstörung. Im Alter von elf Jahren weisen etwa 20 % der Mädchen Auffälligkeiten auf. Damit liegen sie mit den elfjährigen Jungen gleichauf. Bei den Mädchen steigt der Anteil der Auffälligen nahezu kontinuierlich an und erreicht einen Höhepunkt bei den 16-Jährigen mit 35,2 %. Dagegen ist bei den Jungen im Altersgang eine durchgehende Abnahme bis auf 12,8 % bei den 17-jährigen Jungen zu verzeichnen. Jugendliche aus Familien mit niedrigem SES sind fast doppelt so häufig betroffen wie jene aus Familien der hohen sozioökonomischen Statusgruppe [56].

Interessant ist auch ein weiterer Befund: In der Gruppe der Normalgewichtigen schätzen mehr als drei Viertel der SCOFF-auffälligen Kinder und Jugendlichen ihren Körper als „viel oder etwas zu dick“ ein, während dies in der Gruppe der Unauffälligen 28,6 % sind. Hier wird der enge Zusammenhang deutlich zwischen der Wunschvorstellung der eigenen Figur, die sich meist aus der intensiven Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Schönheitsbildern ergibt, und der Gefahr, ein essgestörtes Verhalten zu entwickeln [56].

3.2.5 Gesundheitsverhalten

Auch im Jugendalter treiben Mädchen seltener Sport als Jungen. Während 72,1 % der 11- bis 17-jährigen Mädchen angeben sportlich aktiv zu sein, sind es bei den Jungen mit 80,3 % deutlich mehr (Tab. 3.2.5.1). Ausgeprägte Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich auch bei der Dauer des Sporttreibens. 60,3 % der Mädchen sind mehr als 90 Minuten pro Woche sportlich aktiv. 38,1 % treiben mehr als 180 Minuten pro Woche Sport (Jungen: 73,1 % bzw. 56,7 %) [33].

Auch in den Auswertungen der HBSC-Studie 2017/18 zeigen sich geschlechtsbezogene Unterschiede: Während knapp 32 % der 11-, 13- und 15-jährigen Mädchen mindestens vier Stunden pro Woche sportlich aktiv sind, beträgt der Anteil bei den Jungen knapp über 50 % [57]. Daten aus KiGGS Welle 2 zeigen außerdem, dass der Anteil sportlich

Tabelle 3.2.5.1
Sporttreiben und Obst- und Gemüsekonsum von 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Alter
Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014–2017) [33]

	Sport-treiben	Sport ≥ 90 Minuten/Woche	Sport ≥ 180 Minuten/Woche	5 oder mehr Portionen Obst und Gemüse pro Tag
Mädchen	72,1 %	60,3 %	38,1 %	14,0 %
Jungen	80,3 %	73,1 %	56,7 %	9,3 %

Tabelle 3.2.5.2
Rauchen und Alkoholkonsum von 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Alter
Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014–2017) [62]

	Rauchen aktuell	Rauchen regelmäßig	Jemals Alkohol	Risikokonsum	Rauschtrinken
Mädchen					
11–13 Jahre	0,6 %	0,2 %	14,9 %	0,1 %	0,1 %
14–17 Jahre	11,9 %	8,9 %	76,7 %	22,7 %	9,2 %
Jungen					
11–13 Jahre	0,9 %	0,6 %	16,5 %	0,0 %	0,0 %
14–17 Jahre	11,1 %	9,3 %	73,4 %	18,3 %	14,2 %

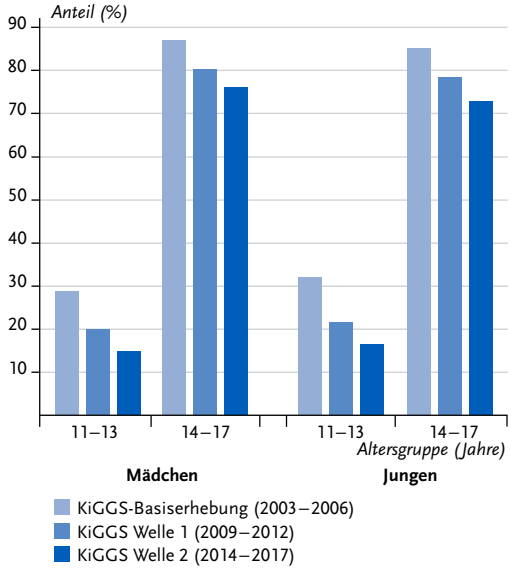
inaktiver Mädchen mit Migrationshintergrund im Alter von 11 bis 17 Jahren signifikant höher ist als unter den Mädchen ohne Migrationshintergrund (41,6 % bzw. 23,0 %) (siehe Kapitel 6.4). Insgesamt zeigt sich, dass viele Mädchen im Jugendalter, abgesehen von bestimmten Sportarten wie Reiten oder Volleyball, aus dem Sport aussteigen [58]. Als Gründe hierfür werden u. a. die mit Eintritt der Pubertät veränderten Interessen und Prioritäten genannt [59]. Möglicherweise bekommen Mädchen von Eltern und Gleichaltrigen auch weniger soziale Unterstützung, Sport zu treiben oder beim Sport zu bleiben als Jungen [60].

Beim Obst- und Gemüsekonsum schneiden die Mädchen allerdings wie schon in der jüngeren Altersgruppe besser ab als die Jungen: 14,0 % essen laut KiGGS-Daten fünf oder mehr Portionen Obst und Gemüse pro Tag und erfüllen damit die Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), bei den Jungen sind dies nur 9,3 %.

Des Weiteren zeigen die Daten aus KiGGS Welle 2, dass die große Mehrheit der Mädchen und Jungen nicht raucht. Im Alter von 14 bis 17 Jahren rauchen 8,9 % der Mädchen regelmäßig, bei den Jungen ist der Anteil ähnlich hoch (Tab. 3.2.5.2). Die Daten der HBSC-Studie 2017/18 unterstützen diesen Befund. Danach rauchten 7 % der Mädchen und 6,3 % der Jungen im Alter von 11 bis 15 Jahren mindestens einmal in den letzten 30 Tagen [61]. Im Zeitverlauf zeigt sich anhand der bisherigen KiGGS-Erhebungen und weiterer Datenquellen sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen ein deutlicher Rückgang im Tabakkonsum [62]. Betrachtet man das Einstiegsalter für das Rauchen, so wird deutlich, dass Mädchen im Mittel ein wenig früher mit dem Rauchen anfangen als Jungen (15,0 Jahre vs. 15,6 Jahre).

Die Ergebnisse der KiGGS-Studie belegen ebenfalls einen Rückgang des Alkoholkonsums bei 11- bis 17-Jährigen. Dies betrifft nicht nur die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums, sondern auch den riskanten Alkoholkonsum sowie das Rauschtrinken. In KiGGS Welle 2 (2014–2017) treten in diesem Bereich jedoch deutliche Geschlechterunterschiede zutage: Ein höherer Anteil von Jungen (14,2 %) als Mädchen (9,2 %) neigt zum exzessiven Alkoholkonsum in Form von Rauschtrinken, d. h. sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit, während mehr Mädchen als Jungen in riskantem Maß Alkohol trinken, d. h.

Abbildung 3.2.5.1
Alkoholkonsum (jemals) bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Alter im Zeitverlauf
Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006), KiGGS Welle 1 (2009–2012), KiGGS Welle 2 (2014–2017) [62]



sie konsumieren so viel Alkohol, dass die Schwellenwerte für Erwachsene überschritten werden. Im Alter von 17 Jahren weisen 39,9 % der Mädchen und 33,8 % der Jungen einen riskanten Alkoholkonsum gemäß AUDIT-C auf [62].

Im Zeitverlauf zeigt sich, dass heute weniger Kinder und Jugendliche als Anfang der 2000er-Jahre angeben, „schon einmal Alkohol" getrunken zu haben. Differenziert nach zwei Altersgruppen und Geschlecht ist der Anteil derjenigen, die schon einmal Alkohol getrunken haben vor allem bei den 11- bis 13-Jährigen gesunken. Diese Entwicklung ist bei Mädchen und Jungen gleichermaßen zu beobachten (Abb. 3.2.5.1).

Die Ergebnisse decken sich mit denen des Alkoholsurveys 2018. Auch in dieser regelmäßig durchgeführten Studie geben immer weniger Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren an, schon einmal Alkohol getrunken zu haben. Sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen sinkt die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums von 2001 bis 2018. Unter den 12- bis 17-jährigen Jungen ist häufiges Rauschtrinken weiter verbreitet als unter den gleichaltrigen Mädchen. Zudem zeigt sich, dass Jungen zu höheren Anteilen als Mädchen in riskantem Maß Alkohol trinken. Dieses Ergebnis ist jedoch nicht signifikant [63]. Auswertungen der KiGGS Welle 2 nach dem Migrationshintergrund (siehe auch Kapitel 6.4) zeigen, dass Mädchen ohne Migrationshintergrund mit 16,5 % deutlich häufiger Alkohol in riskanten Mengen konsumieren als Mädchen mit Migrationshintergrund (5,2 %).

3.3 Sexuelle und reproduktive Gesundheit von Mädchen

Die WHO definiert „reproduktive Gesundheit" sehr umfassend. Sie bedeutet demnach, ein verantwortliches, befriedigendes und geschütztes Sexualleben zu haben, die Fähigkeit zur Fortpflanzung und die Freiheit, über die Anzahl, den Abstand und den Zeitpunkt von Geburten zu entscheiden (siehe Kapitel 7). Hierzu gehört das Recht auf Informationen und auf Zugang zu wirksamen, erschwinglichen und akzeptablen Methoden der Familienplanung der persönlichen Wahl und zu gesundheitlichen Diensten auf höchstmöglichem Niveau [64]. Ausgewählte Aspekte der reproduktiven Gesundheit, die für Mädchen in Deutschland von Bedeutung sind, werden im folgenden Abschnitt betrachtet. Dazu werden aktuelle Ergebnisse und Trends im Sexual- und Verhütungsverhalten dargestellt, die im Rahmen eines Monitorings durch die BZgA erhoben wurden.

3.3.1 Menarche

Die Langzeitstudien der BZgA verdeutlichen, dass die Menstruation bei Mädchen in Deutschland immer früher einsetzt. Der Anteil der Mädchen, bei denen die Menstruation im Alter von elf Jahren oder früher beginnt, hat seit 1980 stark zugenommen. Diese Entwicklung wird beim Vergleich mit früheren Generationen deutlich: Von den Müttern der 1980 in der Studie Jugendsexualität befragten Mädchen gaben 4 % an, bei ihrer ersten Regelblutung elf Jahre oder jünger gewesen zu sein, 13 % gaben ein Alter von zwölf Jahren an (zusammen 17 %). Derzeit liegt der Anteil der Mädchen, bei denen die Menstruation im Alter von elf Jahren oder früher einsetzte, bei 15 %. Bei knapp der Hälfte der Mädchen (46 %) begann die Regelblutung im Alter von zwölf Jahren (zusammen 61 %).

Die Angaben der befragten Mädchen zur Menarche lassen sich grob dritteln: ein Drittel war zwölf Jahre alt, als erstmals die Menstruation einsetzte, ein weiteres Drittel war 13 Jahre alt. Das übrige Drittel teilt sich auf: Rund die Hälfte war elf Jahre und jünger, die übrigen 14 Jahre oder älter. Das Alter bei der Menarche ist bei Mädchen aus Familien mit Migrationshintergrund etwas niedriger. So gibt etwa jede Fünfte auf diese Frage ein Alter von elf Jahren und jünger an.

Die Frage, ob sie auf ihre erste Regelblutung vorbereitet waren, bejahen 77 % der Mädchen ohne und 63 % der Mädchen mit Migrationshintergrund. Es zeigt sich, dass Mädchen mit türkischem Migrationshintergrund (52 %) weniger gut vorbereitet sind als der Durchschnitt der Mädchen aus Migrantenfamilien. Befragte mit höherer Schulbildung haben laut Studie eine größere Chance, rechtzeitig umfassende Aufklärung über die erste Regelblutung zu erhalten. Sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen steht ein frühes Eintreten der sexuellen Reife in Zusammenhang mit frühen sexuellen Aktivitäten. Je älter die Mädchen bei ihrem ersten Geschlechtsverkehr waren, desto höher lag auch das Durchschnittsalter der ersten Regelblutung [65].

3.3.2 Sexuelle Erfahrungen

Etwa 90 % der befragten Mädchen und Jungen ohne Migrationshintergrund haben im Alter von 17 Jahren Kuss- und mindestens zwei Drittel Petting-Erfahrungen. Mädchen mit Migrationshintergrund geben dagegen an, ihre ersten körperlichen Erfahrungen mit dem anderen Geschlecht in höherem Alter zu machen. Während 8 % der Mädchen ohne Migrationshintergrund im Alter von 17 Jahren davon berichten, keinerlei körperliche Erfahrungen zu haben, so ist es bei den Mädchen mit Migrationshintergrund etwa ein Fünftel. Auch beim ersten Geschlechtsverkehr gibt es deutliche Unterschiede nach Herkunft der befragten Mädchen. Während 65 % der 17-jährigen Mädchen ohne Migrationshintergrund sexuell aktiv sind, sind es lediglich 44 % der Mädchen mit Migrationshintergrund [66].

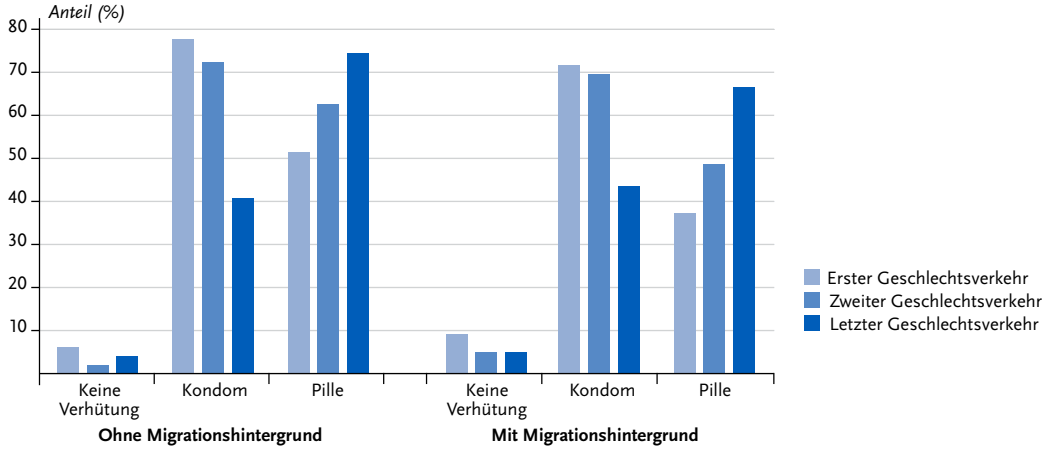
Etwa 10 % der befragten 14- bis 25-Jährigen geben an, in den letzten zwölf Monaten (auch) „engen körperlichen Kontakt" zu einer Person gleichen Geschlechts gehabt zu haben. Bei den Mädchen und jungen Frauen liegt die Zahl mit durchschnittlich 12 % etwas höher als bei den männlichen Befragten mit 9 %. Ab 16 Jahren wurden die jungen Frauen und Männer direkt danach gefragt, ob sie sich sexuell eher zu Jungen/Männern oder zu Mädchen/Frauen oder zu beiden Geschlechtern hingezogen fühlen. Eine eindeutige Präferenz für das eigene Geschlecht gaben 2 % der weiblichen und 4 % der männlichen Befragten im Alter zwischen 16 und 25 Jahren an [66].

Im Zeitverlauf steigt das Alter des ersten Geschlechtsverkehrs an. Vor zehn Jahren gaben 66 % der Mädchen im Alter von 17 Jahren an, schon einmal Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. In der aktuellen Befragung sind es dagegen nur 58 % der 17-jährigen Mädchen. Die Frage, ob sie den ersten Geschlechtsverkehr als etwas Schönes erlebt haben, bejahen aktuell 62 % der Mädchen ohne Migrationshintergrund. Dies trifft dagegen lediglich auf 55 % der Mädchen mit Migrationshintergrund zu. Die Studien der BZgA zeigen darüber hinaus, dass ein zunehmender Anteil an Mädchen (und Jungen) heute aus einer festen Partnerschaft heraus ein regelmäßiges Sexualleben beginnt. Sie haben damit eine vertrauensvolle Basis, die z. B. auch die Kommunikation über Verhütung erleichtert [66].

3.3.3 Verhütungsverhalten

Im Zeitverlauf wird deutlich, dass Jugendliche heute gewissenhafter verhüten als es noch vor zehn Jahren der Fall war. Der Anteil an Befragten, die beim ersten Geschlechtsverkehr nichts unternommen haben, um eine Schwangerschaft zu verhüten, liegt mit 8 % bei den Mädchen (und 6 % bei

Abbildung 3.3.3.1
Selbstberichtetes Verhütungsverhalten* von 14- bis 25-jährigen Mädchen und Frauen nach Migrationshintergrund
Datenbasis: Studie Jugendsexualität 2015 [65]



*Frage: Was haben Sie und/oder Ihr Partner bzw. Ihre Partnerin beim ersten, zweiten bzw. letzten Geschlechtsverkehr unternommen, um eine Schwangerschaft zu verhüten? Basis: 14- bis 25-Jährige mit heterosexueller Geschlechtsverkehr-Erfahrung

den Jungen) auf einem sehr niedrigen Niveau. Seit der Befragung 2009 ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern im Hinblick auf das Nichtverhüten verschwunden, vorher lagen die Anteile bei den Jungen deutlich über denen der Mädchen. Deutliche Unterschiede zeigen sich nach wie vor zwischen Mädchen mit und ohne Migrationshintergrund. Von den Mädchen mit Migrationshintergrund im Alter von 14 bis 25 Jahren gaben 9 % an, beim ersten Geschlechtsverkehr nicht verhütet zu haben, während es bei den Mädchen ohne Migrationshintergrund lediglich 6 % waren.

Laut der Befragung im Jahr 2015 nutzen etwa drei Viertel der 14- bis 25-jährigen Mädchen und Frauen beim ersten Geschlechtsverkehr ein Kondom, 48 % geben an, mit der Pille zu verhüten (Abb. 3.3.3.1). Während 51 % der befragten Mädchen und Frauen ohne Migrationshintergrund mit der Pille verhüten, so waren es unter denjenigen mit Migrationshintergrund lediglich 37 %. Viele Befragte nutzen die Möglichkeit, mehr als ein Verhütungsmittel zu nennen. In dem Bericht wird vermutet, dass mit der Pille zur Vermeidung einer ungewollten Schwangerschaft verhütet wird und mit dem Kondom, um die Übertragung sexueller Krankheiten zu verhindern. Andere Formen von Verhütung als Kondom und Pille spielen beim ersten Geschlechtsverkehr nur eine untergeordnete Rolle [66]. Mit zunehmender Erfahrung ändert sich das Verhütungsverhalten dahingehend, dass die Anwendung von Kondomen zurückgeht und die Nutzung der Pille weiter zunimmt. So wird die Pille von 75 % der befragten Mädchen und jungen Frauen als Verhütungsmittel beim letzten Geschlechtsverkehr genannt. Bei den Mädchen und Frauen mit Migrationshintergrund beträgt dieser Anteil 67 %. Auch die kombinierte Nutzung von Pille und Kondom wird häufig genannt. Die Zahl der „sonstigen“ eingesetzten Verhütungsmethoden ist zu allen abgefragten Zeitpunkten (vom ersten bis zum letzten Geschlechtsverkehr) von untergeordneter Bedeutung [65].

Im Pillenreport der Techniker Krankenkasse wird darauf hingewiesen, dass die Entscheidung für die Pille oftmals bereits im Teenageralter gefällt wird und dass die Frauen meist über viele Jahre bei dem gleichen Präparat bleiben. Die Pillen der dritten und vierten Generation sind gezielt weiterentwickelt worden, um unangenehme Begleiterscheinungen zu vermindern und subjektive Schönheitseffekte wie vorteilhafte Wirkungen auf Haut und Haare zu verstärken. Es konnte gezeigt werden, dass diese Präparate mittlerweile deutlich häufiger verschrieben werden als Pillen der zweiten Generation, bei denen das Thromboserisiko wahrscheinlich geringer ist. Wenn die angebotenen Informationen zur Pille im Internet zusätzlich noch Angebote zu Beziehungsthemen und Schönheitspflege enthalten, besteht die Gefahr, dass die Pille als Lifestyle-Arzneimittel wahrgenommen wird [67].

3.3.4 Sexuelle Gewalt

In der Studie zur Jugendsexualität wurde das Thema sexuelle Gewalterfahrungen von Mädchen und jungen Frauen angesprochen. Dazu wurde die Frage gestellt: „Hat ein Junge oder Mann schon einmal versucht, Sie gegen Ihren Willen zu Sex oder Zärtlichkeiten zu bringen, indem er Sie unter Druck gesetzt hat?“. Die Ergebnisse zeigen, dass eine von fünf jungen Frauen im Alter von 14 bis 25 Jahren bereits sexuelle Gewalterfahrungen gemacht hat (siehe auch Kapitel 8). Unter den sexuell Aktiven war es in dieser Altersgruppe sogar rund jede Vierte. Bei den betroffenen Mädchen und jungen Frauen konzentrieren sich die Täterkreise zum einen auf eine neue Bekanntschaft, zum anderen auf den (Ex-)Freund. Daneben spielen auch Bekannte aus der Clique bzw. Mitschüler, aber auch völlig Unbekannte eine Rolle. Seltener wurde jemand aus der Familie, aus der Nachbarschaft oder jemand, von dem man abhängig war, genannt. In knapp der Hälfte der Fälle gelang es den Mädchen und jungen Frauen, die sexuellen Druck erlebt haben, die Übergriffe durch Gegenwehr abzuwehren.

Im Trendvergleich 2001 bis 2014 sind die Anteile der 14- bis 17-jährigen Mädchen mit sexuellen Gewalterfahrungen etwas zurückgegangen. Dennoch ist eine negative Trendentwicklung zu beobachten, denn die ungewollt erfolgten Aktivitäten führten häufiger als in früheren Jahren bis zur Vergewaltigung. Gegen den eigenen Willen zu sexuellen Aktivitäten gezwungen worden zu sein, ist oftmals ein Erlebnis, über das viele nicht sprechen können. Nur ein knappes Drittel der betroffenen Mädchen und Frauen hat sich direkt nach dem Geschehen jemandem anvertraut. Ein weiteres

Drittel hat nach einigen Tagen, Wochen oder Monaten mit jemandem darüber gesprochen. Jede Siebte gibt aber auch an, erst nach Jahren von dem Erlebnis erzählt zu haben. Und jede Vierte hat sogar bis zur Teilnahme an der Studie mit niemandem darüber gesprochen [65].

3.3.5 Sexualaufklärung und Beratung

Eine umfassende Aufklärung im Kindes- und Jugendalter legt den Grundstein für ein verantwortungsbewusstes, aber auch selbstbewusstes Sexual- und Verhütungsverhalten. Erste Anlaufstelle ist dabei oftmals das Elternhaus. Während im Jahr 1980 lediglich die Hälfte der Mädchen angab, dass im Elternhaus über Sexualität gesprochen wird, so sind es heute über zwei Drittel der Mädchen. Anders als Jungen wenden sich Mädchen dabei fast ausschließlich an den gleichgeschlechtlichen Elternteil, also die Mutter. Jungen nannten hingegen zu gleichen Teilen Mutter und Vater.

Wenn es speziell um die Verhütungsberatung geht, treten deutliche Unterschiede sowohl zwischen den Geschlechtern als auch zwischen Heranwachsenden mit und ohne Migrationshintergrund zutage. Im Alter von 14 bis 17 Jahren werden 63 % der Mädchen und 51 % der Jungen aus Familien ohne Migrationshintergrund über Verhütungsfragen im Elternhaus aufgeklärt. Dies trifft jedoch nur auf 41 % der Mädchen mit Migrationshintergrund und rund ein Drittel der Jungen mit Migrationshintergrund zu. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang aber die Tatsache, dass Mädchen mit Migrationshintergrund in Bezug auf sexuelle Aktivitäten deutlich zurückhaltender sind als Mädchen aus Familien ohne Migrationshintergrund. Bei den sexuell aktiven Mädchen mit Migrationshintergrund sind die Hälfte von ihren Eltern zum Thema Verhütung beraten worden. Bei den Mädchen ohne Migrationshintergrund sind es dagegen mehr als 70 %.

Insgesamt gesehen ist im Zeitverlauf eine rückläufige Tendenz der elterlichen Verhütungsberatung zu beobachten. Dagegen wächst die Bedeutung des Internets, wenn es um das Thema Aufklärung geht. Nach Daten der Studie Jugendsexualität 2015 geben 39 % der Mädchen und 47 % der Jungen an, dass ihre Kenntnisse über Sexualität, Fortpflanzung und Verhütung überwiegend aus dem Internet stammen. Die Schule ist ein weiterer Ort für Sexualaufklärung, sie ist in Deutschland verpflichtend. Zwischen den neuen und alten Ländern bestanden in den 1990er-Jahren noch deutliche Unterschiede im Zugang zur schulischen Aufklärung. So gaben deutlich weniger Jugendliche aus den neuen Ländern an, dass sie Sexualkunde- bzw. Sexualerziehungsthemen im Unterricht besprochen haben als Jugendliche aus den alten Bundesländern. Seit Ende der 1990er-Jahre näherten sich die Anteile immer weiter an und mittlerweile ist eine flächendeckende schulische Sexualaufklärung gewährleistet [65].

Insgesamt besteht bei Mädchen ein großer Bedarf an Informationen zur sexuellen Gesundheit. In diesem Zusammenhang können auch Gynäkologinnen und Gynäkologen eine wichtige Anlaufstelle sein. Ein Großteil der Mädchen nimmt im Alter von 14 bis 17 Jahren zum ersten Mal eine Frauenärztin bzw. einen Frauenarzt in Anspruch. Die Daten der BZgA zeigen, dass Mädchen ohne Migrationshintergrund bereits in jüngeren Jahren zu größeren Anteilen eine Frauenärztin bzw. einen Frauenarzt aufgesucht haben als Mädchen mit Migrationshintergrund. Unter den Mädchen im Alter von 17 Jahren berichten 90 % der Mädchen ohne Migrationshintergrund von einem Besuch in einer gynäkologischen Praxis, während es bei den Mädchen mit Migrationshintergrund 80 % sind [65]. Der Grund für den Besuch waren häufig Fragen zur Verhütung. Neben Fragen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit spielen auch Fragen zur HPV-Impfung und dem Chlamydien-Screening eine Rolle (siehe auch Kapitel 2.1.9) [65]. Die Daten der KiGGS-Studie weisen ähnliche Ergebnisse auf: Nach Daten von KiGGS Welle 1 haben knapp 54 % der befragten 14- bis 17-jährigen Mädchen bereits einmal frauenärztliche Leistungen in Anspruch genommen. Im Zeitverlauf zeigt sich, dass seit der KiGGS-Basiserhebung sowohl die Inanspruchnahme als auch die Kontakthäufigkeit deutlich zugenommen hat [68]. Zudem zeigt sich, dass Mädchen, die bereits (mindestens) einmal bei einer Frauenärztin oder einem Frauenarzt waren, eine doppelt so hohe Chance haben, gegen HPV geimpft zu sein, wie Mädchen ohne Frauenarztbesuch [69].

3.4 Fazit

Insgesamt ist festzustellen, dass Mädchen in der Kindheit gesünder sind und sich gesünder verhalten als Jungen. Dieser Befund ist bereits in sehr frühen Lebensjahren zu beobachten, u. a. ist bei Mädchen die Säuglingssterblichkeit geringer. Auch mit Blick auf die Indikatoren zum Gesundheitszustand und -verhalten weisen Mädchen, abgesehen von wenigen Ausnahmen, bessere Werte auf als Jungen. Im Jugendalter kehrt sich das Geschlechterverhältnis in Bezug auf den Gesundheitszustand um. Mädchen leiden häufiger unter Schmerzen, Schlafstörungen und Schwindel und weisen häufiger Hinweise auf Essstörungen und Symptome von Depression und Angst auf. Sie nehmen mehr ambulante und stationäre Versorgungsleistungen in Anspruch als Jungen. Im Vergleich zu den Jungen treiben sie seltener Sport, essen dafür aber mehr Obst und Gemüse. Daneben berichten sie deutlich häufiger als Jungen, oft oder sehr oft Stress zu erleben.

Mädchen und Jungen haben sowohl gemeinsame als auch geschlechterbezogene Entwicklungsaufgaben zu bewältigen; daraus ergeben sich unterschiedliche Belastungen und Probleme. Zudem reagieren Mädchen und Jungen unterschiedlich auf die Entwicklungsaufgaben und Rahmenbedingungen. In Befragungen äußerten Mädchen z. B., dass sie das Gefühl haben, ständig Erwartungen, die Erwachsene an sie stellen, erfüllen zu müssen. Insgesamt ist zu vermuten, dass Mädchen einem großen Druck ausgesetzt sind, bestimmten Erwartungen zu entsprechen [42].

Geschlechtliche Rollenbilder gewinnen für die heranwachsenden Mädchen an Bedeutung, in denen normative Vorstellungen von „weiblicher Schönheit“ und Attraktivität einen großen Stellenwert haben. Unter diesen Rahmenbedingungen kann es für Mädchen eine Herausforderung sein, die Veränderungen ihres Körpers anzunehmen und ein positives Selbstbild auszubilden [70].

Rollenbilder und gesellschaftliche Erwartungen an Mädchen haben Einfluss auf viele Lebensbereiche. Dies trifft auch auf die beruflichen Perspektiven zu. Die Wahrscheinlichkeit, nach der Schule erfolgreich eine berufliche Ausbildung aufzunehmen, ist bei Mädchen und jungen Frauen geringer als bei Jungen und jungen Männern. In den schulischen Berufsausbildungen, z. B. für Sozial- und Gesundheitsberufe, sind Mädchen hingegen stärker vertreten. Mädchen greifen insgesamt eher auf ein eingeschränktes Berufsspektrum mit weniger Aufstiegschancen und geringerer Entlohnung zurück als Jungen. Wird die akademische Bildung betrachtet, so beginnen junge Frauen sogar etwas häufiger als junge Männer ein Studium: 51 % der Studienanfänger 2018 in Deutschland waren weiblich.

Im Hinblick auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit ist festzuhalten, dass bei den Mädchen die erste Menstruation immer früher einsetzt. Das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr steigt im Zeitverlauf dagegen an. Im Trendverlauf zeigt sich außerdem, dass Jugendliche heute gewissenhafter verhüten als es noch vor zehn Jahren der Fall war. Der Anteil an Befragten, die beim ersten Geschlechtsverkehr nicht verhüten, liegt auf einem sehr niedrigen Niveau. Beim ersten Geschlechtsverkehr wird häufig das Kondom als Verhütungsmittel verwendet. Etwa die Hälfte der befragten Mädchen gibt zudem an, mit der Pille zu verhüten. Mit weiter zunehmender sexueller Erfahrung nimmt die Nutzung der Pille noch weiter zu und die Verwendung des Kondoms geht zurück. Beim Thema Aufklärung ist eine rückläufige Tendenz der Beratung durch die Eltern zum Thema Verhütung zu beobachten. Dagegen steigt die Bedeutung des Internets in diesem Bereich.

Wichtige Voraussetzungen für ein gesundes Aufwachsen von Mädchen in Deutschland – das zeigen die dargestellten Ergebnisse – sind die Förderung der Selbstbestimmung und die Stärkung ihrer Ressourcen. Dabei sollten die jeweiligen Lebensumstände und Herkunftsfamilien mit betrachtet werden. Mädchen im Jugendalter sollten z. B. dabei unterstützt werden, die Veränderungen ihres Körpers anzunehmen, Zutrauen zum eigenen Körper zu entwickeln und ihre eigene Identität zu finden. Insbesondere Mädchen mit Migrationshintergrund stellen dabei eine wichtige Zielgruppe dar, da sie weniger gut über körperliche Vorgänge Bescheid wissen und häufiger Defizite in der elterlichen Beratung, z. B. über Verhütungsmittel, haben. Im Vergleich zu Jungen verfügen Mädchen laut Studiendaten über mehr soziale Ressourcen, also die von Gleichaltrigen und Erwachsenen erfahrene oder verfügbare soziale Unterstützung. Hier ist auch ein Ansatzpunkt für Gesundheitsförderung und Prävention zu sehen [70].

Wichtig bei Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention ist, dass die

Lebenswelten von Mädchen und Jungen angemessen berücksichtigt werden. Im Nationalen Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ wird darauf verwiesen, Maßnahmen möglichst zielgruppengerecht zu gestalten und alters-, kultur- und geschlechtsbezogene Aspekte zu integrieren. Als Startermaßnahmen werden verschiedene Ansatzmöglichkeiten genannt, z. B. die Verbesserung der bewegungsfreundlichen Raumausstattung von Kindertagesstätten und ein Verbot von Lebensmittelwerbung, die sich an Kinder richtet, sowie deren Platzierung in und um Kindersendungen [71]. Vor dem Hintergrund des 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetzes (siehe Kapitel 2.3.2) begleitet und fördert das Bundesministerium für Gesundheit den Prozess zur Verbesserung von Gesundheitsförderung und Prävention bei Heranwachsenden. Vor allem im Alltag der Kinder und Jugendlichen, also in Familien, Kitas, Schulen und der Kommune, sollen Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt werden. Mit dem Präventionsgesetz wurde erstmals festgeschrieben, dass alle Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung tragen müssen. Sie sollen nicht nur zur Verminderung von sozialer, sondern auch von geschlechtsbezogener Ungleichheit in den Gesundheitschancen beitragen [72]. In dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projekt PREVBOGI wird derzeit untersucht, wie geschlechtersensible Prävention im Kindesalter am besten gestaltet werden könnte. Das Ziel des Verbundvorhabens ist es, Empfehlungen für geschlechtersensible Prävention für Mädchen und Jungen im Alter von bis zu zehn Jahren zu entwickeln [73].

Literatur

1. Robert Koch-Institut (2015) Wie steht es um Prävention und Gesundheitsförderung? In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 238–299
2. Drevenstedt GL, Crimmins EM, Vasunilashorn S et al. (2008) The rise and fall of excess male infant mortality. PNAS 105(13):5016–5021
3. Pongou R (2015) Sex Differences in Early-Age Mortality: The Preconception Origins Hypothesis. Demography 52:2053–2056
4. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bericht für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
5. Pauli A, Hornberg C (2010) Gesundheit und Krankheit: Ursachen und Erklärungsansätze aus der Gender-Perspektive. In: Becker R, Kortendiek B (Hrsg) Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung – Theorie, Methoden, Empirie. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 623–635
6. Trautner HM (2010) Entwicklungspsychologische Aspekte der Erziehung und Bildung von Mädchen. In: Matzner M, Wyrobnik I (Hrsg) Handbuch Mädchen-Pädagogik. Beltz, Weinheim, S. 28–44
7. Bourdieu P (2005) Die männliche Herrschaft. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main
8. Koppetsch C, Burkart G (2008) Die Illusion der Emanzipation: Zur Wirksamkeit latenter Geschlechtsnormen im Milieuvergleich. UVK Universitätsverlag Konstanz GmbH, Konstanz
9. Pauen S, Schneider M (2017) Der kleine Unterschied – Was macht uns zu Mann oder Frau? Forschungsmagazin Ruperto Carola 10:16–23. https://heiup.uni-heidelberg.de/journals/index.php/ruperto-carola/article/view/23672 (Stand: 01.04.2020)
10. Erhart M, Wille N, Ravens-Sieberer U (2009) Die Messung der subjektiven Gesundheit: Stand der Forschung und Herausforderungen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 335–352
11. Petersen AC, Leffert N, Graham B et al. (1997) Promoting mental health during the transition into adolescence. In: Schulenberg J, Maggs JL, Hurrelmann K (Hrsg) Health risks and developmental transitions during adolescence. Cambridge University Press, New York, S. 471–497
12. Poethko-Müller C, Kuntz B, Lampert T et al. (2018) Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(1):8–15. https://edoc.rki.de/handle/176904/3030 (Stand: 01.04.2020)
13. Pawankar R, Sanchez-Borges M, Bonini S (2013) Allergic Rhinitis, Allergic Conjunctivitis, and Rhinosinusitis. In: Pawankar R, Canonica GW, Holgate S et al. (Hrsg) World Allergy Organization (WAO) White Book on Allergy: Update 2013. WAO, Milwaukee, S. 27–33
14. Thamm R, Poethko-Müller C, Hüther A et al. (2018) Allergische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(3):3–18. https://edoc.rki.de/handle/176904/5765 (Stand: 01.04.2020)
15. Statistisches Bundesamt (2019) Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
16. Statistisches Bundesamt (2019) Sterbefälle nach äußeren Ursachen und ihren Folgen (ab 1998). www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
17. Saß AC, Kuhnert R, Gutsche J (2019) Unfallverletzungen im Kindes- und Jugendalter – Prävalenzen, Unfall- und Behandlungsorte, Mechanismen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Zweite Folgebefragung (KiGGS Welle 2). Bundesgesundheitsbl 62(10):1174–1183
18. Storm A, Greiner W, Batram M et al. (2019) Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 31) Kinder- und Jugendreport 2019 – Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Schwerpunkt: Ängste und Depressionen bei Schulkindern. Medhochzwei. Heidelberg
19. Storm A, Batram M, Damm O et al. (2018) Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 23) Kinder- und Jugendreport 2018 – Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Familiengesundheit. Medhochzwei. Heidelberg

20. Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S et al. (2018) Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(1):16–23. https://edoc.rki.de/handle/176904/3031.2 (Stand: 01.04.2020)
21. Brandt S, Moß A, Klenk J et al. (2018) Epidemiologie des Übergewichts und der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen anhand von deutschen Schuleingangsdaten. Adipositas 12(01):10–15
22. Kurth BM, Schaffrath Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl 50(5–6):736–743
23. Albrecht C, Hanssen-Doose A, Bös K et al. (2016) Motorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Sportwissenschaft 46(4):294–304
24. Freie und Hansestadt Hamburg – Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) (2015) Gesundheit Hamburger Kinder im Einschulungsalter. BGV, Hamburg
25. Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (Hrsg) (2016) Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2016. SenGPG, Berlin
26. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein Westfalen (2016) Reports der Schuluntersuchungen – Report 2016 – Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen – SOPESS. www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ (Stand: 01.04.2020)
27. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, (Hrsg) (2017) Bericht über die Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen und zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein für das Schuljahr 2016/2017. Kiel
28. Autorengruppe Bildungsberichterstattung. Im Auftrag der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (2008) Bildung in Deutschland 2008 – Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Übergängen im Anschluss an den Sekundarbereich I. www.bildungsbericht.de/de/bildungsberichte-seit-2006/bildungsbericht-2008/pdf-bildungsbericht-2008/bb-2008.pdf (Stand: 01.04.2020)
29. Hölling H, Schlack R, Petermann F et al. (2014) Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl 57:807–819
30. Haller AC, Klasen F, Petermann F et al. (2016) Langzeitfolgen externalisierender Verhaltensauffälligkeiten – Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. Kindheit und Entwicklung 25(1):31–40
31. Klipker K, Baumgarten F, Goebel K et al. (2018) Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(3):37–45. https://edoc.rki.de/handle/176904/5767 (Stand: 01.04.2020)
32. Goebel K, Baumgarten F, Kuntz B et al. (2018) ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(3):46–53. https://edoc.rki.de/handle/176904/5768 (Stand: 01.04.2020)
33. Krug S, Finger JD, Lange C et al. (2018) Sport- und Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(2):3–22. https://edoc.rki.de/handle/176904/5687 (Stand: 01.04.2020)
34. Deutscher Olympischer Sportbund (2017) Bestandserhebung 2017: Aktualisierte Fassung vom 25. Januar 2018. https://cdn.dosb.de/user_upload/www.dosb.de/uber_uns/Bestandserhebung/BE-Heft_2017_aktualisierte_Version_25.01.18.pdf (Stand: 01.04.2020)
35. Finger JD, Varnaccia G, Borrmann A et al. (2018) Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(1):24–31. https://edoc.rki.de/handle/176904/3032 (Stand: 01.04.2020)
36. Weissenrieder N (2006) Sexualität. In: Stier B, Weissenrieder N (Hrsg) Jugendmedizin – Gesundheit und Gesellschaft. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, S. 26–32
37. Himmel W (2001) Subjektive Gesundheitskonzepte und gesundheitsbezogene Lebensqualität – Gibt es einen Zusammenhang? Soz- Präventivmed 46(2):87–95
38. Mühlen Achs G (2006) Identität und Körperbild: Bedeutung und Einfluss der Kategorie Geschlecht. In: Stier B, Weissenrieder N (Hrsg) Jugendmedizin – Gesundheit und Gesellschaft. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, S. 21–25
39. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2019) Berufsbildungsbericht 2019. www.bmbf.de/upload_filestore/pub/Berufsbildungsbericht_2019.pdf (Stand: 01.04.2020)
40. Beicht U, Walden G (2019) Der Einfluss von Migrationshintergrund, sozialer Herkunft und Geschlecht auf den Übergang nicht studienberechtitgter Schulabgänger/-innen in berufliche Ausbildung. Heft 198. Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn
41. Matzner M (2010) Mädchen und junge Frauen im Übergang von der Schule in die Arbeitswelt. In: Matzner M, Wyrobnik I (Hrsg) Handbuch Mädchen-Pädagogik. Beltz, Weinheim, S. 197–219
42. Wiener Programm für Frauengesundheit (2017) Bodyshaming und Social MediaFokusgruppen mit 15- bis 19-jährigen Mädchen/jungen Frauen aus Wien (Langfassung). www.wien.gv.at/gesundheit/beratung-vorsorge/frauen/frauengesundheit/pdf/bodyshaming-fokusgruppen.pdf (Stand: 01.04.2020)
43. Flaake K (2019) Die Jugendlichen und ihr Verhältnis zum Körper. Kohlhammer Verlag, Stuttgart
44. Gille G, Layer C, Hinzpeter B (2008) Mädchengesundheit in der Pubertät: Den Körper mit seinen Äußerungen und Zuschreibungen akzeptieren. Dtsch Arztebl Int 105(48): A 2576–2578
45. Barkmann C, Petermann F, Schlack R et al. (2016) Verlauf gesundheitsbezogener Lebensqualität – Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. Kindheit und Entwicklung 25(1):50–59
46. Schmitz R, Kuhnert R, Thamm M (2017) 12-Monats-Prävalenz von Allergien in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(1):77–82. https://edoc.rki.de/handle/176904/2584 (Stand: 01.04.2020)
47. Statistisches Bundesamt (2018) Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle/Sterbefälle, Fälle je 100000 Einwohner (altersstandardisiert), Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer). www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
48. Koschollek C, Bartig S, Rommel A et al. (2019) Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 4(3):7–29. https://edoc.rki.de/handle/176904/6105 (Stand: 01.04.2020)
49. Krause L, Sarganas G, Thamm R et al. (2019) Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Bundesgesundheitsbl 62:1184–1194

50. Du Y, Knopf H (2009) Self-medication among children and adolescents in Germany: results of the National Health Survey for Children and Adolescents (KiGGS). Br J Clin Pharmacol 68(4):599–608
51. Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg) (2017) Faktenblatt 25: Positives Körperbild bei Jugendlichen in der Schweiz – Ein Vergleich zwischen der Deutschschweiz (2015) und der Romandie (2016). www.gesundheitsfoerderung.ch/grundlagen/publikationen.html (Stand: 01.04.2020)
52. Kurth BM, Ellert U (2008) Perceived or true obesity: which causes more suffering in adolescents? Findings of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). Dtsch Arztebl Int 105(23):406–412
53. HBSC-Studienverbund Deutschland (2020) Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Körperbild und Gewichtskontrolle bei Kindern und Jugendlichen" (Autorinnen Finne, Schlattmann, Kolip). http://hbsc-germany.de/wp-content/uploads/2020/03/Faktenblatt_KorperbildDiatv-2018-final-05.02.2020.pdf (Stand: 01.04.2020)
54. Wiener Programm für Frauengesundheit (2015) „Problemzone" Körper? Eine Befragung von Wiener Schülerinnen und Schülern. www.wien.gv.at/gesundheit/beratung-vorsorge/frauen/frauengesundheit/pdf/problemzone-koerper-befragung.pdf (Stand: 01.04.2020)
55. Wiener Programm für Frauengesundheit (2017) Jahresbericht 2017. www.wien.gv.at/gesundheit/beratung-vorsorge/frauen/frauengesundheit/pdf/jahresbericht-wpfg-2017.pdf (Stand: 01.04.2020)
56. Hölling H, Schlack R (2007) Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl 50(5–6):794–799
57. HBSC-Studienverbund Deutschland (2020) Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Sportliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen" (Autoren Sudeck, Bucksch). http://hbsc-germany.de/wp-content/uploads/2020/03/Faktenblatt_Sportliche-Aktivit% C3% A4t_2018-final-05.02.2020.pdf (Stand: 01.04.2020)
58. Kugelmann C (2010) Mädchen und Bewegung. Weibliche Teilhabe am Sport – zwischen Tradition und Fortschritt. In: Matzner M, Wyrobnik I (Hrsg) Handbuch Mädchen-Pädagogik. Beltz, Weinheim, S. 349–360
59. Finne E, Bucksch J, Lampert T et al. (2011) Age, puberty, body dissatisfaction, and physical activity decline in adolescents. Results of the German Health Interview and Examination Survey (KiGGS). Int J Behav Nutr Phys Act 8:119
60. Manz K, Krug S, Schienkiewitz A et al. (2016) Determinants of organised sports participation patterns during the transition from childhood to adolescence in Germany: results of a nationwide cohort study. BMC Public Health 16:939
61. HBSC-Studienverbund Deutschland (2020) Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Tabakkonsum von Kindern und Jugendlichen" (AutorInnen Moor, Hinrichs, Heilmann, Richter). http://hbsc-germany.de/wp-content/uploads/2020/03/Faktenblatt_Tabakkonsum_2018_final_05.02.2020.pdf (Stand: 01.04.2020)
62. Zeiher J, Lange C, Starker A et al. (2018) Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(2):23–44. https://edoc.rki.de/handle/176904/5690 (Stand: 01.04.2020)
63. Orth B, Merkel C (2019) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2018 und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
64. Helfferich C (2013) Reproduktive Gesundheit: Eine Bilanz der Familienplanung in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 2(56):192–198
65. Bode H, Hessling A (2015) Jugendsexualität 2015 – Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
66. Hessling A, Bode H (2017) Sexual- und Verhütungsverhalten Jugendlicher im Wandel: Ausgewählte Ergebnisse der Studien zur Jugendsexualität der Bundeszentrale fur gesundheitliche Aufklärung. Bundesgesundheitsbl 60(9):937–947
67. Boeschen D, Günther J, Chytrek D et al. (2015) Pillenreport – Ein Statusbericht zu oralen Kontrazeptiva. Universität Bremen, SOCIUM, Bremen
68. Krause L, Seeling S, Prütz F et al. (2017) Häufigkeiten und Trends in der Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Frauenheilkunde durch Mädchen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS). Geburtshilfe Frauenheilkd 77(9):1002–1011
69. Poethko-Müller C, Buttmann-Schweiger N, Group KS (2014) Impfstatus und Determinanten der Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) bei Mädchen in Deutschland Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl 57:869–877
70. Lange C (2010) Mädchengesundheit. In: Matzner M, Wyrobnik I (Hrsg) Handbuch Mädchen-Pädagogik. Beltz, Weinheim, S. 300–317
71. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2010) Nationales Gesundheitsziel – Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung – Kooperationsverbund gesundheitsziele.de. BMG, Berlin
72. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2019) Förderung der Kindergesundheit – Initiativen und Projekte im Bereich Kindergesundheit. www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/kindergesundheit/kindergesundheit.html (Stand: 01.04.2020)
73. Weyers S, Graf C (2018) Projekt PREVBOGI – Geschlechtersensible Prävention und Gesundheitsförderung für Jungen und Mädchen: Von der Beschreibung zur Intervention. www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/prevbogi-geschlechtersensible-pravention-und-gesundheitsforderung-fur-jungen-und-madchen-8412.php (Stand: 01.04.2020)

Gesundheit von Frauen zwischen Erwerbs- und Familienarbeit

KAPITEL 4

- *Viele Frauen im erwerbsfähigen Alter stehen vor der Aufgabe, Berufstätigkeit, Kindererziehung und/oder die Pflege von Angehörigen miteinander zu vereinbaren.*

- *Nicht erwerbstätige Frauen schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand häufig schlechter ein als erwerbstätige Frauen; dies gilt auch für Mütter mit minderjährigen Kindern.*

- *Konflikte hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf gehen bei Müttern mit minderjährigen Kindern mit einer schlechteren Gesundheit einher.*

- *Junge Mütter, alleinerziehende Mütter, arbeitslose Frauen sowie Frauen, die Angehörige pflegen, sind besonderen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt.*

- *Eine nachhaltige Familien-, Sozial- und Arbeitspolitik kann dazu beitragen, eine Balance zwischen Erwerbs- und Familienarbeit zu schaffen, und so die Gesundheit von Frauen im mittleren Erwachsenenalter fördern.*

4 Gesundheit von Frauen zwischen Erwerbs- und Familienarbeit

Erwerbstätigkeit und Familie miteinander zu vereinbaren, stellt Frauen im erwerbsfähigen Alter vor große Herausforderungen, zumal die Etablierung im Beruf und die Gründung einer Familie bzw. die aktive Familienphase oftmals zeitlich zusammenfallen und so diese Lebensphase die „Rush-Hour des Lebens" bildet [1]. Mit zunehmendem Lebensalter steigt zudem die Wahrscheinlichkeit, dass Angehörige pflegebedürftig werden, sodass sich die Frage nach der Übernahme von Betreuungs- und Versorgungsleistungen stellt. Sowohl die Erziehung der Kinder als auch die Pflege von Angehörigen stellt viele Frauen vor die Aufgabe, berufliche und familiäre Verpflichtungen zu vereinbaren. Was bedeutet das für die Gesundheit von Frauen?

Das vorliegende Kapitel gibt einen Überblick über die gesundheitliche Lage von Frauen im erwerbsfähigen Alter unter Berücksichtigung von Unterschieden im Partner-, Eltern- und Erwerbsstatus (Abschnitt 4.1). Eine große Rolle für die Gesundheit spielen dabei subjektiv wahrgenommene Konflikte hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Abschnitt 4.1.2). In Abschnitt 4.2 wird ergänzend die Gesundheit von vier ausgewählten Gruppen von Frauen im Erwerbsalter beschrieben: junge Mütter, alleinerziehende Mütter, Frauen in der Angehörigenpflege und arbeitslose Frauen. Sie alle sind speziellen Belastungen ausgesetzt und müssen oftmals familiär und beruflich große Herausforderungen bewältigen. Abschnitt 4.3 enthält ein kurzes Fazit.

Das Kapitel basiert auf Ergebnissen zahlreicher nationaler und internationaler Studien. Darüber hinaus wurden Daten aus der bevölkerungsbezogenen Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) des Robert Koch-Instituts (RKI) und aus dem Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes ausgewertet. Eng verbunden mit unterschiedlichen Familien- und Erwerbskonstellationen von Frauen ist die soziale Lage. In einem Exkurs in Kapitel 2.1 werden Zusammenhänge zwischen der sozioökonomischen und gesundheitlichen Lage von Frauen ausführlicher beschrieben.

Während der finalen Bearbeitung des Kapitels breitete sich das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 mit großer Geschwindigkeit in der gesamten Welt aus. Internationale Befunde weisen auf mögliche Geschlechterunterschiede bei Corona-Infektionen und der Mortalität an COVID-19 hin, deren Ausmaß und Ursachen detaillierter untersucht werden müssen. In den Ländern, in denen nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten vorliegen, zeigt sich, dass Männer häufiger an einer COVID-19-Erkrankung sterben und schwerere Symptome entwickeln [2]. Mit Blick auf die psychischen und sozialen Folgen der Pandemie deuten erste Studienergebnisse darauf hin, dass Frauen hiervon in spezieller Weise betroffen sind [3]. Sie sind verstärkt in systemrelevanten Berufen tätig, wie z. B. in der Krankenpflege oder als Verkäuferinnen im Lebensmitteleinzelhandel, und sie leisten einen großen Teil der Sorgearbeit in den Familien. In Zeiten von geschlossenen Betreuungseinrichtungen und Beschulung zu Hause stehen Frauen in Deutschland und vielen anderen Ländern vor besonderen Schwierigkeiten. Forschungsprojekte zu geschlechterbezogenen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie in Deutschland liefen im Frühling 2020 an, sie konnten in den vorliegenden Bericht nur punktuell einfließen.

4.1 Erwerbs- und Familienarbeit und die gesundheitliche Lage von Frauen im Erwerbsalter

Im erwerbsfähigen Alter stellen Erwerbstätigkeit sowie die Sorge für eigene Kinder oder pflegebedürftige Angehörige für viele Frauen und Männer zentrale soziale Determinanten der Gesundheit dar. Mit Blick auf die Gesundheit von Frauen in dieser Lebensphase ist von großer Bedeutung, dass Sorge- und Erwerbsarbeit in unserer Gesellschaft zwischen den Geschlechtern ungleich verteilt sind. Der familiäre und der erwerbsbezogene Kontext wirken sich auch auf die Gesundheit von Frauen aus, gerade im Zusammenspiel.

In Deutschland lebten laut Mikrozensus im Jahr 2018 7,9 Millionen Mütter und 6,7 Millionen Väter im Alter von 18 bis 64 Jahren mit mindestens einem eigenen Kind unter 18 Jahren in einem gemeinsamen Haushalt [4]. In dieser Altersgruppe waren 74,8 % aller Frauen erwerbstätig [4]. Mütter, die mit mindestens einem minderjährigen

Kind zusammen in einem Haushalt lebten, waren annähernd gleich häufig erwerbstätig (73,9 %). Bei den Vätern betrug die Erwerbstätigenquote 92,4 % (Männer insgesamt 82,7 %) [4]. Schaut man sich jedoch ausschließlich aktiv erwerbstätige Personen an (exklusive der vorübergehend Beurlaubten, zu denen auch Frauen und Männer in Elternzeit zählen), zeigen sich besonders deutliche Unterschiede zwischen Frauen mit und ohne Kinder in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen. So waren im Jahr 2018 44,6 % der Mütter dieser Altersgruppe aktiv erwerbstätig, während dies auf 76,7 % der gleichaltrigen Frauen ohne Kind zutraf [4]. 67,8 % aller erwerbstätigen Mütter arbeiteten in Teilzeit; unter den Frauen ohne minderjährige Kinder im Haushalt traf dies nur auf 37,0 % zu. Bei den Vätern arbeiteten hingegen lediglich 5,8 % in Teilzeit; bei den kinderlosen Männern waren es 10,5 % [4]. 61,6 % der Mütter und weniger als ein Viertel der Väter nannten als Grund für die Teilzeitbeschäftigung die Betreuung von Kindern oder anderen Personen [5]. Ein beträchtlicher Teil der in Deutschland lebenden Mütter gibt somit nach der Geburt des ersten Kindes die Erwerbstätigkeit zumindest zeitweise auf oder schränkt sie vom Stundenumfang her ein, während die Väter oftmals sogar ihre Arbeitszeiten noch erhöhen. Frauen, die während der Familienphase in Teilzeit (insbesondere mit geringem Stundenumfang) gearbeitet haben, haben oftmals Schwierigkeiten, ihre Stunden später aufzustocken und wieder in Vollzeit zu arbeiten, was ihre beruflichen Perspektiven nach der aktiven Familienphase deutlich einschränkt [6]. Hier soll eine neue gesetzliche Regelung Verbesserungen bringen: Seit dem 1. Januar 2019 gilt die Brückenteilzeit. Sie ermöglicht zeitlich befristete Teilzeitarbeit mit einem Rückkehrrecht in die vorherige Arbeitszeit [7]. Die ungleiche Verteilung des Umfangs der Erwerbstätigkeit innerhalb einer Partnerschaft mit Kindern in Deutschland hat auch einen Einfluss auf das Lohngefälle zwischen Müttern und Vätern. So trugen bei Paaren mit mindestens einem Kind, in denen die Partnerin zwischen 25 und 45 Jahre alt ist, die Frauen im Jahr 2011 in Deutschland nur knapp ein Viertel zum Haushaltseinkommen bei [6].

Mit Blick auf die unbezahlte Sorge- und Hausarbeit zeigt sich ein gegenläufiges Bild: So verrichteten Frauen in Deutschland in den Jahren 2012/2013 im Durchschnitt täglich 87 Minuten mehr unbezahlte Sorge- und Hausarbeit als Männer. In Paarhaushalten mit Kindern betrug die Differenz zwischen Müttern und Vätern sogar täglich 2 Stunden und 30 Minuten [8]. Daten der Zeitverwendungserhebung zeigen, dass insbesondere Eltern mit kleinen Kindern zeitlich sehr stark beansprucht sind. Die höchste Arbeitsbelastung besteht in der Phase nach der Geburt des ersten Kindes und erreicht ihren Höhepunkt in den ersten drei Lebensjahren des zweiten Kindes [9]. Bei Müttern betrug in den Jahren 2012/2013 die Arbeitsbelastung in dieser Phase 65 Stunden und reduzierte sich erst auf 55 bis 59 Stunden, als das jüngste Kind im Grundschulalter war (bezahlte und unbezahlte Arbeit). Bei Frauen ohne Kinder desselben Alters lag die Gesamtarbeitsbelastung deutlich niedriger zwischen 40 und 50 Stunden pro Woche [9].

Die Familiengründung stellt damit ein wichtiges biografisches Ereignis dar, das sich auf die Aufteilung von Erwerbs- und Sorgearbeit innerhalb der Familie und insbesondere auf die Erwerbsbiografie von Frauen auswirkt. Während junge Paare ohne Kinder heute die bezahlte und die unbezahlte Arbeit relativ partnerschaftlich untereinander aufteilen, findet nach der Geburt des ersten Kindes oftmals ein Übergang zu traditionell geprägten Rollenmustern statt [6, 10, 11].

4.1.1 Zusammenhänge zwischen Erwerbsarbeit, Partnerschaft, Elternschaft und der gesundheitlichen Lage von Frauen

Zusammenhänge zwischen Erwerbsarbeit, Partnerschaft, Elternschaft und Gesundheit wurden für die einzelnen sozialen Rollen international bereits ausführlich untersucht. Im Folgenden werden zunächst Zusammenhänge zwischen den einzelnen sozialen Rollen und Gesundheit dargestellt, bevor abschließend auf die Kombination der verschiedenen Rollen und deren Zusammenhang zur Gesundheit eingegangen wird.

Eine Vielzahl an Studien bestätigt, dass Erwerbstätigkeit ein wesentlicher Einflussfaktor für Gesundheit, gesundheitsbewusstes Verhalten und eine höhere Lebenserwartung ist [12–15]. Abbildung 4.1.1.1 verdeutlicht dies für Deutschland am Beispiel der selbsteingeschätzten Gesundheit. Die subjektive Gesundheit ist ein wichtiges globales

Abbildung 4.1.1.1
Selbsteingeschätzte Gesundheit (mittelmäßig bis sehr schlecht) von Frauen nach Erwerbsstatus
Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012

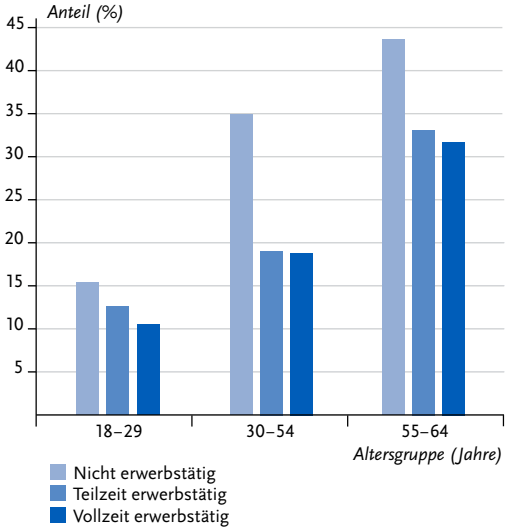
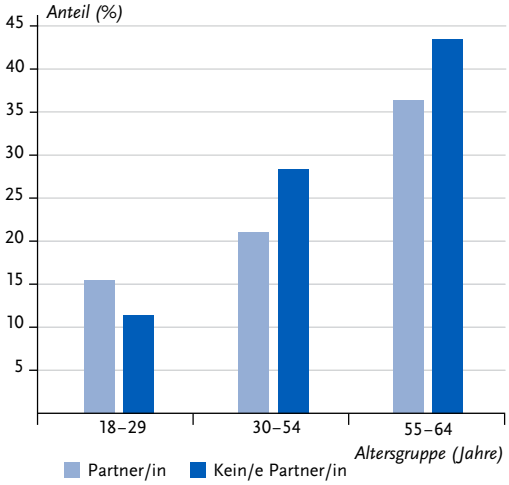


Abbildung 4.1.1.2
Selbsteingeschätzte Gesundheit (mittelmäßig bis sehr schlecht) von Frauen nach Partnerstatus
Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012



Maß für den Gesundheitszustand (siehe Kapitel 2.1.2). Sie bildet ab, wie Menschen ihre Gesundheit individuell erleben und wahrnehmen und ist eng mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung verwoben. Bei Frauen zeigen sich keine Unterschiede in der selbsteingeschätzten Gesundheit zwischen Teilzeit- und Vollzeiterwerbstätigen (Abb. 4.1.1.1). Ein höheres Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen findet sich aber bei arbeitslosen Frauen und auch bei anderen nicht erwerbstätigen Gruppen von Frauen (allerdings in deutlich geringerem Umfang) [12–15].

Bei Männern ist bereits eine Teilzeiterwerbstätigkeit mit Beeinträchtigungen der Gesundheit assoziiert. Insgesamt scheint die Assoziation zwischen Erwerbsstatus und Gesundheit bei Frauen weniger stark ausgeprägt zu sein als bei Männern [12, 15–17].

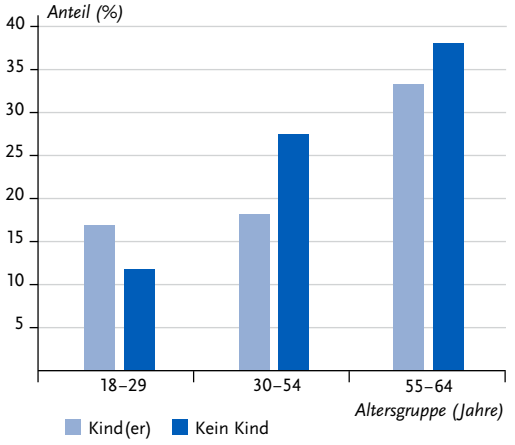
Mit Blick auf die Bedeutung von Partnerschaft für die Gesundheit lassen sich die Ergebnisse dahingehend zusammenfassen, dass verheiratete Frauen gesünder sind, sich gesundheitsbewusster verhalten und länger leben als ledige, geschiedene oder verwitwete Frauen [18–22]. Diese Unterschiede können zu einer schlechteren Gesundheit von Frauen in nicht-ehelicher Partnerschaft führen. Für Männer zeigen einige Studien, dass sie von Ehe und Partnerschaft stärker gesundheitlich profitieren als Frauen [21, 23, 24], andere Studien haben keine Unterschiede nach Geschlecht festgestellt [25–27]. Abbildung 4.1.1.2 stellt für Deutschland exemplarisch die Prävalenzen für eine selbst als mittelmäßig bis sehr schlecht eingeschätzte Gesundheit stratifiziert nach dem Zusammenleben mit einem Partner oder einer Partnerin dar. In den Altersgruppen ab 30 Jahren steht das Zusammenleben mit einem Partner oder einer Partnerin mit einer besseren selbsteingeschätzten Gesundheit in Zusammenhang.

In Bezug auf den Zusammenhang von Elternschaft und Gesundheit bzw. Gesundheitsverhalten sind die Ergebnisse wenig eindeutig. So finden einige Studien positive [16, 19, 28, 29], andere negative [12, 30–32] und wiederum andere Studien überhaupt keine Assoziationen [24]. Das Zusammenleben mit Kindern kann einerseits durch enge soziale und emotionale Beziehungen sowie Mechanismen der Strukturierung des Alltagslebens und der Sinnstiftung zu einer guten Gesundheit beitragen. Andererseits geht das Zusammenleben mit Kindern mit einer Reihe von Anforderungen und Verpflichtungen sowie widersprüchlichen Rollenerwartungen einher, die zu Stress und gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können.

Analysen mit den Daten der GEDA-Studie zeigen für Deutschland, dass Mütter – vermutlich aufgrund geringerer zeitlicher Ressourcen – seltener Sport treiben als gleichaltrige kinderlose Frauen (siehe Kapitel 2.2.1). Mit Blick auf den Tabak- und Alkoholkonsum verhalten sich Mütter hingegen deutlich gesünder als kinderlose Frauen [33] (siehe Kapitel 2.2.4, 2.2.5). Das kann u. a. mit dem Verantwortungsbewusstsein der Mütter gegenüber den Kindern und dem sozialwissenschaftlichen Konzept der sozialen Kontrolle in Zusammenhang gebracht werden.

Darüber hinaus hat das Vorhandensein einer Partnerschaft einen großen Einfluss darauf, ob Elternschaft positiv mit Gesundheit assoziiert ist oder eher gesundheitsbelastende Effekte hat (siehe Kapitel 4.2.2) [34]. Dies lässt sich u. a. mit dem Vorhandensein bzw. einem Mangel an sozialer Unterstützung und sozioökonomischen Ressourcen erklären. Auch das Alter hat einen großen Einfluss auf die gesundheitliche Lage von Müttern derart, dass sich für ältere Mütter eine bessere Gesundheit und für jüngere Mütter eine schlechtere Gesundheit im Vergleich zu kinderlosen Frauen desselben Alters feststellen lässt (siehe Kapitel 4.2.1) [35]. Dies verdeutlicht auch Abbildung 4.1.1.3 am Beispiel der selbsteingeschätzten Gesundheit. Geschlechtervergleichende Studien kommen zu keinen einheitlichen Ergebnissen [z. B. 36, 37–40], sodass sich nicht pauschal beurteilen lässt, ob Elternschaft für Mütter und Väter in unterschiedlicher Weise mit Gesundheit assoziiert ist.

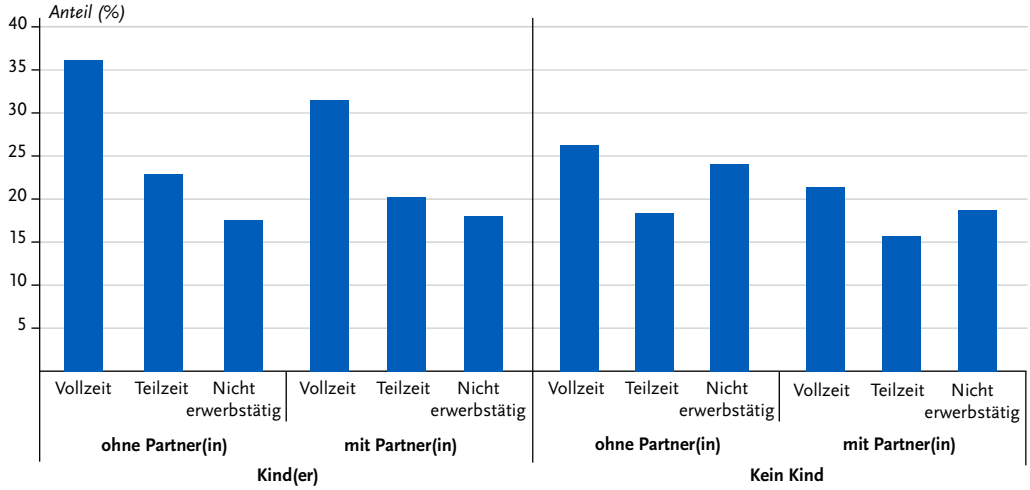
Abbildung 4.1.1.3
Selbsteingeschätzte Gesundheit (mittelmäßig bis sehr schlecht) von Frauen nach Elternstatus
Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012



In der Realität stehen die drei sozialen Rollen jedoch nicht unabhängig in Zusammenhang mit der Gesundheit, sondern wirken wechselseitig auf diese. Zusammenhänge zwischen Partner-, Eltern- und Erwerbsstatus mit Gesundheit werden vor dem Hintergrund der „Rollenbelastungsthese“ und der „Rollenbereicherungsthese“ diskutiert [25]. Die „Rollenbelastungsthese“ besagt, dass die Kombination von Arbeits- und Familienrollen die Verantwortungslast – insbesondere bei Frauen – erhöht und damit zu Stress, Belastungen und infolgedessen einer schlechteren Gesundheit und einem weniger gesunden Verhalten führt. Demgegenüber meint die „Rollenbereicherungsthese“, dass das Innehaben mehrerer sozialer Rollen mit einem größeren sozialen Netzwerk, einer größeren sozialen Unterstützung und mehr Ressourcen (auch finanziell) sowie einem Ausgleich bei Belastungen in einem Lebensbereich einhergeht, die die Gesundheit verbessern können. Dabei muss allerdings bedacht werden, dass die Richtung des Zusammenhangs nicht klar ist. So können einerseits Partnerschaft, Elternschaft und die Erwerbssituation einen Einfluss auf die gesundheitliche Lage ausüben. Andererseits können Gesundheit und Gesundheitsverhalten beeinflussen, ob Frauen (ebenso wie Männer) in einer Partnerschaft leben, eine Familie gründen oder erwerbstätig sind [41, 42].

Während in internationalen Studien bei Männern das Innehaben von mehreren sozialen Rollen im Sinne der Rollenbereicherungsthese mit einer besseren Gesundheit korrespondiert und insbesondere die Vollzeiterwerbstätigkeit in großem Maße für eine gute Gesundheit von Bedeutung ist, zeigen sich bei Frauen deutliche Unterschiede in Abhängigkeit vom Elternstatus: Während bei den kinderlosen Frauen die meisten Studien zu dem Ergebnis kommen, dass Erwerbstätigkeit – ähnlich wie bei den Männern – mit einer guten Gesundheit assoziiert ist [43], unterscheiden sich die Befunde hinsichtlich der Gesundheit von Frauen, die mit Kindern leben. Während sich in einigen Studien die Ergebnisse nicht für Frauen mit und ohne Kinder unterscheiden [44], findet sich in anderen Studien für Teilzeit erwerbstätige Mütter eine bessere Gesundheit als für Vollzeiterwerbstätige [12, 16, 25], was als Hinweis auf Probleme der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Vollzeit erwerbstätigen

Abbildung 4.1.1.4
Selbsteingeschätzte Gesundheit (mittelmäßig bis sehr schlecht) von 30- bis 55-jährigen Frauen nach Eltern-, Partner- und Erwerbsstatus (vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten* in %)
Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012 [45]



* Adjustiert für Alter, sozioökonomischen Status und Arbeitslosigkeit; ausgeschlossen wurden frühberentete Frauen und Frauen in Ausbildung

Müttern gedeutet wird. Ob die Vereinbarkeit gut gelingt, steht auch im Zusammenhang mit der Sozial- und Arbeitsmarktpolitik eines Landes. Weil die Studien in unterschiedlichen Ländern durchgeführt wurden, reflektieren die Studienergebnisse auch Unterschiede in der Politik.

Auch in einer Analyse zu Zusammenhängen zwischen den drei sozialen Rollen und der selbsteingeschätzten Gesundheit in Deutschland [45] zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Frauen ohne Kinder und Frauen, die mit Kindern zusammenleben (Abb. 4.1.1.4). Unter den Frauen, die in kinderlosen Haushalten leben, schätzen nicht Erwerbstätige deutlich häufiger als Erwerbstätige ihre Gesundheit als nicht gut oder schlecht ein. Bei Frauen, die mit mindestens einem minderjährigen Kind in einem Haushalt leben, fallen die Unterschiede nach dem Erwerbsstatus deutlich geringer aus. Anders als bei Männern, bei denen sich deutliche Unterschiede zwischen Vollzeit- und Teilzeiterwerbstätigen feststellen lassen, finden sich bei den Frauen in allen Lebensformen keine großen Unterschiede in der selbsteingeschätzten Gesundheit zwischen Vollzeit- und Teilzeiterwerbstätigen.

Insgesamt ist zu beachten, dass die Kombination von Rollen für Frauen im Alltag häufig mit anderen Anforderungen einhergeht als für Männer [25, 46]. So stellt sich für viele Männer die Kombination einer Vollzeiterwerbstätigkeit mit der Partner- und Elternrolle als gesundheitsförderlich dar, gerade weil die Haus- und Sorgearbeit in der Familie meist überwiegend von der Partnerin geleistet wird. Frauen sind hingegen in stärkerem Maße gefordert, die Anforderungen der unterschiedlichen Rollen in Einklang zu bringen, oftmals ohne auf eine ähnliche Unterstützung durch durch den Partner zählen zu können.

4.1.2 Wahrgenommene Probleme hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und die gesundheitliche Lage von Frauen

Schaut man sich ausschließlich die Kombinationen von Partnerschaft, Elternschaft und Erwerbsarbeit an, schätzen erwerbstätige Mütter in der GEDA-Studie ihre Gesundheit etwas besser ein als nicht erwerbstätige Mütter (Abb. 4.1.1.4). Wenn die Verpflichtungen und Anforderungen, die sich aus den verschiedenen sozialen Rollen ergeben, aber subjektiv als zu stark und inkompatibel erlebt werden, kann dies – im Sinne der „Rollenbelastungsthese" – zu Überlastungen und Stress führen und mit negativen gesundheitlichen Konsequenzen einhergehen. In diesem Abschnitt liegt der

Fokus auf subjektiv wahrgenommenen Konflikten bezüglich der Vereinbarkeit von familiären und beruflichen Anforderungen bei erwerbstätigen Frauen und deren Wirkung auf die Gesundheit.

In einer Umfrage des Deutschen Gewerkschaftsbundes [47] gaben im Jahr 2017 47 % der erwerbstätigen Frauen in Deutschland an, nach der Arbeit sehr häufig oder oft zu erschöpft zu sein, um sich noch um private oder familiäre Angelegenheiten kümmern zu können; bei den Männern waren es 37 %. Unter den Beschäftigten, die Verantwortung für die Betreuung von Kindern tragen, hatte mehr als ein Viertel sehr häufig oder oft Schwierigkeiten, die Betreuung und Erziehung der Kinder mit ihrer Erwerbsarbeit zeitlich zu vereinbaren. Unter den Vollzeiterwerbstätigen trifft dies auf 31 % der Frauen und 26 % der Männer zu. Unter den Teilzeiterwerbstätigen berichteten 26 % der Frauen und 13 % der Männer von zeitbedingten Vereinbarkeitsschwierigkeiten [47]. Laut Daten der Studie „lidA – leben in der Arbeit“ gaben im Jahr 2011 Frauen seltener Konflikte hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf an als Männer, was aber darauf zurückzuführen ist, dass sie seltener in Vollzeit erwerbstätig sind. So findet sich nach Stratifizierung für den Erwerbsstatus bei Vollzeit erwerbstätigen Frauen ein höherer Konfliktwert als bei Männern [48].

Mit Blick auf die Gesundheit finden mehrere internationale Studien Zusammenhänge zwischen Vereinbarkeitsproblemen von Familie und Beruf und Beeinträchtigungen der Gesundheit bei Frauen [49–52]. Eine Übersicht über die internationale Literatur aus dem Jahr 2006 [50] ergab, dass Erwerbstätige, die einen hohen Konflikt zwischen Anforderungen aus Familie und Arbeit erfahren, mehr psychische Belastungen, wie z. B. Symptome einer Depression oder Angststörung, und eine schlechtere Lebenszufriedenheit berichteten. Bezüglich der physischen Gesundheit scheinen die Zusammenhänge nicht in gleicher Stärke zu bestehen. Die Zusammenhänge fallen zusammengefasst bei Frauen stärker aus als bei Männern [50]. Laut Daten der Europäischen Erhebung über die Arbeitsbedingungen schätzen in der Europäischen Union 26,5 % der Mütter, die einen starken Konflikt hinsichtlich der Vereinbarkeit von Anforderungen aus Familie und Beruf angaben, ihre Gesundheit als nicht gut ein, während dies nur auf 13,3 % der Mütter zutraf, die von keinem oder einem geringen Konflikt berichteten. Für Väter finden sich in der Studie ähnliche Werte [53]. Auch mit Blick auf ein weniger gutes psychisches Wohlbefinden zeigen sich in einer anderen Studie auf Basis der genannten Datenquelle Assoziationen [54].

Für Deutschland gibt es hingegen bislang nur wenige Studien, die sich mit der Wirkung von Problemen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf auf die Gesundheit beschäftigen [48, 55, 56]. Die lidA-Studie kommt für Deutschland zu dem Ergebnis, dass Probleme der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Frauen (und auch bei Männern) das Risiko für depressive Symptome erhöhen und dies unabhängig von beruflicher Position und dem Umfang der Erwerbsarbeit [55]. Bei Frauen können Vereinbarkeitsprobleme zudem in deutlich stärkerem Maße den Zusammenhang zwischen Stress am Arbeitsplatz und depressiven Symptomen erklären als bei Männern. Dieser Geschlechterunterschied könnte zum einen mit der unterschiedlichen Verteilung von Verantwortlichkeiten in Familie und Beruf zusammenhängen. Es kann zum anderen vermutet werden, dass Frauen Vereinbarkeitskonflikte und Arbeitsstress anders verarbeiten als Männer, sprich eher mit einer depressiven Symptomatik auf diese reagieren (siehe auch Kapitel 2.1.7) [48].

In einer Studie mit Daten des European Social Survey [56] waren die Zusammenhänge zwischen Vereinbarkeitskonflikten bezüglich familiärer und beruflicher Anforderungen und der selbsteingeschätzten Gesundheit bei Frauen in Schweden höher als bei Frauen in Deutschland. Die Autorin vermutet, dass Frauen in Deutschland bei Vereinbarkeitsproblemen zwischen Familie und Beruf eher ihre Arbeitszeit reduzieren als in Schweden, was in einem deutlich geringeren Erwerbsumfang deutscher Frauen im Vergleich zu schwedischen Frauen zum Ausdruck kommt und in Folge mit geringeren Auswirkungen von Vereinbarkeitskonflikten auf die Gesundheit einhergehen kann [56].

Insgesamt besteht zu Zusammenhängen zwischen Vereinbarkeitsproblemen und Gesundheit in Deutschland derzeit großer Forschungsbedarf. Interessant wäre insbesondere eine vertiefende Analyse zu Unterschieden in den Zusammenhängen in Abhängigkeit von beruflicher und schulischer Qualifikation, der sozioökonomischen Lage sowie beruflichen und familiären Merkmalen (wie Alter und Anzahl der Kinder, Ein-Elternschaft). Zudem spielen vermutlich regionale Aspekte eine

Rolle, u. a. Unterschiede in der Berufstätigkeit von Müttern und Kinderbetreuungsangeboten in den neuen vs. den alten Ländern oder in Großstädten vs. in ländlichen Regionen. Nicht dargestellt wurden in diesem Kapitel zudem die gesundheitlichen Auswirkungen der Aufgabenteilung in Partnerschaften.

4.2 Gesundheit von Frauen in ausgewählten sozialen Lebenslagen

Im folgenden Abschnitt werden die Lebenslage und Gesundheit von vier ausgewählten Gruppen von Frauen im Erwerbsalter beschrieben: junge Mütter, alleinerziehende Mütter, Frauen in der Angehörigenpflege und arbeitslose Frauen. Sie alle sind speziellen Belastungen ausgesetzt und von den Herausforderungen, familiäre und berufliche Anforderungen in Einklang zu bringen, in besonderer Weise betroffen. Daten des Mikrozensus und ausgewählte nationale und internationale Studien werden herangezogen, um die familiäre, berufliche und gesundheitliche Situation der Frauen zu beschreiben. Sind die gesundheitlichen Auswirkungen von Vereinbarkeitsproblemen allgemein für Deutschland bislang wenig erforscht, trifft dies auf Frauen in den genannten Lebenslagen in noch stärkerem Maße zu. Die Lebensumstände und die Gesundheit der Frauen werden auch durch ihre sozioökonomische Situation beeinflusst: durch das verfügbare Einkommen, den Bildungsabschluss und den beruflichen Status. Dieser Aspekt wird in den folgenden Abschnitten nur angerissen. Darüber hinaus spielen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in diesem Fall die Verfügbarkeit und Qualität außerfamiliärer Versorgung von Kindern und anderen Familienangehörigen, für die Lebenssituation von jungen und alleinerziehenden Müttern und pflegenden Frauen eine sehr große Rolle.

4.2.1 Junge Mütter

In den letzten Jahrzehnten lässt sich ein klarer Trend zu einer späteren Familiengründung feststellen. In den alten Ländern ist das durchschnittliche Alter der Frauen bei Geburt des ersten Kindes seit 1970 kontinuierlich angestiegen. Betrug das durchschnittliche Alter beim ersten Kind Anfang der 1970er-Jahre ca. 24 Jahre, waren es im Jahr 2012 fünf Jahre mehr. In den neuen Ländern ist der Anstieg des durchschnittlichen Alters bei Geburt des ersten Kindes erst nach der Wiedervereinigung im Jahr 1990 zu beobachten. Bis 1989 waren Frauen in der ehemaligen DDR bei Geburt des ersten Kindes im Durchschnitt zwischen 22 und 23 Jahre alt. Im Jahr 2012 bekamen die Frauen in den neuen Ländern ihr erstes Kind im Durchschnitt im Alter von 28 Jahren, also fünf Jahre später als im Jahr 1989 [57]. Im Jahr 2018 betrug das durchschnittliche Alter der Mutter bei Geburt des ersten Kindes in Deutschland 30 Jahre [58].

Bezogen auf alle erstgebärenden Mütter lag im Jahr 2018 der Anteil der Mütter, die bei Geburt des Kindes jünger als 25 Jahre waren, bei 14,5 %. Jünger als 20 Jahre waren bei der Geburt des ersten Kindes 2,0 % und jünger als 18 Jahre 0,02 % der erstgebärenden Mütter [59].

Internationale Studien zeigen, dass Frauen, die im jungen Alter Mutter wurden (bis zum Alter von ca. 25 Jahren und in noch stärkerem Maße bis zum Alter von 20 Jahren), häufiger eine schlechte allgemeine, körperliche und psychische Gesundheit berichten und sich zudem weniger gesund verhalten als ältere Mütter [29, 60, 61]. Auswertungen mit den Querschnittsdaten der GEDA-Studien 2009, 2010 und 2012 zeigen für Deutschland, dass Mütter im Alter von 18 bis 24 Jahren eine schlechtere Gesundheit berichten, häufiger an Depressionen und Rückenschmerzen leiden, häufiger übergewichtig sind, häufiger rauchen und weniger Sport ausüben als kinderlose Frauen der gleichen Altersgruppe. Ab dem Alter von 25 Jahren liegen die Werte für Frauen mit und ohne Kinder etwa auf gleichem Niveau und verschieben sich mit zunehmendem Alter der Frauen zugunsten der Frauen, die mit minderjährigen Kindern zusammenleben [35]. In einer Analyse der Techniker Krankenkasse [62] zu Fehlzeiten von erwerbstätigen Frauen (und Männern) mit und ohne familienversicherte Kinder zeigt sich ein ähnlicher Trend. Eine Längsschnittanalyse mit Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) zeigt für Deutschland, dass frühe Mutterschaft in Westdeutschland, nicht aber in Ostdeutschland im weiteren Lebensverlauf mit einer schlechteren körperlichen Gesundheit einhergeht [63]. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt ein Vergleich von west- und osteuropäischen Ländern. Sowohl in West- als auch in Osteuropa geht

eine frühe Elternschaft mit einer schlechter eingeschätzten Gesundheit im späteren Lebensverlauf einher; die Zusammenhänge fallen aber in Osteuropa deutlich geringer aus als in Westeuropa. In Westeuropa lässt sich zudem die schlechtere Gesundheit von Frauen, die früh Mutter wurden, in Teilen durch soziale Benachteiligungen in der Kindheit der Frauen erklären [64].

Alles in allem ist davon auszugehen, dass weniger das junge Alter und damit einhergehende biologische Faktoren als vielmehr die Lebensphase und der soziale Kontext junger Mütter einen gesundheitsbeeinträchtigenden Effekt haben können. Insbesondere für junge Mütter können sich durch die enge zeitliche Kopplung von Ausbildung bzw. Eintritt in die Erwerbstätigkeit und Elternrolle Vereinbarkeitsprobleme ergeben, die mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergehen können. So zeigen Studien, dass junge Mütter zum Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes vielfach noch in der Ausbildung sind, sich noch nicht beruflich etabliert haben, finanzielle Restriktionen erfahren und in weniger stabilen Partnerschaften leben, was vielfach auch im weiteren Lebensverlauf soziale Benachteiligungen mit sich bringt [65, 66].

4.2.2 Alleinerziehende Mütter

Im Jahr 2018 lebten laut Mikrozensus in Deutschland 1,31 Millionen alleinerziehende Mütter mit mindestens einem minderjährigen Kind im Haushalt [67]. Das sind gut 16 % aller Familien. Alleinerziehende mit mindestens einem minderjährigen Kind waren im Jahr 2018 zu 87,9 % Frauen [67]. Alleinerziehen ist heute eine Lebensform neben anderen und zudem eine zeitlich begrenzte Phase, die oftmals durch eine neue Partnerschaft oder spätestens durch die Verselbstständigung der Kinder endet [34]. Die Lebenssituation Alleinerziehender ist durch Herausforderungen wie die alleinige Zuständigkeit für die Betreuung und Erziehung der Kinder bei oftmals gleichzeitiger Erwerbstätigkeit und den damit einhergehenden Vereinbarkeitsproblemen gekennzeichnet. Trotz vergleichsweiser hoher Erwerbsbeteiligung sind Alleinerziehende und ihre Kinder in hohem Maße von Armut betroffen. Eine Studie im Auftrag der Bertelsmann Stiftung [68] zeigt, dass gerade alleinerziehende Familien in Armutslagen den sogenannten „working poor"-Haushalten zuzuordnen sind. Alleinerziehenden gelingt es öfter als Paarhaushalten trotz Erwerbstätigkeit nicht, ein Einkommen zu erzielen, das oberhalb der Armutsgefährdungsschwelle oder der Bezugsgrenze für Leistungen nach dem zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II) liegt. Die Armutsgefährdungsquote – definiert als ein Einkommen kleiner als 60 % des mittleren Einkommens einer Bevölkerung (bedarfsgewichtetes Medianeinkommen) – betrug bei Familien von Alleinerziehenden im Jahr 2018 laut Mikrozensus 33,9 %. Damit lag ihre Quote weit über dem Durchschnittswert für die Bevölkerung in Deutschland von 16,0 % [69].

Für alleinerziehende Mütter in Deutschland belegen Studien, dass sie ihre Gesundheit häufiger als schlecht einschätzen als in Partnerschaft lebende Mütter [70–74]. Darüber hinaus sind sie psychisch stärker belastet. So finden sich z. B. bei Depressionen für alleinerziehende Mütter deutlich höhere Prävalenzen als für in Partnerschaft lebende Mütter [70, 71, 74–79]. Eine Analyse mit Daten der GEDA-Studien 2009, 2010 und 2012 ergab für alleinerziehende Mütter in Deutschland höhere Prävalenzen für eine selbst als mittelmäßig bis sehr schlecht eingeschätzte Gesundheit und Depressionen. Darüber hinaus zeigten sich auch höhere Prävalenzen für Rückenschmerzen, Rauchen, sportliche Inaktivität und die Nicht-Inanspruchnahme der jährlichen Zahnvorsorgeuntersuchung im Vergleich zu Müttern aus Paarhaushalten [34]. Dagegen zeigen sich in der körperlichen Gesundheit meist nur geringfügige oder keine Unterschiede zwischen alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Müttern. So finden sich z. B. keine signifikanten Unterschiede bezüglich Adipositas [34], Migräne [72, 74], chronischer Bronchitis [71], Allergien [72], Diabetes mellitus [74], Krebserkrankungen [74] und Schlaganfall [74].

Ein gewisser Teil der höheren gesundheitlichen Belastung von alleinerziehenden Müttern lässt sich durch ihren im Durchschnitt niedrigeren sozioökonomischen Status im Vergleich zu in Paarhaushalten lebenden Müttern erklären [34]. Offenbar sind alleinerziehende Mütter aber nicht aufgrund von Problemen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf in besonderem Maße psychisch belastet. So finden sich für nicht erwerbstätige alleinerziehende Mütter höhere Prävalenzen für Depressionen als bei Teilzeit oder Vollzeit erwerbstätigen

Alleinerziehenden. Beim Rauchen lassen sich hingegen gar keine Unterschiede nach dem Erwerbsstatus innerhalb der Gruppe der alleinerziehenden Mütter feststellen [34]. Abbildung 4.1.1.4 verdeutlicht für Frauen der Altersgruppe 30 bis 54 Jahre, dass insbesondere die Gruppe der Teilzeit erwerbstätigen alleinerziehenden Mütter ihre Gesundheit ähnlich gut einschätzt wie die sonstigen erwerbstätigen Frauen. Erwerbstätigkeit hat gerade bei Alleinerziehenden eine hohe Bedeutung für die Sicherung des Lebensunterhalts und zugleich für eine aktive soziale Teilhabe. Auch nach Ergebnissen des SOEP wirkt sich die Erwerbstätigkeit bei alleinerziehenden Müttern positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden aus. Insbesondere Frauen, die den Stundenumfang ihrer Erwerbstätigkeit nach der Trennung vom Partner ausweiten und dabei aber nicht allein auf öffentliche Betreuungseinrichtungen angewiesen sind, sondern von Großeltern oder dem zweiten Elternteil Unterstützung bei der Kinderbetreuung erfahren, profitierten in der Längsschnittanalyse gesundheitlich [74].

4.2.3 Pflegende Frauen

Im erwerbsfähigen Alter zwischen 16 und 64 Jahren pflegten laut Analysen mit dem SOEP in den Jahren 2001 bis 2012 7,0 % der Frauen und 4,6 % der Männer eine Angehörige oder einen Angehörigen. Der Anteil der pflegenden Angehörigen steigt mit dem Alter an: Unter den 45- bis 54-Jährigen pflegen 10,3 % der Frauen und 6,1 % der Männer und unter den 55- bis 64-Jährigen 11,5 % der Frauen und 7,6 % der Männer Angehörige [80]. Der Frauenanteil ist unter den pflegenden Angehörigen im Erwerbsalter höher als im Rentenalter [80, 81]. Pflegende Angehörige im erwerbsfähigen Alter kümmerten sich zu 39 % um eigene Kinder, zu 27 % um ihre Eltern, zu 25 % um die Partnerin bzw. den Partner sowie zu 8 % um Personen außerhalb der engsten Familie [80]; nach Geschlecht differenzierte Angaben werden nicht berichtet.

Im Erwerbsalter lebten 11 % der pflegenden Frauen und 7 % der pflegenden Männer in einem gemeinsamen Haushalt mit der zu pflegenden Person, was bei fehlenden privaten Rückzugsmöglichkeiten spezifische Belastungen mit sich bringen kann [80]. Pflegende, die nicht mit dem zu pflegenden Angehörigen in einem Haushalt leben, müssen wiederum in ihrem Alltag regelmäßig zwischen mehreren Orten pendeln: dem eigenen Haushalt, dem Pflegehaushalt und ggf. der Arbeitsstelle. 52 % der Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter wenden täglich mehr als eine Stunde für die Pflege von Angehörigen auf [80]; in der Studie werden hierzu keine nach Geschlecht differenzierten Angaben gemacht. In der Gruppe der pflegenden Angehörigen im erwerbsfähigen Alter befinden sich mehr Frauen, Verheiratete sowie Personen mit mittlerer Bildung als in der Gesamterwerbsbevölkerung. Unter den Pflegepersonen, die mit den Pflegebedürftigen in einem Haushalt leben, ist allerdings der Anteil der Pflegenden mit niedriger Bildung größer als in der übrigen Erwerbsbevölkerung [80]. Auch nach den Ergebnissen der GEDA-Studie 2012 finden sich unter den pflegenden Angehörigen mit hohem Pflegeaufwand (mehr als zwei Stunden täglich) häufiger niedrig gebildete und sozial schlechter gestellte Frauen (insbesondere aus der Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen) (siehe Kapitel 2.3.6) [82].

Pflegende Angehörige im erwerbsfähigen Alter sind oftmals in besonders starkem Maße von Vereinbarkeitsproblemen betroffen. Sie müssen aufgrund der Pflegetätigkeit ihren Alltag unter Umständen neu strukturieren und die Rollen in Familie und Beruf neu austarieren. Laut der Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“, die vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegeben und von TNS Infratest Sozialforschung durchgeführt wurde [83], waren im Jahr 2010 bei Pflegebeginn von den weiblichen Hauptpflegepersonen im Alter von 15 bis 65 Jahren 42,1 % nicht erwerbstätig, 11,3 % geringfügig beschäftigt, 22,9 % in Teilzeit und 23,3 % in Vollzeit erwerbstätig [84]. Demgegenüber war fast die Hälfte der männlichen Hauptpflegepersonen zu Beginn der Pflege in Vollzeit erwerbstätig. 32,7 % der bei Pflegebeginn erwerbstätigen weiblichen Hauptpflegepersonen gaben an, ihren Erwerbsumfang aufgrund der Pflege eingeschränkt zu haben, weitere 16,8 % gaben ihre Erwerbstätigkeit ganz auf. Bei den erwerbstätigen Männern traf dies hingegen nur auf 7,6 % zu [84]. Die bereits weiter oben zitierte Studie mit Daten des SOEP kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen, die in Pflegehaushalten leben, selbst bei geringem Pflegeaufwand ihre Wochenarbeitszeit um rund zwei Stunden und

bei intensiver Pflegetätigkeit um 3,6 Stunden pro Woche reduzierten [80].

Ein nicht geringer Anteil an Frauen im mittleren Erwachsenenalter ist heute zudem gleichzeitig sowohl in die Betreuung und Erziehung ihrer Kinder als auch in die Sorge und Pflege eigener älterer Angehöriger eingebunden. Für die gleichzeitige Zuständigkeit für Kinder und die Pflege älterer Angehöriger hat sich der Begriff der „Sandwich-Generation" etabliert [85]. In Deutschland liegen kaum nach Geschlecht differenzierte Angaben zu pflegenden Angehörigen mit minderjährigen Kindern vor. Nur eine Studie des Instituts für Demoskopie Allensbach hat dies im Auftrag der Zeitschrift „Bild der Frau" untersucht. Danach waren im Jahr 2014 8 % der 40- bis 59-jährigen Frauen einer Doppelbelastung durch die Betreuung der Kinder im Haushalt und der Pflegebedürftigkeit der Eltern oder Schwiegereltern ausgesetzt. Von diesen Frauen sind 79 % selbst an der Pflege der Eltern oder Schwiegereltern beteiligt; 80 % sind gleichzeitig erwerbstätig [86].

Obwohl die Übernahme von Pflegeaufgaben auch mit positiven Gefühlen und Erfahrungen wie Erfüllung, Helferrückwirkung und gesellschaftlicher Anerkennung verknüpft ist [87], stehen pflegende Angehörige hohen psychischen und physischen Anforderungen gegenüber. Wenn Frauen im erwerbsfähigen Alter neben der Pflege von Angehörigen erwerbstätig sind und/oder eigene Kinder betreuen, kann die Mehrfachbelastung durch Familie, Pflege und Beruf zu großem psychischen Druck führen. Hinzu tritt unter Umständen die körperliche Belastung, die oftmals mit Pflege einhergeht [88]. Laut einer Erhebung des Deutschen Gewerkschaftsbundes [47] berichteten unter den Vollzeiterwerbstätigen, die außerhalb ihrer Erwerbsarbeit für eine pflegebedürftige Person sorgen, 38 % der Frauen von Vereinbarkeitsproblemen (bei den Männern waren es 28 %).

Obwohl das Vereinbaren von privater Pflege und Erwerbstätigkeit für viele Pflegende eine große Herausforderung und Belastung darstellen kann, gibt es vielfältige Gründe für die Kombination beider Rollen. Finanzielle Aspekte können ebenso von Bedeutung sein wie soziale Kontakte, die Anerkennung am Arbeitsplatz und der Ausgleich zu der oft belastenden Pflegetätigkeit [89, 90]. Erwerbstätigkeit ermöglicht es so vielen pflegenden Angehörigen, mit den aus der Pflege resultierenden Belastungen besser umzugehen und ein Stück Zeitautonomie in der eigenen Lebensgestaltung beibehalten zu können [82, 91]. Eine Metaanalyse zum Zusammenhang von Erwerbstätigkeit und Stressbelastung von pflegenden Angehörigen bestätigt dies und bringt keine systematischen Unterschiede im Belastungserleben zutage. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass sich die mit einer Erwerbstätigkeit einhergehenden Belastungen und Entlastungen etwa die Waage halten.

Die Metaanalyse zeigt zudem, dass erwerbstätige Pflegende im Mittel etwas seltener depressiv sind als nicht erwerbstätige Pflegende (keine differenzierten Angaben zu Frauen und Männern). Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass erwerbstätige Pflegende weniger Zeit für die Pflege aufwenden und mehr Unterstützung aus dem sozialen Umfeld erfahren als nicht erwerbstätige Pflegende [92]. Außerdem kann vermutet werden, dass eher gesündere Frauen es schaffen, neben der Pflege von Angehörigen noch einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Weitere Informationen zur Gesundheit und Lebenssituation von Frauen aller Altersgruppen, die Angehörige pflegen, finden sich in Kapitel 2.3.6.

4.2.4 Arbeitslose Frauen

Im Jahr 2019 lag die Arbeitslosenquote bei Frauen im Jahresdurchschnitt bei 4,7 % und damit etwas niedriger als bei Männern mit 5,2 % [93]. Dagegen ist der Anteil der Nichterwerbspersonen bei Frauen im Alter von 18 bis 64 Jahren mit 23,0 % deutlich höher als bei Männern mit 14,0 %. Bei Frauen mit minderjährigen Kindern lag der Anteil der Nichterwerbspersonen bei 23,8 %, bei Männern mit Kindern hingegen nur bei 5,1 % [4]. Zu den Nichterwerbspersonen zählen Personen im Studium, arbeitsunfähige Personen oder Hausfrauen/Hausmänner, die nicht aktiv am Arbeitsmarkt teilhaben. Eltern, die in Elternzeit sind und Elterngeld erhalten, werden hier nicht eingerechnet, diese zählen zu den oben erwähnten beurlaubten Personen.

Analysen mit den Daten des Mikrozensus 2015 zeigen, dass Frauen sich insbesondere aufgrund familiärer Verpflichtungen und der Betreuung von Kindern vom Arbeitsmarkt zurückziehen. So gab etwa ein Drittel der weiblichen

Nichterwerbspersonen zwischen 25 und 59 Jahren an, aufgrund persönlicher oder familiärer Verpflichtungen nicht am Arbeitsmarkt verfügbar zu sein oder trotz Arbeitswunsch nicht aktiv nach Arbeit zu suchen [94]. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Mütter sich oftmals nicht arbeitslos melden, weil sie in einem gemeinsamen Haushalt mit einem erwerbstätigen Partner meist keinen Anspruch auf Leistungen haben. Anders stellt sich die Situation bei Alleinerziehenden dar: Im Jahr 2017 waren 21 % der alleinerziehenden Mütter mit mindestens einem minderjährigen Kind ohne Beschäftigung. Unter den nicht erwerbstätigen alleinerziehenden Müttern waren 55 % an der Aufnahme einer Erwerbsarbeit interessiert, während dies nur auf 29 % der in einer Partnerschaft lebenden nicht erwerbstätigen Mütter zutraf [95].

Die Ergebnisse vieler Studien verdeutlichen, dass arbeitslose Frauen im Vergleich zu Erwerbstätigen eine schlechtere Gesundheit sowie ein erhöhtes Sterberisiko aufweisen [96–101]. Laut einer Metaanalyse ist das Sterberisiko für arbeitslose Frauen um das 1,4-Fache erhöht (für Männer etwa um das 1,8-Fache) [101]. Dies zeigt sich auch anhand deutscher Daten der damaligen Gmünder Ersatzkasse [102]; der Zusammenhang ist bei Frauen deutlich geringer ausgeprägt als bei Männern [102]. Dabei erhöht sich mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit das Sterberisiko. Auch hinsichtlich der körperlichen Gesundheit zeigen die für Deutschland vorliegenden Daten, dass körperliche Beschwerden und Einschränkungen bei Arbeitslosen häufiger vorkommen [103, 104]. Zudem sind arbeitslose Frauen aufgrund von körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen in der Ausübung ihrer alltäglichen Aktivitäten häufiger eingeschränkt als erwerbstätige [103]. Krankenkassendaten zeigen, dass arbeitslose Frauen, die Arbeitslosengeld I beziehen, eine deutlich erhöhte Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, Ernährungs- und Stoffwechsel-Erkrankungen sowie Krankheiten des Nervensystems aufweisen. Psychische und Verhaltensstörungen finden sich bei arbeitslosen Frauen sogar dreimal häufiger. Auch internationale Überblicksarbeiten belegen, dass arbeitslose Frauen häufiger von psychischen Gesundheitsproblemen wie Depressionen und Angststörungen sowie einem geringeren Selbstwertgefühl betroffen sind als erwerbstätige Frauen [96, 99, 104].

Der Eintritt in die Arbeitslosigkeit hat in der Regel erhebliche Auswirkungen auf die Lebensführung der Betroffenen. Sie verlieren einen beträchtlichen Teil ihres Einkommens und damit verbundene gesellschaftliche Teilhabemöglichkeiten. Die immateriellen Verluste wiegen ebenfalls schwer, so z. B. der Verlust fester Tages- und Zeitstrukturen sowie der Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen am Arbeitsplatz [105].

Die Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit sind allerdings komplex. Belastungen und psychosozialer Stress durch Arbeitslosigkeit können gesundheitsriskantes Verhalten und das Auftreten von Erkrankungen begünstigen. Zum anderen haben Erwerbstätige mit chronischen Gesundheitsproblemen ein höheres Arbeitslosigkeitsrisiko. Und Arbeitslosigkeitsrisiken sind sozial ungleich verteilt. Frauen mit einem erhöhten Risiko, arbeitslos zu werden, haben oftmals geringere materielle und psychosoziale Ressourcen [100].

Mit Blick auf den schwächeren Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit bei Frauen im Vergleich zu Männern wird diskutiert, dass Frauen in stärkerem Maße im Familienleben Ressourcen und Anerkennung finden, was die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit abfedern könnte [106, 107]. Zudem können strukturelle Unterschiede in der Beschäftigung eine Rolle spielen. So arbeiten Frauen mit geringeren Stundenzahlen als Männer sowie in Berufen bzw. Branchen mit einer geringeren Entlohnung und häufiger in Jobs mit geringerer sozialer Anerkennung, beispielsweise Minijobs [108]. Der Verlust dieser oftmals weniger attraktiven Arbeitsplätze könnte folglich als eine geringere Einbuße empfunden werden [109]. Ferner scheinen arbeitslose Frauen gesellschaftlich eine geringere Stigmatisierung zu erfahren als arbeitslose Männer [99].

4.3 Fazit

Auf Basis der hier vorgestellten Ergebnisse zu Zusammenhängen von Familie, Beruf und der gesundheitlichen Lage kann angenommen werden, dass sich die Gesundheit von Frauen im erwerbsfähigen Alter insbesondere durch gezielte Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die mit einer Reduzierung von

zeitlicher Belastung und psychischem Stress einhergehen, verbessern ließe.

Laut Sachverständigenkommission des Siebten Familienberichts [110] kann eine bessere Balance zwischen Erwerbs- und Sorgearbeit im Lebensverlauf durch einen Mix aus Zeit-, Infrastruktur- und finanzieller Transferpolitik gefördert werden. Frauen und Männer mit Sorgeaufgaben – wie der Betreuung von Kindern oder der Pflege von Angehörigen – benötigen danach insbesondere mehr Zeitsouveränität, was nicht nur durch flexible Arbeitszeiten, sondern auch durch eine flexiblere Gestaltung der Arbeitszeit im Lebensverlauf erreichbar ist [110, 111]. Insbesondere für Frauen ist es wichtig, den Arbeitsmarkt so zu strukturieren, dass mehr qualifizierte Teilzeitstellen, langfristige Rückkehrperspektiven in Vollzeitarbeit sowie Karriereoptionen trotz temporärer familien- und pflegebedingter Auszeiten möglich sind, so der OECD-Bericht „Dare to share" [6]. Erforderlich sind zudem Maßnahmen, die eine partnerschaftliche Übernahme unbezahlter Sorgearbeit in der Familie fördern sowie eine Verbesserung der Angebote professioneller, bezahlter Sorgearbeit. Das am 1. Januar 2019 in Kraft getretene „Gesetz zur Weiterentwicklung des Teilzeitrechts – Einführung einer Brückenteilzeit" kann vor diesem Hintergrund als ein wichtiger Schritt eingestuft werden. Auch ein weiterer Ausbau von Betreuungsmöglichkeiten für Kleinkinder sowie der außerschulischen Betreuung für Kinder im Grundschulalter ist von Bedeutung [6]. Laut Heitkötter vom Deutschen Jugendinstitut [112] geht es allerdings nicht darum, einseitig durch den Ausbau außerhäuslicher Kinderbetreuungsmöglichkeiten das Familienleben arbeitsweltfähig zu gestalten, sondern gemeinsame Alltagszeit als Grundbedingung des Familienlebens anzuerkennen und damit auch auf eine Aufwertung der Sorgearbeit – die bislang in unserer Gesellschaft nach wie vor der Erwerbsarbeit untergeordnet ist – hinzuwirken. Auf EU-Ebene werden mit der »Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben für Eltern und pflegende Angehörige« vom Februar 2019 Rahmenbedingungen geschaffen, um die Erwerbsbeteiligung von Frauen zu erleichtern und eine partnerschaftliche Aufteilung von Betreuungs- und Pflegeaufgaben zwischen Frauen und Männern zu fördern [113].

Literatur

1. Bittman M, Wajcman J (2000) The Rush Hour: The Character of Leisure Time and Gender Equity. Soc Forces 79(1):165–189
2. Gebhard C, Regitz-Zagrosek V, Neuhauser HK et al. (2020) Impact of sex and gender on COVID-19 outcomes in Europe. Biology of sex differences 11(1):29
3. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2020) Erwerbsarbeit in Zeiten von Corona. Pressemitteilung vom 15. April 2020. https://wzb.eu/de/pressemitteilung/erwerbsarbeit-in-zeiten-von-corona (Stand: 06.05.2020)
4. Statistisches Bundesamt (2020) Soziodemografische Angaben zur Erwerbsbeteiligung von Müttern und Vätern im Vergleich zu kinderlosen Frauen und Männern. Sonderauswertung des Mikrozensus 2018
5. Statistisches Bundesamt (2018) Alleinerziehende. Tabellenband zur Pressekonferenz am 02.08.2018 in Berlin. Ergebnisse des Mikrozensus. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Publikationen/Downloads-Haushalte/alleinerziehende-tabellenband-5122124179004.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 01.04.2020)
6. OECD (Hrsg) (2017) Dare to Share – Deutschlands Weg zur Partnerschaftlichkeit in Familie und Beruf. OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/9789264263420-de (Stand: 01.04.2020)
7. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2019) Brückenteilzeit. www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsrecht/Teilzeit/brueckenteilzeit-artikel.html (Stand: 01.04.2020)
8. Sachverständigenkommission zum Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung (Hrsg) (2017) Erwerbs- und Sorgearbeit gemeinsam neu gestalten. Gutachten für den Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung. Sachverständigenkommission zum Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung, Berlin
9. Bujard M, Panova R (2016) Zwei Varianten der Rushhour des Lebens: Lebensentscheidungen bei Akademiker/innen und Zeitbelastung bei Familien mit kleinen Kindern. Bevölkerungsforschung Aktuell 37(1):11–20
10. Schulz F, Blossfeld HP (2006) Wie verändert sich die häusliche Arbeitsteilung im Eheverlauf. Eine Längsschnittstudie der ersten 14 Ehejahre in Westdeutschland. Kolner Z Soz Sozpsychol 58(1):23–49
11. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2015) 25 Jahre Deutsche Einheit. Gleichstellung und Geschlechtergerechtigkeit in Ostdeutschland und Westdeutschland. BMFSFJ, Berlin
12. Floderus B, Hagman M, Aronsson G et al. (2009) Work status, work hours and health in women with and without children. Occup Environ Med 66(10):704–710
13. Popham F, Gray L, Bambra C (2012) Employment status and the prevalence of poor self-rated health. Findings from UK individual-level repeated cross-sectional data from 1978 to 2004. BMJ Open 2(6):1–10. https://bmjopen.bmj.com/content/2/6/e001342 (Stand: 01.04.2020)
14. Roos E, Burström B, Saastamoinen P et al. (2005) A comparative study of the patterning of women's health by family status and employment status in Finland and Sweden. Soc Sci Med 60(11):2443–2451
15. Roos E, Lahelma E, Saastamoinen P et al. (2005) The association of employment status and family status with health among women and men in four Nordic countries. Scand J of Public Health 33(4):250–260

16. Fokkema T (2002) Combining a job and children: contrasting the health of married and divorced women in the Netherlands? Soc Sci Med 54(5):741–752
17. Schoon I, Hansson L, Salmela-Aro K (2005) Combining work and family life: Life satisfaction among married and divorced men and women in Estonia, Finland, and the UK. Eur Psychol 10(4):309–319
18. Clouston SAP, Quesnel-Vallée A (2012) The role of defamilialization in the relationship between partnership and self-rated health: A cross-national comparison of Canada and the United States. Soc Sci Med 75(8):1342–1350
19. Helmert U, Shea S (1998) Family status and self-reported health in West Germany. Soz Praventivmed 43(3):124–132
20. Lindström M (2009) Marital status, social capital, material conditions and self-rated health: a population-based study. Health Policy 93(2-3):172–179
21. Brockmann H, Klein T (2004) Love and Death in Germany: The Marital Biography and Its Effect on Mortality. J Marriage Fam 66(3):567–581
22. Hilz R, Wagner M (2018) Marital Status, Partnership and Health Behaviour: Findings from the German Ageing Survey (DEAS). Comparative Population Studies 43:65–98
23. Hu YR, Goldman N (1990) Mortality differentials by marital status: an international comparison. Demography 27(2):233–250
24. Ross CE, Mirowsky J, Goldsteen K (1990) The Impact of the Family on Health: The Decade in Review. J Marriage Fam 52(4):1059–1078
25. Hewitt B, Baxter J, Western M (2006) Family, work and health: The impact of marriage, parenthood and employment on self-reported health of Australian men and women. Journal of Sociology 42(1):61–78
26. Muhammad A, Gagnon A (2010) Why should men and women marry and have children? Parenthood, marital status and self-perceived stress among Canadians. J Health Psychol 15(3):315–325
27. Umberson D, Williams K, Powers DA et al. (2006) You make me sick: marital quality and health over the life course. J Health Soc Behav 47(1):1–16
28. Martikainen P (1995) Women's employment, marriage, motherhood and mortality: A test of the multiple role and role accumulation hypotheses. Soc Sci Med 40(2):199–212
29. Sachs-Ericsson N, Ciarlo JA (2000) Gender, Social Roles, and Mental Health: An Epidemiological Perspective. Sex Roles 43(9-10):605–628
30. Evenson RJ, Simon RW (2005) Clarifying the relationship between parenthood and depression. J Health Soc Behav 46(4):341–358
31. Waldron I, Weiss CC, Hughes ME (1998) Interacting effects of multiple roles on women's health. J Health Soc Behav 39(3):216–236
32. Giesselmann M (2018) Mutterschaft geht häufig mit verringertem mentalem Wohlbefinden einher. DIW Wochenbericht 35. DIW, Berlin
33. von der Lippe E, Rattay P (2018) Health-Risk Behaviour of Women and Men – Differences According to Partnership and Parenthood. Results of the German Health Update (GEDA) Survey 2009–2010. In: Doblhammer G, Gumà J (Hrsg) A Demographic Perspective on Gender Family and Health in Europe. Springer, Cham, S. 233–261
34. Rattay P, von der Lippe E, Borgmann L et al. (2017) Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4):24–44. https://edoc.rki.de/handle/176904/2900 (Stand: 01.04.2020)
35. Rattay P, von der Lippe E (2020) Association between living with children and the health and health behavior of women and men. Are there differences by age? Results of the "German Health Update" (GEDA) study. Int J Environ Res Public Health (in Druck)
36. Avison WR, Davies L (2005) Family Structure, Gender, and Health in the Context of the Life Course. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 60(Special Issue 2):113–116
37. Kuntsche S, Knibbe RA, Gmel G (2012) Parents' alcohol use: gender differences in the impact of household and family chores. Eur J Public Health 22(6):894–899
38. Mastekaasa A (2000) Parenthood, gender and sickness absence. Soc Sci Med 50(12):1827–1842
39. Nomaguchi KM, Bianchi SM (2004) Exercise Time: Gender Differences in the Effects of Marriage, Parenthood, and Employment. J Marriage Fam 66(2):413–430
40. Shafer K, Pace GT (2015) Gender differences in depression across parental roles. Soc Work 60(2):115–125
41. Hank K, Steinbach A (2018) Families and Health: A Review. In: Doblhammer G, Gumà J (Hrsg) A Demographic Perspective on Gender, Family and Health in Europe. Springer, Cham, S. 23–39
42. Rapp I, Klein T (2015) Familie und Gesundheit. In: Hill PB, Kopp J (Hrsg) Handbuch Familiensoziologie. Springer VS, Wiesbaden, S. 775–790
43. Klumb PL, Lampert T (2004) Women, work, and well-being 1950–2000: a review and methodological critique. Soc Sci Med 58(6):1007–1024
44. Buehler C, O'Brien M (2011) Mothers' part-time employment: associations with mother and family well-being. J Fam Psychol 25(6):895–906
45. von der Lippe E, Rattay P (2016) Association of partner, parental, and employment statuses with self-rated health among German women and men. SSM Popul Health 2:390–398
46. Molarius A, Granström F, Lindén-Boström M et al. (2014) Domestic work and self-rated health among women and men aged 25–64 years: results from a population-based survey in Sweden. Scand J Public Health 42(1):52–59
47. Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand (Hrsg) (2017) DGB-Index Gute Arbeit. Der Report 2017. Wie die Beschäftigten die Arbeitsbedingungen in Deutschland beurteilen. DGB-Index Gute Arbeit, Berlin
48. du Prel JB, Peter R (2015) Work-family conflict as a mediator in the association between work stress and depressive symptoms: cross-sectional evidence from the German lidA-cohort study. Int Arch Occup Environ Health 88(3):359–368
49. Leineweber C, Baltzer M, Magnusson Hanson LL et al. (2013) Work-family conflict and health in Swedish working women and men: a 2-year prospective analysis (the SLOSH study). Eur J Public Health 23(4):710–716
50. Greenhaus JH, Allen TD, Spector PE (2006) Health Consequences of Work–Family Conflict: The Dark Side of the Work–Family Interface. In: Perrewé PL, Ganster DC (Hrsg) Employee Health, Coping and Methodologies (Research in Occupational Stress and Well Being, Volume 5). Emerald Group Publishing Limited, S. 61–98
51. van Veldhoven MJPM, Beijer SE (2012) Workload, Work-to-Family Conflict, and Health: Gender Differences and the Influence of Private Life Context. J Soc Issues 68(4):665–683
52. Borgmann LS, Rattay P, Lampert T (2019) Health-Related Consequences of Work-Family Conflict From a European Perspective: Results of a Scoping Review. Front Public Health 7(189): doi: 10.3389/fpubh.2019.00189
53. Borgman LS, Mueters S, Kroll LE et al. (2019) Work-family conflict, self-reported general health and work-family reconciliation policies in Europe: Results from the European Working Conditions Survey 2015. SSM Popul Health 9:100465

54. Lunau T, Bambra C, Eikemo TA et al. (2014) A balancing act? Work-life balance, health and well-being in European welfare states. Eur J Public Health 24(3):422–427
55. Peter R, March S, du Prel JB (2016) Are status inconsistency, work stress and work-family conflict associated with depressive symptoms? Testing prospective evidence in the lidA study. Soc Sci Med 151:100–109
56. Tunlid S (2014) Work-family conflict in Sweden and Germany. A study on the association with self-rated health and the role of gender attitudes and family policy (Thesis). www.diva-portal.org/smash/get/diva2:722280/FULLTEXT01.pdf (Stand: 01.04.2020)
57. Statistisches Bundesamt (2013) Geburtentrends und Familiensituation in Deutschland 2012. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Publikationen/Downloads-Haushalte/geburtentrends-5122203129004.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (Stand: 01.04.2020)
58. Statistisches Bundesamt (2019) Geburten: Daten zum durchschnittlichen Alter der Mutter bei Geburt nach der Geburtenfolge für 1. Kind, 2. Kind, 3. Kind und insgesamt 2018. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburten-mutter-biologischesalter.html;jsessionid=58A6EC0FF1FE951F317925BE7993BF45.internet731 (Stand: 01.04.2020)
59. Statistisches Bundesamt (2019) Lebendgeborene: Deutschland, Jahre, Alter der Mutter, Lebendgeburtenfolge 2018 (Tabelle). https://www-genesis.destatis.de/genesis/online (Stand: 05.05.2020)
60. Oesterle S, Hawkins JD, Hill KG (2011) Men's and women's pathways to adulthood and associated substance misuse. J Stud Alcohol Drugs 72(5):763–773
61. Henretta JC, Grundy EM, Okell LC et al. (2008) Early motherhood and mental health in midlife: a study of British and American cohorts. Aging Ment Health 12(5):605–614
62. Techniker Krankenkasse (Hrsg) (2016) Gesundheitsreport 2016. Gesundheit zwischen Beruf und Familie. Techniker Krankenkasse, Hamburg
63. Hank K (2010) Childbearing history, later-life health, and mortality in Germany. Popul Stud (Camb) 64(3):275–291
64. Grundy E, Foverskov E (2016) Age at First Birth and Later Life Health in Western and Eastern Europe. Popul Dev Rev 42(2):245–269
65. Schlücker FU, Blumenfelder RA (2014) Effects of age at first birth on health of mothers aged 45 to 56. Z Fam Forsch 26(3):347–371
66. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ (2008) Early motherhood and subsequent life outcomes. J Child Psychol Psychiatry 49(2):151–160
67. Statistisches Bundesamt (2019) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit – Haushalte und Familien – Ergebnisse des Mikrozensus 2018, Fachserie 1, Reihe 3. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Publikationen/Downloads-Haushalte/haushalte-familien-2010300187004.html (Stand: 01.04.2020)
68. Tophoven S, Lietzmann T, Reiter S et al. (Hrsg) (2018) Aufwachsen in Armutslagen. Zentrale Einflussfaktoren und Folgen für die soziale Teilhabe. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
69. Statistisches Bundesamt (2020) Armutsgefährdungsquote (monetäre Armut) nach Sozialleistungen in Deutschland nach dem Haushaltstyp. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Lebensbedingungen-Armutsgefaehrdung/Tabellen/armutsgef-quote-typ-silc.html (Stand: 05.05.2020)
70. Hoffmann B, Swart E (2002) Selbstwahrnehmung der Gesundheit und ärztliche Inanspruchnahme bei Alleinerziehenden – Ergebnisse des Bundesgesundheitssurveys. Gesundheitswesen 64(4):214–223
71. Lange C, Saß AC (2006) Risikolagen und Gesundheitssituation allein erziehender Frauen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 72(2):121–126
72. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2003) Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 14. RKI, Berlin
73. Timm A (2008) Die gesundheitliche Lage von alleinerziehenden Müttern. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
74. Hancioglu M (2015) Alleinerziehende und Gesundheit – Die Lebensphase „alleinerziehend" und ihr Einfluss auf die Gesundheit (Dissertation). Fakultät für Sozialwissenschaft. Ruhr-Universität, Bochum
75. Franz M, Lensche H, Schmitz N (2003) Psychological distress and socioeconomic status in single mothers and their children in a German city. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 38(2):59–68
76. Köngeter A (2011) Macht Alleinerziehen krank? Der psychische Gesundheitszustand alleinerziehender Mütter unter besonderer Berücksichtigung heterogener Lebenslagen in Deutschland (Bachelorarbeit). GRIN Verlag, München
77. Sperlich S, Collatz J (2006) Ein-Elternschaft – eine gesundheitsriskante Lebensform? Reanalyse der Daten aus Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und ihre Kinder. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 72(2):127–137
78. Helbig S, Lampert T, Klose M et al. (2006) Is parenthood associated with mental health? Findings from an epidemiological community survey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 41(11):889–896
79. Klose M, Jacobi F (2004) Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? Arch Womens Ment Health 7(2):133–148
80. Geyer J (2016) Informell Pflegende in der deutschen Erwerbsbevölkerung: Soziodemografie, Pflegesituation und Erwerbsverhalten. In: ZQP (Hrsg) Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin, S. 24–43
81. Rothgang H, Müller R (2018) Pflegereport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 12. Barmer, Berlin
82. Wetzstein M, Rommel A, Lange C (2015) Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. GBE kompakt 6(3):1–12. https://edoc.rki.de/handle/176904/3137 (Stand: 01.04.2020)
83. Schmidt M, Schneekloth U (2011) Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes". BMG, Berlin
84. Sopp P, Wagner A (2013) Erwerbstätigkeit und Belastung der Hauptpflegeperson. media.boeckler.de/Sites/A/Online-Archiv/12622 (Stand: 01.04.2020)
85. Künemund H (2002) Die „Sandwich-Generation" – typische Belastungskonstellation oder nur gelegentliche Kumulation von Erwerbstätigkeit, Pflege und Kinderbetreuung? Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation 22(4):344–361
86. Bild der Frau (Hrsg) (2015) Frauen der Sandwich-Generation: Zwischen Kinderbetreuung und Unterstützung der Eltern. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach. Funke Frauenzeitschriften GmbH, Hamburg
87. Kramer BJ (1997) Gain in the Caregiving Experience: Where Are We? What Next? Gerontologist 37(2):218–232

88. DAK-Forschung (Hrsg) (2015) Pflege-Report 2015. So pflegt Deutschland. DAK-Forschung, Hamburg
89. Naumann D, Teubner C, Eggert S (2016) ZQP-Bevölkerungsbefragung „Vereinbarkeit von Pflege und Beruf". In: ZQP (Hrsg) Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin, S. 73–86
90. Schneekloth U, Geiss S, Pupeter M (2017) Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von TNS Infratest Sozialforschung und der Universität Bremen. Abschlussbericht. TNS Infratest Sozialforschung, München
91. Lehr U (2010) Beruf oder Pflege – Eine falsche Alternative. BAGSO Nachrichten 19(4):10
92. Pinquart M (2016) Belastungs- und Entlastungsfaktoren pflegender Angehöriger – die Bedeutung der Erwerbstätigkeit. In: ZQP (Hrsg) Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin, S. 60–72
93. Statistisches Bundesamt (2020) Erwerbslosigkeit: Arbeitslose, Arbeitslosenquote aller zivilen Erwerbspersonen nach Geschlecht. www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbslosigkeit/Tabellen/lrarb002.html (Stand: 06.05.2020)
94. Rengers M (2016) Ungenutztes Arbeitskräftepotenzial in der Stillen Reserve. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg) WISTA Wirtschaft und Statistik. Destatis, Wiesbaden, S. 30–51
95. Statistisches Bundesamt (2018) Alleinerziehende in Deutschland 2017. www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2018/Alleinerziehende/pressebroschuere-alleinerziehende.pdf;jsessionid=57FFCD371E9ADACF01902BD163B3E066.internet731?__blob=publicationFile (Stand: 05.05.2020)
96. Herbig B, Dragano N, Angerer P (2013) Health in the Long-Term Unemployed. Dtsch Arztebl Int 110(23-24):413–419
97. Elkeles T (2008) Gesundheitliche Ungleichheit am Beispiel von Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Befunde, Erklärungen und Interventionsansätze. In: Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M (Hrsg) Health Inequalities Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 87–107
98. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2003) Arbeitslosigkeit und Gesundheit Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 13. RKI, Berlin
99. Paul KI, Moser K (2009) Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. J Vocat Behav 74(3):264–282
100. Kroll LE, Müters S, Lampert T (2016) Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012. Bundesgesundheitsbl 59(2):228–237
101. Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW et al. (2011) Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. Soc Sci Med 72(6):840–854
102. Grobe TG (2006) Sterben Arbeitslose früher? In: Holledere A, Brand H (Hrsg) Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Verlag Hans Huber, Bern, S. 75–84
103. Kroll LE, Lampert T (Hrsg) (2012) Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit GBE kompakt. Heft 3. RKI, Berlin
104. Eggs J, Trappmann M, Unger S (Hrsg) (2014) Grundsicherungsempfänger und Erwerbstätige im Vergleich. ALG II Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein. IAB Kurzbericht. http://doku.iab.de/kurzber/2014/kb2314.pdf (Stand: 01.04.2020)
105. Janlert U, Hammarström A (2009) Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. BMC Public Health 9(1):235
106. Artazcoz L, Benach J, Borrell C et al. (2004) Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. Am J Public Health 94(1):82–88
107. Forret ML, Sullivan SE, Mainiero LA (2010) Gender role differences in reactions to unemployment: Exploring psychological mobility and boundaryless careers. J Organ Behav 31(5):647–666
108. Bundesagentur für Arbeit (2018) Blickpunkt Arbeitsmarkt – Die Arbeitsmarktsituation von Frauen und Männern 2017. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg
109. van der Meer PH (2014) Gender, Unemployment and Subjective Well-Being: Why Being Unemployed Is Worse for Men than for Women. Soc Indic Res 115(1):23–44
110. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2006) Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. Siebter Familienbericht. Bericht der Sachverständigenkommission. BMFSFJ, Berlin
111. Bujard M (2016) Das flexible Zweiverdienermodell und seine vielfältigen Chancen. ... und wie die Politik es familienphasensensibel gestalten kann. Analysen & Argumente. Ausgabe 214. Konrad Adenauer Stiftung, Sankt Augustin
112. Heitkötter M (2009) Der »temporal turn« in der Familienpolitik – zeitpolitische Gestaltungsansätze vor Ort für mehr Zeitwohlstand in Familien. In: Heitkötter M, Jurczyk K, Lange A et al. (Hrsg) Zeit für Beziehungen? Zeit und Zeitpolitik für Familien. Verlag Barbara Budrich, Opladen, S. 401–428
113. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2019) EU-Vereinbarkeits-Richtlinie: Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf europaweit stärken. www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/vereinbarkeit-von-familie--pflege-und-beruf-europaweit-staerken/133646 (Stand: 01.04.2020)

Gesundheit älterer Frauen

KAPITEL 5

- *Fast die Hälfte der Frauen ab 65 Jahren bewertet ihre Gesundheit als gut oder sehr gut. Im Zeitverlauf zeichnet sich ein Trend hin zu besserer subjektiver Gesundheit ab.*

- *Im Alter sind deutlich mehr Frauen als Männer alleinlebend, dennoch sind sie nicht häufiger einsam als Männer.*

- *Die im Alter am meisten verbreiteten psychischen Erkrankungen sind Demenz und Depression; sie betreffen jedoch meist erst Frauen im hohen Alter ab 85 Jahren.*

- *Ab einem Alter von 75 Jahren ist bei älteren Frauen die Angst vor Stürzen weiter verbreitet als Sturzerfahrungen.*

- *Rund die Hälfte der älteren Frauen ab 65 Jahren hat eine Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht, mehr als jede Dritte eine Betreuungsverfügung.*

5 Gesundheit älterer Frauen

5.1 Einleitung

Daten der Sterbetafeln 2016/2018 des Statistischen Bundesamtes zufolge liegt die Lebenserwartung neugeborener Mädchen bei 83,3 Jahren, jene der Jungen bei nahezu fünf Jahren weniger (78,5 Jahre). Dieser Unterschied in der Lebenserwartung ist bei älteren Menschen etwas geringer als bei Geburt – die fernere Lebenserwartung von 65-jährigen Frauen liegt bei 21,1 Jahren, jene gleichaltriger Männer nur 3,2 Jahre geringer bei 17,9 Jahren [1]. Dennoch erreichen, bedingt durch die unterschiedliche Lebenserwartung, deutlich mehr Frauen als Männer ein hohes Lebensalter. Frauen werden nicht nur älter, sie haben oftmals auch spezifische Risikofaktoren, die sie von Männern unterscheiden. Hierzu zählen soziale Herausforderungen, insbesondere ein höheres Risiko für Armut sowie eine höhere Wahrscheinlichkeit, im Alter alleine zu leben. Hinzu kommen eine Reihe gesundheitlicher Herausforderungen, die größer sind als bei gleichaltrigen Männern.

Das Kapitel zeigt zentrale gesundheitliche Unterschiede auf und diskutiert spezifische Risiken älterer Frauen ab 65 Jahren vor dem Hintergrund nationaler und internationaler Befunde. Dabei wird neben geschlechtsbezogenen Risiken das Augenmerk auf zeitliche Trends sowie Präventionspotenziale bei älteren Frauen gelegt. Als Datenquellen werden bevölkerungsbezogene Studien des Robert Koch-Institutes (RKI) herangezogen, vor allem die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) und der Deutsche Alterssurvey (DEAS) 2014 des Deutschen Zentrums für Altersfragen. Darüber hinaus werden amtliche Daten genutzt, wie der Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes und weitere Datenquellen und Studien.

Das Kapitel betrachtet vordringlich gesundheitliche Problemlagen älterer Frauen, weniger hingegen ihre gesundheitlichen Ressourcen. Dieser stärker defizitorientierte Blick auf die Gesundheit älterer Frauen dient primär dazu, mögliche Ansatzpunkte zur Verbesserung von Prävention und Intervention aufzuzeigen, spiegelt dabei aber nur einen Teil der Lebenssituationen älterer Frauen wider. Aus Gründen des Umfangs wird im Kapitel nur auf ausgewählte gesundheitliche Problemlagen älterer Frauen eingegangen. Themen wie Ernährung (siehe Kapitel 2.2.2), Über- und Untergewicht (siehe Kapitel 2.2.3) sowie Pflege (siehe Kapitel 2.3.6) sind nur Beispiele für eine Reihe weiterer wichtiger Themen zur Gesundheit älterer Frauen.

5.2 Die Lebenssituation älterer Frauen

Im Jahr 2018 war in Deutschland rund jede fünfte Person (21,1 %) 65 Jahre oder älter [2]. Während in der Gesamtbevölkerung der Anteil von Frauen und Männern weitgehend ausgeglichen ist – 50,5 % der Bevölkerung sind weiblich, 49,5 % sind männlich – liegt bei der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren der Anteil von Frauen mit 55,2 % deutlich höher als in der Gesamtbevölkerung.

Durch die höhere Lebenserwartung von Frauen steigt diese Geschlechterdifferenz über die älteren Altersgruppen hinweg noch an. Die Gruppe der älteren Frauen ist vielfältig hinsichtlich Familienstand, sozialer Einbindung, Einkommen und Alter. Alle diese Faktoren beeinflussen den Gesundheitszustand der Frauen, der weiter unten beschrieben wird (siehe Kapitel 5.3).

Zur Lebenssituation älterer Frauen gehört auch, dass sie sich in vielfältiger Weise engagieren, sowohl innerhalb der Familie, z. B. durch die Betreuung von Enkelkindern oder pflegebedürftigen Angehörigen, als auch im Rahmen des ehrenamtlichen Engagements. Nach Daten der Studie GEDA 2014/2015-EHIS liegt z. B. in der Altersgruppe der 70-Jährigen und Älteren der Anteil der Frauen, die Angehörige im eigenen Haushalt pflegen mit 8,2 % deutlich höher als der Anteil der Männer mit 4,9 % [3] (siehe auch Kapitel 2.3.6). Diese Befunde werden durch den Deutschen Alterssurvey gestützt [4]. Mit Blick auf das ehrenamtliche Engagement ist erkennbar, dass sich der Anteil ehrenamtlich engagierter Frauen im Alter zwischen 70 und 85 Jahren in den letzten rund zwei Jahrzehnten nahezu vervierfachte – von 3,8 % im Jahr 1996 auf 14,1 % im Jahr 2014 [5].

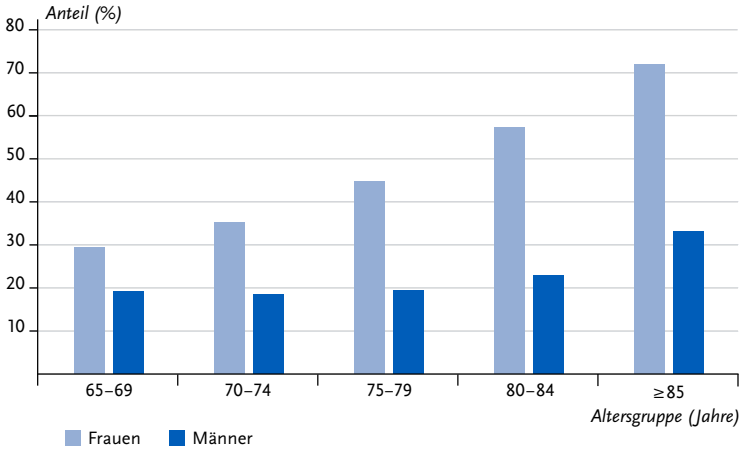
5.2.1 Familienstand und wirtschaftliche Situation

Die Mehrheit der älteren Bevölkerung ist verheiratet und lebt mit der Ehepartnerin bzw. dem Ehepartner zusammen (59,3 %) [2]. Ältere Frauen sind dabei deutlich seltener verheiratet und zusammenlebend als ältere Männer. Drei Viertel der älteren Männer ab 65 Jahren (73,5 %), aber nur knapp die Hälfte der gleichaltrigen Frauen (47,8 %) leben verheiratet mit ihren Ehepartnern zusammen. Ein wesentlicher Grund für diesen Unterschied liegt in der höheren Lebenserwartung älterer Frauen. Sie bleiben oftmals alleine zurück, wenn der Partner verstirbt. Männer haben hingegen häufiger eine etwas jüngere Ehepartnerin (der durchschnittliche Altersabstand liegt bei etwa drei bis vier Jahren [6]) und schließen auch im späteren Lebensalter häufiger eine neue Ehe nach dem Verlust ihrer Ehepartnerin als Frauen [7]. Diese Unterschiede im Familienstand spiegeln sich im höheren Anteil alleinlebender älterer Frauen als Männer in Privathaushalten wider, wie in Abbildung 5.2.1.1 zu sehen ist.

Das Einkommen, wie auch ggf. Immobilienvermögen, Geld- und Sachvermögen sind wichtige Ressourcen, da sie in vielfältiger Weise über die Möglichkeiten der persönlichen Lebensgestaltung und gesellschaftlichen Teilhabe mitbestimmen (siehe auch Exkurs Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Frauen). Durch die unterschiedliche Erwerbsbeteiligung von Frauen und Männern, die heute im Rentenalter sind, unterscheiden sich deren Einkommensquellen und auch die Höhe der Renteneinkommen. Im Jahr 2014 bezog nur jede vierte alleinlebende Frau ab 65 Jahren ausschließlich eine eigene Rente, unter den alleinlebenden älteren Männern war dieser Anteil mit 71 % fast dreimal so hoch [8]. 69 % der alleinlebenden älteren Frauen bezogen neben der Altersrente auch eine Hinterbliebenenrente [8]. Daten der europäischen Studie Leben in Europa (EU-SILC) zufolge lag in Deutschland im Jahr 2018 das durchschnittliche jährliche Personeneinkommen (Median) aufgrund von Rente oder Pension bei Frauen ab 65 Jahren bei 13.050 Euro, bei Männern bei 21.000 Euro [9].

Aktuellen Daten des Mikrozensus zufolge waren im Jahr 2018 16,4 % der Frauen und 12,7 % der Männer ab 65 Jahren armutsgefährdet [2]. Sie mussten mit weniger als 60 % des mittleren Einkommens (Median) der Gesamtbevölkerung auskommen. Bei dieser Berechnung wird das Einkommen des Haushalts zugrunde gelegt und an der Zahl der Haushaltsmitglieder relativiert. Innerhalb der Gruppe älterer Frauen zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen Frauen, die in Ein- oder Mehrpersonenhaushalten leben. Während fast jede vierte alleinlebende Frau (23,5 %) durch Armut gefährdet war, betraf dies nur rund jede sechste Frau (16,4 %) in einem Mehrpersonenhaushalt [10]. Auch wenn die

Abbildung 5.2.1.1
Anteil alleinlebender älterer Frauen und Männer nach Alter
Datenbasis: Mikrozensus 2018 [2]

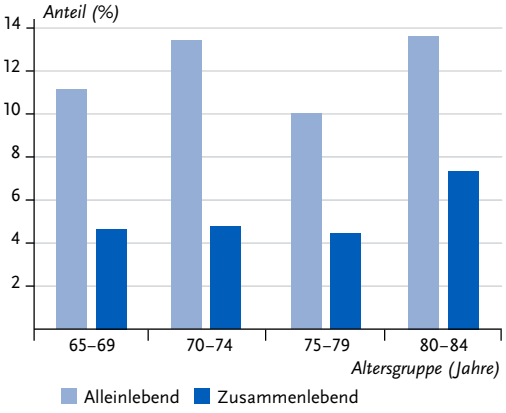


Armutsgefährdungsquote der älteren Bevölkerung mit einem Risiko von durchschnittlich 14,7 % unter dem Risiko der jüngeren Bevölkerung bis 65 Jahren liegt (15,7 %) steigt sie seit einigen Jahren wieder – zwischen 2007 und 2018 von 12,9 % auf 16,4 % für Frauen ab 65 Jahren [10]. Als wesentlicher Grund werden unterbrochene und unstetige Erwerbsverläufe in den geburtenstarken Jahrgängen (Babyboomer) angeführt, die zunehmend ins Rentenalter kommen [11].

5.2.2 Einsamkeitserleben

Vor dem Hintergrund der höheren Zahl alleinlebender Frauen stellt sich die Frage, ob es entsprechend mehr ältere Frauen als Männer gibt, die Einsamkeit erleben. Einsamkeit bezeichnet das negative subjektive Erleben und Bewerten einer Diskrepanz zwischen gewünschten und tatsächlichen sozialen Beziehungen [12]. Diese Diskrepanz kann sich auf die Zahl der Beziehungspersonen wie auch auf die Beziehungsqualität beziehen [13]. Einsamkeit hängt oftmals mit sozialer Isolation zusammen, d. h. mit einem objektiven Mangel an sozialen Beziehungen, ist damit aber nicht gleichzusetzen. Menschen können sich trotz großer sozialer Netzwerke einsam fühlen und umgekehrt, sich auch mit wenigen sozialen Kontakten als zufrieden und sozial eingebunden empfinden.

Abbildung 5.2.2.1
Anteil älterer Frauen mit Einsamkeitserleben nach Alter und Lebensform
Datenbasis: Deutscher Alterssurvey 2014



Eine Reihe von Längsschnittstudien weist darauf hin, dass Einsamkeit mit einer schlechteren Gesundheit, erhöhter depressiver Symptomatik, einer höheren Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten sowie einer höheren Wahrscheinlichkeit, vorzeitig zu versterben einhergeht [14–19]. In einer Metaanalyse fiel der Effekt von Einsamkeit auf die Sterblichkeit ähnlich groß aus wie jener von sozialer Isolation oder Alleinleben [20].

Ein Vergleich von älteren Frauen und Männern verdeutlicht, dass Frauen zwar häufiger alleine leben, aber nicht häufiger einsam sind als Männer. Dass sich ältere Frauen und Männer im Einsamkeitserleben nicht unterscheiden, liegt jedoch nicht daran, dass ältere Frauen größere soziale Netzwerke hätten als Männer. Während sich im mittleren Erwachsenenalter tatsächlich ein Geschlechterunterschied in der Netzwerkgröße zeigt, findet sich bei Frauen und Männern im Alter zwischen 70 und 85 Jahren kein Unterschied in der Anzahl von Personen im engen Netzwerk [21].

Die Daten des DEAS verweisen darauf, dass innerhalb der Gruppe der älteren Frauen die Alleinlebenden über ein höheres Einsamkeitserleben berichten als jene, die mit anderen Personen – meist ihrem Ehepartner – zusammenleben (Abb. 5.2.2.1). Demnach ist mehr als jede zehnte ältere, alleinlebende Frau einsam, bei den Zusammenlebenden sind es nur etwa halb so viele. Im Vergleich zu Frauen im mittleren Erwachsenenalter (40 bis 54 Jahre: 8,8 %, 55 bis 69 Jahre: 8,5 % mit Einsamkeitserleben) berichten Frauen zwischen 70 und 85 Jahren jedoch nicht häufiger von Einsamkeit (8,0 %) [22]. Allerdings hat sich in dieser Studie gegenüber dem Erhebungsjahr 1996 ein Wandel vollzogen. Im Jahr 1996 gab es noch Unterschiede im Einsamkeitserleben zuungunsten älterer Frauen: Damals berichteten noch 12,5 % der Frauen zwischen 70 und 85 Jahren über Einsamkeit, jedoch nur 8,8 % der Frauen zwischen 40 und 54 Jahren [22]. Dieser Rückgang könnte darauf zurückzuführen sein, dass heutzutage mehr Frauen gemeinsam mit ihrem Ehepartner alt werden als noch vor rund 20 Jahren.

Die berichteten bevölkerungsrepräsentativen Angaben basierend auf dem DEAS beziehen sich ausschließlich auf die Bevölkerung in Privathaushalten, während rund 4 % der Menschen ab 65 Jahren vollstationär in Heimen leben [23]. Dadurch könnte der Anteil einsamer Frauen im Alter etwas unterschätzt werden. Dennoch machen die

Ergebnisse insgesamt deutlich, dass nur ein kleiner Teil älterer Frauen im Alter einsam ist. Aber auch für jene, die davon betroffen sind, ist Einsamkeit kein unabwendbares Schicksal. Neben den Kontakten in der Nachbarschaft, zu Freundinnen und Freunden sowie Bekannten können auch gezielte Interventionsangebote wie soziale und bildungsbezogene Gruppenaktivitäten zur Verringerung von Einsamkeit im Alter beitragen [24].

5.3 Gesundheitliche Lage älterer Frauen

Seit vielen Jahrzehnten kommen Studien immer wieder zu dem Schluss, dass Frauen in entwickelten Ländern wie Deutschland länger leben als Männer, aber mehr Krankheiten haben [25]. Im Folgenden wird dargestellt, für welche Gesundheitsaspekte Geschlechterunterschiede im Alter zu finden sind, inwieweit bestimmte Gruppen von Frauen besonders betroffen sind und welche Erklärungs- und Präventionsansätze bestehen. Dargestellt werden Gesundheitsaspekte, die gerade im Alter eine besondere Bedeutung erfahren. Hierzu zählen u. a. subjektive Gesundheit, Depression und Demenz, körperliche Gebrechlichkeit und Stürze. Damit umfasst das folgende Kapitel nicht allein Gesundheitsaspekte, die körperliche Erkrankungen widerspiegeln, sondern auch solche zu gesundheitsbezogener Lebensqualität, psychischen Erkrankungen sowie Risikofaktoren für den Verlust von Selbstständigkeit im Alter.

Für das folgende Kapitel musste eine Auswahl von Gesundheitsaspekten getroffen werden. Daneben gibt es weitere wichtige Gesundheitsprobleme im Alter, z. B. Schmerzen sowie Inkontinenz. Auch sie können deutliche Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten nach sich ziehen. In Studien zeigt sich übereinstimmend, dass Frauen über mehr Schmerzen berichten als Männer [26, 27]. Als Ursachen für das erhöhte Schmerzrisiko bei älteren Frauen im Vergleich zu Männern werden ein schlechterer Allgemeinzustand, mehr chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und verringerte körperliche Aktivität angeführt [26]. Von Harninkontinenz sind in jüngeren Jahren mehr Frauen als Männer betroffen, im Alter verringern sich die Geschlechterunterschiede deutlich [28, 29]. Risikofaktoren bei Frauen sind u. a. Schwangerschaften, vaginale Entbindung, Adipositas und Diabetes [30]. Die Angaben zur Prävalenz von Harninkontinenz schwanken stark, auch weil das Thema schambesetzt ist. Etwa ein Drittel der Frauen ab 80 Jahren ist vermutlich betroffen [28].

5.3.1 Subjektive Gesundheit

Als subjektive Gesundheit wird der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand einer Person bezeichnet. Dieser kann deutlich vom medizinisch diagnostizierten Gesundheitszustand abweichen [31]. Diese Abweichung ist insbesondere im höheren Lebensalter zu beobachten: Während sich die objektive, d. h. diagnosebasierte Gesundheit mit steigendem Alter oft merklich verschlechtert, nimmt das subjektive Gesundheitserleben nicht unbedingt im gleichen Maße ab [32]. Zahlreiche Studien konnten zudem zeigen, dass die subjektive Gesundheit besser vorhersagen kann, wie lange Menschen leben, als dies mithilfe objektiver Informationen über den Gesundheitszustand möglich ist [33–36]. Während frühere Studien darauf hinwiesen, dass der Effekt der subjektiven Gesundheit auf die Sterblichkeit bei Männern größer ist als bei Frauen [35], zeigen aktuellere Studien keine bedeutsamen Geschlechterunterschiede [37, 38].

Zur Messung der subjektiven Gesundheit wurde im Rahmen der Studie GEDA 2014/2015-EHIS des RKI das international etablierte Minimum European Health Module (MEHM) eingesetzt. Dabei zeigen sich für die Altersgruppe der 65-jährigen und älteren Menschen in Deutschland keine Unterschiede in der subjektiven Gesundheit von Frauen und Männern. Dies entspricht vergleichbaren Befunden des DEAS [39, 40].

In der Gruppe der 65-jährigen und älteren Frauen bewerten insgesamt 45,7 % ihre Gesundheit als gut oder sehr gut. Eine nähere Betrachtung zeigt, dass sich innerhalb dieser Gruppe die subjektive Gesundheit je nach Alter deutlich unterscheidet: Bewertet in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen noch mehr als jede zweite Frau ihre Gesundheit als gut oder sehr gut (54,9 %), berichten nur noch 39,7 % der 75- bis 84-jährigen Frauen von einer guten oder sehr guten Gesundheit, in der Altersgruppe der 85-Jährigen und Älteren noch jede vierte Frau (24,7 %). Entsprechend nimmt der Anteil jener Frauen über die Altersgruppen

hinweg zu, die eine mittelmäßige bis sehr schlechte Gesundheit berichten.

Alleinlebende Frauen unterscheiden sich laut GEDA-Daten in ihrer subjektiven Gesundheit nicht von Frauen, die in Mehrpersonenhaushalten leben. Es zeigen sich Bildungsunterschiede, allerdings nur in der Gruppe der 65- bis 74-Jährigen. In dieser Altersgruppe bewerten nur 46,1 % der Frauen aus der unteren Bildungsgruppe ihre Gesundheit als gut oder sehr gut, während dieser Anteil bei jenen aus der mittleren bzw. oberen Bildungsgruppe deutlich höher liegt (58,5 % bzw. 63,5 %). Dass sich dieser auch aus anderen Studien bekannte Bildungsunterschied [39, 41] in der subjektiven Gesundheit nicht für 75-Jährige und Ältere zeigt, könnte teilweise darauf zurückzuführen sein, dass besonders in unteren Bildungsgruppen ein fortgeschrittenes Alter vor allem dann erreicht wird, wenn eine gute Gesundheit besteht.

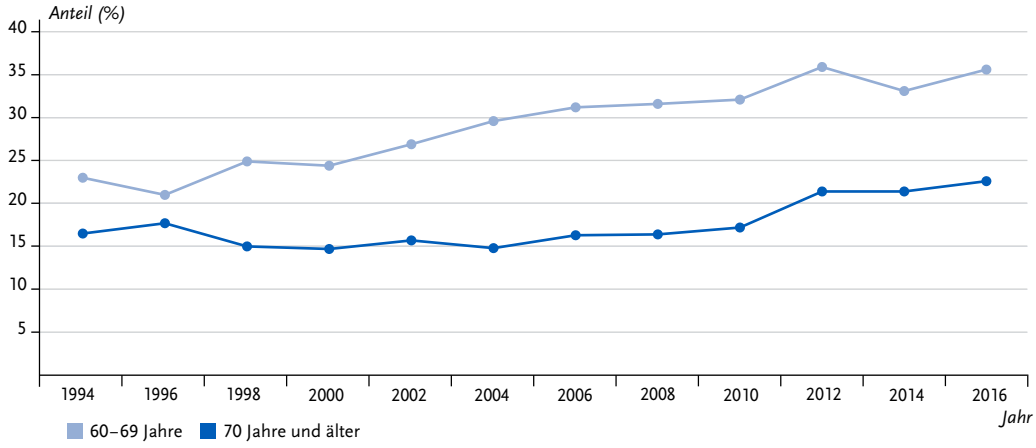
Eine ergänzende Betrachtung der subjektiven Gesundheit im Zeitverlauf weist darauf hin, dass sich bei älteren Frauen ein Trend zu besserer subjektiver Gesundheit abzeichnet [42]. Dies machen Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) deutlich (Abb. 5.3.1.1). Demnach haben heutzutage ältere Frauen ab 60 Jahren eine bessere subjektive Gesundheit als jene, die diese Lebensphase vor rund 20 Jahren erreicht haben. Der Anteil von Frauen mit guter bis sehr guter subjektiver Gesundheit liegt insgesamt niedriger als in GEDA. Im SOEP und in der GEDA-Studie wurde die subjektive Gesundheit unterschiedlich erfragt, die Ergebnisse lassen sich daher nicht direkt mit den oben berichteten GEDA-Befunden vergleichen.

Da die subjektive Gesundheit nicht allein den objektiven Gesundheitszustand widerspiegelt, sondern gerade bei älteren Menschen weitere Aspekte wie Lebenszufriedenheit, positive Stimmung und körperliche Aktivität mit einschließt, gibt es mehrere mögliche Gründe für den positiven Trend [43]. Aufgrund der großen Bedeutung von subjektiver Gesundheit für die Sterblichkeit, aber auch für die objektive Gesundheit [44], ist die insgesamt gute und im zeitlichen Verlauf besser gewordene subjektive Gesundheit älterer Frauen ein bedeutsamer Befund.

5.3.2 Depression

Zu den Hauptmerkmalen einer depressiven Störung gehören eine gedrückte Stimmung, verminderter Antrieb und Aktivität sowie der Verlust von Freude und Interesse. Oftmals kommen Konzentrationsschwierigkeiten, Müdigkeit, Schlafstörungen und verminderter Appetit hinzu. Ebenso sind Probleme beim Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen verbreitet. Depressive Störungen unterscheiden sich nach Schweregrad. Während die Dysthymie eine eher milde, jedoch langandauernde depressive

Abbildung 5.3.1.1
Anteil älterer Frauen mit guter oder sehr guter subjektiver Gesundheit im Zeitverlauf nach Alter
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel (SOEP)

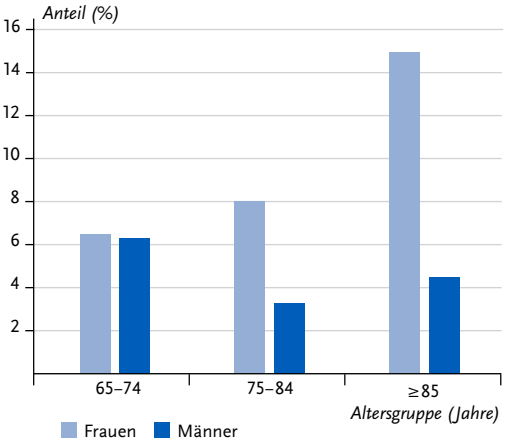


Verstimmung ist, zeichnet sich eine schwere Depression durch einen entsprechend höheren Schweregrad der genannten Symptomatik aus.

Eine Depression ist diagnostisch abgrenzbar von Gefühlen wie Traurigkeit, Stress oder Furcht, die alle Menschen hin und wieder erleben [45]. Bei älteren Menschen äußert sich eine Depression teilweise anders als bei Jüngeren. Neben körperlichen Beschwerden treten psychische Komponenten wie Hoffnungslosigkeit, subjektive Gedächtnisprobleme und kognitive Defizite häufiger auf als bei Jüngeren [46]. Es wird vermutet, dass eine Depression bei älteren Menschen häufiger unterdiagnostiziert bleibt, nicht allein wegen einer teilweise anderen Symptomatik, sondern auch weil ältere Menschen wie ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte solche Symptome eher dem Altern als solches oder einer körperlichen Erkrankung zuschreiben. Bezüglich der Krankheitskosten von Depression im Alter kommt eine systematische Analyse verschiedener internationaler Studien zum Ergebnis, dass die ambulanten und stationären Kosten ebenso wie die Gesamtkosten für die Gesundheitsversorgung bei älteren Menschen mit Depression um ein Drittel höher liegen als bei jenen ohne Depression [47]. Internationalen Studien zur Häufigkeit von depressiven Störungen im Lebensalter ab 75 Jahren zufolge sind rund 7,1 % dieser Bevölkerungsgruppe von einer schweren Depression betroffen, die Prävalenz für leichtere Formen depressiver Störungen liegt bei 17,1 % [46].

Im Rahmen der Studie GEDA 2014/15-EHIS wurde Depression anhand der selbstberichteten ärztlichen Diagnose in den letzten 12 Monaten erfasst [48]. In der Altersgruppe der 65-jährigen und älteren Personen zeigt sich, dass 8 % der Frauen und 5 % der Männer über eine Depressionsdiagnose berichten. Für ältere Frauen ist ein deutlicher Anstieg der Prävalenzraten über die drei betrachteten Altersgruppen hinweg festzustellen (Abb. 5.3.2.1). Unterschiede zwischen Frauen, die alleine oder in einem Mehrpersonenhaushalt leben, zeigen sich dabei nicht. Im Gegensatz zu älteren Frauen zeigt sich bei gleichaltrigen Männern kein bedeutsamer Anstieg von Depression im Altersgruppenvergleich. Allerdings ist einschränkend zu berücksichtigen, dass aufgrund geringer Fallzahlen besonders in der Gruppe der 85-jährigen und älteren Männer dieser Befund in zukünftigen Studien näher untersucht werden sollte.

Abbildung 5.3.2.1
Anteil älterer Frauen und Männer mit selbstberichteter ärztlich diagnostizierter Depression in den letzten 12 Monaten nach Alter
Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS [49]



Der deutliche Anstieg von Depression bei Frauen ab dem Alter von 85 Jahren zeigt sich auch in internationalen Studien [46]. Ebenso ist die insgesamt im Vergleich zu Männern deutlich höhere Prävalenz von Depression bei Frauen – national wie international – aus zahlreichen Studien bekannt. Einer aktuellen Metaanalyse zufolge, die jüngere wie ältere Altersgruppen einbezog, sind rund doppelt so viele Frauen wie Männer an einer Depression erkrankt [50]. Es werden mehrere Gründe für diesen Geschlechterunterschied diskutiert. Biologische Unterschiede wie hormonelle Veränderungen, z. B. in der Adoleszenz und in der Menopause, werden als eine Erklärung herangezogen [51], teilweise jedoch auch in Frage gestellt [52]. Soziale Unterschiede wie Einkommensungleichheit, Diskriminierung von Frauen oder geschlechtsbezogene Arbeitsteilung sind weniger umstrittene Gründe für den Geschlechterunterschied. Auch gesundheitliche Unterschiede wie die höhere Prävalenz von Krankheiten und Funktionseinbußen bei Frauen tragen zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Depression bei. Schließlich werden geschlechterstereotype Vorstellungen auf Seiten der Patientinnen und Patienten, aber auch auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte als weitere Erklärung herangezogen. Eine Depression wird eher als typisch weibliche Krankheit angesehen, was dazu beitragen könnte, dass sie bei Frauen häufiger diagnostiziert wird.

Darüber hinaus sind Geschlechterunterschiede im Hilfesuchverhalten belegt. Frauen nehmen häufiger und früher medizinische Hilfe in Anspruch als Männer, auch erwähnen sie in der ärztlichen Konsultation häufiger psychische und psychosomatische Beschwerden als Männer [53]. Bei Männern äußert sich eine Depression zudem oftmals weniger anhand klassischer Depressionssymptome, sondern über erhöhte Feindseligkeit, Agitiertheit und Alkoholkonsum (siehe Kapitel 2.1.7) [50, 54]. Die im Vergleich zu Frauen deutlich höheren Suizidraten von Männern, die im Alter besonders ausgeprägt sind, verweisen ebenfalls darauf, dass bei Männern eine Depression häufiger unerkannt und dadurch unbehandelt bleibt als bei Frauen [55], da Depressionen als Hauptursache für Suizide gelten.

Die in Abbildung 5.3.2.1 dargestellten Prävalenzen machen deutlich, dass Depression besonders im hohen Alter verbreitet ist. Da die Zahl hochaltriger Menschen ab 85 Jahren in Deutschland in den kommenden Jahren steigen wird, könnte auch die Zahl von depressiv erkrankten älteren Frauen deutlich zunehmen. Die dargestellten Prävalenzraten beziehen sich nur auf Frauen in Privathaushalten, während Schätzungen davon ausgehen, dass die Prävalenz bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern mit rund 15 % bis 20 % deutlich höher liegt [56]. Um zukünftige Bedarfe von älteren und insbesondere hochaltrigen Frauen mit Blick auf Prävention und Behandlung einer Depression besser abschätzen zu können, ist es erforderlich, anhand von größeren Bevölkerungsstichproben die Verbreitung und Ursachen von Depressionen im hohen Alter zu untersuchen. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist ein Projekt zum Einschluss von hochaltrigen und gesundheitlich eingeschränkten älteren Menschen im Rahmen des RKI-Gesundheitsmonitorings.

5.3.3 Demenz

Neben einer Depression zählt Demenz zu den beiden am häufigsten vorkommenden psychischen Erkrankungen bei Frauen im Alter. Unter Demenz wird eine erworbene und fortschreitende Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit verstanden. Demenz tritt vor allem im Alter auf, ist aber keine normale Begleiterscheinung des Alters. Kennzeichen demenzieller Erkrankungen sind Gedächtnisstörungen, Beeinträchtigungen in Aufmerksamkeit, Sprache, Denkvermögen, Orientierungssinn und Urteilsvermögen sowie Apathie [57]. Schätzungen gehen davon aus, dass bei zwei von drei Menschen mit Demenz die Ursache eine Alzheimer-Krankheit ist [58]. Demenzerkrankungen gehen mit erheblichen persönlichen, gesellschaftlichen und ökonomischen Konsequenzen einher, insbesondere aufgrund des hohen Versorgungs- und Pflegebedarfs der Betroffenen [59].

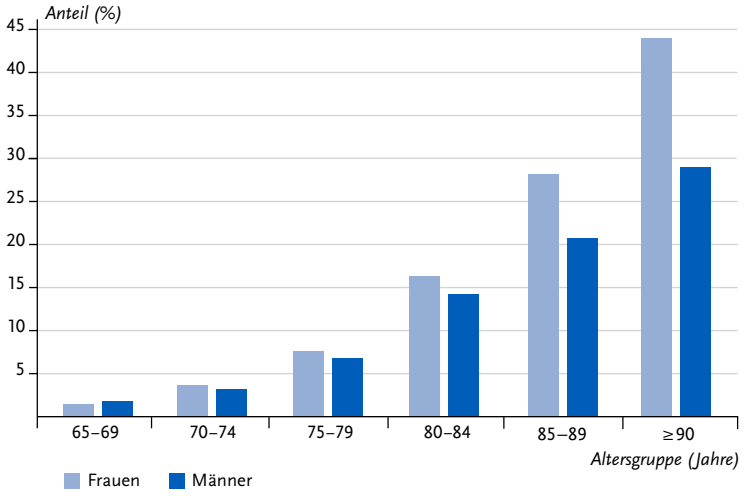
In Deutschland lebten Ende des Jahres 2016 rund 1,6 Millionen Menschen mit Demenz [58]. Über 98 % der Demenzerkrankungen betreffen Menschen ab 65 Jahren, Frauen sind dabei deutlich häufiger von Demenz betroffen als Männer. Bei den 65-jährigen und älteren Frauen liegt die Prävalenzrate bei rund 11 %, bei Männern bei 7,2 %; zwei Drittel der Erkrankten sind Frauen [58].

In den höheren Altersgruppen steigen die Prävalenzraten steil an, für Frauen stärker als für Männer (Abb. 5.3.3.1). Zwei Drittel aller Demenzerkrankten sind mindestens 80 Jahre alt, im Alter ab 90 Jahren sind 44,2 % der Frauen (und 29,0 % der Männer) an einer Demenz erkrankt. Anhand von Krankenkassendaten der Gmünder Ersatzkasse wurde ergänzend betrachtet, wie hoch die Prävalenz von Demenz bei älteren, in Privathaushalten bzw. Heimen lebenden Menschen ist. Dabei zeigte sich, dass mehr als die Hälfte der Menschen in Pflegeheimen eine Demenz haben und damit die Prävalenz rund 19-mal so hoch liegt wie bei Menschen in Privathaushalten [60]. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass Menschen häufig aufgrund ihrer Demenz in Pflegeheimen versorgt werden und nicht erst im Pflegeheim an Demenz erkranken.

International wird diskutiert, inwieweit die in vielen Studien gefundenen Geschlechterunterschiede vor allem darauf zurückzuführen sind, dass mehr Frauen als Männer ein hohes Alter erreichen [61]. Diskutiert wird auch die Rolle von Bildung als Schutzfaktor vor Demenz [62]. Die geringeren Bildungsunterschiede zwischen Frauen und Männern in den nachwachsenden Jahrgängen könnten ebenso wie die sich angleichende Lebenserwartung dazu beitragen, dass in Zukunft die geschlechtsbezogenen Unterschiede geringer werden.

Mehrere internationale Studien geben Grund zur Annahme, dass die Zahl von Neuerkrankungen (Inzidenz) an Demenz weniger stark ansteigen wird als dies bisher aufgrund von Vorausberechnungen

Abbildung 5.3.3.1
Anteil älterer Frauen und Männer mit Demenz nach Alter
Datenbasis: Alzheimer Europe [57]



erwartet wurde [63, 64]. Wie sich die Verbreitung von Demenz in Zukunft entwickeln wird, hängt mit davon ab, wie erfolgreich Public-Health- und andere Maßnahmen dazu beitragen, potenziell beeinflussbare Risiken für Demenz wie körperliche Inaktivität, Rauchen, missbräuchlicher Alkoholkonsum, Adipositas, Diabetes, Bluthochdruck, Depression und geringe Bildung zu vermeiden [65, 66]. Hochrechnungen zufolge können allein in Deutschland 30,5 % der aktuellen Fälle von Alzheimer-Demenz auf die sieben genannten Risikofaktoren zurückgeführt werden [58]. Weitere beeinflussbare Risikofaktoren umfassen soziale Isolation und Gehörverlust [67]. Vor dem Hintergrund der weltweiten Alterung der Bevölkerung und dem damit zu erwartenden Anstieg der Zahl von Menschen mit Demenz, wird die Bedeutung dieser Krankheit für die Gesundheitssysteme in den kommenden Jahren weiter zunehmen.

5.3.4 Multimorbidität

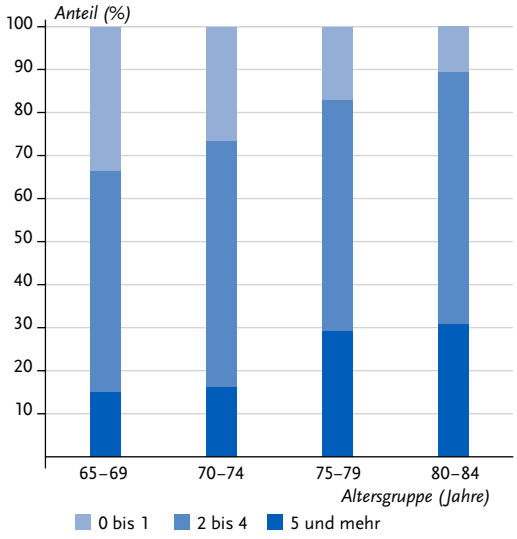
Treten bei einer Person mehrere (mindestens zwei) chronische Erkrankungen gleichzeitig auf, wird von Multimorbidität gesprochen [68, 69]. Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit von Multimorbidität erheblich an. Für viele Erkrankte erfordert dies zugleich eine Einnahme mehrerer Medikamente (Polypharmazie, siehe Kapitel 2.3.7) sowie regelmäßig notwendige Arztbesuche und Behandlungen. Multimorbidität ist oftmals begleitet von funktionalen Einschränkungen, verringerter Lebensqualität und einem deutlich erhöhten Risiko einer Depression [70–72]. Durch die vermehrte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist Multimorbidität zudem oftmals mit hohen Kosten verbunden, sowohl für die Betroffenen (z. B. aufgrund von Zuzahlungen für Medikamente) als auch für das Gesundheitssystem [73].

Im Rahmen des DEAS wurden die Befragten gebeten, anhand einer Liste von elf Krankheitsgruppen (u. a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen) anzugeben, welche der genannten Erkrankungen bei ihnen vorliegen. Basierend auf diesen Angaben wurde ein Multimorbiditätsindex gebildet, der die Zahl der genannten Erkrankungen enthält. Die Daten des DEAS zeigen für ältere Erwachsene deutliche Alters-, Geschlechts- und Bildungsunterschiede: Frauen sind häufiger von Multimorbidität betroffen, ein höheres Alter und geringere Bildung erhöhen unabhängig vom Geschlecht das Risiko für Multimorbidität. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit Befunden anderer Studien [74]. Zwar leiden Menschen auch schon im mittleren Erwachsenenalter an Krankheiten, beispielsweise ist fast jede zweite Frau (48,7 %) in

Deutschland im Alter zwischen 40 und 54 Jahren von zwei und mehr Erkrankungen betroffen [75]. Mit steigendem Alter kommt es jedoch oft zu einer weiteren Kumulation von Erkrankungen. Gründe dafür sind neben altersphysiologischen Prozessen (z. B. Veränderungen der Muskelmasse oder Knochendichte, hormonelle Veränderungen), auch über viele Jahre hinweg andauernde Risikofaktoren (z. B. Inaktivität, Rauchen, Übergewicht) sowie Erkrankungen, die in der Folge einer anderen Erkrankung auftreten (z. B. Veränderungen an Blutgefäßen infolge einer Diabetes-Erkrankung). Frauen sind häufiger von Multimorbidität betroffen, da sie aufgrund der längeren Lebenszeit eine höhere Wahrscheinlichkeit für die Entstehung (weiterer) Erkrankungen haben und zudem häufiger von Krankheiten betroffen sind, die nicht tödlich enden.

Innerhalb der Gruppe der älteren Frauen gibt es deutliche Unterschiede: Mit steigendem Alter sind Frauen häufiger von Multimorbidität betroffen. Während in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen rund zwei von drei Frauen angeben, mindestens zwei Erkrankungen zu haben, steigt der Anteil bis zur Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen auf fast 90 % an (Abb. 5.3.4.1). Besonders stark steigt dabei der Anteil an Frauen mit fünf oder mehr Erkrankungen. Zu den häufigsten Krankheitsgruppen zählen den Daten des DEAS zufolge bei den älteren Frauen ab 65 Jahren Gelenk-, Knochen-, Bandscheiben oder Rückenleiden (53,6 %), Augenleiden (35,8 %) sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (32,2 %). Dabei zeigen sich innerhalb dieser Gruppe keine Unterschiede in Abhängigkeit vom Bildungsstand oder der Lebensform, d. h. alleine- oder zusammenlebend.

Abbildung 5.3.4.1
Anzahl selbstberichteter Erkrankungen bei älteren Frauen nach Alter
Datenbasis: Deutscher Alterssurvey 2014



Eine Reihe von internationalen Quer- und Längsschnittstudien verweist darauf, dass die Mehrzahl der älteren Bevölkerung von Multimorbidität betroffen ist [76–78]. In den letzten Jahren gibt es zunehmend Bestrebungen, Leitlinien für die Diagnose und Behandlung von Multimorbidität aufzustellen [79]. Im Fokus steht dabei die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen.

5.3.5 Körperliche Funktionsfähigkeit

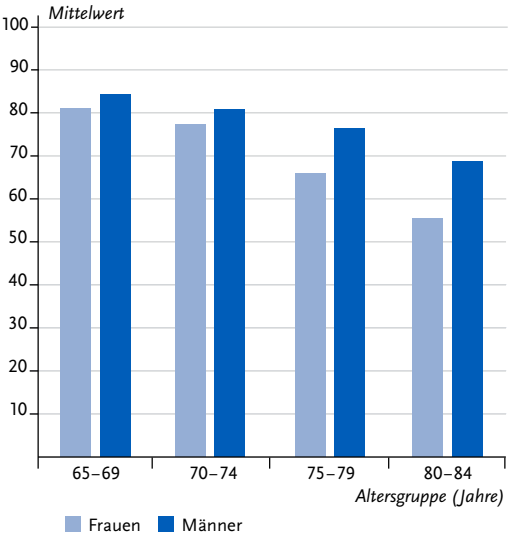
Die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Funktionsfähigkeit wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Hauptkriterium gesunden Alterns herangezogen [80]. Je nach Definition umfasst der Begriff der Funktionsfähigkeit neben körperlichen auch kognitive Fähigkeiten. Diese Fähigkeiten sind eine wichtige Grundlage für das tägliche Leben und ermöglichen Selbstständigkeit und gesellschaftliche Teilhabe [81]. Einschränkungen der Funktionsfähigkeit beeinträchtigen nicht nur die Lebensqualität, sondern tragen auch dazu bei, dass ältere Menschen stürzen, in ein Heim umziehen oder vorzeitig versterben [82]. Im Folgenden steht die körperliche Funktionsfähigkeit im Zentrum der Betrachtung, während in Kapitel 5.3.3 auf Demenz und damit auf eine vergleichsweise häufige Form kognitiver Einschränkung eingegangen wurde.

Im höheren Lebensalter verschlechtert sich oftmals die körperliche Funktionsfähigkeit. Eine Reihe von nationalen und internationalen Studien weist darauf hin, dass Frauen dabei häufiger als Männer von Einschränkungen der körperlichen Funktionsfähigkeit betroffen sind [83–86]. Dies zeigt sich auch anhand der Daten des DEAS, im Rahmen dessen die körperliche Funktionsfähigkeit anhand der Subskala „Körperliche Funktionsfähigkeit (Mobilität/Aktivitäten des täglichen Lebens)“ des SF-36-Fragebogens [87] gemessen wurde. Dabei wird körperliche Funktionsfähigkeit mit insgesamt zehn Fragen erfasst, auf deren Grundlage

ein Gesamtmaß zur körperlichen Funktionsfähigkeit gebildet werden kann. Die zehn Fragen decken verschiedene Aktivitätsbereiche ab, von basalen Aktivitäten des täglichen Lebens, wie sich baden oder anziehen, bis zu anstrengenden Tätigkeiten, wie z. B. schnell laufen oder schwere Gegenstände heben. Der Wert null bedeutet dabei, dass eine Person hinsichtlich aller erfragten Aspekte der körperlichen Funktionsfähigkeit sehr eingeschränkt ist, der Wert 100 gibt an, dass eine Person über keinerlei Einschränkungen berichtet. In der Altersgruppe der 65- bis 84-jährigen Frauen liegt der mittlere Wert bei 71,4, bei gleichaltrigen Männern beträgt er 79,3. Hier zeigt sich – wie in anderen Studien – ein bedeutsamer Unterschied zuungunsten der Frauen. Dieser Geschlechterunterschied wird auch in Abbildung 5.3.5.1 deutlich. In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen zeigen sich keine bedeutsamen Geschlechterunterschiede in der körperlichen Funktionsfähigkeit, in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen sowie der 80- bis 84-Jährigen sind die Werte der körperlichen Funktionsfähigkeit bei Frauen jedoch deutlich geringer. Für alle in Abbildung 5.3.5.1 dargestellten Altersgruppen zeigen sich zusätzlich Bildungsunterschiede. Ältere Frauen aus der unteren Bildungsgruppe haben eine deutlich schlechtere körperliche Funktionsfähigkeit als solche mit mittlerer Bildung, während diese Frauen wiederum eine schlechtere körperliche Funktionsfähigkeit haben als Frauen aus der oberen Bildungsgruppe (gleiches gilt auch für die Gruppe der Männer). In der Gruppe der 80- bis 84-jährigen Frauen finden sich zusätzlich Unterschiede zwischen jenen, die alleine oder mit anderen – meist ihrem Ehepartner – zusammenleben. Alleinlebende Frauen dieser Altersgruppe haben eine schlechtere körperliche Funktionsfähigkeit. Die im Rahmen des DEAS gewonnenen Aussagen beziehen sich auf ältere Menschen in Privathaushalten. Für Aussagen zur körperlichen Funktionsfähigkeit von älteren Menschen, die in Heimen leben, werden oftmals die sogenannten ADLs und IADLs genutzt (basal and instrumental activities of daily living) [88–91]. Die Möglichkeiten zur Ausführung basaler und erweiterter Aktivitäten des täglichen Lebens können damit abgebildet werden.

Entsprechende Altersunterschiede in der körperlichen Funktionsfähigkeit zeigen sich auch anhand individueller Verlaufsdaten. Ältere Frauen haben demnach nicht nur eine schlechtere körperliche

Abbildung 5.3.5.1
Körperliche Funktionsfähigkeit (Mittelwerte auf einer Skala zwischen 0 und 100 Punkten) der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36-Fragebogen) bei älteren Frauen und Männern nach Alter
Datenbasis: Deutscher Alterssurvey 2014



Funktionsfähigkeit als Männer, sondern ihre Funktionsfähigkeit verschlechtert sich im höheren Lebensalter auch stärker als bei Männern [83]. Studien, die untersucht haben, warum ältere Frauen eine schlechtere körperliche Funktionsfähigkeit haben als gleichaltrige Männer, weisen darauf hin, dass insbesondere das Vorliegen muskuloskelettaler, neurodegenerativer und psychischer Erkrankungen, aber auch Multimorbidität (siehe Kapitel 5.3.4) die größeren funktionalen Einschränkungen von Frauen erklären können, da Frauen von diesen Erkrankungen häufiger betroffen sind als Männer [81, 85].

Im Trend zeigt sich, dass bei den 65-Jährigen und Älteren der Anteil von Personen mit guter funktionaler Gesundheit zwischen 2002 und 2014 angestiegen ist [75]. Eine positive Entwicklung wird insbesondere für 70- bis 85-jährige Frauen im Vergleich der Jahre 2002 und 2008 beobachtet, während zwischen 2008 und 2014 kein weiterer Anstieg der funktionalen Gesundheit festzustellen ist [92].

Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass gerade bei älteren Menschen regelmäßiger körperlicher Aktivität eine wichtige Rolle zukommt, um Einbußen der körperlichen Funktionsfähigkeit

zu vermeiden oder zu reduzieren [93]. Diese Erfolge regelmäßiger Bewegung zeigen sich auch bei älteren Menschen mit chronischen Erkrankungen [94]. Dennoch erreichen viele ältere Menschen und dabei insbesondere ältere Frauen nicht das empfohlene Maß körperlicher Aktivität, wie in Kapitel 5.4.1 näher erläutert wird.

5.3.6 Körperliche Gebrechlichkeit

Körperliche Gebrechlichkeit, auch als frailty bezeichnet, beschreibt eine Kombination verschiedener Krankheitszeichen (geriatrisches Syndrom), wie verminderte Kraft, Ausdauer und Funktionsfähigkeit und betrifft vor allem Menschen im hohen Alter. Gebrechlichkeit erhöht u. a. deutlich das Risiko für Stürze, Krankenhauseinweisungen, Behinderungen, kognitive Beeinträchtigungen, Wechsel in eine Heimversorgung und Sterblichkeit [95–100].

Aussagen dazu, wie verbreitet körperliche Gebrechlichkeit im Alter ist, variieren stark zwischen verschiedenen Studien. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass es keinen einheitlich verwendeten Standard für die Messung von Gebrechlichkeit gibt [101]. Trotz variierender Befunde ist über viele Studien hinweg übereinstimmend zu finden, dass Frauen deutlich häufiger von Gebrechlichkeit betroffen sind als Männer [102]. Im Rahmen einer internationalen systematischen Übersichtsstudie konnte beispielsweise aufgezeigt werden, dass die Verbreitung von Gebrechlichkeit bei in Privathaushalten lebenden Frauen ab 65 Jahren durchschnittlich bei 9,6 % liegt und damit fast doppelt so hoch ist wie bei gleichaltrigen Männern (5,2 %) [103]. Die SHARE-Studie untersuchte Gebrechlichkeit in zehn europäischen Ländern (u. a. Deutschland) und weist ebenfalls auf eine fast doppelt so hohe Verbreitung von Gebrechlichkeit bei älteren Frauen im Vergleich zu Männern hin. Dieser Studie zufolge sind 21,0 % der Frauen ab 65 Jahren, aber nur 11,9 % der Männer gleichen Alters gebrechlich [104]. Die Daten für Deutschland werden dabei nicht getrennt ausgewiesen.

Zur Untersuchung der Prävalenz von Gebrechlichkeit in Deutschland wurden die Daten von 1.110 Personen (556 Frauen und 554 Männer) im Alter zwischen 70 und 79 Jahren berücksichtigt. Sie entstammen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1 2008 – 2011). In DEGS1 war die Prävalenz von körperlicher Gebrechlichkeit insgesamt gering und es zeigten sich keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern: Dieser Studie zufolge haben 3,8 % der Frauen und 2,6 % der Männer zwischen 70 und 79 Jahren körperliche Gebrechen. 40,1 % der Frauen wurden der Vorstufe „pre-frailty“ zugeordnet (39,6 % der Männer) [105]. Damit ist die Prävalenzrate geringer als dies aus anderen Studien bekannt ist [103]. Auch im Rahmen von großen deutschen, regionalen Studien zeigen sich höhere Prävalenzraten von Gebrechlichkeit und pre-frailty [106]. Aufgrund regionaler Stichprobencharakteristika, anderer Altersgruppen-Aufteilungen (meist > 65 Jahre) und teilweise anderer Kriterien für Gebrechlichkeit, lassen sich die verschiedenen Daten allerdings nur bedingt miteinander vergleichen. Die eher geringen Zahlen in DEGS1 zur Verbreitung von Gebrechlichkeit sind vor allem darauf zurückzuführen, dass in der Studie keine Personen ab 80 Jahren berücksichtigt werden konnten.

5.3.7 Stürze und Sturzangst

Mit zunehmendem Alter kommt es häufiger zu Stürzen und auch die Konsequenzen werden schwerwiegender. Stürze können schwere Verletzungen, Krankenhausaufenthalte und langwierige Heilungsprozesse nach sich ziehen oder sogar tödlich enden [107]. Insbesondere Hüftfrakturen sind eine häufige Folge schwerer Sturzereignisse, die für längere Zeit die Mobilität und somit die Unabhängigkeit einschränken und vorübergehend oder auch dauerhaft zu Pflegebedürftigkeit und Krankenhaus- oder Heimaufenthalten führen können.

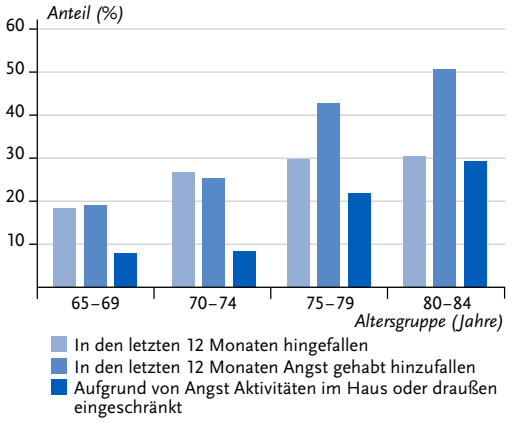
Stürze können nicht nur körperliche Verletzungen verursachen, sondern auch zu einer Angst vor weiteren Stürzen (sog. Post-Fall-Syndrom) und in der Folge zur Einschränkung von Alltagsaktivitäten führen [108]. Schränkt eine Person ihre Aktivitäten im Alltag über einen längeren Zeitraum ein, lassen in der Folge oftmals Beweglichkeit, Kraft oder auch Gleichgewicht nach, was die Angst vor Stürzen und das Sturzrisiko verstärkt. Dadurch entsteht eine Abwärtsspirale, die bis zum teilweise oder vollständigen Verlust der Selbstständigkeit und zur Pflegebedürftigkeit führen kann, insbesondere bei älteren Frauen [109]. Zu Faktoren, die die

Wahrscheinlichkeit für einen Sturz erhöhen, zählen neben Stürzen in der Vergangenheit auch Beeinträchtigungen in Gang und Gleichgewicht, Polypharmazie, Sehbeeinträchtigungen sowie schlechte Lichtverhältnisse und unebene Böden [107].

Im DEAS wurden Personen danach gefragt, ob sie in den letzten zwölf Monaten gefallen sind. Hierbei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern: Die Frage nach einem Sturzereignis im letzten Jahr bejahte rund jede vierte Frau (25,8 %), aber nur jeder siebte Mann (15,2 %) im Alter zwischen 65 und 84 Jahren. Neben diesen Geschlechterunterschieden zeigen sich Altersunterschiede innerhalb der Gruppe der Frauen: Mit steigendem Alter ist bei den Frauen eine Zunahme von Stürzen zu verzeichnen. Während in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen 18 % der Frauen angaben, im letzten Jahr gefallen zu sein, berichtete bei den 75-Jährigen und Älteren fast jede dritte Frau über ein Sturzereignis (Abb. 5.3.7.1).

Neben Sturzerfahrungen ist auch die Angst vor Stürzen bei älteren Frauen verbreitet. Rund jede dritte Frau (32,1 %) im Alter zwischen 65 und 84 Jahren hat Angst vor Stürzen. Bei den Männern in dieser Altersgruppe sind es nur halb so viele (14,7 %). Dementsprechend schränken auch doppelt so viele Frauen (14,7 %) wie Männer (7,7 %) aus diesem Grund ihre Aktivitäten innerhalb oder außerhalb des Hauses ein. Abbildung 5.3.7.1 zeigt den deutlichen Anstieg der Sturzangst und der damit verbundenen Einschränkung von Aktivitäten über die Altersgruppen hinweg. In den Altersgruppen ab 75 Jahren berichten deutlich mehr Frauen von Sturzangst als von Sturzerfahrungen. Zugleich steigt der Anteil von Frauen an, die aufgrund von Sturzangst Aktivitäten einschränken. Bei den 65- bis 74-Jährigen liegt dieser Anteil noch deutlich unter 10 %, er vervierfacht sich bei den 80-Jährigen und Älteren (29,3 %). Es zeigen sich jedoch keine Bildungsunterschiede oder Unterschiede zwischen Frauen, die alleine oder mit jemandem zusammenleben.

Abbildung 5.3.7.1
Anteil älterer Frauen mit Sturzerfahrungen oder Sturzangst nach Alter
Datenbasis: Deutscher Alterssurvey 2014



Der Großteil der publizierten Studien verweist auf eine Sturzprävalenz bei Frauen ab 65 Jahren von mindestens 20 % [110]. Übereinstimmend mit der Literatur [z. B. 106, 111, 112] zeigen die dargestellten Befunde aus dem DEAS, dass höheres Alter sowie weibliches Geschlecht wichtige Risikofaktoren für Stürze sind. Neben den genannten allgemeinen Risikofaktoren für Stürze, die mit dem Alter zunehmen, spielen nachlassende Reflexe eine Rolle, wodurch das rechtzeitige Abfangen des Körpers mit den Armen oder Beinen verzögert ist. Frauen sind insbesondere betroffen, da der Muskelabbau mit zunehmendem Alter im Vergleich zu Männern schneller voranschreitet. Außerdem zählt auch körperliche Gebrechlichkeit zu den Risikofaktoren für Stürze [96], insbesondere bei Frauen [113] (siehe Kapitel 5.3.6).

Studien zur Häufigkeit von Stürzen in Pflegeheimen zeigen im Gegensatz zu jenen in Privathaushalten allerdings einen gegenläufigen Befund. Einer bayerischen Studie in 528 Pflegeheimen zufolge stürzen Männer häufiger als Frauen [114], ein Befund, der vergleichbare Studien anderer Länder stützt (vgl. [115]). Die Gründe für die höhere Sturzhäufigkeit von Männern in Pflegeheimen sind bisher nicht klar, da sich die höhere Sturzhäufigkeit bei Männern auch dann zeigt, wenn Frauen und Männer innerhalb einer Pflegestufe miteinander verglichen werden. Diskutiert wird, dass die Gründe für den Heimübergang zwischen Frauen und Männern variieren könnten, da Frauen ihre Partner länger zu Hause pflegen. Entsprechende Unterschiede in der Funktionsfähigkeit zwischen Frauen und Männer werden möglicherweise nicht ausreichend über die Pflegestufe abgebildet, so die Autorinnen und Autoren der bayerischen Studie (durchgeführt wurde die Studie vor der Einführung der Pflegegrade im Jahr 2018) [114].

Um Stürze und deren negative Konsequenzen zu vermeiden, werden mittlerweile in vielen Pflegeheimen und Begegnungsstätten für ältere Menschen Maßnahmen zur Sturzprophylaxe angeboten. Viele Sturzpräventionsprogramme wie das „Otago Übungsprogramm“ oder das Programm „Standfest und Stabil“ zielen vor allem darauf ab, das Muskel- und Skelettsystem zu stärken, um zukünftigen Stürzen vorzubeugen [116, 117]. Die hier dargestellten Befunde zeigen, dass insbesondere bei Frauen auch die Angst vor Stürzen berücksichtigt werden sollte. Die Vermittlung von Geh- und Trittsicherheit und das Aufzeigen, wie Gefahrenquellen in der Umwelt beseitigt werden können (Vermeidung von Stolperfallen in der eigenen Häuslichkeit, Anbringen von Haltegriffen, Tragen von festem Schuhwerk) sind deshalb wichtige ergänzende Bestandteile für Angebote zur Sturzprophylaxe, um eine Abwärtsspirale von Stürzen und Sturzangst zu vermeiden.

5.4 Gesundheits- und Vorsorgeverhalten älterer Frauen

Wie gesund ältere Frauen sind, hängt nicht allein von genetischen, biologischen oder psychosozialen Faktoren ab, sondern auch von ihrem Gesundheitsverhalten. Besonders die gesundheitsförderliche Wirkung regelmäßiger körperlicher Aktivität ist bis ins hohe Alter gut belegt und zwar auch dann, wenn Erkrankungen bestehen. Aus diesem Grund wird nachfolgend betrachtet, wie verbreitet körperliche Aktivität bei älteren Frauen ist. Andere Aspekte des Gesundheitsverhaltens, wie z. B. Tabak- und Alkoholkonsum, haben im jungen und mittleren Lebensalter eine größere Bedeutung als im Alter. In den Kapiteln 2.2.4 und 2.2.5 werden der Tabak- und Alkoholkonsum von Frauen dargestellt, dort gibt es auch kurze Ausführungen zum Konsum älterer Frauen. Ebenso sei auf die Berichtskapitel zur Ernährung (2.2.2) und Körpergewicht (2.2.3) verwiesen, auch hier werden Daten für alle Altersgruppen dargestellt.

Neben gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen ist zudem bedeutsam, inwieweit Menschen Vorsorge treffen für den Fall schwerer Erkrankungen sowie für die Versorgung am Lebensende. Da Frauen häufiger als Männer im Alter alleine leben, kann es für sie noch wichtiger sein, ihre Wünsche im Rahmen von Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung zu formulieren, damit die Versorgung tatsächlich nach ihrem Willen erfolgt.

5.4.1 Körperliche Aktivität

Unter dem Oberbegriff körperliche Aktivität werden verschiedene Formen von Bewegung zusammengefasst. Gerade bei älteren Menschen liegt dabei der Fokus nicht auf sportlichen Aktivitäten, da diese je nach Gesundheitszustand nicht oder nur eingeschränkt ausgeübt werden können. Einbezogen werden vielmehr auch Alltagsaktivitäten wie Treppensteigen oder Zufußgehen.

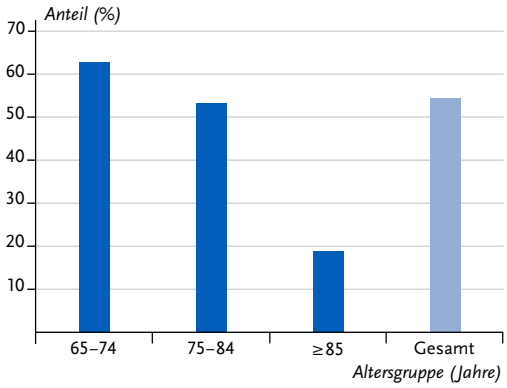
Ein körperlich aktiver Lebensstil verbessert die Gesundheit von Menschen, insbesondere im Alter. Zahlreiche Studien konnten den gesundheitsförderlichen Effekt von körperlicher Aktivität für eine bessere körperliche und kognitive Funktionsfähigkeit, für die Reduktion des Sturzrisikos, höheres Wohlbefinden und Lebensqualität sowie geringere Depressivität bei älteren Menschen nachweisen [118–123].

Bewegungsmangel erhöht nachweislich das Risiko für viele chronische Erkrankungen, die im Alter vermehrt auftreten (siehe Kapitel 5.3.4), wie Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit, Brust- oder Darmkrebs und erhöht zudem das Risiko vorzeitiger Sterblichkeit [124]. Basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen der gesundheitlichen Wirkung von Bewegung gibt es deshalb Empfehlungen für ein Mindestmaß von Aktivitäten. Die WHO empfiehlt Erwachsenen ab 65 Jahren mindestens 150 Minuten pro Woche mindestens mäßig anstrengende Ausdaueraktivitäten auszuüben, die eine erhöhte Atem- und Herzfrequenz erzeugen und über einen Zeitraum von mindestens zehn Minuten ohne Unterbrechung ausgeübt werden [125]. Unter Ausdaueraktivitäten werden körperliche Aktivitäten zusammengefasst, die einen gesundheitsförderlichen Effekt auf das Herz-Kreislauf- und Stoffwechselsystem haben, wie Radfahren, Wandern oder Schwimmen. Außerdem empfiehlt die WHO, an mindestens zwei Tagen in der Woche Aktivitäten zur Stärkung und Kräftigung des Muskel-Skelett-Apparates auszuüben. Hierzu zählt gezieltes Krafttraining, aber auch Treppensteigen. Bestehen Mobilitätseinschränkungen, werden zusätzlich Gleichgewichtsübungen an mindestens drei Tagen pro Woche zur Sturzprävention empfohlen [125].

Die Daten aus GEDA 2014/2015-EHIS zeigen, dass ältere Frauen die Empfehlungen der WHO deutlich seltener erfüllen als Männer. In der Altersgruppe ab 65 Jahren kommen zwei von drei Männern (63,7 %), aber nur etwas mehr als die Hälfte der Frauen (54,3 %) der WHO-Empfehlung nach, mindestens 150 Minuten mäßig anstrengende Ausdaueraktivität pro Woche auszuüben. Innerhalb der Gruppe der älteren Frauen zeigen sich außerdem deutliche Alters- und Bildungsunterschiede. Bei den 65- bis 74-jährigen Frauen kommen fast zwei von drei Frauen den WHO-Empfehlungen nach, bei den 85-Jährigen und Älteren hingegen nur knapp jede fünfte Frau (Abb. 5.4.1.1). Außerdem kommen Frauen der unteren Bildungsgruppe seltener den WHO-Empfehlungen nach als Frauen der mittleren bzw. oberen Bildungsgruppe. Unterschiede zwischen Frauen, die alleine oder mit anderen zusammenleben, bestehen nicht.

Die hier dargestellten Daten aus GEDA 2014/2015-EHIS enthalten sämtliche Ausdaueraktivitäten einschließlich Gehen. Dies entspricht den WHO-Empfehlungen für moderate Aktivitäten, zu denen Gehen sowie Walking, Laufen, Radfahren und Schwimmen zählen. Dadurch sind die Prävalenzraten höher als in Studien, die ausschließlich sportliche Aktivitäten einbeziehen. Vor allem wenn funktionale Einschränkungen vorliegen, bevorzugen ältere Frauen gemäßigte körperliche Aktivitäten wie Spazierengehen, weshalb es sinnvoll ist, gerade bei der Betrachtung älterer Frauen auch das Gehen mit zu berücksichtigen. Doch auch unter Einbezug der moderaten Aktivität Gehen zeigen die Daten, dass nur gut die Hälfte der Frauen ab 65 Jahren der WHO-Empfehlung nachkommt.

Abbildung 5.4.1.1
Anteil älteren Frauen, die die WHO-Empfehlung zur Ausdaueraktivität erfüllen, nach Alter
Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS



Neben der Ausdaueraktivität wurde im Rahmen von GEDA 2014/15-EHIS erfasst, inwiefern Personen den Empfehlungen für Aktivitäten zur Muskelkräftigung (an mindestens zwei Tagen in der Woche) folgen. Dieser Mindestanforderung kommt weniger als ein Drittel der älteren Menschen nach, Frauen mit 26,4 % seltener als Männer (32,2 %). Frauen im Alter von 65 bis 74 Jahren und 75 bis 84 Jahren unterscheiden sich dabei nicht, in der Gruppe der 85-Jährigen und Älteren sinkt jedoch der Anteil derjenigen, die der Empfehlung für Aktivitäten zur Muskelkräftigung nachkommen, deutlich auf 13,4 %. Dabei üben Frauen der oberen Bildungsgruppe eher Muskelkräftigungsaktivitäten aus als Frauen der unteren Bildungsgruppe.

Aussagen zu Trends in der Ausübung sportlicher Aktivitäten über einen Zeitraum von gut zehn Jahren können anhand der Daten der DEGS1-Studie und der Vorgängerstudie, des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98) getroffen werden. Dabei zeigt sich ein Anstieg sportlicher Aktivitäten bei erwachsenen Personen in Deutschland und zwar vor allem in älteren Altersgruppen und dabei insbesondere bei älteren Frauen. Bei den 60- bis 69-jährigen Frauen stieg der Anteil sportlich Aktiver innerhalb von zehn Jahren um 12,6 Prozentpunkte an (bei den gleichaltrigen Männern um 7,7 Prozentpunkte) [126]. Zu vergleichbaren Ergebnissen kommen auch die Daten des DEAS für den Zeitraum von 1996 bis 2014. Auch hier zeigt sich eine Zunahme sportlicher Aktivität bei älteren Menschen und insbesondere bei den älteren Frauen [127].

Auch wenn diese Entwicklung in eine positive Richtung weist, besteht in allen Altersgruppen, insbesondere auch bei älteren Frauen, ein erhebliches Potenzial zur weiteren Steigerung körperlicher Aktivität. Die WHO hat deshalb im „Global Action Plan for the Prevention and Control of Non-Communicable-Diseases 2013–2020“' als zentrales Ziel formuliert, unzureichende körperliche Aktivität zu reduzieren [128]. Auch in Deutschland gibt es Initiativen und Kampagnen, die körperliche Aktivität fördern. Im Rahmen des Nationalen Aktionsplans der Bundesregierung „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ hat die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) mehrere Projekte

zum Thema „Im Alter IN FORM“ durchgeführt. Auch das Präventionsprogramm „Älter werden in Balance“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) will mit seinen Projekten „Lübecker Modell Bewegungswelten“ und „AlltagsTrainingsProgramm“ ältere Menschen darin unterstützen, ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden durch mehr körperliche Aktivität möglichst lange zu erhalten. Das Programm „Gesund & aktiv älter werden“, ebenfalls von der BZgA, veranstaltet regelmäßig Bundes- und Regionalkonferenzen zum Thema und gibt auf der Website zahlreiche Informationen und Tipps, wie mehr Bewegung in den Alltag integriert werden kann und wo es zielgruppenspezifische Angebote gibt.

5.4.2 Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung

Mit steigendem Alter kommen zunehmend Gedanken zur Gestaltung des Lebensendes auf. Mögliche ethische oder juristische Fragestellungen betreffen vor allem Situationen, in denen eine Person Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann. Mit Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen können Festlegungen für diesen Fall getroffen werden [129].

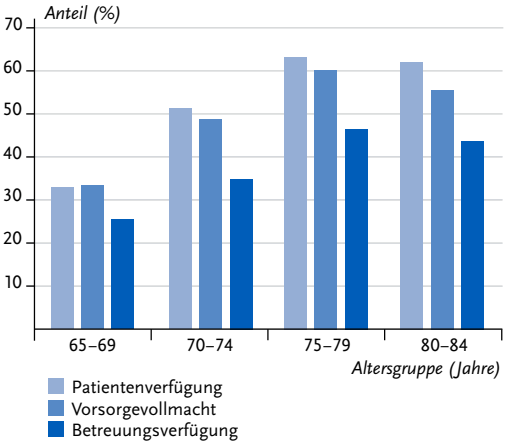
In einer Vorsorgevollmacht wird einer bestimmten Person die Vollmacht übertragen, im Namen der vollmachterteilenden Person zu entscheiden und zu handeln. In der Vollmacht werden hierfür Aufgaben, Wünsche und Vorstellungen schriftlich festgelegt. In einer Betreuungsverfügung schlägt eine Person dem Gericht eine gewünschte rechtliche Betreuungsperson vor. Die Patientenverfügung konzentriert sich schließlich auf die medizinische Versorgung. In dieser Verfügungsform legt eine Person im Voraus fest, wie sie im Fall ihrer Entscheidungsunfähigkeit in bestimmten Situationen ärztlich und pflegerisch behandelt werden möchte. Die Festlegungen in der Patientenverfügung sind für Ärztinnen und Ärzte sowie Bevollmächtigte und Betreuende verbindlich, wenn durch diese Festlegung der Wille der Person für eine konkrete Lebens- und Behandlungssituation eindeutig und sicher festgestellt werden kann. Der Abschluss einer Vorsorgevollmacht, Betreuungs- oder Patientenverfügung erfolgt freiwillig.

Im DEAS 2014 wurden die Personen gefragt, ob sie eine Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder eine Betreuungsverfügung erteilt haben. Eine Patientenverfügung und eine Vorsorgevollmacht haben knapp die Hälfte der 65-Jährigen und Älteren erteilt, eine Betreuungsverfügung rund jede dritte Person. Nur ein geringer Anteil gab an, nicht zu wissen, was dies sei (Patientenverfügung: 0,7 %, Vorsorgevollmacht: 1,8 %, Betreuungsverfügung: 3,2 %).

Ältere Frauen erteilen häufiger als gleichaltrige Männer eine Patientenverfügung (Frauen: 51,2 %, Männer: 44,5 %). Gleiches gilt für die Vorsorgevollmacht (Frauen: 48,5 %, Männer: 41,9 %) und Betreuungsverfügung (Frauen 36,6 %, Männer: 30,6 %). Außerdem zeigt sich, dass der Anteil der Frauen, die eine solche Vorsorge treffen, in den höheren Altersgruppen zunimmt (Abb. 5.4.2.1). Die Zahl von Frauen mit Patientenverfügung steigt über die Altersgruppen hinweg an und ist bei den 75- bis 84-Jährigen am höchsten. Frauen unter 70 Jahren haben zudem seltener eine Vorsorgevollmacht abgeschlossen als jene ab 70 Jahren. Ebenso wird eine Betreuungsverfügung in den höheren Altersgruppen häufiger erteilt als bei den 65- bis 69-jährigen Frauen.

Unabhängig vom Alter ist auch der Bildungsstand entscheidend. Frauen der oberen Bildungsgruppe haben häufiger eine Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung abgeschlossen als Frauen der mittleren oder unteren Bildungsgruppe. Unterschiede zwischen

Abbildung 5.4.2.1
Anteil älterer Frauen, die Vorsorgedokumente haben, nach Alter
Datenbasis: Deutscher Alterssurvey 2014



allein- und zusammenlebenden Frauen bestehen nicht. Die hier aufgezeigten Alters- und Bildungsunterschiede finden sich auch in anderen Studien. Ältere Menschen setzen sich stärker mit Fragen von Krankheit und Lebensende auseinander und schließen entsprechend häufiger Vollmachten und Verfügungen ab als Menschen im mittleren Erwachsenenalter [130]. Gründe für die eher geringe Verbreitung von Vorsorgemaßnahmen können in Unsicherheiten und mangelndem Wissen über die Möglichkeiten und Inhalte dieser Vorsorgedokumente liegen.

Die Daten zeigen, dass ältere Frauen häufiger als ältere Männer Vollmachten und Verfügungen besitzen. Ein Grund dafür könnte sein, dass Frauen aufgrund der höheren Lebenserwartung häufiger ihre Ehepartner überleben und deshalb eher die Notwendigkeit sehen, ihre Wünsche und Vorstellungen am Lebensende über Vorsorgedokumente zu regeln. Auch aus anderen Studien gibt es Hinweise darauf, dass sich Frauen mehr Gedanken über den Inhalt von Vorsorgedokumenten machen als Männer [131]. Schließlich erhöht ein schlechterer Gesundheitszustand oder ein Krankenhausaufenthalt in den letzten zwölf Monaten sowie das Vorhandensein einer Ärztin oder eines Arztes des Vertrauens die Wahrscheinlichkeit des Abschließens von Vollmachten und Patientenverfügungen [131]. Auch dies könnte die aufgezeigten Geschlechterunterschiede erklären.

Im DEAS wurde auch in den Jahren 2002 und 2008 nach dem Vorhandensein von Vollmachten und Verfügungen gefragt. Dabei zeigt sich über die Jahre hinweg bis zum Jahr 2014 ein kontinuierlicher Anstieg älterer Menschen, die Vorsorgedokumente haben. Ein besonders deutlicher Anstieg (um etwa ein Drittel) zeigt sich dabei für den Abschluss einer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.

Die höhere Präsenz des Themas Vorsorge in den Medien könnte in den letzten Jahren dazu beigetragen haben, dass mehr Personen Vorsorgedokumente abgeschlossen haben. Seit 2009 ist zudem die Patientenverfügung durch das „Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts“ im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) gesetzlich verankert, zuvor waren nur Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht im Betreuungsrecht enthalten. Die Verbindlichkeit des in einer Patientenverfügung niedergelegten Willens wurde dadurch rechtlich verankert. In der Gruppe der älteren Frauen sollten besonders jene der unteren Bildungsgruppe stärker auf die Möglichkeiten von Vorsorgedokumenten aufmerksam gemacht werden.

5.5 Fazit

Zusammenfassend lassen sich in Bezug auf die Gesundheit älterer Frauen einige positive Entwicklungen erkennen. Dazu zählen die insgesamt gute und im zeitlichen Verlauf besser gewordene subjektive Gesundheit, der gestiegene Anteil körperlich aktiver älterer Frauen sowie schließlich der höhere Anteil von Frauen mit Vorsorgedokumenten. Diese insgesamt positiven Trends weisen zugleich auf bisher nicht ausgeschöpfte Potenziale hin, die im Rahmen von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention adressiert werden sollten. Denn trotz deutlicher Steigerungsraten in den vergangenen Jahren erreichen derzeit nur rund die Hälfte aller Frauen ab 65 Jahren die Mindestempfehlungen für körperliche Aktivität. Ebenso hat nur rund die Hälfte von ihnen eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht.

Vor allem bei Frauen im hohen Alter zeigen sich besondere gesundheitliche Herausforderungen. Demenz und Depression sind dabei zwei Erkrankungen, von denen viele hochaltrige Frauen ab 85 Jahren betroffen sind, was angesichts einer steigenden Lebenserwartung neue Anforderungen für Prävention und Versorgung mit sich bringt. Verbreitet sind auch Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten. Diese können durch Erkrankungen entstehen, aber auch z. B. durch Schmerzen sowie Inkontinenz.

Ältere Frauen schränken ihre Alltagsaktivitäten aber nicht allein als Folge gesundheitlicher Probleme ein, sondern oftmals auch aufgrund von Sturzangst. Im ärztlichen Gespräch und bei präventiven Angeboten sollten neben körperlichen Einbußen und psychischen Erkrankungen gezielt auch Ängste und subjektive Probleme älterer Frauen adressiert werden.

Darüber hinaus sind Angebote der Gesundheitsförderung für alle älteren und hochaltrigen Frauen von Bedeutung, denn neben der Prävention von Krankheiten sind der Erhalt von Funktionen und die Stärkung von Ressourcen wichtige Voraussetzungen für eine gute Gesundheit im

Alter. Aufgrund der steigenden Zahl von Frauen und Männern, die ein hohes Alter erreichen, ist es eine bedeutsame Frage, welche individuellen und gesamtgesellschaftlichen Strategien jetzt und in Zukunft besonders geeignet sind, um die Gesundheit von Menschen im hohen Alter zu fördern und zu verbessern [132].

Eine Reihe von politischen Initiativen bieten Ansatzpunkte zur Förderung von Gesundheit, Aktivität und gesellschaftlicher Teilhabe im Alter. Im Jahr 2012 veröffentlichte das Bundesministerium für Gesundheit das Gesundheitsziel „Gesund älter werden". Seitdem wurden auf verschiedenen Ebenen Projekte und Angebote ins Leben gerufen, um die Teilziele von „Gesund älter werden" umzusetzen. Über Publikationen und Vorträge wurden relevante Akteurinnen und Akteure über das Gesundheitsziel und Umsetzungsmöglichkeiten in der Praxis informiert. Beispielsweise gibt es im Rahmen des Nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung" regionale Fachtagungen sowie Schulungs- und Beratungsangebote durch die BAGSO [133]. Ein Internet-Portal der BZgA liefert fachlich geprüfte Gesundheitsinformationen zum Thema „Gesundes Alter" sowie einen Überblick über Aktivitäten in Deutschland [134].

Die dargestellten Befunde zur Gesundheit älterer Frauen weisen auf eine Reihe von Unterschieden hin, sowohl zwischen den Geschlechtern als auch innerhalb der Gruppe der Frauen. Die Heterogenität der Gesundheit und Lebenslagen der Frauen ab 65 Jahren konnte zum Teil anhand von Daten dargestellt werden. Oftmals sind die zu betrachtenden Gruppen allerdings zu klein, um statistisch abgesicherte Erkenntnisse zu gewinnen. Hierzu bedarf es spezieller Datenerhebungen und Zugänge, insbesondere wenn es sich um vulnerable Gruppen handelt, z. B. pflegebedürftige ältere Frauen oder ältere Frauen mit Migrationshintergrund. Mit Blick auf Prävention und Gesundheitsförderung sind gerade die vulnerablen Gruppen wichtige Zielgruppen für Angebote.

Unterstützung benötigen ältere Frauen (und Männer) auch, wenn kritische Lebensereignisse bewältigt werden müssen, z. B. Übergang in die Nacherwerbsphase, Eintritt von Pflegebedürftigkeit oder Verwitwung. Im Alter werden Übergänge wahrscheinlicher, die ein hohes Belastungspotenzial besitzen. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention können die betroffenen Frauen dabei unterstützen, diese Übergänge besser zu bewältigen und negative Folgen für die physische und psychische Gesundheit abwenden [135].

Forschung und Praxis sind gefragt, Unterschiede in der Gesundheit von älteren Frauen und im Vergleich zu Männern kritisch zu reflektieren, systematisch zu untersuchen und zukünftige Entwicklungen zu beobachten. Werden manche der aufgezeigten Geschlechterunterschiede möglicherweise geringer, wenn in Zukunft zunehmend mehr Männer ein hohes Alter erreichen? Wie können besonders ältere und hochaltrige Frauen mit geringerer Bildung für Präventionsangebote gewonnen werden? Wie sollten sie angesprochen werden, und was ist zu beachten im Vergleich zu Männern gleichen Alters? Viele weitere Fragen zur Gesundheit, Prävention und Versorgung älterer und alter Frauen sind zu bearbeiten. Ziel ist ein besseres Verständnis für Geschlechterunterschiede und -gemeinsamkeiten bei Menschen im höheren Lebensalter, das für alle Bereiche der Gesundheitsversorgung und Prävention von großer Bedeutung ist.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2019) Durchschnittliche Lebenserwartung im Alter von ... Jahren je Person. Gliederungsmerkmale: Zeitraum, Region, Alter, Geschlecht. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
2. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2019) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus – Bevölkerung in Familien/Lebensformen am Hauptwohnsitz. Destatis, Wiesbaden
3. Wetzstein M, Rommel A, Lange C (2015) Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. GBE kompakt 6(3). Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin. https://edoc.rki.de/handle/176904/3137 (Stand: 01.04.2020)
4. Wetzel M, Simonson J (2017) Engagiert bis ins hohe Alter? Organisationsgebundenes ehrenamtliches Engagement in der zweiten Lebenshälfte. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J et al. (Hrsg) Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Springer VS, Wiesbaden, Tabellenanhang S. 8–9
5. Vogel C, Kausmann C, Hagen C (2017) Freiwilliges Engagement älterer Menschen. Sonderauswertungen des Vierten Deutschen Freiwilligensurveys. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin
6. Klein T, Rapp I (2014) Die altersbezogene Partnerwahl im Lebenslauf und ihr Einfluss auf die Beziehungsstabilität. In: Steinbach A, Hennig M, Arránz Becker O (Hrsg) Familie im Fokus der Wissenschaft Familienforschung. Springer VS, Wiesbaden, S. 203–223
7. Wu Z, Schimmele CM, Ouellet N (2015) Repartnering After Widowhood. J Gerontol B Psychol 70(3):496–507
8. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2016) Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Destatis, Wiesbaden
9. Statistisches Bundesamt (2020) Wirtschaftsrechnungen. Leben in Europa (EU-SILC). Einkommen und Lebensbedingungen in Deutschland und der Europäischen Union. Fachserie 15, Reihe 3. Destatis, Wiesbaden

10. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2019) Armutsgefährdungsquoten. Ergebnisse des Mikrozensus – Bevölkerung in Familien/Lebensformen am Hauptwohnsitz. Sonderauswertung
11. Simonson J (2013) Erwerbsverläufe im Wandel – Konsequenzen und Risiken für die Alterssicherung der Babyboomer. In: Vogel C, Motel-Klingebiel A (Hrsg) Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut? Springer VS, Wiesbaden, S. 273–290
12. De Jong-Gierveld J (1987) Developing and testing a model of loneliness. J Pers Soc Psychol 53(1):119–128
13. Pinquart M, Sörenson S (2003) Risk factors for loneliness in adulthood and old age Developing and testing a model of loneliness – a meta-analysis. In: Shohov SP (Hrsg) Advances in psychology research. Nova Science Publishers, Hauppauge, S. 111–143
14. Beller J, Wagner A (2018) Loneliness, social isolation, their synergistic interaction, and mortality. Health Psychol 37(9):808–813
15. Cacioppo JT, Hawkley LC, Thisted RA (2010) Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. Psychol Aging 25(2):453–463
16. Gerst-Emerson K, Jayawardhana J (2015) Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. Am J Public Health 5(105):1013–1019
17. Hawkley LC, Cacioppo JT (2010) Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. Ann Behav Med 40(2):218–227
18. Holvast F, Burger H, d Waal MMW et al. (2015) Loneliness is associated with poor prognosis in late-life depression: Longitudinal analysis of the Netherlands study of depression in older persons. J Affect Disord 185:1–7
19. Luo Y, Hawkley LC, Waite LJ et al. (2012) Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. Soc Sci Med 74(6):907–914
20. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M et al. (2015) Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. Perspect Psychol Sci 10(2):227–237
21. Böger A, Huxhold O, Wolff JK (2017) Wahlverwandtschaften: Sind Freundschaften für die soziale Integration wichtiger geworden? In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J et al. (Hrsg) Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Springer VS, Wiesbaden, Tabellenanhang S. 63–66
22. Böger A, Wetzel M, Huxhold O (2017) Allein unter vielen oder zusammen ausgeschlossen: Einsamkeit und wahrgenommene soziale Exklusion in der zweiten Lebenshälfte. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J et al. (Hrsg) Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Springer VS, Wiesbaden, S. 273–285
23. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2018) Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Destatis, Wiesbaden
24. Cattan M, White M, Bond J et al. (2005) Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. Ageing Soc 25(1):41–67
25. Verbrugge LM (1989) The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. J Health Soc Behav 30(3):282–304
26. García-Esquinas E, Rodríguez-Sánchez I, Ortolá R et al. (2019) Gender Differences in Pain Risk in Old Age: Magnitude and Contributors. Mayo Clin Proc 94(9):1707–1717
27. Bartley EJ, Fillingim RB (2013) Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings. Br J Anaesth 111(1):52–58
28. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2007) Harninkontinenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 39. RKI, Berlin
29. Gibson W, Wagg A (2014) New horizons: urinary incontinence in older people. Age Ageing 43(2):157–163
30. Bauer RM, Huebner W (2013) Gender differences in bladder control: from babies to elderly. World J Urol 31(5):1081–1085
31. Wurm S, Lampert T, Menning S (2009) Subjektive Gesundheit. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg) Gesundheit und Krankheit im Alter. Robert Koch-Institut, Berlin, S. 79–91
32. Leinonen R, Heikkinen E, Jylhä M (2001) Predictors of decline in self-assessments of health among older people – a 5-year longitudinal study. Soc Sci Med 52(9):1329–1341
33. Benyamini Y, Idler EL (1999) Community Studies Reporting Association between Self-Rated Health and Mortality: Additional Studies, 1995 to 1998. Res Aging 21(3):392–401
34. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K et al. (2006) Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. J Gen Intern Med 21(3):267–275
35. Idler EL, Benyamini Y (1997) Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav 38(1):21–37
36. Schwarze J, Andersen HH, Anger S (2002) Self-rated and changes in self-rated health as predictors of mortality: First evidence from german panel data. SFB 373 Discussion Paper, No 2002,64, Humboldt University of Berlin
37. Bopp M, Braun J, Gutzwiller F et al. (2012) Health Risk or Resource? Gradual and Independent Association between Self-Rated Health and Mortality Persists Over 30 Years. PLoS ONE 7(2):e30795. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0030795 (Stand: 01.04.2020)
38. Schnittker J, Bacak V (2014) The Increasing Predictive Validity of Self-Rated Health. PLoS ONE 9(1):e84933. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084933 (Stand: 01.04.2020)
39. Spuling SM, Wurm S, Wolff JK et al. (2017) Heißt krank sein sich auch krank fühlen? Subjektive Gesundheit und ihr Zusammenhang mit anderen Gesundheitsdimensionen. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J et al. (Hrsg) Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Springer VS, Wiesbaden, S. 157–170
40. Wurm S, Schöllgen I, Tesch-Römer C (2010) Gesundheit. In: Motel-Klingebiel A, Wurm S, Tesch-Römer C (Hrsg) Altern im Wandel: Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). W. Kohlhammer, Stuttgart, S. 90–117
41. Robert Koch-Institut (2015) Subjektive Gesundheit und Krankheiten. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 463–469
42. Robert Koch-Institut (2015) Subjektive Gesundheit. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 30–36
43. Spuling SM, Wurm S, Tesch-Römer C et al. (2015) Changing predictors of self-rated health: Disentangling age and cohort effects. Psychol Aging 30(2):462–474
44. Wu S, Wang R, Zhao Y et al. (2013) The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. BMC Public Health 13(1):320. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-320 (Stand: 01.04.2020)
45. World Health Organization (Hrsg) (2017) Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. WHO, Geneva
46. Luppa M, Sikorski C, Luck T et al. (2012) Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 136(3):212–221

47. Luppa M, Sikorski C, Motzek T et al. (2012) Health service utilization and costs of depressive symptoms in late life – a systematic review. Curr Pharm Des 18(36):5936–5957
48. Thom J, Kuhnert R, Born S et al. (2017) 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(3):72–80. https://edoc.rki.de/handle/176904/2787 (Stand: 01.04.2020)
49. Saß AC, Lange C, Finger JD et al. (2017) „Gesundheit in Deutschland aktuell" – Neue Daten für Deutschland und Europa. Hintergrund und Studienmethodik von GEDA 2014/2015-EHIS. Journal of Health Monitoring 2(1):83–90. https://edoc.rki.de/handle/176904/2585 (Stand: 01.04.2020)
50. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY (2017) Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. Psychol Bull 143(8):783–822
51. Albert PR (2015) Why is depression more prevalent in women? J Psychiatry Neurosci 40(4):219–221
52. Büchtemann D, Luppa M, Bramesfeld A et al. (2012) Incidence of late-life depression: a systematic review. J Affect Disord 142(1-3):172–179
53. Sieverding M, Kendel F (2012) Geschlechter(rollen)aspekte in der Arzt-Patient-Interaktion. Bundesgesundheitsbl 55(9):1118–1124
54. Möller-Leimkühler AM (2009) Männer, Depression und „männliche Depression". Fortschr Neurol Psychiatr 77(7):412–422
55. Robert Koch-Institut (2015) Psychische Gesundheit. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 111–122
56. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2010) Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51. RKI, Berlin
57. Alzheimer's Association Report (2018) 2018 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimers Dement 14(3):367–429
58. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (Hrsg) (2018) Informatoinsblatt 1: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. DAlzG, Berlin
59. World Health Organization, Alzheimer's Disease International (Hrsg) (2012) Dementia: a public health priority. WHO, Geneva
60. Hoffmann F, Kaduszkiewicz H, Glaeske G et al. (2014) Prevalence of dementia in nursing home and community-dwelling older adults in Germany. Aging Clin Exp Res 26(5):555–559
61. Chêne G, Beiser A, Au R et al. (2015) Gender and incidence of dementia in the Framingham Heart Study from mid-adult life. Alzheimers Dement 11(3):310–320
62. Nebel RA, Aggarwal NT, Barnes LL et al. (2018) Understanding the impact of sex and gender in Alzheimer's disease: A call to action. Alzheimers Dement 14(9):1171–1183
63. Qiu C, v Strauss E, Bäckman L et al. (2013) Twenty-year changes in dementia occurrence suggest decreasing incidence in central Stockholm, Sweden. Neurology 80(20):1888–1894
64. Roehr S, Pabst A, Luck T et al. (2018) Is dementia incidence declining in high-income countries? A systematic review and meta-analysis. Clin Epidemiol 10:1233–1247
65. Luck T, Riedel-Heller SG (2016) Prävention von Alzheimer-Demenz in Deutschland. Eine Hochrechnung des möglichen Potenzials der Reduktion ausgewählter Risikofaktoren. Nervenarzt 87(11):1194–1200
66. Prince M, Ali GC, Guerchet M et al. (2016) Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia. Alzheimers Res Ther 8(1):23
67. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V et al. (2017) Dementia prevention, intervention, and care. Lancet 390(10113):2673–2734
68. van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA (1996) Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. Eur J Gen Pract 2:65–70
69. Wolff JK, Wurm S (2018) Multimorbidity/Comorbidity/Multiple Diseases. In: Bornstein MH (Hrsg) The SAGE Encyclopedia of Lifespan Human Development. Sage, Thousand Oaks, CA, S. 1460–1461
70. Makovski T, Schmitz S, vd Akker M et al. (2018) Multimorbidity and quality of life – Systematic literature review and meta-analysis. Rev Epidemiol Sante Publique 66(5):S327
71. Read JR, Sharpe L, Modini M et al. (2017) Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 221:36–46
72. Ryan A, Wallace E, O'Hara P et al. (2015) Multimorbidity and functional decline in community-dwelling adults: a systematic review. Health Qual Life Outcomes 13:168
73. Wang L, Si L, Cocker F et al. (2018) A Systematic Review of Cost-of-Illness Studies of Multimorbidity. Appl Health Econ Health Policy 16(1):15–29
74. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G et al. (2014) Prevalence, Determinants and Patterns of Multimorbidity in Primary Care: A Systematic Review of Observational Studies. PLoS ONE 9(7):e102149. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102149 (Stand: 01.04.2020)
75. Wolff JK, Nowossadeck S, Spuling SM (2017) Altern nachfolgende Kohorten gesünder? Selbstberichtete Erkrankungen und funktionale Gesundheit im Kohortenvergleich. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J et al. (Hrsg) Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Springer VS, Wiesbaden, S. 125–137
76. Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. (2012) Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet 380(9836):37–43
77. Fortin M, Stewart M, Poitras ME et al. (2012) A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. Ann Fam Med 10(2):142–151
78. Marengoni A, Angleman S, Melis R et al. (2011) Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing Res Rev 10(4):430–439
79. National Institute for Health and Care Excellence (Hrsg) (2016) Multimorbidity: clinical assessment and management. NICE, London
80. World Health Organization (Hrsg) (2015) World report on ageing and health. WHO, Geneva
81. Stenholm S, Westerlund H, Head J et al. (2015) Comorbidity and functional trajectories from midlife to old age: the Health and Retirement Study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 70(3):332–338
82. Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L et al. (1994) A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. J Gerontol 49(2):M85–M94
83. Liang J, Bennett JM, Shaw BA et al. (2008) Gender differences in functional status in middle and older age: Are there any age variations? J Gerontol B Psychol 63(5):S282–S292
84. Statistisches Bundesamt, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) Gesundheit und Krankheit im Alter, 2.2 Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, S. 62–78
85. Murtagh KN, Hubert HB (2004) Gender differences in physical disability among an elderly cohort. Am J Public Health 94(8):1406–1411
86. Robert Koch-Institut (2015) Wie gesund sind die älteren Menschen? In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 406–430

87. Bullinger M, Kirchberger I (1998) SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Z Med Psychol 7(4):190–191
88. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW et al. (1963) Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA 185(12):914–919
89. Katz S, Downs TD, Cash HR et al. (1970) Progress in Development of the Index of ADL. Gerontologist 10(1):20–30
90. Lawton MP, Brody EM (1969) Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. Gerontologist 9(3):179–186
91. Lawton MP (1971) The functional assessment of elderly people. J Am Geriatr Soc 19(6):465–481
92. Wolff JK, Nowossadeck S, Spuling SM (2017) Altern nachfolgende Kohorten gesünder? Selbstberichtete Erkrankungen und funktionale Gesundheit im Kohortenvergleich. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J et al. (Hrsg) Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Springer VS, Wiesbaden, Tabellenanhang S. 17–18
93. Paterson DH, Warburton DER (2010) Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. Int J Behav Nutr Phys Act 7:38
94. Desveaux L, Beauchamp M, Goldstein R et al. (2014) Community-based exercise programs as a strategy to optimize function in chronic disease: a systematic review. Med Care 52(3):216–226
95. Chang SF, Lin PL (2015) Frail phenotype and mortality prediction: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. Int J Nurs Stud 52(8):1362–1374
96. Kojima G (2015) Frailty as a Predictor of Future Falls Among Community-Dwelling Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc 16(12):1027–1033
97. Kojima G (2016) Frailty as a predictor of hospitalisation among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. J Epidemiol Community Health 70(7):722–729
98. Kojima G (2017) Frailty as a predictor of disabilities among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. Disabil Rehabil 39(19):1897–1908
99. Kojima G (2018) Frailty as a Predictor of Nursing Home Placement Among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. J Geriatr Phys Ther 41(1):42–48
100. Robertson DA, Savva GM, Kenny RA (2013) Frailty and cognitive impairment – a review of the evidence and causal mechanisms. Ageing Res Rev 12(4):840–851
101. Buckinx F, Rolland Y, Reginster JY et al. (2015) Burden of frailty in the elderly population: perspectives for a public health challenge. Arch Public Health 73(1):19
102. Cesari M, Prince M, Thiyagarajan JA et al. (2016) Frailty: An Emerging Public Health Priority. J Am Med Dir Assoc 17(3):188–192
103. Collard RM, Boter H, Schoevers RA et al. (2012) Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. J Am Geriatr Soc 60(8):1487–1492
104. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J et al. (2009) Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 64(6):675–681
105. Fuchs J, Busch M, Scheidt-Nave C (2017) Frailty: Prävalenz bei 70- bis 79-Jährigen in Deutschland (populationsbasierter Ansatz). Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 52(11-12):758–763
106. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2016) Prävalenz von körperlicher Gebrechlichkeit (Frailty). Faktenblatt zu DEGS1: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (2008–2011). www.degs-studie.de/deutsch/home.html (Stand: 01.04.2020)
107. Ambrose AF, Paul G, Hausdorff JM (2013) Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. Maturitas 75(1):51–61
108. Deshpande N, Metter EJ, Lauretani F et al. (2008) Activity restriction induced by fear of falling and objective and subjective measures of physical function: a prospective cohort study. J Am Geriatr Soc 56(4):615–620
109. Patil R, Uusi-Rasi K, Kannus P et al. (2014) Concern about falling in older women with a history of falls: associations with health, functional ability, physical activity and quality of life. Gerontology 60(1):22–30
110. Scheffer AC, Schuurmans MJ, v Dijk N et al. (2008) Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. Age Ageing 37(1):19–24
111. Lamb SE, Jørstad-Stein EC, Hauer K et al. (2005) Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the Prevention of Falls Network Europe consensus. J Am Geriatr Soc 53(9):1618–1622
112. Rapp K, Freiberger E, Todd C et al. (2014) Fall incidence in Germany: results of two population-based studies, and comparison of retrospective and prospective falls data collection methods. BMC Geriatr 14:105. https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-105 (Stand: 01.04.2020)
113. Gale CR, Cooper C, Aihie Sayer A (2016) Prevalence and risk factors for falls in older men and women: The English Longitudinal Study of Ageing. Age Ageing 45(6):789–794
114. Rapp K, Becker C, Cameron ID et al. (2012) Epidemiology of falls in residential aged care: analysis of more than 70,000 falls from residents of bavarian nursing homes. J Am Med Dir Assoc 13(2):187.e1–e6
115. Nurmi I, Luthje P (2002) Incidence and costs of falls and fall injuries among elderly in institutional care. Scand J Prim Health Care 20(2):118–122
116. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ et al. (2012) Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev 9. https://doi.org//10.1002/14651858.CD007146.pub3 (Stand: 01.04.2020)
117. Vieira ER, Palmer RC, Chaves PHM (2016) Prevention of falls in older people living in the community. BMJ 353:i1419. https://doi.org/10.1136/bmj.i1419 (Stand: 01.04.2020)
118. Bherer L, Erickson KI, Liu-Ambrose T (2013) A review of the effects of physical activity and exercise on cognitive and brain functions in older adults. J Aging Res 2013(9):657508
119. Nash KCM (2012) The effects of exercise on strength and physical performance in frail older people: a systematic review. Rev Clin Gerontol 22(4):274–285
120. Rhyner KT, Watts A (2016) Exercise and Depressive Symptoms in Older Adults: A Systematic Meta-Analytic Review. J Aging Phys Act 24(2):234–246
121. Thibaud M, Bloch F, Tournoux-Facon C et al. (2012) Impact of physical activity and sedentary behaviour on fall risks in older people: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Eur Rev Aging Phys Act 9(1):5–15
122. Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB et al. (2014) Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review, 2000–2012. Braz J Psychiatry 36(1):76–88
123. Warburton DER, Nicol CW, Bredin SSD (2006) Health benefits of physical activity: the evidence. CMAJ 174(6):801–809

124. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F et al. (2012) Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet 380(9838):219–229
125. World Health Organization (Hrsg) (2010) Global recommendations on physical activity for health. WHO, Geneva
126. Krug S, Jordan S, Mensink GBM et al. (2013) Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5–6):765–771
127. Spuling SM, Ziegelmann JP, Wünsche J (2017) Was tun wir für unsere Gesundheit? Gesundheitsverhalten in der zweiten Lebenshälfte. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J et al. (Hrsg) Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Springer VS, Wiesbaden, S. 139–156
128. World Health Organization (Hrsg) (2013) Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. WHO, Geneva
129. Hack J, Buecking B, Lopez CL et al. (2018) Vorausverfügungen im klinischen Alltag. Der Nephrologe 13(3):205–214
130. Lang FR, Wagner GG (2007) Patientenverfügungen in Deutschland: Bedingungen für ihre Verbreitung und Gründe der Ablehnung. Dtsch med Wochenschr 132(48):2558–2562
131. Carr D (2012) The social stratification of older adults' preparations for end-of-life health care. J Health Soc Behav 53(3):297–312
132. World Health Organization (Hrsg) (2013) Gesundheit 2020: Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert. WHO, Geneva
133. Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. (2019) Im Alter IN FORM. www.im-alter-inform.de (Stand: 01.04.2020)
134. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2019) Gesund und aktiv älter werden. www.gesund-aktiv-aelter-werden.de (Stand: 01.04.2020)
135. Franke A, Heusinger J, Konopik N et al. (2017) Band 49: Kritische Lebensereignisse im Alter – Übergänge gestalten. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund

KAPITEL 6

- *Frauen mit Migrationshintergrund sind eine heterogene Gruppe; die Datenlage zur Gesundheit ist unzureichend.*

- *Soziodemografische und migrationsspezifische Faktoren beeinflussen die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Frauen mit Migrationshintergrund.*

- *Frauen mit Migrationshintergrund sind im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund seltener von bestimmten chronischen körperlichen Erkrankungen betroffen, leiden aber häufiger an einer depressiven Symptomatik.*

- *Frauen mit Migrationshintergrund konsumieren seltener Alkohol in riskanten Mengen; sie sind allerdings auch seltener sportlich aktiv.*

- *Unterschiede in der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems und der Qualität der Behandlung sind insbesondere auf sprachliche Barrieren zurückzuführen.*

6 Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund

6.1 Einleitung

Von den weltweit über 257 Millionen international Migrierenden sind nahezu die Hälfte (48,4 %) weiblich (Jahr 2017). In Deutschland beläuft sich der Frauenanteil bei der internationalen Migration auf 50,2 % [1]. Menschen mit Migrationshintergrund (siehe Infobox 6.1.1) sind im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund einerseits spezifischen Gesundheitsrisiken ausgesetzt, andererseits weisen sie besondere gesundheitsrelevante Ressourcen auf (religiös begründete Ablehnung von Substanzkonsum, Ernährungsgewohnheiten, soziale Unterstützung) [2–4]. Zudem migrieren häufig junge, gesunde Menschen mit einer niedrigeren Sterblichkeit als die Bevölkerung des Ziellandes („Healthy Migrant Effect") [5–7]. Allerdings steigt mit zunehmender Aufenthaltsdauer das Risiko neuer Erkrankungen, die aus einer lebensstilbedingten Anpassung resultieren [5, 8].

Die Einflussgrößen auf die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich nach dem Geschlecht. So können bereits im Herkunftsland geschlechtsbezogene Expositionen wirken, die die Gesundheit noch im Zielland beeinflussen (z. B. weibliche Genitalverstümmelung (female genital mutilation, FGM)). Neben den kulturellen und sozialen Bedingungen im Herkunftsland variieren auch die mit dem Migrationsprozess verbundenen Herausforderungen zwischen Frauen und Männern. Im Zielland wirken ebenfalls geschlechtsbezogene Einflussgrößen auf die gesundheitliche Situation von Frauen mit Migrationshintergrund: Einerseits können positive Faktoren zum Tragen kommen, wie eine selbstbestimmtere Rolle der Frau in der Gesellschaft, die in vielen aufnehmenden Ländern üblich ist. Andererseits können psychosoziale Belastungen (Diskriminierungserfahrungen, Trennung von Familienangehörigen) die Gesundheit von Frauen (und auch von Männern) mit Migrationshintergrund negativ beeinflussen [9].

Frauen mit Migrationshintergrund stellen eine in sich heterogene Bevölkerungsgruppe dar. Sie unterscheiden sich sowohl nach soziodemografischen (Alter, soziale Lage) als auch migrationsbezogenen Merkmalen wie Herkunftsland, Motiven der Migration, Aufenthaltsdauer und -status, Sprachkenntnissen, Migrationsgeneration, Akkulturationsgrad oder religiösem Hintergrund [10, 11]. Dementsprechend variieren die Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken auch innerhalb der Gruppe der Frauen mit Migrationshintergrund stark.

Um auf der Grundlage einer datenbasierten Beschreibung der Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund mögliche gesundheitspolitische Handlungsfelder zu identifizieren, ist eine

Infobox 6.1.1
Definition Migration und Migrationshintergrund

Internationale Migration bezeichnet die dauerhafte, grenzüberschreitende Verlagerung des Lebensmittelpunktes einer Person [13, 14]. Dieses biografische Ereignis beeinflusst nicht nur die Lebenssituation der Zugewanderten, sondern auch die der in Deutschland geborenen Nachkommen [10]. Um die gesellschaftliche Vielfalt in Deutschland hinlänglich abzubilden, wurde im Jahr 2005 mit der Novellierung des Mikrozensusgesetzes das Konzept der „Bevölkerung mit Migrationshintergrund" eingeführt: „Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt" [15]. Diese Definition ermöglicht die Berücksichtigung von Migrantengruppen mit deutscher Staatsangehörigkeit wie Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler oder eingebürgerte Personen [10, 16, 17]. Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler sind Personen mit deutscher Herkunft, die seit dem 01.01.1993 aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion oder weiteren osteuropäischen Ländern nach Deutschland zugezogen sind [13, 15]. In den Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) wird der Migrationshintergrund über das Geburtsland der/des Befragten und ihrer/seiner Eltern bestimmt. Demnach weisen Personen einen Migrationshintergrund auf, wenn sie entweder selbst aus einem anderen Land zugewandert sind (1. Generation) oder mindestens ein Elternteil im Ausland geboren ist (2. Generation) [4].

zielgruppenspezifische Betrachtung bedeutsam. Allerdings liegen nur wenige Datenquellen vor, die sowohl die gesundheitliche Lage als auch den Migrationshintergrund umfassend abbilden und differenzierte Auswertungen für spezifische (Herkunfts-) Gruppen oder nach der Aufenthaltsdauer erlauben (siehe Infobox 6.1.2). Während das Gesundheitsverhalten von Frauen mit Migrationshintergrund anhand einzelner Befragungsdaten unter Berücksichtigung der Heterogenität der Bevölkerungsgruppe beschrieben werden kann (siehe Infobox 6.1.3), besteht „Konsens über den fortbestehenden Mangel an repräsentativen Daten zur Präventionsteilhabe, zum Gesundheitsstatus und zur medizinischen Versorgung von Menschen mit Einwanderungsgeschichten" [12]. Aufgrund dieser Herausforderungen basieren die folgenden Ausführungen teilweise auf Studien, die auf spezifische Regionen und bestimmte Migrantengruppen begrenzt sind.

Infobox 6.1.2
Datenbezogene Beschränkungen der Gesundheitsberichterstattung zu Frauen mit Migrationshintergrund

In amtlichen Statistiken und Routinedaten des Gesundheitswesens (z. B. Abrechnungsdaten) wird häufig allenfalls die Staatsangehörigkeit erhoben, wodurch bestimmte Gruppen von Frauen mit Migrationshintergrund (z. B. eingebürgerte Frauen) nicht identifizierbar sind. Darüber hinaus sind die Auswertungsmöglichkeiten aufgrund fehlender Informationen zur sozialen Lage, die empirisch bereits als relevante Einflussgröße zur Erklärung von gesundheitlicher Ungleichheit belegt worden ist, deutlich eingeschränkt [2, 18, 19]. In (gesundheitswissenschaftlichen) Surveys sind Menschen mit Migrationshintergrund jedoch oftmals unterrepräsentiert, d. h. der Anteil in der Befragung entspricht nicht ihrem Anteil in der Bevölkerung. Neben der Stichprobenziehung über das Merkmal „Staatsangehörigkeit" werden durch sprachliche und kulturelle Barrieren bei der Datenerhebung bestimmte Teile der Bevölkerung mit Migrationshintergrund von der Befragung ausgeschlossen [2, 4, 20, 21].

Infobox 6.1.3
Daten zur Beschreibung der Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund

Um repräsentative und differenzierte Aussagen zur Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund treffen zu können, wurden für dieses Kapitel Datenquellen ausgewählt, welche die Besonderheiten dieser Gruppe sowohl bei der Stichprobenziehung als auch im Befragungs- und Untersuchungsprogramm berücksichtigen. In der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) wurden spezifische Maßnahmen zur Erhöhung der Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund angewendet (Oversampling, d. h. die überproportionale Berücksichtigung von Personen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit bei der Stichprobenziehung, Einsatz mehrsprachiger Fragebögen) [22]. Allerdings sind nicht alle Subgruppen von Migrantinnen (und Migranten) in DEGS1 repräsentativ vertreten [4].

Eine repräsentative Einbindung von Familien mit Migrationshintergrund gelang in der zweiten Welle der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2, 2014–2017) [23]. Dafür wurde nicht nur ein Oversampling von Kindern und Jugendlichen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit durchgeführt, sondern auch ein Namenszuweisungsverfahren (onomastisches Verfahren) angewendet, um die Einladungsschreiben entsprechend der Herkunftssprache zu versenden. Weiterhin wurden die Erhebungsmaterialien übersetzt und die Feldteams waren interkulturell geschult.

Darüber hinaus sind für Fragestellungen zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund sowohl der Mikrozensus, der aufgrund des Stichprobenumfangs Analysen nach Subpopulationen ermöglicht [24], als auch das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) wertvolle Datenquellen. Neben dem Oversampling bestimmter Migrantengruppen, der zusätzlichen Anwendung eines onomastischen Verfahrens bei der Stichprobenziehung und dem Einsatz übersetzter Erhebungsmaterialien bei Stichproben der Gesamtbevölkerung, werden im SOEP spezifische Migrantenstichproben realisiert [25, 26].

6.2 Frauen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Eckdaten

6.2.1 Herkunftsländer, Aufenthaltsdauer und Motive der Migration

24,6 % der Frauen in Deutschland haben einen Migrationshintergrund (Jahr 2018). Von den Frauen mit Migrationshintergrund sind knapp zwei Drittel (65,4 %) selbst zugewandert, d. h. sie sind im Kindes- oder Erwachsenenalter nach Deutschland gekommen. Ein kleinerer Teil der Frauen mit Migrationshintergrund ist in Deutschland geboren und hat demzufolge keine eigene Migrationserfahrung (34,6 %). Knapp die Hälfte aller Frauen mit Migrationshintergrund besitzt einen ausländischen Pass (45,8 %). Einen deutschen Pass besitzen 54,2 % aller Frauen mit Migrationshintergrund. Knapp die Hälfte von ihnen wurde mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren (48,4 %), je ein Viertel (je 25,5 %) erlangte die deutsche Staatsbürgerschaft als (Spät-)Aussiedlerin oder durch Einbürgerung und 0,6 % durch Adoption [15].

Mit 13,3 % stellen Frauen mit türkischem Migrationshintergrund die größte Gruppe dar (Abb. 6.2.1.1), gefolgt von Polen (11,5 %), der Russischen Föderation (7,2 %), Kasachstan (6,4 %), Rumänien (4,8 %), Italien (3,6 %) sowie Syrien (3,2 %). Dabei zeigen sich im Hinblick auf die Herkunftsländer der Bevölkerung mit Migrationshintergrund Unterschiede nach dem Geschlecht: Während der Anteil der Frauen an allen Migrierenden in Ländern wie Syrien (39,5 %) und Pakistan (38,3 %) vergleichsweise niedrig ist, liegt der Frauenanteil aus China (53,3 %) oder der Ukraine (58,8 %) über dem der Männer [15].

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von selbst zugewanderten Frauen variiert nach dem Herkunftsland (Abb. 6.2.1.2). Fast ein Drittel (31,9 %) der Frauen mit türkischem Migrationshintergrund leben seit 40 und mehr Jahren in Deutschland. Dies trifft hingegen nur auf jede 16. Frau aus Rumänien zu. Selbst zugewanderte Frauen aus Rumänien haben zu einem höheren Anteil eine Aufenthaltsdauer von unter zehn Jahren (45,2 %) [15].

Abbildung 6.2.1.1
Herkunftsländer und Staatsangehörigkeit der Frauen mit Migrationshintergrund in Deutschland
Datenbasis: Mikrozensus 2018 [15]

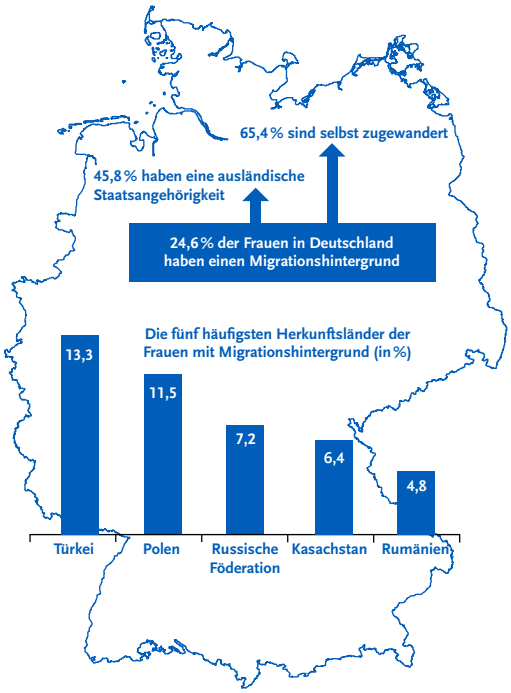
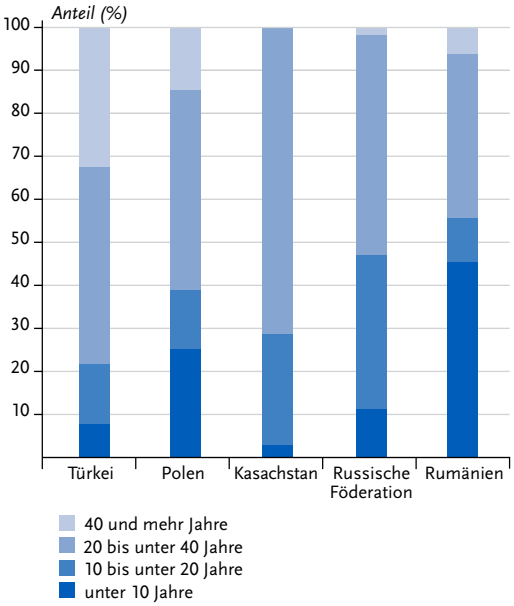


Abbildung 6.2.1.2
Aufenthaltsdauer von selbst zugewanderten Frauen nach den häufigsten Herkunftsländern
Datenbasis: Mikrozensus 2018 [15]



Im Hinblick auf die Hauptmotive der Zuwanderung zeigen sich unter den selbst zugewanderten Frauen ebenfalls herkunftslandspezifische Unterschiede: Fast drei Viertel (73,1 %) der syrischen Frauen migrierten aus humanitären Gründen wie Flucht oder Asyl. Unter den Frauen aus der Türkei (79,1 %), Kasachstan (72,4 %) und der Russischen Föderation (65,6 %) liegt der Zuwanderungsanteil aufgrund von Familienzusammenführung und der Familiengründung besonders hoch. Von den Frauen mit kroatischem (33,3 %), bulgarischem (33,3 %) und spanischem (27,7 %) Hintergrund werden zudem arbeitsbezogene Migrationsmotive häufig genannt [15].

6.2.2 Alters- und Familienstruktur

Mit einem Durchschnittsalter von 36,1 Jahren sind Frauen mit Migrationshintergrund deutlich jünger als Frauen ohne Migrationshintergrund (48,6 Jahre). Während 10,3 % der Mädchen ohne Migrationshintergrund unter 15 Jahre alt sind, liegt der entsprechende Anteil unter den Mädchen mit Migrationshintergrund mit 20,4 % doppelt so hoch. Demgegenüber beläuft sich der Anteil der 65-Jährigen und Älteren unter den Frauen mit Migrationshintergrund auf 10,4 % und bei den Frauen ohne Migrationshintergrund auf 27,3 % [15].

Frauen mit Migrationshintergrund (12,8 %) leben seltener allein als Frauen ohne Migrationshintergrund (24,0 %). Darüber hinaus leben sie häufiger in einer Paarfamilie mit Kindern (27,8 % bzw. 19,4 % der Frauen ohne Migrationshintergrund). Bezüglich des Anteils an Verheirateten gibt es keinen Unterschied zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund (44,2 % bzw. 44,8 %). Bei den Alleinerziehenden bestehen nur geringfügige Unterschiede nach dem Migrationshintergrund (Frauen mit Migrationshintergrund: 5,9 %, Frauen ohne Migrationshintergrund: 5,1 %) [15].

6.2.3 Schulische und berufliche Qualifikation

Frauen mit Migrationshintergrund haben überproportional häufig keinen Schulabschluss. Von allen Frauen mit Migrationshintergrund, die nicht mehr in Ausbildung bzw. schulpflichtig sind, haben 13,6 % keinen Schulabschluss im Vergleich zu 1,5 % der Frauen ohne Migrationshintergrund. Gleichzeitig ist der Anteil der Frauen mit Hochschulreife jedoch höher als bei Frauen ohne Migrationshintergrund (31,0 % bzw. 23,6 %) oder bei Männern mit Migrationshintergrund (28,0 %). Bei einer differenzierten Betrachtung nach den häufigsten Herkunftsländern werden deutliche Unterschiede innerhalb der Migrantinnengruppen sichtbar: So weisen 14,3 % der Frauen mit türkischem und 25,6 % der Frauen mit russischem Migrationshintergrund eine Hochschulreife auf. Im Hinblick auf den beruflichen Abschluss zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den Schulabschlüssen: Ein Großteil der Frauen mit Migrationshintergrund verfügt über keinen beruflichen Abschluss (38,8 % vs. 16,6 % der Frauen ohne Migrationshintergrund). Der Anteil an Hochschulabsolventinnen (ohne Promotion) liegt unter den Frauen mit Migrationshintergrund (14,5 %) aber höher als unter den Frauen ohne Migrationshintergrund (10,0 %) [15]. Die Spreizung bei den schulischen und beruflichen Abschlüssen ist demnach unter Frauen mit Migrationshintergrund größer als unter Frauen ohne Migrationshintergrund.

6.2.4 Erwerbsbeteiligung und wirtschaftliche Situation

Der insgesamt überproportional hohe Anteil von Frauen mit Migrationshintergrund ohne schulische sowie berufliche Qualifikation geht mit einer schlechteren Positionierung am Arbeitsmarkt einher: Frauen mit Migrationshintergrund weisen im Vergleich zu Männern mit Migrationshintergrund und Personen ohne Migrationshintergrund nicht nur die niedrigste Erwerbstätigenquote und das geringste durchschnittliche Nettoeinkommen auf, sondern sie sind auch häufiger in einer geringfügigen Beschäftigung tätig [15, 27]. Darüber hinaus liegt die sogenannte Armutsgefährdungsquote bei Frauen mit Migrationshintergrund doppelt so hoch wie bei den Frauen ohne Migrationshintergrund (27,1 % bzw. 12,3 %) [15]. Als armutsgefährdet gilt, wem weniger als 60 % des Durchschnittseinkommens zur Verfügung steht (bedarfsgewichtetes Haushaltsnettoeinkommen) [28]. Die Armutsgefährdungsquote unterscheidet sich zudem deutlich nach den Herkunftsländern: Frauen mit syrischem (78,2 %), irakischem

(69,2 %) sowie afghanischem (68,7 %) Migrationshintergrund sind besonders häufig armutsgefährdet [15]. Vor dem Hintergrund des Zusammenhangs zwischen der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit [29] sind Frauen mit Migrationshintergrund infolge der mehrfachen sozialen Benachteiligung besonderen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt [30, 31].

6.3 Gesundheitliche Situation von Frauen mit Migrationshintergrund

6.3.1 Subjektive Gesundheit

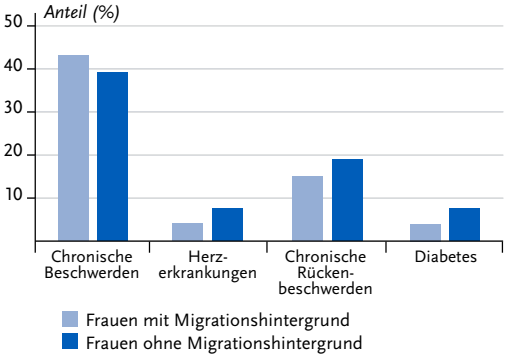
Der selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand steht in einem engen Zusammenhang mit funktionalen Einschränkungen, chronischen Erkrankungen und der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems [32, 33] (siehe Kapitel 2.1.2). Insgesamt bestehen nur geringfügige Unterschiede in der subjektiven Gesundheit zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund. Deskriptive Auswertungen der DEGS1-Studie zeigen, dass 71,0 % der Frauen mit Migrationshintergrund und 74,3 % der Frauen ohne Migrationshintergrund ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einschätzen. Allerdings variieren die Einschätzungen zur subjektiven Gesundheit nach der Generationszugehörigkeit: Selbst zugewanderte Frauen bewerten ihre subjektive Gesundheit signifikant schlechter als Frauen ohne Migrationshintergrund. Dieser statistisch bedeutsame Effekt bleibt auch bei Berücksichtigung der Unterschiede in der Altersstruktur und dem sozioökonomischen Status (SES) bestehen. Für in Deutschland geborene Frauen mit Migrationshintergrund zeigt sich kein derartiger Effekt [11].

6.3.2 Körperliche Gesundheit

Im Hinblick auf das Vorliegen chronischer Erkrankungen deuten deskriptive Auswertungen des SOEP für das Jahr 2016 auf migrationsbezogene Unterschiede hin. Gefragt wurde, ob die Frauen seit mindestens einem Jahr oder chronisch an bestimmten Beschwerden leiden. Während der Anteil von Frauen mit Beschwerden unter den Frauen mit Migrationshintergrund insgesamt (43,2 %) etwas über dem Wert für Frauen ohne Migrationshintergrund liegt (39,2 %) (Abb. 6.3.2.1), werden Unterschiede deutlich, wenn man differenzierter auswertet. Der Anteil der Frauen mit chronischen Beschwerden ist unter den in Deutschland geborenen Frauen mit Migrationshintergrund sogar etwas niedriger (38,1 %) als unter Frauen ohne Migrationshintergrund. Demgegenüber liegt der entsprechende Anteil unter den selbst zugewanderten Frauen mit 46,8 % deutlich höher. Eine altersdifferenzierte Betrachtung zeigt, dass in der Altersgruppe ab 60 Jahren sowohl selbst zugewanderte Frauen als auch in Deutschland geborene Frauen mit Migrationshintergrund deutlich häufiger von chronischen Beschwerden betroffen sind als Frauen ohne Migrationshintergrund.

Während die deskriptiven Auswertungen zu den chronischen Beschwerden im Allgemeinen auf gesundheitliche Nachteile der Frauen mit Migrationshintergrund hindeuten, liegt nach den Daten des SOEP für das Jahr 2015 sowohl die Lebenszeitprävalenz von Herzerkrankungen (inkl. Herzinsuffizienz, Herzschwäche) als auch von chronischen Rückenbeschwerden bei Frauen mit Migrationshintergrund niedriger als bei Frauen ohne Migrationshintergrund (Abb. 6.3.2.1). Darüber hinaus zeigen die Auswertungen, dass der Anteil einer jemals ärztlich diagnostizierten Diabeteserkrankung bei Frauen mit Migrationshintergrund niedriger ist als bei Frauen ohne Migrationshintergrund. Insbesondere selbst zugewanderte Frauen weisen mit 3,9 % eine fast halb so hohe Lebenszeitprävalenz von Diabetes auf wie Frauen ohne Migrationshintergrund

Abbildung 6.3.2.1
Chronische Beschwerden und ausgewählte Erkrankungen von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund
Datenbasis: SOEP 2015/2016



(7,5 %). Hierbei ist allerdings zu bedenken, dass Frauen mit Migrationshintergrund eine im Durchschnitt jüngere Bevölkerungsgruppe sind als Frauen ohne Migrationshintergrund (siehe Kapitel 6.2.2). Ein weiterer Erklärungsansatz könnte die zumeist niedrigere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund sein. Eine vergleichende Studie zu Schwangerschaftsdiabetes von türkischen und deutschen Frauen auf der Grundlage einer namensbasierten Auswertung schwangerschaftsbezogener Abrechnungsdaten der AOK Berlin zeigte, dass türkischstämmige Frauen eine signifikant höhere Inzidenz für Schwangerschaftsdiabetes aufweisen [34].

Der scheinbar im Gegensatz zu den krankheitsbezogenen Ergebnissen aus dem SOEP stehende Befund, dass Frauen mit Migrationshintergrund von nicht näher spezifizierten chronischen Beschwerden häufiger betroffen sind (Abb. 6.3.2.1), lässt sich möglicherweise durch spezielle Belastungen und kulturelle Unterschiede im Krankheitsverständnis erklären. Auch hier könnte die zumeist niedrigere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund eine Rolle spielen: Die Frage nach Erkrankungen bezog sich auf jemals erhaltene ärztliche Diagnosen. Die Frage nach chronischen Beschwerden war eine Selbsteinschätzung.

Die verfügbaren Studien zur Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit an Krebserkrankungen konzentrieren sich auf spezifische Regionen und Migrantengruppen. Für Aussiedlerinnen und Frauen mit türkischem Migrationshintergrund wurde nachgewiesen, dass im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund keine Unterschiede in der Häufigkeit von Krebsneuerkrankungen bestehen (Gesamtkrebsinzidenz unter Berücksichtigung von Unterschieden in der Altersstruktur der Gruppen) [35]. Die Sterblichkeit an Krebserkrankungen (Gesamtkrebsmortalität) liegt sogar unter dem Wert der Vergleichsgruppe [36–40]. Im Hinblick auf einzelne Krebsarten zeigen sich jedoch Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen: Während Aussiedlerinnen höhere Inzidenz- und Mortalitätsraten für Leber- und Magenkrebs aufweisen, sind die Raten für Lungen- und Brustkrebs niedriger als bei den Frauen ohne Migrationshintergrund [35–39]. Ein vergleichbares Bild ergibt sich für Frauen mit türkischem Migrationshintergrund, die nicht nur niedrigere Neuerkrankungsraten für Brust- und Hautkrebs aufweisen, sondern u. a. auch für Krebserkrankungen des Atmungssystems [41]. Die niedrigere Inzidenz für Lungenkrebs unter den Frauen mit Migrationshintergrund resultiert aus dem geringeren Anteil an Raucherinnen. Demgegenüber erklären die höheren Prävalenzen für Helicobacter pylori (Bakterium, das chronische Infektionen des Magens verursacht) sowie spezifische Ernährungsgewohnheiten in Teilen die höheren Erkrankungs- und Sterberaten für Magen- und Leberkrebs bei Frauen mit Migrationshintergrund [36, 39]. Zeitvergleichende Analysen zu Krebserkrankungen legen die Schlussfolgerung nahe, dass sich aufgrund der zunehmenden Adaption des westlichen Lebensstils der Frauen mit Migrationshintergrund die Risikounterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen zukünftig vermutlich weiter verringern [40–42].

6.3.3 Psychische Gesundheit

Frauen mit Migrationshintergrund sind eine sehr heterogene Gruppe (siehe Kapitel 6.2). Etwa zwei Drittel sind selbst zugewandert, ein Drittel ist in Deutschland geboren. Sie unterscheiden sich hinsichtlich vieler soziodemografischer und migrationsspezifischer Merkmale, darunter z. B. Herkunftsländer, Aufenthaltsdauer, Motive der Migration, Aufenthaltsstatus. Die Studienlage zu psychischen Belastungen und Ressourcen von Frauen mit Migrationshintergrund bildet diese Vielfalt nicht gleichermaßen differenziert ab. Die vorliegenden Arbeiten zeigen: In Abhängigkeit von der persönlichen Situation können Frauen mit Migrationshintergrund spezifischen psychosozialen Anforderungen ausgesetzt sein, die in Kombination mit sozialer Benachteiligung zu einer mehrfachen Belastung führen können [7, 43, 44]. So kann die psychische Gesundheit der Frauen durch ungünstige Wohn- und Arbeitsbedingungen sowie eine unzureichende finanzielle Absicherung beeinflusst werden. Daneben können migrationsspezifische Faktoren auf die Gesundheit der Frauen einwirken. Dazu gehören Unsicherheiten bezüglich der aufenthaltsrechtlichen Situation, insbesondere bei Asylsuchenden, Anpassungsanforderungen an die neue Gesellschaft und damit einhergehend die neue Kultur (multipler Akkulturationsstress) aber auch Diskriminierungserfahrungen, Erfahrungen von gesellschaftlicher Ablehnung und Fremdenfeindlichkeit [44, 45, 46]. Bei speziellen

Gruppen von Frauen mit Migrationshintergrund, insbesondere Frauen mit Fluchterfahrungen, können traumatisierende Erlebnisse, die im Zusammenhang mit dem Migrationsprozess selbst stehen (Flucht, Folter, Verfolgung, sexuelle Gewalt) die psychische Gesundheit beeinflussen (siehe Infobox 6.3.1) [47]. Neben den migrationsspezifischen Belastungen verfügen Frauen mit Migrationshintergrund häufig über wichtige Ressourcen, wie eine ausgeprägte soziale Unterstützung und einen starken Zusammenhalt innerhalb der Migrantenpopulationen [48].

Studien zeigen, dass diese sozialen Ressourcen durch Familienmitglieder, Freundinnen und Freunde sowie Bekannte einen wesentlichen Einfluss auf die Stressbewältigung [49], das psychische Wohlbefinden und die Auftretenswahrscheinlichkeit manifester psychischer Störungen ausüben können [50].

Allerdings liegen bislang kaum aussagekräftige Studien zur psychischen Gesundheit von in Deutschland lebenden Frauen mit Migrationshintergrund vor [51]. In einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung zur Prävalenz von psychischen Störungen zeigen sich marginale, statistisch nicht bedeutsame Unterschiede nach dem Migrationshintergrund: So weisen Frauen mit Migrationshintergrund leicht höhere Prävalenzen für Depressionen, somatoforme Beschwerden (körperliche Beschwerden ohne eine organische Ursache), generalisierte Angststörungen (Angstzustände ohne konkreten Anlass) und posttraumatische Belastungsstörungen auf als Frauen ohne Migrationshintergrund [52].

Infobox 6.3.1
Gesundheitliche Lage von geflüchteten Frauen

Frauen mit Fluchterfahrung bilden eine besonders vulnerable Gruppe. Sie sind vor, während und nach der Flucht starken physischen sowie psychischen Belastungen ausgesetzt [57–59]. Neben der Lebensgefahr infolge von Krieg und Terror in den jeweiligen Herkunftsländern stellen Zwangsverheiratung, Genitalverstümmelung (female genital mutilation, FGM), geschlechtsspezifische, restriktive Gesetze, erlebte Gewalt und Angst vor Ehrenmord Fluchtgründe für Frauen dar [57]. Auch die Gefahr, Opfer von Menschenhandel zu werden, kann Frauen zur Flucht aus ihrem Heimatland bewegen.

In einer 2016/2017 durchgeführten repräsentativen Befragung unter Federführung der Charité – Universitätsmedizin Berlin wurden traumatische Erfahrungen geflüchteter Frauen im Heimatland und während der Flucht erhoben. 663 in Deutschland lebende Frauen, die aus Afghanistan, Syrien, Iran, Irak, Somalia und Eritrea geflüchtet waren, nahmen teil. Neben dem Aufenthalt im Kriegsgebiet (54,8 %), Wohnungslosigkeit (51,5 %), Hunger und Durst (46,3 %) sowie dem fehlenden Zugang zu medizinischer Versorgung (35,9 %) wurden auch schwere Unfälle (29,6 %), der unnatürliche Tod eines Familienmitgliedes oder Freundes (27,1 %) sowie gewalttätige Angriffe durch Fremde (22,1 %) und Bekannte oder Familie (18,6 %) als Belastungen genannt [58]. Die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit wurde eher mäßig bewertet (mit einem Mittelwert von 3,01 auf einer 5-stufigen-Skala). Nahtoderfahrungen, eine fehlende Gesundheitsversorgung bei Krankheit sowie erfahrene Angriffe durch ein Familienmitglied stellten hier bedeutsame Einflussfaktoren für die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes dar [58].

Eine 2017/2018 vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) durchgeführte Befragung von erwachsenen Geflüchteten aus Syrien, dem Irak und Afghanistan in Erstaufnahmeeinrichtungen bestätigt dies (n = 2.021). Nur gut die Hälfte (55,1 %) der geflüchteten Frauen (n = 665) schätzen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein. Bei den geflüchteten Männern liegt der Anteil bei 64,5 % [60]. Die Ergebnisse der oben genannten repräsentativen Befragung von 663 geflüchteten Frauen zeigen weiterhin, dass die Frauen eine große Breite physischer sowie psychischer Symptome aufweisen. So sind Frauen mit Fluchterfahrung besonders häufig von Rücken- (33 %), Kopf- (32 %) und Muskelschmerzen (27 %) betroffen. Daneben berichten die geflüchteten Frauen häufig von der Neigung zum Weinen (52 %) und einer stark ausgeprägten Traurigkeit (40 %) [59]. Die psychische Belastung der Frauen kann durch die in Deutschland erfahrene Diskriminierung sowie Stigmatisierung nochmals verstärkt werden [59]. Insbesondere bürokratische und sprachliche Barrieren erschweren geflüchteten Frauen die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems [59–61].

Auswertungen der DEGS1-Studie nach der Migrationsgeneration zeigen, dass sowohl selbst zugewanderte Frauen (15,1 %) als auch Frauen der zweiten Generation (14,1 %) häufiger von einer depressiven Symptomatik (PHQ-9) betroffen sind als Frauen ohne Migrationshintergrund (9,1 %). Bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstruktur ist der Effekt allerdings nur für Frauen der ersten Migrationsgeneration signifikant [11]. Deskriptive Auswertungen des SOEP für das Jahr 2015 legen nahe, dass insbesondere in der Altersgruppe ab 60 Jahren deutliche migrationsspezifische Unterschiede zwischen den betrachteten Gruppen bestehen: Mit 19,3 % liegt der Anteil einer jemals ärztlich diagnostizierten depressiven Erkrankung bei den selbst zugewanderten Frauen fast doppelt so hoch wie bei den Frauen ohne Migrationshintergrund (11,5 %) und fast dreimal so hoch wie bei den in Deutschland geborenen Frauen mit Migrationshintergrund (6,9 %). Die höheren Prävalenzen für depressive Symptome bei Frauen mit Migrationshintergrund, insbesondere der ersten Generation, werden nach aktueller nationaler sowie internationaler Datenlage bestätigt [53, 54].

Suizidalität und suizidales Verhalten stehen in einem engen Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit [44]. Eine Auswertung der Todesursachenstatistik für Deutschland legt nahe, dass die Suizidrate der 18- bis 64-jährigen türkischen Frauen niedriger ist als die der gleichaltrigen deutschen Frauen. Demgegenüber weisen türkische Mädchen und junge Frauen im Alter von 10 bis 17 Jahren ein fast doppelt so hohes Suizidrisiko auf wie Mädchen und junge Frauen der Altersgruppe ohne Migrationshintergrund. Ein möglicher Erklärungsansatz bezieht sich auf kulturelle Konflikte infolge traditioneller Normen und moderner Lebensformen [55, 56]. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass diese Auswertung auf Daten aus den Jahren 1980 bis 1997 basiert. Eine weitere Einschränkung besteht in der niedrigen Fallzahl für die 10- bis 17-jährigen Mädchen mit türkischer Staatsangehörigkeit.

6.3.4 Infektionskrankheiten

Infektionskrankheiten stellen insbesondere in Ländern mit einem niedrigen Lebensstandard eine der wesentlichen Ursachen für Erkrankungen sowie Sterblichkeit dar [62, 63]. Neben der höheren Prävalenz bestimmter Infektionserkrankungen in einigen Herkunftsländern können sowohl der Migrationsprozess an sich als auch Bedingungen im Zielland (Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften) das Risiko für eine Infektionserkrankung erhöhen [64, 65]. Da nur für eine begrenzte Anzahl meldepflichtiger Erkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz Informationen zum Migrationshintergrund vorliegen [65], konzentrieren sich die folgenden Darstellungen auf HIV und Tuberkulose.

Im Jahr 2018 wurden 2.818 HIV-Neudiagnosen an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. 22 % der Betroffenen waren Frauen, 78 % Männer. Von den HIV-Neudiagnosen mit Herkunftsangabe stammen 62 % der Betroffenen aus Deutschland; mit 15 % stellt Subsahara-Afrika die häufigste nicht-deutsche Herkunftsregion unter den HIV-Neudiagnosen dar. Im Hinblick auf die Herkunftsregionen zeigen sich deutliche Unterschiede nach dem Geschlecht: Der relative Anteil von Frauen an den HIV-Neudiagnosen lag unter der Bevölkerung mit nicht-deutscher Herkunft (37 %) deutlich höher als bei der Bevölkerung mit deutscher Herkunft (10 %). Dabei kamen 65 % der Frauen nicht-deutscher Herkunft mit HIV-Neudiagnosen aus Subsahara-Afrika [66].Bei der Bewertung der HIV-Meldedaten ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der HIV-Neudiagnosen nicht mit der tatsächlichen Zahl von Neuerkrankungen (HIV-Inzidenz) gleichgesetzt werden kann. Dies ist darauf zurückzuführen, dass zwischen der HIV-Infektion und der HIV-Diagnose ein individuell unterschiedlicher Zeitraum liegen kann. Die Zahl der HIV-Neudiagnosen wird außerdem durch verschiedene Faktoren beeinflusst, z. B. dem Zugang zum Testangebot.

In Deutschland wurden 5.429 Tuberkulose-Erkrankungen für das Jahr 2018 registriert. Der überwiegende Teil der übermittelten Tuberkulose-Fälle betrifft Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit (69,8 %) und/oder Personen, die in einem anderen Land als Deutschland geboren sind (73,9 %). Dabei stellen Eritrea, Somalia, Rumänien, Afghanistan und die Türkei die am häufigsten übermittelten Geburtsländer (ohne Deutschland) dar. Neben der Staatsangehörigkeit und dem Geburtsland zeigen sich deutliche Unterschiede nach dem Geschlecht: Männer mit ausländischer Staatsangehörigkeit (68,8 %) sind mehr als doppelt so häufig betroffen wie Frauen mit ausländischer Staatsangehörigkeit (31,2 %). Von den 1.795 erkrankten Frauen weisen 32,5 % die deutsche und 62,8 %

eine ausländische Staatsangehörigkeit auf (unbekannte Staatsangehörigkeit: 4,7 %). Zudem zeigen sich Geschlechterunterschiede in der Tuberkulose-Inzidenz nach der Altersverteilung, die bei den Erkrankten mit nicht-deutscher Herkunft im jungen Erwachsenenalter besonders stark ausgeprägt sind: In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen war die Inzidenz der Männer mit ausländischer Staatsangehörigkeit mehr als doppelt so hoch wie die der Frauen mit ausländischer Staatsangehörigkeit [67].

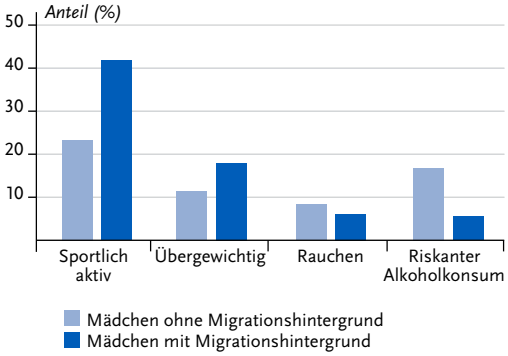
6.4 Gesundheitsverhalten

6.4.1 Sportliche Aktivität

Körperliche Aktivität wirkt sich positiv auf die physische sowie psychische Gesundheit aus und senkt sowohl das Erkrankungs- als auch das Sterberisiko (siehe Kapitel 2.2.1) [68]. Eine spezifische Form der körperlichen Aktivität stellt der Sport dar [69]. Die Daten der DEGS1-Studie weisen darauf hin, dass Frauen mit Migrationshintergrund (44,4 %) – insbesondere selbst zugewanderte Frauen (48,2 %) – deutlich häufiger sportlich inaktiv sind als Frauen ohne Migrationshintergrund (31,4 %). Der Zusammenhang zwischen sportlicher Inaktivität und erster Migrationsgeneration bleibt auch bei Berücksichtigung der Altersstruktur und des SES statistisch bedeutsam [11]. Deskriptive Auswertungen des SOEP von 2015 bestätigen die migrationsspezifischen Ergebnisse der DEGS1-Studie im Hinblick auf die sportliche Inaktivität.

Langzeituntersuchungen belegen, dass das Bewegungsverhalten im Kindes- und Jugendalter die körperliche Aktivität im Erwachsenenalter beeinflusst [70]. Die Daten der KiGGS-Studie zeigen, dass der Anteil sportlich inaktiver Mädchen mit Migrationshintergrund signifikant höher ist als unter den Mädchen ohne Migrationshintergrund (41,6 % bzw. 23,0 %) (Abb. 6.4.1.1). Zudem weisen die Daten auf einen deutlichen Unterschied in der sportlichen Inaktivität zwischen Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund hin: So liegt der Anteil sportlich inaktiver Jungen mit Migrationshintergrund mit 19,7 % nur halb so hoch wie bei den Mädchen mit Migrationshintergrund. Dieser geschlechtsbezogene Unterschied spiegelt sich auch bei den Erwachsenen in der DEGS1-Studie wider, wenngleich geringer ausgeprägt.

Abbildung 6.4.1.1
Gesundheitsverhalten von 11- bis 17-jährigen Mädchen mit und ohne Migrationshintergrund
Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014–2017)



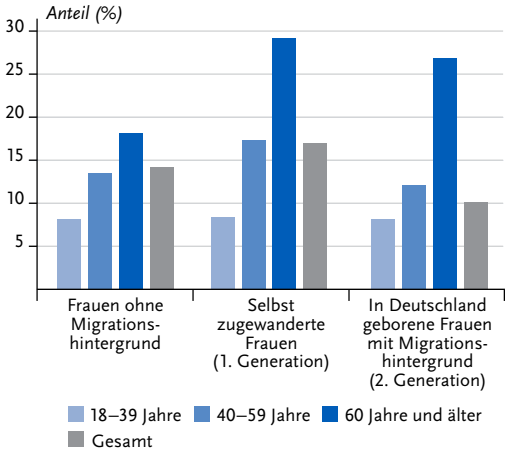
6.4.2 Übergewicht und Adipositas

Übergewicht und insbesondere Adipositas sind Risikofaktoren für Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck und für einzelne Krebserkrankungen [71, 72]. Mit Hilfe des Body Mass Index (BMI), einem Quotienten aus Körpergewicht und Körpergröße (zum Quadrat), kann eine Klassifizierung in Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas vorgenommen werden (siehe Kapitel 2.2.3). Zur Beschreibung des BMI von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund empfiehlt sich aufgrund der Stichprobengröße und der daraus resultierenden Möglichkeiten für differenzierte Auswertungen der Mikrozensus 2017, bei dem Selbstangaben zu Körpergröße und -gewicht erfasst werden.

Der Anteil der übergewichtigen und adipösen Frauen liegt unter den Frauen der zweiten Migrationsgeneration mit 19,0 % (Übergewicht) bzw. 10,1 % (Adipositas) deutlich unter den Werten der selbst zugewanderten Frauen (Übergewicht: 27,9 %, Adipositas: 16,9 %) und der Frauen ohne Migrationshintergrund (Übergewicht: 28,3 %, Adipositas: 14,2 %) [73].

Eine differenzierte Betrachtung der Adipositasprävalenz zeigt, dass die migrationsspezifischen Unterschiede zum Teil auf Alterseffekte zurückzuführen sind (Abb. 6.4.2.1). So steigt der Anteil adipöser Frauen mit zunehmendem Alter unter den Frauen der ersten Migrationsgeneration stärker an als unter den Frauen ohne Migrationshintergrund. Während 18,1 % der Frauen ohne Migrationshintergrund ab 60 Jahren als adipös gelten, liegt der

Abbildung 6.4.2.1
Adipositas bei Frauen mit und ohne Migrationshintergrund nach Alter
Datenbasis: Mikrozensus 2017 [73]



Anteil unter den selbst zugewanderten Frauen mit 29,1 % deutlich höher. Demgegenüber bestehen in der jüngsten Altersgruppe (18 bis 39 Jahre) keine Unterschiede in der Adipositasprävalenz nach dem Migrationshintergrund.

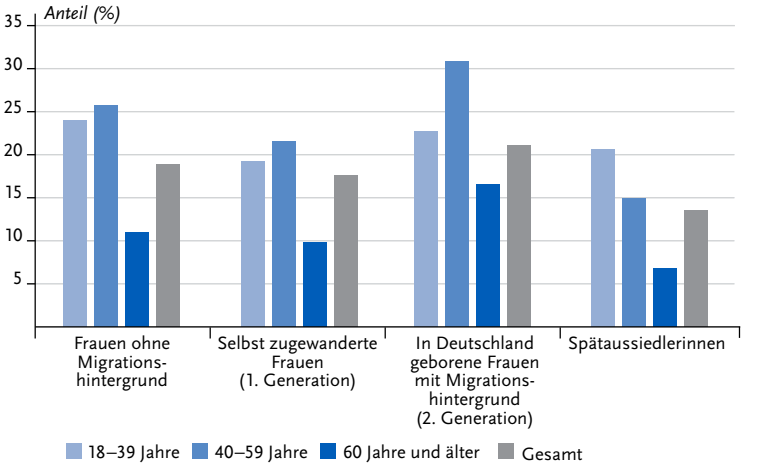
Die Auswertungen weisen zudem auf herkunftslandspezifische Einflüsse hin: Frauen aus Kasachstan (22,1 %) und der Russischen Föderation (21,9 %) sind häufiger von Adipositas betroffen als Frauen mit polnischem Migrationshintergrund (13,6 %).

Messwerte zu Körpergröße und -gewicht, wie sie im Rahmen des Untersuchungssurveys von KiGGS bei Kindern und Jugendlichen standardisiert erhoben werden, gelten im Vergleich zu Selbstangaben der Befragten als verlässlichere Kennzahlen (siehe auch Kapitel 2.2.3). Die KiGGS-Daten belegen, dass insbesondere im Hinblick auf das Übergewicht migrationsspezifische Unterschiede bestehen (Abb. 6.4.1.1). So liegt in der Altersgruppe der 11- bis 17-Jährigen der Anteil übergewichtiger Mädchen mit Migrationshintergrund (17,7 %) höher als in der gleichaltrigen Vergleichsgruppe ohne Migrationshintergrund (11,0 %). Bei einem als adipös klassifizierten BMI weichen die Anteile zwischen Mädchen mit (5,2 %) und ohne Migrationshintergrund (3,2 %) dagegen nur leicht voneinander ab.

6.4.3 Tabakkonsum

Auswertungen des Mikrozensus 2017 geben Hinweise darauf, dass das Rauchverhalten von Frauen nach der Migrationsgeneration variiert (Abb. 6.4.3.1). Der Anteil an Raucherinnen ist bei Frauen der zweiten Generation (21,1 %) höher als bei selbst zugewanderten Frauen (17,6 %) und bei Frauen ohne Migrationshintergrund (18,9 %) [73]. Die höhere Raucherinnenquote unter den in Deutschland geborenen Frauen mit Migrationshintergrund zeigt sich auch in den Ergebnissen der

Abbildung 6.4.3.1
Raucherquoten von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund nach Alter
Datenbasis: Mikrozensus 2017 [73]



DEGS1-Studie des RKI [11]. Ein möglicher Erklärungsansatz ist der Wandel kultureller Einstellungen und Werte der in Deutschland geborenen und aufgewachsenen zweiten Generation, der im Vergleich zu den selbst zugewanderten Frauen zu einer Zunahme der Rauchprävalenz führt [74, 75]. Spätaussiedlerinnen (siehe Infobox 6.1.1) weisen mit 13,5 % die niedrigste Raucherinnenquote und mit 74,3 % den höchsten Anteil an Nieraucherinnen auf [73]. Allerdings steigt ihre Rauchprävalenz mit zunehmender Aufenthaltsdauer (unabhängig vom Bildungsniveau). Dagegen geht unter den männlichen Aussiedlern eine zunehmende Aufenthaltsdauer mit einer sinkenden Rauchprävalenz einher [75].

Auswertungen des Mikrozensus 2017 belegen weiterhin, dass herkunftslandspezifische Unterschiede in der Rauchprävalenz bestehen. Während Frauen mit bulgarischer Herkunft (34,0 %) die höchste Prävalenz für das Rauchen aufweisen, ist der Anteil an Raucherinnen unter Frauen aus der Russischen Föderation (9,8 %), asiatischen Ländern (10,2 %) sowie Kasachstan (11,8 %) am niedrigsten.

Bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 17 Jahren zeigen sich weder herkunfts- noch geschlechtsbezogene Unterschiede in den Rauchprävalenzen (Abb. 6.4.1.1). KiGGS-Auswertungen zum Rauchen in der Schwangerschaft belegen, dass die Prävalenz des mütterlichen Rauchens in der Schwangerschaft bei Kindern mit Migrationshintergrund niedriger ist [76].

6.4.4 Alkoholkonsum

Bisherige Forschungsergebnisse deuten auf einen kulturell sowie religiös begründeten Zusammenhang zwischen dem Konsum von Alkohol und dem Vorliegen eines Migrationshintergrundes hin. Zudem bestehen innerhalb der Migrantenpopulation starke Unterschiede im Alkoholkonsum nach dem Geschlecht und dem Herkunftsland [77, 78].

Nach Auswertungen der DEGS1-Studie weisen insbesondere selbst zugewanderte Frauen mit 18,6 % deutlich seltener einen riskanten Alkoholkonsum auf als Frauen ohne Migrationshintergrund (26,9 %). Dieser statistisch bedeutsame Effekt bleibt unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstruktur und des SES bestehen. Bei den Männern zeigt sich kein derartiger Zusammenhang zwischen dem Konsum von Alkohol und der Migrationsgeneration. Diese weisen jedoch im Vergleich zu den Frauen deutlich häufiger einen riskanten Alkoholkonsum auf (selbst zugewanderte Männer: 36,3 %) [11].

Für 11- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche zeigen sich ähnliche Ergebnisse bezüglich des Alkoholkonsums nach dem Migrationshintergrund (Abb. 6.4.1.1): Mädchen ohne Migrationshintergrund (16,5 %) konsumieren signifikant häufiger Alkohol in riskanten Mengen als Gleichaltrige mit Migrationshintergrund (5,2 %). Allerdings sind die geschlechtsbezogenen Unterschiede im riskanten Alkoholkonsum in dieser Altersgruppe weniger stark ausgeprägt (Jungen mit Migrationshintergrund: 6,0 %).

6.5 Prävention und Gesundheitsversorgung von Frauen mit Migrationshintergrund

6.5.1 Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Nach Angaben der DEGS1-Studie (2008–2011) nehmen Frauen mit Migrationshintergrund (57,1 %), insbesondere Frauen der ersten Generation (55,6 %), seltener regelmäßig an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teil als Frauen ohne Migrationshintergrund (69,1 %).

In einer registerbasierten Studie, bei der Daten aus Mammographie-Screening-Einheiten in Duisburg, Bielefeld, Paderborn, Hamburg und Berlin ausgewertet wurden, zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede in der Mammographie-Teilnahme zwischen Frauen mit und ohne türkischen Migrationshintergrund. Lediglich ältere Frauen mit türkischer Herkunft (65 bis 69 Jahre) nehmen seltener am Mammographie-Screening teil. Zur Bestimmung der türkischen Herkunft wurde ein Namensalgorithmus verwendet [79]. In einer Studie in Westfalen-Lippe wurden zum Mammographie-Screening eingeladene deutsche und türkische Frauen ab 50 Jahren sowohl nach ihrem Wissen über als auch nach der Entscheidung zur Teilnahme am Screening-Programm befragt. Mit 60,6 % beabsichtigen Frauen mit türkischem Migrationshintergrund seltener am Screening-Programm

teilzunehmen als Frauen ohne Migrationshintergrund (74,6 %). Zudem wiesen Frauen mit türkischem Migrationshintergrund das geringste Wissen über das Screening auf und besaßen ein signifikant größeres Risiko für eine uninformierte Entscheidung zur Screening-Teilnahme als Frauen ohne Migrationshintergrund [80]. In einer qualitativen Studie zu den Einflussfaktoren auf die Mammographie-Screening-Teilnahme von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund zeigt sich, dass unzureichende deutsche Sprachkenntnisse die größte Barriere darstellen. Sprach- und Übersetzungsprobleme beim Lesen der Einladungsschreiben und der beigefügten Informationsmaterialien können zu einer unzureichenden Aufklärung der Frauen über das Mammographie-Screening führen. Darüber hinaus erhöhen sprachliche Barrieren die Wahrscheinlichkeit, dass die Entscheidung zur Mammographie-Screening-Teilnahme nicht durch die Frauen selbst, sondern von Familienangehörigen getroffen wird [81]. Hervorzuheben ist das Angebot der Kooperationsgemeinschaft Mammographie: Sie stellt auf ihrer Internetseite Informationsmaterialien in 13 verschiedenen Sprachen zur Verfügung [82]. Die oben genannte qualitative Studie zeigte allerdings auch, dass schriftliches Informationsmaterial insgesamt, selbst wenn es auf Türkisch vorlag, kaum verwendet wurde.

6.5.2 Inanspruchnahme von gynäkologischen Leistungen und Schwangerenvorsorge

Neben dem Gesundheitszustand und -verhalten wurden in der DEGS1-Studie auch Angaben zur Gesundheitsversorgung erhoben. Deskriptive Auswertungen belegen, dass zwischen Frauen mit (67,2 %) und ohne Migrationshintergrund (70,9 %) nur geringfügige Unterschiede in der Inanspruchnahme von niedergelassenen Frauenärztinnen/Frauenärzten in den letzten zwölf Monaten bestehen.

In einer Studie zur geburtshilflichen Versorgung bei 7.100 Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in drei Berliner Geburtskliniken (2011–2012) wurde der Einfluss soziodemografischer sowie migrationsbezogener Merkmale auf das Inanspruchnahmeverhalten der Schwangerenvorsorgeangebote untersucht. Dazu wurden die aus standardisierten Interviews gewonnenen Befragungsdaten der Frauen mit den Mutterpassdaten sowie den Perinataldaten der jeweiligen Geburtsklinik verknüpft. Insgesamt belegen die Auswertungen, dass in der Inanspruchnahme der ärztlichen Schwangerenvorsorge weder Unterschiede im Hinblick auf die Anzahl noch bezüglich des Zeitpunktes der Erstuntersuchung nach dem Migrationshintergrund bestehen. Allerdings nehmen Frauen mit Migrationshintergrund, die eine kurze Aufenthaltsdauer (unter fünf Jahren) aufweisen, später an der ersten Vorsorgeuntersuchung teil. Darüber hinaus stellten sich sowohl der Aufenthaltsstatus als auch unzureichende Sprachkenntnisse als Risikofaktoren für eine geringe Nutzung (d. h. fünf oder weniger dokumentierte Vorsorgeuntersuchungen) heraus. Frauen mit Migrationshintergrund nehmen zudem seltener nicht-ärztliche Angebote wie Schwangerenvorsorge durch Hebammen oder Geburtsvorbereitungskurse wahr [83].

Die Erhebung belegt weiterhin, dass Frauen mit Migrationshintergrund tendenziell geringere Raten von Kaiserschnittentbindungen aufweisen als Frauen ohne Migrationshintergrund [84, 85]. Allerdings liegen bisher keine aktuellen und verlässlichen Studien zu den Einflussfaktoren auf den Entbindungsmodus bei Frauen mit Migrationshintergrund in Deutschland vor. Im Rahmen einer internationalen Metaanalyse wurden u. a. Kommunikationsprobleme, ein niedriger SES und Unterversorgung während der Schwangerschaft als Risikofaktoren für Kaiserschnittentbindungen unter Frauen mit Migrationshintergrund identifiziert. Demgegenüber gelten sozio-kulturelle Einstellungen (Präferenz der vaginalen Geburt), ein im Durchschnitt jüngeres Alter der Frauen mit Migrationshintergrund bei Geburt sowie ein gesünderer Lebensstil als Schutzfaktoren in Bezug auf Kaiserschnittentbindungen [86].

6.5.3 Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen

Im Rahmen von DEGS1 wurde die Teilnahme an von Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung gewährten Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschluss-Heilbehandlungen in den letzten drei Jahren erfasst. Die Auswertungen belegen, dass keine Unterschiede in der Inanspruchnahme

rehabilitativer Angebote zwischen Frauen mit (9,4 %) und ohne Migrationshintergrund (10,9 %) bestehen. Infolge der im Durchschnitt höheren körperlichen Arbeitsbelastung und dem Älterwerden der derzeit noch „jungen" Gruppe von Frauen mit Migrationshintergrund (siehe Kapitel 6.5.4) wird die Bedeutung rehabilitativer Angebote aufgrund des Risikos altersbedingter chronischer Erkrankungen zukünftig zunehmen [87, 88].

Ergebnisse einer Studie zum Rehabilitationserfolg anhand von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung in Rheinland und Westfalen (2000–2006) legen nahe, dass Frauen mit türkischer Herkunft rehabilitative Leistungen aufgrund einer psychischen/Verhaltensstörung tendenziell häufiger (30,8 % bzw. 21,6 %) und Reha-Leistungen infolge von Neubildungen seltener in Anspruch nehmen als Frauen ohne Migrationshintergrund (6,4 % bzw. 13,9 %). Zudem deuten die Ergebnisse auf Unterschiede im Rehabilitationserfolg hin: Während sich der Gesundheitszustand nach der Rehabilitation bei 81,9 % der Frauen ohne Migrationshintergrund verbesserte, stellte sich bei lediglich 70,8 % der Frauen mit Migrationshintergrund ein Rehabilitationserfolg ein. Insbesondere bei der Inanspruchnahme von rehabilitativen Leistungen aufgrund des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebes und psychischen/Verhaltensstörungen zeigen sich wesentliche Unterschiede im Behandlungserfolg zuungunsten der Frauen mit türkischem Migrationshintergrund. Die migrationsspezifischen Unterschiede in den Behandlungsergebnissen bleiben auch bei statistischer Berücksichtigung der sozialen Merkmale bestehen [89]. Demzufolge unterscheiden sich Frauen mit und ohne Migrationshintergrund zwar nicht in der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen, jedoch in der Ergebnisqualität der Behandlung. Dieser Nachteil von Frauen mit Migrationshintergrund im Rehabilitationserfolg kann u. a. auf die sprachlichen und kulturellen Kommunikationsprobleme zurückgeführt werden [87, 88].

6.5.4 Migration und Pflege

Im Zuge des demografischen Wandels nimmt der Anteil älterer Menschen in Deutschland deutlich zu. Insbesondere Frauen werden aufgrund ihrer längeren Lebenserwartung häufiger von einer Pflegebedürftigkeit betroffen sein (siehe auch Kapitel 2.3.6) [18, 90, 91]. Allerdings liegen bislang keine repräsentativen Daten zur Pflegebedürftigkeit und der Versorgungssituation von älteren Menschen mit Migrationshintergrund vor, einschließlich der spezifischen Pflege- und Unterstützungsbedarfe [92, 93]. Eine vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene repräsentative Studie legt nahe, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund die bestehenden Angebote und Leistungen für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige seltener wahrnehmen als die Mehrheitsbevölkerung [94]. Dies erscheint zunächst ungewöhnlich, leisteten doch die in den 1950er- bis in die 1970er-Jahre nach Deutschland gekommenen Arbeitsmigranten („Gastarbeiter") über einen längeren Zeitraum hinweg schwere körperliche Arbeit, die mit einem höheren Risiko der vorzeitigen Erwerbsminderung oder auch Pflegebedürftigkeit im Alter einhergeht. Insgesamt lebt ein hoher Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund unter ungünstigeren sozioökonomischen Bedingungen, die sich auf das Risiko für eine Pflegebedürftigkeit auswirken können [95, 96]. Die Verbesserung des Zugangs zu Angeboten der Pflege, insbesondere für die „erste Generation der Arbeitsmigranten", wird im aktuellen Koalitionsvertrag hervorgehoben [97].

Die Ursachen der geringeren Inanspruchnahme von gesetzlichen Pflegeleistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund können auf unterschiedliche Barrieren zurückgeführt werden. Hierzu gehören u. a. Sprach- und Kulturbarrieren, Wissensdefizite und Diskriminierungserfahrungen (siehe Kapitel 6.5.5) [18, 98, 99]. Neben den Barrieren können die hohen Solidarpotenziale in den Familien die geringere Inanspruchnahme erklären [100]. Nach Daten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung liegt der Anteil der von Angehörigen gepflegten türkischstämmigen Menschen bei 98 % [101]. Der hohe Anteil der häuslichen Pflege ist möglicherweise auch darauf zurückzuführen, dass Menschen mit Migrationshintergrund infolge der schlechteren Einkommenssituation eher Geldleistungen statt Sachleistungen der Pflegeversicherung (ambulante Pflege, Pflege in einer Pflegeeinrichtung) in Anspruch nehmen [94, 102].

Es ist davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme gesetzlicher Pflegeleistungen – allein aufgrund der sich wandelnden demografischen

Strukturen – bei Menschen mit Migrationshintergrund zukünftig steigen wird. Die Solidar- und Unterstützungspotenziale werden in den nachfolgenden Generationen aufgrund von Veränderungen in den sozialen Normen, dem Lebensstil und den Lebensentwürfen vermutlich nicht mehr im selben Maße wie heute zur Verfügung stehen. Hier ist eine Annäherung an die Lebensentwürfe der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund zu erwarten, weshalb von einem Anstieg des professionellen Hilfebedarfs ausgegangen werden kann [103].

6.5.5 Barrieren der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems

Frauen mit Migrationshintergrund stehen bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems spezifischen Barrieren gegenüber, die eine gleichberechtige Teilhabe erschweren. So resultieren unzureichende deutsche Sprachkenntnisse in Informationsdefiziten bezüglich der Angebote zur Prävention und Gesundheitsversorgung, wodurch die Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen beeinflusst werden kann. Ferner können sprachliche Barrieren die Beschreibung der Symptomatik erschweren und sich auf die Qualität der Behandlung auswirken [18, 104, 105]. Eine Berliner Studie zur gynäkologischen Versorgungssituation zeigt, dass Frauen mit türkischer Herkunft im Vergleich zu deutschen Patientinnen die medizinische Aufklärung durch die Ärztin oder den Arzt deutlich häufiger nicht verstehen (Einschätzung der Patientinnen). Mit zunehmenden deutschen Sprachkenntnissen wird das Verständnis der medizinischen Aufklärung von den türkischen Patientinnen dagegen positiver beurteilt [106, 107].

Darüber hinaus können kulturelle Unterschiede im Hinblick auf das Krankheitsverständnis und bezüglich der Symptomwahrnehmung bestehen [18, 30, 105, 108-110]. Die Inanspruchnahme und Qualität der Gesundheitsversorgung kann zudem durch kulturell und religiös bedingte Schamgrenzen (Behandlung durch das andere Geschlecht, gemischtgeschlechtliche Therapien), insbesondere bei Frauen mit türkischer Herkunft beeinflusst werden [111]. Neben den individuellen Hindernissen der Frauen mit Migrationshintergrund erschweren Diskriminierungserfahrungen und strukturelle Barrieren den gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung [18, 110, 112]. So sind mit dem aufenthaltsrechtlichen Status Einschränkungen in der medizinischen Versorgung für Asylsuchende sowie Geflüchtete verbunden [18, 61]. Letztlich sind die Angebote des Gesundheitssystems häufig nicht auf die ethnische, kulturelle und religiöse Vielfalt der Patientinnen ausgerichtet. Aufgrund der vorhandenen Barrieren auf der Angebotsseite wird zunehmend eine interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems gefordert, einschließlich einer Erhöhung der interkulturellen Kompetenz der Beschäftigten [113]. Neben migrationsspezifischen Angeboten, die der Heterogenität der Bevölkerungsgruppe und den unterschiedlichen Bedarfen nur begrenzt gerecht werden können, wird die Umsetzung diversitätsorientierter Maßnahmen durch Einrichtungen des Gesundheitswesens für eine gleichberechtigte Teilhabe an Leistungen des Gesundheitssystems empfohlen [114, 115].

6.6 Fazit

Verallgemeinernde Aussagen zur gesundheitlichen Lage von Frauen mit Migrationshintergrund sind aufgrund der Heterogenität der Bevölkerungsgruppe kaum möglich. Insgesamt weisen Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund jedoch nicht nur spezifische Gesundheitsrisiken, sondern auch Gesundheitsvorteile auf, die u. a. aus der deutlich jüngeren Altersstruktur resultieren und von kulturellen Faktoren abhängen.

Die Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund wird durch vielfältige, miteinander in Wechselwirkung stehende Determinanten beeinflusst. So prägen nicht nur biologisch-genetische, kulturelle, soziale, umweltbezogene und politische Determinanten des Herkunftslandes die gesundheitliche Lage von Frauen mit Migrationshintergrund, sondern auch Erfahrungen, die im Zusammenhang mit dem Migrationsprozess an sich stehen. Im Zielland wirken einerseits die aus der sozialen Lage resultierenden Einflussfaktoren (Wohn- und Arbeitsbedingungen) und andererseits migrationsspezifische Risiken (rechtliche Rahmenbedingungen, sprachliche Barrieren,

psychosoziale Belastungen wie die Veränderung des kulturellen Kontextes, der Verlust des sozialen Netzwerkes, die Trennung von Familienangehörigen und Diskriminierungserfahrungen) auf die Gesundheit ein [6, 116].

Um langfristige Effekte von Expositionen in verschiedenen Lebensphasen und Lebenswelten zu analysieren, stellt die Lebenslaufepidemiologie einen vielversprechenden Ansatz dar [8, 116], dessen Anwendung aufgrund mangelnder Datenverfügbarkeit für Menschen mit Migrationshintergrund noch nicht umfänglich erfolgte. Vor dem Hintergrund, dass fast ein Viertel der Frauen in Deutschland einen Migrationshintergrund hat, ist die Verbesserung der Datenlage ein wichtiges Anliegen. Die Durchführung von Kohortenstudien (Langzeitstudien), die im Idealfall Aussagen zur Entwicklung von Lebenslagen und der Gesundheit von Frauen (und Männern) über mehrere Generationen ermöglichen, würde hier neue Perspektiven eröffnen. Insgesamt gilt es die komplexen Bedingungsfaktoren für die Gesundheitsrisiken und Ressourcen von Frauen mit Migrationshintergrund auf integrationspolitischer Ebene zu berücksichtigen, indem die Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Frauen mit Migrationshintergrund als Querschnittsaufgabe verstanden wird.

Neben der Berücksichtigung von „Gesundheit und Pflege“ im Nationalen Aktionsplan Integration [113] lag im Jahr 2015 der thematische Schwerpunkt der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration auf der „Gesundheit und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft“. Auf dem entsprechenden Integrationsgipfel wurde betont, dass Angebote und Einrichtungen auf Menschen mit unterschiedlichen kulturellen, religiösen und weltanschaulichen Hintergründen gut vorbereitet sein müssen. Die Bedeutung der Migrantenorganisationen als Brücke zwischen dem Gesundheitswesen und der Bevölkerung mit Migrationshintergrund wurde hervorgehoben. Außerdem wurde auf die regelmäßige Berücksichtigung dieser großen Bevölkerungsgruppe in der Gesundheitsberichterstattung hingewiesen [117, 118]. Das derzeit am RKI durchgeführte Projekt „Improving Health Monitoring in Migrant Populations“ (IMIRA) zielt darauf ab, die Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern. Neben der Erweiterung des Gesundheitsmonitorings am RKI wird im Rahmen des Projektes die Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund weiterentwickelt [119].

Literatur

1. Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017) Trends in international Migrant Stock: The 2017 revision. United Nations, New York
2. Reiss K, Makarova J, Spallek J et al. (2013) Identifizierung und Rekrutierung von Menschen mit Migrationshintergrund für epidemiologische Studien in Deutschland. Gesundheitswesen 75(06):e49–e58
3. Spallek J, Razum O (2007) Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. Medizinische Klinik 102(6):451–456
4. Saß AC, Grüne B, Brettschneider AK et al. (2015) Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts. Bundesgesundheitsbl 58(6):533–542
5. Razum O (2006) Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 255–271
6. Schenk L (2007) Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. Int J Public Health 52(2):87–96
7. Spallek J, Razum O (2016) Migration und Gesundheit. In: Richter H, Hurrelmann K (Hrsg) Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Springer, Wiesbaden, S. 153–166
8. Razum O, Spallek J (2009) Wie gesund sind Migranten? Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland. Focus Migration Kurzdossier 12:1–10
9. Spallek J, Razum O (2015) Migration und Geschlecht. Public Health Forum 23(2):73–75
10. Schenk L, Bau AM, Borde T et al. (2006) Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus – Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. Bundesgesundheitsbl 49(9):853–860
11. Rommel A, Saß AC, Born S et al. (2015) Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 58(6):543–552
12. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2016) 11. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration – Teilhabe, Chancengleichheit und Rechtsentwicklung in der Einwanderungsgesellschaft Deutschland. Die Bundesregierung, Berlin
13. Bundesministerium des Innern (Hrsg) (2016) Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Migrationsbericht 2015. BMI, Berlin
14. Lederer HW (2004) Indikatoren der Migration: zur Messung des Umfangs und der Arten von Migration in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des Ehegatten- und Familiennachzugs sowie der illegalen Migration. europäisches forum für migrationsstudien (efms), Bamberg
15. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2019) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2018. Fachserie 1, Reihe 2.2. Destatis, Wiesbaden
16. Rühl S (2009) Grunddaten der Zuwandererbevölkerung in Deutschland. Working Paper 27 der Forschungsgruppe des Bundesamtes aus der Reihe „Integrationsreport“, Teil 6. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg

17. Will AK (2016) Migrationshintergrund im Mikrozensus. Wie werden Zuwanderer und ihre Nachkommen in der Statistik erfasst? Mediendienst Integration, Berlin
18. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung. RKI, Berlin
19. Butler J, Albrecht NJ, Ellsäßer G et al. (2007) Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung. Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung des Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit". Bundesgesundheitsbl 50(10):1232–1239
20. Borde T (2005) Repräsentation ethnischer Minderheiten in Studien und Gesundheitsberichten. Erfordernis, Chancen und Nebenwirkungen. In: Borde T, David M (Hrsg) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund: Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, S. 266–287
21. Schenk L, Neuhauser H (2005) Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. Bundesgesundheitsbl 48(3):279–286
22. Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R et al. (2013) Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. Bundesgesundheitsbl 56(5–6):620–630
23. Frank L, Yesil-Jürgens R, Born S et al. (2018) Maßnahmen zur verbesserten Einbindung und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 3(1):134–151. https://edoc.rki.de/handle/176904/3044 (Stand: 01.04.2020)
24. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Forschungsdatenzentren (2017) Mikrozensus. www.forschungsdatenzentrum.de/bestand/mikrozensus/ (Stand: 01.04.2020)
25. Kroh M, Schupp J (2018) The SOEP Migration Survey and Refugee Sample (M1-M5). Report from the SOEP. In: Britzke J, Schupp J (Hrsg) SOEP Wave Report 2017. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V., Berlin, S. 46–48
26. Liebau E, Tucci I (2015) Migrations- und Integrationsforschung mit dem SOEP von 1984 bis 2012: Erhebung, Indikatoren und Potenziale. SOEP Survey Papers 270: Series C. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V., Berlin
27. Länderoffene Arbeitsgruppe „Indikatorenentwicklung und Monitoring" der Konferenz der für Integration zuständigen Ministerinnen und Minister/Senatorinnen und Senatoren der Länder (IntMK) (Hrsg) (2017) Vierter Bericht zum Integrationsmonitoring der Länder 2013–2015. IntMK, Baden-Württemberg
28. Statistisches Bundesamt (2020) Armutsgefährdungsquote (EU-SILC). www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Glossar/armutsgefaehrdungsquote.html (Stand: 01.04.2020)
29. Lampert T, Richter M, Schneider S et al. (2016) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 59(2):153–165
30. Binder-Fritz C, Rieder A (2014) Zur Verflechtung von Geschlecht, sozioökonomischen Status und Ethnizität im Kontext von Gesundheit und Migration. Bundesgesundheitsbl 57(9):1031–1037
31. Wimmer-Puchinger B, Wolf H, Engleder A (2006) Migrantinnen im Gesundheitssystem. Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsbl 46(9):884–892
32. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Subjektive Gesundheit. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der „Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Faktenblaetter/GEDA12/geda12_fb_inhalt.html (Stand: 01.04.2020)
33. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
34. Reeske A, Zeeb H, Razum O et al. (2012) Differences in the Incidence of Gestational Diabetes between Women of Turkish and German Origin: An Analysis of Health Insurance Data From a Statutory Health Insurance in Berlin, Germany (AOK), 2005–2007. Geburtshilfe Frauenheilkd 72(4):305–310
35. Winkler V, Holleczek B, Stegmaier C et al. (2014) Cancer incidence in ethnic German migrants from the Former Soviet Union in comparison to the host population. Cancer Epidemiol 38(1):22–27
36. Becher H, Razum O, Kyobutungi C et al. (2007) Mortality of Immigrants from the Former Soviet Union: Results of a Cohort Study. Dtsch Arztebl Int 104(23):A1655–A1661
37. Kyobutungi C, Ronellenfitsch U, Razum O et al. (2006) Mortality from cancer among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union, in Germany. Eur J Cancer 42(15):2577–2584
38. Ott JJ, Paltiel AM, Winkler V et al. (2008) Chronic disease mortality associated with infectious agents: a comparative cohort study of migrants from the Former Soviet Union in Israel and Germany. BMC Public Health 8:110
39. Winkler V, Ott JJ, Holleczek B et al. (2009) Cancer profile of migrants from the Former Soviet Union in Germany: incidence and mortality. Cancer Causes Control 20(10):1873–1879
40. Zeeb H, Razum O, Blettner M et al. (2002) Transition in cancer patterns among Turks residing in Germany. Eur J Cancer 38(5):705–711
41. Spallek J, Arnold M, Hentschel S et al. (2009) Cancer incidence rate ratios of Turkish immigrants in Hamburg, Germany: A registry based study. Cancer Epidemiol 33(6):413–418
42. Zeeb H, Spallek J, Razum O (2008) Epidemiologische Perspektiven der Migrationsforschung am Beispiel von Krebserkrankungen. Psychother Psychosom Med Psychol 58(3/04):130–135
43. Brzoska P, Reiss K, Razum O (2010) Arbeit, Migration und Gesundheit. In: Badura B, Schröder H, Klose J et al. (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2010: Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 129–139
44. Schouler-Ocak M, Aichberger MC, Penka S et al. (2015) Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 58(6):527–532
45. Gavranidou M, Abdallah-Steinkopff B (2007) Brauchen Migrantinnen und Migranten eine andere Psychotherapie? Psychotherapeutenjournal 6(4):353–361
46. Igel U, Brähler E, Grande G (2010) Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von MigrantInnen. Psychiatr Prax 37(4):183–190
47. Weilandt C, Rommel A, Raven U (2003) Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW. Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e. V., Bonn
48. Tydecks S, Temur-Erman S, Schouler-Ocak M et al. (2009) Psychische Störungen, psychische Belastungen und soziale Unterstützung bei türkischen Migranten in zwei Berliner Allgemeinarztpraxen. Z Med Psychol 18(3-4):101–107
49. Singh S, McBride K, Kak V (2015) Role of Social Support in Examining Acculturative Stress and Psychological Distress Among Asian American Immigrants and Three Sub-groups: Results from NLAAS. J Immig Minor Health 17(6):1597–1606
50. Kirkcaldy B, Wittig U, Furnham A et al. (2006) Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. Bundesgesundheitsbl 49(9):873–883

51. Zeeb H, Razum O (2006) Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung. Bundesgesundheitsbl 49(9):845–852
52. Glaesmer H, Wittig U, Brähler E et al. (2009) Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Psychiatr Prax 36(1):16–22
53. Aichberger MC, Schouler-Ocak M, Mundt A et al. (2010) Depression in middle-aged and older first generation migrants in Europe: Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Eur Psychiatry 25(8):468–475
54. Beutel ME, Jünger C, Klein EM et al. (2016) Depression, anxiety and suicidal ideation among 1st and 2nd generation migrants – results from the Gutenberg health study. BMC Psychiatry 16(1):288
55. Razum O, Zeeb H (2004) Suizidsterblichkeit unter Türkinnen und Türken in Deutschland. Nervenarzt 75(11):1092–1098
56. Heredia Montesinos A, Bromand Z, Aichberger MC et al. (2010) Suizid und suizidales Verhalten bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund. ZPPP 58(3):173–179
57. Binder S, Tosic J (2003) Flüchtlingsforschung: sozialanthropologische Ansätze und genderspezifische Aspekte. SWS-Rundschau 43(4):450–472
58. Jesuthasan J, Sönmez E, Abels I et al. (2018) Near-death experiences, attacks by family members, and absence of health care in their home countries affect the quality of life of refugee women in Germany: a multi-region, cross-sectional, gender-sensitive study. BMC Med 16(1):15
59. Schouler-Ocak M, Kurmeyer C (2017) Study on Female Refugees. Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland. Abschlussbericht. Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin
60. Schröder H, Zok K, Faulbaum F (2018) Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. WIdO-monitor 15(1):1–20
61. Razum O, Wenner J, Bozorgmehr K (2016) Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. Gesundheitswesen 78(11):711–714
62. Zumla A, George A, Sharma V et al. (2015) The WHO 2014 Global tuberculosis report – further to go. Lancet Glob Health 3(1):e10–e12
63. World Health Organization (Hrsg) (2011) Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access: progress report 2011. WHO, Geneva
64. European Centre for Disease Prevention and Control (Hrsg) (2014) Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA Technical Report. ECDC, Stockholm
65. Kuehne A, Fiebig L, Jansen K et al. (2015) Migrationshintergrund in der infektionsepidemiologischen Surveillance in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 58(6):560–568
66. Robert Koch-Institut (2020) Gemeldete HIV-Neudiagnosen 2018 nach Herkunftsregion und Geschlecht. Sonderauswertung
67. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2019) Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2018. RKI, Berlin
68. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Körperliche Aktivität. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Faktenblaetter/GEDA12/geda12_fb_inhalt.html (Stand: 01.04.2020)
69. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Sportliche Aktivität. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Faktenblaetter/GEDA12/geda12_fb_inhalt.html (Stand: 01.04.2020)
70. Rauner A, Jekauc D, Mess F et al. (2015) Tracking physical activity in different settings from late childhood to early adulthood in Germany: the MoMo longitudinal study. BMC Public Health 15:391
71. Schienkiewitz A, Mensink GBM, Kuhnert R et al. (2017) Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(2):21–28. https://edoc.rki.de/handle/176904/2655 (Stand: 01.04.2020)
72. Benecke A, Vogel H (Hrsg) (2005) Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 16. RKI, Berlin
73. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2020) Mikrozensus 2017 – Fragen zur Gesundheit. Sonderauswertung
74. Reeske A, Spallek J, Razum O (2009) Changes in smoking prevalence among first- and second-generation Turkish migrants in Germany – an analysis of the 2005 Microcensus. Int J Equity Health 8(1):26
75. Reiss K, Spallek J, Razum O (2010) ‘Imported risk’ or ‘health transition’? Smoking prevalence among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union by duration of stay in Germany – analysis of microcensus data. Int J Equity Health 9(1):15
76. Kuntz B, Zeiher J, Starker A et al. (2018) Rauchen in der Schwangerschaft – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(1):47–54. https://edoc.rki.de/handle/176904/3035 (Stand: 01.04.2020)
77. Orth B (2017) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
78. Strupf M, Gomes de Matos E, Soellner R et al. (2017) Trinkverhalten von Personen verschiedener Herkunftsregionen in Deutschland: Ein Vergleich mit Personen ohne Migrationshintergrund. Suchttherapie 18(2):90–97
79. Berens EM, Stahl L, Yilmaz-Aslan Y et al. (2014) Participation in breast cancer screening among women of Turkish origin in Germany – a register-based study. BMC Women's Health 14(1):24
80. Berens EM, Reder M, Razum O et al. (2015) Informed Choice in the German Mammography Screening Program by Education and Migrant Status: Survey among First-Time Invitees. PLoS ONE 10(11):1–11. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142316 (Stand: 01.04.2020)
81. Berens EM, Yilmaz-Aslan Y, Spallek J et al. (2016) Determinants of mammography screening participation among Turkish immigrant women in Germany – a qualitative study reflecting key informants‘ and women’s perspectives. Eur J Cancer Care 25(1):38–48
82. Kooperationsgemeinschaft Mammographie in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung GbR (2020) MAMMO Flyer Gut Informiert Entscheiden. www.mammo-programm.de/downloads/ (Stand: 01.04.2020)
83. Brenne S, David M, Borde T et al. (2015) Werden Frauen mit und ohne Migrationshintergrund von den Gesundheitsdiensten gleich gut erreicht? Das Beispiel Schwangerenvorsorge in Berlin. Bundesgesundheitsbl 58(6):569–576
84. David M, Borde T, Brenne S et al. (2014) Comparison of Perinatal Data of Immigrant Women of Turkish Origin and German Women – Results of a Prospective Study in Berlin. Geburtshilfe Frauenheilkd 74(5):441–448
85. David M, Borde T, Brenne S et al. (2017) Obstetric and perinatal outcomes among immigrant and non-immigrant women in Berlin, Germany. Arch Gynecol 296(4):745–762
86. Merry L, Small R, Blondel B et al. (2013) International migration and caesarean birth: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy & Childbirth 13:27

87. Schott T, Reutin B, Yilmaz-Aslan Y (2015) Weshalb ist der Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund häufig geringer? Public Health Forum 23(2):79–81
88. Brzoska P, Razum O (2015) Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. Bundesgesundheitsbl 58(6):553–559
89. Brause M, Reutin B, Razum O et al. (2012) Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund – Eine Auswertung von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen. Rehabilitation 51(05):282–288
90. Kohls M (2011) Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Forschungsbericht 9. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg
91. Kohls M (2012) Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg
92. Hackmann T, Huschik G, Maetzel J et al. (Hrsg) (2018) Pflege- und Unterstützungsbedarf sogenannter vulnerabler Gruppen. Schlussbericht. Studie der Prognos AG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn
93. Tezcan-Güntekin H, Breckenkamp J (2017) Die Pflege älterer Menschen mit Migrationshintergrund. GGW 17(2):15–23
94. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2011) Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des BMG von Infratest Sozialforschung München. BMG, Berlin
95. Schopf C, Naegele G (2005) Alter und Migration. Z Gerontol Geriatr 38(6):384–395
96. Kobi S (Hrsg) (2008) Unterstützungsbedarf älterer Migrantinnen und Migranten: Eine theoretische und empirische Untersuchung. Social Strategies Band 43. Peter Lang, Bern
97. Die Bundesregierung (Hrsg) (2018) Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD – 19. Legislaturperiode. Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Die Bundesregierung, Berlin
98. Machleidt W (2013) Migration, Kultur und psychische Gesundheit: Dem Fremden begegnen. Kohlhammer, Stuttgart
99. Wingenfeld K (Hrsg) (2003) Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Ausgabe 124. Institut für Pflegewissenschaft, Bielefeld
100. Dietzel-Papakyriakou M (2005) Potentiale älterer Migranten und Migrantinnen. Z Gerontol Geriatr 38(6):396–406
101. Okken PK, Spallek J, Razum O (2008) Pflege türkischer Migranten. In: Bauer U, Büscher A (Hrsg) Soziale Ungleichheit und Pflege: Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. VS Verlag, Wiesbaden, S. 396–422
102. Dietzel-Papakyriakou M, Olbermann E (2005) Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland. In: Marschalck P, Wiedl KH (Hrsg) Migration und Krankheit. V&R unipress, Göttingen, S. 283–311
103. Kohls M (2015) Migration und Pflege – eine Einführung. www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/211005/einfuehrung?p=all (Stand: 01.04.2020)
104. Bermejo I, Hölzel LP, Kriston L et al. (2012) Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. Bundesgesundheitsbl 55(8):944–953
105. Razum O, Geiger I, Zeeb H et al. (2004) Health Care for Migrants. Dtsch Arztebl Int 101(43):A 2882–2887
106. Borde T, David M, Kentenich H (2002) Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus – eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik. Gesundheitswesen 64(8/9):476–485
107. Borde T (2002) Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie. Dissertation. Fakultät VIII – Wirtschaft und Management – der Technischen Universität Berlin, Berlin
108. Borde T, Braun T, David M (2003) Gibt es Besonderheiten bei der Ianspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten? In: Borde T, David M (Hrsg) Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 43–84
109. Brucks U, Wahl WB (2003) Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten. In: Borde T, David M (Hrsg) Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 15–33
110. Schouten BC, Meeuwesen L (2006) Cultural differences in medical communication: a review of the literature. Patient Educ Couns 64(1-3):21–34
111. Brause M, Reutin B, Schott T et al. (2010) Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation. Versorgungsbedarf und subjektive Bedürfnisse türkischer und türkischstämmiger Migrant(inn)en im System der medizinischen Rehabilitation. Abschlussbericht. Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld
112. Beigang S, Fetz K, Kalkum D et al. (2017) Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung. Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Berlin
113. Die Bundesregierung (Hrsg) (2011) Nationaler Aktionsplan Integration. Zusammenhalt stärken – Teilhabe verwirklichen. Die Bundesregierung, Berlin
114. Brand T, Kleer D, Samkange-Zeeb F et al. (2015) Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund. Teilnahme, migrationssensible Strategien und Angebotscharakteristika. Bundesgesundheitsbl 58(6):584–592
115. Razum O, Spallek J (2014) Addressing health-related interventions to immigrants: migrant-specific or diversity-sensitive? Int J Public Health 59(6):893–895
116. Spallek J, Zeeb H, Razum O (2011) What do we have to know from migrants‘ past exposures to understand their health status? A life course approach. Emerg Themes Epidemiol 8(1):6
117. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2019) Gesundheit und Integration. Teilhabe an Prävention, medizinischer und pflegerischer Versorgung, Rehabilitation. www.integrationsbeauftragte.de/ib-de/erweiterte-suche/teilhabe-an-praevention-medizinischer-und-pflegerischer-versorgung-rehabilitation-481426 (Stand: 01.04.2020)
118. Salman R, Lučić D, Atmarca D et al. (2015) Gesundheit und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft. Stellungnahme und Handlungsempfehlungen der Migrantenselbstorganisationen zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte und Flüchtlingen. www.integrationsbeauftragte.de/Webs/IB/DE/Service/Downloads/gesundheit-mo-papier.html?nn=2029818 (Stand: 01.04.2020)
119. Bartig S, Rommel A, Santos-Hövener C et al. (2018) Das IMIRA-Projekt – Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Journal of Health Monitoring 3(S2):6. https://edoc.rki.de/handle/176904/5650 (Stand: 01.04.2020)

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

KAPITEL 7

- *Sexualität findet meist in festen Beziehungen statt; im jungen und mittleren Lebensalter folgen häufig mehrere (monogame) Beziehungen aufeinander.*

- *Zur Verhütung nutzen sexuell aktive erwachsene Frauen am häufigsten die Pille und das Kondom; dabei ist die Anwendung der Pille insbesondere bei jungen Frauen in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen.*

- *Das reproduktive Verhalten in Deutschland ist durch ein niedriges Geburtenniveau, den Aufschub der ersten Geburt in ein höheres Alter und eine verbreitete Kinderlosigkeit gekennzeichnet; die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau beträgt 1,57.*

- *Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland ist seit 2001 rückläufig; 2018 gab es 100.986 Schwangerschaftsabbrüche.*

- *Im Jahr 2018 haben 775.916 Frauen Kinder geboren. 30,5 % der Geburten 2017 waren Kaiserschnitte, rund 17.500 Kinder kamen nach künstlicher Befruchtung zur Welt.*

7 Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird sexuelle Gesundheit in engem Zusammenhang und in Anlehnung an den allgemeinen Gesundheitsbegriff definiert. Die Definition aus dem Jahr 2015 lautet: „Sexuelle Gesundheit ist untrennbar mit Gesundheit insgesamt, mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden. Sie ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen" [1]. Demnach sind eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, einschließlich Gewalt- und Diskriminierungsfreiheit, Voraussetzungen für sexuelle Gesundheit [1]. Neben sexueller Selbstbestimmung, sexueller Bildung, sexueller Zufriedenheit und Wohlbefinden umfasst sexuelle Gesundheit auch die Möglichkeit, eine sexuelle Identität zu entwickeln und zu leben [2].

Die Themen Familienplanung, ungewollte Kinderlosigkeit, Schwangerschaftsabbruch sowie Schwangerschaft und Geburt sind eng mit Sexualität verknüpft [3]. Neben der sexuellen Gesundheit ist daher auch die reproduktive Gesundheit von zentraler Bedeutung. In der Weltbevölkerungskonferenz 1994 in Kairo wurde sexuelle und reproduktive Gesundheit erstmals definiert als „körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden in Bezug auf Sexualität und Fortpflanzung" (siehe auch Kapitel 3.3) [4]. Dies markierte einen Wendepunkt von einem überwiegend demografisch ausgerichteten zu einem am Individuum orientierten und menschenrechtsbasierten Ansatz. Sexualität und Reproduktion sind ineinander verschränkt und gleichzeitig voneinander unabhängig. Sexuelle Gesundheit ist als eigenständige Dimension zu begreifen, die auch nicht-reproduktionsbezogene Sexualität und Gesundheit erfasst [4]. So stehen die meisten sexuellen Aktivitäten nicht in direktem Zusammenhang mit der Fortpflanzung und sind während der gesamten Lebensdauer einer Person von Bedeutung [5]. Auch die Reproduktion enthält von Sexualität losgelöste Aspekte: Die menschliche Fortpflanzung ist heute auch ohne Sexualität möglich [4].

Die 1960er- und 1970er-Jahre gelten als prägende Zeit der „sexuellen Revolution" und Liberalisierung der Sexualität. Der Sexualkonservatismus der 1950er-Jahre wurde abgelöst durch das Leitbild des partnerschaftlichen, ggf. auch nicht-ehelichen Geschlechtsverkehrs [6]. Hinzu kam, dass mit der Pille ein sicheres Verhütungsmittel zugänglich war, in der damaligen Bundesrepublik Deutschland ab 1961 für verheiratete Frauen, ab 1966 auch außerhalb der Ehe. In der ehemaligen DDR wurde die Pille 1965 eingeführt [6, 7].

Innerhalb eines Jahrzehnts kam es in der Bundesrepublik Deutschland zu einer Vorverlegung des Alters beim ersten Geschlechtsverkehr um durchschnittlich vier Jahre und zu einem Anstieg der Anzahl von Sexualpartnerinnen bzw. Sexualpartnern im Lebensverlauf. Die Veränderungen des Sexualverhaltens waren vor allem bei Mädchen und Frauen ausgeprägt. Auswirkungen auf das reproduktive Verhalten zeigten sich z. B. in einem Aufschub der Geburt des ersten Kindes [8]. Weitere Meilensteine der jüngeren Sexualgeschichte sind das Aufkommen von AIDS in den 1980er- und der Beginn des Internetzeitalters in den 2000er-Jahren. Digitale Medien werden nicht nur für das Chatten, Online-Flirten und die Partnersuche, sondern auch für vielfältige sexuelle Erfahrungen genutzt, beispielsweise den Austausch erotischer Text- oder Bildnachrichten (Sexting) [9]. Aus heutiger Sicht sind in den letzten Jahrzehnten Restriktionen zurückgegangen, individuelle Freiräume entstanden und geschlechtsbezogene Benachteiligungen beginnen sich aufzulösen. Dennoch scheint auf beiden Geschlechtern ein neuer Druck zu lasten, sexuell kompetent und erfolgreich zu handeln. Selbstbestimmte Sexualität und neue Freiheit dürfen also nicht nur gelebt werden, sie werden als soziales Muss wahrgenommen [10].

In diesem Kapitel werden ausgewählte Bereiche der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Frauen dargestellt. Hierzu gehören die Sexualität von Frauen, Menstruation, Familienplanung, Schwangerschaftsabbruch, Kinderwunsch sowie Schwangerschaft und Geburt. Gutartige Erkrankungen der Gebärmutter und gynäkologische Operationen werden in Kapitel 2.1.8 behandelt. Informationen zu gynäkologischen Krebserkrankungen

sind in Kapitel 2.1.4 und zu sexuell übertragenen Infektionen in Kapitel 2.1.9 zu finden.

7.1 Sexuelle Gesundheit

Nach einer Definition der Deutschen STI-Gesellschaft (STI: sexually transmitted infections) und der Deutschen Gesellschaft für Sexuelle Gesundheit kann die Sexualität jedes Menschen als „Schlüsselelement für die eigene Identität" betrachtet werden [11]. Sexualität wird somit als „zentrale Lebensäußerung, Ausdruck erfüllten Lebens und Grundbestandteil der Gesundheit in einem umfassenden Sinn" verstanden [11]. Sexuelle Gesundheit, körperliche Gesundheit, mentale Gesundheit und allgemeines Wohlbefinden sind positiv mit sexueller Befriedigung, sexuellem Selbstwertgefühl und sexueller Lust assoziiert [12].

Zur Beschreibung der sexuellen Gesundheit von Frauen werden verschiedene Datenquellen herangezogen. Neben den repräsentativen Daten zum Sexual- und Verhütungsverhalten von Jugendlichen in Deutschland [13], die regelmäßig von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erhoben werden, wird die Studie „frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf von Frauen" [14] der BZgA einbezogen, in der die Familienplanung im Lebenslauf von 20- bis 44-jährigen Frauen untersucht wird. Umfassende repräsentative Studien zur Sexualität von Erwachsenen ab dem mittleren Lebensalter fehlen in Deutschland bisher. Daher wurde von 2018 bis 2019 vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), gefördert von der BZgA, eine Studie zur Gesundheit und Sexualität in Deutschland (GeSiD) durchgeführt [2]. In Vorbereitung fand 2017 die Pilotstudie „Liebesleben" statt, in der Personen im Alter von 18 bis 75 Jahren zu sexuellen Erfahrungen, Einstellungen und Beziehungen befragt wurden. Weitere Datenquellen sind Krankenkassendaten der BARMER und der Techniker Krankenkasse sowie Abrechnungsdiagnosen aus gynäkologischen Praxen [15], die vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) zur Verfügung gestellt wurden. Diese basieren auf Abrechnungsdatensätzen, die quartalsweise von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) übermittelt werden.

7.1.1 Sexualität von Frauen

Sexualität wird überwiegend in festen Beziehungen gelebt. Dies gilt bereits im Jugendalter. Studien zeigen, dass Beziehungen von Jugendlichen häufig eng, romantisch und durch die Ideale Liebe und Treue geprägt sind [16, 17]. Single-Sein ist im Jugendalter meist als temporäre Phase zwischen zwei Beziehungen anzusehen, die oftmals sexuell eher zurückhaltend verbracht wird [17]. Mädchen beginnen im Durchschnitt früher damit, sexuell aktiv zu sein als Jungen. Das mittlere Alter für den ersten Geschlechtsverkehr beträgt bei Frauen 17,4 und bei Männern 18,3 Jahre [8]. Einer Befragung von Studierenden aus dem Jahr 2012 zufolge finden rund 90 % der von ihnen berichteten Sexualakte in festen Beziehungen statt. Unter „serieller Monogamie" wird Dauerhaftigkeit im Beziehungsleben verstanden, trotz regelmäßiger Trennungen. Dabei werden immer neue, feste und treue Beziehungen eingegangen [8].

Dauerhaftigkeit und Treue in einer Partnerschaft werden auch im mittleren Lebensalter hoch bewertet. Die „Liebesleben"-Studie gibt Hinweise darauf, dass die Jüngeren überwiegend in mehreren, eher kurzen, meist nicht-ehelichen Beziehungen sexuell aktiv sind; Ältere dagegen in wenigen, eher langen und meist ehelichen Beziehungen. Eine längere Beziehungsdauer ist häufig mit einer geringeren sexuellen Frequenz verbunden. Die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs sinkt in den ersten sechs Beziehungsjahren deutlich ab und bleibt dann in den folgenden 15 Beziehungsjahren relativ stabil [17]. Zudem deuten die Ergebnisse einer qualitativen Studie aus dem Jahr 2002 darauf hin, dass Frauen und Männer am Anfang der Beziehung ein gleich starkes Verlangen nach Sexualität und Zärtlichkeit haben. Bei Paaren, die länger zusammen sind, ist der Wunsch nach Sexualität bei den Männern größer als bei ihren Partnerinnen. Der Wunsch nach Zärtlichkeit ist dagegen bei den Frauen ausgeprägter [18].

Auch im höheren Lebensalter haben viele Paare noch Geschlechtsverkehr. Es ist davon auszugehen, dass Zärtlichkeit lebenslang von hoher Bedeutung ist [19, 20]. Auch wenn die sexuellen Interessen und Bedürfnisse von Frauen mit zunehmendem Alter grundsätzlich erhalten bleiben, so ist bei einigen Frauen ein Rückgang der sexuellen Lust und eine Abnahme der sexuellen

Aktivität festzustellen. Hier können psychische, soziale und partnerschaftliche Gründe, aber auch hormonelle Umstellungsprozesse und Allgemeinerkrankungen [21], Harnwegsbeschwerden [19] sowie Operationen oder Krebserkrankungen [22] eine Rolle spielen. Studien deuten darauf hin, dass sexuelle Probleme älterer Frauen vor allem in einem Mangel an Zärtlichkeit oder einem Mangel an sexuellen Kontakten bestehen, die beispielsweise durch Partnerlosigkeit, aber auch durch Unlust, Potenzprobleme oder Krankheit des Mannes bedingt sein können. Hinzu kommt, dass sich viele Frauen Sorgen um die eigene Attraktivität und andere Auswirkungen des körperlichen Alterungsprozesses machen [23]. Insgesamt gesehen, gewinnen sowohl im mittleren als auch im höheren Alter Beziehungsaspekte für die sexuelle Zufriedenheit an Bedeutung. Kommunikative und partnerschaftliche Aspekte sind für die sexuelle Zufriedenheit genauso bedeutend wie die sexuelle Aktivität [24].

Trotz der Veränderungen seit der sexuellen Revolution scheint weibliches und männliches Sexualverhalten immer noch anhand unterschiedlicher Standards bewertet zu werden (sogenannter „sexueller Doppelstandard“) [25]. Darunter versteht man, dass z. B. vorehelicher Geschlechtsverkehr und Sex außerhalb von festen Beziehungen bei Frauen anders beurteilt wird als bei Männern. Im Allgemeinen ist dies zwar für beide Geschlechter akzeptiert [25], jedoch scheint ein Großteil der Menschen die Wahrnehmung zu haben, dass das gesellschaftliche Wertesystem viele wechselnde Partnerschaften bei Männern eher toleriert als bei Frauen. Zudem wird Männern ein stärkerer, aktiver Drang zur Sexualität zugeschrieben, während Frauen als eher passiv angesehen werden, die auf den Wunsch der Männer reagieren [26]. Bedingt durch diesen Doppelstandard fühlen sich Frauen möglicherweise gehemmt, ihre sexuellen Wünsche zu äußern. Einige Frauen priorisieren das sexuelle Vergnügen des Mannes und stellen es über ihr eigenes Lusterleben [27, 28]. Es wird vermutet, dass der sexuelle Doppelstandard so u. a. dazu beitragen kann, bei Frauen sexuelle Lust und deren Ausleben einzuschränken [29, 30]. Neben vielen weiteren Faktoren wird er als ein Grund dafür diskutiert, dass Frauen seltener als Männer davon berichten, während sexueller Aktivitäten einen Orgasmus zu bekommen.

Sexuelle Orientierung beschreibt, zu Menschen welchen Geschlechts sich eine Person hingezogen fühlt, mit wem sie sexuelle Kontakte pflegt und ob dies auch einen Teil ihrer Identität ausmacht (siehe Infobox 7.1.1.1). Es werden drei Dimensionen der sexuellen Orientierung unterschieden: die sexuelle Identität (z. B. hetero-, bi- oder homosexuell), die sexuelle Attraktion oder Anziehung sowie das sexuelle Verhalten. Die drei Dimensionen müssen nicht übereinstimmen. Zum Beispiel muss sich eine Frau, die Sex mit Frauen hat, nicht unbedingt als lesbisch oder bisexuell begreifen. Auch handelt es sich bei den verschiedenen Dimensionen nicht um starre Kategorien, sondern vielmehr um wandelbare und über die Lebenszeit veränderliche Phänomene [31]. Bei der Geschlechtsidentität geht es dagegen um die Frage, ob sich ein Mensch selbst mit dem ihm zugewiesenen Geschlecht identifiziert, ob es ihn passend und ausreichend beschreibt. Die Geschlechtsidentität sagt nichts über die sexuelle Orientierung aus [32]. Die Vielfalt der Geschlechter (siehe Infobox 7.1.1.2), sexuellen Orientierungen und Lebensweisen ist Teil der gesellschaftlichen Diversität.

Zur sexuellen Orientierung von Frauen in Deutschland gibt es nur wenige Daten. Eine 1966 begonnene und bis heute laufende Studie zur Sexualität von Studierenden zeigt im Zeitverlauf nur geringe Unterschiede hinsichtlich der sexuellen Orientierung: Der Anteil der ausschließlich oder vorwiegend homosexuellen Frauen liegt bei 1 % bis 2 % (Männer: 2 % bis 4 %). Bisexualität ist bei Frauen mit 2 % bis 4 % geringfügig häufiger als bei Männern (1 % bis 2 %) [8]. In einer Befragungsstudie zum Sexualverhalten aus dem Jahr 2016 beschrieben sich 82 % der Frauen als ausschließlich, weitere 4 % als überwiegend heterosexuell [43]. Erste Ergebnisse der Pilotstudie „Liebesleben“ zur Sexualität von Erwachsenen zeigen, dass sich 88,1 % der befragten Frauen als heterosexuell definieren, 1,8 % als bisexuell, 1,4 % als homosexuell und 0,5 % als asexuell. 8,2 % der Frauen haben sich keiner der vorgegeben Antwortalternativen zugeordnet [17]. Ähnliche und teilweise höhere Angaben finden sich in der Untersuchung zur Jugendsexualität der BZgA (siehe Kapitel 3.3): 3 % der 21- bis 25-jährigen Frauen gaben an, homosexuell zu sein, 6 % identifizierten sich als bisexuell und 14 % berichteten von gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten. Die Zahlen zeigen, dass viele Menschen gleichgeschlechtliche Sexualkontakte erleben,

ohne sich als homo- oder bisexuell zu verorten [13]. Insgesamt scheint die Variabilität zwischen sexueller Identität, Attraktion und sexuellem Verhalten bei Frauen etwas größer zu sein als bei Männern. Möglicherweise trägt eine zumeist größere gesellschaftliche Offenheit gegenüber gleichgeschlechtlicher Intimität und Sexualität von Frauen [30, 44] dazu bei, dass es bei Frauen einen größeren Erlebens- und damit auch Antwortspielraum bei Befragungen gibt [31].

Infobox 7.1.1.1
Definitionen zur sexuellen Orientierung und Lebensweise (in Anlehnung an [33, 34])

Asexuell: Als asexuell definieren sich vor allem Menschen, die kein Interesse an sexuellen Kontakten verspüren [35].

Bisexuell: Bisexuelle Menschen haben Liebesbeziehungen sowohl mit Männern als auch mit Frauen. Manche benutzen den Begriff bisexuell auch, um zu beschreiben, dass sie Menschen verschiedener Geschlechter begehren. Neben Männern und Frauen können das z. B. auch trans- oder intergeschlechtliche Menschen (siehe Infobox 7.1.1.2) sein. Geschlechtsunabhängiges Begehren wird auch mit dem Begriff Pansexualität bezeichnet.

Coming-out: In einer Gesellschaft, in der Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität die dominierende Norm ist, erleben viele LGBTIQ-Menschen eine längere Phase des innerlichen Bewusstwerdens ihrer geschlechtlichen Identität und/oder sexuellen Orientierung. Dies anderen Menschen mitzuteilen, wird als Coming-out beschrieben.

Heterosexuell: Als heterosexuell werden Menschen beschrieben, die sich als Frauen oder als Männer verstehen und sich zu Personen des jeweils anderen Geschlechts romantisch und sexuell hingezogen fühlen.

Homosexuell: Homosexuelle Menschen fühlen sich romantisch und sexuell zu Menschen des gleichen Geschlechts hingezogen. Die Bezeichnung homosexuell wird teilweise abgelehnt, weil sie zu stark auf Sexualität fokussiert und weniger emotionale Aspekte und Lebensweisen einbezieht. Gleichgeschlechtlich lebende Menschen bezeichnen sich daher häufig eher als lesbisch bzw. als schwul.

LSBTIQ: Unter der Abkürzung LSBTIQ werden unterschiedliche sexuelle Orientierungen und Lebensweisen sowie geschlechtliche Identitäten zusammengefasst: lesbische, schwule, bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche sowie queere Menschen.

Lesbisch: Lesbisch beschreibt das romantisch und sexuelle Hingezogen-Sein von Frauen zu Frauen.

Queer: Queer ist ein Sammelbegriff, der geschlechtliche Identitäten und sexuelle Orientierungen umfasst, die sich nicht an einer heterosexuellen Zweigeschlechtlichkeit orientieren. Gera-de jüngere LSBTI-Personen bezeichnen sich eher als queer.

Schwul: Schwul beschreibt das romantische und sexuelle Hingezogen-Sein von Männern zu Männern.

Infobox 7.1.1.2
Vielfalt der Geschlechter [34]

Geschlecht umfasst eine soziale und eine anhand von biomedizinischen Merkmalen konstruierte Dimension [36, 37]. Beide Dimensionen beeinflussen sich wechselseitig [38]. Die biologische Geschlechterdimension umfasst genetische, anatomische, physiologische und hormonelle Merkmale. Die soziale Geschlechterdimension bezieht sich auf gesellschaftliche Vorstellungen von Geschlecht, die kulturelle Konventionen, soziale Rollen und Identitäten beeinflussen. Auf der individuellen Ebene können sich Menschen in Einklang mit oder auch in Modifikation und Abgrenzung zu gesellschaftlichen Vorstellungen einem oder keinem Geschlecht zugehörig fühlen. In beiden Geschlechterdimensionen finden sich große Variationen [39–41], sodass Geschlecht als nicht binär begriffen wird.

Intergeschlechtliche Menschen werden mit genetischen, anatomischen oder hormonellen Variationen der Geschlechtsmerkmale geboren [42]. Diese Variationen können bereits bei Geburt sichtbar sein, sich erst im Laufe des Lebens zeigen oder zeitlebens unerkannt bleiben. Bei Intergeschlechtlichkeit handelt es sich nicht um ein drittes Geschlecht, sondern um eine Vielzahl angeborener Variationen der Geschlechtsmerkmale. Intergeschlechtliche Menschen können unterschiedliche geschlechtliche Identitäten und sexuelle Orientierungen haben [34].

Ein Mensch kann, aber muss sich nicht mit dem Geschlecht identifizieren, das bei der Geburt zugewiesen wurde. Die geschlechtliche Identität beschreibt die individuell empfundene geschlechtliche Zugehörigkeit z. B. als Frau, als Mann, als ein Geschlecht dazwischen, außerhalb dieser beiden Kategorien (z. B. questioning, nicht binär) oder auch zu keinem Geschlecht (z. B. agender). Für die unterschiedlichen geschlechtlichen Identitäten gibt es unterschiedliche Selbstbezeichnungen. Transgeschlechtlichkeit ist eine Sammelbezeichnung für sehr unterschiedliche geschlechtliche (Selbst-)Verortungen von Menschen, die sich nicht oder nicht vollständig mit ihrem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren (z. B. transident, transgender, Trans-Frau, Trans-Mann) [34].

Menschen, deren Geschlechtsidentität mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt, werden cisgeschlechtlich oder cisident genannt [32].

7.1.2 Menstruation und Wechseljahre

Der Menstruationszyklus ist eine spezifisch weibliche Erfahrung für Frauen im gebärfähigen Alter [45]. Bei den meisten Mädchen und Frauen dauert die Menstruation drei bis fünf Tage. Knapp die Hälfte der Mädchen (46 %) hat mit zwölf Jahren die erste Regelblutung (Menarche). 15 % sind elf Jahre und jünger (siehe Kapitel 3.3.1) [13]. Mit dem Beginn der Wechseljahre werden die Regelblutungen bei den meisten Frauen unregelmäßig, dann hören sie schließlich ganz auf. Die letzte Regelblutung wird als Menopause bezeichnet und findet etwa im Alter von 50 Jahren statt [46]. Insgesamt zählen eine zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation sowie Beschwerden im Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus zu den häufigsten Gründen, weshalb Frauen gynäkologische Praxen aufsuchen. Zu diesen wichtigen gynäkologischen Themen liegen jedoch nur wenig belastbare Daten vor.

Menstruationsschmerzen

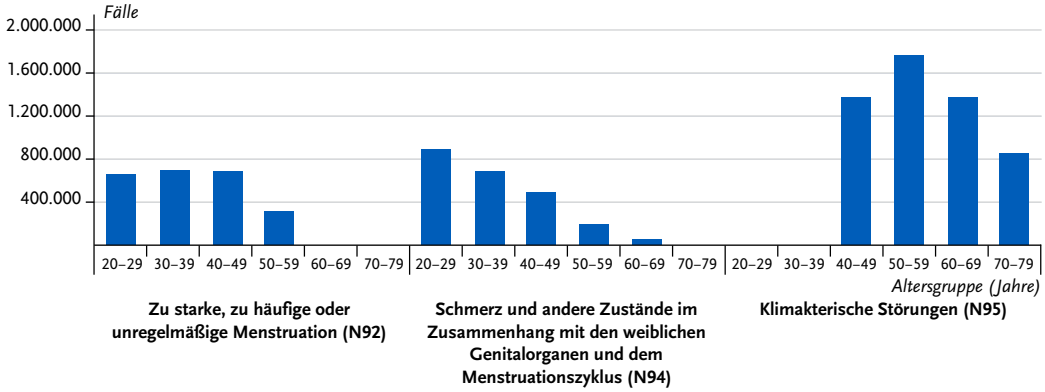
Viele Mädchen und Frauen haben während ihrer Regelblutung Beschwerden wie Krämpfe oder Unterleibsschmerzen. Bei einigen Frauen lösen die Krämpfe zudem Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall aus. Schmerzhafte Regelblutungen werden als Dysmenorrhoe bezeichnet [47]. 2017 wurde bei 8,7 % der bei der BARMER versicherten Frauen die Diagnose „Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus“ (ICD10: N94) mindestens einmal in der ambulanten ärztlichen Versorgung abgerechnet. Vor allem jüngere Frauen waren betroffen: 27,9 % der 15- bis 24-Jährigen und 18,1 % der 25- bis 39-Jährigen erhielten diese Diagnose [48]. Mit 7,1 % der Behandlungsfälle im Jahr 2018 zeigen die durch das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) zur Verfügung gestellten Abrechnungsdaten der KVen eine Häufigkeit in ähnlicher Größenordnung (siehe auch Kapitel 2.3.4) [15]. Behandlungen von Frauen in gynäkologischen Praxen aufgrund von Beschwerden in Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus waren in den jüngeren Altersgruppen am häufigsten (Abb. 7.1.2.1). Am höchsten sind die Fallzahlen bei Frauen im Alter von 20 bis 29 Jahren. Mit zunehmendem Alter ist eine kontinuierliche Abnahme zu beobachten. In einer internationalen Studie wurde geschätzt, dass 5 % bis 20 % der Frauen im reproduktiven Alter durch die Beschwerden in ihren täglichen Aktivitäten beeinträchtigt sind [49].

Zyklusstörungen

Zyklusstörungen können die Stärke oder die Dauer der Blutung sowie die Länge des Zyklusintervalls (Blutungsrhythmik) betreffen [50]. Unter einer verlängerten Blutung (Menorrhagie) wird eine Regelblutung verstanden, die länger als fünf bis sieben Tage andauert. Eine zu starke Regelblutung (Hypermenorrhoe) liegt vor, wenn der Blutverlust während der Menstruation mehr als 80 ml beträgt (als normal gelten etwa 60 ml) [51]. Starke oder verlängerte Blutungen können auch ein Hinweis auf Endometriose oder Myome sein (siehe Kapitel 2.1.8), in vielen Fällen ist allerdings keine Ursache bekannt oder feststellbar [52]. Mögliche Folgen einer zu starken Regelblutung sind infolge eines Eisenmangels bzw. einer Eisenmangelanämie Beeinträchtigungen im Alltag, Müdigkeit und mangelnde körperliche Belastbarkeit[51].

Der Anteil der bei der BARMER versicherten Frauen mit der Diagnose „Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation“ (ICD10: N92)

Abbildung 7.1.2.1
Anzahl der Frauen, bei denen im Rahmen eines Kontakts mit einer gynäkologischen Praxis mindestens einmal die Diagnose Menstruationsstörungen (ICD10: N92), Menstruationsschmerzen (N94) bzw. Wechseljahresbeschwerden (N95) kodiert wurde, 2018
Datenbasis: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) [15]



im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung lag 2017 bei 7,7 %. In den Altersgruppen 15 bis 24 und 25 bis 39 Jahre gehörte sie mit jeweils etwa 16 % zu den zehn häufigsten Diagnosen [48]. Nach den Abrechnungsdaten der KVen 2018 wurde die Diagnose bei 6,8 % der Patientinnen dokumentiert (siehe auch Kapitel 2.3.4) [15]. Die Fallzahlen für Behandlungen von Frauen aufgrund zu starker, zu häufiger oder unregelmäßiger Menstruation liegen in den Altersgruppen 20 bis 29, 30 bis 39 und 40 bis 49 Jahre auf einem ähnlichen Niveau (Abb. 7.1.2.1). Bei den 50- bis 59-Jährigen ist eine Abnahme zu verzeichnen.

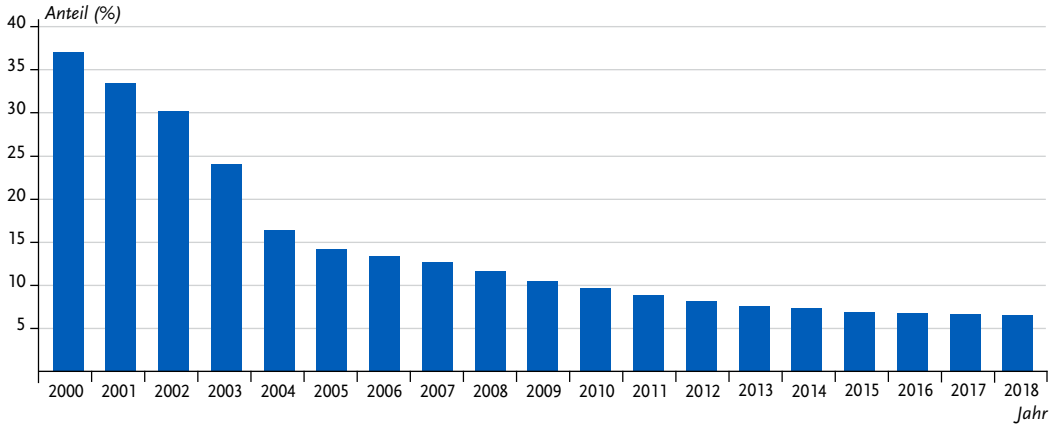
Wechseljahre

Die Wechseljahre sind ein natürlicher Prozess im Leben von Frauen, der durch hormonelle Umstellungen gekennzeichnet ist. Im weiblichen Körper verringert sich in dieser Lebensphase u. a. die Produktion des weiblichen Geschlechtshormons Östrogen. Damit werden die Regelblutungen unregelmäßig und hören schließlich ganz auf [53]. Nach Auswertungen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 und der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) beträgt das mittlere Alter bei der letzten Regelblutung (Menopause) in Deutschland 49,7 Jahre. Frauen aus jüngeren Geburtsjahrgängen kommen später im Leben in die Wechseljahre als ältere Frauen [54]. Nach internationalen Studien wird der Eintritt der Menopause für Frauen in Industrieländern mit 51 Jahren angegeben. Während Rauchen mit einem früheren Eintritt in die Menopause in Verbindung gebracht wird, zeigt sich ein Zusammenhang von moderatem Alkoholkonsum und einem späteren Eintritt [55, 56]. Die Assoziationen mit sportlicher Aktivität und Body-Mass-Index (BMI) sind dagegen nicht eindeutig [57].

Die Wechseljahre werden von der überwiegenden Zahl der Frauen als natürliche Lebensphase wahrgenommen, die mit mehr oder weniger starken Beeinträchtigungen einhergehen kann [58]. Nach der aktuellen Studienlage werden jedoch nicht alle körperlichen und psychischen Beschwerden, die von Frauen in Zusammenhang mit den Wechseljahren berichtet werden, zwangsläufig auch durch diese verursacht [59]. Am häufigsten werden vasomotorische Symptome wie Hitzewallungen und Schweißausbrüche berichtet. Der Zusammenhang weiterer Beschwerden wie Schlafstörungen, Niedergeschlagenheit, Stimmungsschwankungen, Ängste, sexuelle Probleme und Gelenkbeschwerden mit den hormonellen Veränderungen in den Wechseljahren ist nicht eindeutig belegt, kann aber auch nicht ausgeschlossen werden [60].

Wechseljahresbeschwerden sind bei Frauen über 50 Jahren der häufigste Grund für das Aufsuchen einer gynäkologischen Praxis. Nach KV-Daten liegen vor allem bei den 50- bis 59-jährigen Frauen die Fallzahlen mit der Abrechnungsdiagnose „Klimakterische Störungen“ in gynäkologischen Praxen auf hohem Niveau (Abb. 7.1.2.1). Mit zunehmendem

Abbildung 7.1.2.2
Anteil an 45- bis 65-jährigen Frauen, denen eine Hormontherapie verordnet wurde im Zeitverlauf
Datenbasis: Zusatzauswertungen zum Gesundheitsreport 2019 der Techniker Krankenkasse [64]



Alter sinken die Fallzahlen stetig. Auch in einem Alter von über 70 Jahren wird bei Frauen die Diagnose „Klimakterische Störungen" abgerechnet [15].

Mitte der 1960er-Jahre kamen erstmalig Hormonpräparate zur Linderung von Wechseljahresbeschwerden auf den Markt. Dies trug dazu bei, dass diese Lebensphase zunehmend aus medizinisch-biologischer Perspektive betrachtet und als medizinisches Problem definiert wurde [58]. Zur Therapie von Wechseljahresbeschwerden, aber auch als Schutz vor koronarer Herzkrankheit oder Osteoporose wurden der Hormontherapie zahlreiche gesundheitliche Vorteile zugeschrieben. In der Women's Health Initiative (WHI)-Studie zeigte sich im Jahr 2002 jedoch, dass Östrogene und Östrogen-Gestagen-Kombinationen mit zunehmender Dauer der Einnahme eine Reihe von Nachteilen haben: Sie erhöhten u. a. die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung von Blutgerinnseln (Thrombosen), für Schlaganfälle und Brustkrebs [53]. 2013 und 2016 wurden die Ergebnisse der WHI-Studie neu bewertet; bei Frauen unter 60 Jahren schien demnach das absolute Risiko für koronare Herzkrankheit, Blutgerinnsel, Schlaganfälle und Brustkrebs sehr gering und die Mortalität unter einer Hormontherapie neutral oder geringer zu sein [61]. In einer Meta-Analyse aus dem Jahr 2019 wurde dagegen gezeigt, dass eine Hormontherapie mit Östrogenen (vor allem in der Kombination mit einem Gestagen) das Risiko für Brustkrebs erhöht. Das Risiko ist bei jüngeren Frauen höher als bei älteren: Frauen, die im Alter von 40 bis 59 Jahren mit einer 5- bis 14-jährigen Hormontherapie begannen, hatten ein höheres Risiko als Frauen im Alter von 60 bis 69 Jahren [62].

Nach der aktuellen S3-Leitlinie „Peri- und Postmenopause – Diagnostik und Interventionen" sollte sich die Therapie von Wechseljahresbeschwerden an den Bedürfnissen der betroffenen Frauen und der sich im Verlauf ändernden Symptome orientieren. Eine Hormontherapie kann gesunden Frauen mit behandlungsbedürftigen Wechseljahresbeschwerden nach Aufklärung über Nutzen und Risiken angeboten werden. Die Beratung zur Hormontherapie sollte auch Informationen darüber enthalten, dass je nachdem, wie lange die Behandlung dauert und welche Hormone eingesetzt werden, eine Erhöhung des Brustkrebsrisikos möglich ist [63].

Die beschriebene Entwicklung spiegelt sich auch in der Anwendungshäufigkeit der Hormontherapie wider. Nach Daten der Techniker Krankenkasse nimmt der Anteil der Frauen, die Hormonpräparate gegen Beschwerden in den Wechseljahren einnehmen, kontinuierlich ab (Abb. 7.1.2.2). Die Zusatzauswertungen zum Gesundheitsreport 2019 zeigen einen stetigen Rückgang von 37 % im Jahr 2000 bis auf 6,6 % im Jahr 2018. Besonders auffällig ist der Rückgang ab dem Jahr 2003.

7.1.3 Infektionen der Scheide und der Harnwege

Zu den häufigsten Infektionen der Scheide (Kolpitiden) gehören Pilzinfektionen und Infektionen mit Trichomonaden. Ebenfalls eine große Rolle spielt die bakterielle Vaginose – diese ist aber eigentlich keine Infektion, sondern eine Störung der Scheidenflora (sogenannte Dysbiose) [65]. Normalerweise ist die Scheide von Milchsäurebakterien besiedelt, die mit anderen Bakterien die Scheidenflora bilden und einen bestimmten Säuregrad (pH-Wert) in der Scheide bewirken. Durch eine Schädigung der Scheidenflora (z. B. durch Antibiotika), Veränderungen des sauren Scheidenmilieus oder Östrogenmangel werden Scheideninfektionen begünstigt [66]. Schätzungen aus wissenschaftlichen Studien zufolge wird bei Frauen mit Beschwerden im Bereich der Scheide in 22 % bis 50 % eine bakterielle Vaginose, in 17 % bis 39 % eine Pilzinfektion und in 4 % bis 35 % eine Infektion mit Trichomonaden festgestellt [67].

Bei der bakteriellen Vaginose siedeln sich vermehrt Bakterien in der Scheide an, die dort sonst nur vereinzelt vorkommen, vor allem sogenannte Gardnerellen und andere anaerob wachsende Bakterien [65, 66, 68]. Ursache ist eine Veränderung der Scheidenflora. Bakterielle Vaginosen können durch Geschlechtsverkehr ausgelöst werden, gehören aber nicht zu den sexuell übertragbaren Infektionen. Das bedeutet, dass die Erkrankung auch ohne vorangegangenen Sexualkontakt auftreten kann [69]. Bei Frauen, die Sex mit Frauen haben, gibt es Hinweise auf häufigere bakterielle Vaginosen [70, 71]. Einziges Symptom ist in der Regel grau-weißlicher dünnflüssiger Ausfluss mit fischartigem Geruch.

Eine genitale Pilzinfektion wird in etwa 80 % der Fälle durch den weitverbreiteten Pilz Candida albicans verursacht. Candida-Subtypen gehören aber auch zur normalen Scheidenflora. Erst bei hoher Keimzahl oder Abwehrschwäche kommt es zu einer symptomatischen Entzündung. Zu den typischen Beschwerden gehören Juckreiz und brennendes Gefühl sowie Rötungen und grau-weißliche Beläge mit krümeligem Ausfluss [66]. Etwa drei Viertel aller Frauen haben irgendwann in ihrem Leben eine Pilzinfektion [72, 73].

Trichomonaden sind einzellige Parasiten; eine Infektion mit ihnen wird Trichomoniasis genannt. Die Übertragung erfolgt vorwiegend sexuell, daher wird die Infektion zu den sexuell übertragbaren Erkrankungen gezählt. Zu den Krankheitssymptomen gehören stark riechender, dünnflüssiger Ausfluss und Juckreiz [66].

Harnwegsinfektionen gehören zu den häufigsten bakteriell bedingten Erkrankungen [74]. Zu den unkomplizierten Harnwegsinfektionen gehören die Blasenentzündung (akute Zystitis) und die Nierenbeckenentzündung (akute Pyelonephritis). Von einer wiederkehrenden Harnwegsinfektion wird gesprochen, wenn zwei oder mehrere Blasenentzündungen pro Halbjahr (oder drei oder mehr pro Jahr) vorliegen [74]. Vor allem Frauen sind von Harnwegsinfektionen betroffen, da bei ihnen die Harnröhre kürzer ist und Bakterien leichter als bei Männern bis in die Blase gelangen können. Eine untere Harnwegsinfektion (Zystitis) wird angenommen, wenn sich die Symptome nur auf den unteren Harntrakt begrenzen, z. B. Schmerzen beim Wasserlassen, schwer beherrschbarer Harndrang und häufiges Wasserlassen in kleinen Mengen. Wenn zusätzlich weitere Beschwerden wie Schmerzen im Nierenlager oder Fieber auftreten, kann auch eine obere Harnwegsinfektion (Pyelonephritis) vorliegen [75].

Nach Auswertungen von Routinedaten für Versicherte der BARMER wurde 2013 bei 9 % der Mädchen und Frauen ab zwölf Jahren die Diagnose einer Harnwegsinfektion gestellt. In der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen beträgt die Abrechnungsprävalenz dieser Diagnose etwa 12 %. Dies könnte mit dem Beginn eines regelmäßigen Sexualverkehrs zusammenhängen. Geschlechtsverkehr erhöht das Risiko für eine Blasenentzündung, weil dabei Bakterien in die Harnröhre gelangen können. In der Menopause treten Blasenentzündungen durch die Veränderung der Scheidenflora häufiger auf. In der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen sind 17 %, in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen 11 % der Frauen betroffen. Mit etwa 20 % liegt die Prävalenz bei den 80-Jährigen und Älteren am höchsten [74].

7.1.4 Sexuelle Funktionsstörungen

Über die Lebensspanne betrachtet ist Sexualität mit Veränderungen verbunden. So berichtet die Mehrzahl der Frauen von Phasen mit weniger ausgeprägtem sexuellen Verlangen oder einer Abnahme sexueller Lust, vor allem in längeren Beziehungen [29]. Körperliche Erkrankungen wie

eine Gebärmuttersenkung, aber auch Endometriose (siehe Kapitel 2.1.8), Diabetes mellitus, Hormonveränderungen in den Wechseljahren oder psychische Erkrankungen wie Depressionen können das sexuelle Wohlbefinden beeinflussen. Auch Operationen aufgrund einer Krebserkrankung wie die Entfernung der Brust oder der Gebärmutter können bei Frauen das eigene Körperempfinden verändern und sich negativ auf die Sexualität auswirken. Organische Ursachen für sexuelle Funktionsstörungen können, müssen aber nicht vorhanden sein.

International werden sexuelle Funktionsstörungen bei Frauen als „female sexual disorders" bezeichnet. Hierzu zählen ein vermindertes sexuelles Verlangen, sexuelle Aversion, sexuelle Erregungsstörung, Orgasmusstörungen oder Schmerzstörungen wie Vaginismus (Verkrampfung der Scheide) und Dyspareunie (Schmerzen beim Geschlechtsverkehr). Eine sexuelle Funktionsstörung besteht per Definition nur dann, wenn die Frau unter ihr leidet [76]. Können die betroffenen Frauen mit den beschriebenen Phänomenen gut leben, dann besteht keine behandlungsbedürftige Funktionsstörung [77]. Laut Studien berichten 25 % bis 63 % der Frauen über ein sexuelles Problem; sexuelle Funktionsstörungen, die einer klinischen Diagnose entsprechen, sind jedoch deutlich seltener [78]. Diagnosedaten der Krankenhausstatistik zeigen bei Frauen einen Rückgang der stationären Behandlungen aufgrund von sexuellen Funktionsstörungen als Hauptdiagnose. Eine weitaus höhere Zahl an Krankenhauspatientinnen weist eine Nebendiagnose auf, wobei spezifische Diagnosen und behandelnde Fachdisziplinen den Daten nicht zu entnehmen sind. Möglicherweise wird ein größerer Anteil der Nebendiagnosen in den psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Fächern gestellt (z. B. sexuelle Funktionsstörungen in Verbindung mit Depressionen) [79].

Sexuelle Schwierigkeiten kommen in allen Alters- und Bildungsgruppen vor. Einer Befragung von Studierenden aus dem Jahr 2012 zufolge berichten viele heterosexuelle Studentinnen in Beziehungen über sexuelle Probleme, z. B., dass sie zu selten Lust auf Sex haben (46 %), von Orgasmusschwierigkeiten (45 %), Schmerzen beim Sex (40 %) oder Erregungsproblemen (39 %). Männer geben dagegen häufiger an, zu schnell zum Orgasmus zu kommen (49 %) oder häufiger Sex zu wollen als ihre Partnerin (47 %). 14 % der befragten Frauen gaben an, stark oder sehr stark unter den sexuellen Schwierigkeiten in der Partnerschaft zu leiden [80]. Die Ergebnisse zeigen auch, dass Sexualität in festen Beziehungen von belastenden Lebensumständen, Stress, Zeitmangel, Erkrankungen, Verhütungsproblemen, Ängsten, Erwartungen und anderen Faktoren beeinflusst sein kann [80].

Wie bereits im Abschnitt 7.1.1 beschrieben, hat sich die Bedeutung der Sexualität, bedingt durch die sogenannte sexuelle Revolution, im zeitlichen Verlauf deutlich gewandelt. Im Zuge der sexuellen Liberalisierung ist offenbar auch der Druck auf Frauen gestiegen, neuen sexuellen Normen zu entsprechen und Sexualität als etwas Lust- und Genussvolles zu erleben. Dies kann mit Frustration einhergehen und somit das Risiko für die Entstehung von sexuellen Funktionsstörungen erhöhen [78]. Die in der oben genannten Studie befragten Studentinnen formulierten aber auch Erwartungen: Viele gaben an, dass es für sie nicht ausreicht, beim partnerschaftlichen Geschlechtsverkehr nur selten zum Orgasmus kommen. Sie sahen es als Frage der Gleichberechtigung, den weiblichen Orgasmus nicht hinter den männlichen zurückzustellen [80].

Exkurs: Körpermodifikationen und Schönheitsoperationen

Physische Schönheit ist ein Ideal, das von vielen Menschen angestrebt wird. Dies äußert sich z. B. im Streben nach und in der Arbeit an der eigenen Attraktivität. Eine besondere Form der Veränderungen des menschlichen Körpers aus ästhetischen Gründen sind sogenannte Körpermodifikationen, zu denen z. B. Tätowierungen oder Piercings gehören. Körpermodifikationen scheinen als Mittel zum Ausdruck der Persönlichkeit, aber auch zur Steigerung der sexuellen Aktivität und als Quelle für sexuelles Vergnügen angesehen zu werden [81]. Eine repräsentative Erhebung der Prävalenz von Tätowierungen von in Deutschland lebenden Personen ab 14 Jahren zeigt, dass Tätowierungen vor allem bei Frauen zugenommen haben: Der Anteil an Frauen mit mindestens einem Tattoo stieg von 6 % im Jahr 2003 auf 11 % (2009) an und verdreifachte sich im Jahr 2016 auf 18 %. Bei den jungen Frauen ist der Anstieg noch deutlicher: Während 2003 13 % der Frauen im Alter von 25 bis 34 Jahren tätowiert waren, waren es 2009 bereits 26 % und 2016 44 % [82].

Die ästhetisch-plastische Chirurgie umfasst formverändernde Eingriffe am menschlichen Körper. Zu den ästhetisch-plastischen Operationen zählen z. B. die Brustvergrößerung mit Implantat, die Augenlidkorrektur und die Fettabsaugung. Nicht-operative Methoden sind die Injektionstherapien, z. B. die Faltenbehandlung mit Botulinumtoxin oder Hyaluronsäure [81].

Nach Ergebnissen der jährlichen Mitgliederbefragung der Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC) wurden 2018 insgesamt 77.485 gemeldete Eingriffe durchgeführt; im Vergleich zum Vorjahr ist dies eine Steigerung von etwa 9 %. Der Großteil (86,3 %) derjenigen, die diese Eingriffe durchführen ließen, waren Frauen. Die häufigsten Anwendungen bei Frauen sind Behandlungen mit Botulinumtoxin und Hyaluronsäure. Es folgen Lippenkorrektur, Brustvergrößerung sowie Oberlidstraffung [83].

Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch in der Statistik 2018 der Deutschen Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC), die auf einer Befragung der Patientinnen und Patienten der DGÄPC-Mitglieder basiert. Das Durchschnittsalter der befragten Frauen, die sich für eine ästhetisch-plastische Behandlung entschieden hatten, lag bei 41,2 Jahren (Männer: 41,4 Jahre). Gefragt nach der Motivation, gaben sowohl Frauen als auch Männer als Hauptgrund an, dass sie sich von dem ästhetisch-plastischen Eingriff eine körperliche Verbesserung erhofften. Im Vergleich zu Männern wünschten sich Frauen häufiger sowohl eine körperliche als auch eine psychische Veränderung zum Positiven [84]. Aktuelle Daten der DGÄPC zeigen, dass auch bearbeitete Fotos der eigenen Person, sogenannte Selfies, die Ansprüche an den eigenen Körper verändern können. So berichteten etwa zwei Drittel der befragten Fachärztinnen und Fachärzte der ästhetisch-plastischen Chirurgie, dass Patientinnen und Patienten mit einem über ein Bildbearbeitungsprogramm veränderten Selfie als Vorlage für eine Behandlung in ihre Praxis gekommen sind. Dies betraf vor allem Frauen im Alter von 18 bis 29 Jahren [85].

Der Wunsch nach einer Veränderung des Körpers aus ästhetischen Gründen kann auch den Intimbereich betreffen. Intimmodifikationen bei Frauen reichen von Scheidenverengung, plastischer Neugestaltung der Schamlippen bis hin zur Verkleinerung der inneren und Vergrößerung der äußeren Schamlippen [81]. Nach Daten der DGÄPC sind 1,2 % der Eingriffe bei Frauen Operationen im Intimbereich [85]. Als Grund für Intimmodifikationen wird u. a. genannt, dass sich neue Schönheitsideale entwickeln; es entstehen normative Vorstellungen vom Genitalbereich, nicht zuletzt durch die Internetpornografie [81].

Sowohl bei Körpermodifikationen als auch bei operativen und nicht-operativen ästhetisch-plastischen Eingriffen können Komplikationen auftreten. So zeigte eine englische Studie, dass bei Piercings in etwa ein Drittel der Fälle Komplikationen wie Schwellungen, Infektionen oder Blutungen auftraten [86]. Unerwünschte Effekte im Bereich der nicht-operativen Methoden kommen vor allem bei Unterspritzungen mit sogenannten Fillern (z. B. mit Hyaluronsäure) vor; hierzu zählen stärkere Lokalreaktionen, Knötchenbildung und Ulzerationen [87]. Laut einem Forschungsbericht der Bundesanstalt für Ernährung und Landwirtschaft aus dem Jahr 2007 zählen Schwellungen, Blutergüsse und Taubheitsgefühle zu häufigeren Komplikationen bei ästhetisch-plastischen Operationen [88]. Aktuelle belastbare Daten zu dieser Thematik liegen nicht vor.

7.2 Familienplanung und Verhütung

Eine wichtige Forderung im Hinblick auf die reproduktive Gesundheit ist, dass Menschen frei entscheiden können, ob, wann und wie viele Kinder sie haben möchten. Dazu gehört auch der Zugang zur Empfängnisverhütung. Familienplanung im weiterem Sinn wird nicht als separater Lebensabschnitt der Familiengründungsphase aufgefasst, sondern als integraler Bestandteil der gesamten Lebensplanung verstanden [14].

Insgesamt ist die Familienplanung in Deutschland von einem niedrigen Geburtenniveau, dem Aufschub der ersten Geburt in ein höheres Alter, einer verbreiteten Kinderlosigkeit und vergleichsweise wenigen kinderreichen Familien geprägt

(siehe Kapitel 7.4 und 7.5) [89]. In den vergangenen Jahren sind sowohl ein leicht ansteigender Trend beim Geburtenniveau als auch eine steigende Geburtenhäufigkeit bei Frauen ab 40 Jahren zu beobachten [90]. Im folgenden Abschnitt werden Kennzahlen zu Familienplanung und -realisierung sowie zur Empfängnisverhütung vorgestellt. Als Datenquellen werden vor allem die Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung des Statistischen Bundesamtes [91] und Studien der BZgA herangezogen. Zu nennen sind hier die Daten zum Sexual- und Verhütungsverhalten von Jugendlichen in Deutschland [13], die Studie „frauen leben 3“ [14] sowie die repräsentative Studie Verhütungsverhalten Erwachsener 2018 [92].

7.2.1 Familienplanung und -realisierung

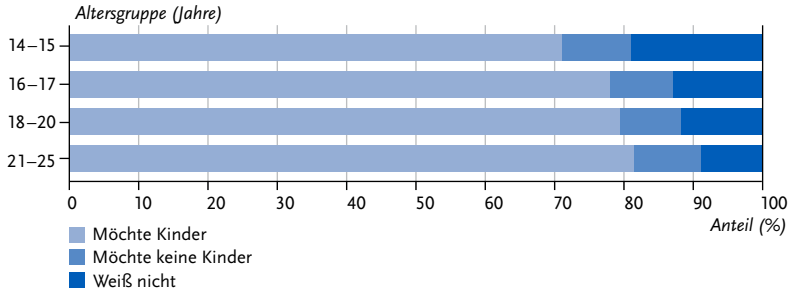
Acht von zehn Mädchen und jungen Frauen im Alter von 14 bis 25 Jahren wünschen sich Kinder. Lediglich 10 % sprechen sich in der Repräsentativbefragung Jugendsexualität 2015 explizit gegen Kinder aus. Einen großen Einfluss auf den Kinderwunsch hat das Alter (Abb. 7.2.1.1). Mit 14 oder 15 Jahren ist noch etwa ein Fünftel der Mädchen unentschieden, im Alter von 21 bis 25 Jahren liegt dieser Anteil bei 9 % [13].

Gefragt nach der gewünschten Kinderzahl, spricht sich etwa die Hälfte der Frauen und Männer ab 18 Jahren für zwei Kinder aus. Etwa ein Fünftel konnte sich noch nicht auf eine Zahl festlegen, 13 % hätten gerne drei, 3 % vier oder mehr Kinder und 7 % gaben an, ein Kind bekommen zu wollen. Junge Erwachsene mit Migrationshintergrund können sich tendenziell vorstellen, auch mehr als zwei Kinder zu bekommen. Dies gilt ebenfalls für Frauen und Männer mit höherer Schulbildung [13].

Zum idealen Zeitpunkt der Familiengründung gefragt, gibt ein Großteil der 18- bis 25-jährigen Frauen und Männer mit Kinderwunsch an, dass sie vor dem ersten Kind zunächst eine Ausbildung abschließen und mehrere Jahre Berufserfahrung sammeln möchten [13]. Dies führt zu einem Aufschub der ersten Geburt bis zu einem Zeitpunkt, an dem eine finanzielle Absicherung zumindest in Aussicht gestellt ist. Weitere Gründe für die Zurückstellung eines Kinderwunsches können eine unsichere berufliche Zukunft, die fehlende Vereinbarkeit von Familie und Beruf und vor allem das Fehlen einer festen Partnerschaft sein [89]. Da die erste Menstruation immer früher eintritt, ist die Tendenz festzustellen, dass der zeitliche Abstand zwischen dem Beginn der körperlichen Möglichkeit zur Mutterschaft und ihrer Erwünschtheit größer wird [93].

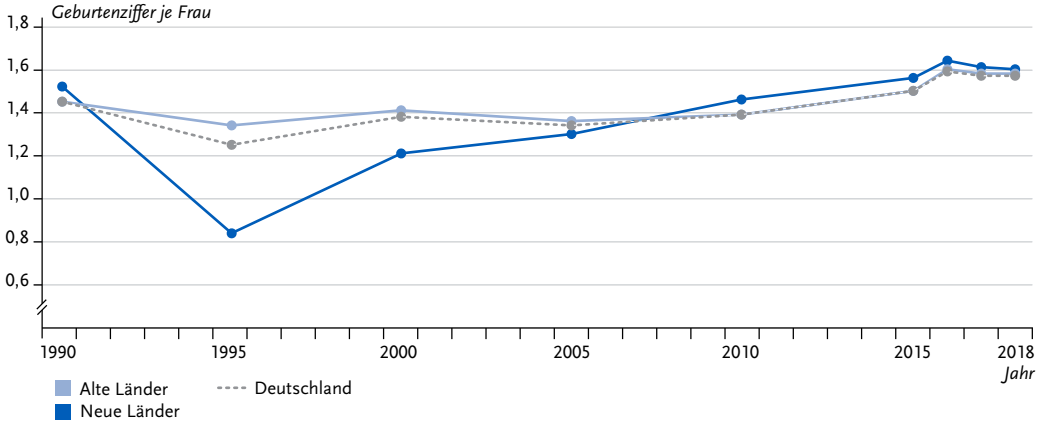
Im Jahr 2018 wurden in Deutschland 787.523 Kinder lebend geboren [94]. Die durchschnittliche Kinderzahl (zusammengefasste Geburtenziffer) betrug 1,57 Kinder je Frau. Die zusammengefasste Geburtenziffer gibt an, wie viele Kinder eine Frau im Laufe ihres Lebens bekäme, wenn ihr Geburtenverhalten so wäre wie das aller Frauen zwischen 15 und 49 Jahren im jeweils betrachteten Jahr [90]. Von 1990 bis 2010 lag die Geburtenziffer auf einem Niveau von ungefähr 1,4 Kindern je Frau [91]. In der ehemaligen DDR war sie vor der Wende 1989 deutlich höher (1980: 1,94 [95]), brach dann ein und stieg bis 2016 auf einen Wert von 1,64 an [96]. In den letzten Jahren ist ein leicht ansteigender Trend bei der zusammengefassten Geburtenziffer

Abbildung 7.2.1.1
Grundsätzlicher Kinderwunsch* bei 14- bis 25-jährigen Mädchen
Datenbasis: Studie Jugendsexualität 2015 [13]



*Frage: Möchten Sie einmal Kinder haben, sind Sie bzw. ist Ihre Freundin zurzeit schwanger oder haben Sie bereits ein Kind?

Abbildung 7.2.1.2
Entwicklung der zusammengefassten Geburtenziffer im Zeitverlauf (alte Bundesländer ohne Berlin-West, neue Bundesländer ohne Berlin-Ost)
Datenbasis: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung [96]



zu beobachten. Derzeit liegt sie in den neuen Ländern (ohne Berlin-Ost) mit 1,60 Kindern je Frau etwas höher als in den alten Ländern (ohne Berlin-West) mit 1,58 (Abb. 7.2.1.2). Insgesamt gehört Deutschland seit den 1970er-Jahren zu den Ländern mit einem sehr niedrigen Geburtenniveau [89].

Das Geburtengeschehen sollte jedoch nicht nur anhand von Geburtenraten beschrieben werden, sondern auch anhand der Zahlen, wie viele Kinder Frauen jeweils zur Welt bringen (Paritäten), da sonst die dahinterliegenden Unterschiede im Zusammenhang mit der Kinderzahl verdeckt werden [97]. Die endgültige Kinderzahl je Frau wird bei Frauen mit abgeschlossener Familienplanung betrachtet. Dabei zeigt sich, dass die Kinderlosenquote zwischen den Jahrgängen 1937 und 1967 kontinuierlich zunahm und sich von 11 % auf 21 % fast verdoppelt hat. Dieser Anstieg scheint sich jedoch bei den zwischen 1967 und 1974 geborenen Frauen nicht weiter fortzusetzen [98]. Nach den Ergebnissen des Mikrozensus lebten 2016 mehr als die Hälfte der Familien mit einem Kind im Haushalt (52 %), entweder weil (noch) keine Geschwister hinzugekommen sind oder weil ältere Geschwister das Elternhaus bereits wieder verlassen haben. Mit 36 % lebte etwa ein Drittel der Familien mit zwei Kindern und 12 % mit drei oder mehr Kindern unter einem Dach [99]. Insgesamt gesehen zeigt sich, dass das Geburtenniveau in Deutschland sowohl durch den Anteil an kinderreichen Familien als auch durch Kinderlosigkeit geprägt ist. Die Häufigkeit, mit der zwei Kinder geboren werden, verändert sich hingegen kaum [97].

Paare, die drei oder mehr gemeinsame Kinder haben, oder Personen mit drei oder mehr leiblichen Kindern werden im Allgemeinen als kinderreich bezeichnet [100]. Für Deutschland werden unterschiedliche Gruppen von kinderreichen Familien beschrieben. Neben Eltern mit geringer Bildung und mit Migrationshintergrund können dies auch einkommensstarke Eltern oder Stieffamilien sein (Familien, in welche die Partnerin oder der Partner Kinder aus einer früheren Beziehung mitgebracht haben). Nach einer Trennung, Scheidung oder Verwitwung entscheiden sich Personen zunehmend für ein weiteres Kind mit ihrer neuen Partnerin oder ihrem neuen Partner. Betrachtet man dabei Bildungsunterschiede im Zusammenhang mit dem Geschlecht, so zeigt sich, dass kinderreiche Frauen deutlich häufiger ein niedriges Bildungsniveau haben als kinderreiche Männer [100].

Im europäischen Vergleich ist der Anteil an kinderreichen Familien in Deutschland eher gering [100]. Auch ist die Kinderlosigkeit in Deutschland weiter verbreitet als in anderen europäischen Ländern, obwohl dieser Trend mittlerweile für die meisten europäischen Länder gilt [101]. Dies hängt u. a. mit einem kontinuierlich steigenden Alter bei der ersten Geburt zusammen. Als Gründe für den Aufschub der ersten Geburt werden die Länge der Ausbildung und unsichere Zukunftsbedingungen diskutiert. Vor allem gut ausgebildete Frauen reagieren

auf Unsicherheit auf dem Arbeitsmarkt mit einer Verschiebung der ersten Geburt. Dagegen erhöhen sich bei Frauen mit geringerem Bildungsstand die Geburtenziffern in Zeiten wirtschaftlicher Unsicherheit oder bleiben erhalten [89].

7.2.2 Verhütung

Über drei Viertel der Frauen in Deutschland wenden Methoden zur Empfängnisverhütung an. Je nach Lebensform und Partnerschaft sind Gründe, nicht zu verhüten, z. B. das Fehlen einer Beziehung oder sexueller Kontakte, ein Kinderwunsch oder eine Schwangerschaft [89].

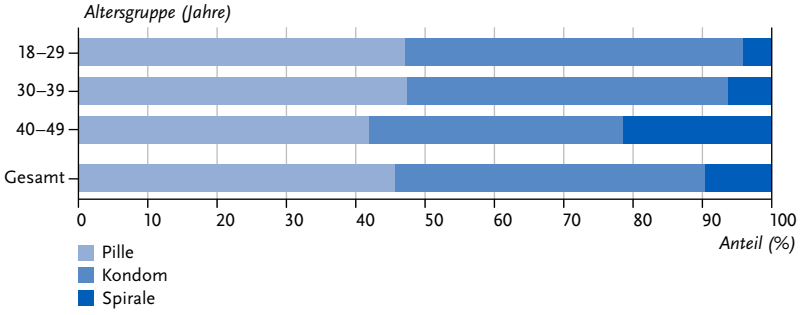
Beim ersten Geschlechtsverkehr verhüten laut der Repräsentativbefragung der BZgA etwa drei Viertel der 14- bis 25-jährigen Mädchen und Frauen mit dem Kondom und 48 % mit der Pille (siehe Kapitel 3.3.3). Mit zunehmender sexueller Erfahrung werden Kondome seltener und die Pille häufiger genutzt. Auch werden Pille und Kondom häufig kombiniert. Die übrigen eingesetzten Verhütungsmethoden sind in Deutschland derzeit eher von untergeordneter Bedeutung [13]. Ähnliches zeigen Daten der Techniker Krankenkasse: Demnach lag der Anteil an Anwenderinnen der Pille unter den 14-jährigen Versicherten im Jahr 2013 bei etwa 6,5 %. Mit zunehmendem Alter stieg er auf rund 40 % bei den 16-Jährigen und bis zu 74 % bei den 19-Jährigen [102].

Daten der BZgA zum Verhütungsverhalten Erwachsener aus dem Jahr 2018 zeigen, dass die Pille und das Kondom die wichtigsten Verhütungsmittel sexuell aktiver Frauen und Männer im Alter von 18 bis 49 Jahren sind [92]. 47 % der Frauen und Männer gaben an, dass mit der Pille verhütet wurde, 46 % nutzten das Kondom. Während in den Altersgruppen der 18- bis 29-Jährigen und 30- bis 39-Jährigen das Kondom ebenso häufig wie die Pille genutzt wird und die Intrauterinspirale (mit 5 % bis 6 %) eine eher untergeordnete Bedeutung hat, ändert sich dies bei den 40- bis 49-Jährigen. In dieser Altersgruppe wird die Spirale mit 20 % deutlich häufiger genutzt (Abb. 7.2.2.1). Dabei zeigt sich ein Anstieg in der Nutzung der Spirale von sieben Prozentpunkten im Vergleich zur vorhergehenden Studie aus dem Jahr 2011 [92].

Im Vergleich zur Studie von 2011 wird das Kondom deutlich häufiger als Verhütungsmittel genutzt (Anstieg von 37 % auf 46 %). Dagegen ging der Anteil der Frauen, die die Pille nutzen, von 53 % auf 47 % zurück. Dies zeigt sich vor allem bei den 18- bis 29-Jährigen: In dieser Altersgruppe nahm die Nutzung der Pille von 72 % auf 56 % ab. Als Grund für diesen Rückgang wird in der Studie eine eher kritische Einstellung zu hormonellen Verhütungsmethoden angeführt. So stimmten 48 % der Befragten der Aussage zu, dass eine hormonelle Verhütung negative Auswirkungen auf Körper und Seele habe. 43 % lehnten die Aussage ab, dass die Pille auch für sehr junge Mädchen geeignet sei, und 55 % die Aussage, man könne die Pille über Jahre hinweg unbedenklich anwenden. Je jünger die Altersgruppe, desto höher war der Anteil derjenigen mit einer eher kritischen Einstellung [92].

Für die BZgA-Studie „frauen leben 3“ wurde eine Befragung von 20- bis 44-jährigen Frauen in vier Bundesländern zum Thema Familienplanung durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Wahl des Verhütungsmittels von verschiedenen Faktoren wie dem Alter, der partnerschaftlichen Lebensform (und damit der sexuellen Aktivität) oder der Zahl

Abbildung 7.2.2.1
Genutzte Verhütungsmittel bei 18 bis 49-jährigen Frauen und Männern
Datenbasis: Verhütungsverhalten Erwachsener 2018 [92]



vorhandener Kinder abhängt [14]. Oftmals wird die Verhütungsmethode im Lebenslauf gewechselt. Alleinstehende und junge Frauen entscheiden sich häufig für das Kondom als Verhütungsmethode, um zusätzlich vor Geschlechtskrankheiten geschützt zu sein, vor allem, wenn sie den Partner noch nicht gut und lange genug kennen. Die Pille wird dagegen am häufigsten von jungen Frauen genutzt, die in einer Beziehung ohne Kinder leben und erst zu einem späteren Zeitpunkt Kinder haben möchten [14]. Weitere Kriterien für die Wahl der Verhütungsmethode sind die Regelmäßigkeit des Geschlechtsverkehrs, die Sicherheit der Methode sowie deren Reversibilität (die Möglichkeit, die Verhütung vergleichsweise einfach absetzen und dann schwanger werden zu können). Andere Gründe betreffen z. B. gesundheitliche Aspekte oder die Anwendung [14].

Es zeigt sich, dass Anwendungsprobleme bei der Pille und beim Kondom verbreitet sind. In der „frauen leben 3"-Studie gaben 39 % der Frauen an, die Einnahme der Pille in den letzten zwölf Monaten einmal vergessen zu haben, 12 % nahmen die Pille bei auswärtigen Übernachtungen nicht mit und weitere 11 % waren sich aufgrund von Erbrechen oder Durchfall unsicher über die Wirksamkeit. Auch bei Kondomen kommt es zu Anwendungsproblemen: 25 % der Frauen berichten von geplatzten, gerissenen oder abgerutschten Kondomen [14].

Wenn Verhütungspannen passiert sind oder die Verhütung vergessen wurde, steht mit der „Pille danach" ein Notfallverhütungsmittel zur Verfügung. Seit März 2015 ist die „Pille danach" in Apotheken rezeptfrei erhältlich. Dort wird auch eine Beratung angeboten [102]. Seitdem ist ein deutlicher Anstieg der Nutzung von Notfallkontrazeptiva zu verzeichnen. Nach Daten der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände sind die Absatzzahlen in der Selbstmedikation seit 2015 stark angestiegen, während es einen deutlichen Rückgang ärztlicher Verordnungen der „Pille danach" gab. Im Jahr 2018 wurden insgesamt 835.000 Packungen abgegeben; es zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg seit 2015 (662.000 Packungen) [103].

Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung können Frauen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr verschreibungspflichtige Verhütungsmittel (einschließlich der Spirale) sowie die „Pille danach" auf Kassenrezept erhalten [104]. Sexuell aktive Frauen mit geringerer Bildung oder in einer schlechten finanziellen Situation nutzen häufiger keine Verhütungsmittel, obwohl sie keinen Kinderwunsch haben [14]. In der Studie „frauen leben 3" berichten 8,1 % der Frauen, schon einmal aus Kostengründen auf die Pille oder die Spirale verzichtet zu haben. Bei Frauen, die ihre finanzielle Situation (eher) schlecht einschätzen, aber keine staatliche Unterstützung erhalten, beträgt der Anteil 14,4 %. Bei Frauen, die staatliche Unterstützung beziehen, liegt der Anteil mit 22,4 % noch höher [14]. In einem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten Modellprojekt wurde von 2016 bis 2019 an sieben Standorten in Deutschland ein Zugang zu einer Kostenübernahme für verschreibungspflichtige Verhütungsmittel auch für sozial benachteiligte Frauen im Alter von über 20 Jahren (die damalige Altersgrenze für eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse) erprobt und empfohlen. Die Ergebnisse zeigten, dass ein Bedarf besteht an Kostenübernahmen von Verhütung für Frauen, die über wenig Geld verfügen. Hierzu zählen nicht nur Frauen in der Ausbildungsphase und Frauen, die staatliche Unterstützung erhalten, sondern auch Frauen, die berufstätig sind, aber wenig verdienen, sowie Empfängerinnen von Unterstützung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG). Der Bedarf an Kostenübernahme der Verhütung besteht vor allem bei Frauen, die bereits Kinder haben [105].

Insgesamt gesehen sind Verhütungsmittel in Deutschland gut zugänglich und werden häufig genutzt. Im internationalen Vergleich hat Deutschland eine niedrige Verhütungslücke (sogenannter „unmet need") [14]. Allerdings können die Kosten offenbar eine Zugangsbarriere für Frauen mit niedrigem Einkommen darstellen.

7.3 Schwangerschaftsabbruch

Eine ungewollte Schwangerschaft stellt Frauen vor eine Entscheidung, die grundsätzliche Fragen zur weiteren Lebensplanung aufwerfen kann [106]. Die Entscheidung zu einem Schwangerschaftsabbruch ist eine sehr persönliche, der meist eine intensive Auseinandersetzung vorausgeht. In diesem Abschnitt werden Daten und Studienergebnisse zu Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland dargestellt. Wesentliche Datengrundlagen

sind die Schwangerschaftsabbruchstatistik des Statistischen Bundesamtes [107] sowie die Studie „frauen leben 3“ der BZgA [14].

7.3.1 Gesetzliche Regelungen

In Deutschland ist nach § 218 Strafgesetzbuch (StGB) ein Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich rechtswidrig und somit strafbar [108, 109]. § 218a legt drei Ausnahmen fest: die sogenannte Beratungsregelung sowie die medizinische und die kriminologische Indikation (siehe Infobox 7.3.1.1). Die Beratungsregelung lässt nach einer Schwangerschaftskonfliktberatung einen Abbruch innerhalb der ersten drei Schwangerschaftsmonate zu; dieser ist dann zwar straffrei, bleibt jedoch rechtswidrig. Wird ein Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer medizinischen oder kriminologischen Indikation vorgenommen, ist er nicht rechtswidrig. Ein auffälliger pränataldiagnostischer Befund (z. B. eine Fehlbildung oder Chromosomenabweichung, siehe Kapitel 7.5.2) stellt keine Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch dar. Ein Abbruch aufgrund einer medizinischen Indikation ist in einem solchen Fall aber möglich, wenn nach ärztlicher Einschätzung die körperliche oder seelische Gesundheit der Frau durch das Austragen der Schwangerschaft ernsthaft gefährdet wäre [108, 109].

Das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) regelt u. a. Inhalt und Durchführung der Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 219 StGB sowie die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. Die Schwangerschaftskonfliktberatung dient dem Schutz des ungeborenen Lebens. Sie ist ergebnisoffen zu führen und geht von der Verantwortung der Frau aus (§ 5 Absatz 1 SchKG). Die Beratung

Infobox 7.3.1.1
Straflosigkeit eines Schwangerschaftsabbruchs

Ein Schwangerschaftsabbruch bleibt nach § 218a Absatz 1 (Beratungsregelung) straflos, wenn

- die Schwangere den Abbruch der Schwangerschaft verlangt,
- die Schwangere eine Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 219 StGB nachweisen kann und eine dreitägige Wartezeit zwischen Beratung und Eingriff eingehalten wurde,
- der Schwangerschaftsabbruch durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgenommen wird und seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.

Ein Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig im Falle einer

- medizinischen Indikation (§ 218a Absatz 2 StGB): Der Schwangerschaftsabbruch wird durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgenommen und ist unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse aus ärztlicher Sicht notwendig, um eine Gefahr für das Leben oder für eine schwerwiegende Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren zu verhindern; für Schwangerschaftsabbrüche mit medizinischer Indikation gibt es keine zeitliche Begrenzung. Zwischen der Mitteilung der ärztlichen Diagnose und der schriftlichen Indikationsstellung müssen drei volle Tage liegen, es sei denn, das Leben der Schwangeren ist in unmittelbarer Gefahr. Vor der Ausstellung der Indikation muss die Schwangere ärztlicherseits über die medizinischen Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs beraten und über die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung informiert werden und sie muss die Durchführung der Beratung schriftlich bestätigen; auf ihren Wunsch müssen Kontakte zu Beratungsstellen vermittelt werden (§ 2a Absatz 2 SchKG).
- kriminologischen Indikation (§ 218a Absatz 3 StGB): Der Schwangerschaftsabbruch wird durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgenommen. An der Schwangeren wurde nach ärztlicher Erkenntnis eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176–178 StGB (Vergewaltigung, sexueller Missbrauch von Kindern, sexueller Übergriff, sexuelle Nötigung) begangen und es sprechen dringende Gründe dafür, dass die Schwangerschaft auf dieser Tat beruht. Seit der Empfängnis dürfen nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sein. Es gibt keine Beratungspflicht, allerdings einen Anspruch auf Beratung, falls die Schwangere dies wünscht.

Für beide Indikationen gilt, dass der Schwangerschaftsabbruch nicht von der Ärztin oder dem Arzt durchgeführt werden darf, die oder der die Indikation gestellt hat.

kann nur in staatlich anerkannten Beratungsstellen erfolgen. Beratungen werden von verschiedenen öffentlichen und freien Trägern, zum Teil auch von Gesundheitsämtern oder Ärztinnen und Ärzten angeboten [108]. Auf der BZgA-Webseite www.familienplanung.de sowie der Webseite der Bundesärztekammer steht eine Liste zur Verfügung, in der Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser und Einrichtungen genannt werden, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen [110, 111].

7.3.2 Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen und zeitliche Entwicklung

Daten zu Schwangerschaftsabbrüchen können der Schwangerschaftsabbruchstatistik [107] entnommen werden; diese erfasst alle unter den Voraussetzungen von § 218a Absatz 1–3 StGB durchgeführten und je Quartal gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche. Neben der absoluten Zahl der Schwangerschaftsabbrüche werden im Folgenden auch die Anzahl je 10.000 Frauen und die Anzahl je 1.000 Lebend- und Totgeborene (wenn dazu keine Daten vorliegen, je 1.000 Lebendgeborene) berichtet. Erstere ermöglicht Aussagen darüber, in welchen Altersgruppen sehr viele oder sehr wenige Abbrüche stattfinden, letztere über das Verhältnis der ausgetragenen zu den abgebrochenen Schwangerschaften und damit über die Wahrscheinlichkeit für den Abbruch einer Schwangerschaft.

Im Jahr 2019 gab es in Deutschland 100.893 Schwangerschaftsabbrüche [107]. Dies entspricht

Tabelle 7.3.2.1
Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche (bezogen auf alle Wohnsitze) und Abbruchquoten (bezogen auf Frauen mit ständigem Wohnsitz im Inland) je 10.000 Frauen nach Alter, 2019
Datenbasis: Statistik der Schwangerschaftsabbrüche [107], Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung [96]

Altersgruppe	Abbrüche	Abbrüche je 10.000 Frauen
15 – 17 Jahre	2.392	21,3
18 – 24 Jahre	24.453	80,9
25 – 29 Jahre	23.511	94,3
30 – 34 Jahre	24.043	90,0
35 – 39 Jahre	18.134	69,0
40 – 44 Jahre	7.444	30,3
45 – 49 Jahre	607	2,2

Tabelle 7.3.2.2
Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche (bezogen auf alle Wohnsitze) und Abbruchquoten (bezogen auf Frauen mit ständigem Wohnsitz im Inland) je 1.000 Lebendgeborenen nach Alter, 2019
Datenbasis: Statistik der Schwangerschaftsabbrüche [107], Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung [96]

Altersgruppe	Abbrüche	Abbrüche je 1.000 Lebendgeborene [1]
Unter 18 Jahre	2.686	748,6
18 – 24 Jahre	24.453	278,1
25 – 29 Jahre	23.511	114,6
30 – 34 Jahre	24.043	83,3
35 – 39 Jahre	18.134	108,6
40 – 44 Jahre	7.444	218,4
45 Jahre und älter	622	305,4

[1] Daten zu den Totgeborenen nach dem Alter der Frauen zum Zeitpunkt der Schwangerschaft stehen nicht zur Verfügung.

45,2 Abbrüchen je 10.000 Frauen und 128,2 Abbrüchen je 1.000 Lebendgeborenen [96, 107]. Bei unter 18-Jährigen sind die Anzahl der Abbrüche und die Abbruchquote je 10.000 Frauen sehr niedrig; dagegen zeigt sich eine hohe Abbruchquote bezogen auf 1.000 Lebendgeborene. Das bedeutet, dass unter 18-Jährige selten schwanger werden, sich aber im Falle einer Schwangerschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit für einen Abbruch entscheiden. Auch bei über 40-Jährigen sind die Anzahl der Abbrüche und die Abbruchquote je 10.000 Frauen niedrig. Verbunden mit einer hier ebenfalls niedrigen Abbruchquote bezogen auf 1.000 Lebendgeborene bedeutet dies, dass auch über 40-Jährige selten schwanger werden, dann aber eher die Schwangerschaft austragen als die unter 18-Jährigen (Tab. 7.3.2.1, Tab. 7.3.2.2).

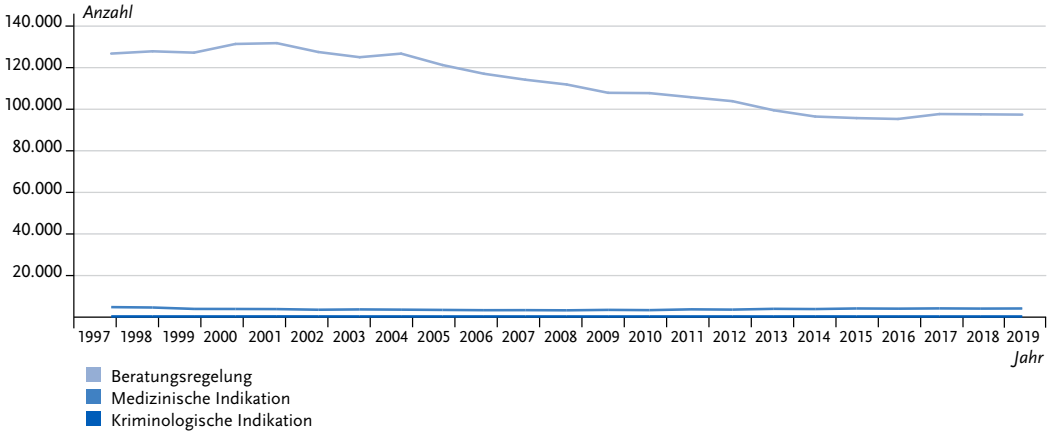
Die Zahl der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche ist seit 2001 rückläufig, von 134.964 auf 100.893 im Jahr 2019 (Tab. 7.3.2.3) [107, 112]. Dies entspricht einem Rückgang von rund 25 %. Die auf Frauen im gebärfähigen Alter bezogenen Abbruchraten sind ebenfalls rückläufig, von etwa 66 Abbrüchen je 10.000 Frauen 1997 auf rund 59 Abbrüche je 10.000 Frauen 2019. Auch die Abbruchrate bezogen auf die Lebend- und Totgeborenen ist zurückgegangen. Das bedeutet, dass in dem betrachteten Zeitraum von 1997 bis 2019 die Schwangerschaftsabbrüche stärker abgenommen haben als die Geburten (Tab. 7.3.2.3).

Betrachtet man die Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2019 nach rechtlicher Begründung, zeigt

Tabelle 7.3.2.3
Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche und Abbruchquoten im Zeitverlauf
Datenbasis: Statistik der Schwangerschaftsabbrüche [107],
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung [96]

Jahr	Abbrüche	Abbrüche je 10.000 Frauen (15 – 49 Jahre)	Abbrüche je 1.000 Lebend- und Totgeborene (Frauen gesamt)
1997	130.890	65,8	159,9
1998	131.795	66,3	166,7
1999	130.471	65,8	168,0
2000	134.609	68,0	174,3
2001	134.964	68,1	182,4
2002	130.387	65,7	180,0
2003	128.030	64,6	179,7
2004	129.650	65,6	182,3
2005	124.023	62,9	179,4
2006	119.710	61,1	176,6
2007	116.871	60,1	169,3
2008	114.484	58,1	166,1
2009	110.694	58,3	164,9
2010	110.431	58,7	160,9
2011	108.867	59,5	162,2
2012	106.815	58,9	156,4
2013	102.802	57,2	148,6
2014	99.715	56,0	137,2
2015	99.237	56,0	132,5
2016	98.721	56,1	123,0
2017	101.209	58,0	127,1
2018	100.986	58,4	126,4
2019	100.893	58,8	

Abbildung 7.3.2.1
Schwangerschaftsabbrüche nach rechtlicher Begründung im Zeitverlauf
Datenbasis: Statistik der Schwangerschaftsabbrüche [107, 112]



sich, dass bei der großen Mehrheit der Frauen (96,1 %) der Abbruch nach der Beratungsregelung erfolgte [107]. Bei 3,8 % der Frauen bestand eine medizinische und bei 0,02 % eine kriminologische Indikation. Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche nach der Beratungsregelung nahm von 2001 bis 2014 ab und blieb seitdem in etwa stabil (Abb. 7.3.2.1) [107, 112].

Eine weitere Einteilung der Schwangerschaftsabbrüche erfolgt nach der Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft [107]. Nach Beratungsregelung und bei kriminologischer Indikation ist ein Schwangerschaftsabbruch bis zur zwölften Woche nach Konzeption möglich (siehe Infobox 7.3.1.1) [108]. 2019 fanden 97,1 % der Schwangerschaftsabbrüche innerhalb dieses Zeitraums statt, 2,9 % erfolgten danach [107]. 648 Schwangerschaftsabbrüche (0,6 %) waren sogenannte Spätabbrüche, d. h., sie wurden nach der 22. Schwangerschaftswoche durchgeführt [107].

7.3.3 Hintergründe zum Schwangerschaftsabbruch

In der Studie „frauen leben 3“ der BZgA gaben rund 4.000 Frauen zwischen 20 und 44 Jahren Auskunft über ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche [14]. Rund jede sechste der befragten Frauen war bisher mindestens einmal ungewollt schwanger (17,0 %). Im Alter zwischen 25 und 34 Jahren wurden die meisten Frauen schwanger und die wenigsten Schwangerschaften waren ungewollt. Bei Frauen unter 20 und über 35 Jahren war ein größerer Teil der Schwangerschaften nicht gewollt; bei den unter 20-Jährigen war es rund die Hälfte [14]. Dies entspricht den in Abschnitt 7.3.2 dargestellten Daten zu Schwangerschaftsabbrüchen.

Rund jede zwölfte Frau (8,2 %) gab in der Studie „frauen leben 3“ an, mindestens einmal eine Schwangerschaft abgebrochen zu haben. Als Hauptgrund für einen Schwangerschaftsabbruch wurde von den Frauen eine „schwierige Partnerschaftssituation“ (34,0 %) genannt. Weitere Gründe waren „berufliche oder finanzielle Unsicherheit“ (20,3 %), „gesundheitliche Bedenken“ bezogen auf die Frau selbst, den Partner oder das Kind (19,7 %), „in Ausbildung oder Studium“ (17,6 %) und „jung, unreif“ (16,4 %). Während eine schwierige Partnerschaftssituation und berufliche oder finanzielle Unsicherheit von jüngeren wie älteren Frauen als wichtigste Gründe angegeben wurden, variiert die Häufigkeit der anderen Antworten mit dem Alter: Jüngere Frauen gaben häufiger an, dass sie sich nicht reif für ein Kind fühlten oder dass sie die Ausbildung oder das Studium noch nicht abgeschlossen hätten. Ältere Frauen berichteten dagegen häufiger von gesundheitlichen Bedenken, die zum Abbruch der Schwangerschaft führten [14].

Hinweise darauf, dass die Partnerschaftssituation einen Einfluss darauf hat, ob eine Schwangerschaft abgebrochen wird, ergeben sich auch aus den Daten der Schwangerschaftsabbruchstatistik [107]. 2018 waren 57,8 % der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch hatten, ledig, 38,3 % waren verheiratet, 3,7 % geschieden und 0,2 % verwitwet. 40,0 % der Frauen hatten zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs keine Kinder, jeweils fast ein Viertel der Frauen ein oder zwei Kinder (22,8 % bzw. 23,8 %) und 13,4 % der Frauen hatten drei oder mehr Kinder [107].

Die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch hängt darüber hinaus vom Bildungsstatus ab: Je höher die Bildung, desto häufiger wurden ungewollte Schwangerschaften abgebrochen. Dabei ist der Anteil der Frauen, die ungewollt schwanger wurden, unter Frauen mit höherem Bildungsstatus deutlich geringer als unter Frauen der unteren Bildungsgruppe [14]. Darüber hinaus sind Unterschiede nach Migrationshintergrund festzustellen [113]. In der Studie „frauen leben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf“ der BZgA, in der Frauen mit türkischem und osteuropäischem (vor allem aus den europäischen, aber auch asiatischen Nachfolgestaaten der Sowjetunion) Migrationshintergrund befragt wurden, zeigten sich im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund für diese beiden Gruppen von Migrantinnen höhere Abbruchprävalenzen [113].

7.3.4 Versorgung, Komplikationen und Verarbeitung

Im Jahr 2018 wurden 97,0 % aller Schwangerschaftsabbrüche ambulant durchgeführt. Von diesen erfolgten 82,0 % in einer gynäkologischen Praxis und 18,0 % ambulant im Krankenhaus [107]. Dabei wurden am häufigsten operative Verfahren

eingesetzt: 60,8 % der ambulanten Abbrüche wurden mit der Absaugmethode (Vakuumaspiration) durchgeführt, 14,7 % durch eine Ausschabung der Gebärmutter (Kürettage) und 23,3 % medikamentös mit dem Wirkstoff Mifepriston (Handelsname Mifegyne). Bei 3,0 % der Frauen fand der Abbruch stationär im Krankenhaus statt. Von diesen wurden 65,4 % medikamentös (außer mit Mifepriston/Mifegyne) durchgeführt [107]. Hierunter fallen u. a. Abbrüche nach der 14. Woche, die in der Regel stationär mit weheneinleitenden Medikamenten (Prostaglandinen) erfolgen [109]. In Deutschland existieren keine Leitlinien zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. Die WHO empfiehlt die Vakuumaspiration oder den medikamentösen Abbruch [114].

Die Bundesländer sind nach §13 Absatz 2 SchKG gesetzlich verpflichtet, ausreichend und professionell ausgestattete Einrichtungen für Schwangerschaftsabbrüche zur Verfügung zu stellen. Da die Schwangerschaftsabbruchstatistik keine Daten zur regionalen Versorgung unterhalb der Länderebene bereithält [107], können keine Aussagen darüber getroffen werden, ob entsprechende Versorgungsangebote flächendeckend und wohnortnah vorhanden sind [109]. Allerdings zeigen die länderbezogenen Daten, dass 2018 rund ein Drittel der Frauen aus Rheinland-Pfalz (31,1 %) und etwa ein Fünftel der Frauen aus Niedersachsen (18,3 %) einen Schwangerschaftsabbruch in einem anderen Bundesland durchführen ließen, meist im Saarland bzw. in Bremen [107].

Die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch werden von der gesetzlichen Krankenversicherung nur dann übernommen, wenn eine medizinische oder kriminologische Indikation vorliegt [109]. Frauen können bei einer gesetzlichen Krankenkasse eine Kostenübernahme für Abbrüche nach der Beratungsregelung beantragen, wenn ihr Einkommen unterhalb einer bestimmten, jedes Jahr neu festgelegten Einkommensgrenze liegt (§§19 bis 24 SchKG). Ein Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung kostet je nach gewählter Methode (operativ oder medikamentös) zwischen 350 und 600 Euro [115]. Sämtliche Kosten, die vor oder nach dem Schwangerschaftsabbruch anfallen und damit im Zusammenhang stehen, wie Beratung oder die Nachbehandlung bei Komplikationen, werden von den Krankenkassen übernommen [109].

Der Schwangerschaftsabbruch ist ein Eingriff, der bei fachgerechter Durchführung ein geringes Risiko für Komplikationen aufweist [116]. Laut Schwangerschaftsabbruchstatistik gab es im Jahr 2018 272 gemeldete Komplikationen [107], das entspricht 0,27 % der Eingriffe. Am häufigsten wurden Blutverluste von mehr als 500 ml sowie Nachblutungen berichtet (in 20,9 bzw. 26,8 % der Fälle mit Komplikationen) [107].

Ob sich ein Schwangerschaftsabbruch negativ auf die psychische Gesundheit der Frauen auswirken kann, wurde in verschiedenen internationalen Studien untersucht. Die Studien mit hoher Aussagekraft kommen zu dem Ergebnis, dass Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch kein höheres Risiko für das Auftreten psychischer Erkrankungen haben als Frauen, die eine Schwangerschaft ausgetragen haben [117–124]. Eine der Studien zeigte, dass die Zeit vor dem Schwangerschaftsabbruch von betroffenen Frauen durch die Entscheidungsfindung sowie die Angst vor dem Eingriff häufig als belastend empfunden wird, die Belastung nach dem Eingriff aber abnimmt [121]. Dennoch gibt es Frauen, die aufgrund ihrer Abbrucherfahrung psychische Probleme entwickeln [122, 125]. Dies kann der Fall sein, wenn sich Frauen zu dem Schwangerschaftsabbruch gedrängt fühlten oder sie einen Abbruch eigentlich moralisch ablehnen. Auch können belastende Lebensumstände wie Armut, Gewalterfahrungen oder vorangegangene psychische Erkrankungen seelische Probleme nach einem Abbruch wahrscheinlicher machen [122, 125]. Die psychosoziale Situation vor dem Schwangerschaftsabbruch wird als zentraler Risikofaktor für die Entstehung psychischer Störungen nach dem Abbruch angesehen [118, 122, 125].

7.4 Ungewollte Kinderlosigkeit

Wenn eine gewünschte oder erhoffte Schwangerschaft nicht eintritt, führt dies oft zu starken emotionalen Belastungen [126]. Lässt sich der Wunsch nach einem biologisch eigenen Kind nicht verwirklichen, kann dies ein Anlass sein, medizinische Hilfe zu suchen und ggf. eine reproduktionsmedizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen. Die reproduktionsmedizinischen Techniken bieten die Chance, einen Kinderwunsch zu erfüllen,

werfen aber auch ethische, soziale und rechtliche sowie Kostenfragen auf [127–129]. Hinzu kommt, dass Familienformen einem ständigen Wandel unterworfen sind und neben den konventionellen zunehmend auch andere Formen existieren, „Familie zu leben“ [130].

Aus medizinischer Sicht wird das Ausbleiben einer Schwangerschaft nach zwölf Monaten mit regelmäßigem, ungeschütztem Geschlechtsverkehr als Infertilität (Unfruchtbarkeit) bezeichnet [131]. Dabei ist es nicht ausgeschlossen, dass die Frauen zu einem späteren Zeitpunkt schwanger werden [132]. Die sozialwissenschaftliche Definition von ungewollter Kinderlosigkeit ist weiter gefasst: Sie sieht ungewollte Kinderlosigkeit als Selbsteinschätzung von Personen mit Kinderwunsch, die bisher keine Kinder haben und schließt damit z. B. auch Personen ein, die nicht in einer Partnerschaft leben [133].

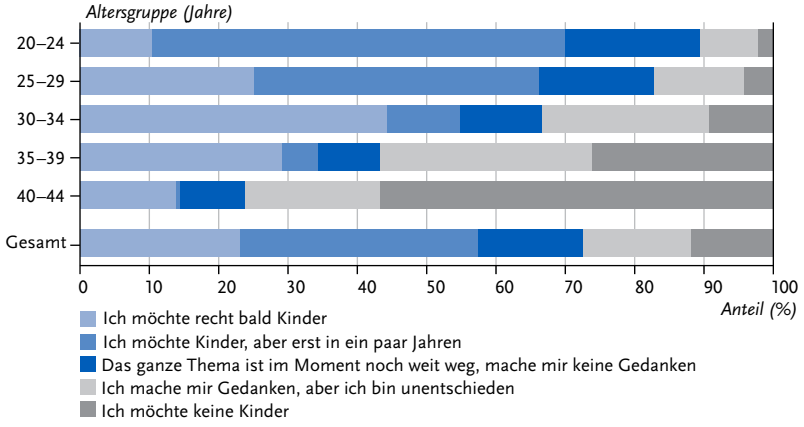
Dieser Abschnitt gibt einen Überblick über die Häufigkeit und Ursachen ungewollter Kinderlosigkeit in Deutschland sowie medizinische Behandlungsmöglichkeiten und deren Inanspruchnahme. Wesentliche Datengrundlagen sind die 2014 veröffentlichte Untersuchung „Ungewollte oder gewollte Kinderlosigkeit im Lebensverlauf und Nutzung von Unterstützungsangeboten“ des BMFSFJ [133], die Studie „frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf von Frauen“ mit dem Schwerpunkt ungewollte Schwangerschaften der BZgA [14] sowie das Jahrbuch 2018 des Deutschen IVF-Registers, in dem Daten aus 127 (von 135) deutschen Kinderwunschzentren enthalten sind [134].

7.4.1 Häufigkeit und Ursachen

Der Anteil der Frauen, die kinderlos sind, unterscheidet sich nach Geburtsjahrgängen und beträgt bei den Frauen, die ihre Familienplanung vor kurzem abgeschlossen haben (Jahrgänge 1967 bis 1979), etwa 20 % (siehe auch Kapitel 7.2) [99]. Welcher Anteil der kinderlosen Frauen ungewollt kinderlos ist, lässt sich anhand der BZgA-Studie „frauen leben 3“ und der Kinderlosenstudie des BMFSFJ abschätzen. In der BMFSFJ-Studie hatten 26 % der kinderlosen Frauen zwischen 20 und 50 Jahren einen aktuell bestehenden Kinderwunsch. 30 % wollten aktuell keine Kinder, aber ganz sicher in einigen Jahren. 19 % sagten, dass sie in einigen Jahren vielleicht Kinder haben wollten [133]. Ähnlich äußerten sich die 20- bis 44-jährigen kinderlosen Frauen in der „frauen leben“-Studie: 23,0 % gaben an, dass sie recht bald, und 34,4 %, dass sie in einigen Jahren Kinder haben wollten (Abb. 7.4.1.1) [14]. Der Kinderwunsch ist vor allem vom Alter abhängig: In der Altersgruppe 30 bis 34 Jahre ist der Anteil der Frauen, die bald ein Kind haben möchten, mit 44,3 % am höchsten; dies gilt insbesondere für verheiratete Frauen (62,1 %) und Frauen in nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften (58,1 %) [14]. Jüngere Frauen tendieren dazu, die Familiengründung aufzuschieben, ab 35 Jahren steigt der Anteil derer, die keine Kinder (mehr) möchten.

Medizinische Ursachen für Unfruchtbarkeit können zu etwa 55 % bei der Frau und zu etwa

Abbildung 7.4.1.1
Kinderwunsch der kinderlosen Frauen nach Alter
Datenbasis: Studie „frauen leben“ 2016 [14]



Infobox 7.4.1.1
Medizinische Ursachen für Unfruchtbarkeit bei Frauen (nach [135, 136])

Störungen an Eierstöcken und Eileitern

– Funktionsstörungen der Eierstöcke (Zyklusstörungen, Störungen der Eireifung), z. B. aufgrund von Hormon- und Stoffwechselstörungen wie Hyperandrogenämie, Hyperprolaktinämie, Schilddrüsenfunktionsstörungen, polyzystischem Ovarsyndrom (PCO-Syndrom)
– Verschluss der Eileiter (komplett oder teilweise), z. B. aufgrund von Entzündungen, vorherigen Eileiterschwangerschaften, Operationen, Endometriose (siehe Kapitel 2.1.8)

Störungen der Gebärmutter (siehe auch Kapitel 2.1.8)

– Myome
– Endometriose
– Störungen am Gebärmutterhals (z. B. Vernarbungen, mangelnde Durchlässigkeit des Zervixschleims für Spermien)

Fehlbildungen der Fortpflanzungsorgane

Immunologische Ursachen (Verhinderung einer Schwangerschaft durch die eigene Immunabwehr)

Wiederholte Fehlgeburten

Weitere Informationen zu Ursachen von Unfruchtbarkeit bei Frauen und Männern werden z. B. auf den Internetseiten www.familienplanung.de/kinderwunsch der BZgA und www.informationsportal-kinderwunsch.de des BMFSFJ zur Verfügung gestellt.

30 % beim Mann gefunden werden. In etwa 40 % der Fälle besteht eine Störung bei beiden, in etwa 25 % lässt sich keine Ursache finden (sogenannte idiopathische Infertilität) [132]. Bei Frauen führen überwiegend hormonelle Probleme, aber auch Veränderungen der Eileiter und der Gebärmutter zu Fruchtbarkeitsstörungen (siehe Infobox 7.4.1.1) [135, 136].

Auch das Gesundheitsverhalten hat Einfluss auf die Fruchtbarkeit: Nikotinkonsum, Unter- und Übergewicht mindern die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten einer Schwangerschaft [132]. Dagegen werden psychische Faktoren (Stress) im Allgemeinen als (Mit-)Ursachen überschätzt [126, 136]. Ein weiterer wesentlicher Einflussfaktor ist das Alter: Bereits im Alter von 25 Jahren beginnt die Fertilität bei Frauen allmählich abzunehmen. Spätestens mit 35 Jahren nimmt das Risiko von Infertilität deutlich zu [137, 138]. Somit trägt das Aufschieben von Schwangerschaften in spätere Lebensjahre auch zum Anstieg der reproduktionsmedizinischen Behandlungen bei [138]. Eine repräsentative Studie zum Wissen über Fertilität und Reproduktionsmedizin von 2012 zeigt, dass viele sich der Risiken dieses Aufschiebens nicht bewusst sind: Nur 3,4 % der Frauen und 2,6 % der Männer wussten über den Beginn der Fertilitätsabnahme mit 25 Jahren Bescheid, 26,6 % der Frauen schätzten ihn auf 35 und 28,2 % auf 40 Jahre [139].

Ungewollte Kinderlosigkeit bedeutet für viele Frauen (und Männer) nicht nur die fehlende Möglichkeit, für Kinder zu sorgen, sie wird auch als Ursache von Diskriminierung oder Stigmatisierung wahrgenommen. In der Studie des BMFSFJ zu Kinderlosigkeit sahen 48 % der kinderlosen Frauen (und 46 % der kinderlosen Männer) Mutterschaft als tragendes und notwendiges Element des Frauseins; fehlende Mutterschaft kann demnach mit dem Stigma einer nicht vollständigen Geschlechtsidentität einhergehen. Dagegen ist Vaterschaft nur für jeweils 36 % der kinderlosen Frauen und Männer ein Kernelement für vollständiges Mannsein [133]. 41 % der kinderlosen Frauen sind der Meinung, kinderlose Frauen würden in unserer Gesellschaft als egoistisch gelten [133].

7.4.2 Versorgungsangebote, Inanspruchnahme und Ergebnisse

Wird aufgrund eines unerfüllten Kinderwunsches medizinische Hilfe in Anspruch genommen, so werden zunächst verschiedene diagnostische Tests durchgeführt (bei Frauen z. B. Zyklusbeobachtung, Ultraschalluntersuchung und Hormonanalysen, bei Männern Untersuchung der Spermien) [135]. Je nach Befund sind unterschiedliche Verfahren geeignet, um eine Schwangerschaft herbeizuführen. Diese reichen von der Zyklusbeobachtung, um einen optimalen Zeitpunkt für den Geschlechtsverkehr zu bestimmen, bis hin zur künstlichen Befruchtung außerhalb des Körpers (siehe Infobox 7.4.2.1) [140]. Als assistierte Reproduktion (ART)

wird die ärztliche Hilfe zur Erfüllung eines Kinderwunsches bezeichnet, welche die Handhabung menschlicher Keimzellen oder Embryonen beinhaltet, um eine Schwangerschaft herbeizuführen [127]; damit zählen die alleinige Hormonstimulation und die ausschließlich durchgeführte Insemination nicht zur ART. Gesetzliche Grundlage für reproduktionsmedizinische Verfahren ist das Embryonenschutzgesetz (siehe Infobox 7.4.2.2). Weitere rechtliche Grundlagen sind die Richtlinie

Infobox 7.4.2.1 Medizinische Behandlungsmöglichkeiten bei Fertilitätsstörungen (nach [136, 140])

Hormonstimulation: Anregung der Reifung von Eizellen und Auslösen des Eisprungs durch Gabe von Hormonen, um bestmögliche Voraussetzungen für eine natürliche Befruchtung (optimaler Zeitpunkt für den Geschlechtsverkehr) oder eine Insemination zu schaffen.

Insemination: Samenübertragung mit einem dünnen Schlauch (Katheter) in die Gebärmutter.

In-vitro-Fertilisation (IVF): Befruchtung außerhalb des Körpers (in einer sogenannten Petrischale) nach Hormonstimulation und Entnahme der reifen Eizellen unter Ultraschallkontrolle mit einer feinen Nadel durch die Scheide (Punktion). Wenn eine Befruchtung stattfindet, werden ein bis maximal drei Embryonen in die Gebärmutter eingesetzt (Embryotransfer).

Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI): Wie IVF, mit dem Unterschied, dass eine Samenzelle mit einer extrem feinen Nadel direkt in die Eizelle injiziert wird. Dieses Verfahren wird bei Samenstörungen angewendet und kann möglicherweise helfen, wenn die IVF erfolglos bleibt.

Kryokonservierung: Einfrieren von Embryonen-Vorstadien (sogenannte imprägnierte Eizellen, Zellen im Vorkern- oder Pronukleusstadium), um sie zu einem späteren Zeitpunkt in die Gebärmutter zu transferieren. Auch das Einfrieren von Eierstockgewebe, Eizellen, Samenzellen oder Hodengewebe ist möglich. So kann beispielsweise Frauen vor einer Krebsbehandlung Eierstockgewebe oder Eizellen entnommen und konserviert werden, um die Möglichkeit, biologisch eigene Kinder zu bekommen, zu erhalten (Fertilitätsprotektion). Auch die Kryokonservierung von Eizellen als „Reserve“ für eine eventuelle spätere Kinderwunschbehandlung wird angeboten („Social egg freezing“) [142].

Weitere Informationen zur medizinischen Kinderwunschbehandlung gibt es z. B. auf den Internetseiten www.familienplanung.de/kinderwunsch der BZgA und www.informationsportal-kinderwunsch.de des BMFSFJ.

Infobox 7.4.2.2 Embryonenschutzgesetz (ESchG) (nach [152, 153])

Das Embryonenschutzgesetz regelt die Anwendung von Fortpflanzungstechniken und den Umgang mit menschlichen Embryonen.

Bestimmte Handlungen stehen demnach unter Strafe, u. a.:

- Künstliche Befruchtung menschlicher Eizellen zu einem anderen Zweck als dem, eine Schwangerschaft der Frau herbeizuführen, von der die Eizelle stammt
- Künstliche Befruchtung von mehr Eizellen, als in einem Zyklus übertragen werden sollen, und Übertragung von mehr als drei Embryonen in einem Zyklus
- Übertragung fremder Eizellen (Eizellspende)
- Leihmutterschaft
- Veräußerung, Abgabe und Erwerb und Verwendung eines Embryos zu einem nicht seiner Erhaltung dienenden Zweck
- Eine Geschlechterauswahl bei Spermien (außer bei schwerwiegenden geschlechtsgebundenen Erbkrankheiten)
- Präimplantationsdiagnostik (PID; zu den Ausnahmen siehe Text)
- Verwendung von Samen bereits Verstorbener
- Experimente an Embryonen (einschließlich Klonen).

Folgende nach dem Gesetz nicht verbotene Methoden können durch Ärztinnen und Ärzte angewendet werden:

- In-vitro-Fertilisation (IVF) und intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) mit Übertragung von bis zu drei befruchteten Eizellen oder Embryonen in einem Zyklus
- Homologe Insemination (Übertragung von Samen des Partners)
- Kryokonservierung von Eizellen im Vorkernstadium
- Heterologe Insemination (Übertragung von Samen eines Spenders) unter bestimmten Voraussetzungen.

zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer [127] sowie die Richtlinie über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) [141].

Die Kosten für künstliche Befruchtungen werden zum Teil von den Krankenkassen übernommen. Bei gesetzlich krankenversicherten verheirateten Paaren tragen die Krankenkassen seit 2004 die Hälfte der Kosten für maximal drei Behandlungszyklen, wenn die Frau zwischen 25 und 40 Jahre, der Mann zwischen 25 und 50 Jahre alt ist. Die weiteren Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung regelt § 27a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Darüber hinaus übernehmen einige Krankenkassen zusätzlich einen weiteren Teil der Behandlungskosten. Im Rahmen der Bundesinitiative „Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit" gewährt der Bund in Förderkooperation mit aktuell neun Ländern unter bestimmten Voraussetzungen weitere Zuschüsse zu den Behandlungskosten. Informationen zu den Fördervoraussetzungen und den beteiligten Ländern sind auf der Internetseite www.informationsportal-kinderwunsch.de des BMFSFJ zu finden.

Gesetzlich Krankenversicherte haben darüber hinaus Anspruch auf Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe (siehe Infobox 7.4.2.1) sowie auf die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um später medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft vornehmen zu können.

Die Zahl der künstlichen Befruchtungen – In-Vitro-Fertilisation (IVF) und intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) mit direkter Embryonenübertragung oder Übertragung nach Kryokonservierung – ist seit 1982, dem Jahr der Geburt des ersten durch IVF entstandenen Kindes in Deutschland, deutlich gestiegen. Nach den Daten des Deutschen IVF-Registers wurden im Jahr 2018 insgesamt 106.890 Behandlungszyklen dokumentiert, davon wurden 105.421 (98,6 %) als plausibel gewertet. 61.114 Frauen nahmen eine reproduktionsmedizinische Behandlung in Anspruch, dies entspricht im Mittel 1,7 Behandlungszyklen pro Frau [134]. Die Zahl der plausiblen Behandlungszyklen stieg von 742 im Jahr 1982 auf 105.854 im Jahr 2003. Danach kam es zu einem Einbruch (2004: 59.448), der darauf zurückzuführen ist, dass statt 100 % nur noch 50 % der Behandlungskosten durch die Krankenkassen erstattet wurden. 2018 wurde der Stand von 2003 wieder erreicht [126, 134].

Da für 2017 Daten zu den resultierenden Geburten („Baby-take-home-Raten") zur Verfügung stehen, werden im Folgenden die Zahlen aus diesem Jahr berichtet. Es wurden 64.247 Behandlungszyklen von IVF und ICSI durchgeführt, davon waren rund drei Viertel ICSI-Behandlungen. In 18.012 Fällen (28,0 %) kam es zu einer Schwangerschaft, woraus wiederum 12.813 Geburten resultierten (20,4 %, 1.435 Fälle mit unklarem Schwangerschaftsausgang wurden aus der Berechnung ausgeschlossen). In 5,6 % der Behandlungen hatten die Frauen eine Fehlgeburt, in 0,4 % eine Eileiterschwangerschaft. Von den Geburten waren 78,0 % Einlings-, 21,3 % Zwillings- und 0,7 % Drillingsgeburten [134]. Diese Zahlen beziehen sich auf die direkt transferierten Embryonen; nach Behandlungszyklen mit Kryotransfer wurden 5.569 Kinder geboren und die Geburtenrate pro Behandlungszyklus lag mit 18,1 % niedriger [134]. Lässt eine Frau mehrere Behandlungszyklen durchführen, steigen die Erfolgschancen: Im Zeitraum 2014 bis 2017 lag die kumulative Schwangerschaftsrate nach drei Zyklen mit Embryotransfer bei 60,7 und nach vier Zyklen bei 67,7 % (im Vergleich zu 29,6 % nach einem Zyklus) [143]. Das bedeutet aber auch, dass nach vier Versuchen der künstlichen Befruchtung ein Drittel der Frauen nicht schwanger geworden sind und noch mehr Frauen kein Kind bekommen haben (siehe auch [126]). Als Komplikationen der Behandlung kam es 2018 in 0,3 % der Fälle zu schweren hormonellen Überstimulationen und in 1,0 % zu Komplikationen bei der Eizellentnahme wie vaginalen oder (seltener) intraabdominalen Blutungen [134].

Die Erfolgsraten bei künstlicher Befruchtung sind nicht nur von der angewendeten Methode, sondern maßgeblich vom Alter der Frau abhängig – wie die Wahrscheinlichkeit, auf natürlichem Weg schwanger zu werden. Ab dem 37. Lebensjahr nimmt die Schwangerschaftsrate ab und die Fehlgeburtsrate zu. 2017 betrug die Schwangerschaftsrate pro Embryotransfer bei 40-jährigen Frauen 25,8 % und die Geburtenrate 15,0 %, bei 45-jährige Frauen waren es 5,0 % und 1,7 % [134]. 2018 betrug das Durchschnittsalter der Frauen, die IVF oder ICSI

durchführen ließen, 35,2 Jahre, 20 Jahre zuvor lag es bei 32,8 Jahren [134]. Ähnlich wie die Fertilität werden auch die Erfolgsraten der künstlichen Befruchtung in der Bevölkerung eher zu hoch eingeschätzt: Nach der oben angeführten Studie zum Wissen über Reproduktionsmedizin schätzten 32,9 % der Frauen und 29,7 % der Männer Schwangerschaftsraten von 26 % bis 50 %. 25,8 % der Frauen nahmen an, die Schwangerschaftsraten lägen zwischen 51 % und 80 % [139]. Aus demografischer Sicht spielen Geburten nach Kinderwunschbehandlungen keine wesentliche Rolle [138].

Im Rahmen einer künstlichen Befruchtung ist es möglich, eine Präimplantationsdiagnostik (PID), d. h. eine genetische Untersuchung der Zellen eines Embryos vor dem Einsetzen in die Gebärmutter, durchzuführen [144]. Nach dem Embryonenschutzgesetz (§ 3a Absatz 1 ESchG) ist die PID grundsätzlich verboten, allerdings werden zwei Ausnahmen zugelassen (§ 3a Absatz 2 ESchG): Besteht auf Grund der genetischen Disposition der Frau, von der die Eizelle stammt, oder des Mannes, von dem die Samenzelle stammt, oder von beiden für deren Nachkommen das hohe Risiko einer schwerwiegenden Erbkrankheit, ist die Durchführung einer PID nicht rechtswidrig. Gleiches gilt für die Durchführung einer PID zur Feststellung einer schwerwiegenden Schädigung des Embryos, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt führen wird. In beiden Fällen muss die Frau schriftlich in die PID eingewilligt haben. Weitere gesetzliche Voraussetzungen für die Vornahme einer PID sind insbesondere die Aufklärung und Beratung der Frau vor Einholung ihrer schriftlichen Einwilligung, die zustimmende Bewertung durch eine interdisziplinär zusammengesetzte Ethikkommission für PID sowie die Durchführung durch eine hierfür qualifizierte Ärztin bzw. einen hierfür qualifizierten Arzt in einem zugelassenen Zentrum für PID (§ 3a Absatz 3 ESchG). Alle vier Jahre berichtet die Bundesregierung über die Erfahrungen mit der PID, der erste Bericht wurde 2015, der zweite 2020 veröffentlicht. Seit 2015 ist die Anzahl der Anträge auf Durchführung einer PID angestiegen. Für das Jahr 2018 sind 319 Anträge mit zustimmender Bewertung dokumentiert sowie 23 abgelehnte Anträge [145, 146].

Wenn beim Mann keine Spermien vorliegen (Azoospermie) oder schwere Spermastörungen bestehen, besteht die Möglichkeit einer Samenspende (donogene Insemination). Auch von lesbischen Paaren und alleinstehenden Frauen (Solo-Mütter, „single mothers by choice“) werden Samenspenden in Anspruch genommen [130, 136]. Mit Spendersamen kann auch eine IVF oder ICSI durchgeführt werden. Es wurde geschätzt, dass bis zum Jahr 2017 etwa 100.000 Kinder in Deutschland nach einer Samenspende geboren wurden [136]. Am 1.7.2018 ist das Samenspenderregistergesetz (SaRegG) in Kraft getreten. Zweck des Samenspenderregisters ist es, für Personen, die durch heterologe Verwendung von Samen bei einer ärztlich unterstützten künstlichen Befruchtung gezeugt worden sind, die Verwirklichung des Rechts auf Kenntnis ihrer Abstammung sicherzustellen (§ 1 Absatz 2 Satz 1 SaRegG). Auch wurde eine Regelung ins Bürgerliche Gesetzbuch aufgenommen, nach der Samenspender nicht als rechtliche Väter gelten, also von Ansprüchen des Sorge-, Unterhalts- oder Erbrechts freigestellt sind [147].

Im Gegensatz zur Samenspende sind Eizellspende und Leihmutterschaft in Deutschland verboten. Einige Paare lassen diese im Ausland durchführen („reproduktives Reisen“) [148, 149]; Spanien und Tschechien sind bevorzugte Länder für eine IVF mit gespendeten Eizellen [126, 136]. Die nichtkommerzielle Spende von Embryonen und Embryonen-Vorstadien ist nach dem Embryonenschutzgesetz möglich, wenn diese während einer Kinderwunschbehandlung entstanden sind und der Frau, von der die Eizellen stammten, nicht übertragen werden konnten. Seit 2013 gibt es das Netzwerk Embryonenspende Deutschland, ein Zusammenschluss reproduktionsmedizinischer Zentren mit dem Ziel der Vermittlung von zur Spende freigegebenen Embryonen an ungewollt kinderlose Paare [150]. Der Verein gibt an, dass bis Mitte 2019 36 Kinder nach von ihm vermittelter Embryonenspende geboren wurden [151]. Kinder, die durch eine Gametenspende (Samen-, Eizell- oder Embryonenspende) gezeugt wurden, sollten möglichst frühzeitig über ihre Herkunft aufgeklärt werden, um eine stabile Identitätsbildung zu ermöglichen. Allerdings gibt es in Deutschland dazu bisher nur wenig Aufklärungsmaterial [126, 149].

7.4.3 Psychosoziale Belastungen, Folgen

Nicht nur eine Fruchtbarkeitsstörung, sondern auch die reproduktionsmedizinische Behandlung kann mit starken emotionalen Belastungen einhergehen [154]. Bei vielen Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch bestehen eine erhöhte Depressivität, Ängstlichkeit und vermehrte körperliche Beschwerden, die vor allem als Folgen der Diagnostik und medizinischen Behandlung angesehen werden [155]. Als besonders belastend wird die Wartezeit zwischen Embryotransfer und Schwangerschaftstest empfunden [156]. Hinzukommen können körperliche Belastungen vor allem durch die hormonelle Stimulation [140]. Auch das Sexualleben kann als Folge der Diagnosestellung und der medizinischen Behandlung beeinträchtigt sein [157].

Eine psychosoziale Kinderwunschberatung kann helfen, eine durch den unerfüllten Kinderwunsch bedingte emotionale Krisensituation zu bewältigen. Ziele sind, Entscheidungshilfen mit Blick auf medizinische Behandlungsmöglichkeiten zu geben, bei Paarkonflikten zu unterstützen und zur Verbesserung der Kommunikation des Paares miteinander, mit den Ärztinnen und Ärzten sowie dem sozialen Umfeld beizutragen. Zu den Aufgaben der Beratung gehören auch, die typischen Belastungsfaktoren der Behandlung vorab zu besprechen, frühzeitig alternative Lebenspläne zu thematisieren und Perspektiven außerhalb des Kinderwunsches zu entwickeln [126, 155]. Nach gegenwärtigem Forschungsstand bestehen langfristig gesehen hinsichtlich der Lebensqualität und Lebenssituation nur geringe Unterschiede zwischen ungewollt kinderlosen Paaren, gewollt kinderlosen Paaren und Eltern. Als günstig im Bewältigungsprozess des unerfüllten Kinderwunsches erweist es sich, wenn die Kinderlosigkeit akzeptiert wird und es gelingt, sich neuen Lebenszielen zuzuwenden [156].

Die psychosoziale Entwicklung der nach einer reproduktionsmedizinischen Behandlung geborenen Kinder stellt sich nach derzeitiger Studienlage insgesamt gesehen unauffällig bis positiv dar [126]. Medizinisch besteht für die Kinder ein erhöhtes Risiko von (auch größeren) Fehlbildungen. Ob dies durch die reproduktionsmedizinischen Techniken bedingt ist oder mit erhöhten Risiken bei von Fruchtbarkeitsstörungen betroffenen Paaren zusammenhängt, ist noch nicht abschließend geklärt [158, 159]. Das größte gesundheitliche Risiko für die Kinder ergibt sich daraus, dass nach IVF und ICSI Mehrlingsschwangerschaften häufiger vorkommen, die mit einer erhöhten Frühgeburtlichkeit und daraus resultierenden gesundheitlichen Problemen einhergehen (siehe Kapitel 7.5.3) [126]. Durch die Übertragung nur eines Embryos bei der reproduktionsmedizinischen Behandlung (sogenannter Single-Embryo-Transfer, SET) können Mehrlingsschwangerschaften vermieden werden; allerdings ist die gezielte Auswahl eines Embryos für den Transfer (elektive SET) nach dem Embryonenschutzgesetz nicht möglich [134, 136]. Die Zulässigkeit des elektiven Single-Embryo-Transfer und der Eizellspende in Deutschland sind die beiden wesentlichen Aspekte von Forderungen nach neuen gesetzlichen Regeln für die Fortpflanzungsmedizin [160, 161].

7.5 Schwangerschaft und Geburt

Schwangerschaften und Geburten sind für Frauen und Männer bedeutende biografische Ereignisse, die Freude und Hoffnung mit sich bringen, aber auch Herausforderungen und Schwierigkeiten bedeuten können. Junge Eltern erleben dabei nicht nur direkte körperliche und psychische Veränderungen – auch die sozialen Rollen verändern sich, und nicht zuletzt die persönlichen, familiären und sozialen Ressourcen [162]. Vor allem die Geburt des ersten Kindes bedeutet für viele Paare auch heute noch einen Übergang in traditionelle Rollenmuster (siehe Kapitel 4) [163, 164].

Über den Bereich der Gesundheit und Gesundheitsversorgung hinaus sind neben den persönlichen Lebensumständen auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen entscheidend für einen guten Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, beispielsweise familienfreundliche Arbeitsbedingungen und familienfreundliche kommunale Räume. Zu den rechtlichen Rahmenbedingungen für Schwangerschaft und Geburt gehören das Mutterschutzgesetz (MuSchG) und die Mutterschutz-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Das Mutterschutzgesetz gilt für alle (werdenden) Mütter, die in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis stehen, und soll den Gesundheitsschutz in Schwangerschaft und Stillzeit gewährleisten. Die Mutterschafts-Richtlinien regeln die ärztliche und Hebammenbetreuung der

Versicherten während der Schwangerschaft und nach der Geburt. Dies betrifft z. B. den Umfang und Zeitpunkt von Vorsorgeuntersuchungen und die Dokumentation der Befunde im Mutterpass [165].

In diesem Abschnitt werden nach einem einleitenden Blick auf die Geburtenentwicklung in Deutschland wichtige Kenngrößen der mütterlichen Gesundheit in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett vorgestellt. Dabei werden jeweils zwei Themen besonders hervorgehoben. Als Orientierung dient das 2017 veröffentlichte nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt" [166]. Als Datengrundlagen werden vor allem die Bevölkerungsstatistik und die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes, die Perinatalstatistik (Daten der externen stationären Qualitätssicherung) des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (RKI) verwendet.

7.5.1 Geburtenentwicklung

Im Jahr 2018 haben in Deutschland 775.916 Frauen Kinder geboren. 14.099 Frauen hatten Zwillingsgeburten, 260 Drillingsgeburten und sechs Vierlings- und höhere Mehrlingsgeburten. 787.523 Kinder wurden lebend geboren [167]. Im Durchschnitt bekamen Frauen mit 30 Jahren ihr erstes Kind. Bei Geburt des zweiten Kindes waren sie 32, beim dritten Kind 33 Jahre alt [168]. Frauen mit hoher Bildung bekommen ihre ersten Kinder später und haben im Durchschnitt weniger Kinder als Frauen mit niedriger und mittlerer Bildung. Auswertungen des Mikrozensus 2012 – 2014 zeigen, dass von den Akademikerinnen mit Kindern 36,4 % ihr erstes Kind ab 35 Jahren bekommen; bei den Nicht-Akademikerinnen liegt dieser Anteil bei 9,4 % [169].

Bei 3.668 Geburten im Jahr 2017 waren die Mütter unter 18 Jahre alt. Das entspricht einem Anteil von 0,5 % an allen Geburten. Im Jahr 2000 betrug dieser Anteil noch 0,9 %. 32.230 Kinder wurden von Müttern geboren, die 40 Jahre und älter waren. Deren Anteil an allen Geburten ist seit dem Jahr 2000 von 2,1 % auf 4,4 % angestiegen [168].

Mütter- und Säuglingssterblichkeit gehören zu den wichtigsten Indikatoren zur Beurteilung der medizinischen Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen sowie der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung allgemein [170, 171]. 2017 starben in Deutschland 22 Frauen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt, das entspricht 2,8 Müttersterbefällen je 100.000 Lebendgeborene; 1980 lag die Müttersterblichkeit noch bei 19,8 [172]. Die Säuglingssterblichkeit (Zahl der im ersten Lebensjahr gestorbenen Kinder je 1.000 Lebendgeborene) ist in den letzten Jahrzehnten in Deutschland sehr stark gesunken. Sie lag 2017 bei 3,3 Sterbefällen je 1.000 Lebendgeborenen, 1990 betrug sie 7,0 Sterbefälle je 1.000 Lebendgeburten [173]. In Bevölkerungsgruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status ist die Säuglingssterblichkeit erhöht [174, 175]. Dies könnte damit zusammenhängen, dass Risikofaktoren wie Rauchen während der Schwangerschaft in diesen Gruppen häufiger vorkommen [170, 176].

7.5.2 Schwangerschaft

Die Schwangerschaft geht mit vielen Umstellungen einher, häufig auch mit einer erhöhten Bereitschaft, das Gesundheitsverhalten zu verändern, z. B. sich gesünder zu ernähren sowie auf Tabak, Alkohol und andere Drogen zu verzichten. Da die ersten Weichen für die gesundheitliche Entwicklung des Kindes bereits vor und während der Schwangerschaft gestellt werden, kommt dies nicht nur der mütterlichen, sondern auch der kindlichen Gesundheit zugute. Studien zeigen, dass das Risiko für verschiedene Gesundheitsprobleme durch pränatale (der Geburt vorausgehende) und frühe postnatale (nach der Geburt auftretende) Einwirkungen bereits sehr früh beeinflusst wird, wie etwa für Adipositas oder Atemwegserkrankungen [177–180].

Nach den Daten der Perinatalstatistik nahmen Schwangere 2017 an durchschnittlich 11,3 Untersuchungen der Schwangerenvorsorge teil. 1,7 % der Schwangeren nutzten weniger als fünf Vorsorgeuntersuchungen und gelten damit als unterversorgt. 37,7 % der Schwangeren nahmen mehr als zwölf Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch, was auf eine Überversorgung hindeutet [181]. Da Schwangerschafts- und Geburtsrisiken bei Schwangeren mit niedrigem sozioökonomischen Status häufiger auftreten, sollte diesen in

der Schwangerenvorsorge besondere Beachtung geschenkt werden [176, 182, 183].

Geburtsvorbereitungskurse werden meist von Hebammen angeboten und von vielen werdenden Müttern und Paaren genutzt. Die Inanspruchnahme ist während der ersten Schwangerschaft am höchsten: Eine 2017 im Rahmen einer Studie zur Hebammenversorgung in Bayern durchgeführte Mütterbefragung ergab, dass 81,2 % der Erstgebärenden und 39,9 % der Mehrgebärenden an einem Geburtsvorbereitungskurs in der Gruppe teilnahmen [184]. Mütter mit hohem Bildungsstatus besuchen Geburtsvorbereitungskurse deutlich häufiger als Mütter aus der niedrigen Bildungsgruppe [185].

Gesundheitsverhalten in der Schwangerschaft

Tabak- und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft sind besondere Risiken für die kindliche Entwicklung. Kinder von Raucherinnen haben u. a. ein niedrigeres Geburtsgewicht und tragen ein höheres Risiko für Frühgeburtlichkeit sowie angeborene Fehlbildungen [186]. Nach Daten der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2, 2014–2017) des Robert Koch-Instituts (RKI) rauchten 10,9 % der Mütter von 0- bis 6-jährigen Kindern während der Schwangerschaft. Rund zehn Jahre vorher (KiGGS-Basiserhebung, 2003–2006) betrug dieser Anteil 19,9 % (siehe Kapitel 2.2.4). Mütter mit niedrigem sozioökonomischen Status und Mütter, die bei der Geburt des Kindes jünger als 25 Jahre waren, rauchen deutlich häufiger [187].

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft kann für Kinder gravierende Folgen haben, vor allem Wachstumsstörungen, Fehlbildungen und Störungen des zentralen Nervensystems. Langfristig können auch Verhaltensstörungen und intellektuelle Beeinträchtigungen auftreten. Der Begriff fetale Alkoholspektrumstörung (Fetal Alcohol Spectrum Disorder, FASD) fasst diese Folgen zusammen; die schwerste Ausprägungsform ist das fetale Alkoholsyndrom (FAS) (siehe Kapitel 2.2.5) [186, 188]. Die KiGGS-Basiserhebung zeigte, dass etwa 14 % der befragten Mütter in der Schwangerschaft zumindest gelegentlich Alkohol zu sich nahmen. Alkoholkonsum in der Schwangerschaft kommt in der Gruppe mit hohem Sozialstatus häufiger vor [189]. Insgesamt ist davon auszugehen, dass bei Selbstangaben der tatsächliche Konsum von Tabak oder Alkohol eher unterschätzt wird.

Auch starkes Übergewicht (Adipositas) kann gesundheitliche Folgen für Mutter und Kind haben; u. a. besteht ein höheres Risiko für Schwangerschaftsdiabetes oder kindliche Fehlbildungen. Zudem werden adipöse Schwangere häufiger per Kaiserschnitt entbunden [190, 191]. Übergewicht und Adipositas werden in der Regel anhand des Body Mass Index (BMI) bestimmt (siehe Kapitel 2.2.3). Laut Perinatalstatistik waren 2017 21,9 % der Mütter zu Beginn der Schwangerschaft übergewichtig (BMI ≥ 25,0–29,9 kg/m^2) und 14,7 % adipös (BMI ≥ 30 kg/m^2) [181]. Diese Zahlen sind seit Beginn der bundesweiten Perinatalerhebung deutlich angestiegen: 2002 hatten 16,1 % der Mütter bei Schwangerschaftsbeginn Übergewicht und 8,2 % Adipositas [192]. Ein Schwangerschaftsdiabetes wurde bei 5,9 % der Mütter festgestellt [181]; auch hier hat die Prävalenz im Zeitverlauf zugenommen (siehe Kapitel 2.1.5).

Pränataldiagnostik

Der Begriff Pränataldiagnostik (vorgeburtliche Diagnostik) bezeichnet Untersuchungen, mit denen gezielt nach Hinweisen auf Fehlbildungen oder Störungen beim ungeborenen Kind gesucht wird. Eine Übersicht über die angebotenen Untersuchungen gibt Infobox 7.5.2.1. Fehlbildungen von Organen wie Herz, Nieren oder dem zentralen Nervensystem können durch Ultraschalluntersuchungen erkannt werden, während genetische Tests (z. B. Ersttrimester-Screening, nichtinvasiver Bluttest, Fruchtwasseruntersuchung) eingesetzt werden, um Chromosomenabweichungen festzustellen. Die häufigste Chromosomenabweichung ist die Trisomie 21 (Down-Syndrom), die in etwa 0,2 % aller Schwangerschaften vorkommt. Die Wahrscheinlichkeit, ein Kind mit einer Trisomie 21 zu bekommen, steigt mit dem Alter der Frau: Bei einer 25-Jährigen beträgt sie am Ende der Schwangerschaft 1 : 1.400, bei einer 35-Jährigen 1 : 360 und bei einer 40-Jährigen 1 : 100 [193].

Allerdings ist nur ein kleiner Teil aller Behinderungen angeboren (siehe Kapitel 9.3) und nur ein kleiner Teil der gefundenen Fehlbildungen ist therapierbar. Hinzu kommt, dass bei den invasiven Untersuchungsmethoden auch das Risiko einer Fehlgeburt besteht [193]. Werdende Eltern müssen also entscheiden, welche der angebotenen Untersuchungen sie nutzen wollen und wie sie eventuell mit einem auffälligen Befund umgehen.

Nach dem Gendiagnostikgesetz (GenDG) dürfen vorgeburtliche genetische Untersuchungen nur zu medizinischen Zwecken und bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen vorgenommen werden (§ 15 GenDG). Ärztinnen und Ärzte sind zu einer umfassenden Beratung und Aufklärung verpflichtet. Liegt ein auffälliger Befund vor, müssen sie über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung informieren und der Schwangeren mit ihrem Einverständnis Kontakte zu Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbänden vermitteln (§ 2a SchKG) sowie Informationsmaterial der BZgA aushändigen. In der Regel wird die Pränataldiagnostik von den Krankenkassen nur bezahlt, wenn es Anzeichen gibt, dass die Entwicklung des Ungeborenen beeinträchtigt sein könnte.

Zur Inanspruchnahme der Pränataldiagnostik existieren nur wenige Daten. In der Perinatalstatistik wurde von 2002 bis 2014 die Häufigkeit von Chorionzottenbiopsie und Amniozentese bei Müttern, die ihre Kinder im Krankenhaus geboren haben, berichtet. Es zeigt sich eine deutliche Abnahme bei der Nutzung der invasiven Methoden: 2002 ließen 8,2 % der Mütter eine Amniozentese durchführen, 2014 lag der Anteil bei 1,1 %. Eine Chorionzottenbiopsie wurde 2002 von 0,9 % und 2014 von 0,4 % der Mütter in Anspruch genommen [192, 195]; da diese Daten vom Dokumentationsverhalten im Mutterpass abhängen, ist vermutlich von einer Unterschätzung der Inanspruchnahme auszugehen. Diese Entwicklung wird auf die Verbesserungen der nicht-invasiven Methoden, vor allem im Bereich des Ultraschalls, und die Einführung des nicht-invasiven Bluttests (NIPT) zurückgeführt [194]. Laut Perinatalstatistik haben 2017 13,0 % der Frauen nicht-invasive Pränataldiagnostik genutzt (2015: 9,5 %) [181, 196]; allerdings wird nicht angegeben, welche Untersuchungen darunter verstanden werden.

Eine repräsentative Befragung Schwangerer der BZgA von 2003/2004 ergab, dass 85 % der Frauen pränataldiagnostische Maßnahmen in Anspruch genommen hatten. Über 70 % nutzten mehr als die drei in den Mutterschafts-Richtlinien empfohlenen Ultraschalluntersuchungen. Fast ein Drittel der 35- bis 39-jährigen Frauen und 44 % der über 39-Jährigen ließen eine Amniozentese durchführen (insgesamt: 11,5 % der befragten Frauen) [197]. In der Befragung wird auch das Dilemma deutlich, dem die Schwangeren ausgesetzt sind: 82 % der Befragten gaben an, dass die Pränataldiagnostik zu einer Entlastung führe, weil sie die Sorge vor einer Erkrankung des Kindes nehmen könne; zugleich sahen 62 % Pränataldiagnostik als Belastung für Frauen, weil sie Entscheidungen über Leben und Tod ihres ungeborenen Kindes fällen müssten [197].

Zur Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen nach auffälligen Befunden der Pränataldiagnostik gibt es keine deutschlandweiten Daten. In der Datenbank von EUROCAT (European network of population-based registries for the epidemiological surveillance of congenital anomalies) stehen u. a. Daten aus den Fehlbildungsregistern Mainz und Sachsen-Anhalt zur Verfügung. Nach den Registerdaten aus Sachsen-Anhalt wurde 2013 bis 2017 bei 72,1 % aller Kinder mit Trisomie 21 diese Chromosomenabweichung pränatal diagnostiziert. In 14,3 % der Fälle wurden die Kinder lebend geboren, in 1,7 % kam es zu einer Totgeburt und in 84,0 % wurde die Schwangerschaft abgebrochen [198]. Seit den 1990er-Jahren hat der Anteil der Schwangerschaften mit Trisomie 21, die abgebrochen werden, zugenommen (siehe auch Kapitel 7.3) [194, 199].

Im September 2019 beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss, dass die Anwendung von NIPT zur Bestimmung des Risikos der Trisomien 13, 18 und 21 in begründeten Einzelfällen und nach ärztlicher Beratung eingesetzt werden kann und die Kosten dann von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Zur Unterstützung der ärztlichen Beratung sollen Informationsmaterialien vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen entwickelt werden. Erst wenn diese Versicherteninformationen vorliegen, wird der Beschluss in Kraft treten [200]. Dies ist voraussichtlich Ende 2020 der Fall.

Der Umgang mit der pränatalen Diagnostik ist auch deshalb von großer Bedeutung, weil die Verfahren ständig weiterentwickelt und in Zukunft genetische Untersuchungen in weit größerem Umfang möglich sein werden [194]: Jetzt schon können nicht-invasive pränataldiagnostische Tests weitere chromosomale Abweichungen mit hoher Wahrscheinlichkeit korrekt angeben und das Angebot wird sich voraussichtlich deutlich ausweiten [201].

7.5.3 Geburt

Etwa 98 % aller Geburten in Deutschland finden im Krankenhaus statt, rund 2 % außerhalb, meist in Geburtshäusern oder zu Hause [202, 203]. Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, zu einer Geburt eine Hebamme hinzuzuziehen. 2017 wurden bei Geburten im Krankenhaus 89,2 % der Frauen von in der Klinik angestellten und 10,7 % von externen Hebammen betreut [181]. Auch angesichts des Fachkräftemangels (siehe Kapitel 2.3.9) und der Schließung geburtshilflicher Abteilungen ist die Sicherstellung einer flächendeckenden geburtshilflichen Versorgung von großer Bedeutung [204–206]. Die WHO empfiehlt, in einen normal verlaufenden Geburtsprozess nur aus triftigen Gründen einzugreifen [207]. Dem entspricht das Teilziel 2.1 des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt", nach dem eine interventionsarme Geburt gefördert und gesundheitliche Ressourcen der Gebärenden gestärkt werden sollen [166]. Zu einem frauenzentrierten Betreuungskonzept gehört auch, dass Frauen nach der Geburt die Möglichkeit haben, sich mit den an der Geburt beteiligten Professionellen über das von ihnen Erlebte auszutauschen. Solche Nachbesprechungen werden von vielen Frauen gewünscht, finden aber bisher eher selten statt [208].

Frühgeburt

90,9 % der 2017 im Krankenhaus geborenen Kinder wurden am Termin, d. h. mit 37 bis 41 Schwangerschaftswochen (SSW) geboren. 8,5 % waren Frühgeborene (unter 37 SSW), darunter rund 7.000 frühe (28 bis 31 SSW; 0,9 % der Geburten) und knapp 4.500 extrem frühe Frühgeborene (unter 28 SSW; 0,6 %) [181]. Der Anteil der Frühgeborenen hat in Deutschland zwar in den letzten Jahren abgenommen, befindet sich aber immer noch auf einem im europäischen Vergleich eher hohen Niveau [171]. Bei zu früh geborenen Kindern besteht im Vergleich zu reif geborenen ein erhöhtes Risiko für körperliche und kognitive Beeinträchtigungen [209–211] und die Familien haben nach der Geburt häufig einen besonderen Unterstützungsbedarf. Die Prävention von Frühgeburten stellt somit eine wichtige Aufgabe dar [166]. Unabhängig von einer Frühgeburtlichkeit kann auch ein zu niedriges Geburtsgewicht durch ein verlangsamtes fetales Wachstum zu Gesundheitsschäden und einem höheren Sterberisiko führen [212]; allerdings wird das Geburtsgewicht seit 2013 nicht mehr in der amtlichen Statistik erfasst [213], sodass es beispielsweise nicht mehr möglich ist, auf kleinräumiger Ebene eventuelle Handlungsbedarfe zu erkennen.

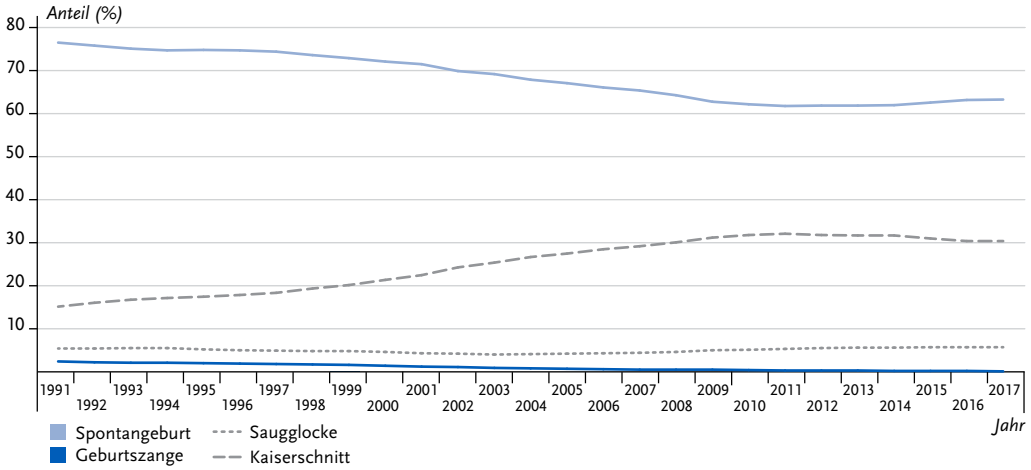
Entbindungsart

63,2 % der Geburten im Jahr 2017 erfolgten auf „natürlichem" Wege (Spontangeburt), 30,5 % waren Kaiserschnitte und bei 6,3 % wurden vaginal-operative Methoden (Saugglocke oder Geburtszange) eingesetzt. Nach einem starken Anstieg der Kaiserschnittraten in den 1990er- und 2000er-Jahren zeichnet sich seit 2012 ein leichter Rückgang ab (Abb. 7.5.3.1) [214].

Bei den Gründen für einen Kaiserschnitt wird zwischen sogenannten absoluten und relativen Indikationen unterschieden. Eine absolute Indikation besteht, wenn Leben oder Gesundheit von Mutter und Kind gefährdet sind. Dies ist bei weniger als 10 % der Kaiserschnitte der Fall, z. B. bei Querlage des Kindes, vorzeitiger Plazentalösung oder (drohendem) Riss der Gebärmutter (Uterusruptur). Rund 90 % aller Kaiserschnitte werden aufgrund einer relativen Indikation, nach Abwägung der geburtshilflichen Risiken für Mutter und Kind, vorgenommen. Gründe sind z. B. vorhergehende Entbindungen durch Kaiserschnitt, Beckenendlage des Kindes, ein relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken, eine an den Herztönen ablesbare Gefährdung des Kindes (pathologisches CTG) oder eine sehr verzögert verlaufende (protrahierte) Geburt [215]. 2017 wurden 31,8 % der Kaiserschnitte aufgrund eines vorherigen Kaiserschnittes oder einer anderen Gebärmutteroperation, 20,6 % wegen eines pathologischen CTG und 7,6 % wegen eines relativen Missverhältnisses durchgeführt (Mehrfachnennungen waren möglich) [181]. Rund 43 % der Kaiserschnitte waren in der Perinatalstatistik als primäre (geplante) Kaiserschnitte dokumentiert, die Hälfte als sekundäre (ungeplante) Kaiserschnitte [181].

Zwar gelten Kaiserschnitte aufgrund verbesserter Operations- und Narkosetechniken inzwischen als immer weniger risikoreich und die Risiken geplanter Kaiserschnitte unterscheiden sich nur sehr geringfügig von denen geplanter vaginaler

Abbildung 7.5.3.1
Anteil der verschiedenen Entbindungsarten an den Geburten im Zeitverlauf
Datenbasis: Krankenhausstatistik [214]



Entbindungen [216]. Risiken für die Mütter bestehen jedoch insbesondere in der Einnistung der Plazenta an einer falschen Stelle bei einer erneuten Schwangerschaft (sogenannte Plazentationsstörungen), einer Uterusruptur und dem allerdings noch geringeren Risiko für eine Gebärmutterentfernung infolge einer starken Blutung nach der Geburt [216–218]. Auch gehen Schwangerschaften nach Kaiserschnitten mit einem erhöhten Risiko für einen weiteren Kaiserschnitt einher. Als Langzeitrisiken von Kaiserschnittentbindungen für die Kinder werden Asthma, Typ-1-Diabetes, Nahrungsmittelallergien und Adipositas diskutiert [219].

Neben dem bis 2011 andauernden Anstieg der Kaiserschnittraten sind vor allem die regionalen Unterschiede bemerkenswert [220–222]. 2013 bewegten sich die Kaiserschnittraten auf Kreisebene zwischen 19,5 % und 48,9 %. Kreise mit sehr hohen Kaiserschnittraten befanden sich vor allem in Bayern, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz, die Kreise mit sehr niedrigen Raten lagen fast alle in den neuen Bundesländern [222]. Der Anstieg und die regionalen Variationen werden vor allem auf Veränderungen der Risikobewertung der relativen Indikationen durch die geburtshilflich Tätigen, Aspekte der Klinikorganisation (Personalmangel, höhere Kaiserschnittraten in Belegabteilungen) sowie Kaiserschnitte in Folge einer vorangegangenen Schnittentbindung zurückgeführt [221]. Die Vergütung bietet dagegen keinen Anreiz mehr zur Durchführung eines Kaiserschnitts; auch der Anteil der „Wunschkaiserschnitte“ ist mit 2 % bis 3 % recht niedrig [223]. Eine medizinische Leitlinie (S3) zum Kaiserschnitt [224] wurde im Juni 2020 veröffentlicht, eine zur vaginalen Geburt am Termin [225] befindet sich in Vorbereitung und soll ebenfalls 2020 veröffentlicht werden.

7.5.4 Wochenbett

Das Wochenbett ist die Zeit von etwa sechs bis acht Wochen nach der Geburt, in der sich die Mutter von der Geburt erholt und sich die schwangerschaftsbedingten Veränderungen zurückbilden. Diese Zeit spielt für die sich entwickelnde Bindung zwischen Eltern und Kind eine große Rolle [226, 227].

Frauen haben Anspruch auf Hebammenhilfe in den ersten zwölf Wochen nach der Geburt, bei Bedarf auch bis zum Ende der Stillzeit. Zu den Aufgaben der Hebammen gehören z. B. die Überwachung der Rückbildung, Stillberatung, Anleitung zur Versorgung des Säuglings sowie die Förderung des Bindungsaufbaus. Der größte Teil der Mütter nimmt eine aufsuchende Wochenbettbetreuung in Anspruch: Befragungsstudien auf Länderebene zeigen Inanspruchnahmeraten zwischen 94 % und 99 % [184, 228–230]. Dennoch bestehen in einigen Regionen Versorgungsengpässe,

die in Zukunft zunehmen könnten – auch, weil viele Hebammen ihre Arbeitsbelastung insgesamt (Geburtshilfe, Schwangeren- und Wochenbettbetreuung) als sehr hoch empfinden und überlegen, Arbeitszeiten zu reduzieren (siehe auch Kapitel 2.3.9) [184, 229–231].

Stillen

Das Stillen hat gesundheitliche Vorteile für Mutter und Kind [232]. Bei der Mutter fördert es die Rückbildung der Gebärmutter nach der Geburt und senkt das Risiko für Brustkrebs, Eierstockkrebs und Typ-2-Diabetes [233–236]. Auch fördert es die Bindung zwischen Mutter und Kind und verringert beim Kind das Risiko z. B. für Adipositas und allergische Erkrankungen [233]. Die zweite Folgeerhebung der KiGGS-Studie (KiGGS Welle 2, 2014 – 2017) zeigt, dass 87,3 % der 2013/2014 geborenen Kinder jemals gestillt wurden. 72,4 % wurden jemals voll gestillt (d. h. sie erhielten außer der Muttermilch nur Flüssigkeiten wie Wasser oder Tee). Damit zeigt sich im Vergleich zum Geburtsjahrgang 2009/2010 für jegliches Stillen eine leicht ansteigende Tendenz (allerdings statistisch nicht signifikant), während die Prävalenz des vollen Stillens gleich geblieben ist [237]. Ab dem zweiten Lebensmonat fallen die Stillquoten deutlich ab: 46,4 % der Kinder wurden vier Monate voll gestillt, 14,8 % sechs Monate [237], wie es den WHO-Empfehlungen entspricht [238]. Auch werden Kinder von Müttern mit niedrigem Sozialstatus und von Müttern, die während der Schwangerschaft rauchten oder bei denen nach der Geburt Probleme auftraten, deutlich seltener gestillt [239]. Es besteht also weiterhin ein Bedarf für Stillförderung [240]. Studien zeigen, dass stillfördernde Maßnahmen sich positiv auf die Dauer des Stillens und den Anteil der Mütter, die voll stillen, auswirken [241].

Postpartale Depression

Depressionen sind häufige psychische Erkrankungen (siehe Kapitel 2.1.7) und gehören zu den häufigsten Erkrankungen im Wochenbett. Schätzungen zufolge sind nach der Geburt (postpartal) etwa 10 % bis 15 % der Mütter von einer Depression betroffen [242]. Die Symptomatik ist ähnlich wie bei Depressionen in andere Lebensphasen, typischerweise kommen jedoch Symptome mit Bezug zur Mutterschaft hinzu, beispielsweise das Gefühl, keine gute Mutter zu sein oder keine „richtigen“ Muttergefühle zu empfinden [242]. Mit der Erkrankung geht eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität der Mütter einher und es ergeben sich negative Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung und die psychische Gesundheit der Kinder. Auch ist die Suizidgefahr für die Mütter erhöht. Depressionen im Wochenbett sind gut behandelbar, werden jedoch häufig nicht oder zu spät erkannt [242]. Dies liegt vermutlich u. a. daran, dass es betroffenen Müttern schwer fällt, über ihre Beschwerden zu sprechen, da von ihnen Mutterglück erwartet wird. Außerdem ist die Unterscheidung zwischen einer postpartalen Depression und dem bei vielen Frauen vorübergehend vorhandenen Stimmungstief nach der Entbindung („Baby Blues“) nicht einfach [243, 244]. Eine Möglichkeit der Diagnostik ist der Edinburgh Postnatal Depression Scale-Fragebogen (EPDS), der z. B. bei einem Verdacht auf eine postpartale Depression beim ersten Vorstellungstermin nach der Geburt in der gynäkologischen Praxis eingesetzt werden kann [242].

7.6 Fazit

Das Kapitel zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Frauen bildet eine Vielzahl von Einzelthemen ab, zwischen denen vielfältige Verbindungen existieren. Sexualität und Reproduktion sind miteinander verknüpft, aber es finden – z. B. durch Methoden der Schwangerschaftsverhütung oder der assistierten Reproduktion – auch Auflösungen dieser Verknüpfung statt. Das Kapitel schlägt einen weiten Bogen von medizinisch-praktischen Themen über Fragen der individuellen Entscheidung und Selbstbestimmung hin zu ethischen Diskursen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Im Folgenden werden die wesentlichen Aussagen zusammengefasst und anschließend übergreifende Aspekte herausgearbeitet.

Sexualität findet meist in festen Beziehungen statt. Dauerhaftigkeit und Treue in einer Partnerschaft werden in allen Lebensphasen hoch bewertet. Über die Lebensspanne betrachtet gibt es Phasen mit mehr und weniger ausgeprägtem sexuellen Verlangen; vor allem in längeren Beziehungen ist oftmals einer Abnahme sexueller Lust festzustellen.

In Folge der sexuellen Revolution sind Restriktionen zurückgegangen und individuelle Freiräume entstanden. Die Veränderungen des Sexualverhaltens betrafen vor allem Mädchen und Frauen. Dennoch scheint in der heutigen Zeit auf beiden Geschlechtern ein neuer Druck zu lasten, im Sinne einer sexuellen Selbstoptimierung sexuell kompetent und erfolgreich zu sein.

Die reproduktive Phase umfasst bei Frauen die Zeit zwischen dem Beginn (Menarche) und dem Ende der Regelblutungen (Menopause). Knapp die Hälfte der Mädchen hat mit zwölf Jahren die erste Regelblutung. Der Eintritt der Menopause liegt in Deutschland im Durchschnitt bei 49,7 Jahren. Eine zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation sowie Beschwerden im Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus sind häufige Diagnosen in gynäkologischen Praxen. Die Inanspruchnahme von Hormontherapie in den Wechseljahren ist seit Anfang der 2000er-Jahre deutlich zurückgegangen.

Der Anteil der Mädchen und jungen Frauen, die sich irgendwann im Leben ein Kind wünschen, liegt bei über 90 %. Nach wie vor überwiegt der Wunsch nach einer Zwei-Kind-Familie. In der Realität wird die erste Geburt häufig in ein höheres Alter aufgeschoben und das reproduktive Verhalten insgesamt ist durch ein niedriges Geburtenniveau und eine verbreitete Kinderlosigkeit geprägt. In den vergangenen Jahren sind ein leicht ansteigender Trend beim Geburtenniveau sowie eine steigende Geburtenhäufigkeit bei Frauen ab 40 Jahren zu beobachten.

Die Mehrzahl der Frauen wendet Methoden zur Empfängnisverhütung an. Während Jüngere vor allem mit dem Kondom oder der Pille verhüten, nimmt mit steigendem Alter der Gebrauch der Spirale zu. Vor allem bei den 18- bis 29-Jährigen geht der Anteil an Frauen, die die Pille nutzen, im Zeitverlauf zurück. Dies könnte an einer kritischeren Einstellung zu hormonellen Verhütungsmethoden liegen. Bei einkommensschwachen Frauen können finanzielle Gründe eine Hürde für den Zugang zur Verhütung mit der Pille oder Spirale sein.

Die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche ist seit 2001 zurückgegangen. Die meisten Abbrüche finden nach der sogenannten Beratungsregelung innerhalb von zwölf Schwangerschaftswochen nach Empfängnis statt. Im internationalen Vergleich ist die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland sehr gering. Neben guter Sexualaufklärung und guten Gesundheitsinformationen ist auch ein niedrigschwelliger Zugang zu sicheren Verhütungsmitteln von Bedeutung, um die Anzahl ungewollter Schwangerschaften und damit einhergehend auch die Anzahl von Schwangerschaftsabbrüchen weiter zu reduzieren.

Etwa ein Viertel der kinderlosen Frauen im reproduktiven Alter ist ungewollt kinderlos. Die häufigsten medizinischen Gründe für Fruchtbarkeitsstörungen bei Frauen sind hormonelle Probleme sowie Veränderungen der Eileiter und der Gebärmutter. 2018 wurden fast 107.000 Behandlungszyklen von künstlicher Befruchtung durchgeführt, bei einem starken Anstieg in den letzten 15 Jahren. Das Erleben und die Behandlung von Fruchtbarkeitsstörungen können mit starken emotionalen Belastungen einhergehen. Eine psychosoziale Kinderwunschberatung kann helfen, diese zu bewältigen. Kinderwünsche existieren in allen Familienformen; dies sollte bei den Versorgungs- und Beratungsangeboten berücksichtigt werden.

Schwangerschaft und Geburt sind natürliche Prozesse. Aufgabe der Gesundheitsversorgung ist es, sie möglichst optimal zu unterstützen. 2018 wurden in Deutschland 787.523 Kinder lebend geboren. Etwa 98 % aller Geburten finden im Krankenhaus statt. 30,5 % der Klinikgeburten 2017 waren Kaiserschnitte. Nach einem starken Anstieg der Kaiserschnittraten in den 1990er- und 2000er-Jahren zeichnet sich mittlerweile ein leichter Rückgang ab und es gibt zahlreiche Initiativen zur Förderung einer natürlichen Geburt. Die Frühgeburtenrate liegt mit 8,5 % im europäischen Vergleich eher hoch, sodass die Prävention hier weiterhin eine wichtige Aufgabe darstellt. Gleiches gilt für die Stillförderung und das Erkennen von Depressionen im Wochenbett. Das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ nennt Maßnahmen, mit denen eine gute Betreuung rund um die Geburt erreicht werden kann.

Die Zusammenschau zeigt, dass gute Gesundheitsinformationen, Selbstbestimmung, Prävention sowie gesellschaftliche Rahmenbedingungen und die Auseinandersetzung mit ethischen Fragen wichtige Voraussetzungen für eine gute sexuelle und reproduktive Gesundheit sind.

Die Bereitstellung und Verbreitung von umfassenden Informationen zu Sexualität und Fortpflanzung

ermöglichen eine Auseinandersetzung und einen offenen Umgang mit dem Thema Sexualität sowie eine informierte Entscheidungsfindung, etwa im Hinblick auf Verhütung, ungewollte Schwangerschaft, Kinderwunsch, Schwangerenvorsorge oder die Wahl des Geburtsortes. Dabei sind nicht nur Informationen zu Methoden, Erfolgsraten und Kosten beispielsweise von Verhütung oder reproduktionsmedizinischer Behandlung von Bedeutung, sondern auch zur Fortpflanzung allgemein und speziell zu Risiken des Aufschiebens von Geburten; letzteres wäre auch eine Maßnahme zur Prävention von Fruchtbarkeitsstörungen [126]. Informationsbedarfe zum Schwangerschaftsabbruch stellte beispielsweise die BZgA in der Studie Jugendsexualität 2015 fest: Mehr als ein Drittel der Mädchen und jungen Frauen ist an Informationen zu diesem Thema interessiert [245].

Selbstbestimmtes Entscheiden und Handeln ist die wesentliche Voraussetzung für sexuelle und reproduktive Gesundheit. Neben einer selbstbestimmten Sexualität sind hier vor allem eine gute Zugänglichkeit medizinischer Angebote (z. B. zur Verhütung oder zum Schwangerschaftsabbruch) und die Existenz realer Wahlmöglichkeiten (etwa im Hinblick auf Pränataldiagnostik oder den Geburtsort) hervorzuheben. Für die Realisierung von Wahlmöglichkeiten spielen nicht nur die Angebote der Gesundheitsversorgung, sondern vor allem die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eine Rolle. Zu diesen gehören z. B. Familienfreundlichkeit (von Arbeitsbedingungen, kommunalen Räumen), die Unterstützung von Familien mit von einer Behinderung betroffenen Kindern sowie die Akzeptanz und Wertschätzung der verschiedenen Lebens- und Familienformen.

Die medizinisch-technischen Möglichkeiten, die sich auch in Zukunft immer weiter entwickeln werden, werfen Fragen nach ethischer Zulässigkeit und gesellschaftlichen „Nebenwirkungen" auf: Unter welchen Bedingungen sollten diagnostische und therapeutische Verfahren gesetzlich erlaubt sein? Was dient wirklich der Gesundheit von Frauen und wo spielen andere, z. B. wirtschaftliche Interessen eine Rolle? Welche gesellschaftlichen Folgen und Zwänge können sich für Frauen aus Techniken wie Eizellspende, Leihmutterschaft und Social (egg) freezing ergeben? Wie wirken sich die technischen Möglichkeiten auf das Erleben von Sexualität, Schwangerschaft und Geburt aus? Diese Fragen bedürfen wissenschaftlicher Untersuchungen und eines gesellschaftlichen Diskurses.

Insgesamt zeigt das Kapitel auch Datenlücken auf. So gibt es bisher keine repräsentativen Studien zur Sexualität von Erwachsenen ab dem mittleren Lebensalter. Auch existieren, ähnlich wie bei den gutartigen gynäkologischen Erkrankungen (siehe Kapitel 2.1.8), keine belastbaren Daten zu Prävalenzen von Menstruationsproblemen und gynäkologischen Entzündungen, obwohl diese für die Frauengesundheit eine nicht unerhebliche Rolle spielen. Einen Teil dieser Lücken wird die Studie zur Gesundheit und Sexualität in Deutschland (GeSiD) schließen [2].

Die WHO stellt fest, dass die Voraussetzung für sexuelle Gesundheit die Achtung und Wahrung der sexuellen Rechte aller Menschen ist [1]. Dies gilt für die Frauengesundheit in besonderem Maße und bleibt ein wichtiger Auftrag an Gesundheitspolitik und Gesundheitspraxis.

Literatur

1. Word Health Organisation, Regionalbüro für Europa (2015) Definition Sexuelle Gesundheit. www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition (Stand: 01.04.2020)
2. Matthiesen S, Dekker A, von Rueden U et al. (2017) Sexsurveyforschung in Deutschland und Europa: Die Studie Liebesleben: Pilotstudie zu sexuellen Erfahrungen, Einstellungen und Beziehungen von Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 60(9):971–978
3. Jansen K, Bremer V, v Rüden U et al. (2013) Sexuelle Gesundheit in Deutschland – Indikatoren als Instrumente zum Beschreiben, Planen und Evaluieren. Bundesgesundheitsbl 56(7):913–921
4. Recher A (2017) Sexuelle und reproduktive Gesundheit und diesbezügliche Rechte. Eine Bestandsaufnahme zum Recht der UNO, des Europarates und der Schweiz. Sexuelle Gesuundheit Schweiz, Bern. www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2018/01/Sexuelle-und-reproduktive-Gesundheit-und-Rechte_1.pdf (Stand: 01.04.2020)
5. World Health Organization (Hrsg) (2010) Developing sexual health programmes: a framework for action. WHO, Geneva. https://apps.who.int/iris/handle/10665/70501 (Stand: 01.04.2020)
6. Stiftung Männergesundheit (Hrsg) (2017) Sexualität von Männern. Dritter Deutscher Männergesundheitsbericht. Psychosozial-Verlag, Gießen
7. Malich L (2012) Vom Mittel der Familienplanung zum differenzierenden Lifestyle-Präparat. NTM Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin 20(1):1–30
8. Dekker A, Matthiesen S (2015) Studentische Sexualität im Wandel: 1966–1981 – 1996–2012. Z Sex Forsch 28(03):245–271
9. Dekker A, Koops T (2017) Sexting als Risiko? Zum konsensuellen und nichtkonsensuellen Versand persönlicher erotischer Fotos mittels digitaler Medien. Bundesgesundheitsbl 60(9):1034–1039

10. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2017) Jugendsexualität im Internetzeitalter: sexuelle und soziale Beziehungen von deutschen Studierenden. BZgA, Köln
11. Deutsche STI-Gesellschaft e. V., Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit (Hrsg) (2012) Sexuelle Gesundheit: Definition und Positionierung der Deutschen STI-Gesellschaft. DSTIG, Bochum
12. Anderson RM (2013) Positive sexuality and its impact on overall well-being. Bundesgesundheitsbl 56(2):208–214
13. Bode H, Heßling A (2015) Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen repräsentativen Wiederholungsbefragung. BZgA, Köln
14. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2016) frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften. Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 38. BZgA, Köln
15. Auswertungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) (2018) Bundesweite Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen, Sonderauswertung
16. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2013) Jugendsexualität im Internetzeitalter. Eine qualitative Studie zu sozialen und sexuellen Beziehungen von Jugendlichen. Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 37. BZgA, Köln
17. Matthiesen S, Dekker A, Brunner F et al. (2018) Sexuelles Verhalten, Einstellungen und sexuelle Gesundheit in Deutschland. Erste Ergebnisse einer Pilostudie zur Erwachsenensexualität. www.gesid.eu/wp-content/uploads/2018/09/Endbericht-Pilotstudie-2017.pdf (Stand: 01.04.2020)
18. Schmidt G, Matthiesen S, Meyerhof U (2004) Alter, Beziehungsform und Beziehungsdauer als Faktoren sexueller Aktivität in heterosexuellen Beziehungen. Eine empirische Studie an drei Generationen. Z Sex Forsch 17(2):116–133
19. von Sydow K (2003) Sexuelle Realitäten älterer Frauen. BZgA FORUM – Sexualaufklärung und Familienplanung 1/2:12–15
20. Gatterer G (2017) Sexualität im Alter. In: Likar R, Bernatzky G, Pinter G et al. (Hrsg) Lebensqualität im Alter: Therapie und Prophylaxe von Altersleiden. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, S. 81–87
21. Schultz-Zehden B (2003) Weibliche Sexualität in der zweiten Lebenshälfte – Ergebnisse einer empirischen Studie an Frauen zwischen 50 und 70 Jahren. Sexuologie 10(2-3):85–89
22. Krebsinformationsdienst, Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg) (2014) Weibliche Sexualität und Krebs. dkfz, Heidelberg
23. Schultz-Zehden B (2003) Das Sexualleben der älteren Frau – ein tabuisiertes Thema? BZgA FORUM – Sexualaufklärung und Familienplanung 1/2:31–33
24. Bucher T (2006) Altern und Sexualität. Bundesgesundheitsbl 49(6):567–574
25. Bordini GS, Sperb TM (2013) Sexual Double Standard: A Review of the Literature Between 2001 and 2010. Sex Cult 17(4):686–704
26. Armstrong EA, England P, Fogarty ACK (2012) Accounting for Women's Orgasm and Sexual Enjoyment in College Hookups and Relationships. Am Sociol Rev 77(3):435–462
27. Fahs B, Frank E (2014) Notes from the back room: gender, power, and (In)visibility in women's experiences of masturbation. J Sex Res 51(3):241–252
28. Bell SN, McClelland SI (2018) When, If, and How: Young Women Contend With Orgasmic Absence. J Sex Res 55(6):679–691
29. Klein V, Briken P (2016) Ungedeckter medizinischer Bedarf? Kommentar zu dem erneuten Versuch, die sexuelle Unlust der Frau zu medikalisieren. Z Sex Forsch 29(02):158–169
30. Klein V, Brunner F (2018) Zwischen Liberalität und Retraditionalisierung – Einstellungen zu sexualitätsbezogenen Themen in Deutschland. Z Sex Forsch 31(03):250–262
31. Cerwenka S, Brunner F (2018) Sexuelle Identität, sexuelle Attraktion und sexuelles Verhalten – Dimensionen sexueller Orientierungen in der Survey-Forschung. Z Sex Forsch 31(03):277–294
32. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2020) Geschlechtliche Vielfalt. www.liebesleben.de/fuer-alle/geschlechtsidentitaet/geschlechtliche-vielfalt (Stand: 01.04.2020)
33. Sozialpädagogisches Fortbildungsinstitut Berlin-Brandenburg, Bildungsinitiative QUEERFORMAT (Hrsg) (2012) Geschlechtliche und sexuelle Vielfalt in der pädagogischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Handreichung für Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe. SFBB, Berlin
34. Pöge K, Dennert G, Uwe Koppe U et al. (2020) Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. Journal of Health Monitoring 5(S1): 2–30. https://edoc.rki.de/handle/176904/6534 (Stand: 01.04.2020)
35. Nieder TO, Strauß B (2019) S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit. Hintergrund, Methode und zentrale Empfehlungen. Z Sex Forsch 32(02):70–79
36. Springer KW, Mager Stellman J, Jordan-Young RM (2012) Beyond a catalogue of differences: A theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health. Social Science & Medicine 74(11):1817–1824
37. Schellenberg D, Kaiser A (2018) The Sex/Gender Distinction: Beyond F and M. In: Travis CB, White JW, Rutherford A et al. (Hrsg) APA handbooks in psychology series APA handbook of the psychology of women: History, theory, and battlegrounds. American Psychological Association, Washington, S. 165–187
38. Krieger N (2005) Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. Journal Epidemiol Community Health (59):350–355
39. Einstein G (2012) Measuring biological sex. In: Oliffe JL, Greaves L (Hrsg) Designing and Conducting Gender, Sex, and Health Research. Sage, Los Angeles, S. 85–101
40. Johnson JL, Repta R (2012) Sex and Gender. Beyond the binaries. In: Oliffe JL, Greaves L (Hrsg) Designing and Conducting Gender, Sex, and Health Research. Sage, Los Angeles, S. 17–37
41. Bolte G, David M, Dębiak M et al. (2018) Integration von Geschlecht in die Forschung zu umweltbezogener Gesundheit. Ergebnisse des interdisziplinären Forschungsnetzwerks Geschlecht – Umwelt – Gesundheit (GeUmGe-NET). Bundesgesundheitsbl 61(6):737–746
42. Ghattas DC, Kromminga IA, Matthigack EB et al. (2015) Inter & Sprache – Von » Angeboren « bis » Zwitter «. Eine Auswahl inter*relevanter Begriffe, mit kritischen Anmerkungen vom TriQ-Projekt » Antidiskriminierungsarbeit & Empowerment für Inter*«. In Kooperation mit IVIM / OII Deutschland, Berlin
43. Haversath J, Gärttner KM, Kliem S et al. (2017) Sexual Behavior in Germany. Results of a Representative Survey. Dtsch Arztebl Int 114(33-34):544–550
44. Petersen JL, Hyde JS (2011) A Meta-Analytic Review of Research on Gender Differences in Sexuality, 1993–2007. J Sex Res 48(2-3): 149–165
45. Bitzer J, Tschudin S, Stadlmayr W (2005) Die Menstruation und ihre Bedeutung für die Frauengesundheit. Zentralbl Gynakol 127(5):282–287
46. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2019) Wie funktioniert der weibliche Zyklus? www.gesundheitsinformation.de/wie-funktioniert-der-weibliche-zyklus.2480.de.html (Stand: 01.04.2020)

47. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2019) Regelschmerzen. www.gesundheitsinformation.de/regelschmerzen.2182.de.html (Stand: 01.04.2020)
48. Grobe TG, Steinmann S, Szecsenyi J (2019) Arztreport 2019 – Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 14. BARMER, Berlin. www.barmer.de/blob/192572/d716a1cbc5eec45894a3f-47b62145e5e/data/dl-arztreport2019-komlett.pdf (Stand: 01.04.2020)
49. Latthe PM, Champaneria R (2014) Dysmenorrhoea. BMJ Clin Evid 10:813
50. Anthuber S, Deppe C (2014) Blutungsstörungen. In: Oppelt PG, Dörr HG (Hrsg) Kinder- und Jugendgynäkologie. Thieme, Stuttgart, S. 218–243
51. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2017) Starke Regelblutung. www.gesundheitsinformation.de/starke-regelblutung.2133.de.html (Stand: 01.04.2020)
52. Prütz F, vd Lippe E (2014) Hysterektomie. GBE kompakt 5(1). Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin. www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 01.04.2020)
53. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2016) Hormontherapie gegen Wechseljahrsbeschwerden. www.gesundheitsinformation.de/hormontherapie-gegen-wechseljahrsbeschwerden.2171.de.html?part=behandlung-02 (Stand: 01.04.2020)
54. von der Lippe E, Prütz F (2016) Age at natural menopause: Results from the German Health Interview and Examination Survey. Eur J Public Health 26 (Suppl 1)
55. Sapre S, Thakur R (2014) Lifestyle and dietary factors determine age at natural menopause. J Midlife Health 5(1):3–5
56. World Health Organization (Hrsg) (2010) Gender, women, and the tobacco epidemic. WHO, Geneva
57. Schoenaker DA, Jackson CA, Rowlands JV et al. (2014) Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and meta-analyses of studies across six continents. Int J Epidemiol 43(5):1542–1562
58. Kolip P (2004) Was ist dran an den Wechseljahren? Eine Einführung. In: Jahn IH (Hrsg) Wechseljahre multidisziplinär: Was wollen Frauen – was brauchen Frauen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 28. Asgard-Verlag, St. Augustin, S. 33–45
59. Dören M, Beckermann MJ (2010) Menopausale Beschwerden und ihre Behandlung. Gynäkologe 43(4):282–286
60. Ortmann O (2019) S3-Leitlinie Peri- und Postmenopause – Diagnostik und Interventionen. AWMF-Registernummer: 015-062. Forum 34(6):502–505
61. The North American Menopause Society (2017) The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. Menopause 24(7):728–753
62. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2019) Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence. Lancet 394(10204):1159–1168
63. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V., Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Hrsg) (2020) Peri- und Postmenopause – Diagnostik und Interventionen. S3-Leitlinie, AWMF-Registernummer 015-062 www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-062.html (Stand: 01.04.2020)
64. Techniker Krankenkasse (2019) Sonderauswertung zum TK-Gesundheitsreport 2019: Hormontherapie
65. Mendling W (2019) Gynäkologische Infektionen. Frauenheilkunde up2date 13(02):123–141
66. Dathe O, Grubert T (2013) Gynäkologische Entzündungen und sexuell übertragbare Erkrankungen. In: Weyerstahl T, Stauber M (Hrsg) Duale Reihe Gynäkologie und Geburtshilfe. Thieme, Stuttgart, S. 172–207
67. Hainer BL, Gibson MV (2011) Vaginitis. Am Fam Physician 83(7):807–815
68. Centers for Disease Control and Prevention (2015) 2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Bacterial Vaginosis. www.cdc.gov/std/tg2015/bv.htm (Stand: 01.04.2020)
69. Hoyme UB (2001) Bakterielle Vaginose. In: Petzoldt D, Gross G (Hrsg) Diagnostik und Therapie sexuell übertragbarer Krankheiten: Leitlinien 2001 der Deutschen STD-Gesellschaft. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, S. 3–5
70. Evans AL, Scally AJ, Wellard SJ et al. (2007) Prevalence of bacterial vaginosis in lesbians and heterosexual women in a community setting. Sex Transm Infect 83(6):470–475
71. Forcey DS, Vodstrcil LA, Hocking JS (2015) Factors Associated with Bacterial Vaginosis among Women Who Have Sex with Women: A Systematic Review. PLoS One 10(12):e0141905
72. Centers for Disease Control and Prevention (2015) 2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Vuovovaginal Candidiasis. www.cdc.gov/std/tg2015/candidiasis.htm (Stand: 01.04.2020)
73. Martin Lopez JE (2015) Candidiasis (vulvovaginal). BMJ Clin Evid
74. Glaeske G, Schicktanz C (2015) BARMER GEK Arzneimittelreport 2015 – Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 32. BARMER GEK, Berlin. www.barmer.de/blob/37954/60143006d7108440f02512a6a80fcaea/data/pdf-arzneimittelreport-2015.pdf (Stand: 01.04.2020)
75. Deutsche Gesellschaft für Urologie (Hrsg) (2017) Interdisziplinäre S3 Leitlinie: Epidemiologie, Diagnostik, Therapie, Prävention und Management unkomplizierter, bakterieller, ambulant erworbener Harnwegsinfektionen bei erwachsenen Patienten. Langversion 1.1-2, AWMF Registernummer: 043/044. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/043-044l_S3_Harnwegsinfektionen_2017-05.pdf (Stand: 01.04.2020)
76. Friedrich C, Ahrendt HJ (2015) Funktionelle Sexualstörungen der Frau. In: Ahrendt HJ, Friedrich C (Hrsg) Sexualmedizin in der Gynäkologie. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, S. 41–63
77. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2019) Frauengesundheitsportal: Sexuelle Störungen. http://www.frauengesundheitsportal.de/themen/sexuelle-gesundheit/sexuelle-stoerungen/ (Stand: 01.04.2020)
78. Schmidt HM, Höhna C, Widmeier E et al. (2017) Psychosoziale Interventionen für sexuelle Funktionsstörungen bei Frauen. Z Sex Forsch 30(03):213–247
79. Brunner F, Koops T, Nieder TO et al. (2017) Stationäre Krankenhausbehandlungen ausgewählter sexueller Störungen. Eine Analyse der Daten des Statistischen Bundesamts von 2000 bis 2014. Bundesgesundheitsbl 60(9):987–998
80. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2017) Sexualität von Studierenden im Internetzeitalter. Sexuelle und soziale Beziehungen von deutschen Studierenden. BZgA, Köln
81. Stirn AV, Zannoni R (2017) Körpermodifikation und sexuelle Gesundheit. Einfluss von Tattoo, Piercing und ästhetischplastischer Chirurgie im Genitalbereich auf die sexuelle Gesundheit von Frauen und Männern. Bundesgesundheitsbl 60(9):1009–1015

82. Borkenhagen A, Mirastschijski U, Petrowski K et al. (2019) Tattoos in der deutschen Bevölkerung – Prävalenzen, Soziodemografie und Gesundheitsorientierung. Bundesgesundheitsbl 62(9):1077–1082
83. Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (2019) VDÄPC-Statistiken. Behandlungsstatistik gesamt. www.vdaepc.de/aktuelles-presse/statistiken/ (Stand: 01.04.2020)
84. Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (Hrsg) (2019) DGÄPC-Statistik 2018: Zahlen, Fakten und Trends der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. www.dgaepc.de/wp-content/uploads/2018/10/DGAEPC-Statistik_2018.pdf (Stand: 01.04.2020)
85. Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (Hrsg) (2019) DGÄPC-Statistik 2018–2019: Zahlen, Fakten und Trends der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie. www.dgaepc.de/wp-content/uploads/2019/11/dgaepc_statistik-2019.pdf (Stand: 01.04.2020)
86. Bone A, Ncube F, Nichols T et al. (2008) Body piercing in England: a survey of piercing at sites other than earlobe. BMJ 336(1426)
87. Hibbeler B, Siegmund-Schultze N (2011) Ästhetisch-kosmetische Medizin – Schönheit hat ihren Preis. Dtsch Arztebl 108(26)
88. Korczak D (2007) Forschungsprojekt Schönheitsoperationen: Daten, Probleme, Rechtsfragen (Abschlussbericht). https://www.dgpraec.de/wp-content/uploads/2019/08/Abschlussbericht-Schoenheitsoperationen.pdf (Stand: 01.04.2020)
89. Helfferich C (2013) Reproduktive Gesundheit. Eine Bilanz der Familienplanung in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 56(2):192–198
90. Statistisches Bundesamt (2018) Geburtenziffer 2017 leicht gesunken. Pressemitteilung Nr. 420. www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/10/PD18_420_122.html (Stand: 01.04.2020)
91. Statistisches Bundesamt (2019) Zusammengefasste Geburtenziffer nach Kalenderjahren. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburtenziffer.html (Stand: 01.04.2020)
92. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2018) Verhütungsverhalten Erwachsener 2018. www.forschung.sexualaufklaerung.de/verhuetung/verhuetungsverhalten-2018 (Stand: 01.04.2020)
93. Flaake K (2019) Die Jugendlichen und ihr Verhältnis zum Körper. Kohlhammer, Stuttgart
94. Statistisches Bundesamt (2019) Statistik der Geburten. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebendgeborene-gestorbene.html (Stand: 01.04.2020)
95. Statistisches Bundesamt (2018) Zusammengefasste Geburtenziffern in West- und Ostdeutschland 1945 bis 2016. www.bib.bund.de/Permalink.html?id=10241784 (Stand: 01.04.2020)
96. Statistisches Bundesamt (2018) Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
97. Lück D, Panova R, Naderi R et al. (2016) Kinderlosigkeit und Kinderreichtum – Ein differenzierter Blick auf das Geburtengeschehen in Deutschland. Bevölkerungsforschung Aktuell 1:2–10
98. Pötsch O (2018) Aktueller Geburtenanstieg und seine Potenziale. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2018/03/aktueller-geburtenanstieg-032018.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 01.04.2020)
99. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2017) Kinderlosigkeit, Geburten und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2016. Destatis, Wiesbaden
100. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg) (2019) Kinderreiche Familien in Deutschland. Auslaufmodell oder Lebensentwurf für die Zukunft? BiB, Wiesbaden
101. Kreyenfeld M, Konietzka D (2017) Childlessness in Europe: Contexts, Causes, and Consequences
102. Boeschen D, Günther J, Chytrek D et al. (2015) Pillenreport 2015. Ein Statusbericht zu oralen Kontrazeptiva. Universität Bremen, SOCIUM Forschungszentrum Ungleicheit und Sozialpolitik, Techniker Krankenkasse, Bremen
103. Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (Hrsg) (2019) Die Apotheke 2019. Zahlen, Daten, Fakten – Versorgung mit Verhütungsmitteln. ABDA, Berlin, S. 54
104. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2019) Rezeptpflicht und Kostenübernahme. www.familienplanung.de/verhuetung/rezeptpflicht-und-kostenuebernahme/ (Stand: 01.04.2020)
105. pro familia Bundesverband (Hrsg) (2019) Modellprojekt biko – Beratung, Information und Kostenübernahme. Abschlussbericht. pro familia Bundesverband, Frankfurt am Main
106. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2001) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Schriftenreihe, Band 209. Kohlhammer, Stuttgart
107. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2019) Gesundheit – Schwangerschaftsabbrüche 2018. Fachserie 12, Reihe 3. Destatis, Wiesbaden
108. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2019) Schwangerschaftsberatung § 218. Informationen über das Schwangerschaftskonfliktgesetz und gesetzliche Regelungen im Kontext des § 218 Strafgesetzbuch. BMFSFJ, Berlin. www.bmfsfj.de/blob/95282/ed384270cbdec0132e2ccfb335561982/schwangerschaftsberatung---218-data.pdf (Stand: 01.04.2020)
109. pro familia Bundesverband (Hrsg) (2017) Schwangerschaftsabbruch. Fakten und Hintergründe. pro familia Bundesverband, Frankfurt am Main
110. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2019) Schwangerschaftsabbruch – Informationen nach § 13a Abs. 1 SchKG. Liste von Ärztinnen und Ärzten, Kliniken und Einrichtungen. www.familienplanung.de/beratung/schwangerschaftsabbruch/praxen-kliniken-und-einrichtungen/ (Stand: 01.04.2020)
111. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2019) Beratungsstellen-Datenbank: Beratungsstelle in Ihrer Nähe finden. www.familienplanung.de/no_cache/beratung/beratungsstelle-finden/ (Stand: 01.04.2020)
112. Statistisches Bundesamt (2018) Schwangerschaftsabbruchstatistik. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
113. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2012) frauen leben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf. BZgA, Köln
114. World Health Organization (Hrsg) (2014) Clinical practice handbook for Safe abortion. WHO, Geneva
115. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2019) Die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs. www.familienplanung.de/beratung/schwangerschaftsabbruch/kosten-schwangerschaftsabbruch/ (Stand: 01.04.2020)

116. World Health Organization (Hrsg) (2012) Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. WHO, Geneva
117. Charles VE, Polis CB, Sridhara SK et al. (2008) Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. Contraception 78(6):436–450
118. National Collaborating Centre for Mental Health (Hrsg) (2011) Induced abortion and mental health. A systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors. NCCMH, London. www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/Induced_Abortion_Mental_Health_1211.pdf (Stand: 01.04.2020)
119. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB et al. (2011) Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. N Engl J Med 364(4):332–339
120. Foster DG, Steinberg JR, Roberts SC et al. (2015) A comparison of depression and anxiety symptom trajectories between women who had an abortion and women denied one. Psychol Med 45(10):2073–2082
121. Rocca CH, Kimport K, Roberts SC et al. (2015) Decision Rightness and Emotional Responses to Abortion in the United States: A Longitudinal Study. PLoS One 10(7):e0128832. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128832 (Stand: 01.04.2020)
122. Biggs MA, Upadhyay UD, McCulloch CE et al. (2017) Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. JAMA Psychiatry 74(2):169–178
123. Gomez AM (2018) Abortion and subsequent depressive symptoms: ananalysis of the National Longitudinal Study ofAdolescent Health. Psychological Medicine 48:294–304
124. Jenneke van Ditzhuijzen J, Ten Have M, de Graaf R (2018) Long-term incidence and recurrence of common mental disorders after abortion. A Dutch prospective cohort study J Psychiatr Res (102):132–135
125. Major B, Appelbaum M, Beckman L et al. (2008) Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion. www.reproductiverights.org/document/report-of-apa-task-force-on-mental-health-and-abortion (Stand: 01.04.2020)
126. Wischmann T (2012) Einführung Reproduktionsmedizin. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel
127. Bundesärztekammer (Hrsg) (2018) Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion. BäK, Berlin. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Ass-Reproduktion_Richtlinie.pdf (Stand: 01.04.2020)
128. Deutscher Ethikrat (Hrsg) (2011) Präimplantationsdiagnostik. Deutscher Ethikrat, Berlin
129. Deutscher Ethikrat (Hrsg) (2016) Embryospende, Embryoadoption und elterliche Verantwortung. Deutscher Ethikrat, Berlin
130. Wischmann T (2018) Kinderwunsch in konventionellen und neuen Familienformen: Ethische und psychosoziale Aspekte. Gynakol Prax 43:252–258
131. World Health Organization (2020) Sexual and reproductive health. Multiple definitions of infertility. www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/multiple-definitions/en/ (Stand: 01.04.2020)
132. National Institute for Health and Care Excellence (2017) Fertility problems: assessment and treatment. NICE Clinical guideline 156. www.nice.org.uk/guidance/cg156 (Stand: 01.04.2020)
133. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2014) Kinderlose Frauen und Männer. Ungewollte oder gewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf und Nutzung von Unterstützungsangeboten. BMFSFJ, Berlin
134. Deutsches IVF-Register (2019) Jahrbuch 2018. Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie (Sonderheft 1/2019)
135. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2017) Wenn ein Traum nicht in Erfüllung geht… – Kinderwunsch und Unfruchtbarkeit. BZgA, Köln
136. Kentenich H (2017) Chance und Risiken der Reproduktionsmedizin. In: Wischmann T, Thorn P (Hrsg) Kinderwunsch? Beratung! Perspektiven der psychosozialen Kinderwunschbehandlung in Deutschland – Tagungsband der öffentlichen Fachtagung, Hamburg, 12/13 Mai 2017. FamART Verlag, Mörfelden, S. 17–24
137. Homan GF, Davies M, Norman R (2007) The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. Hum Reprod Update 13(3):209–223
138. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg) (2018) Policy Brief: Reproduktionsmedizin & Familienplanung. Bessere Aufklärung und klarer Rechtsrahmen notwendig. www.bib.bund.de/DE/Aktuelles/2018/2018-11-21-Policy-Brief-Reproduktionsmedizin-und-Familienplanung.html (Stand: 01.04.2020)
139. Stoebel-Richter Y, Geue K, Borkenhagen A et al. (2012) What Do You Know about Reproductive Medicine? – Results of a German Representative Survey. PLoS One 7(12):e50113. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0050113 (Stand: 01.04.2020)
140. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2017) Sehnsucht nach einem Kind – Möglichkeiten und Grenzen der Medizin. BZgA, Köln
141. Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg) (2017) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung („Richtlinien über künstliche Befruchtung"). www.g-ba.de/downloads/62-492-1402/KB-RL_2017-03-16_iK-2017-06-02.pdf (Stand: 01.04.2020)
142. Seyler H (2014) Kryokonservierung von Eizellen aus sozialen Gründen – „Social Freezing". pro familia medizin – der familienplanungsrundbrief 3:1–9. www.profamilia.de/fileadmin/dateien/fachpersonal/familienplanungsrundbrief/pro_familia_medizin-2014-3-WEB.pdf (Stand: 01.04.2020)
143. Deutsches IVF-Register (2018) Jahrbuch 2017. Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie (Sonderheft 1/2018)
144. Albrecht S, Grüber K (2019) Aktueller Stand und Entwicklungen der Pränatalimplantationsdiagnostik. Arbeitsbericht Nr. 182. Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB), Berlin. www.tab-beim-bundestag.de/de/pdf/publikationen/berichte/TAB-Arbeitsbericht-ab182.pdf (Stand: 01.04.2020)
145. Deutscher Bundestag (Hrsg) (2015) Erster Bericht der Bundesregierung über die Erfahrungen mit der Präimplantationsdiagnostik. Bundestagsdrucksache 18/7020. http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/070/1807020.pdf (Stand: 01.04.2020)
146. Deutscher Bundestag (2020) Zweiter Bericht der Bundesregierung über die Erfahrungen mit der Präimplantationsdiagnostik. Bundestagsdrucksache 19/16925. https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/169/1916925.pdf (Stand: 01.04.2020)

147. Bundesministerium für Gesundheit (2018) Glossar: Samenspenderregister. www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/s/samenspenderregister.html (Stand: 01.04.2020)
148. Shenfield F, d Mouzon J, Pennings G et al. (2010) Cross border reproductive care in six European countries. Hum Reprod 25(6):1361–1368
149. pro familia Bundesverband (Hrsg) (2008) Expertise – Reproduktives Reisen. pro familia Bundesverband, Frankfurt am Main
150. Netzwerk Embryonenspende Deutschland e. V. (2018) Satzung Netzwerk Embryonenspende Deutschland e. V. http://www.netzwerk-embryonenspende.de/ziele/satzung-netzwerk-embryonenspende-deutschland-ev.pdf (Stand: 01.04.2020)
151. Netzwerk Embryonenspende Deutschland e. V. (Hrsg) (2019) Presseerklärung des „Netzwerk Embryonenspende Deutschland e. V." zu den Forderungen der Leopoldina nach einem Fortpflanzungsmedizingesetz. www.netzwerk-embryonenspende.de/aktuell/20190629-Presseerklarung-NW-ES-zur-Stellungnahme-Leopoldina-FMedG.pdf (Stand: 01.04.2020)
152. Bundeszentrale für politische Bildung (2015) Embryonenschutzgesetz. www.bpb.de/nachschlagen/lexika/recht-a-z/22088/embryonenschutzgesetz (Stand: 01.04.2020)
153. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014) Die rechtlichen Grundlagen der Fortpflanzungsmedizin. www.familienplanung.de/kinderwunsch/recht-und-finanzen/was-erlaubt-ist/ (Stand: 01.04.2020)
154. Wischmann T, Thorn P (2017) Ausgangssituation. In: Wischmann T, Thorn P (Hrsg) Kinderwunsch? Beratung! Perspektiven der psychosozialen Kinderwunschbehandlung in Deutschland – Tagungsband der öffentlichen Fachtagung, Hamburg, 12/13 Mai 2017. FamART Verlag, Mörfelden, S. 7–8
155. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2014) Psychosoziale Kinderwunschberatung in Deutschland. Status quo und Erfordernisse für eine bessere Konzeptualisierung, Implementierung und Evaluation. BMFSFJ, Berlin
156. Kentenich H, Brähler E, Kowalcek I et al. (2014) Leitlinie Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen, AWMF-Register Nr. 016/003, Klasse S2k. https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/016-003.html (Stand: 01.04.2020)
157. Wischmann T (2009) Sexualstörungen bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch. Sexuologie 16(3–4):111–121
158. Hansen M, Kurinczuk JJ, Milne E et al. (2013) Assisted reproductive technology and birth defects: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod Update 19(4):330–353
159. Qin J, Sheng X, Wang H et al. (2015) Assisted reproductive technology and risk of congenital malformations: a meta-analysis based on cohort studies. Arch Gynecol Obstet 292(4):777–798
160. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V. – Nationale Akademie der Wissenschaften –, Union der deutschen Akademien der Wissenschaften e. V. (2019) Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – für eine zeitgemäße Gesetzgebung. Leopoldina, Union der deutschen Akademien der Wissenschaften, Halle (Saale)
161. Bujard M, Thorn P (2018) Leihmutterschaft und Eizellspende. Schwierige Abwägung zwischen Fortpflanzungsfreiheit und Ausbeutungsgefahr. Der Gynäkologe 51(8):639–646
162. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2001) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklungen in West- und Ostdeutschland, Kapitel 6. Reproduktive Biographien und Reproduktive Gesundheit. Schriftenreihe, Band 209. Kohlhammer, Stuttgart, S.275–368
163. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2011) Neue Wege – Gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf. Erster Gleichstellungsbericht. BMFSFJ, Berlin
164. Schulz F, Blossfeld HP (2006) Wie verändert sich die häusliche Arbeitsteilung im Eheverlauf. Eine Längsschnittstudie der ersten 14 Ehejahre in Westdeutschland. Kolner Z Soz Sozpsychol 58(1):23–49
165. Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg) (2019) Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien"). G-BA, Berlin. www.g-ba.de/downloads/62-492-1829/Mu-RL_2019-03-22_iK_2019-05-28.pdf (Stand: 01.04.2020)
166. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2017) Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt. BMG, Berlin
167. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2018) Geburten und Mehrlingsgeburten. Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Destatis, Wiesbaden
168. Statistisches Bundesamt (2019) Lebendgeborene. Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
169. Bujard M, Diabaté S (2016) Wie stark nehmen Kinderlosigkeit und späte Geburten zu? Neue demografische Trends und ihre Ursachen. Der Gynäkologe 49(5):393–404
170. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2011) Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 52. RKI, Berlin
171. EURO-PERISTAT Project (2018) European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. www.europeristat.com (Stand: 01.04.2020)
172. Statistisches Bundesamt (2019) Todesursachenstatistik. Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert, nach ICD-10). www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
173. Statistisches Bundesamt (2019) Säuglingssterblichkeit. Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
174. Zitzmann B (2012) Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen, Reihe NRW kurz und informativ. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bochum. www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/ges_bericht/nrw-kurz-und-informativ/12-11_saeuglingssterblichkeit_in_nrw_nrw-kurz-und-informativ_lzg-nrw.pdf (Stand: 01.04.2020)
175. Singh GK, Kogan MD (2007) Persistent socioeconomic disparities in infant, neonatal, and postneonatal mortality rates in the United States, 1969–2001. Pediatrics 119(4):e928–939
176. Schneider S, Maul H, Freerksen N et al. (2008) Who smokes during pregnancy? An analysis of the German Perinatal Quality Survey 2005. Public Health 122(11):1210–1216
177. Day NL, Leech SL, Richardson GA et al. (2002) Prenatal alcohol exposure predicts continued deficits in offspring size at 14 years of age. Alcohol Clin Exp Res 26(10):1584–1591

178. Boney CM, Verma A, Tucker R et al. (2005) Metabolic syndrome in childhood: association with birth weight, maternal obesity, and gestational diabetes mellitus. Pediatrics 115(3):e290–e296
179. Bergmann RL, Bergmann KE, Plagemann A et al. (2006) Prävention chronischer Krankheiten des Kindes während der Schwangerschaft und Stillzeit. In: Schauder P, Berthold H, Eckel H et al. (Hrsg) Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker – Verwirklichung einer realistischen Utopie. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, S. 521–531
180. Lozoff B, Georgieff MK (2006) Iron deficiency and brain development. Semin Pediatr Neurol 13(3):158–165
181. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (Hrsg) (2018) Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2017 – Geburtshilfe. IQTIG, Berlin. www.iqtig.org/downloads/auswertung/2017/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2017_BUAW_V02_2018-08-01.pdf (Stand: 01.04.2020)
182. Schneider S, Höft B, Röhrig S et al. (2010) Gesundheitliche Benachteiligung beginnt lange vor der Geburt – Aktuelle Analysen zur prä- und perinatalen Gesundheit und deren Determinanten auf Basis der deutschen Perinataldaten. Gesundheitswesen 72(08/09):P67
183. Goeckenjan M, Ramsauer B, Hänel M et al. (2009) Soziales Risiko – geburtshilfliches Risiko? Der Gynäkologe 42(2):102–110
184. Sander M, Albrecht M, Loos S et al. (2018) Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern. Studie für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. IGES Institut, Berlin. www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2018/08/hebammenstudie_vollfassung.pdf (Stand: 01.04.2020)
185. Eickhorst A, Schreier A, Brand C et al. (2016) Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. Bundesgesundheitsbl 59(10):1271–1280
186. Rasenack R, Zink M (2011) Alkohol und Tabak in der Schwangerschaft. In: Singer MV, Batra A, Mann K (Hrsg) Alkohol und Tabak – Grundlagen und Folgeerkrankungen. Thieme Verlag, Stuttgart, S. 427–432
187. Kuntz B, Zeiher J, Starker A et al. (2018) Rauchen in der Schwangerschaft – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(1):47–54. https://edoc.rki.de/handle/176904/3035 (Stand: 01.04.2020)
188. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg) (2010) Factsheet: Alkohol in der Schwangerschaft. www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Factsheets/100319_Factsheet_FASD_-_DIN.pdf (Stand: 01.04.2020)
189. Bergmann KE, Bergmann RL, Ellert U et al. (2007) Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl 50(5-6):670–676
190. Torloni MR, Betrán AP, Horta BL et al. (2009) Prepregnancy BMI and the risk of gestational diabetes: a systematic review of the literature with meta-analysis. Obes Rev 10(2):194–203
191. Voigt M, Straube S, Zygmunt M et al. (2008) Obesity and Pregnancy – A Risk Profile. Z Geburtshilfe Neonatol 212(6):201–205
192. Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (2003) Bundesauswertung 2002, Modul 16/1: Geburtshilfe. BQS, Düsseldorf
193. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2017) Pränataldiagnostik – Beratung, Methoden und Hilfen. Ein Überblick. www.bzga.de/infomaterialien/familienplanung/praenataldiagnostik-beratung-methoden-und-hilfen/ (Stand: 01.04.2020)
194. Kolleck A, Sauter A (2019) Aktueller Stand und Entwicklungen der Pränataldiagnostik. Arbeitsbericht Nr. 184. Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB), Berlin. www.tab-beim-bundestag.de/de/pdf/publikationen/berichte/TAB-Arbeitsbericht-ab184.pdf (Stand: 01.04.2020)
195. AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (Hrsg) (2015) Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2014. 16/1 – Geburtshilfe. www.sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2014/bu_Gesamt_16N1-GEBH_2014.pdf (Stand: 01.04.2020)
196. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (Hrsg) (2016) Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2015 – Geburtshilfe. IQTIG, Berlin. https://iqtig.org/downloads/auswertung/2015/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2015_BUAW_V02_2016-07-07.pdf (Stand: 01.04.2020)
197. Renner I (2007) Pränataldiagnostik: Eine repräsentative Befragung Schwangerer. BZgA FORUM – Sexualaufklärung und Familienplanung 1:7–13
198. European Commission (2019) EUROCAT data – Prenatal detection rates charts and tables. https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/eurocat/eurocat-data/prenatal-screening-and-diagnosis_en (Stand: 01.04.2020)
199. European Commission (2019) EUROCAT data – Prevalence charts and tables. https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/eurocat/eurocat-data/prevalence_en (Stand: 01.04.2020)
200. Gemeinsamer Bundesausschuss (2019) Methodenbewertung: Nicht-invasiver Test zum Vorliegen von Trisomien als mögliche Alternative zu invasivem Eingriff. Pressemitteilung vom 19. September 2019. www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/810/ (Stand: 01.04.2020)
201. aerzteblatt.de (2019) Neuer pränataler Bluttest auf Einzelerkrankungen kommt auf den Markt. www.aerzteblatt.de/nachrichten/106504/Neuer-praenataler-Bluttest-auf-Einzelgenerkrankungen-kommt-auf-den-Markt (Stand: 01.04.2020)
202. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V. (Hrsg) (2018) Qualitätsbericht 2017. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Verlag Wissenschaftliche Scripten, Auerbach/Vogtland
203. zu Sayn-Wittgenstein F (2007) Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Hans Huber, Bern
204. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2019) Eckpunktepapier – Sofortmaßnahmen zur Stärkung der Geburtshilfe. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/H/Eckpunktepapier_Sofortmassnahmen_Geburtshilfe.pdf (Stand: 01.04.2020)
205. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (Hrsg) (2018) Pressemitteilung – Neujahrsgespräch: Sicherstellung der klinischen geburtshilflichen Versorgung in Deutschland. DGGG, Berlin. www.dggg.de/fileadmin/documents/pressemitteilungen/2018/2018_01_23/PM_Neujahrsgespraech_DGGG_BVF_BLFG_DHV_BfHD_DGHWi.pdf (Stand: 01.04.2020)
206. Mother Hood e. V. (2020) Infoblatt zur aktuellen Situation in der Geburtshilfe. www.mother-hood.de/sichere-geburt/aktuelle-situation-der-geburtshilfe.html (Stand: 01.04.2020)
207. Technical Working Group, World Health Organization (1997) Care in normal birth: a practical guide. Birth 24(2):121–123

208. Braun B, Kolip P (2014) hkk Gesundheitsreport 2014: Schwangerschaft und Geburt. Ergebnisse einer Befragung von Müttern. hkk Erste Gesundheit, Bremen. www.hkk.de/infomaterial/hkk-gesundheitsreport (Stand: 01.04.2020)
209. Singer D (2012) Langzeitüberleben von Frühgeborenen. Bundesgesundheitsbl 55(4):568–575
210. Dong Y, Yu JL (2011) An overview of morbidity, mortality and long-term outcome of late preterm birth. World J Pediatr 7(3):199–204
211. Saigal S, Doyle LW (2008) An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. Lancet 371(9608):261–269
212. The United Nations Children's Fund, World Health Organization (Hrsg) (2004) Low Birthweight: Country, Regional and Global Estimates. UNICEF, WHO, New York City, Geneva
213. Statistisches Bundesamt (2019) Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Lebendgeborene nach Geburtsgewicht. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
214. Statistisches Bundesamt (2018) Krankenhausstatistik – Grunddaten, Entbindungen in Krankenhäusern. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
215. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V., Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (Hrsg) (2010) Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea. AWMF 015/054 (S1). www.dggg.de/leitlinien-stellungnahmen/leitlinien/leitlinie/absolute-und-relative-indikationen-zur-sectio-caesarea-287/ (Stand: 01.04.2020)
216. National Institute for Health and Clinical Excellence (2011) Caesarean section. NICE Clinical Guideline 132. www.nice.org.uk/guidance/cg132 (Stand: 01.04.2020)
217. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ et al. (2006) Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. Obstet Gynecol 107(6):1226–1232
218. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU (2005) Abnormal placentation: twenty-year analysis. Am J Obstet Gynecol 192(5):1458–1461
219. Steer PJ, Modi N (2009) Elective caesarean sections – risks to the infant. Lancet 374(9691):675–676
220. Kolip P, Nolting HD, Zich K (2012) Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
221. Grote-Westrick M, Zich K, Klemperer D et al. (2015) Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
222. Robert Koch-Institut (2015) Schwangerschaft und Geburt. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 102–110
223. Lutz U, Kolip P (2006) Die GEK-Kaiserschnittstudie. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42. Asgard-Verlag, St. Augustin
224. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (2020) Sectio caesarea. AWMF-Registriernummer 015-084, Leitlinienklasse S3. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-084l_S3_Sectio-caesarea_2020-06_1_02.pdf (Stand: 01.04.2020)
225. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (2015) Angemeldetes Leitlinienvorhaben: Die vaginale Geburt am Termin. S3-Leitlinie, Registriernummer 015-083. www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/ll/015-083.html (Stand: 15.07.2020)
226. Brisch KH (2005) Bindungsstörungen als frühe Marker für emotionale Störungen. In: v Suchodoletz W (Hrsg) Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Hogrefe, Göttingen, S. 23–43
227. Mercer RT (2004) Becoming a mother versus maternal role attainment. J Nurs Scholarsh 36(3):226–232
228. Tscheulin DK, Geppert-Orthofer U (2016) Hebammenversorgung in Baden-Württemberg. Pilotstudie zur Versorgungssituation werdender und junger Mütter mit Hebammenhilfe in Baden-Württemberg. Bericht für den Hebammenverband Baden-Württemberg e. V. Universität Freiburg, Freiburg. www.hebammen-bw.de/wp-content/uploads/5.1_161107_Studie_HebVersorgungBW.pdf (Stand: 01.04.2020)
229. Sander M, Albrecht M, Temizdemir E (2019) Hebammenstudie Sachsen. Studie zur Erfassung der Versorgungssituation mit Hebammenleistungen in Sachsen sowie zur Möglichkeit der kontinuierlichen landesweiten Erfassung von Daten über Hebammenleistungen. IGES Institut, Berlin. www.publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/33820 (Stand: 01.04.2020)
230. Loos S (2015) Hebammenversorgung in Thüringen. Gutachten zur Versorgungs- und Bedarfssituation mit Hebammenleistungen sowie über die Einkommens- und Arbeitssituation von Hebammen in Thüringen. IGES Institut, Berlin. www.tmasgff.de/fileadmin/user_upload/Gesundheit/Dateien/Familie_und_Geburt/gutachten_hebammenversorgung_in_thueringen.pdf (Stand: 01.04.2020)
231. Sander M, Temizdemir E, Albrecht M (2018) Hebammenstudie Sachsen-Anhalt. Regionale Bedarfe und deren Deckung durch Leistungen der Geburtshilfe inklusive der Vor- und Nachsorge. IGES Institut, Berlin. https://ms.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/MS/2_Aktuelles_Gesundheit/IGES_Hebammenstudie_Sachsen_Anhalt_11-2018.pdf (Stand: 01.04.2020)
232. United Nations Children's Fund (2005) Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. www.unicef.org/nutrition/index_24807.html (Stand: 01.04.2020)
233. Victora CG, Bahl R, Barros AJ et al. (2016) Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet 387(10017):475–490
234. Much D, Beyerlein A, Kindt A et al. (2016) Lactation is associated with altered metabolomic signatures in women with gestational diabetes. Diabetologia 59(10):2193–2202
235. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ et al. (2015) Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr 104(467):96–113
236. Abou-Dakn M (2018) Gesundheitliche Auswirkungen des Stillens auf die Mutter. Bundesgesundheitsbl 61(8):986–989
237. Brettschneider AK, vd Lippe E, Lange C (2018) Stillverhalten in Deutschland – Neues aus KiGGS Welle 2. Bundesgesundheitsbl 61(8):920–925
238. World Health Organization (Hrsg) (2001) Global strategy for infant and young child feeding: the optimal duration of exclusive breastfeeding. World Health Assembly, 54. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78801/ea54id4.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Stand: 01.04.2020)
239. von der Lippe E, Brettschneider AK, Gutsche J et al. (2014) Einflussfaktoren auf Verbreitung und Dauer des Stillens in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 57(7):849–859

240. Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (Hrsg) (2019) Empfehlungen zur Stillförderung in Deutschland. Handlungsansätze des Forschungsvorhabens Becoming Breastfeeding Friendly. www.gesund-ins-leben.de/_data/files/bbf_empfehlungen.pdf (Stand: 01.04.2020)
241. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ et al. (2017) Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database Syst Rev 2:Cd001141. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5 (Stand: 01.04.2020)
242. Dorsch VM, Rohde A (2016) Postpartale psychische Störungen – Update 2016. Frauenheilkunde up2date 10(04):355–374
243. Dennis CL, Chung-Lee L (2006) Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. Birth 33(4):323–331
244. Knudson-Martin C, Silverstein R (2009) Suffering in silence: a qualitative meta-data-analysis of postpartum depression. J Marital Fam Ther 35(2):145–158
245. Bode H, Heßling A (2015) Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen repräsentativen Wiederholungsbefragung. BZgA, Köln

Gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen

KAPITEL 8

- *35% der Frauen ist seit dem 16. Lebensjahr körperliche und/oder sexuelle Gewalt widerfahren; diese ging überwiegend von Partnern oder Ex-Partnern aus.*

- *Die Prävalenz von Gewalt gegen Frauen in Deutschland liegt im europäischen Durchschnitt; sie scheint sich in den letzten 15 Jahren kaum verändert zu haben.*

- *Gewaltbetroffenheit bei Frauen ist unabhängig vom sozialen Status; besonders gefährdet sind Frauen in Trennungssituationen, Frauen mit früheren Gewalterfahrungen und Frauen, die in erhöhtem Maße gesellschaftliche Diskriminierungen erfahren.*

- *Gewalt kann schwerwiegende Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit und die psychosoziale Situation von Frauen haben.*

- *Viele betroffene Frauen kommen aus unterschiedlichen Gründen beim bestehenden Hilfesystem nicht an; medizinischem Personal kommt eine wichtige Rolle bei der Aufdeckung der Gewaltbetroffenheit und der Vermittlung von Hilfsangeboten zu.*

8 Gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen

8.1 Gewalt und Frauengesundheit

Sexualisierte und geschlechtsbezogene Formen von Gewalt gegen Frauen gehen weit überwiegend von Männern im Kontext von Partnergewalt aus. Sie stellen nicht nur ein erhebliches soziales und ein Gesundheitsproblem dar, sondern werden international auch als Menschenrechtsverletzungen gefasst und im Zusammenhang mit struktureller Gewalt, Diskriminierung von Frauen und ungleichen Machtverteilungen im Geschlechterverhältnis gesehen [1, 2]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet Gewalt als zentrales Risiko für die Gesundheit von Frauen und Kindern [3, 4]. Sie definiert Gewalt auf allgemeiner Ebene als „absichtliche(n) Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt." [3, S. 5].

Zahlreiche nationale und internationale Studien verweisen auf die hohe Verbreitung von Gewalt gegen Frauen und die mit ihr verbundenen erheblichen kurz-, mittel- und langfristigen gesundheitlichen und psychosozialen Folgen [3].

Relevant im Kontext personaler Gewalt gegen Frauen sind sowohl Formen körperlicher und sexueller Gewalt als auch sexuelle Belästigung, psychische und ökonomische Gewalt sowie Stalking, welche häufig durch Partner oder Ex-Partner im Kontext häuslicher Gewalt verübt werden (siehe Infobox 8.1.1). Häufig treten unterschiedliche Formen von Gewalt in Kombination und mit unterschiedlichen Schweregraden auf und verdichten sich zu Mustern von Gewalt in Paarbeziehungen [6], die von einmaligen leichteren körperlichen Übergriffen über Muster erhöhter psychischer Gewalt und mäßiger körperlicher Gewalt bis hin zu Mustern schwerer Misshandlung reichen, in denen sowohl psychische als auch körperliche und sexuelle Gewalt auftreten. Alle Formen und Muster von Gewalt gehen mit erhöhten gesundheitlichen Belastungen von Frauen einher [6].

Auch sexuelle Belästigungen und Diskriminierungen am Arbeitsplatz, von denen Frauen deutlich

Infobox 8.1.1
Formen von personaler Gewalt gegen Frauen

Körperliche Gewalt umfasst Misshandlungen und körperliche Übergriffe jeder Art, z. B. Schlagen, Stoßen, Würgen, Treten, Verprügeln und Waffengewalt.

Sexuelle (oder sexualisierte) Gewalt* umfasst alle unerwünschten oder erzwungenen sexuellen Handlungen und reicht von unerwünschten intimen Berührungen über Nötigung zu sexuellen Handlungen bis hin zur Vergewaltigung.

Sexuelle Belästigung umfasst alle von der betroffenen Person als sexuell belästigend empfundenen Handlungen. Sie reicht von Anstarren und Nachpfeifen über unerwünschte sexualisierte Bemerkungen und Berührungen sowie Belästigungen per Telefon oder Internet bis hin zu verschiedenen Formen von Bedrängen und Überschreiten der Intimgrenzen einer Person, z. B. auch im Kontext der Arbeit. Der Übergang zu sexueller Gewalt kann fließend sein.

Psychische Gewalt beschreibt ein breites Spektrum psychisch beeinträchtigender oder verletzender Handlungen, etwa Einschüchterungen, Anschreien, Beschimpfungen und Demütigungen, Drohungen, Psychoterror, systematische Kontrolle, Isolierung und extreme Eifersucht. In Paarbeziehungen ist sie oft in ein Muster von Handlungen eingebettet, das auf die Unterordnung und Kontrolle der Partnerin abzielt und tritt häufig in Kombination mit körperlicher und/oder sexueller Gewalt auf.

Ökonomische Gewalt ist eine Form der psychischen Gewalt, über die ökonomische Kontrolle ausgeübt wird oder ökonomische Abhängigkeitsverhältnisse ausgenutzt und stabilisiert werden, z. B. wenn Geld oder Wertsachen entnommen werden oder die Partnerin daran gehindert wird, eigenes Geld zu verdienen oder zu verwalten.

Stalking bezeichnet Verfolgungen und Nachstellungen und das bewusste wiederholte Erzwingen von Kontakt zu einer Person gegen deren Willen, etwa durch Auflauern sowie systematische Belästigung über Telefon, SMS oder E-Mails.

Neben diesen Formen personaler Gewalt gibt es auch Formen **struktureller Gewalt**, die nicht von einer Person ausgehen, sondern durch gesellschaftliche oder institutionelle Strukturen und Vorgaben, Regelungen und Rahmenbedingungen bedingt sind, etwa durch Diskriminierungen und Benachteiligungen sowie eingeschränkte Entfaltungsmöglichkeiten bestimmter Personengruppen wie Frauen, Menschen mit Behinderungen oder mit Migrations-/Fluchthintergrund. Strukturelle Diskriminierung und Gewalt bilden häufig den Hintergrund für personale Gewalt.

* Beide Begriffe werden in Forschung und Praxis identisch verwendet. Mit dem Begriff der sexualisierten Gewalt soll zum Ausdruck gebracht werden, dass diese Gewaltform nichts mit Sexualität zu tun hat, sondern vielmehr ein sexualisierter Ausdruck von Macht und Gewalt ist. Dies wird inzwischen kontrovers diskutiert. Im Folgenden wird der Begriff „sexuelle Gewalt" verwendet, da er den Gewaltcharakter der Handlungen deutlich macht. Zudem ist dies in der breiten Bevölkerung der gebräuchlichere Begriff.

häufiger betroffen sind als Männer, können sich negativ auf die psychische und gesundheitliche Situation von Frauen auswirken. Eine Studie der Antidiskriminierungsstelle des Bundes, die in den Jahren 2018/2019 durchgeführt wurde, zeigt, dass 13 % der befragten Frauen innerhalb der letzten drei Jahre sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz erlebt haben. Von mittelstarken bis sehr starken psychischen Belastungen durch diese Vorfälle berichteten 41 % der betroffenen Frauen [7].

Ausprägungen personaler Gewalt gegen Frauen sind darüber hinaus Menschenhandel zum Zwecke der sexuellen Ausbeutung und Zwangsprostitution, wodurch Frauen verschiedene Gewaltformen, darunter körperliche, psychische und sexualisierte/sexuelle Gewalt erfahren.

8.2 Ausmaß von Gewalt gegen Frauen

Nach Einschätzung der WHO haben weltweit etwa ein Drittel aller Frauen (35 %) bereits körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch Beziehungspartner oder andere Personen erlebt [1]. Die Täter sind überwiegend Partner oder Ex-Partner, 30 % der Frauen sind weltweit von körperlicher und/oder sexueller Gewalt durch einen Beziehungspartner betroffen [1].

Dies entspricht in etwa den Gewaltausmaßen in Europa, die im Jahr 2012 in einer Studie der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (European Union Agency for Fundamental Rights, FRA) erhoben wurden (der sogenannten FRA-Studie) [8]. Demnach haben im europäischen Durchschnitt 33 % der Frauen seit dem Alter von 15 Jahren körperliche und/oder sexuelle Gewalt erlebt; 22 % waren von sexueller und/oder körperlicher Gewalt durch einen Partner oder Ex-Partner betroffen. Darüber hinaus berichteten 43 % der Frauen Formen von psychischer Gewalt durch (Ex-)Partner, oft in Kombination mit körperlicher und/oder sexueller Gewalt. Jede sechste Frau (18 %) war der Studie nach bereits Opfer von Stalking geworden; mehr als jede zweite Frau (55 %) war von sexueller Belästigung betroffen [8].

Die Gewaltausmaße gegen Frauen liegen der Studie nach in Deutschland weitgehend im europäischen Durchschnitt; nur psychische Gewalt und Kontrolle durch (Ex-)Partner (50 %) sowie Stalking (24 %) und sexuelle Belästigungen (60 %) wurden von Frauen in Deutschland häufiger angegeben (Tab. 8.2.1). Dabei ist unklar, ob dies tatsächlich auf eine höhere Betroffenheit in Deutschland oder (auch) auf eine möglicherweise stärkere Sensibilisierung für Gewalt zurückzuführen ist [8].

Bereits die erste repräsentative Studie zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland, die 2003 im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) durchgeführt und 2004 veröffentlicht wurde, hatte ein hohes Ausmaß von Gewalt gegen Frauen aufgedeckt [6]. Über 10.000 Frauen wurden schriftlich und mündlich befragt. Fast jede siebte Frau im Alter von 16 bis 85 Jahren (13 %) berichtete über erzwungene, strafrechtlich relevante sexuelle Handlungen in ihrem Erwachsenenleben (überwiegend durch (Ex-)Partner, aber auch durch andere bekannte/unbekannte Personen). Jede vierte Frau (25 %) war mindestens einmal von körperlicher und/oder sexueller Gewalt durch einen aktuellen und/oder früheren Beziehungspartner betroffen [6]. Die körperlichen Gewalthandlungen durch (Ex-)Partner reichten von Ohrfeigen und wütendem Wegschubsen bis hin zu Tritten, Schlägen mit Fäusten, Würgen und Waffengewalt; fast zwei Drittel der von Partnergewalt betroffenen Frauen (64 %) gaben Verletzungsfolgen an [6].

Tabelle 8.2.1
Gewaltbetroffenheit von Frauen seit dem 15. Lebensjahr in Deutschland und Europa
Datenbasis: Europaweite FRA-Studie 2012 [9]

Gewaltform und Kontext	Prävalenz in Europa n = 42.002	Prävalenz in Deutschland n = 1.534
Körperliche/sexuelle Gewalt (allgemein)		
Körperliche und/oder sexuelle Gewalt (alle Täter/innen)	33 %	35 %
Körperliche Gewalt (alle Täter/innen)	31 %	33 %
Sexuelle Gewalt (alle Täter/innen)	11 %	12 %
Gewalt durch Partner oder Ex-Partner*		
Körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch (Ex-)Partner	22 %	22 %
Körperliche Gewalt durch (Ex-)Partner	20 %	20 %
Sexuelle Gewalt durch (Ex-)Partner	7 %	8 %
Psychische Gewalt durch (Ex-)Partner	43 %	50 %
Kontrollierendes Verhalten durch (Ex-)Partner	35 %	40 %
Ökonomische Gewalt durch (Ex-)Partner	12 %	11 %
Drohung oder Handlungen des (Ex-)Partners, die Kinder zu verletzen	8 %	9 %
Stalking und sexuelle Belästigung		
Stalking	18 %	24 %
Sexuelle Belästigung	55 %	60 %

* Hier wurde die männliche Form verwendet, da es sich fast durchgängig um Gewalt durch männliche (Ex-)Partner handelte.

Auffällig ist, dass die europäische FRA-Studie [8] fast zehn Jahre nach der ersten bundesweiten Studie des BMFSFJ zu Gewalt gegen Frauen ähnlich hohe Gewaltprävalenzen für Deutschland feststellte und sich bislang kein relevanter Rückgang von Gewalt gegen Frauen zeigt. So haben in der FRA-Studie 12 % der Frauen in Deutschland angegeben, seit dem 15. Lebensjahr sexuelle Gewalt erlebt zu haben (vs. 13 % in der BMFSFJ-Studie von 2003 [6]). 22 % waren von körperlicher und/oder sexueller Gewalt durch (Ex-)Partner im Erwachsenenleben betroffen (vs. 25 % in der BMFSFJ-Studie von 2003 [6]) (Tab. 8.2.1). Beide Studien sind aufgrund von unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten und Stichprobengrößen nicht direkt vergleichbar. Ein relevanter Rückgang der Gewaltprävalenz scheint aber unwahrscheinlich.

Auch für Männer in Deutschland zeigt eine aktuell laufende Studie der RWTH Aachen eine hohe Gewaltprävalenz. Erste Ergebnisse umfangreicher Befragungen von Männern in Kliniken ergaben, dass 18 % der Befragten Opfer von Gewalt geworden waren ohne selbst Gewalt ausgeübt zu haben, gut ein Viertel (26 %) hatte Gewalt erfahren und zugleich Gewalt ausgeübt [10]. Wenn Männer schwere Gewalt im Erwachsenenalter erleben, handelt es sich dabei häufiger um körperliche Gewalt im öffentlichen Raum durch bekannte und unbekannte – zumeist männliche – Personen. Überwiegend ereignen sich die Taten im jüngeren Lebensalter bis Mitte/Ende 20 [11, 12]. Anders als Frauen werden Männer seltener Opfer von schwerer, einseitiger und fortgesetzter Partnergewalt und auch deutlich seltener Opfer von sexualisierter Gewalt. Bei Männern, die Gewalt erfahren haben, wurden erhöhte gesundheitliche Belastungen festgestellt [10]. Das gilt ebenso für Männer, die zugleich Opfer und Täter geworden waren.

Der Fokus des vorliegenden Kapitels liegt auf Frauen als Opfer von Gewalt und daraus resultierenden gesundheitlichen Problemen. Gewalt gegen Frauen in Partnerschaften geht ganz überwiegend von Männern aus. Bei körperlichen Gewalterfahrungen außerhalb von Partnerschaften berichteten in der europäischen FRA-Studie 33 % der betroffenen Frauen von einer Täterin [8]. Weitere 7 % gaben an, dass sie körperliche Gewalt sowohl durch männliche als auch weibliche Personen erfahren hätten. Im Fall von sexueller Gewalt berichteten 3 % der Frauen, dass eine Frau die Täterin war. Zur gesundheitlichen Lage von Frauen, die Gewalt ausgeübt haben und von Frauen, die sowohl Täterin als auch Opfer von Gewalt waren, liegen bislang kaum Forschungsergebnisse vor.

8.3 Risikofaktoren für Gewalt gegen Frauen

Risikofaktoren für Gewalt gegen Frauen wurden im Rahmen einer Sonderauswertung der oben genannten deutschen Gewaltprävalenzstudie des BMFSFJ zu Schweregraden und Mustern von Gewalt in Paarbeziehung 2008 veröffentlicht [13]. Demnach besteht ein besonders hohes Risiko für Gewalt gegen Frauen im Kontext von Trennung und Scheidung [13]. Ein erhöhtes Risiko, Gewalt zu erleben, wurde zudem bei Frauen mit Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend festgestellt (siehe Kapitel 8.4). Auch Frauen mit Migrations- und Fluchthintergrund tragen ein erhöhtes Risiko, Opfer von Gewalt zu werden. Besonders gefährdet ist die Gruppe der Frauen mit Behinderungen, die je nach Gewaltform und Behinderung zwei- bis viermal häufiger von Gewalt betroffen waren als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt. Ein systematischer Zusammenhang zwischen Bildung, sozioökonomischer Situation und Gewaltbetroffenheit der Frauen zeigte sich in der deutschen Studie hingegen nicht [13, 14].

Sowohl Frauen mit Behinderungen als auch Frauen mit Migrationshintergrund stellen keine homogene Gruppe dar. Frauen mit Behinderungen leben in verschiedenen Kontexten und sind in unterschiedlichem Maße aufgrund von Behinderungen und chronischen Erkrankungen in ihrem Leben eingeschränkt (siehe Kapitel 9). Eine erhöhte Gewaltbetroffenheit ergibt sich oftmals durch die eingeschränkte Wehrhaftigkeit und die Abhängigkeit von anderen Menschen, außerdem durch die institutionelle Unterbringung, z. B. in Wohnheimen für Menschen mit Behinderungen [14, 15]. Frauen mit Behinderungen erfahren auch im Erwachsenenleben durch Eltern und (Ex-)Partner häufiger Gewalt als Frauen ohne Behinderungen und ihr Alltag ist nicht selten von gesellschaftlicher Ausgrenzung, erhöhter Diskriminierung und struktureller Gewalt geprägt [14, 15].

Frauen mit Migrationshintergrund sind ebenfalls eine sehr heterogene Gruppe. Sie umfasst Frauen der ersten und zweiten Migrationsgeneration, unabhängig von der Staatsangehörigkeit, z. B. ausländische Arbeitnehmerinnen und deren Töchter, Spätaussiedlerinnen, Asylbewerberinnen, (Kriegs-)Flüchtlinge und Kinder aus binationalen Beziehungen. Der Aufenthaltsstatus definiert ihre Rechte und Zugangsmöglichkeiten zum Gesundheitswesen. Die Dauer des Aufenthalts in Deutschland kann mit unterschiedlichen Abhängigkeiten und mit unterschiedlichem Wissen über Schutz- und Unterstützungsmöglichkeiten einhergehen. Informationen zur Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund finden sich in Kapitel 6 des Berichts.

Zur Gewaltbetroffenheit von Frauen mit Migrationshintergrund in Deutschland gibt es keine aktuellen repräsentativen Zahlen. Zusatzbefragungen der deutschen Gewaltprävalenzstudie von 2003 belegen aber einen Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und erhöhter Gewaltbelastung gegenüber der Gesamtbevölkerung, insbesondere für weibliche Flüchtlinge und für Frauen mit türkischem Migrationshintergrund [6, 16]. So waren Frauen mit türkischem Migrationshintergrund häufiger von Gewalt durch den aktuellen Partner betroffen als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt (29 % vs. 14 %) [6, 16]. Eine Zusatzbefragung bei geflüchteten Frauen zeigte, dass diese vergleichsweise häufig von Gewalt in unterschiedlichen Lebenskontexten betroffen waren, also neben der Partnerschaft auch in den Wohnheimen, im öffentlichen Raum und im Kontext der Arbeit: 79 % berichteten psychische Gewalt seit dem 16. Lebensjahr, 52 % körperliche Gewalt, 69 % sexuelle Belästigung und 28 % sexuelle Gewalt. Wenn vermutet wird, dass geflüchtete Frauen aufgrund ihrer besonderen Lebenssituation eine größere Zurückhaltung zeigen, Gewalterfahrungen in Deutschland Dritten gegenüber zu benennen als andere Untersuchungsgruppen, könnte die Gewaltbetroffenheit tatsächlich auch noch höher liegen [6]. Bei der erhöhten Gewaltbetroffenheit und Gesundheitsbelastung von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund fiel auf, dass zur schlechteren gesundheitlichen Situation insbesondere älterer Frauen aus dieser Gruppe mehrere Faktoren beitrugen. Nicht nur die erhöhten Gewalterfahrungen waren Ursache, sondern auch die schwierigere soziale und ökonomische Situation, die soziale Isolation sowie Diskriminierung und Ausgrenzung in Deutschland [6, 16]. Insofern ist auch hier ein Kontext von struktureller Gewalt und Diskriminierung ein maßgeblicher Hintergrund für erhöhte Belastungssituationen.

Die Studie zeigte auch, dass sich sowohl Frauen mit Behinderungen als auch Frauen mit Migrationshintergrund und geflüchtete Frauen aufgrund stärkerer Abhängigkeiten schwerer aus

Gewaltsituationen lösen als andere Frauen. Darüber hinaus war es für sie schwieriger, Hilfe, Schutz und Unterstützung durch Institutionen zu erhalten. Die strukturelle Situation trägt dazu bei, dass die betroffenen Frauen ein erhöhtes Risiko haben, in Gewaltsituationen zu verbleiben und dadurch gesundheitlich geschädigt zu werden [6, 13–18].

8.4 Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen

Die Ergebnisse nationaler und internationaler Studien verweisen auf einen Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen von Frauen und direkten sowie langfristigen Folgen für die Gesundheit [1, 5, 6, 9, 19–24]. Gewaltbelastungen in der Kindheit und Jugend sowie fortgesetzte Gewalterfahrungen im Erwachsenenleben können den physischen und psychischen Gesundheitszustand von Frauen nachhaltig negativ beeinflussen [1, 5, 6, 9, 13, 15, 19–26].

Gewalterfahrungen können zu kurz-, mittel- und langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Die Übersicht in Abbildung 8.4.1 zeigt verschiedene gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Akute Verletzungen und psychische sowie psychosoziale Probleme, wie Angstgefühle, Konzentrationsstörungen und psychischer Stress, gelten als unmittelbare gesundheitliche Folgen von Gewalt. Zu den mittel- und langfristigen Gesundheitsfolgen körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt gegen Frauen gehören körperliche und psychische Symptome und Erkrankungen. Durch das Zusammenwirken von körperlichen und psychischen Aspekten können sogenannte psychosomatische Erkrankungen entstehen. Auch gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen können als Folge erlebter Gewalt auftreten.

Obwohl eine direkte Vergleichbarkeit der internationalen Forschungsergebnisse nur begrenzt möglich ist und die komplexen Ursachen- und Wirkungszusammenhänge zwischen Gewalterlebnissen und gesundheitlichen Folgen empirisch schwer zu erfassen sind, verweisen zahlreiche Befunde auf gesundheitliche Folgen von Gewalt und benennen ähnliche Symptome. Neben den erlebten Gewalterfahrungen haben auch die individuelle Bewertung und Verarbeitung der Gewalterfahrungen einen Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit Betroffener [1, 28]. Zudem liegen bisher nur wenige Erkenntnisse über die möglichen Wechselwirkungen zwischen gesundheitlichen

Abbildung 8.4.1
Übersicht zu gesundheitlichen Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen
Quelle: Hellbernd, Brzank, Wieners et al. [27]

Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen

Nicht-tödliche Folgen

Körperliche Folgen
- Verletzungen
- Funktionelle Beeinträchtigungen
- Dauerhafte Behinderungen

Gesundheitsgefährdende (Überlebens-) Strategien als Folgen
- Rauchen
- Alkohol- und Drogengebrauch
- Risikoreiches Sexualverhalten
- Selbstverletzendes Verhalten

(Psycho-)somatische Folgen
- Chronische Schmerzsyndrome
- Reizdarmsyndrom
- Magen-Darm-Störungen
- Harnwegsinfektionen
- Atemwegsbeschwerden

Psychische Folgen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Depression, Ängste, Schlafstörungen, Panikattacken
- Essstörungen
- Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl
- Suizidalität

Folgen für die reproduktive Gesundheit
- Eileiter- und Eierstockentzündungen
- Sexuell übertragbare Krankheiten
- Ungewollte Schwangerschaften
- Schwangerschaftskomplikationen
- Fehlgeburten/niedriges Geburtsgewicht

Tödliche Folgen

- Tödliche Verletzungen
- Tötung
- Mord
- Suizid

Beeinträchtigungen, erhöhter Gewaltbetroffenheit und sozialen Folgeproblemen von Gewalt (z. B. Armut oder Isolation) vor. So ist z. B. nicht eindeutig nachvollziehbar, in welchem Maße psychische Beschwerden eine Folge von Gewalterfahrungen sind und in welchem Maße Frauen mit psychischen Problemen eher gefährdet sind, Gewalt in ihrer Partnerschaft oder in anderen Lebensbereichen zu erfahren bzw. sich nicht daraus lösen zu können [1, 5, 6, 14]. Vieles spricht für wechselseitige Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen, psychosozialen und gesundheitlichen Problemen im Leben von Frauen [1, 5, 6, 14, 29].

Die folgenden Erkenntnisse zu den gesundheitlichen Folgen von Gewalt gegen Frauen basieren überwiegend auf repräsentativen bevölkerungsweiten Befragungen von Frauen, auf klinischen Studien und (systematischen) Literaturreviews. Für Deutschland beziehen sich die Befunde größtenteils auf die Ergebnisse der bisher einzigen großen bundesdeutschen Gewaltprävalenzstudie aus dem Jahr 2003 mit über 10.000 Befragten [6], einer Folgestudie zu Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen [13] sowie auf die Ergebnisse der europäischen FRA-Studie von 2012 [8].

In diesen Studien wurden die Zusammenhänge zwischen Gewalt und gesundheitlichen Folgen einerseits durch direkte Nachfragen an Betroffene erfasst. Die Frauen berichten von Verletzungs-, psychischen und psychosozialen Folgen von Gewaltereignissen. Andererseits wurde statistisch untersucht, ob Frauen, die Gewalt (in unterschiedlichen Formen und Kontexten) erlebt hatten, in erhöhtem Maße von verschiedenen körperlichen, psychosomatischen und psychischen Belastungen sowie Einschränkungen in der reproduktiven Gesundheit und im Gesundheitsverhalten betroffen sind. Daraus ergaben sich die im Folgenden dargestellten Erkenntnisse zu gesundheitlichen Folgen von Gewalt im Lebensverlauf.

8.4.1 Verletzungsfolgen

Verletzungen zählen zu den unmittelbaren Folgen von Gewalt, die zu kurz-, mittel- oder langfristigen Gesundheitsbeeinträchtigungen führen können. Etwa die Hälfte der gewaltbetroffenen Frauen der bundesdeutschen Prävalenzstudie trugen in Folge körperlicher oder sexueller Gewalt Verletzungen in unterschiedlichem Ausmaß davon [6]. Verletzungsfolgen traten dabei etwas häufiger nach körperlicher Gewalt (55 %) als nach sexueller Gewalt (44 %) auf. Etwa jede fünfte in Deutschland lebende Frau im Alter von 16 bis 85 Jahren gab an, mindestens einmal körperliche Verletzungen infolge von Gewalt in ihrem Erwachsenenleben erlitten zu haben. Hierzu zählten u. a. Hämatome (Blutergüsse), Gesichts- und Kopfverletzungen, aber auch Knochenbrüche und Verletzungen im Genitalbereich. Die Mehrheit der befragten Frauen trug infolge körperlicher und/oder sexueller Gewalt eine Kombination unterschiedlicher Verletzungen davon; dies stimmt auch mit den Ergebnissen anderer europäischer und internationaler Studien überein [1, 5, 6, 8, 30].

Etwa ein Drittel der befragten gewaltbetroffenen Frauen hatten so schwerwiegende Verletzungen, dass sie medizinische Hilfe in Anspruch nahmen [6]. Internationale Studien geben Hinweise darauf, dass gewaltbetroffene Frauen medizinische Hilfe – unabhängig von ihrem Zugang zu dem jeweiligen Gesundheitssystem – auch bei schwerwiegenderen Verletzungen oftmals nicht wahrnehmen [5]. Dies könnte mit der nach wie vor bestehenden gesellschaftlichen Tabuisierung des Gewaltthemas und der daraus resultierenden Scham der Opfer zusammenhängen.

Verletzungsfolgen wurden in der bundesdeutschen Prävalenzstudie vergleichsweise häufig von Frauen angegeben, die von Gewalt durch ihren Partner oder Ex-Partner betroffen waren (64 %). Diese Befunde decken sich mit den Ergebnissen anderer europäischer Studien [6, 8, 31], wonach mindestens 55 % bis 70 % der von körperlicher und/oder sexueller Partnergewalt betroffenen Frauen unmittelbare körperliche Verletzungen und Beeinträchtigungen davontrugen. Ferner stellt sich Partnergewalt auch dadurch als schwerwiegender dar, als es sich häufiger um mehrfache und fortgesetzte Gewaltübergriffe handelt [5, 6, 8, 31].

In der aktuelleren FRA-Studie wurden die Verletzungsfolgen nur im Zusammenhang mit dem schwerwiegendsten Vorfall körperlicher oder sexueller Gewalt durch den (Ex-)Partner erfasst (Tab. 8.4.1.1).

Im schlimmsten Fall können Verletzungen auch zum Tode führen. Für das Jahr 2018 erfasste das Bundeskriminalamt 324 Fälle von versuchtem Totschlag und Mord an Frauen durch deren Partner oder Ex-Partner; 118 dieser Fälle endeten tödlich [32].

Tabelle 8.4.1.1
Verletzungsfolgen bei Frauen infolge des schwerwiegendsten Vorfalls körperlicher oder sexueller Gewalt durch den (Ex-)Partner
Datenbasis: Europaweite FRA-Studie 2012 [9]

Verletzungsfolgen	Prävalenz bei Gewaltbetroffenen in Deutschland n = 1.534
Blaue Flecken/Kratzer	49 %
Wunden, Verstauchungen/ Verrenkungen, Verbrennungen	16 %
Knochenbrüche, abgebrochene Zähne	5 %
Gehirnerschütterungen/ Verletzungen des Gehirns	3 %
Innere Verletzungen	2 %
Fehlgeburt	1 %
Sonstige	4 %

8.4.2 Körperliche und psychosomatische Folgen

Körperliche und psychosomatische Folgebeschwerden von Gewalt gegen Frauen im Lebensverlauf sind mit Befragungen nicht eindeutig erfassbar, zumal oftmals vielfältige Einflussfaktoren, Zusammenhänge und Wirkungen eine Rolle spielen. Bisher ist noch relativ wenig über Wechselwirkungen und miteinander verknüpfte Prozesse, z. B. durch das (mehrfache) Erleben unterschiedlicher Gewaltformen im Lebensverlauf, Folgeprobleme von Gewaltereignissen und mögliche weitere Einflussfaktoren bekannt. Die verfügbaren Daten verweisen jedoch auf bedeutsame Zusammenhänge zwischen erlebter Gewalt und körperlichen Beschwerden bzw. Symptomatiken bei Betroffenen [1, 5, 8, 20, 21].

Internationale Forschungsergebnisse belegen, dass Gewaltereignisse in der Kindheit und im Erwachsenenalter zu einer Reihe körperlicher und psychosomatischer Beschwerden führen können. Hierbei steht die Anzahl und Schwere der Symptomatiken in engem Zusammenhang mit der Häufigkeit, Dauer und Intensität der Gewaltereignisse. Oftmals bleiben die Beschwerden über die Beendigung der Gewaltsituation hinaus bestehen [1, 20, 21, 33].

Zu den körperlichen und psychosomatischen Folgen von Gewalt gegen Frauen zählen u. a. chronische Schmerzen, wie Kopf-, Rücken- und Bauchschmerzen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Magen-Darm-Beschwerden, Atemwegserkrankungen wie Asthma bronchiale und Bronchitis sowie Knochen-, Muskel- und Nervenerkrankungen [1, 20, 21, 33]. Gewalterfahrungen von Frauen sind zudem oftmals mit gynäkologischen Beschwerden und Erkrankungen sowie Einschränkungen in der reproduktiven Gesundheit verbunden [1, 5, 34–36].

Eine Auswertung der bundesdeutschen Gewaltprävalenzstudie belegte einen starken Zusammenhang zwischen der Gewaltbetroffenheit im Lebensverlauf und der gesundheitlichen Situation der Befragten [16]. Frauen, die im Lebensverlauf körperlicher, psychischer und/oder sexueller Gewalt ausgesetzt waren, schätzen die eigene Gesundheit im Vergleich zu nicht betroffenen Frauen durchweg schlechter ein. Zudem gaben sie deutlich häufiger körperliche und psychische Beschwerden wie Kopf- und Bauchschmerzen, Magen- und Darmprobleme, Zittern, Schwindel, Atemprobleme und gynäkologische Beschwerden an. Gewalterfahrungen in der Kindheit und zusätzlich im Erwachsenenleben führten zu einer erheblichen Zunahme der gesundheitlichen Belastungen. In einer Patientinnenbefragung des Berliner S.I.G.N.A.L.-Begleitprojektes Anfang der 2000er-Jahre wurden weitgehend identische körperliche Beschwerden und Symptomatiken als Folge von Gewalterfahrungen identifiziert [11].

Der wechselseitige Zusammenhang zwischen fortgesetzten Gewalterfahrungen und gesundheitlichen Belastungen zeigt sich auch und insbesondere für Frauen mit Behinderungen [1, 14, 37]. Sie werden im gesamten Lebensverlauf deutlich häufiger Opfer von Gewalt als Frauen ohne Behinderungen. Auch nationale Studien geben Hinweise darauf, dass Behinderungen und chronische Erkrankungen auch eine Folge von in der Kindheit und im Erwachsenenalter erlebter Gewalt sein können [29].

8.4.3 Psychische und psychosoziale Folgen

Gewalterfahrungen in der Kindheit und im Erwachsenenleben gelten in der nationalen und internationalen Forschung als Ursache verschiedenster kurz-, mittel- und langfristiger psychischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen [1, 5, 6, 20, 21, 26, 33, 38]. Zu den psychischen Folgen zählen insbesondere die Ausbildung einer Depression,

einer Posttraumatischen Belastungsstörung, Essstörung oder Angststörung, aber auch Angstsymptome, Stresssymptome und Suizidalität [5, 6, 8, 30, 33, 39]. Kinder mit Gewalterfahrungen weisen zudem häufiger Beeinträchtigungen in der geistigen und emotionalen Entwicklung auf [20, 21].

Als direkte psychische und psychosoziale Folgen der erlebten physischen, psychischen und sexuellen Gewalt gaben die befragten Frauen in der bundesdeutschen Gewaltprävalenzstudie am häufigsten Niedergeschlagenheit/Depressionen, Schlafstörungen/Alpträume, dauerndes Grübeln, vermindertes Selbstwertgefühl, erhöhte Ängste, Schwierigkeiten im Umgang mit Männern bzw. in sozialen Beziehungen sowie Antriebslosigkeit/Konzentrationsschwäche an [6]. Darüber hinaus wurden auch Essstörungen und Suizidgedanken genannt. Diese vielfältigen psychischen und psychosozialen Symptome und Erkrankungen wurden auch in anderen internationalen Studien zu den Folgen von Gewalt gegen Frauen identifiziert [5, 8, 30, 33, 38].

In der für Deutschland aktuelleren europäischen FRA-Studie aus dem Jahr 2012 wurden von den Betroffenen als langfristige Folgen von Gewaltereignissen durch den Partner oder Ex-Partner genannt: Beziehungsschwierigkeiten, ein Gefühl der Verletzlichkeit, der Verlust des Selbstvertrauens, Angstzustände, Schlafstörungen sowie Depressionen (Tab. 8.4.3.1). Partnergewalt gegen Frauen zeichnet sich oft dadurch aus, dass sie wiederholt und über einen längeren Zeitraum auftritt und unterschiedliche Formen physischer, psychischer und sexueller Gewalt umfasst. Diese ist besonders häufig mit schwerwiegenden psychischen und psychosomatischen Folgen verbunden [13, 16].

Aktuelle psychische Beschwerden können auf akute Gewaltereignisse, aber auch auf frühere Gewalterfahrungen in der Kindheit und im Erwachsenenleben zurückgehen. In der bundesdeutschen Gewaltprävalenzstudie des BMFSFJ zeigten sich besonders hohe psychische Belastungswerte für Frauen, die Opfer von Gewalt sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenleben geworden waren und die neben körperlicher Gewalt auch von psychischer und/oder sexueller Gewalt betroffen waren [1, 6]. Dies unterstreicht ebenfalls die Relevanz wiederholter Gewalterfahrungen im Leben von Frauen und es verweist auf den Zusammenhang zwischen der Intensität und Häufigkeit der erlebten Gewalt und dem Ausmaß psychischer Beschwerden.

Tabelle 8.4.3.1
Langfristige psychische Folgen für Frauen durch den schwerwiegendsten Vorfall körperlicher oder sexueller Gewalt durch den (Ex-)Partner
Datenbasis: Europaweite FRA-Studie 2012 [9]

Langfristige psychische Folgen	Prävalenz bei Gewaltbetroffenen in Deutschland n = 1.534
Beziehungsschwierigkeiten	45 %
Gefühl der Verletzlichkeit	43 %
Angstzustände	36 %
Verlust des Selbstvertrauens	33 %
Schlafstörungen	28 %
Depressionen	20 %
Panikattacken	13 %
Konzentrationsstörungen	13 %
Sonstige	7 %

Ergebnisse nationaler und internationaler Studien zu den psychischen Folgen von Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch im Kindesalter [19, 20, 21] deuten ebenfalls auf eine enge Verbindung von Gewalterfahrungen in der Kindheit mit Störungen des Sozialverhaltens, Angst- und Persönlichkeitsstörungen, depressiven Erkrankungen, der Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung, Suizidalität sowie einem erhöhten Alkohol- und Drogenkonsum hin. Diese Befunde weisen auf die hohe Bedeutung der Prävention von Gewalt hin. Zudem verdeutlichen sie, wie wichtig das frühzeitige Erkennen der psychischen und psychosozialen Folgen von Gewalt und deren medizinische und therapeutische Behandlung sind.

8.4.4 Auswirkungen auf die reproduktive Gesundheit

Bedeutsame Lebensereignisse wie Schwangerschaft und Mutterschaft sind von vielfältigen Veränderungen und Umbrüchen sowie neuen Herausforderungen für Frauen und deren Partner geprägt (siehe auch Kapitel 7). Für Frauen geht diese Lebensphase mit einem erhöhten Risiko, Opfer von Partnergewalt zu werden, einher. Ergebnisse der bundesdeutschen Gewaltprävalenzstudie bestätigen dies. Von den Frauen, die von Gewalt

in Paarbeziehungen betroffen waren, berichteten 23 %, dass die Gewalt in der Paarbeziehung erstmals im Kontext ihrer Schwangerschaft und/oder der Geburt des ersten Kindes aufgetreten war [1, 6].

Gewalttaten vor und während der Schwangerschaft schädigen die körperliche und psychische Gesundheit von Frauen und sie können Komplikationen im Schwangerschafts- und Geburtsverlauf verursachen. Dies wirkt sich auch auf die Gesundheit von Föten bzw. Neugeborenen aus. In der bundesdeutschen Prävalenzstudie [6] gaben gewaltbetroffene Frauen signifikant häufiger als nicht betroffene Frauen Unterleibs- bzw. gynäkologische Beschwerden sowie Komplikationen während der Schwangerschaft und Geburt an. Darüber hinaus belegen mehrere nationale und internationale Forschungsergebnisse, dass gewaltbetroffene Frauen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit Fehl- oder Frühgeburten erleiden und häufiger Babys mit einem geringeren Geburtsgewicht zur Welt bringen [1, 5, 8, 40, 41]. Ursachen hierfür können chronischer Stress infolge der Gewaltbelastungen in der Paarbeziehung, körperliche Verletzungen sowie eine geringere oder verspätete Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen durch gewaltbetroffene Frauen sein [1, 5]. Weiterhin berichteten Frauen, die von Partnergewalt betroffen sind oder waren, häufiger von ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen [5].

Partnerschaftskonflikte und -gewalt, aber auch mangelnde Unterstützung und Verlässlichkeit durch den Partner im Verlauf der Schwangerschaft und nach der Geburt erhöhen zudem das Risiko, in dieser Lebensphase an einer Depressionn zu erkranken (u. a. postnatale Depression) [1, 36, 40].

8.4.5 Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten und soziale Beziehungen

Gewalterfahrungen können ein gesundheitsschädigendes Verhalten begünstigen. Es ist belegt, dass gewaltbetroffene Frauen sowie Kinder und Jugendliche häufiger Tabak, Alkohol, Drogen und auf die Psyche wirkende Medikamente konsumieren als nicht Betroffene [1, 5, 6, 20, 21, 42]. Nach der bundesdeutschen Gewaltprävalenzstudie konsumierten Frauen mit Gewalterfahrungen häufiger Alkohol und Drogen, wobei insbesondere der deutlich erhöhte Tabakkonsum auffiel [6]. So rauchten gewaltbetroffene Frauen zwei- bis dreimal häufiger mindestens zehn Zigaretten am Tag als nicht betroffene Frauen. In dieser und in weiteren internationalen Studien wird der erhöhte Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum als Bewältigungsstrategie infolge der erlebten Gewalt interpretiert [1, 5, 6]. Ferner ist bekannt, dass Frauen mit Gewalterfahrungen sich häufiger selbst verletzen und ein riskanteres Sexualverhalten aufweisen. Außerhäusliche körperlich-sportliche Aktivitäten, welche die Gesundheit fördern können (siehe auch Kapitel 2.2.1), werden dagegen von gewaltbetroffenen Frauen seltener unternommen [1, 5, 6].

Frauen, die sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenalter Gewalt erlebt haben, sind zudem stärker sozial isoliert und benennen häufiger Probleme in ihren sozialen Beziehungen [5, 6, 16]. Letzteres kann sowohl Ursache, als auch Folge von Gewalt sein, da gewalttätige Partner oftmals dazu neigen, ihre Partnerinnen zu kontrollieren und sie von ihren Freundinnen und Freunden, Bekannten und ihrer Familie zu isolieren. Die Ergebnisse der bundesdeutschen Gewaltprälenzstudie belegen einen Zusammenhang zwischen sozialer Isolation, Gewalt und einem schlechteren Gesundheitszustand [6].

8.5 Kosten von Gewalt

Gewalterfahrungen sind für die betroffenen Frauen (und auch deren Kinder) mit einem großen individuellen Leid und häufig mit diversen gesundheitlichen und (psycho-)sozialen Folgen verbunden. Gleichzeitig verursachen die Folgen von Gewalt auch erhebliche gesamtgesellschaftliche Kosten [21, 43]. Die jährlichen Kosten infolge von Gewalt gegen Frauen belaufen sich auf etwa 3,8 Milliarden Euro [44]. Diese Summe setzt sich zusammen aus den tatsächlichen Ausgaben für Güter und Dienstleistungen, die als direkte Folge von Gewalt in Anspruch genommen werden, und aus weiteren Folgekosten. Darüber hinaus fallen Kosten an, denen kein direkter Geldwert zugeordnet werden kann.

Im Gesundheitssektor entstehen Kosten vorwiegend durch die medizinische Erstversorgung bei akuten Verletzungen, die Behandlung psychosomatischer Beschwerden und sexuell übertragbarer

Krankheiten sowie für psychologische oder therapeutische Behandlungen betroffener Frauen. Zudem fallen Kosten für Medikamente, Rehabilitationsmaßnahmen und langfristige Versorgungserfordernisse an (z. B. infolge chronischer Erkrankungen). Direkte Kosten für die Gesellschaft entstehen auch durch Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen für Frauen, durch die Kinder- und Jugendhilfe, Polizei und Justiz. Folgekosten von Gewalt entstehen u. a. durch den Verlust an Potenzial, z. B. durch entgangene Einkünfte infolge von Arbeitsausfall/-unfähigkeit oder Frühverrentung [1, 5, 11, 43, 44]. Kosten, denen kein direkter Geldwert gegenübergestellt werden kann, entstehen z. B. durch den Verlust an Lebensqualität aufgrund von Schmerzen, Angst oder dem Verlust von geliebten Personen. Diese Beeinträchtigungen können lebenslang bestehen, auf insgesamt 18 Milliarden Euro schätzt sie die erste deutsche Kostenstudie zu häuslicher Gewalt gegen Frauen [44].

8.6 Fazit

Mit der weltweiten Ausbreitung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 Anfang des Jahres 2020 bekam auch das Thema Gewalt gegen Frauen eine besondere Aktualität. Die WHO weist darauf hin, dass Gewalt gegen Frauen gerade in Notfällen und schwierigen Lebenssituationen wie Pandemien oftmals zunimmt [45]. Das Regionalbüro für Europa geht von einem starken Anstieg der Fälle in Europa während der Ausgangssperren und Einschränkungen der Bewegungsfreiheit aus [46]. Erste Ergebnisse einer repräsentativen Studie aus Deutschland zeigen, dass die Quarantäne das Risiko für Frauen und Kinder erhöhte, zu Hause Opfer von körperlichen Übergriffen zu werden [47].

Eine Reduzierung der Gewaltbetroffenheit von Frauen und der mit ihr verbundenen Folgen und Folgekosten ist – aktuell und langfristig – eine zentrale Voraussetzung für die Verbesserung der Gesundheits- und Lebenssituation von Frauen und die umfassende Gleichstellung der Geschlechter in allen Lebensbereichen. Sie bedarf umfassender Präventions-, Unterstützungs- und Interventionsstrategien auf allen Ebenen.

Das Gesundheitswesen nimmt hierbei eine Schlüsselrolle ein, da Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung von nahezu allen Bevölkerungsgruppen genutzt werden. Aus diesem Grund sollten angehende Fachkräfte darin geschult werden, die gesundheitlichen Folgen von Gewalt zu erkennen und potenziell Betroffene auf mögliche Gewalterfahrungen anzusprechen und zu unterstützen.

Dies ist umso wichtiger, als sich ein großer Teil der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte nicht ausreichend qualifiziert fühlt, die Folgen körperlicher, sexualisierter und häuslicher Gewalt zu diagnostizieren und adäquat anzusprechen [1, 27, 48]. Geschulte Fachkräfte könnten in allen medizinischen und therapeutischen Versorgungsbereichen dazu beitragen, dass Gewaltbelastungen frühzeitig erkannt und bei der Behandlung entsprechend berücksichtigt werden [49, 50]; außerdem könnten so mehr Betroffene an Schutz- und Unterstützungseinrichtungen weitervermittelt werden.

Wenn mögliche Gewalterfahrungen in der Behandlung von physischen und psychischen Beschwerden nicht berücksichtigt werden, kann dies zu Über-, Unter- oder Fehlversorgungen führen. Fehlbehandlungen und Fehlmedikation haben mitunter gravierende gesundheitsschädigende Auswirkungen für die Betroffenen und können die Chronifizierung von Symptomen sowie dauerhafte Beeinträchtigungen bedingen [1].

Neben einer angemessenen medizinischen Versorgung benötigen gewaltbetroffene Frauen in der Regel auch Unterstützung durch regionale Hilfe- und Beratungseinrichtungen und Frauenschutzhäuser sowie überregionale Angebote, wie z. B. das Hilfetelefon (www.hilfetelefon.de). Beratungs- und Hilfsangebote für gewaltbetroffene Frauen umfassen ein breites Spektrum an Angeboten, zum Teil mit Spezialisierungen auf häusliche Gewalt (z. B. Frauenberatungsstellen und -notrufe, Interventionsstellen, Frauenhäuser und angegliederte Beratungsstellen), sexuelle Gewalt (z. B. Frauennotrufe und Fachberatungsstellen für Opfer sexueller Gewalt) sowie Menschenhandel, Zwangsprostitution und Zwangsverheiratung [51, 52]. Form und Anzahl der Hilfe- und Beratungseinrichtungen unterscheiden sich innerhalb Deutschlands je nach Land und Region. Wie eine bundesweite Bedarfsanalyse zeigt, steht insgesamt ein dichtes und ausdifferenziertes Netz an Unterstützungseinrichtungen für gewaltbetroffene Frauen

im Bundesgebiet zur Verfügung [51]. Punktuell wurden jedoch Versorgungslücken und Zugangsschwierigkeiten beobachtet, z. B. für Frauen mit Behinderungen, Frauen mit psychischen Erkrankungen/Suchtmittelabhängigkeiten und Frauen mit Migrationshintergrund [51, 52]. Selbst wenn qualifizierte Einrichtungen zur Verfügung stehen, werden sie von einem Teil der Betroffenen nicht genutzt, u. a. aus Scham oder Angst vor den Folgen der Beratung [51]. Den Ergebnissen der deutschen Prävalenzstudie nach nutzt nur ein geringer Teil der von Gewalt betroffenen Frauen jemals Frauenhäuser oder Fachberatungsstellen; auch wird nur selten die Polizei eingeschaltet [6]. Am häufigsten werden Ärztinnen und Ärzte in Anspruch genommen. Dies bestätigen auch die Ergebnisse der FRA-Studie [8]. Das unterstreicht die Notwendigkeit, dass Fachkräfte im Gesundheitswesen mit der Hilfeinfrastruktur vor Ort vertraut und gut vernetzt sein sollten. Geeignetes Informationsmaterial sollte leicht zugänglich ausliegen, z. B. im Wartezimmer der Arztpraxis oder in Kranken- und Geburtshäusern [49, 50].

Die regionale Vernetzung der verschiedenen Akteurinnen und Akteure im Kontext von Gewalt sollte weiter ausgebaut und verstetigt werden. In Deutschland gab es auf Bundesebene und in einzelnen Ländern bereits Modellprojekte zur medizinischen Prävention und Intervention bei Gewalt, welche die Schulung von Fachkräften im Gesundheitswesen förderten sowie die Vernetzung mit der örtlichen (Frauen-)Hilfeinfrastruktur verstärken [27, 53]. Deren Ergebnisse zeigen, dass die Gesundheitsfachkräfte davon profitieren und die Versorgung von gewaltbetroffenen Frauen in den beteiligten Kliniken und Arztpraxen verbessert werden konnte.

Weiterhin kommt einer rechtssicheren ärztlichen Befunddokumentation bei der Versorgung von Gewaltopfern eine große Bedeutung zu, da diese Dokumentation z. B. für die strafrechtliche Verfolgung der Taten oder zur Klärung des Umgangs- und Sorgerechts nach einer Trennung genutzt werden können. In Gerichtsverfahren wird der ärztlichen Befunddokumentation oftmals mehr Bedeutung beigemessen als den Polizeiakten oder einer eidesstattlichen Erklärung des Opfers [54]. Dementsprechend sollten Ärztinnen und Ärzte flächendeckend in rechtssicherer Befunddokumentation geschult sein. Fortbildungen und Materialien zur rechtssicheren Dokumentation bei häuslicher Gewalt gibt es innerhalb von Deutschland in einigen Ländern, z. B. auch über die Ärztekammern. Am 1. März 2020 ist eine gesetzliche Regelung in Kraft getreten, die vorsieht, dass die vertrauliche Spurensicherung bei Verdacht auf sexualisierte Gewalt von den Krankenkassen erstattet wird [55]. Damit wird die frühzeitige Beweissicherung bei Verdacht auf Vergewaltigung oder sexuellen Missbrauch verbessert. Die Opfer können vertraulich von einer Ärztin oder einem Arzt Spuren sicherstellen lassen, bevor sie sich an die Polizei wenden.

Gesundheitsprävention, Gewaltprävention und die Gleichstellung der Geschlechter sind konzeptionell eng miteinander verknüpft, sodass z. B. Fortschritte bei der Gleichstellung dazu beitragen können, Gewalt gegen Frauen und ihren gesundheitlichen Folgen besser entgegenzuwirken. Die Europaratskonvention von 2011 zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (die sogenannte Istanbul-Konvention), die im Februar 2018 in Deutschland in Kraft trat, verpflichtet die Staaten zu umfassenden Maßnahmen in den Bereichen Recht und Intervention, Schutz und Unterstützung sowie Prävention [56]. Sie zielt darauf ab, Gewalt gegen Frauen wirkungsvoll zu verhüten, zu verfolgen und zu beseitigen und Gewaltbetroffenen die erforderliche Unterstützung und Beratung zu ermöglichen. Sie fordert, dass gewaltbetroffene Frauen wirkungsvoll vor Gewalt geschützt werden sowie kurz- und langfristige Unterstützung erhalten (inkl. nachgehender Angebote zur Heilung und Regeneration), um die Gewalt und deren Folgen überwinden zu können. Die Angebote müssen niedrigschwellig, zugänglich, regional verteilt und gut erreichbar sein. Anvisiert wird ein ganzheitliches Konzept, welches Prävention, (rechtliche und medizinische) Intervention, Schutz und Beratung sowie die Koordinierung aller Akteurinnen und Akteure unter Einbezug von Fachberatungsstellen umfasst und Schutz- und Unterstützungseinrichtungen sowie erforderliche fachliche Angebote angemessen ausstattet und finanziert [56].

Bisherige Bestandsaufnahmen für Deutschland zeigen, dass für einen Teil der Schutz und Unterstützung suchenden Frauen noch Versorgungslücken bestehen [6, 8]. Darüber hinaus fehlen systematische Konzepte zur Prävention von Gewalt gegen Frauen und zur langfristigen Heilung/

Regeneration nach erfahrener Gewalt [51, 52]. Diese zu entwickeln, bundesweit zu implementieren und im Hinblick auf Wirkung und Wirksamkeit zu evaluieren, sollte ein zentrales Ziel der weiteren Gesundheits-, Sozial- und Gleichstellungspolitik zur Stärkung der Frauengesundheit und Gleichstellung von Frauen in Deutschland sein. Die nun auch in Deutschland geltende Europaratskonvention zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt könnte dieser Zielsetzung erheblichen Anschub geben. Ihre Umsetzung ist durch kontinuierliche Forschung, Datensammlung und Monitoring kritisch zu begleiten, zu kontrollieren und zu dokumentieren [56]. Ein erster Bericht zur Umsetzung der Istanbul-Konvention in Deutschland liegt seit Sommer 2020 vor.

Literatur

1. World Health Organization (Hrsg) (2017) Violence against women. Key facts. Fact sheet. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women (Stand: 01.04.2020)
2. Council of Europe (Hrsg) (2011) Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence. Council of Europe Treaty Series No. 210. https://rm.coe.int/168008482e (Stand: 01.04.2020)
3. Krug EG, Dahlenberg LL, Mercy JA et al. (2002) World report on violence and health. World Health Organization, Geneva
4. World Health Organization (Hrsg) (2013) Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. WHO, Geneva
5. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Gesundheitliche Folgen von Gewalt – Unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 42. RKI, Berlin
6. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. BMFSFJ, Berlin
7. Schröttle M, Meshkova K, Lehmann C (2019) Umgang mit sexueller Belästigung am Arbeitsplatz – Lösungsstrategien und Maßnahmen zur Intervention. Ergebnisse einer Studie der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Berlin. www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Expertisen/Umgang_mit_sexueller_Belaestigung_am_Arbeitsplatz.html (Stand: 01.04.2020)
8. European Union Agency for Fundamental Rights (Hrsg) (2014) Violence against women: an EU-wide survey. Main results. FRA, Vienna
9. European Union Agency for Fundamental Rights (2012) Survey on violence against women in EU (2012). https://fra.europa.eu/en/publications-and-resources/data-and-maps/survey-data-explorer-violence-against-women-survey (Stand: 01.04.2020)
10. Habel U (2018) Gewaltbetroffene Männer. Gesundheit und Risikoverhalten. Vorstellung der Zwischenergebnisse der G.M.G.R. Studie. GMGR-Symposium, Bochum
11. GiG-net – Forschungsnetz Gewalt im Geschlechterverhältnis (Hrsg) (2008) Gewalt im Geschlechterverhältnis. Erkenntnisse und Konsequenzen für Politik, Wissenschaft und Soziale Praxis. Verlag Barbara Budrich, Leverkusen-Opladen
12. Schröttle M, Vogt K (2016) Women as Victims and Perpetrators of Violence: Empirical Results from National and International Quantitative Violence Research. In: Kury H, Redo S, Shea E (Hrsg) Women and Children as Victims and Offenders: Background, Prevention, Reintegration. Suggestions for Succeeding Generations (Volume 1). Springer, Heidelberg, New York, S. 479–504
13. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2008) Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen. Eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. BMFSFJ, Berlin
14. Schröttle M, Hornberg C, Glammeier S et al. (2012) Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Journal Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW 30:60–64
15. Schröttle M, Glammeier S (2013) Intimate Partner Violence Against Disabled Women as a Part of Widespread Victimization and Discrimination over the Lifetime: Evidence from a German Representative Study. IJCV 7(2):232–248
16. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2007) Gesundheit – Gewalt – Migration. Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und sozialen Situation und Gewaltbetroffenheit von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland. BMFSFJ, Berlin
17. Smedley BD (2012) The lived experience of race and its health consequences. Am J Public Health 102(5):933–935
18. Prasad N (2009) Gewalt und Rassismus als Risikofaktoren für die Gesundheit von Migrantinnen. In: Heinrich-Böll-Stiftung e. V. (Hrsg) Migration und Gesundheit. Dossier. Heinrich-Böll-Stiftung e. V., Berlin, S. 7–13
19. Herrmann B, Banaschak S, Csorba R et al. (2014) Physical examination in child sexual abuse – approaches and current evidence. Dtsch Arztebl Int 111(41):692–703
20. Egle UT, Franz M, Joraschky P et al. (2016) Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit – ein Update. Bundesgesundheitsbl 59(10):1247–1254
21. Plener PL, Ignatius A, Huber-Lang M et al. (2017) Auswirkungen von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung im Kindesalter auf die psychische und physische Gesundheit im Erwachsenenalter. Nervenheilkunde 36(03):161–167
22. Zieman G, Bridwell A, Cárdenas JF (2017) Traumatic Brain Injury in Domestic Violence Victims: A Retrospective Study at the Barrow Neurological Institute. J Neurotrauma 34(4):876–880
23. Widom CS, Czaja SJ, Bentley T et al. (2012) A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: new findings from a 30-year follow-up. Am J Public Health 102(6):1135–1144
24. Black MC (2011) Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences: Implications for Clinicians. Am J Lifestyle Med 5(5):428–439
25. Kwako LE, Glass N, Campbell J et al. (2011) Traumatic brain injury in intimate partner violence: a critical review of outcomes and mechanisms. Trauma Violence Abuse 12(3):115–126
26. Felitti VJ, Fink PJ, Fishkin RE (2007) Ergebnisse der Adverse Childhood Experiences (ACE) – Studie zu Kindheitstrauma und Gewalt. Epidemiologische Validierung psychoanalytischer Konzepte. Trauma & Gewalt 1(02):18–32
27. Hellbernd H, Brzank P, Wieners K et al. (2004) Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis. BMFSFJ, Berlin

28. Lacey KK, McPherson MD, Samuel PS et al. (2013) The Impact of Different Types of Intimate Partner Violence on the Mental and Physical Health of Women in Different Ethnic Groups. J Interpers Violence 28(2):359–385
29. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2013) Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland. Ergebnisse der quantitativen Befragung. BMFSFJ, Bielefeld, Frankfurt, Köln, München
30. Kapella O, Baierl A, Rille-Pfeiffer C et al. (2011) Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld. Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern. Österreichisches Institut für Familienforschung an der Universität Wien, Wien
31. Martinez M, Schröttle M, Condon S et al. (2007) Perspectives and standards for good practice in data collection on interpersonal violence at European Level. www.gewaltinfo.at/uploads/pdf/CAHRV_FINAL_REPORT__29-10-2007_.pdf (Stand: 01.04.2020)
32. Bundeskriminalamt (Hrsg) (2019) Partnerschaftsgewalt. Kriminalstatistische Auswertung – Berichtsjahr 2018. BKA, Wiesbaden
33. Dillon G, Hussain R, Loxton D et al. (2013) Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature. Int J Family Med 2013:313909
34. Sugg N (2015) Intimate partner violence: prevalence, health consequences, and intervention. Med Clin North Am 99(3):629–649
35. Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS et al. (2012) Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med 75(6):959–975
36. Vliegen N, Casalin S, Luyten P (2014) The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies. Harv Rev Psychiatry 22(1):1–22
37. Krnjacki L, Emerson E, Llewellyn G et al. (2016) Prevalence and risk of violence against people with and without disabilities: findings from an Australian population-based study. Aust N Z J Public Health 40(1):16–21
38. Ansara DL, Hindin MJ (2011) Psychosocial consequences of intimate partner violence for women and men in Canada. J Interpers Violence 26(8):1628–1645
39. Gartland D, Hemphill SA, Hegarty K et al. (2011) Intimate partner violence during pregnancy and the first year postpartum in an Australian pregnancy cohort study. Matern Child Health J 15(5):570–578
40. Devries KM, Kishor S, Johnson H et al. (2010) Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. Reprod Health Matters 18(36):158–170
41. Hellbernd H, Brzank P (2013) Häusliche Gewalt im Kontext von Schwangerschaft und Geburt: Interventions- und Präventionsmöglichkeiten für Gesundheitsfachkräfte. In: Kavemann B, Kreysigg U (Hrsg) Handbuch Kinder und häusliche Gewalt. Springer VS, Wiesbaden, S. 154–168
42. Devries KM, Child JC, Bacchus LJ (2014) Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. Addiction 109(3):379–391
43. Niebuhr D, Salge S, Brzank P (2012) Kosten Intimer Partnergewalt gegen Frauen. Ein systematischer Review. Bundesgesundheitsbl 55(5):715–727
44. Sacco S (2017) Häusliche Gewalt. Kostenstudie für Deutschland. Gewalt gegen Frauen in (ehemaligen) Partnerschaften. tredition GmbH, Hamburg
45. Weltgesundheitsorganisation (2020) COVID-19 and violence against women. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331699/WHO-SRH-20.04-eng.pdf?ua=1 (Stand: 07.04.2020)
46. Weltgesundheitsorganisation (2020) Deutliche Zunahme zwischenmenschlicher Gewalt – eine unbeabsichtigte Folge der gegen COVID-19 ergriffenen Maßnahmen für Familien. www.euro.who.int/de/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/news/news/2020/6/the-rise-and-rise-of-interpersonal-violence-an-unintended-impact-of-the-covid-19-response-on-families (Stand: 03.06.2020)
47. Technische Universität München (2020) Erste große Studie zu Erfahrungen von Frauen und Kindern in Deutschland. Häusliche Gewalt während der Corona-Pandemie. www.tum.de/nc/die-tum/aktuelles/pressemitteilungen/details/36053/ (Stand: 02.06.2020)
48. Wieners K, Hellbernd H, Jenner SC et al. (2012) Häusliche Gewalt in Paarbeziehungen. Intervention und Prävention. Notfall Rettungsmed 15(1):65–80
49. Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt e. V. (2013) Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. Deutsche Übersetzung von: World Health Organization (Hrsg) (2013) Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. S.I.G.N.A.L. e. V., Berlin
50. Wieners K, Winterholler M (2016) Häusliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen. Implikationen der WHO-Leitlinien für Deutschland. Bundesgesundheitsbl 59(1):73–80
51. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2013) Bericht der Bundesregierung zur Situation der Frauenhäuser und Fachberatungsstellen und anderer Unterstützungsangebote für gewaltbetroffene Frauen und deren Kinder. BMFSJ, Berlin
52. Schröttle M, Vogt K, Rosemeier J (2016) Studie zur Bedarfsermittlung zum Hilfesystem für gewaltbetroffene Frauen und ihre Kinder in Bayern. Institut für empirische Soziologie, Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg
53. Bühring P (2012) Medizinische Interventionen gegen Gewalt an Frauen I: Teil eines helfenden Netzwerks. Dtsch Arztebl Int 109(16):A-797
54. Wieners K, Hellbernd H, Oesterhelweg L (2012) Gewalt in Partnerschaften und ärztliche Dokumentation körperlicher Verletzungen. Berliner Ärzte 2012(1):30–33
55. Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz) vom 10. Februar 2020, BGBl. I, Nr. 6, S. 148–157. www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#__gbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl120s0148.pdf%27%5D__1583831280406 (Stand: 01.04.2020)
56. Europarat (2011) Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt. https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680462535 (Stand: 01.04.2020)

Gesundheit von Frauen mit Behinderungen

KAPITEL 9

- *Fünf Millionen Frauen und Mädchen (etwa 12% der weiblichen Bevölkerung) haben eine amtlich anerkannte Behinderung, bei 3,8 Millionen liegt eine Schwerbehinderung vor.*

- *Der Anteil der Frauen mit Behinderungen steigt mit dem Alter an; fast 60% der Frauen mit anerkannter Schwerbehinderung sind 65 Jahre alt oder älter.*

- *Rund 19% der Frauen mit Beeinträchtigungen nehmen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut wahr, im Gegensatz zu rund 75% der Frauen ohne Beeinträchtigungen.*

- *Frauen mit Beeinträchtigungen haben eine höhere Inanspruchnahme der ambulanten und stationären Versorgung als Frauen ohne Beeinträchtigungen.*

- *Frauen mit Behinderungen sind im Lebensverlauf deutlich häufiger von Gewalt betroffen als Frauen ohne Behinderungen.*

9 Gesundheit von Frauen mit Behinderungen

9.1 Einleitung

Beeinträchtigungen und Behinderungen betreffen große Teile der Bevölkerung – als direkt Betroffene oder als Angehörige. Dabei stellen Frauen mit Behinderungen eine besonders von gesundheitlicher Ungleichheit betroffene Personengruppe dar. Viele von ihnen erfahren mehrfache Diskriminierung, aufgrund ihrer Behinderung und ihres Geschlechts [1]. In diesem Kapitel werden Aspekte der besonderen gesundheitlichen Lage von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen aufgezeigt: Es werden die allgemeine Lebenssituation und die gesundheitliche Lage von Frauen mit Behinderungen in Deutschland beschrieben sowie Daten zum gesundheitsbezogenen Verhalten, zur Inanspruchnahme und zur Zugänglichkeit von Leistungen der Gesundheitsversorgung, mit dem Schwerpunkt ambulante Versorgung, dargestellt. Hieraus ergeben sich auch Überlegungen zur Gestaltung einer nutzerinnengerechten Angebotsstruktur. Weitere Abschnitte widmen sich den Themen sexuelle und reproduktive Gesundheit und Selbstbestimmung sowie Gewalterfahrungen.

Als Datengrundlage werden verschiedene Studien und Berichte genutzt, darunter der Mikrozensus und die Statistik der schwerbehinderten Menschen des Statistischen Bundesamtes [2, 3], die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) herausgegebenen Teilhabeberichte der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen [4, 5], die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) des Robert Koch-Instituts (RKI) sowie die Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zu Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen [6]. Diese Studie wurde sowohl als repräsentative Haushaltsbefragung als auch als repräsentative Einrichtungsbefragung durchgeführt, die teilnehmenden Frauen waren 16 bis 65 Jahre alt. Aus der Haushaltsbefragung wurden Daten von 800 Frauen ausgewertet, in der Einrichtungsbefragung wurden 102 Frauen mit zumeist psychischen Erkrankungen mit dem allgemeinen Fragebogen und 318 Frauen mit sogenannten geistigen Behinderungen in einem vergleichbaren Fragebogen in vereinfachter Sprache befragt. Außerdem wurden internationale Erhebungen wie der European Health and Integration Survey (EHSIS) [7] sowie zwei Studien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Sexualität von Jugendlichen mit Behinderungen [8, 9] einbezogen.

Allerdings sind der Forschungsstand und die Datenlage zur Gesundheit von Menschen mit Behinderungen in vielen Bereichen lückenhaft. Bei Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung werden Menschen mit Behinderungen häufig nicht genügend miteinbezogen (u. a., weil es an barrierefreien Erhebungsmethoden mangelt) und sind daher unterrepräsentiert. Eine weitere Schwierigkeit der Datenerhebung betrifft die Gruppe der Menschen mit Behinderungen, die nicht in eigenen Haushalten oder bei ihrer Familie, sondern in Wohneinrichtungen oder Pflegeheimen leben, da diese nur selten Bestandteil der Stichproben von Befragungen sind. Auch gehörlose Menschen werden aufgrund methodischer Aspekte in Studien meist nicht berücksichtigt, da häufig (rein akustische) Telefoninterviews als Erhebungsmethode genutzt werden.

9.2 Begriffsbestimmung und rechtliche Grundlagen

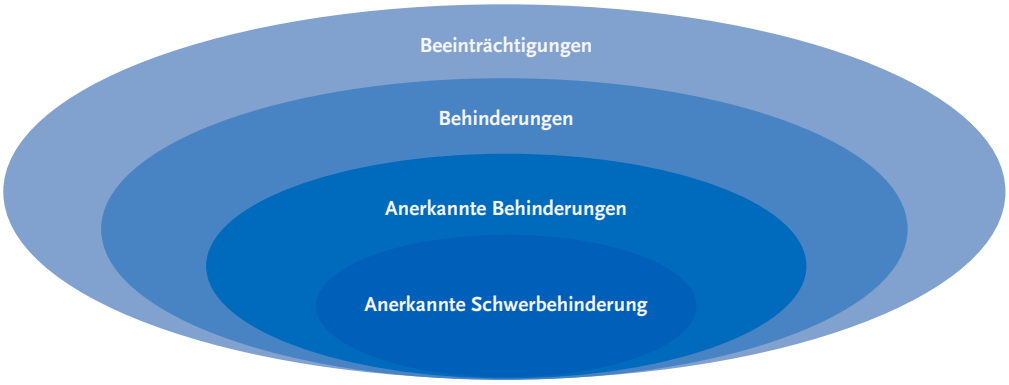
Die Sichtweise auf Behinderungen hat sich in den letzten Jahrzehnten gewandelt und ist weiter in Veränderung begriffen [5, 10]. Daher sollen hier zunächst begriffliche und rechtliche Grundlagen im Überblick dargestellt werden; für detailliertere Ausführungen sei auf die Teilhabeberichte der Bundesregierung verwiesen [4, 5]. Diese verstehen unter Beeinträchtigungen, dass aufgrund von Funktionsstörungen (z. B. wegen chronischer Erkrankungen) dauerhafte Einschränkungen in Aktivitäten und Teilhabe bestehen. Dagegen entstehen Behinderungen, wenn Beeinträchtigungen mit Barrieren in der Umwelt so zusammenwirken, dass dadurch die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt wird (Abb. 9.2.1) [5]. Der Aspekt der Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt ist ein wesentliches Kennzeichen

der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [11], die 2001 veröffentlicht wurde und die Diskussion wie die Gesetzgebung entscheidend mitgeprägt hat [5, 12].

Auch in der deutschen Sozialgesetzgebung wird – übernommen aus der UN-Behindertenrechtskonvention [1] – auf die Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt Bezug genommen: Menschen mit Behinderungen werden darin verstanden als „Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. Als langfristig gilt ein Zeitraum, der mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate andauert“ (Bundesgleichstellungsgesetz, § 3 BGG; ähnlich Neuntes Buch Sozialgesetzbuch, § 2 Absatz 1 SGB IX). Die „besonderen Belange von Frauen mit Behinderungen“ sind „zu berücksichtigen und bestehende Benachteiligungen zu beseitigen“ (§ 2 Absatz 1 BGG). Für eine amtliche Anerkennung von Behinderungen muss ein Antrag gestellt werden. Dabei werden die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft abgestuft nach Schweregraden (Grad der Behinderung, GdB) festgestellt. Ein GdB ab 50 zählt als Schwerbehinderung (§ 2 Absatz 2 SGB IX). Menschen mit Beeinträchtigungen oder Behinderungen haben Anspruch auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe mit dem Ziel, eine Behinderung abzuwenden, Verschlimmerungen zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (SGB IX § 4). Bei Vorliegen bestimmter rechtlicher Voraussetzungen besteht außerdem ein Anrecht auf Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (Teil 2 SGB IX).

Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) [1] verzichtet auf eine Definition von Behinderung und verweist darauf, „dass das Verständnis von Behinderung sich ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht” (Präambel, Buchstabe e). Zur Gruppe der Menschen mit Behinderungen zählen laut UN-BRK „Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“ (Artikel 1, Satz 2); dies verdeutlicht auch den engen Bezug der UN-BRK zur ICF.

Abbildung 9.2.1
Beeinträchtigungen, Behinderungen und anerkannte Behinderungen
Quelle: Teilhabeberichte der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen [4, 5]



Beeinträchtigungen: Dauerhafte Einschränkungen der Funktionsfähigkeit bei Aktivitäten in verschiedenen Lebensbereichen und der Teilhabe (z. B. aufgrund von chronischen Erkrankungen).
Behinderungen: Entstehen aus dem wechselseitigen Verhältnis aus Beeinträchtigungen und Barrieren in der Umwelt, wodurch eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft dauerhaft eingeschränkt wird.
Anerkannte Behinderungen, anerkannte Schwerbehinderung: Amtliche Anerkennung einer Behinderung oder Schwerbehinderung (je nach Schweregrad/Grad der Behinderung; Schwerbehinderung: Grad der Behinderung ≥50%).

Die UN-BRK ist als Völkerrechtsvertrag für Deutschland seit 2009 rechtsgültig. Sie konkretisiert die Menschenrechte für die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen und soll die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen sicherstellen. Frauen mit Behinderungen werden in der UN-BRK besonders hervorgehoben, da sie sowohl aufgrund ihres Geschlechts als auch aufgrund ihrer Behinderung Diskriminierungen erleben können und sich zudem aus der Verbindung dieser beiden Ungleichheitsdimensionen neue Benachteiligungen ergeben. Dabei wurde in der UN-BRK der sogenannte „Twin-Track-Approach" umgesetzt [13]: Es gibt einen eigenen Artikel zu Frauen (Artikel 6, siehe Infobox 9.2.1) als auch Frauen- und Genderreferenzen in anderen wichtigen Artikeln (z. B. Artikel 25 zur Gesundheit, siehe Infobox 9.5.3.1). Insgesamt verpflichten sich die Vertragsstaaten, Maßnahmen zur Gleichstellung und zur Förderung der Autonomie von Frauen zu treffen.

Die Bundesregierung stellte auf Grundlage der UN-BRK den Nationalen Aktionsplan (NAP) „Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft" [14] mit Maßnahmen zur Umsetzung der UN-BRK auf. In Bezug auf Frauen mit Behinderungen sieht der Aktionsplan Datenerhebungen, die Förderung politischer Teilhabe, die Etablierung von Frauenbeauftragen in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen sowie die Verbesserung der Barrierefreiheit von Unterstützungseinrichtungen bei von Gewalt betroffenen Frauen vor [14]. 2016 wurde der NAP neu aufgelegt. Der „NAP 2.0" soll die konkrete Umsetzung der UN-BRK weiter voranbringen und insbesondere im Bereich des Arbeitsmarktes die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen stärken. Besondere Schwerpunkte für Frauen mit Behinderungen sind die Förderung der Interessenvertretung und Stärkung der Mitwirkungsmöglichkeiten in Werkstätten sowie die Stärkung des Gewaltschutzes [14].

Auch das 2016 verabschiedete Bundesteilhabegesetz (BTHG) soll für eine Verbesserung der Teilhabe und Selbstbestimmung in Sinne der UN-BRK sorgen. Schwerpunkt ist die Neufassung des SGB IX: Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen wurde aus der Sozialhilfe herausgenommen und in das SGB IX eingegliedert [15]. Der dadurch eingeleitete Systemwechsel wird insgesamt begrüßt; dennoch kritisieren Betroffene, dass es auch Bereiche gibt, in denen es zu Verschlechterungen kommt [16]. Zur Stärkung und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen, Menschen, die von Behinderung bedroht sind, sowie ihren Angehörigen fördert das BMAS mit der Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX die Umsetzung eines von Trägern und Leistungserbringern unabhängigen Beratungsangebots.

Infobox 9.2.1
Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen [1]

Artikel 6 – Frauen mit Behinderungen

(1) Die Vertragsstaaten anerkennen, dass Frauen und Mädchen mit Behinderungen mehrfacher Diskriminierung ausgesetzt sind, und ergreifen in dieser Hinsicht Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass sie alle Menschenrechte und Grundfreiheiten voll und gleichberechtigt genießen können.

(2) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen zur Sicherung der vollen Entfaltung, der Förderung und der Stärkung der Autonomie der Frauen, um zu garantieren, dass sie die in diesem Übereinkommen genannten Menschenrechte und Grundfreiheiten ausüben und genießen können.

9.3 Häufigkeit, Ursachen und Formen von Behinderung

Nach Daten des Mikrozensus lebten im Jahr 2017 in Deutschland 5,0 Millionen Frauen mit einer amtlich anerkannten Behinderung, dies entspricht 12,1 % der weiblichen Bevölkerung [2]. Der Schwerbehindertenstatistik des Statistischen Bundesamtes zufolge lag 2017 die Zahl der Frauen mit Schwerbehinderung, also mit einer Einstufung des Grads der Behinderung über 50, bei 3,8 Millionen [3]. 78,4 % von ihnen waren über 55 Jahre alt, 58,2 % 65 Jahre alt und älter. Jünger als 25 Jahre waren nur 3,2 % der schwerbehinderten Frauen [3]. Der Großteil der Schwerbehinderungen wird im Laufe des Lebens erworben. Von einer angeborenen Behinderung waren 3 % der Frauen betroffen.

Körperliche Behinderungen waren 2017 nach der Schwerbehindertenstatistik mit 59,0 % die häufigste Form der Schwerbehinderung bei Frauen

Tabelle 9.3.1
Frauen mit Schwerbehinderungen, 2017
Datenbasis: Statistik der schwerbehinderten Menschen [3]

Form der schwersten Behinderung*	Anzahl	Anteil	Veränderung 2005 – 2017
Körperliche Behinderung	2.264.396	59,0 %	7,6 %
Blindheit oder Sehbehinderung	205.163	5,3 %	-0,4 %
Sprach- oder Sprechstörung, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörung	151.528	3,9 %	22,6 %
Psychische Behinderung	342.662	8,9 %	95,5 %
Geistige Behinderung, Lernbehinderung	125.177	3,3 %	11,9 %
Sonstige Behinderung	749.128	19,5 %	45,1 %
Gesamt	**3.838.054**	**100,0 %**	**18,6 %**

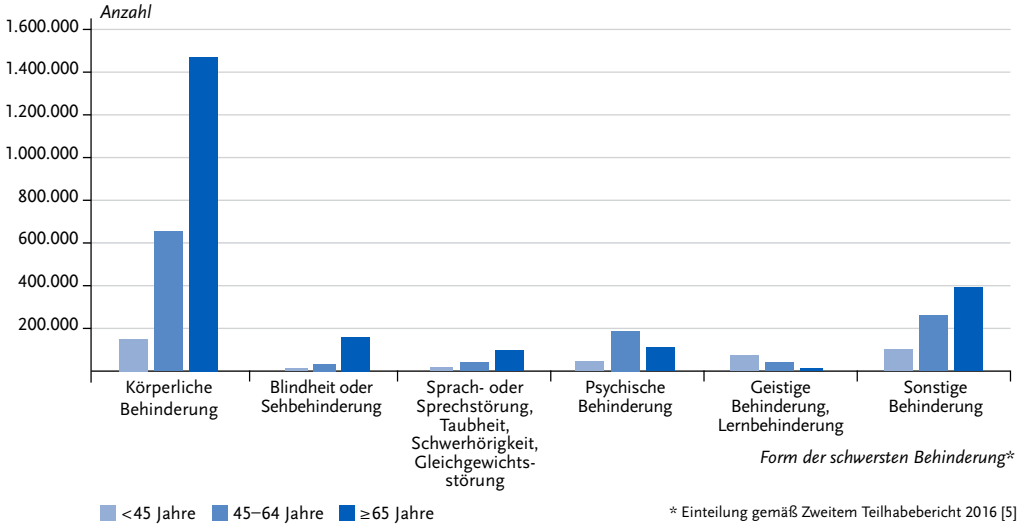
* Einteilung gemäß Zweitem Teilhabebericht 2016 [5]

(Tab. 9.3.1). Unter diesen spielten Funktionsbeeinträchtigungen innerer Organe oder Organsysteme mit 21,2 % und Funktionseinschränkungen von Gliedmaßen mit 12,5 % aller Schwerbehinderungen bei Frauen die größte Rolle [3]. Dass mit zunehmendem Lebensalter mehr Frauen von Schwerbehinderungen betroffen sind, ist vor allem auf den Anstieg bei den körperlichen Beeinträchtigungen zurückzuführen (Abb. 9.3.1). In der Statistik der schwerbehinderten Menschen sind jedoch nur die Personen erfasst, die einen Antrag auf Anerkennung ihrer Behinderung gestellt haben und einen Grad der Behinderung ab 50 aufweisen. Die tatsächliche Anzahl von Frauen mit Schwerbehinderungen ist wahrscheinlich noch höher, da viele Frauen keinen Antrag auf Anerkennung der Behinderung stellen. So hatten in der Studie des BMFSFJ nur 37 % der beeinträchtigten Frauen in den Haushalten einen Behindertenausweis [6]. Dass bei Männern eine amtlich anerkannte Schwerbehinderung häufiger ist als bei Frauen, wird auch darauf zurückgeführt, dass Männer häufiger erwerbstätig sind und eher von den Vorteilen einer amtlich anerkannten Schwerbehinderung auf dem Arbeitsmarkt und bei der Rente („Frühberentung“) profitieren [3, 17].

Die Anzahl der Frauen mit anerkannten Schwerbehinderungen ist von 2005 bis 2017 um rund 19 % gestiegen, der Anteil der Frauen mit Schwerbehinderungen an der weiblichen Bevölkerung erhöhte sich von 7,7 % auf 9,1 %. Den größten Anstieg gab es bei den psychischen Behinderungen (Tab. 9.3.1) und innerhalb dieser Gruppe bei den Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. 2005 lag bei 70.848 Frauen eine amtlich anerkannte Schwerbehinderung aufgrund dieser Störungen vor, 2017 bei 217.301 Frauen; besonders hoch war der Anstieg in der Altersgruppe zwischen 45 und 70 Jahren [3, 18]. Möglicherweise ist diese Entwicklung im Zusammenhang zu sehen mit der starken Zunahme an Krankschreibungen und Frühberentungen aufgrund psychischer Störungen, für die als Gründe u. a. die größere Bedeutung der psychischen Gesundheit in Arbeits- und Lebenswelten, eine veränderte Wahrnehmung sowie ein verändertes ärztliches Diagnoseverhalten diskutiert werden (siehe Kapitel 2.1.7).

Im Zweiten Teilhabebericht der Bundesregierung wird – basierend auf Auswertungen der Mikrozensusdaten – auch für Beeinträchtigungen und leichte Behinderungen die zeitliche Entwicklung ausgewiesen. Demnach ist die Anzahl der Frauen mit Beeinträchtigungen (als Behinderungen und chronische Krankheit zusammengenommen) zwischen 2005 und 2013 um 16 % und die der Frauen mit leichten Behinderungen (Grad der Behinderung unter 50) um 57 % angestiegen [5]. Der Anstieg ist zum einen auf den mit dem demografischen Wandel einhergehenden Anstieg der Zahl älterer Menschen zu erklären, die ein höheres Risiko für Beeinträchtigungen und Behinderungen aufweisen [5]. Da sich jedoch auch der Anteil der Menschen mit Behinderungen in den einzelnen Altersgruppen erhöht hat, kann davon ausgegangen werden, dass mehr Menschen einen Antrag auf Anerkennung gestellt haben, der leichte Behinderungen bestätigt, oder mehr Menschen mit leichten Behinderungen dies in der Erhebung angegeben haben [5].

Abbildung 9.3.1
Frauen mit Schwerbehinderungen nach Alter, 2017
Datenbasis: Statistik der schwerbehinderten Menschen [3]



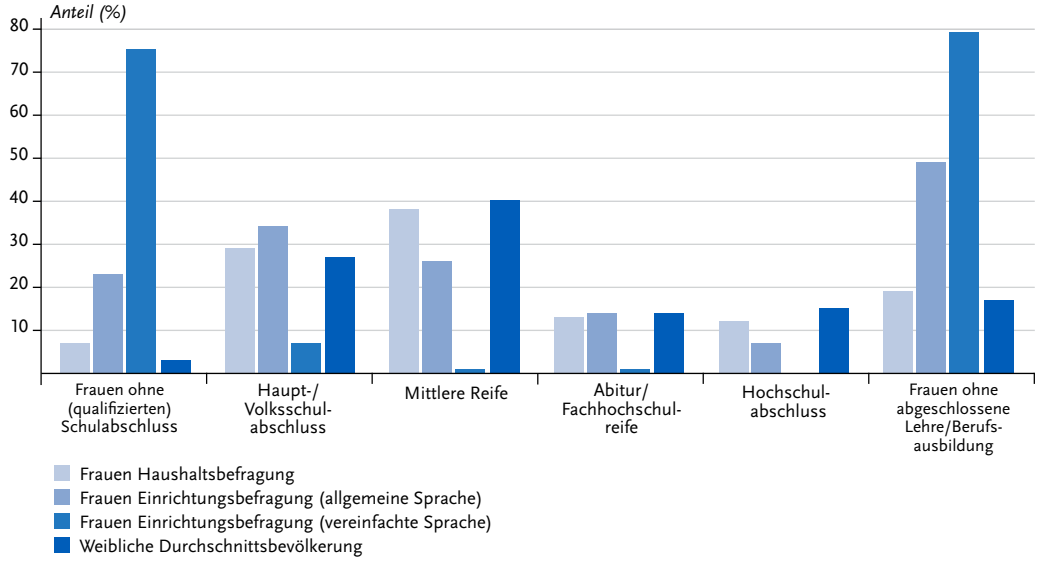
* Einteilung gemäß Zweitem Teilhabebericht 2016 [5]

9.4 Lebenslagen von Frauen mit Behinderungen

Der Großteil der Frauen mit Behinderungen wohnt in privaten Haushalten, nur ein geringer Teil lebt in stationären Wohneinrichtungen. Dieser lässt sich anhand der Statistiken des Statistischen Bundesamts zur Eingliederungshilfe, Kinder- und Jugendhilfe sowie Pflege abschätzen [5]. Nach Berechnungen des Zweiten Teilhabeberichts (2016) lebten im Jahr 2014 insgesamt 640.022 Frauen und Mädchen stationär in Wohneinrichtungen. Der überwiegende Anteil (541.544 Frauen) wohnte in vollstationärer Dauerpflege [5]; dort werden hauptsächlich ältere Frauen über 65 Jahren versorgt [19]. Im Bereich der Eingliederungshilfe für junge Menschen mit seelischen Behinderungen (§ 35a SGB VIII) lebten 4.088 Frauen und Mädchen unter 27 Jahren in einer Einrichtung [18]. Im Bereich der Eingliederungshilfe zum Wohnen in einer Wohneinrichtung (Teil 2 SGB IX) waren Ende 2014 78.360 Frauen registriert. Insgesamt waren 64 % der stationär untergebrachten Menschen mit Beeinträchtigungen Frauen und Mädchen [5]. Zu der Personengruppe der Frauen und Mädchen mit Behinderungen, die in stationären Einrichtungen leben, liegen bislang nur wenige Informationen vor, da die Studien Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) und GEDA nicht in Einrichtungen der Behindertenhilfe durchgeführt werden und im Mikrozensus 2017 keine Befragung zu Behinderung in den Einrichtungen stattfand [5]. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich die Lebenslagen der in Einrichtungen lebenden Menschen stark von denen in Haushalten unterscheiden.

Für den Bildungsbereich ergab der Mikrozensus 2017, dass 44,6 % der Frauen mit und 65,7 % der Frauen ohne amtlich anerkannte Behinderungen ab 15 Jahren die Mittlere Reife, Fachhochschulreife oder das Abitur haben [2]. Dagegen gab es 2010/2011 in der BMFSFJ-Studie zu Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen nur geringe Unterschiede zwischen den Frauen mit Behinderungen, die an der Haushaltsbefragung teilnahmen, und der weiblichen Durchschnittsbevölkerung (deren Daten wurden der Studie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ aus dem Jahr 2004 [20] entnommen). Von den Frauen mit Behinderungen, die in Privathaushalten lebten, hatten 63 % Mittlere Reife, Abitur oder einen Hochschulabschluss, im Durchschnitt der weiblichen Bevölkerung waren es 69 %. Die in allgemeiner Sprache befragten und überwiegend psychisch

Abbildung 9.4.1
Bildungs- und Ausbildungsabschlüsse bei 16- bis 65-jährigen Frauen mit Behinderungen
Datenbasis: Studie zu Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland [6]



kranken Frauen in Einrichtungen hatten mit 47 % und die in vereinfachter Sprache befragten und überwiegend kognitiv beeinträchtigten Frauen in Einrichtungen mit 2 % deutlich seltener einen dieser Abschlüsse (Abb. 9.4.1) [6]. 19 % der Frauen mit Behinderungen, die in Haushalten lebten, hatten keine abgeschlossene Lehre oder Berufsausbildung. Von den in Einrichtungen lebenden Frauen, die in allgemeiner Sprache befragt wurden, waren dies 49 %, von den Frauen, die in vereinfachter Sprache befragt wurden, 79 %. In der Vergleichsgruppe (weiblicher Bevölkerungsdurchschnitt) gaben 17 % keine abgeschlossene Lehre oder Berufsausbildung an (Abb. 9.4.1) [6]. Die Unterschiede zwischen der BMFSFJ-Studie und dem Mikrozensus ergeben sich daraus, dass in der BMFSFJ-Studie auch Frauen mit nicht-anerkannten Behinderungen eingeschlossen sind, aus einer unterschiedlichen Altersverteilung der Teilnehmerinnen und daraus, dass es sich um unterschiedliche Erhebungsjahre handelt.

Der Anteil von Frauen mit Behinderungen auf dem (ersten) Arbeitsmarkt ist deutlich niedriger als von Frauen ohne Behinderungen sowie von Männern mit und ohne Behinderungen. Frauen mit Behinderungen sind somit auf doppelte Weise von Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt betroffen [21]. Laut Mikrozensus waren 53,3 % der Frauen mit Behinderungen zwischen 15 und 65 Jahren erwerbstätig oder suchten nach einer Tätigkeit, gegenüber 76,8 % der Frauen ohne Behinderungen [2]. Die Haushaltsbefragung der BMFSFJ-Studie kommt auch aufgrund unterschiedlicher Erhebungsjahre zu leicht abweichenden Ergebnissen: Knapp die Hälfte der Frauen mit Behinderungen (49 %) waren erwerbstätig, im Vergleich zu 57 % der weiblichen Durchschnittsbevölkerung (allerdings lag die Erwerbsquote von Frauen 2004 noch etwas niedriger als zum Zeitpunkt der BMFSFJ-Befragung) [6]. Allerdings waren Frauen mit Behinderungen deutlich seltener Vollzeit erwerbstätig (18 % gegenüber 31 %), was mit dem im Durchschnitt höheren Alter oder mit erhöhten gesundheitlichen Belastungen zusammenhängen kann [6]. Bei den Frauen, die in Einrichtungen leben, lag der Anteil der Erwerbstätigen deutlich höher (50 % bei Befragten in allgemeiner und 88 % bei Befragten in vereinfachter Sprache), da sie meist in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen arbeiteten. Dies geht mit einem deutlich niedrigeren Einkommen (von unter 400 Euro) einher, da sich das Entgelt nach § 21 SGB IX auf durchschnittlich 159 Euro monatlich beläuft [6]. Die Kosten für Unterkunft und ergänzenden

Regelbedarf werden separat gezahlt, sofern das Einkommen (Werkstatteinkommen sowie ggf. weitere Einnahmen wie Erwerbsminderungsrente) das Existenzminimum nicht vollständig decken.

Hinsichtlich Partnerschaft und Familie zeigen die Daten des Mikrozensus, dass Frauen mit Behinderungen auch aufgrund ihres höheren Alters seltener ledig und häufiger verwitwet oder geschieden sind als Frauen, die keine Behinderungen haben [2, 17]; der Anteil der Verheirateten ist in beiden Gruppen etwa gleich hoch (47,2 % bzw. 44,6 %). In den jüngeren Altersgruppen zeigen sich deutliche Unterschiede: Bei den 25- bis 45-Jährigen sind 49,9 % der Frauen mit Behinderungen ledig und 40,7 % verheiratet; von den Frauen ohne Behinderungen dieser Altersgruppe 41,2 % und 52,6 % [2]. Die Studie des BMFSFJ ergab kaum Unterschiede zwischen den Frauen der Haushaltsbefragung und der Durchschnittsbevölkerung: 72 % waren zum Zeitpunkt der Befragung in einer Partnerschaft, 55 % waren verheiratet und 73 % hatten Kinder. Deutliche Unterschiede zeigt die Befragung von Frauen in Wohneinrichtungen: Von den Befragten in allgemeiner Sprache waren nur 34 % und von den Befragten in vereinfachter Sprache 42 % aktuell in einer Partnerschaft, 4 % bzw. 5 % waren aktuell verheiratet und 39 % bzw. 6 % hatten Kinder [6]. Frauen, die in Einrichtungen leben, sind also deutlich seltener in eine Partnerschaft eingebunden oder haben Kinder (zu Sexualität und Verhütung siehe Kapitel 9.6). Für Mütter und Väter, die bei der Wahrnehmung ihrer Elternrolle auf Hilfe angewiesen sind, stellt Elternassistenz eine wichtige Unterstützungsmöglichkeit dar. Diese ist allerdings nicht flächendeckend verfügbar [22–24].

Frauen mit Behinderungen sind im Allgemeinen häufiger von sozialer Isolation betroffen als Frauen ohne Beeinträchtigungen und sie haben weniger enge soziale Beziehungen, in denen sie sich geborgen fühlen. In der Erhebung des BMFSFJ gaben 28 % der Frauen der Haushaltsbefragung an, „Geborgenheit und Wärme“ zu vermissen, von den in Einrichtungen lebenden Frauen waren es sogar 54 %. Der Durchschnittswert der weiblichen Bevölkerung lag bei 13 % [6]. Nach Daten des SOEP von 2013/2014 gaben 13 % der beeinträchtigten Frauen an, selten oder keine Besuchskontakte zu haben, 18 % hatten das Gefühl fehlender Gesellschaft, zum Vergleich: Bei Frauen ohne Beeinträchtigungen betrug dieser Anteil 9 % bzw. 10 % [5].

9.5 Gesundheit von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen

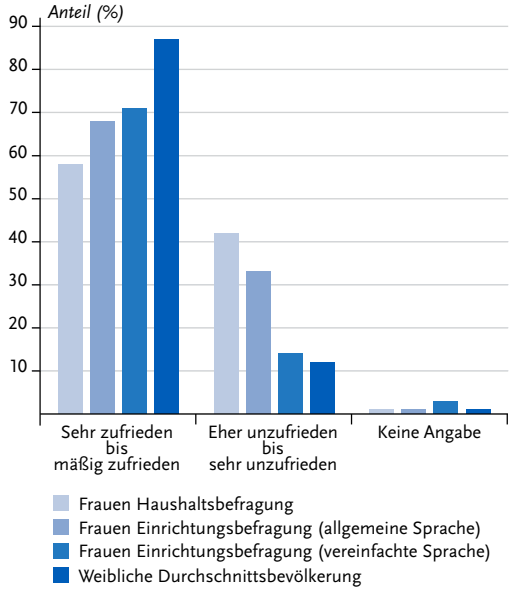
9.5.1 Gesundheitliche Lage

Die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands liefert wichtige Informationen für die Beschreibung der Gesundheit von Personen und Bevölkerungsgruppen (siehe Kapitel 2.1.2). Frauen schätzen ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen etwas schlechter ein als Männer. Frauen mit Beeinträchtigungen (Operationalisierung gemäß Zweitem Teilhabebericht: Bestehen einer amtlich anerkannten Schwerbehinderung oder einer erheblichen dauerhaften krankheitsbedingten Einschränkung bei der Ausübung von Alltagstätigkeiten [5]) unterscheiden sich in ihrer Selbsteinschätzung deutlich von Frauen ohne Beeinträchtigungen: Laut GEDA 2014/2015-EHIS nehmen 74,5 % der Frauen ohne Beeinträchtigungen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut wahr; dagegen sind es bei Frauen mit Beeinträchtigungen nur 18,8 %. Ein Grund dafür ist, dass die Gruppe der Frauen mit Beeinträchtigungen definitionsgemäß auch Frauen mit chronischen Erkrankungen umfasst. Mit zunehmendem Alter wird die eigene Gesundheit als schlechter eingeschätzt; dies gilt sowohl für Frauen mit als auch für Frauen ohne Beeinträchtigungen.

Auch hinsichtlich der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit gibt es Unterschiede: Die Studie des BMFSFJ [6] zeigt, dass 42 % der Frauen mit Behinderungen, die in privaten Haushalten leben, 33 % der Frauen in Einrichtungen, die in allgemeiner Sprache befragt wurden, sowie 14 % der Frauen in Einrichtungen, die in vereinfachter Sprache befragt wurden, eher unzufrieden bis sehr unzufrieden mit ihrem Gesundheitszustand sind. In der Vergleichsgruppe der nicht beeinträchtigten Frauen trifft dies nur auf 12 % der Befragten zu (Abb. 9.5.1.1) [6]. Die geringere Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit bei Frauen mit Behinderungen in Haushalten könnte damit zusammenhängen, dass beim Begriff „Gesundheitszustand“ möglicherweise eher an körperliche Gesundheit gedacht wird und die Frauen der Haushaltsbefragung häufiger und mehr körperliche Beeinträchtigungen und Schmerzen haben [6].

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen; somit gibt das Vorhandensein

Abbildung 9.5.1.1
Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand bei 16- bis 65-jährigen Frauen mit Behinderungen
Datenbasis: Studie zu Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland [6]



einer ärztlich diagnostizierten Depression oder einer depressiven Symptomatik Hinweise auf die psychische Gesundheit von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen (siehe Kapitel 2.1.7). Aus den Daten der GEDA 2014/2015-EHIS-Studie ergibt sich, dass bei 30,0 % der Frauen mit und bei 10,2 % der Frauen ohne Beeinträchtigungen in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung eine Depression ärztlich diagnostiziert worden war. Bei 31,1 % der Frauen mit und 8,6 % der Frauen ohne Beeinträchtigungen bestand eine depressive Symptomatik. Die hohen Anteile psychisch belasteter Frauen mit Behinderungen hatten sich auch in der BMFSFJ-Studie gezeigt [6].

Krankheiten und Behinderungen bedingen sich wechselseitig. Einerseits resultieren zahlreiche Behinderungen oder Beeinträchtigungen aus Krankheiten, andererseits sind Menschen mit Beeinträchtigungen, falls sie erkranken, häufig länger durch diese Krankheiten eingeschränkt. Zudem können Beeinträchtigungen die Wahrnehmung des Gesundheitszustands erheblich beeinflussen und auch Einfluss auf die psychische Gesundheit nehmen. Darüber hinaus verweist die BMFSFJ-Studie darauf, dass die erheblichen psychischen Belastungen von Frauen auch mit Diskriminierungen und Gewalterfahrungen im Zusammenhang stehen können [6]. Konkrete Prävalenzen von Erkrankungen durch Behinderungen und – davon abgegrenzt – Prävalenzen von Erkrankungen bei Frauen mit Behinderungen sind aufgrund der vielfältigen Wechselwirkungen nur bedingt zu erfassen [25].

9.5.2 Gesundheitsverhalten

Gesundheitsbezogenes Verhalten umfasst u. a. die Bereiche Bewegung, Ernährung sowie Alkohol- und Tabakkonsum. Im Allgemeinen sind Männer in ihrer Freizeit eher sportlich aktiv, während Frauen sich im Durchschnitt gesünder ernähren (siehe Kapitel 2.2.1 und 2.2.2). Nach GEDA 2014/2015-EHIS üben 28,9 % der Frauen mit und 44,7 % der Frauen ohne Beeinträchtigungen mindestens 2,5 Stunden pro Woche Ausdaueraktivitäten (z. B. Radfahren, Joggen, Fußballspielen oder Schwimmen) aus, wie von der WHO empfohlen. Dagegen ist der Anteil der Frauen, welche die Empfehlungen zu Muskelkräftigungsaktivitäten (z. B. Krafttraining, Pilates oder Yoga) erreichen, in beiden Gruppen fast gleich (24,4 % bzw. 28,1 %, Unterschiede statistisch nicht signifikant). Ein Grund dafür könnte sein, dass Aktivitäten zur Muskelkräftigung von körperlich beeinträchtigten Menschen leichter durchzuführen sind als Ausdaueraktivitäten.

Von den Frauen mit Beeinträchtigungen verzehren 59,6 % täglich Obst und 41,4 % täglich Gemüse. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zu Frauen ohne Beeinträchtigungen (53,1 % bzw. 40,3 %). Frauen mit Beeinträchtigungen sind etwas häufiger übergewichtig (32,2 % gegenüber 28,1 %) und deutlich häufiger adipös als Frauen ohne Beeinträchtigungen (29,2 % gegenüber 16,1 %).

Hinsichtlich des Rauchens und Alkoholkonsums verhalten sich Frauen mit Beeinträchtigungen gesünder als Frauen ohne Beeinträchtigungen. Der Anteil der Raucherinnen beträgt bei Frauen mit Beeinträchtigungen 16,0 % und bei Frauen ohne Beeinträchtigungen 21,6 % (Unterschied statistisch nicht signifikant). Riskanter Alkoholkonsum besteht bei 8,6 % der Frauen mit und 14,8 % der Frauen ohne Beeinträchtigungen, beim Rauschtrinken sind es 17,7 % gegenüber 25,7 % (zu

den Formen des Alkoholkonsums siehe Infobox 2.2.5.2). Aus Berichten von Suchtverbänden und Einrichtungen der Behindertenhilfe geht hervor, dass insbesondere eine leichte und mittelgradige sogenannte geistige Behinderung das Risiko für einen exzessiven Alkohol- und Cannabiskonsum erhöht [26].

9.5.3 Gesundheitsversorgung

Inanspruchnahme medizinischer Versorgung

Auswertungen der Studie GEDA 2014/2015-EHIS zur ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung zeigen eine höhere Inanspruchnahme durch Frauen mit Beeinträchtigungen. Eine ärztliche Praxis wurde von fast allen Frauen mit Beeinträchtigungen (98,2 %) mindestens einmal innerhalb von zwölf Monaten aufgesucht, für Frauen ohne Beeinträchtigungen beträgt der entsprechende Anteil 89,9 %. 38,5 % der Frauen mit und 13,3 % der Frauen ohne Beeinträchtigungen verbrachten innerhalb eines Jahres mindestens eine Nacht im Krankenhaus. Die höhere Inanspruchnahme ist auch darauf zurückzuführen, dass die Definition von Beeinträchtigungen chronische Krankheiten einschließt, bei denen mehr ärztliche Betreuung notwendig ist.

Die ambulante medizinische Versorgung von Menschen mit sogenannten geistigen Behinderungen wurde in einem Modellprojekt des Landes Nordrhein-Westfalen untersucht [27]. Die erhobenen Daten wurden mit Daten aus der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008 – 2011) des RKI verglichen. Aus der Erhebung ergibt sich, dass 97,1 % der Befragten mit Behinderungen eine Hausärztin oder einen Hausarzt hatten. Dieser Wert liegt höher als in der Allgemeinbevölkerung (89,4 %). Bei den Frauen war die Inanspruchnahme von Hausärztinnen und Hausärzten in den letzten drei Monaten mit 94,2 % deutlich höher als bei den Männern (72,9 %). Auch Fachärztinnen und Fachärzte wurden häufiger in Anspruch genommen als in der durch DEGS1 repräsentierten Durchschnittsbevölkerung. Allerdings ist die Inanspruchnahme gynäkologischer Praxen bei den befragten Frauen mit sogenannten geistigen Behinderungen mit 68,1 % etwas geringer als in der Durchschnittsbevölkerung (74,9 %). Die dargestellten Ergebnisse geben Aufschluss über die Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten durch eine bestimmte Teilgruppe und sind nicht auf die sehr heterogene Gruppe aller Frauen mit Behinderungen übertragbar. So sind beispielsweise bauliche Barrieren für Menschen mit sogenannten geistigen Behinderungen weniger problematisch und vor allem bei Menschen, die in Einrichtungen wohnen, ist durch das betreuende Personal in der Regel eine regelmäßige ärztliche Untersuchung gewährleistet [27].

Arzneimittelgebrauch

Im Bereich der ärztlich verordneten Arzneimittel liegen Daten aus der BMFSFJ-Studie zu Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland vor [6]. Fast alle Frauen (93 %) mit Behinderungen gaben in der Einrichtungsbefragung in allgemeiner Sprache (Frauen mit vorwiegend psychischen Erkrankungen, siehe Kapitel 9.1) an, regelmäßig ärztlich verordnete Medikamente einzunehmen. 77 % der Medikamente nutzenden Frauen nahmen Psychopharmaka und Schlafmittel ein, 24 % Herz-Kreislauf-Medikamente. 12 % gebrauchten Medikamente zur Schilddrüsenregulierung, 6 % Medikamente gegen Schmerzen und weitere 6 % Präparate gegen Magen-Darm-Beschwerden [6]. Auch die Frauen, die in vereinfachter Sprache befragt wurden, nahmen zu 85 % regelmäßig Medikamente ein. In dieser Gruppe wurden Mittel gegen Epilepsie und Spastiken von 24 % der Medikamente anwendenden Frauen eingenommen, Psychopharmaka nahmen 23 % ein, 18 % Herz-Kreislauf-Medikamente, Schilddrüsenmedikamente 15 % und 5 % Präparate gegen Diabetes [6]. In der Haushaltsbefragung gaben 74 % der Frauen an, regelmäßig ärztlich verordnete Medikamente einzunehmen. Hier stehen Herz-Kreislauf-Medikamente (35 % der Medikamentennutzerinnen) an erster Stelle, gefolgt von Psychopharmaka und Schlafmitteln (24 %), Schilddrüsenmedikamenten (27 %) sowie Schmerzmitteln (21 %) [6].

Infobox 9.5.3.1
Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen [1]

Artikel 25 – Gesundheit

Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben. Insbesondere

a) stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen, einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen und der Gesamtbevölkerung zur Verfügung stehender Programme des öffentlichen Gesundheitswesens;

b) bieten die Vertragsstaaten die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, soweit angebracht, einschließlich Früherkennung und Frühintervention, sowie Leistungen, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen;

c) bieten die Vertragsstaaten diese Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich an, auch in ländlichen Gebieten;

d) erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie u. a. durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen;

e) verbieten die Vertragsstaaten die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung und in der Lebensversicherung, soweit eine solche Versicherung nach innerstaatlichem Recht zulässig ist; solche Versicherungen sind zu fairen und angemessenen Bedingungen anzubieten;

f) verhindern die Vertragsstaaten die diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung oder -leistungen oder von Nahrungsmitteln und Flüssigkeiten aufgrund von Behinderung.

Zugänglichkeit der medizinischen Versorgung

In der UN-BRK wurde verankert, dass der Zugang zu Gesundheitsleistungen für Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten ist (siehe Infobox 9.5.3.1) [1]. Dies bedeutet, dass Gesundheitseinrichtungen wie Arztpraxen und Krankenhäuser barrierefrei sein und auch in ländlichen Regionen in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen sollten.

Eine Abfrage der Stiftung Gesundheit zur Barrierefreiheit der 196.000 in ihrem Ärzteportal eingetragenen ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Praxen ergab, dass nur 11 % der Praxen mindestens drei von zwölf Kriterien der Barrierefreiheit erfüllten [5]. 21 % der Praxen verfügten über einen ebenerdigen Zugang oder waren mit dem Aufzug erreichbar, 23 % hatten rollstuhlgerechte Praxisräume, 5 % behindertengerechte Parkplätze, je 3 % flexible Untersuchungsmöbel und ein barrierefreies WC und 1 % Orientierungshilfen für Sehbehinderte [5]. Jede fünfte Allgemeinarztpraxis (22 %) hatte einen ebenerdigen oder mit Aufzug möglichen Zugang und rollstuhlgerechte Praxisräume. Von den gynäkologischen Praxen verfügte ein Drittel über einen barrierefreien Zugang und ein Viertel über rollstuhlgerechte Räume. Weitere Kriterien wurden nur zu sehr geringen Anteilen erfüllt. Zu diesen gehören barrierefreie Kommunikation, etwa durch Zusammenarbeit mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern für Gebärdensprache, und barrierefreie Informationen, z. B. Internetseiten in Leichter Sprache (Tab. 9.5.3.1) [4]. Teilweise beginnen Zugangsbarrieren noch vor der Vereinbarung eines Termins. So ist für gehörlose Personen oder Menschen mit einer Sprachbehinderung eine Terminvereinbarung per Telefon nicht

möglich. Das Angebot der Anmeldung per E-Mail oder Fax gehört ebenfalls zu den Kriterien für eine barrierefreie Arztpraxis [28].

Ein weiteres Problem ist die Versorgung in ländlichen Gebieten: In vielen Regionen ist im Umkreis von 20 Kilometern keine barrierefreie hausärztliche Praxis vorhanden [29]. Bereits das Verlassen der Wohnung ohne Begleitung sowie die Wege zu den Arztpraxen können Barrieren darstellen und somit problematisch sein. In der EHSIS-Erhebung gaben in Deutschland 54,3 % der Frauen mit Behinderungen (15-Jährige und Ältere) an, in ihrer Mobilität eingeschränkt zu sein, 35,8 % hatten Probleme beim Zugang zu Gebäuden, 24,6 % Transportprobleme [30]. Ein weiterer Aspekt ist, dass Menschen mit Behinderungen tendenziell mehr Zuzahlungen leisten müssen, da sie mehr Hilfsmittel oder sonstige zuzahlungspflichtige Gesundheitsleistungen benötigen. Über Krankenhäuser und andere stationäre Einrichtungen liegen bisher keine Daten zur Zugänglichkeit vor [5].

Soziale Barrieren wie Berührungsängste oder Vorurteile treten hauptsächlich im Bereich der Kommunikation und dem Umgang mit Menschen mit (insbesondere psychischen oder sogenannten geistigen) Behinderungen auf [31]. Ein sensibler Umgang von Ärztinnen und Ärzten, vor allem von Gynäkologinnen und Gynäkologen, mit Besonderheiten in der Behandlung von Frauen mit Behinderungen ist erforderlich. Insbesondere bei Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist ein vorbereitendes Gespräch in verständlicher Sprache über die Untersuchung notwendig. Die Bundesärztekammer hat zu diesem Zweck eine Fortbildungsreihe für Ärztinnen und Ärzte zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit sogenannten geistigen und mehrfachen Behinderungen konzipiert [5]. Auch Informationsmaterialien zu den jeweiligen Erkrankungen, Untersuchungen und Behandlungen in Leichter Sprache oder in Braille-Schrift werden benötigt. In wie vielen Praxen bundesweit solche Materialien zur Verfügung stehen, ist nicht bekannt [5]. Hinzu kommen einstellungsbezogene Barrieren: Viele Menschen, auch Ärztinnen und Ärzte und verschiedene Gesundheitsfachberufe, haben Unsicherheiten im Umgang mit Menschen mit Behinderungen [32].

Gerade im Bereich der gynäkologischen Versorgung ist für Frauen mit Beeinträchtigungen der Zugang erschwert, da für die Untersuchungen bei bestimmten körperlichen Einschränkungen barrierefreie Umkleidemöglichkeiten sowie höhenverstellbare Behandlungsstühle zwingend notwendig sind [33]. In Deutschland stehen bisher nur fünf auf die gynäkologische Behandlung von Frauen mit Behinderungen spezialisierte Spezialambulanzen und gynäkologische Sprechstundenangebote zur Verfügung: in Erlangen, Dachau, Frankfurt am Main, Bremen und Berlin. Hierdurch ist das Recht auf freie Arztwahl stark eingeschränkt [33, 34]. Der Besuch von gynäkologischen Praxen, die nicht den Ansprüchen der Barrierefreiheit entsprechen, ist ohne Begleitung für viele Frauen mit Behinderungen nicht möglich, was die Inanspruchnahme gynäkologischer Behandlungen verhindern oder einschränken kann. Zudem ist die Untersuchung und Behandlung behinderter Frauen oftmals zeitaufwendig, was jedoch von den Krankenkassen nicht zusätzlich vergütet wird. Diese Zugangsbarrieren sind auch deshalb von Bedeutung, weil Frauen mit Behinderungen ein besonders hohes Risiko aufweisen, Opfer sexualisierter Gewalt zu werden (siehe Kapitel 9.6 und Kapitel 8). Dies gilt insbesondere für Frauen mit schweren körperlichen und sogenannten geistigen Behinderungen, die sich nicht verbal äußern können [6]. Bei dieser Personengruppe könnten regelmäßige gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen Hinweise auf möglichen sexuellen Missbrauch geben.

Für eine bessere medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen wurden Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit sogenannten geistigen Behinderungen oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) in ganz Deutschland eingerichtet. Wie Zugang und Inanspruchnahme der Versorgung in diesen Zentren gestaltet werden und welche förderlichen bzw. hinderlichen Faktoren vorliegen, wird derzeit in einer Studie untersucht [35]. Bundesweit existiert eine Fülle von Selbsthilfeinitiativen von Menschen mit Behinderungen. Eine maßgebliche Dachorganisation ist die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (www.bag-selbsthilfe.de) mit ihren 117 Selbsthilfeorganisationen, 13 Landesarbeitsgemeinschaften und fünf Fachverbänden. In einigen Ländern gibt es (Selbsthilfe-) Initiativen von Frauen mit Behinderungen, die sich für eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung und andere Belange einsetzen.

Tabelle 9.5.3.1
Kriterien für eine barrierefreie Arztpraxis
Quellen: Eigene Darstellung nach Schülle 2016 [36], Schülle und Hornberg 2016 [31], KBV 2015 [28]

Bauliche Barrierefreiheit	Sprachliche Barrierefreiheit	Soziale Barrierefreiheit
Behindertenparkplätze	Terminabsprache über E-Mail/Fax (für gehörlose Personen)	Sensibler und sicherer Umgang des medizinischen Personals mit Personen mit Behinderungen
Ebenerdiger Zugang/Aufzug gemäß DIN EN 81-70	Kooperation mit Gebärdensprachendolmetscherinnen und -dolmetschern	Selbstständige Inanspruchnahme der Versorgung ohne Abhängigkeit von Angehörigen/Assistenz/Betreuungspersonen
Blindenleitsysteme	Erfahrungen in der Kommunikation in einfacher Sprache	Anerkennung von selbstbestimmter Sexualität und Reproduktion bei Frauen mit Behinderungen
Barrierefreies WC und ggf. Umkleideräume	Ermöglichung von Assistenz in der Kommunikation	Vorhandene Infrastruktur und Mobilität
Räume und Flure breit genug für Rollstuhlfahrende	Informationen in Leichter Sprache	
Höhenverstellbare Behandlungsstühle/-liegen	Schilder, Klingel etc. in Braille-Schrift	

Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung und Assistenz

Rehabilitation hat das Ziel, eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden oder eine bereits eingetretene Beeinträchtigung zu beseitigen oder abzumildern und den Betroffenen ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Daher spielt sie für Menschen mit Behinderungen eine wichtige Rolle. Die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation orientieren sich am biopsychosozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Eine Besonderheit des deutschen Rehabilitationssystems besteht darin, dass rehabilitative Leistungen über die gesamte Lebensphase von unterschiedlichen Leistungsträgern angeboten werden [37]. Frauen zeigen eine höhere Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen als Männer; Daten zur Inanspruchnahme werden in Kapitel 2.3.5 dargestellt. Auch Pflegeleistungen werden von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen häufig in Anspruch genommen. Frauen sind deutlich häufiger als Männer von Pflegebedürftigkeit betroffen. Zudem werden sie häufiger in vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgt (siehe Kapitel 2.3.6) [38].

Versicherte haben Anspruch auf Hilfsmittel wie Hör- oder Sehhilfen, Spritzen, Inkontinenzversorgung, Atemtherapiegeräte [39], die erforderlich sind „um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen“ (§ 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Eine Orientierungshilfe für die grundsätzliche Verordnungsfähigkeit von Hilfsmitteln bietet das vom GKV-Spitzenverband zu erstellende Hilfsmittelverzeichnis. Die dort gelisteten Produkte stehen für die Versorgung der Versicherten unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots grundsätzlich zur Verfügung. Der Versorgungsanspruch der Versicherten hängt jedoch nicht davon ab, ob das benötigte Hilfsmittel im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt ist; im Einzelfall kann auch ein Anspruch auf Versorgung mit einem Hilfsmittel bestehen, das nicht im Hilfsmittelverzeichnis enthalten ist. Die Kosten für benötigte Hilfsmittel werden von den Krankenkassen getragen. Durch die stetig älter werdende Bevölkerung und den Anstieg an Behinderungen mit zunehmendem Alter sind die Kosten für Hilfsmittel kontinuierlich gestiegen [39]. Für hörbehinderte oder gehörlose Personen tragen die zuständigen Träger der Sozialleistungen die Kosten für Gebärdensprachendolmetscherinnen und -dolmetscher, insbesondere bei ärztlichen Untersuchungen und Amtsbesuchen (§ 19 SGB X). Auch die gesundheitliche Selbsthilfe wird durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gefördert (siehe Kapitel 2.3.8). In welchem Maße diese Angebote von Frauen mit Behinderungen in Anspruch genommen werden, ist auf Basis der bestehenden Datenlage unklar.

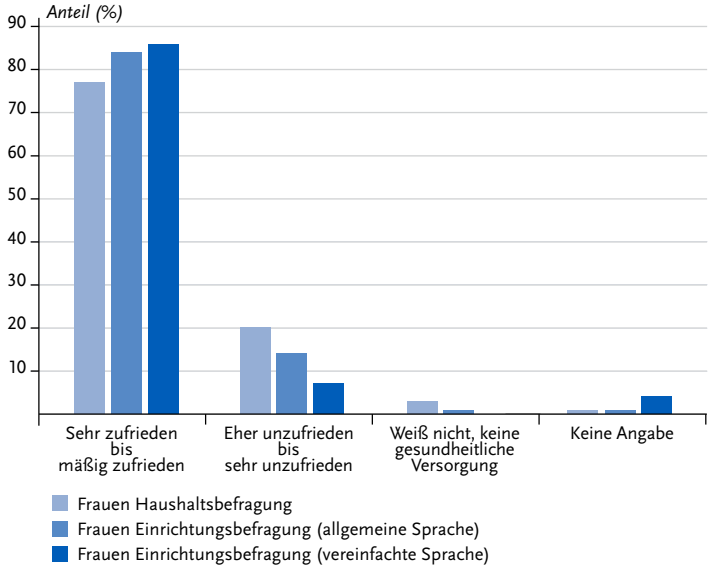
Einige Menschen mit Behinderungen benötigen Assistenz bei alltäglichen Tätigkeiten, aber auch z. B. bei Praxisbesuchen. In Deutschland

liegt der Anteil der Frauen mit Behinderungen, die Assistenz benötigen, bei 28,4 % (Männer: 21,4 %) [40], wie sich aus den Daten des EHSIS [30] ergibt. Die Anteile im EU-Durchschnitt sind höher, mit ähnlichen Geschlechterunterschieden (38,8 % bzw. 34,4 %) [40]. Bei stationären Aufenthalten besteht für pflegebedürftige Menschen, welche ihre persönliche Assistenz im Rahmen des sogenannten Arbeitgebermodells organisieren, die Möglichkeit, die Assistenzperson ins Krankenhaus mitzunehmen (§ 66 Absatz 4 Satz 1 SGB XII). Die Kosten werden von der GKV übernommen (§ 11 Absatz 3 SGB V und § 63b Absatz 4 SGB XII). Während die Träger der Sozialhilfe nach § 63b Absatz 4 SGB XII die Kosten der persönlichen Assistenz auch während eines vorübergehenden Aufenthalts in einem Krankenhaus oder in einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung zu übernehmen haben, ist nach § 11 Absatz 3 SGB V bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung auch die Mitaufnahme einer Pflegekraft vom Leistungsumfang der GKV gedeckt. In diesen Fällen wird auch das Pflegegeld nach § 37 SBG XI oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 SGB XI über die ersten vier Wochen des Aufenthalts hinaus gewährt. Diese Regelungen gelten jedoch nur eingeschränkt für Personen, die ihre Assistenz im Wege der Sachleistung organisieren oder in stationären Einrichtungen wohnen [41].

Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung

In der Studie zu Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen des BMFSFJ [6] wurde auch die Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung erfragt. 77 % der Frauen mit Behinderungen, die in Haushalten leben, waren mit der Gesundheitsversorgung sehr bis mäßig zufrieden, 20 % waren eher unzufrieden bis sehr unzufrieden (Abb. 9.5.3.1). Von den in Einrichtungen lebenden Frauen, die in allgemeiner Sprache befragt wurden, waren 14 % und von den in vereinfachter Sprache befragten Frauen 7 % eher unzufrieden bis sehr unzufrieden. Einige Frauen aus der Gruppe der Haushaltsbefragung äußerten, dass sie sich in ihrer Beeinträchtigung nicht anerkannt und ernst genommen fühlten und schilderten Probleme mit Ärztinnen und Ärzten sowie mit Behörden und Krankenkassen [6].

Abbildung 9.5.3.1
Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung bei 16- bis 65-jährigen Frauen mit Behinderungen
Datenbasis: Studie zu Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland [6]



9.6 Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Selbstbestimmung

Sexualität kann als Grundbestandteil von Gesundheit verstanden werden (siehe Kapitel 7.1) [42]. Jedoch wurden die Lebensbereiche Sexualität, Partnerschaft und Elternschaft Menschen mit Behinderungen in der Vergangenheit meist abgesprochen [43]. Auch wenn in der UN-Behindertenrechtskonvention das Recht von Menschen mit Beeinträchtigungen auf eine selbstbestimmte Sexualität, Partnerschaft und Elternschaft explizit hervorgehoben wird, sehen gesellschaftliche Rollenbilder für Frauen mit Behinderungen auch heute noch eher ein Leben ohne Kinder vor [22, 43, 44]. Frauen mit Behinderungen werden oft nicht als Frauen wahrgenommen, sondern als „Behinderte"; dies geht einher mit einer Negierung ihrer Sexualität [44]. Schwierigkeiten, selbstbestimmte Sexualität zu leben, existieren besonders für Frauen, die in Einrichtungen wohnen [6, 22, 43, 45, 46].

Junge Frauen mit Behinderungen haben häufig weniger Zugang zu Informationen über ihren Körper, Verhütung und sexuell übertragbare Krankheiten als Frauen ohne Behinderungen [47]. Dies trifft besonders für Frauen und Mädchen mit sogenannten geistigen Behinderungen zu. Aufklärung über Sexualität und Verhütung durch Familie oder Betreuungspersonen findet oft nicht statt [47] und gynäkologische Untersuchungen werden unter Umständen als nicht notwendig wahrgenommen [22]. Eine 2011 durchgeführte Befragung der BZgA von 12- bis 17-Jährigen an neun Förderschulen für Körper-, Hör- und Sehbehinderung sowie zwei Berufsbildungswerken in Sachsen zeigte, dass dort fast jedes zweite Mädchen (47,7 %) eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen aufgesucht hatte. Bei den Mädchen mit einer körperlichen Beeinträchtigung lag der Anteil nur bei 37,0 % [8].

Das Verhütungsverhalten beim ersten Geschlechtsverkehr der in der BZgA-Studie befragten Jugendlichen mit Behinderungen war ähnlich wie bei den Gleichaltrigen ohne Behinderungen. 90,0 % der Mädchen und 86,2 % der Jungen mit Behinderungen nutzten Verhütungsmittel. Von den Mädchen gaben 80 % an, dass ein Kondom genutzt wurde, 30 % verhüteten mit der Pille und 10 % mit der Drei-Monats-Spritze [8]. In einer weiteren Studie der BZgA von 2013/2014 wurden 18- bis 25-jährige junge Erwachsene aus Sachsen mit Körper- und Sinnesbehinderungen sowie chronischen Erkrankungen zu Sexualität und Verhütung befragt. 86 % der jungen Frauen und 95 % der Männer hatten beim ersten Geschlechtsverkehr eine Verhütungsmethode angewandt [9]. 50 % der Frauen gaben an, dass mit einem Kondom verhütet wurde, 26 % nutzten eine Kombination aus Pille und Kondom, 9 % nur die Pille. Die Kondomnutzung nahm mit zunehmender Erfahrung ab: 26 % der Frauen gaben an, dass beim letzten Geschlechtsverkehr mit dem Kondom verhütet wurde, 16 % hatten mit Kondom und Pille verhütet, 38 % nur mit der Pille. 9 % der Frauen nutzten andere Verhütungsmethoden, 11 % hatten gar nicht verhütet [9].

Mit Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes im Jahr 1992 ist die Sterilisation Minderjähriger nach §1631c Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) gesetzlich verboten. §1905 BGB legt fest, dass bei Volljährigen, die einwilligungsunfähig sind, Sterilisationen nur in Ausnahmefällen durchgeführt werden dürfen, wenn die Sterilisation dem Willen der Betreuten nicht widerspricht, anzunehmen ist, dass es ohne die Sterilisation zu einer Schwangerschaft kommen würde, infolge dieser die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung für das Leben oder die körperliche oder seelische Gesundheit einer Schwangeren zu erwarten wäre und die Schwangerschaft nicht durch andere zumutbare Mittel verhindert werden kann [48]. Das Bundesamt für Justiz dokumentiert die durch Betreuungsgerichte getroffenen Entscheidungen zur Sterilisation. 2016 sind 23 genehmigte und 8 abgelehnte Sterilisationen verzeichnet, bei deutlicher Abnahme seit 2002 (88 genehmigte, 15 abgelehnte Sterilisationen) [49]. In der Studie des BMFSFJ zu Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen gaben 18 % der Frauen der Haushaltsbefragung, 9 % der in allgemeiner Sprache befragten Frauen in Einrichtungen und 17 % der in Einrichtungen lebenden und in vereinfachter Sprache befragten Frauen an, sterilisiert worden zu sein. Dabei berichteten nur 37 % der in vereinfachter Sprache befragten Einrichtungsbewohnerinnen über sexuelle Erfahrungen (Haushaltsbefragung: 95 %, Einrichtungsbefragung in allgemeiner Sprache: 75 %) [6]. Von den in vereinfachter Sprache befragten Frauen, die sterilisiert waren, gaben 53 % an, dass sie selbst die Sterilisation gewollt hätten. Ein Teil der Frauen nannte Personen, die ihnen

die Sterilisation nahegelegt hatten (Ärztinnen und Ärzte, Betreuende, Eltern oder andere Personen), ein Teil machte keine Angaben [50]. Eine ähnliche Situation zeigt sich bei der Verhütung: Von den in vereinfachter Sprache befragten Einrichtungsbewohnerinnen, die nicht sterilisiert waren, hatten 51 % aktuell oder früher Verhütungsmittel genutzt – auch dies ein hoher Anteil vor dem Hintergrund, dass nur wenige der Frauen sexuell aktiv sind [6]. Von denjenigen, die Verhütungsmittel nutzten, erhielt mit 43 % ein überdurchschnittlich hoher Anteil die Drei-Monats-Spritze [50].

9.7 Gewalterfahrungen

Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen sind im Lebensverlauf deutlich häufiger von Gewalt betroffen als Frauen ohne Behinderungen. Von den in der BMFSFJ-Studie befragten Frauen mit Behinderungen hatten fast doppelt so viele mindestens eine Situation körperlicher Gewalt erlebt wie Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt (58 % bis 73 % gegenüber 35 %). 77 % der behinderten Frauen in Haushalten sowie 90 % der in allgemeiner Sprache befragten und 68 % der in vereinfachter Sprache befragten Einrichtungsbewohnerinnen waren als Erwachsene psychischen Übergriffen ausgesetzt; im Bevölkerungsdurchschnitt waren es 45 % der befragten Frauen. [6]. Am häufigsten erleben Frauen körperliche Gewalt in der Partnerschaftsbeziehung oder durch andere Familienangehörige. 10 % bis 20 % der in Einrichtungen befragten Frauen geben Gewalt durch Mitbewohnerinnen bzw. Mitbewohner und, seltener, Personal an [6].

Frauen und Mädchen mit Behinderungen sind zwei- bis dreimal so oft von sexuellen Übergriffen betroffen wie Frauen ohne Behinderungen [6]. Die BMFSFJ-Studie zeigte, dass jede zweite bis dritte Frau mit Behinderungen jemals in ihrem Leben von sexueller Gewalt betroffen war. Mit 56 % waren die Frauen, die in Einrichtungen lebten und in allgemeiner Sprache befragt wurden, am höchsten belastet. Von den in vereinfachter Sprache befragten Einrichtungsbewohnerinnen waren 34 % und von den in Haushalten lebenden Frauen mit Behinderungen 43 % jemals sexueller Gewalt ausgesetzt (Allgemeinbevölkerung: 19 %) [6]. Häufig geschehen diese Grenzüberschreitungen in familiären, pflegerischen oder therapeutischen Kontexten [34], in Einrichtungen am häufigsten durch Mitbewohnerinnen oder -bewohner. Dies erschwert eine Einordnung der Taten durch die Betroffenen als sexualisierte Gewalt und verhindert durch sozialen Druck und Abhängigkeit eine Kommunikation der Übergriffe nach außen. Zudem wird den Frauen und Mädchen häufig nicht geglaubt, besonders wenn sogenannte geistige Behinderungen oder Lernschwierigkeiten vorliegen. In einer geplanten Studie des BMAS sollen daher die vorhandenen Gewaltschutzstrukturen für Menschen mit Behinderungen vor allem in sogenannten Einrichtungen erhoben werden. In Kapitel 8 dieses Berichts werden die gesundheitlichen Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen ausführlich thematisiert.

9.8 Fazit

Frauen mit Behinderungen sind eine heterogene Gruppe, in der ganz unterschiedliche gesundheitliche Situationen und Bedarfe existieren. Die Anzahl der Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen ist, auch im Zuge des demografischen Wandels, insgesamt angestiegen, einen besonders großen Anstieg gab es bei den psychisch bedingten Schwerbehinderungen. Im Durchschnitt weisen Frauen mit Behinderungen höhere psychische Belastungen auf und stufen ihren Gesundheitszustand schlechter ein als Frauen ohne Beeinträchtigungen. Dies ist zum Teil darin begründet, dass die Gruppe der Frauen mit Beeinträchtigungen definitionsgemäß auch Frauen mit chronischen Erkrankungen beinhaltet, kann aber auch mit der höheren Betroffenheit von Gewalt und Diskriminierungen zusammenhängen. Im Gesundheitsverhalten zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen Frauen mit und Frauen ohne Beeinträchtigungen.

Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen haben einen größeren Bedarf an Leistungen der Gesundheitsversorgung und nehmen diese stärker in Anspruch. Gleichzeitig besteht ein eingeschränkter Zugang zu den Versorgungsangeboten. Dies gilt auch für die gynäkologische Versorgung. Derzeit werden durch ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Forschungsvorhaben die bestehenden Angebote der gynäkologischen Versorgung untersucht und Handlungsempfehlungen

erarbeitet [51]. „Rehabilitation, Gesundheit und Pflege“ stellt ein wichtiges Handlungsfeld des Nationalen Aktionsplans der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-BRK (NAP, siehe Kapitel 9.2) dar [14]. Auch aus Sicht der Behindertenbeauftragten von Bund und Ländern ist inklusive Gesundheitsversorgung ein vordringliches Ziel [41, 52]. Um dieses zu erreichen, werden u. a. der weitere Ausbau und die Sicherstellung von Barrierefreiheit, Vergütung des Mehraufwands bei der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen, Aus- und Fortbildungen für die Gesundheitsberufe sowie die Verbesserung der Kooperation der Krankenhäuser mit den Systemen der Selbsthilfe und Selbstvertretungen empfohlen [41, 53].

Eine selbstbestimmte Sexualität, Partnerschaft und Elternschaft und deren gesellschaftliche Akzeptanz sind für Frauen mit Behinderungen nach wie vor wichtige Ziele [44, 54]. Besonders Frauen in Wohneinrichtungen haben es deutlich schwerer, ein selbstbestimmtes Sexualleben zu führen und Beziehungen sowie eine Familiengründung zu verwirklichen. Zudem besteht ein großer Bedarf an Sexualaufklärung und adressatinnengerechter Beratung [8, 9]. Hierzu gibt es verschiedene Projekte, z. B. von donum vitae, pro familia und der BZgA [54]. So wurden im Projekt „Ich will auch heiraten“ von donum vitae Angebote der Schwangerschafts(konflikt-)beratung für Menschen mit Lernschwierigkeiten entwickelt; u. a. wurde die bestehende Online-Beratung auch in Leichter Sprache bereitgestellt [55]. Im Modellprojekt ReWiKs der BZgA werden Materialien zur sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit Beeinträchtigungen in Wohneinrichtungen erstellt, einschließlich Fassungen in Leichter Sprache [46]. Sexuelle Selbstbestimmung ist nicht zuletzt eine wesentliche Grundlage für die Prävention sexueller Gewalt.

Der Schutz von Frauen und Mädchen mit Behinderungen vor (sexualisierter) Gewalt ist ein weiteres zentrales Thema [14, 56, 57], das auch im NAP adressiert wird. Vom Deutschen Institut für Menschenrechte, an dem die Monitoringstelle zur UN-Behindertenrechtskonvention angesiedelt ist, wird insgesamt ein Fortschritt bei der Behandlung des Themas festgestellt [56]. Dazu gehören z. B. die gesetzliche Verankerung von Frauenbeauftragten in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen und die Förderung von Modellprojekten wie dem „Bundes-Netzwerk für Frauenbeauftragte in Einrichtungen“ [58] oder „BeSt – Beraten und Stärken“ zum Schutz von Mädchen und Jungen mit Behinderungen vor sexualisierter Gewalt in Institutionen [59]. Auch in den Ländern sowie von Wohlfahrtsverbänden werden Projekte zum Gewaltschutz durchgeführt, etwa zur Erstellung von Leitfäden, Arbeitshilfen und Informationen [56]. Darüber hinaus werden vom Deutschen Institut für Menschenrechte gesetzliche Verpflichtungen zum Gewaltschutz auf bundesrechtlicher Ebene, die Verpflichtung der Sozialhilfeträger zum Vorhalten von Gewaltschutzkonzepten und Beschwerdeverfahren sowie die Reformierung der „Heimgesetze“ auf Länderebene empfohlen; bisher existieren nur in wenigen Ländern entsprechende Vorschriften zum Gewaltschutz [56]. Zudem sind die allgemeinen Frauenberatungsstellen und Frauenhäuser noch immer weitgehend nicht barrierefrei zugänglich für von Gewalt betroffene Frauen mit Behinderungen. Hier soll im Rahmen des Bundesinvestitionsprogramms „Gemeinsam gegen Gewalt an Frauen“ auch die Barrierefreiheit verbessert werden [60]. Als zentrales bundesweites, niedrigschwelliges, barrierefreies, anonymes und kostenfreies Angebot der (Erst-)Beratung und Weitervermittlung an Unterstützungseinrichtungen vor Ort (Lotsenfunktion) gibt es bereits seit 2013 das Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“ (www.hilfetelefon.de), welches auch die spezifischen Bedarfe von Frauen mit Beeinträchtigungen angemessen berücksichtigt.

Um Maßnahmen gezielt entwickeln zu können, sollte zudem die Datenlage zur Gesundheit von Frauen mit Behinderungen verbessert werden; dies sieht auch der NAP vor [14]. Ein erster Schritt ist eine Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen [61], die erstmalig von 2017 bis 2021 durchgeführt wird. Darin sollen die Teilhabe in den Bereichen Politik, Sport, Bildung, Freizeit und Arbeit sowie Möglichkeiten der Selbstbestimmung erhoben werden. Außerdem wird die Inanspruchnahme von Hilfs- und Heilmitteln sowie personellen und technischen Hilfen durch Menschen mit Beeinträchtigungen erfragt [61]. Die Prävalenz von Erkrankungen und der Umgang mit Krankheiten werden voraussichtlich nicht erhoben, da die gesellschaftliche Teilhabe im Fokus steht. Für die Erhebung der Gesundheit von Frauen mit Behinderungen in der Gesundheitsforschung wäre die Entwicklung einheitlicher Indikatoren sinnvoll, um Trends im Zeitverlauf abzubilden [6, 40].

Neben der sozialen Dimension von Behinderungen und dem Einfluss von (sozialer und struktureller) Diskriminierung sollten die salutogenetische Perspektive (siehe Infobox 2.3.2.1) berücksichtigt und die Ressourcen in den Blick genommen werden. Auch die Verbindung von Geschlecht, Behinderung und Daten zu anderen Diversitätsmerkmalen, insbesondere Migration, sollte untersucht werden [62].

Insgesamt gibt es trotz deutlicher Fortschritte noch Handlungsbedarf. Die dargestellten Befunde zeigen, dass Frauen mit Behinderungen in ihrer Autonomie bestärkt werden müssen und dass Maßnahmen zur Verhinderung und zum Abbau der Mehrfachdiskriminierung und von Gewalt weiterhin notwendig sind [63, 64]. Darüber hinaus gilt es auch im Bereich Gesundheit und Gesundheitsversorgung bestehende Barrieren weiterhin abzubauen und Frauen mit Behinderungen zu unterstützen.

Literatur

1. Vereinte Nationen (2006) Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Stand: 01.04.2020)
2. Statistisches Bundesamt (2020) Öffentliche Sozialleistungen – Lebenslagen der behinderten Menschen. Ergebnisse des Mikrozensus 2017. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
3. Statistisches Bundesamt (2019) Sozialleistungen – Schwerbehinderte Menschen. Fachserie 13 Reihe 5.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
4. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg) (2013) Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. BMAS, Bonn
5. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg) (2016) Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. BMAS, Bonn
6. Schröttle M, Hornberg C (2013) Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland. Ergebnisse der quantitativen Befragung. Endbericht. BMFSFJ, Berlin
7. Eurostat. (2015) Disability statistics background – European health and social integration survey. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_background_-_European_health_and_social_integration_survey (Stand: 01.04.2020)
8. Wienholz S, Seidel A, Michel M et al. (2013) Jugendsexualität und Behinderung: Ergebnisse einer Befragung an Förderschulen für Sachsen. BZgA, Köln
9. Wienholz S, Seidel A, Michel M (2017) Junge Erwachsene mit Beeinträchtigungen: Sexualität – Verhütung – Soziale Beziehungen. Ausgewählte Ergebnisse einer Befragung im Sachsen. Eine Studie im Auftrag der BZgA – Onlineversion. BZgA, Köln. www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Kurzfassung_Junge_Erwachsene_mit_Beeintraechtigungen_Sachsen_Onlineversion.pdf (Stand: 01.04.2020)
10. Robert Koch-Institut (2015) Behinderungen. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 131–138
11. World Health Organization (2001) International Classification of Functioning, Disability und Health (ICF). Deutsche Fassung herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentations und Information (DIMDI). WHO, Genf
12. Ewert T, Stucki G (2007) Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – Einsatzmöglichkeiten in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 50(7):953–961
13. Arnade S (2011) Entstehung, Bedeutung und Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention: Eine Einführung mit besonderer Würdigung der Rechte von Frauen mit Behinderung. Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung »Behinderung ohne Behinderte?! Perspektiven der Disability Studies«, Universität Hamburg, 11.07.2011. www.zedis-ev-hochschule-hh.de/files/arnade_11072011.pdf (Stand: 01.04.2020)
14. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg) (2016) Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Nationaler Aktionsplan 2.0 der Bundesregierung zur UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). BMAS, Berlin
15. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. (Hrsg) (2017) Bundesteilhabegesetz Kompakt. Die wichtigsten Änderungen im SGB IX. BAR, Frankfurt/Main
16. Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (Hrsg) (2016) Stellungnahme des Paritätischen Gesamtverbands zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung: (Bundesteilhabegesetz – BTHG). Der Paritätische Gesamtverband, Berlin
17. Pfaff H und Mitarbeiterinnen (2012) Lebenslagen der behinderten Menschen – Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Wirtschaft und Statistik 3:232–243
18. Statistisches Bundesamt (2019) Bevölkerungsanteile und gesamte Bevölkerung zum Stichtag 31.12. des jeweiligen Jahres. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
19. Statistisches Bundesamt (2019) Pflegestatistik – Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen: Grunddaten, Personalbestand, Pflegebedürftig, Empfänger und Empfängerinnen von Pflegegeldleistungen. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
20. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. BMFSFJ, Berlin, Bonn
21. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2009) Lebenslagen behinderter Frauen in Deutschland. Auswertung des Mikrozensus 2005. BMFSFJ, Berlin
22. Klamp-Gretschel K (2016) Politische Teilhabe von Frauen mit geistiger Behinderung: Bedeutung und Perspektiven der Partizipation. Budrich UniPress Ltd, Berlin
23. Petri A, Ribbert B (2017) Sexualität und Verhütung bei Menschen mit Beeinträchtigung: Qualifizierungsbedarfe und -angebote. BZgA FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung (1):18–21
24. Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern e. V. (Hrsg) (2019) Elternassistenz. Unterstützung für Eltern mit Behinderung und chronischen Erkrankungen: Ratgeber für die Beantragung und Organisation personeller Hilfen zur Pflege und Versorgung der Kinder. Ratgeberreihe – Band 4. bbe e. V., Löhne
25. World Health Organization (Hrsg) (2011) World Report on Disability. WHO, Geneva

26. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (Hrsg) (2015) Fachexpertise Geistige Behinderung und Sucht. Ergebnisse der verbandsübergreifenden Arbeitsgruppe. BeB, Berlin
27. Geraedts M, Schwalen S (2017) Gesundheitsuntersuchung für Menschen mit geistiger Behinderung: Modellprojekt zur Erfassung der medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. Abschlussbericht. Universität Witten/Herdecke, Interdisziplinäres Zentrum für Versorgungsforschung, Ärztekammer Nordrhein. www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/versorgung/Gesundheitsuntersuchung_Menschen_Mit_Geistiger_Behinderung_Abschlussbericht_2017_09_06.pdf (Stand: 01.04.2020)
28. Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg) (2015) Barrieren abbauen. Ideen und Vorschläge für die Praxis. KBV, Berlin
29. Stiftung Gesundheit (2012) Barrierefreiheit in der hausärztlichen Versorgung. Darstellung auf Basis der Daten der Stiftung Gesundheit 9/2012. www.stiftung-gesundheit.de/images/arzt-auskunft_download/hausarztpraxen-barrierefrei.pdf (Stand: 01.04.2020)
30. Eurostat (2015) Disability Database. https://ec.europa.eu/eurostat/web/equality/data/database (Stand: 01.04.2020)
31. Schülle M, Hornberg C (2016) Barrieren der Barrierefreiheit in der medizinischen Versorgung. Fördernde und hemmende Faktoren bei der Etablierung medizinischer Zentren für Erwachsene mit geistiger und Mehrfachbehinderung (MZEB). Bundesgesundheitsbl 59(9):1117–1124
32. Richter-Kuhlmann E (2013) Versorgung von Menschen mit Behinderung: Barrieren gibt es nicht nur äußerlich. Dtsch Arztebl Int 110(38):1720–1721
33. Pösl NF, Wattenberg I, Hornberg C (2018) Behandlungsdefizite, Barrieren, Bedarfe – Die gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderungen in Deutschland mit besonderem Fokus auf Nordrhein-Westfalen. Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW, Bochum
34. Rüger H (2013) Gesundheitsversorgung von Frauen und Mädchen mit Behinderung. Bayrischer Landesfrauenrat, München
35. Olukcu S, Kostka J, Rathmann K (2018) Zugang und Inanspruchnahme medizinischer Versorgung in Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB): Eine qualitative Interviewstudie aus ExpertInnensicht. Psychother Psychosom Med Psychol 68(08):e38
36. Schülle M (Hrsg) (2016) Barrieren der Barrierefreiheit – Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Teil 1 – Empirische Erkenntnisse. Beitrag D33-2016. www.reha-recht.de (Stand: 01.04.2020)
37. Mittag O, Welti F (2017) Medizinische Rehabilitation im europäischen Vergleich und Auswirkungen des europäischen Rechts auf die deutsche Rehabilitation. Bundesgesundheitsbl 60(4):378–385
38. Bundesministerium für Gesundheit (2019) Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten. Zahlen und Fakten der Pflegeversicherung, ihre Leistungen, ihre Versicherten und die Entwicklung ihrer Finanzen seit 1995. Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden. www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html (Stand: 01.04.2020)
39. GKV-Spitzenverband (2018) Ausgaben für Hilfsmittel, Amtliche Statistik KJ1. www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp (Stand: 01.04.2020)
40. Prütz F, Lange C (2016) Daten zu Behinderung und Teilhabe in Deutschland. Anforderungen, Auswertungsmöglichkeiten und Ergebnisse. Bundesgesundheitsbl 59(9):1103–1116
41. Behindertenbeauftragte von Bund und Ländern (2019) Düsseldorfer Erklärung der Behindertenbeauftragten von Bund und Ländern – Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen weiter verbessern! www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/20190322_D%C3%BCsseldorfer_Erkl%C3%A4rung.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (Stand: 01.04.2020)
42. Deutsche STI-Gesellschaft (DSTIG), Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Sexuellen Gesundheit (2012) Sexuelle Gesundheit – Definition und Positionierung der Deutschen STI-Gesellschaft (DSTIG). www.dstig.de/images/position%20der%20dstig%20zur%20sexuellen%20gesundheit.pdf (Stand: 01.04.2020)
43. Hermes G (2004) Behinderung und Elternschaft leben – Kein Widerspruch! Eine Studie zum Unterstützungsbedarf körper- und sinnesbehinderter Eltern in Deutschland. AG SPAK Bücher, Neu-Ulm
44. Köbsell S (2014) Gendering Disability: Behinderung, Geschlecht und Körper. In: Jacob J, Köbsell S, Wollrad E (Hrsg) Gendering Disability – Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht. transcript, Bielefeld, S. 17–34
45. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Kohlhammer, Stuttgart
46. Ortland B, Jennessen S, Römisch K et al. (2016) Das Modellprojekt ReWiKs: Aktuelle Forschungsergebnisse zu Teilhabechancen Erwachsener mit Behinderung im Bereich der sexuellen Selbstbestimmung. Bundesgesundheitsbl 59(9):1085–1092
47. Mickler B, Schroll R (2013) Sexualisierte Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit Behinderungen – Hintergründe verstehen, Signale erkennen, gezielt handeln. In: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und Hessisches Sozialministerium (Hrsg) Ärztliches Praxishandbuch Gewalt. Verlag S. Kramarz, Wust-Fischbeck
48. Staatliche Koordinierungsstelle nach Artikel 33 UN-Behindertenrechtskonvention (2017) Zwangssterilisation. Positionspapier der Staatlichen Koordinierungsstelle nach Art. 33 UN-BRK (Fachausschuss Freiheits- und Sozialrechte). www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Downloads/DE/20170426_Positionspapier_Zwangssterilisation.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (Stand: 01.04.2020)
49. Bundesamt für Justiz (2018) Betreuungsverfahren. Zusammenstellung der Bundesergebnisse für die Jahre 1992 bis 2017. www.bundesjustizamt.de/DE/Themen/Buergerdienste/Justizstatistik/Betreuung/Betreuung_node.html;jsessionid=08B4C4957F36CA825956237EA3659FF8.2_cid370 (Stand: 01.04.2020)
50. Zinsmeister J (2012) Zur Einflussnahme rechtlicher Betreuerinnen und Betreuer auf die Verhütung und Familienplanung der Betreuten. BTPrax – Betreuungsrechtliche Praxis (6):227–232
51. Bundesministerium für Gesundheit (2017) Bekanntmachungen: Evaluation von Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangeboten zur gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von Frauen mit Behinderungen. www.forschung-bundesgesundheitsministerium.de/foerderung/bekanntmachungen/spezialambulanzen (Stand: 01.04.2020)
52. Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2019) Teilhabeempfehlungen – Mehr Inklusion wagen! Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Berlin

53. Aleshchenkova V (2017) Versorgung von Patienten mit geistiger und Mehrfachbehinderung: Auswirkungen und Probleme im Zeitalter des DRG-Abrechnungssystems. Springer, Wiesbaden
54. Puschke M (2017) Hat die UN-Behindertenrechtskonvention bewirkt, dass sexuelle Selbstbestimmung gelebt werden kann? Eine Annäherung aus Sicht von Frauen mit Behinderung. BZgA FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung (1):10–13
55. Schyma P (2017) Inklusive Beratung: Ergebnisse aus dem Projekt: »Ich will auch heiraten!«. BZgA FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung (1):29–32
56. Rabe H, Leisering B (2018) Die Istanbul-Konvention: neue Impulse für die Bekämpfung von geschlechtsspezifischer Gewalt. Deutsches Institut für Menschenrechte, Berlin
57. Schröttle M, Hornberg C (2014) Gewalterfahrungen von in Einrichtungen lebenden Frauen mit Behinderungen – Ausmaß, Risikofaktoren, Prävention – Endbericht. BMFSFJ, Berlin
58. Frauen-Beauftragte in Einrichtungen (2019) Ein Bundes-Netzwerk für Frauen-Beauftragte in Einrichtungen. https://frauenbeauftragte.weibernetz.de/nachricht/das-bundes-netzwerk-der-frauen-beauftragten-stark-machen.html (Stand: 01.04.2020)
59. Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und sexualisierter Gewalt e. V. (2017) BeSt – Beraten und Stärken. Bundesweites Modellprojekt 2015 – 2020 zum Schutz von Mädchen und Jungen mit Behinderung vor sexualisierter Gewalt in Institutionen. www.dgfpi.de/kinderschutz/best-beraten-staerken.html (Stand: 01.04.2020)
60. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2019) Frauenhäuser und Beratungsstellen – Bundesinvestitionsprogramm »Gemeinsam gegen Gewalt an Frauen« startet. www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/bundesinvestitionsprogramm--gemeinsam-gegen-gewalt-an-frauen--startet/140312 (Stand: 01.04.2020)
61. Steinwede J, Schröder H, Schäfers M et al. (Hrsg) (2018) Forschungsbericht 512. Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen: 2. Zwischenbericht. BMAS, Bonn
62. Vereinte Nationen, Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2015) Abschließende Bemerkung über den ersten Staatenbericht Deutschlands. https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Weitere_Publikationen/CRPD_Abschliessende_Bemerkungen_ueber_den_ersten_Staatenbericht_Deutschlands.pdf (Stand: 01.04.2020)
63. Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg) (2011) Behinderung: Neues Verständnis nach der Behindertenrechtskonvention. POSITIONEN, Nr. 4. DIMR, Berlin
64. Leisering B (2017) Rechte von Frauen und Mädchen mit Behinderungen: Allgemeine Bemerkung Nr. 3 des UN-Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Deutsches Institut für Menschenrechte, Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention, Berlin

Frauengesundheit im europäischen Vergleich

KAPITEL 10

- *Die mittlere Lebenserwartung von Frauen liegt in Deutschland mit 83,3 Jahren nahe am Durchschnitt der 28 EU-Mitgliedstaaten (83,6 Jahre).*

- *Die Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Krankheiten ist bei Frauen in den letzten 15 Jahren in allen 28 EU-Mitgliedstaaten zurückgegangen, Deutschland liegt mit 323 Todesfällen pro 100.000 Einwohnerinnen leicht über dem EU-Durchschnitt.*

- *Knapp 44 % der Frauen in den 28 EU-Mitgliedstaaten sind übergewichtig (inkl. Adipositas), in Deutschland liegt der Anteil bei rund 43 %.*

- *Beim Anteil der Frauen mit monatlichem Rauschtrinken steht Deutschland mit 19 % an zweiter Stelle der 28 EU-Mitgliedstaaten.*

- *Der Anteil der Frauen, die gesundheitsförderlich körperlich aktiv sind, ist in Deutschland mit 22 % mehr als doppelt so hoch wie im Durchschnitt der 28 EU-Mitgliedstaaten.*

10 Frauengesundheit im europäischen Vergleich

10.1 Einleitung

10.1.1 Was bringt der Blick nach Europa?

Gesundheit und Krankheit sind stark beeinflusst von Lebenswelten, kulturellen und sozialen Einflüssen, die sich zwischen den Geschlechtern, aber auch zwischen den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) (siehe Infobox 10.1.1.1) unterscheiden. Vor diesem Hintergrund wird mit diesem Kapitel die Betrachtung der Frauengesundheit in Deutschland um eine europäische Perspektive ergänzt.

Die großen gesundheitspolitischen und gsundheitsökonomischen Herausforderungen, vor denen die europäischen Sozialstaaten stehen, verlangen nach evidenzgestützten Entscheidungen. Deshalb wird es zunehmend wichtiger, für Analysen und evidenzgestützte Politikberatung international vergleichbare Daten nutzen zu können, die wichtige Aspekte der Bevölkerungsgesundheit und der Versorgungsstrukturen in den Mitgliedstaaten der EU abbilden. So zeigen zahlreiche Untersuchungen, dass sich Erkrankungsraten, Prävalenzen und Sterberaten bestimmter Krankheiten, die Lebenserwartung und das Gesundheitsverhalten zwischen Ländern innerhalb der EU deutlich unterscheiden [1, 2]. Bedingt durch die Heterogenität der einzelnen Gesundheitssysteme, gibt es auch Unterschiede in der Gesundheitsförderung, der Prävention und der Versorgung in den einzelnen EU-Mitgliedstaaten [3].

Gleichzeitig sehen sich die EU-Mitgliedstaaten jedoch vor ähnliche Herausforderungen gestellt. Zu diesen gehören der demografische Wandel, die damit einhergehende Zunahme chronischer Erkrankungen und der Anspruch, gesundheitsförderliches Verhalten zu unterstützen und gesundheitsfördernde Lebenswelten zu gestalten [4]. Der Vergleich mit anderen EU-Mitgliedstaaten ermöglicht es den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens, nationale Trends der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung sowie Ergebnisse von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsversorgung in europäische Entwicklungen einzuordnen [1]. Der Vergleich von Gesundheitsdaten soll auch dazu anregen, voneinander zu lernen („mutual learning"). Erfolgreiche politische Lösungen und Maßnahmen eines Landes zur Reduktion vergleichbarer gesundheitlicher Probleme können Impulse für andere Länder geben.

Die folgenden Abschnitte beschreiben zunächst die verfügbaren Datenquellen und setzen das Thema Frauengesundheit in den Kontext der europäischen

Infobox 10.1.1.1
Europa, die Europäische Union und die WHO-Euro-Region

Die geografische Region Europa umfasst ein Gebiet im westlichen Teil Eurasiens, in dem über 740 Millionen Menschen leben. Für Analysen zur Gesundheit in Europa stehen vor allem Informationen für die Europäische Union (EU) und die Europäische Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die sogenannte WHO-Euro-Region, zur Verfügung.

Die Europäische Union entwickelte sich aus mehreren Vorgängerorganisationen. Die heutige EU wurde am 1. November 1993 mit zwölf Mitgliedstaaten (Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Portugal, Spanien und Vereinigtes Königreich) gegründet. Seitdem ist die Zahl der Mitgliedstaaten durch Aufnahme von Bulgarien, Estland, Finnland, Kroatien, Lettland, Litauen, Malta, Österreich, Polen, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn und Zypern auf 28 gewachsen. Im Jahr 2019 wurde die Einwohnerzahl der EU auf 513,5 Millionen geschätzt [5]. Nach dem Austritt des Vereinigten Königreichs am 31.01.2020 umfasst die EU 27 Mitgliedstaaten mit einer Einwohnerzahl von 446 Millionen. Da sich dieser Bericht auf den Zeitraum vor dem Brexit bezieht, ist das Vereinigte Königreich in die Auswertungen eingeschlossen.

Die WHO-Euro-Region erstreckt sich vom Atlantik bis zum Pazifik. Sie umfasst 53 Staaten und eine Bevölkerung von ungefähr 900 Millionen. Das WHO-Regionalbüro für Europa ist für die öffentliche Gesundheit in der Europäischen Region der WHO zuständig, es ist eines von insgesamt sechs Regionalbüros in der Welt [6].

Gesundheitspolitik. Im Anschluss werden ausgewählte Aspekte der Frauengesundheit vergleichend dargestellt. Dabei werden Gemeinsamkeiten, Unterschiede und – sofern entsprechende Daten verfügbar sind – auch Trends in Bezug auf den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsversorgung von Frauen in den Mitgliedstaaten der EU beleuchtet. Im Fazit werden die Daten und Informationen dieses Kapitels noch einmal zusammengefasst. Sie können einen Beitrag dazu leisten, die Lebensbedingungen von Frauen in der EU und auch in Deutschland gesundheitsförderlicher zu gestalten.

10.1.2 Datenquellen zur Gesundheit in der Europäischen Union

Die Verantwortung für Gesundheitspolitik liegt bei den einzelnen Mitgliedstaaten, die EU kann jedoch die jeweilige Gesundheitspolitik durch die Bereitstellung vergleichender Daten zur Gesundheit für Europa unterstützen [2]. Für den Gesundheitssektor wurden dazu die Europäischen Kernindikatoren für Gesundheit entwickelt (European Core Health Indicators, ECHI-Indikatoren) [7]. Zurzeit umfasst diese Liste 88 Indikatoren. Von diesen liegen für 67 Indikatoren Daten aus internationalen Datenquellen vor. Die verbleibenden 21 Indikatoren befinden sich konzeptuell bzw. hinsichtlich der Datenquellen noch in der Entwicklung. Für 44 der 67 aktuell verwendeten Indikatoren ist eine Stratifikation nach Geschlecht möglich [8]. Ein Viertel der ECHI-Indikatoren speist sich aus der europaweiten Gesundheitsbefragung EHIS (European Health Interview Survey) [2, 9]. Für einige ECHI-Indikatoren werden Daten über das Gesundheitsmodul der EU-Befragung zu Einkommen und Lebensbedingungen (European Statistics of Income and Living Condition, EU-SILC) erhoben [10], andere werden aus den amtlichen Statistiken der EU-Mitgliedstaaten und aus zahlreichen weiteren Datenquellen gespeist.

Für die nachfolgenden Betrachtungen zur Frauengesundheit im europäischen Vergleich wurden zum großen Teil ECHI-Indikatoren herangezogen. Der EHIS ist damit eine Hauptdatenquelle für das Kapitel. Ausgewertet werden die Daten der zweiten Welle des EHIS, die in den meisten Ländern im Jahr 2014 durchgeführt wurde. Für die Darstellung von Gesundheitsvariablen stratifiziert nach Bildung wird auf die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) zurückgegriffen. Dabei werden die Bildungsangaben zu drei Qualifikationsniveaus verdichtet: einfache, mittlere und höhere berufsqualifizierende Bildung. Die ISCED-Klassifikation wurde im EHIS verwendet, um nationale Bildungsabschlüsse auch international vergleichbar zu machen [11]. In Deutschland erfolgt die Durchführung des EHIS im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut (RKI) [12, 13]. Daneben werden Daten aus EU-SILC verwendet. Bei beiden Befragungen handelt es sich um regelmäßige bevölkerungsweite Datenerhebungen, bei denen die Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Ländern mit im Fokus steht.

Zudem werden für das folgende Kapitel weitere Daten des Statistischen Amtes der Europäischen Union (Eurostat) herangezogen, z. B. zu Todesursachen. Für den Abschnitt zu Krebserkrankungen wurde vor allem das European Cancer Information System (ECIS) verwendet. Es enthält aktuelle Schätzungen zu Neuerkrankungen und Todesfällen an Krebs in der EU [14]. Für den Vergleich von europäischen Gesundheitsdaten im Bereich der übertragbaren Krankheiten wird auf Daten des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) mit Sitz in Stockholm zurückgegriffen. Das ECDC analysiert und bewertet mithilfe des europäischen Überwachungssystems TESSy Daten aus europäischen Ländern zu 52 meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten und Krankheitsausbrüchen sowie zu sonstigen Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit. Darüber hinaus wurden vergleichende Daten zur Gesundheit genutzt, die von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zur Verfügung gestellt werden. Die OECD umfasst 36 Mitgliedstaaten aus den Regionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Nord- und Südamerika sowie Europa und Asien.

Grundsätzlich ist beim Vergleich von Daten (z. B. aus dem EHIS) aus verschiedenen Ländern zu berücksichtigen, dass sich diese Ergebnisse von nationalen Auswertungen unterscheiden können. So liegen die international vergleichbaren Daten teilweise in anderen Alterskategorien vor als nationale Daten. In diesem Kapitel werden die EHIS-Daten von Personen ab 15 Jahren verwendet. Um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten, kann es

darüber hinaus erforderlich sein, nationale Daten (z. B. durch Altersstandardisierung) zu bearbeiten. Auch dadurch können sich Unterschiede zu den Ergebnissen internationaler Auswertungen ergeben, etwa bei Sterblichkeitsraten. Die Anwendung unterschiedlicher statistischer Verfahren bei der Datenverarbeitung kann ebenfalls zu Unterschieden zwischen nationalen und internationalen Ergebnissen führen, z. B. bei der Anwendung von unterschiedlichen Methoden zur Berechnung der Lebenserwartung. Die Ergebnisse dieses Kapitels können deshalb von anderen Abschnitten dieses Berichts abweichen.

10.1.3 Frauengesundheit und europäische Gesundheitspolitik

Zahlreiche Berichte und Aktionspläne zur Frauengesundheit sind in den letzten Jahren auf europäischer Ebene erarbeitet worden. Sie decken unterschiedliche Themenschwerpunkte und Regionen ab, z. B. die EU mit 28 Mitgliedstaaten (EU28) oder die WHO-Euro-Region, zu der 53 Staaten gehören (siehe Infobox 10.1.1.1). Im Jahr 2001 verabschiedete das WHO-Regionalbüro für Europa (WHO-Euro) einen Strategischen Aktionsplan zur Frauengesundheit in Europa und unterstrich die Notwendigkeit einer Lebenslaufperspektive, der Partizipation von Frauen, einer verbesserten Gesundheitsversorgung und der verstärkten Berücksichtigung der Frauengesundheit in der Gesundheitsforschung [15]. Der Bericht der Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit der Europäischen Kommission (DG Santé) aus dem Jahr 2009 fokussiert auf Frauengesundheit in Europa im Vergleich mit Männern, beinhaltet jedoch auch Vergleiche der Frauen in einzelnen EU-Mitgliedstaaten [16].

Im Jahr 2015 legte das WHO-Regionalbüro für Europa einen kurzen Bericht zur Frauengesundheit vor: „Beyond the mortality advantage. Investigating women's health in Europe“ [17]. Der Bericht informiert über die wichtigsten Gesundheitsprobleme von Frauen in der Region, einschließlich Unterschieden in der Gesundheitsversorgung, und hebt die Bedeutung von Geschlecht und sozioökonomischen Determinanten für die Frauengesundheit in der WHO-Euro-Region hervor. Er diente der Vorbereitung einer regionalen Strategie für die Gesundheit von Frauen. Im Jahr 2016 verabschiedete WHO-Regionalbüro für Europa eine Strategie zur Gesundheit und zum Wohlbefinden für Frauen in der WHO-Euro-Region („Strategy on women's health and well-being in the WHO European Region“) [18]. In der Strategie wird betont, dass Geschlecht eine wesentliche Determinante von Gesundheit ist. Gender Mainstreaming ist dabei ein wichtiges Instrument, um dem Ziel der Geschlechtergerechtigkeit Schritt für Schritt näher zu kommen. Notwendige Aktivitäten sollen u. a. in Form von nationalen Gesundheitsstrategien etabliert werden. Dies spiegelt die Tatsache wider, dass die Verantwortung für Gesundheitspolitik in Europa bei den jeweiligen EU-Mitgliedstaaten liegt. Zeitgleich erschien 2016 der WHO-Euro-Bericht „Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage” [19]. Der Bericht liefert den Hintergrund für die Strategie. Er informiert über Krankheitslast, Lebenserwartung und gesundheitliche Versorgung von Frauen in der WHO-Euro-Region. Dabei stellt er die Bedeutung wirtschaftlicher, sozialer und umweltbezogener Determinanten heraus, ebenso wie die Auswirkungen von Geschlechterdiskriminierung und Geschlechterstereotypisierung auf die Gesundheit von Frauen.

Der Bericht hat einen engen Bezug zur Agenda 2030 der Vereinten Nationen mit ihren 17 Zielen für Nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDGs) [20]. Fortschritte in den Zielen für nachhaltige Entwicklung „Geschlechtergerechtigkeit und Selbstbestimmung für alle Frauen und Mädchen erreichen” (SDG5) sowie „Ungleichheit innerhalb von und zwischen Staaten verringern” (SDG10) gelten als wesentliche Voraussetzung für das Erreichen des Ziels „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“ (SDG3).

Die Gleichstellung von Frauen und Männern ist eines der Ziele der EU. Mit Rechtsvorschriften, der Rechtsprechung und Änderungen der Verträge ist es nach und nach gelungen, diesem Grundsatz Nachdruck zu verleihen und ihn in der EU anzuwenden [21]. Das Europäische Parlament und der Rat haben 2006 das Europäische Institut für Gleichstellungsfragen mit Sitz in Vilnius (Litauen) geschaffen, dessen Aufgabe es ist, die Gleichstellung von Frauen und Männern aktiv zu fördern. In den letzten Jahrzehnten und bis heute gibt es zahlreiche Aktivitäten und Rechtsvorschriften,

die großen Einfluss auf die Gleichstellungspolitik in den Mitgliedstaaten haben – zum Nutzen für Frauen und Männer in der EU [21].

10.2 Gesundheitliche Situation von Frauen im europäischen Vergleich

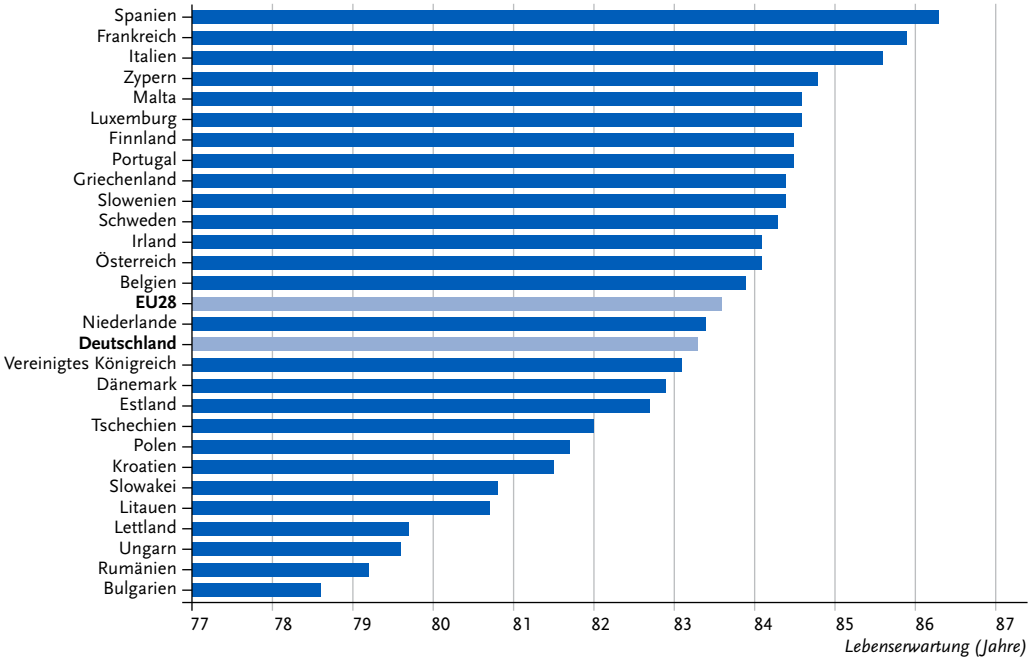
Im Folgenden wird die gesundheitliche Situation von Frauen in Europa anhand ausgewählter Indikatoren beschrieben. Für die vergleichende Darstellung der 28 EU-Mitgliedstaaten wurde, wenn möglich, auf die EU-weit abgestimmten ECHI-Indikatoren zurückgegriffen, ergänzt um Angaben aus der WHO-Euro-Region und Daten der OECD. Vier Bereiche werden betrachtet: zunächst die Lebenserwartung und die gesunden Lebensjahre, danach die Selbsteinschätzung der Gesundheit. Es folgen Informationen zu Prävalenzen ausgewählter körperlicher und psychischer Erkrankungen im europäischen Vergleich. Die Auswahl der Erkrankungen und der Indikatoren folgte den Prinzipien weite Verbreitung und hohe Public-Health-Relevanz, thematische Vielfalt und Datenverfügbarkeit. Sie wird gestützt durch die Ergebnisse der Studie Global Burden of Disease und lehnt sich an die Themenauswahl im ersten Teil des Berichtes an (siehe Kapitel 2.1). Die Auswahl bleibt exemplarisch.

10.2.1 Lebenserwartung und gesunde Lebensjahre

Die durchschnittliche statistische Lebenserwartung bei Geburt hat in den letzten Jahrzehnten sowohl für Frauen als auch für Männer in den 28 Mitgliedstaaten der EU nahezu kontinuierlich zugenommen [22]. Diese Zunahme spiegelt einen Rückgang der Sterblichkeit in allen Altersgruppen wider und wird einer Reihe von Faktoren, wie z. B. einer Verbesserung des Lebensstandards, des Gesundheitsverhaltens, des Bildungsniveaus sowie der medizinischen Versorgung zugeschrieben.

Im Jahr 2018 erreichte die mittlere Lebenserwartung bei Geburt im Durchschnitt der 28 EU-Mitgliedstaaten 83,6 Jahre bei Frauen und 78,3 Jahre bei Männern. In allen Mitgliedstaaten der EU leben

Abbildung 10.2.1.1
Mittlere Lebenserwartung von Frauen bei Geburt in den 28 Mitgliedstaaten der EU (EU28), 2018
Datenbasis: Nationale Mortalitätsstatistiken (Eurostat-Datenbank [23])

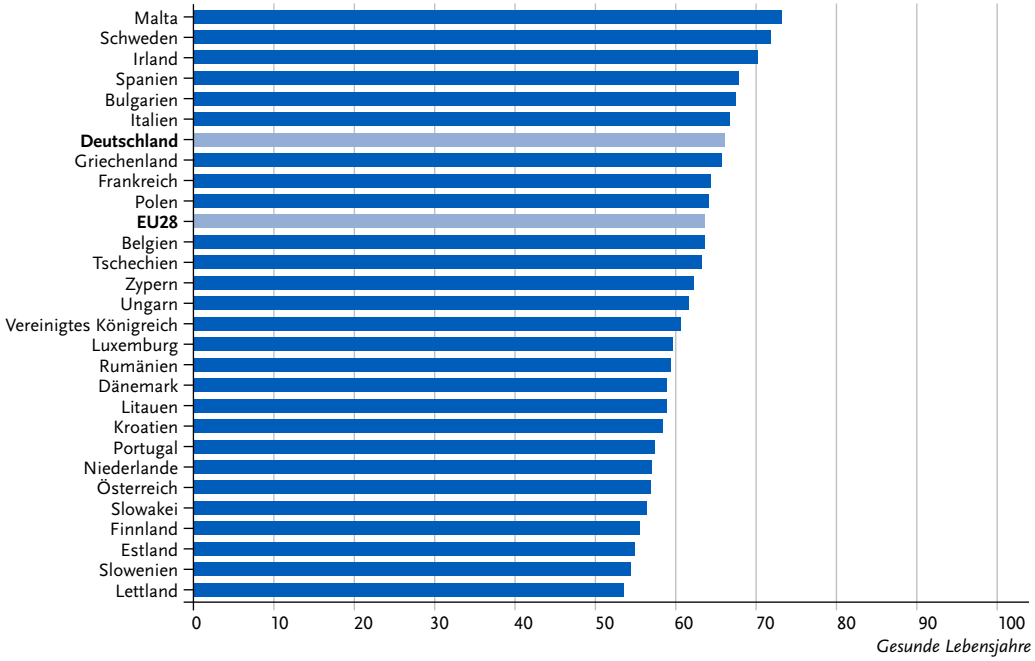


Frauen länger als Männer, wobei sich die geringsten Unterschiede zwischen den Geschlechtern mit 3,1 Jahren in den Niederlanden, die höchsten mit 9,8 Jahren in Litauen finden [23]. Die höchste Lebenserwartung für Frauen ist mit 86,3 Jahren in Spanien zu beobachten, die niedrigste mit 78,6 Jahren in Bulgarien (Abb. 10.2.1.1). Deutschland liegt mit 83,3 Jahren im Mittelfeld [23]. In den zehn Jahren von 2008 bis 2018 ist die Lebenserwartung von Frauen in den EU-Mitgliedstaaten um insgesamt 1,3 Jahre gestiegen.

Verschiedene gesellschaftliche Entwicklungen, wie etwa die Anhebung des Renteneintrittsalters, wie sie von der Europäischen Kommission gefordert wird [24], werfen die Frage auf, ob die dazugewonnenen Lebensjahre in guter Gesundheit verbracht werden. Der Indikator „Gesunde Lebensjahre" (Healthy Life Years, HLY) gibt Aufschluss darüber, wie viele Jahre eine Person erwartungsgemäß in guter gesundheitlicher Verfassung leben wird. Dazu werden die Daten zur Lebenserwartung und Befragungsdaten zu Einschränkungen im täglichen Leben durch Gesundheitsprobleme herangezogen. Bei der Interpretation und vor allem beim internationalen Vergleich dieser Daten ist zu berücksichtigen, dass die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes in verschiedenen Ländern von kulturellen Aspekten und anderen Rahmenbedingungen beeinflusst wird.

Der EU-Durchschnittswert für gesunde Lebensjahre bei Geburt lag im Jahr 2018 für Frauen mit 63,8 Jahren etwas über dem Wert für Männer mit 63,4 Jahren. Die höchste Lebenserwartung ohne größere gesundheitliche Einschränkungen ergibt sich mit 73,4 Jahren für Frauen in Malta (Abb. 10.2.1.2). Auch in Deutschland liegen die gesunden Lebensjahre für Frauen mit 66,3 Jahren über dem EU-Durchschnitt. In Lettland sind sie mit 53,7 Jahren am geringsten. In den letzten zehn Jahren ist der EU-Durchschnittswert für gesunde Lebensjahre bei Frauen um 1,7 Jahre gestiegen. In den einzelnen Ländern verliefen die Entwicklungen jedoch unterschiedlich. Aufgrund methodischer Änderungen in der Erhebung gesundheitsbedingter Einschränkungen im Jahr 2015 ist für Deutschland kein direkter Vergleich mit Ergebnissen aus vorherigen Jahren möglich [25].

Abbildung 10.2.1.2
Gesunde Lebensjahre bei Frauen in den 28 Mitgliedstaaten der EU (EU28), 2018
Datenbasis: EU-SILC und nationale Mortalitätsstatistiken (Eurostat-Datenbank [23])



10.2.2 Subjektive Gesundheit

Ein häufig genutzter übergreifender Indikator für die Gesundheit ist die subjektive Gesundheit (siehe Kapitel 2.1.2). Er liefert, ergänzend zu dem über medizinische Befunde definierten objektiven Gesundheitszustand, wichtige Informationen für die Beschreibung der Gesundheit von Personen und Bevölkerungsgruppen. Die Befragten machen dabei Angaben zur persönlichen Einschätzung ihres Gesundheitszustands. Neben vorhandenen Krankheiten und Beschwerden spiegelt die subjektive Gesundheit folglich insbesondere das persönliche Wohlbefinden wider [26]. Für nationale Auswertungen stehen verschiedene Datenquellen für Informationen zur subjektiven Gesundheit zur Verfügung. Die im Folgenden verwendeten Daten aus EU-SILC für Deutschland lassen sich aufgrund methodischer Unterschiede nicht direkt damit vergleichen.

Insgesamt schätzen 67,2 % der Frauen und 72,3 % der Männer in der EU ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein [23]. Der niedrigste Anteil an Frauen, die ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einschätzen, zeigt sich in Litauen und Lettland mit 40,1 % bzw. 39,6 %. Portugal ist der einzige westeuropäische EU-Staat, in dem weniger als die Hälfte der befragten Frauen über eine gute oder sehr gute Gesundheit berichten. In Irland, dem Land mit dem höchsten Wert, empfinden mehr als 8 von 10 Frauen (83,5 %) ihre Gesundheit als gut oder sehr gut. Frauen in Deutschland liegen mit einem Anteil von 63,8 % leicht unter dem europäischen Durchschnitt (Abb. 10.2.2.1).

Auffällig sind Unterschiede in der altersspezifischen Verteilung des Indikators (Abb. 10.2.2.2). Geben im Durchschnitt 86,6 % der 16- bis 44-jährigen Frauen in den 28 EU-Mitgliedstaaten an, sich in einem guten oder sehr guten Gesundheitszustand zu befinden (Deutschland: 83,8 %), so sinkt der Anteil bei den 45- bis 64-jährigen Frauen auf 65,1 % (Deutschland: 57,9 %) und bei den 65- bis 74-Jährigen weiter auf 47,9 % (Deutschland: 49,3 %). In der Gruppe der 75-Jährigen und Älteren liegt der Wert schließlich bei 29,2 % (Deutschland: 31,5 %). Dabei muss berücksichtigt werden, dass es

Abbildung 10.2.2.1
Selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand (gut oder sehr gut) bei Frauen ab 16 Jahren in den 28 Mitgliedstaaten der EU (EU28), 2017
Datenbasis: EU-SILC (Eurostat-Datenbank [23])

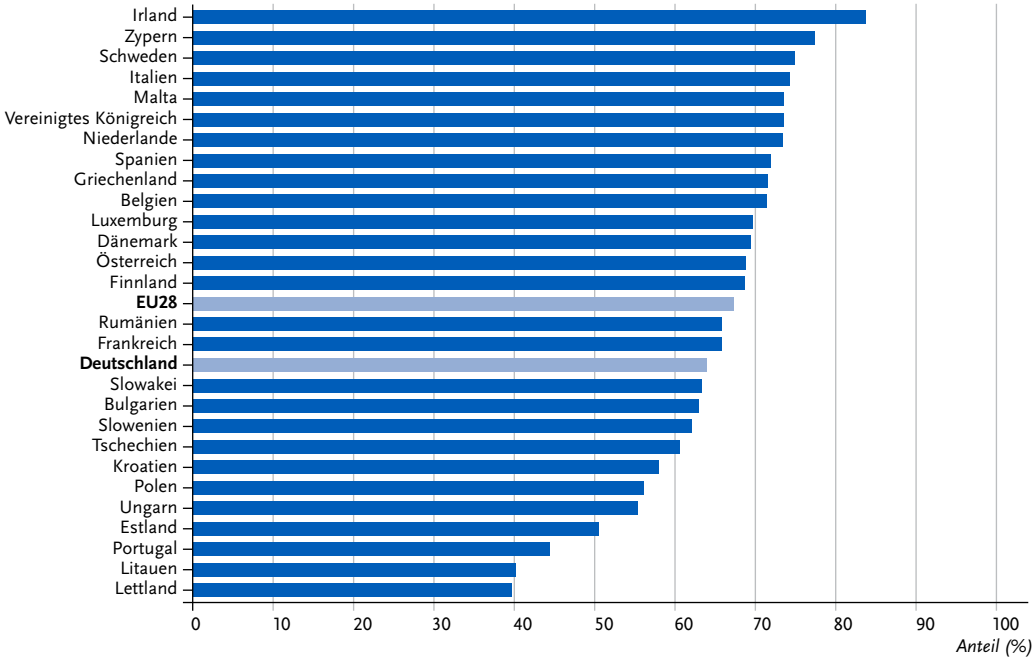
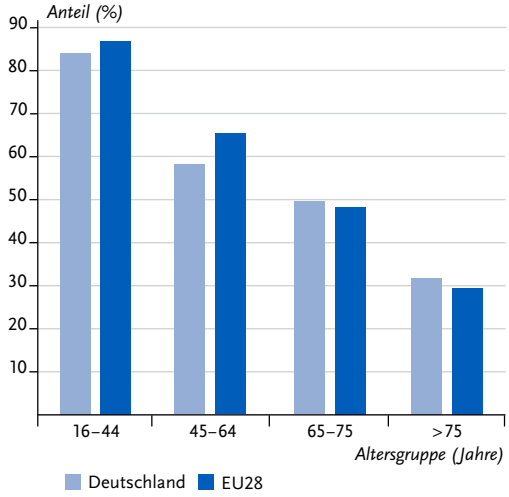


Abbildung 10.2.2.2
Selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand (gut oder sehr gut) bei Frauen im Durchschnitt der 28 Mitgliedstaaten der EU (EU28) und in Deutschland nach Alter, 2017
Datenbasis: EU-SILC (Eurostat-Datenbank [23])



sich um eine subjektive Einschätzung handelt, die vielfältigen sozialen und kultur- sowie lebensalterspezifischen Einflüssen unterliegt, was die internationale Vergleichbarkeit der Ergebnisse begrenzt [1].

10.2.3 Körperliche Gesundheit

Einen bedeutenden Teil der Krankheitslast der Bevölkerung in der WHO-Euro-Region stellen chronische körperliche Erkrankungen dar. Das zeigen auch die Ergebnisse der Studie Global Burden of Disease. Gemessen an den in Krankheit verbrachten und an den verlorenen Lebensjahren (sogenannte Disability-Adjusted Live Years, DALYs) zeigt sich, dass in der WHO-Euro-Region die ischämischen Herzerkrankungen die größte Krankheitslast bei Frauen aller Altersgruppen verursachen. Diese werden gefolgt von weiteren chronischen körperlichen Erkrankungen wie Schlaganfall, Rückenschmerzen und Kopfschmerzen [27]. Diabetes mellitus steht an sechster Stelle, Brustkrebs an zehnter Stelle der Krankheiten mit der größten Krankheitslast für Frauen in der WHO-Euro-Region. Betrachtet man nur die Sterblichkeit, dominieren Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen als Todesursachen für Frauen [27].

Die meisten der genannten chronischen Erkrankungen treten im höheren Lebensalter häufiger auf. Aufgrund besserer Möglichkeiten der Früherkennung und Behandlung sowie des steigenden Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung nehmen die absoluten Erkrankungszahlen in den letzten Jahren zu [19]. Wenngleich in allen Ländern der WHO-Euro-Region nicht-übertragbare Erkrankungen das Krankheitsgeschehen dominieren, haben in einigen Staaten (u. a. Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion in Zentralasien) auch Infektionskrankheiten noch große Bedeutung, z. B. Durchfall- und Atemwegserkrankungen [19, 27]. Darüber hinaus hat die durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachte Pandemie verdeutlicht, mit welcher Geschwindigkeit sich Krankheitserreger innerhalb kurzer Zeit weltweit verbreiten können und dass auch in Europa von Infektionskrankheiten weiterhin ein erhebliches Gesundheitsrisiko ausgehen kann. Im Folgenden werden exemplarisch Daten zu drei der genannten nicht-übertragbaren Krankheiten dargestellt und ein Beispiel aus dem Bereich der Infektionskrankheiten (Tuberkulose).

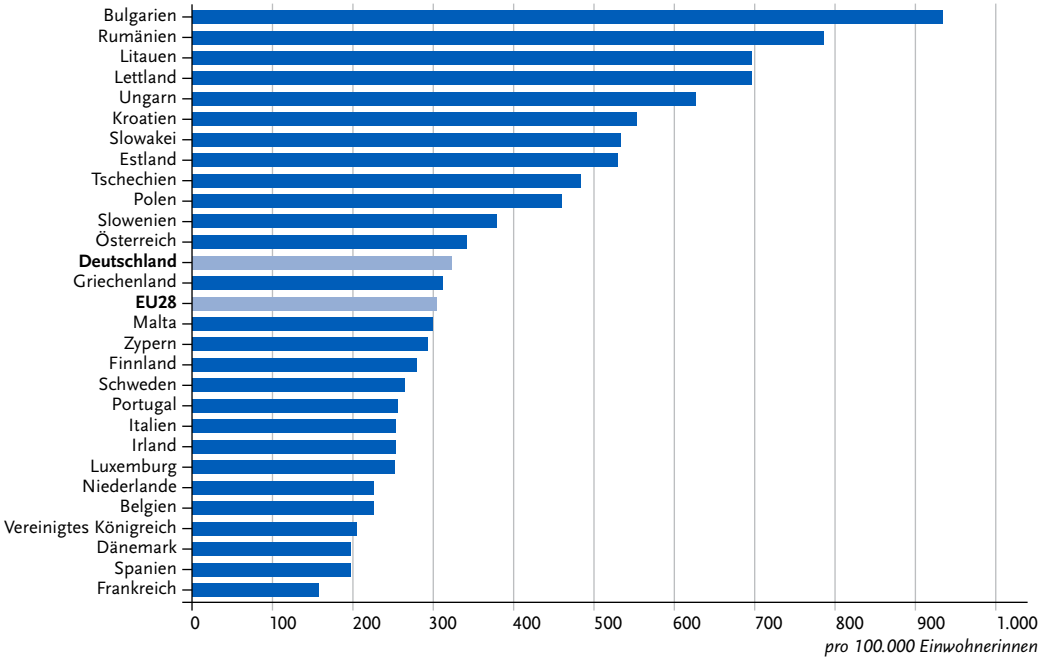
Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Der Oberbegriff der Herz-Kreislauf-Erkrankungen (kardiovaskuläre Erkrankungen) umfasst die Krankheiten des Herzens und der Blutgefäße. In fast allen EU-Mitgliedstaaten sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache für Frauen [23]. Auch in Deutschland stehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen für Frauen mit Abstand an erster Stelle [28]. Dennoch wird das Erkrankungsrisiko von Frauen häufig unterschätzt (siehe auch Kapitel 2.1.3).

In den EU-Mitgliedstaaten bestehen deutliche West-Ost-Unterschiede in der Herz-Kreislaufbedingten Sterblichkeit von Frauen. Die anhand der neuen Europastandardbevölkerung altersstandardisierten Sterberaten reichen hier von 157 pro 100.000 Einwohnerinnen in Frankreich bis zu 934 pro 100.000 Einwohnerinnen in Bulgarien (Abb. 10.2.3.1). Deutschland liegt mit 323 Herz-Kreislaufbedingten Todesfällen pro 100.000 Einwohnerinnen leicht über dem EU-Durchschnitt (304 pro 100.000 Einwohnerinnen).

Seit 2001 ist ein Rückgang der Sterberaten durch Herz-Kreislauf-Krankheiten bei Frauen in allen Mitgliedstaaten der EU zu verzeichnen. Der stärkste Rückgang wurde in Griechenland, Dänemark und

Abbildung 10.2.3.1
Altersstandardisierte Sterblichkeit durch Krankheiten des Kreislaufsystems bei Frauen in den 28 Mitgliedstaaten der EU (EU28), 2016 (neue Europastandardbevölkerung)
Datenbasis: Nationale Mortalitätsstatistiken (Eurostat-Datenbank [23])



Großbritannien beobachtet. Die geringste Abnahme zeigt sich in Slowenien, Ungarn, Bulgarien und Litauen [23].

Daten aus dem EHIS Welle 2 erlauben erstmals eine vergleichende Betrachtung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den 28 Mitgliedstaaten der EU [23]. Hier geben im europäischen Durchschnitt 1,1 % der Frauen an, in den letzten zwölf Monaten einen Herzinfarkt erlitten zu haben oder von chronischen Folgen eines Infarkts betroffen zu sein (Deutschland: 0,9 %). Der Anteil derer, die eine koronare Herzerkrankung oder Angina pectoris berichten, liegt mit 3,1 % in Deutschland leicht unter dem Durchschnitt der EU-Mitgliedstaaten (3,4 %). Über dem Durchschnitt findet sich Deutschland hinsichtlich des Anteils der Frauen, bei denen nach eigenen Angaben ein hoher Blutdruck besteht (EU28: 22,3 % vs. Deutschland: 27,9 %) und die von einem Schlaganfall oder dessen chronischen Folgen berichten (EU28: 1,3 % vs. Deutschland: 1,5 %). Aufgrund unterschiedlicher Altersgruppen und Gewichtung lassen sich diese Ergebnisse nicht direkt mit Ergebnissen aus nationalen Berichten auf Basis der Daten aus dem EHIS Welle 2 vergleichen. Da die Gesundheitsberichterstattung (GBE) in Deutschland üblicherweise andere Indikatoren verwendet, um Herz-Kreislauf-Erkrankungen abzubilden, sind Vergleiche mit Daten aus anderen GBE-Publikationen nur eingeschränkt möglich.

Krebserkrankungen

Krebserkrankungen sind die zweithäufigste Todesursache für Frauen in der EU. Laut Eurostat entfiel im Jahr 2016 fast ein Viertel aller Todesfälle bei Frauen auf bösartige Neubildungen (22,9 %) [23]. 590.543 Frauen starben an Krebserkrankungen. Dabei sind die altersstandardisierten Sterberaten für Frauen deutlich niedriger als für Männer (200,5/100.000 vs. 343,3/100.000). Erklärt wird dies mit der stärkeren Verbreitung von Krebsrisikofaktoren bei Männern, z. B. Rauchen und Alkoholkonsum (siehe auch Kapitel 2.2.4, 2.2.5) [29].

In den einzelnen EU-Mitgliedstaaten sind die altersstandardisierten Krebssterberaten bei Frauen sehr unterschiedlich. Sie reichen von 155,8

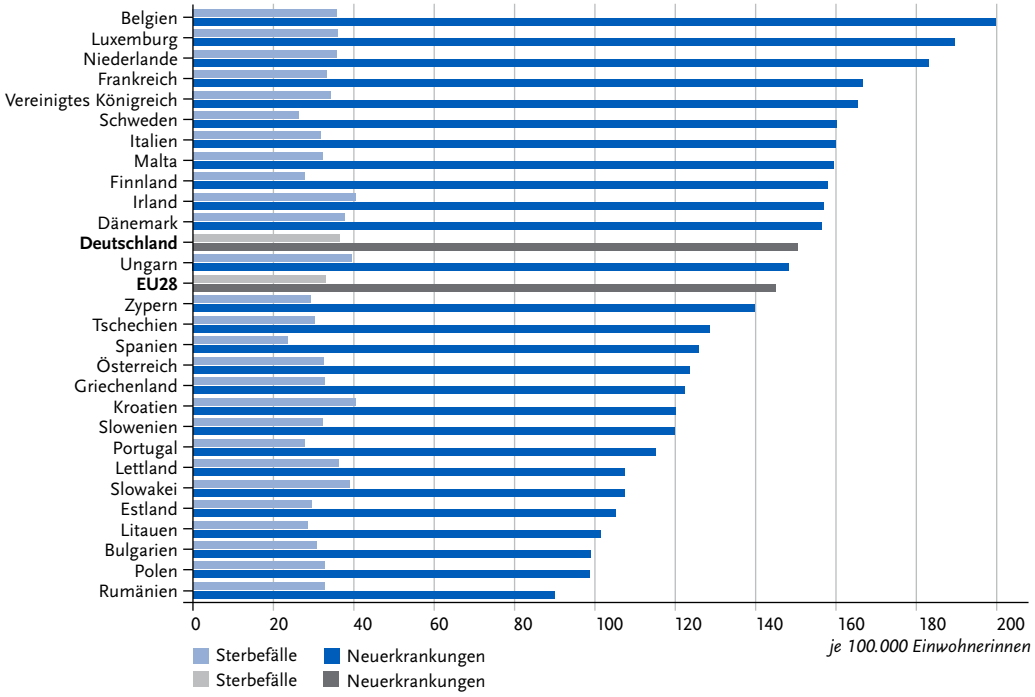
Krebstodesfällen je 100.000 Einwohnerinnen in Spanien bis zu 269,3/100.000 in Ungarn [14]. Deutschland liegt mit 207,7/100.000 nahe am EU-Durchschnitt (siehe auch Kapitel 2.1.4). Die Überlebensraten von Krebspatientinnen (und -patienten) sind in den EU-Ländern allerdings heute höher denn je. Das wird auf die breite Umsetzung von Früherkennungsprogrammen und verbesserte Behandlungsmethoden zurückgeführt [29].

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in der EU und die häufigste Krebstodesursache. 16,2 % aller Todesfälle durch Krebs bei Frauen entfielen im Jahr 2016 auf Brustkrebs [23]. Geschätzt wird, dass fast 96.000 Frauen in der EU an Brustkrebs verstarben. Der Mittelwert der Brustkrebssterblichkeit in den Mitgliedstaaten der EU liegt bei 32,9/100.000 (Abb. 10.2.3.2). Für einige Mitgliedsländer wurden etwas höhere Raten ermittelt: 40,4/100.000 in Kroatien und 40,3/100.000 in Irland (Deutschland: 36,5/100.000). Gemeinsam ist den Ländern der EU, dass die Sterberaten an Brustkrebs in den letzten zehn Jahren zurückgegangen sind oder sich stabilisiert haben [29]. Eine Ausnahme bildet Kroatien, wo die Sterblichkeitsrate bei Brustkrebs seit dem Jahr 2000 gestiegen ist. Kroatien weist aktuell die höchste Sterblichkeitsrate aller EU-Länder auf.

Parallel zum Absinken der Sterberaten stieg die Neuerkrankungsrate von Brustkrebs in der EU. Über 400.000 neue Fälle werden in den EU-Mitgliedstaaten jedes Jahr diagnostiziert [29]. Abbildung 10.2.3.2 zeigt, dass die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate in nordwestlich gelegenen Ländern – Belgien (199,8), Luxemburg (189,5), Niederlande (183,0) – oftmals höher liegt als in den südöstlichen/östlichen Ländern (Rumänien, Polen, Bulgarien) mit einer Neuerkrankungsrate von unter 100/100.000 Einwohnerinnen. Deutschland liegt mit 150,4/100.000 nahe am EU-Durchschnitt.

Diese beiden parallelen Entwicklungen deuten auf eine Erhöhung der Überlebensraten aufgrund von früherer Diagnose und besserer Behandlung

Abbildung 10.2.3.2
Altersstandardisierte Neuerkrankungsraten (Schätzungen für 2018) und Sterberaten (2016) an Brustkrebs in den 28 Mitgliedstaaten der EU (EU28) (neue Europastandardbevölkerung)
Datenbasis: Neuerkrankungsraten: ECIS [14]; Sterberaten: Nationale Mortalitätsstatistiken (Eurostat-Datenbank [23])



hin [29]. Auswertungen von Registerdaten belegen dies für 29 europäische Länder [30] und weltweit [31]. Nach Daten der OECD haben alle westeuropäischen Länder eine 5-Jahres-Überlebensrate bei Brustkrebs von mindestens 80 % erreicht. In mehreren zentral und östlich gelegenen Ländern überleben weniger Frauen, obwohl die Überlebensraten auch dort in den letzten Jahren angestiegen sind [29].

Mit Blick auf alle Krebstodesfälle bei Frauen steht Lungenkrebs an zweiter Stelle in der EU (15,3 % aller Krebstodesfälle) [23]. In den letzten zehn Jahren ist die Mortalität durch Lungenkrebs bei Frauen in den EU-Mitgliedstaaten um 18 % gestiegen (altersstandardisierte Raten, 2006–2016). Hinsichtlich der Neuerkrankungen bei Frauen steht Lungenkrebs in der EU derzeit an dritter Stelle der häufigsten Diagnosen mit 9,6 % aller Fälle [14].

In Deutschland herrscht die gleiche Reihenfolge: Bei den Todesfällen steht Lungenkrebs an zweiter Stelle (nach Brustkrebs), bei den Neuerkrankungen an dritter Stelle (nach Brust- und Darmkrebs). Die höchsten Neuerkrankungs- und Sterberaten an Lungenkrebs finden sich bei Frauen in Dänemark und Ungarn. Hauptrisikofaktor für Lungenkrebs ist der Tabakkonsum (siehe Kapitel 2.1.4). Das Erkrankungsrisiko wird aber auch von anderen Umweltfaktoren beeinflusst, wie z. B. der Luftverschmutzung in Innenräumen [19].

An zweiter Stelle der häufigsten Krebsneuerkrankungen bei Frauen in der EU steht Darmkrebs mit 12,0 %. Frauenspezifische Krebsarten, wie Gebärmutterkörperkrebs (5,7 %), Eierstockkrebs (3,2 %) und Gebärmutterhalskrebs (2,4%) folgen an vierter, achter bzw. zwölfter Stelle. Insgesamt liegen die geschätzten Neuerkrankungsraten an Krebs in den nördlichen EU-Ländern (Dänemark, Irland, Belgien, Vereinigtes Königreich, Niederlande) und in Ungarn mehr als 10 % über dem EU-Durchschnitt von 484,6 Fällen/100.000 Einwohnerinnen (Deutschland: 504,6 Fälle/100.000 Einwohnerinnen). In Ost- und Südosteuropa, aber auch in Portugal und Spanien liegen sie darunter [14].

Die berichteten Unterschiede in den Inzidenzraten einzelner Länder (wie auch Schwankungen im zeitlichen Verlauf) spiegeln nicht nur Unterschiede in der tatsächlichen Anzahl von neu auftretenden Krebserkrankungen wider. Sie sollten auch vor dem Hintergrund von Unterschieden und Veränderungen in den nationalen Politikansätzen bezüglich der Krebsfrüherkennung sowie Unterschieden bei der Qualität der Krebsüberwachung und -berichterstattung interpretiert werden [29]. Abweichungen zu den in der nationalen GBE dargestellten Neuerkrankungs- und Sterberaten entstehen u. a. dadurch, dass es sich bei den ECIS-Daten um Schätzungen der International Agency for Research on Cancer (IARC) handelt. Nationale Schätzungen können abweichen. Außerdem kann es Unterschiede durch die Altersstandardisierung geben, Eurostat verwendet für Sterberaten die sogenannte neue Europastandardbevölkerung (ESP).

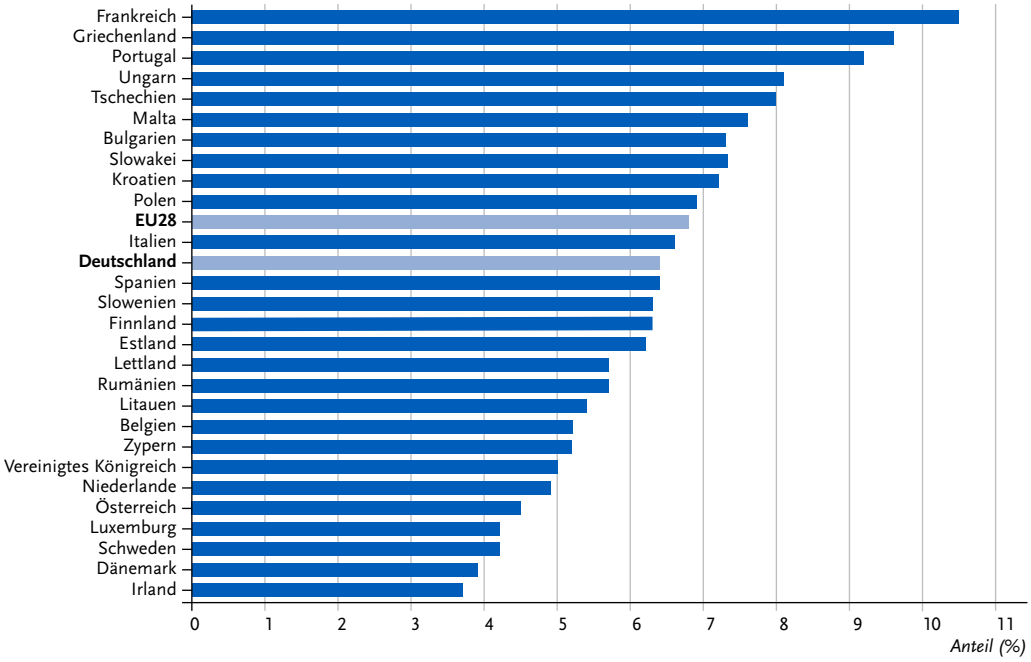
Diabetes mellitus

Sowohl in Deutschland als auch in der EU ist Diabetes mellitus eine der häufigsten Stoffwechselerkrankungen, ein weiterer Anstieg der Krankheitslast wird weltweit erwartet (siehe Kapitel 2.1.5). Im EHIS wurde das Vorliegen einer Diabetes-Erkrankung (außer Schwangerschaftsdiabetes) in den zwölf Monaten vor der Befragung erhoben. Im Durchschnitt ergibt sich für die 28 EU-Mitgliedstaaten eine Diabetesprävalenz von 6,8 % für Frauen und 7,1 % für Männer (jeweils ab 15 Jahren) (Abb. 10.2.3.3).

Erwartungsgemäß zeigt sich ein starker Anstieg der Häufigkeit von Diabetes mellitus mit zunehmendem Alter. Die Prävalenz des selbstberichteten Diabetes bei Frauen variiert im Vergleich der EU-Mitgliedstaaten in der Gruppe der 15- bis 64-Jährigen zwischen 2,1 % in Schweden und 8,2 % in Frankreich. Deutschland liegt mit einer 12-Monats-Prävalenz von 2,7 % in dieser Altersgruppe unter dem EU-Durchschnitt von 3,7 %. Bei den 65-jährigen und älteren Frauen beträgt die Prävalenz im Durchschnitt 16,6 %. Frauen in Griechenland (24,5 %) und der Slowakei (22,9 %) weisen in dieser Altersgruppe die höchsten Prävalenzen auf, Deutschland befindet sich mit 17,3 % knapp über dem EU-Durchschnitt. Die niedrigsten Prävalenzen werden aus Schweden (10,5 %) und Dänemark (9,5 %) berichtet. Aufgrund unterschiedlicher Altersgruppen und Gewichtung lassen sich diese Ergebnisse jedoch nicht direkt mit Ergebnissen aus nationalen Berichten auf Basis der Daten der EHIS Welle 2 vergleichen.

Die Abweichungen zwischen den EU-Mitgliedstaaten können zum einen auf landesspezifische Unterschiede hinsichtlich verschiedener soziodemografischer und Lebensstilfaktoren zurückgeführt werden, die als Risikofaktoren für Diabetes

Abbildung 10.2.3.3
12-Monats-Prävalenz des bekannten Diabetes mellitus (ohne Schwangerschaftsdiabetes) bei Frauen ab 15 Jahren in den 28 Mitgliedstaaten der EU (EU28), 2014
Datenbasis: EHIS Welle 2 [23]



gelten. Darüber hinaus bestehen Unterschiede in der Gesundheitsversorgung und damit möglicherweise auch in der Diagnosehäufigkeit, da Arztkonsultationen und routinemäßige Untersuchungen des Blutzuckers in den einzelnen Ländern unterschiedlich häufig durchgeführt werden.

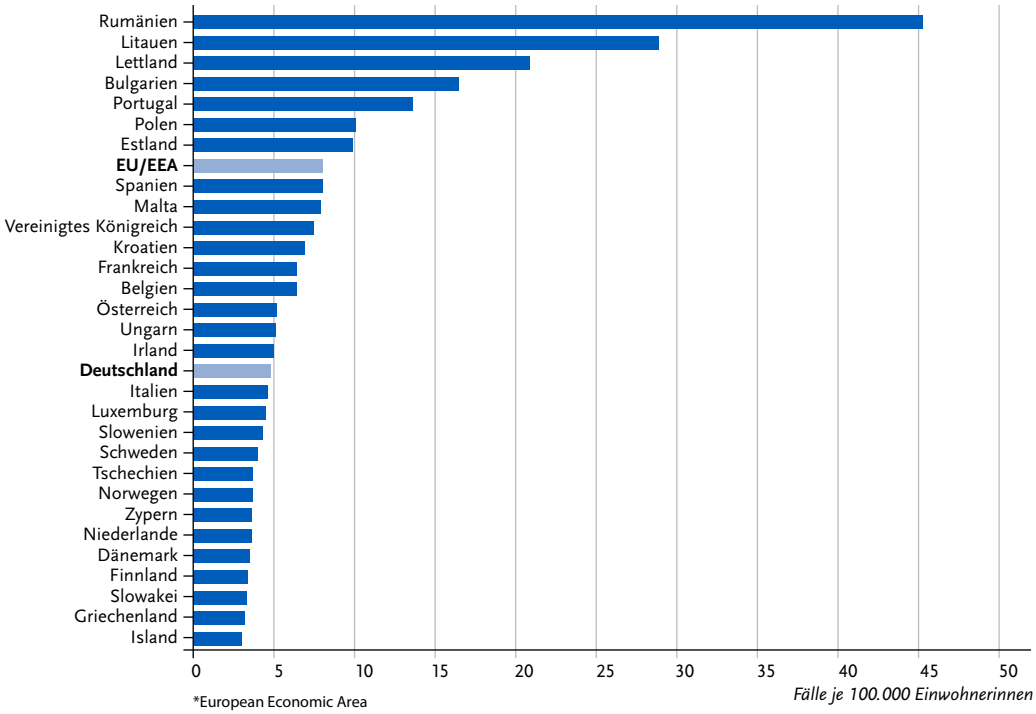
Neben den Altersunterschieden zeigen sich in allen EU-Mitgliedstaaten erhebliche Variationen nach dem Bildungsgrad der Frauen. So ist in der unteren Bildungsgruppe durchgängig eine höhere Diabetesprävalenz zu beobachten als in der mittleren und oberen Bildungsgruppe [23]. Solche Bildungsunterschiede im Auftreten von Diabetes mellitus werden mittlerweile durch zahlreiche sozialepidemiologische Studien belegt [32, 33, 34] und weisen auf einen verstärkten Bedarf an Aufklärung und Präventions-, Früherkennungs- und Versorgungsmaßnahmen in bestimmten Bevölkerungsgruppen hin.

Hohe Diabetesprävalenzen und gleichzeitig die größten Differenzen zwischen Frauen der unteren und oberen Bildungsgruppe lassen sich in Griechenland (16,9 % vs. 3,5 %), Tschechien (16,7 % vs. 2,7 %) und der Slowakei (15,4 % vs. 2,0 %) beobachten. In Deutschland liegt der Unterschied bei 8,1 Prozentpunkten. Um das Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit beim Diabetesrisiko nachhaltig zu verringern, sollte neben bereits laufenden Präventionsstrategien für eine gesunde Lebensweise (Verhaltensprävention) die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebenswelten noch stärker in den Vordergrund rücken (Verhältnisprävention). Durch die Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen können alle Bildungsgruppen erreicht werden [34]. Der Setting-Ansatz zur Verhältnisprävention in Lebenswelten wurde mit dem 2015 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz, PrävG) in Deutschland deutlich gestärkt.

Tuberkulose

Die Tuberkulose ist eine der fünf häufigsten Todesursachen für Frauen zwischen 20 und 59 Jahren weltweit [35]. Es wird geschätzt, dass im Jahr 2017 etwa 3,2 Millionen Frauen an Tuberkulose erkrankt sind [36]. Betrachtet man die WHO-Euro-Region, so

Abbildung 10.2.3.4
Neuerkrankungen an Tuberkulose bei Frauen ab 15 Jahren in 30 Staaten der EU/EEA*
(Fälle je 100.000 Einwohnerinnen), 2017
Datenbasis: TESSy [37]



haben Infektionskrankheiten insgesamt und auch die Tuberkulose eine geringere Bedeutung. Nur etwa 3 % der weltweiten Tuberkulose-Fälle entfallen auf die WHO-Euro-Region [36], wobei es große Unterschiede innerhalb der Länder gibt. So zeigen die Daten der Studie Global Burden of Disease, dass der Anteil der Atemwegserkrankungen und Tuberkulose an der gesamten Krankheitslast bei Frauen in einigen Ländern in Zentralasien zwischen 8 % und 14 % liegt, im Rest Europas hingegen zwischen 1 % und 2 % [27].

Tuberkulose gehört zu den meldepflichtigen Infektionskrankheiten in Europa. Erkrankungsfälle, die in der EU und den EEA-Staaten (European Economic Area) auftreten, werden an das ECDC gemeldet und im europäischen Überwachungssystem TESSy erfasst. Im Jahr 2017 sind in Europa schätzungsweise 21.000 Frauen (und mehr als 34.000 Männer) neu an Tuberkulose erkrankt (30 Länder). Rumänien ist am stärksten betroffen: 22 % der Neuerkrankungsfälle von Frauen wurden aus Rumänien gemeldet. Im Durchschnitt gab es in Europa 8,0 Neuerkrankungen bei Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen im Jahr 2017. Die länderspezifischen Neuerkrankungsraten reichten von 3,0/100.000 in Island bis 45,3/100.000 in Rumänien (Abb. 10.2.3.4). Für Deutschland lag die Rate für Frauen laut ECDC-Report bei 4,8/100.000. Generell ist ein langjähriger Abwärtstrend der Häufigkeit von Tuberkulose in Europa zu verzeichnen [37].

Ob die eingedrungenen Tuberkulose-Bakterien vom Immunsystem erkannt und abgetötet werden oder eine Erkrankung an Tuberkulose auslösen, wird von zahlreichen Faktoren bestimmt [38]. Zu diesen gehört z. B. das Alter zum Zeitpunkt der Infektion oder eine geschwächte Abwehrlage [39]. Auch das Geschlecht spielt bei Erwachsenen eine Rolle. So unterscheiden sich Frauen und Männer hinsichtlich der Inzidenz und Prävalenz von Tuberkulose, aber auch bei den Krankheitsverläufen und bei den Sterberaten [40]. Die Gründe für die unterschiedliche Empfänglichkeit von Frauen

und Männern für diese Erkrankung sind noch nicht abschließend geklärt. Die biologischen Merkmale haben außerdem Einfluss auf die Genauigkeit der Diagnostik (Sputum-Mikroskopie), sodass die Tuberkulose bei Frauen in manchen Ländern unterdiagnostiziert wird [40].

Tuberkulose ist eine Krankheit, die hauptsächlich in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen auftritt. Neben biologischen Faktoren können sozioökonomische und kulturelle Faktoren für die beobachteten Geschlechterunterschiede verantwortlich sein [41]. Aufgrund ihrer sozialen Rolle gelten Frauen als weniger stark gefährdet für eine Ansteckung. Sie verbringen weniger Zeit außer Haus als Männer, haben weniger soziale Kontakte und weniger berufliche Risikofaktoren (z. B. arbeiten mehr Männer im Bergbau) [42]. Allerdings unterscheiden sich soziale Kontakte und berufliches Risiko zwischen den Kulturen erheblich und erklären nicht ausreichend, warum weltweit weniger Frauen als Männer mit Tuberkulose gemeldet werden. Darüber hinaus gibt es Risikofaktoren, denen Frauen verstärkt ausgesetzt sind. Dazu zählt die Luftverunreinigung in Innenräumen durch die in einigen Ländern weit verbreitete Verwendung fester Brennstoffe zum Kochen. Der Konsum von Alkohol und das Rauchen wurden ebenfalls als Risikofaktoren für die Entwicklung einer Tuberkulose-Infektion, -Erkrankung und -Sterblichkeit ermittelt [43]. So erhöht Tabakrauchen das Risiko einer Tuberkulose um das Zwei- bis Dreifache. Schädlicher Alkoholkonsum erhöht das Tuberkulose-Risiko um das Dreifache und ist auch ein starker Risikofaktor für eine schlechte Einhaltung der Tuberkulose-Behandlung [44]. Da Tabak- und Alkoholkonsum bei Frauen und Männern unterschiedlich ausfallen (siehe Kapitel 2.2.4, 2.2.5), können diese Risikofaktoren auch zu den beobachteten Geschlechterunterschieden bei Tuberkulose beitragen.

Einige Studien deuten darauf hin, dass das Fortschreiten der Krankheit und die Tuberkulose bedingte Sterblichkeit bei Frauen in ihren Fortpflanzungsjahren höher sind. Die Schwangerschaft erhöht das Risiko der Reaktivierung einer latenten Tuberkulose-Infektion und die Entwicklung der aktiven Krankheit und könnte somit zur erhöhten Anfälligkeit von Frauen in diesen Lebensjahren beitragen [45, 46]. Vor dem Hintergrund der Gefahr wachsender Arzneimittelresistenzen bei Tuberkulose müssen geschlechtssensitive Präventionsmaßnahmen verstärkt werden, die die unterschiedlichen körperlichen, sozioökonomischen, kulturellen und Umweltfaktoren berücksichtigen.

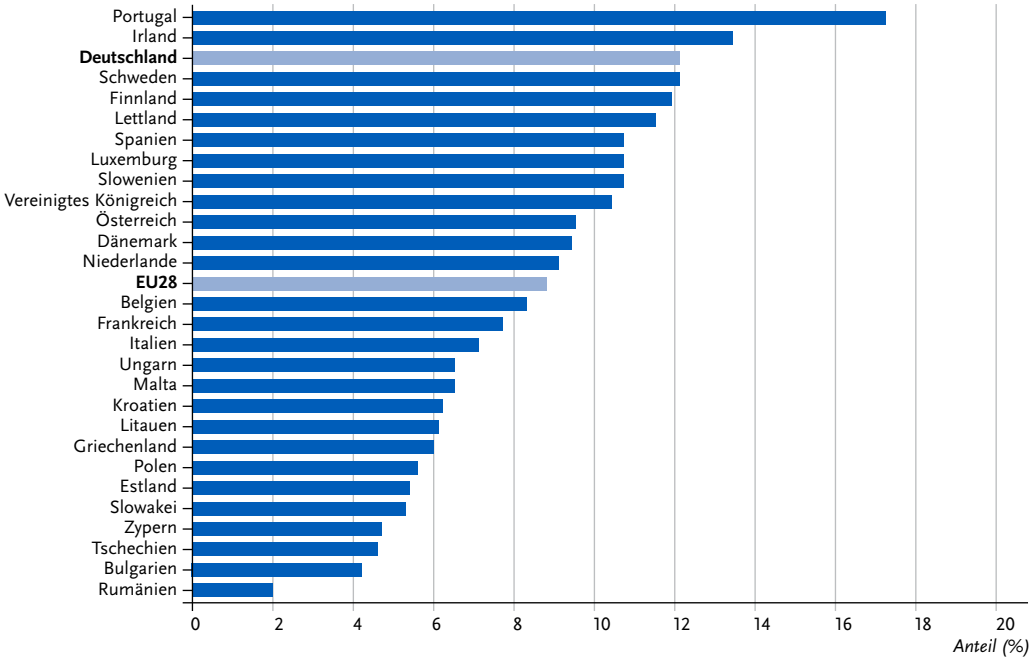
10.2.4 Psychische Gesundheit

Neben der körperlichen Gesundheit werden Wohlbefinden, Lebensqualität und Leistungsfähigkeit auch wesentlich von der psychischen Gesundheit beeinflusst (siehe Kapitel 2.1.7). Psychische Störungen erhalten heute in vielen Ländern verstärkt Aufmerksamkeit. In der Europäischen Region der WHO wird eine Zunahme und erhebliche Belastung durch psychische Störungen und Beeinträchtigen bei Frauen aller Altersgruppen berichtet [19]. Unter den zehn Erkrankungen mit der größten Krankheitslast bei Frauen aller Altersgruppen in der WHO-Euro-Region sind zwei psychische Erkrankungen: die Alzheimer-Krankheit und die Depression [27]. Länderspezifische Unterschiede in der erfassten Krankheitslast aufgrund psychischer Erkrankungen können vor allem auf Faktoren wie Unterschiede in den Versorgungsstrukturen, in der Erfassung und in der Berichterstattung im Bereich der psychischen Gesundheit zurückgeführt werden [19, 47].

Der EHIS Welle 2 ermöglicht es, aktuelle Daten zu Depressionen für Deutschland im EU-Vergleich darzustellen. Die Teilnehmenden ab 15 Jahren wurden u. a. gefragt, ob eine Ärztin oder ein Arzt in den letzten zwölf Monaten eine Depression bei ihnen diagnostiziert hat. Die durchschnittliche Häufigkeit einer selbstberichteten Depressionsdiagnose liegt in den EU-Mitgliedstaaten demnach bei Frauen mit 8,8 % höher als bei Männern (5,3 %). Der Befund, dass Depressionen bei Frauen deutlich häufiger diagnostiziert werden als bei Männern, ist international zu beobachten [48]. Als Erklärungsansätze für Geschlechterunterschiede im Auftreten psychischer Erkrankungen werden biologische, psychische und soziale Aspekte diskutiert; darüber hinaus gibt es Hinweise auf Unterschiede in der ärztlichen Diagnosestellung [49–52] (siehe Kapitel 2.1.7).

Abbildung 10.2.4.1 gibt einen Überblick über die großen Unterschiede zwischen EU-Mitgliedstaaten bezüglich des Anteils von Frauen, bei denen eine Depression diagnostiziert wurde. Die höchsten Prävalenzen zeigen sich in Portugal (17,2 %), Irland

Abbildung 10.2.4.1
12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression bei Frauen ab 15 Jahren in den 28 Mitgliedstaaten der EU (EU28), 2014
Datenbasis: EHIS Welle 2 [23]



(13,4 %) und Deutschland (12,1 %), die niedrigsten in Tschechien (4,6 %), Bulgarien (4,2 %) und Rumänien (2,0 %). Aufgrund unterschiedlicher Altersgruppen und Gewichtung lassen sich diese Ergebnisse nicht direkt mit Ergebnissen aus nationalen Berichten auf Basis der Daten aus dem EHIS Welle 2 vergleichen.

Laut WHO spielen Depressionen vor allem für die Gesundheit älterer Frauen in der WHO-Euro-Region eine zunehmende Rolle [19]. Die EHIS-Daten aus Welle 2 weisen diesbezüglich jedoch kein einheitliches Bild auf. Während der Anteil im EU-Durchschnitt mit dem Alter steigt (6,3 % bei den 15- bis 44-Jährigen und 11,1 % bei den 65-Jährigen und Älteren), lässt sich dieses Muster nicht in allen Mitgliedstaaten beobachten. So lag in 15 Ländern die höchste Prävalenz bei den 65-Jährigen und Älteren, in neun Ländern (inkl. Deutschland) bei den 45- bis 64-Jährigen und in Dänemark, Finnland und Schweden sogar bei den 15- bis 44-jährigen Frauen [23]. In fast allen EU-Mitgliedstaaten, mit Ausnahme von Luxemburg und Finnland, waren die höchsten Anteile bei Frauen aus der unteren Bildungsgruppe zu finden.

10.3 Gesundheitsverhalten

10.3.1 Körperliche Aktivität

Körperliche Inaktivität erhöht das Risiko für nichtübertragbare Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2 sowie bestimmte Krebserkrankungen und reduziert die Lebenserwartung und die Lebensqualität [53]. Vor dem Hintergrund der weiten Verbreitung einer inaktiven Lebensweise hat körperliche Aktivität daher eine wichtige Bedeutung bei der Aufrechterhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden (siehe Kapitel 2.2.1). Aufgrund der erheblichen Relevanz körperlicher Inaktivität für die Krankheitsentstehung hat die WHO im „Global Action Plan for the Prevention and Control of Non-Communicable-Diseases 2013 – 2020“ als Ziel festgelegt, die Prävalenz unzureichender körperlicher Aktivität bis zum Jahr 2025 um 10 % zu verringern [54]. Vor diesem Hintergrund wurde die Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016 – 2025) entwickelt, die zum

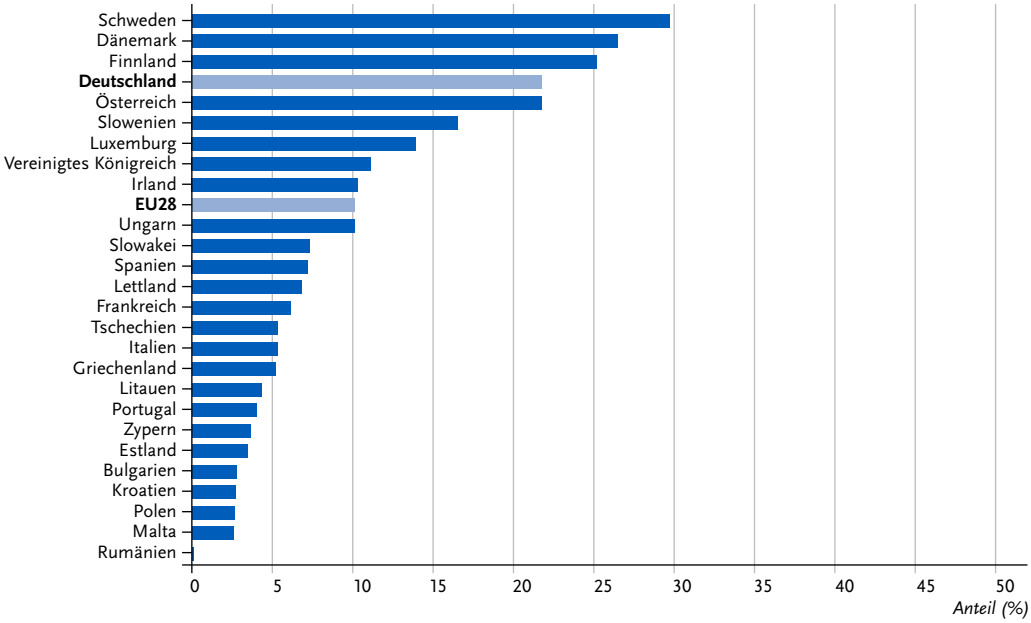
Ziel hat, alle Formen der Bewegung im gesamten Lebensverlauf zu fördern [55].

Bewegungsformen, die als gesundheitswirksame körperliche Aktivität gelten, sollten zumindest eine mittlere Intensität aufweisen, wie z. B. Joggen, Schwimmen, zügiges Spazierengehen, Gartenarbeit oder das Toben mit Kindern [56]. Viele Formen körperlicher Aktivität, z. B. auch transportbezogene Aktivität wie Fahrradfahren und arbeitsbezogene Aktivität (berufliche und außerberufliche Tätigkeiten), können gesundheitswirksam sein [57, 58] (siehe Kapitel 2.2.1).

Eurostat verwendet für den Indikator „Gesundheitsfördernde körperliche Betätigung" den Anteil derer, die mindestens einmal pro Woche Ausdaueraktivität und Muskelkräftigungsaktivität betreiben. Im Durchschnitt der 28 EU-Mitgliedstaaten berichten dies 10,1 % der Frauen und 15,3 % der Männer ab dem Alter von 15 Jahren. Auffällig sind hier die großen Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten. So beträgt der Anteil von Frauen mit wöchentlicher gesundheitsförderlicher Aktivität in Rumänien gerade einmal 0,2 %, während in Schweden fast ein Drittel aller Frauen körperlich aktiv sind (Abb. 10.3.1.1). Der Anteil liegt für Deutschland bei 21,7 % und damit mehr als doppelt so hoch wie im europäischen Durchschnitt. Aufgrund unterschiedlicher Altersgruppen und Gewichtung lassen sich diese Ergebnisse nicht direkt mit Ergebnissen aus nationalen Berichten auf Basis der Daten aus dem EHIS Welle 2 vergleichen. In fast allen Ländern nimmt die Ausübung gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivität mit dem Alter ab. Lediglich für Österreich, Frankreich und Deutschland zeigen die Daten bei den 45- bis 64-Jährigen höhere Anteile als bei den jüngeren Frauen [23]. Am wenigsten körperlich aktiv sind in allen Ländern Frauen ab 65 Jahren.

In allen Ländern (außer Litauen) berichten Frauen der oberen Bildungsgruppe häufiger, gesundheitsförderlich aktiv zu sein als Frauen aus den anderen Gruppen. Bildung hat einen Einfluss auf viele Aspekte von Gesundheit und Gesundheitsverhalten, u. a. durch Wissen und Handlungskompetenzen, die mit dem Bildungsniveau verbunden sind. Sie können eine gesundheitsförderliche Lebensweise und den Umgang mit Belastungen und Gesundheitsproblemen unterstützen.

Abbildung 10.3.1.1
Anteil von Frauen ab 15 Jahren in den 28 Mitgliedstaaten der EU (EU28), die mindestens einmal wöchentlich gesundheitsförderliche körperliche Aktivität betreiben, 2014
Datenbasis: EHIS Welle 2 [23]



Darüber hinaus gibt es einen Zusammenhang zwischen formalen Bildungsabschlüssen und der Stellung in der Arbeitswelt (berufsbezogene Belastungen und Ressourcen) sowie zur Einkommenssituation [26].

Das im Durchschnitt – und in einigen Ländern sehr – geringe Niveau gesundheitsförderlicher körperlichen Aktivität von Frauen sollte auch mit Blick auf den Indikator interpretiert werden. Der Fokus liegt hier eher auf sportlichen Aktivitäten in der Freizeit. In EHIS werden darüber hinaus arbeitsbezogene und transportbezogene körperliche Aktivitäten abgefragt. Auch hier liegen die Länderergebnisse zum Teil weit auseinander. Die EHIS-Daten zeigen, dass mäßig anstrengende oder schwere Tätigkeiten bei der Arbeit deutlich häufiger von Frauen der unteren und mittleren Bildungsgruppe ausgeübt werden [23, 59].

10.3.2 Übergewicht und Adipositas

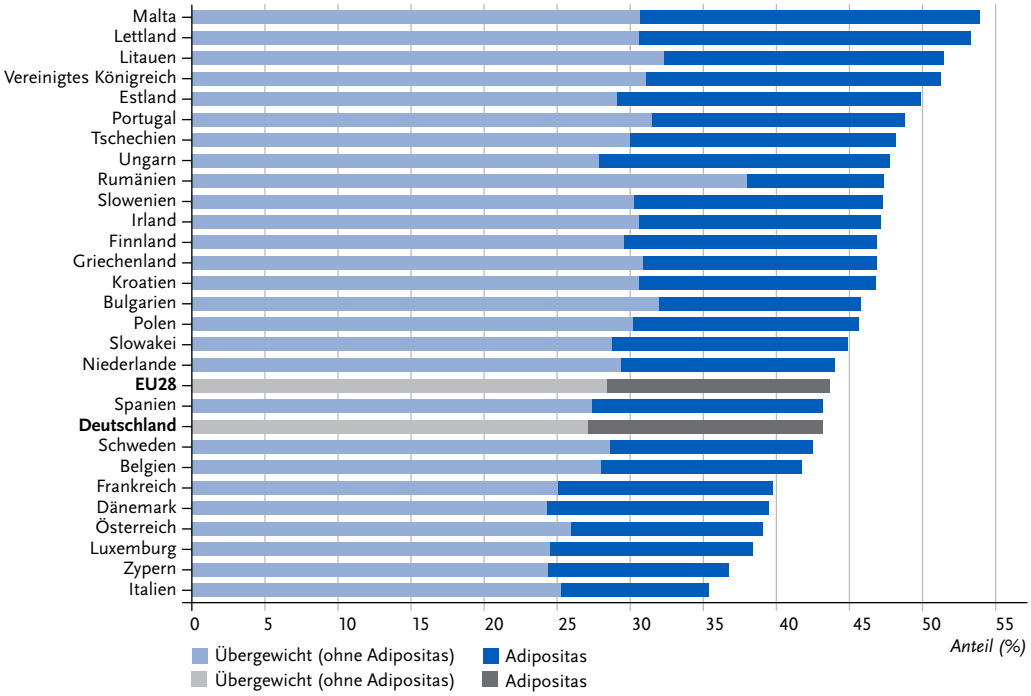
Der zunehmende Anteil übergewichtiger Menschen ist von großer Relevanz für Public Health in Deutschland, der EU und Europa, aber auch weltweit [1, 60]. Die stärkste Ausprägung von Übergewicht wird als Adipositas bezeichnet. Besonders Adipositas gilt als Risikofaktor für zahlreiche Gesundheitsstörungen und Krankheiten wie Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf- und bestimmte Krebserkrankungen [61]. Folglich führt sie zu erheblichen Belastungen nicht nur für betroffene Personen, sondern auch für das Gesundheitssystem. Übergewicht und Adipositas können anhand des Body Mass Index (BMI) bestimmt werden. Für eine Zuordnung der BMI-Werte wird die Klassifikation der WHO verwendet: Untergewicht: BMI $< 18{,}5\,kg/m^2$, Normalgewicht: BMI $18{,}5 - 24{,}9\,kg/m^2$, Übergewicht (inkl. Adipositas): BMI $\geq 25{,}0\,kg/m^2$ und Adipositas: BMI $\geq 30{,}0\,kg/m^2$ (siehe Infobox 2.2.3.1) [62].

Die Ermittlung des BMI ist entweder über die Messung von Körpergröße und -gewicht oder über Selbstangaben zu diesen Werten möglich. Für die nationale Berichterstattung in Deutschland liegen Messwerte vor, sie werden in Kapitel 2.2.3 vorgestellt. Für internationale Vergleiche muss auf Selbstangaben zum Gewichtsstatus zurückgegriffen werden. Selbstangaben tendieren jedoch zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Werte, was bei der Betrachtung der nachfolgenden Ergebnisse zu berücksichtigen ist [61].

Die Ergebnisse des EHIS Welle 2 liefern vergleichbare Daten für die EU zu Übergewicht und Adipositas. Sie basieren auf dem aus Selbstangaben errechneten BMI, der entsprechend der WHO-Klassifikation eingeordnet wird. Nach diesen Berechnungen waren zum Zeitpunkt der Befragung 43,7 % der Frauen (ab 15 Jahren) in den EU-Mitgliedstaaten von Übergewicht (inkl. Adipositas) betroffen. Mit 57,3 % ist der Anteil der Männer mit Übergewicht (inkl. Adipositas) erheblich höher [23]. Adipositas tritt hingegen bei Frauen (15,3 %) und Männern (15,6 %) in der EU etwa gleich häufig auf. Im internationalen Vergleich zeigt sich für Frauen die höchste Prävalenz für Übergewicht (inkl. Adipositas) wie auch für Adipositas in Malta (53,9 % bzw. 23,2 %). Mit 35,4 % war der Gesamtanteil von Frauen mit einem zu hohen BMI in Italien am geringsten (Abb. 10.3.2.1). Der Gesamtwert für Deutschland – 43,2 % Frauen mit Übergewicht (inkl. Adipositas) – liegt nur leicht unter dem EU-Durchschnitt (43,7 %).

Für die Entwicklung der Übergewichts- bzw. Adipositasprävalenz bei Frauen und Männern in den EU-Mitgliedstaaten liegen aktuell keine vergleichbaren Zahlen über mehrere Zeitpunkte vor. Für Deutschland zeigen Ergebnisse aus dem Mikrozensus auf der Basis von Selbstangaben zu Körpergröße und -gewicht jedoch eine deutliche Zunahme vor allem in der Prävalenz von Adipositas bei erwachsenen Frauen (3,6 Prozentpunkte in der Zeit von 1999 bis 2017) [63]. Die Adipositasprävalenzen variieren zudem nach sozialen Merkmalen: Bei Frauen der unteren Bildungsgruppe liegt häufiger eine Adipositas vor als in der oberen Bildungsgruppe. Dieser Unterschied lässt sich sowohl in Deutschland (siehe Kapitel 2.2.3) [61] als auch im Durchschnitt der EU-Mitgliedstaaten beobachten (19,4 % vs. 10,4 %) . Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede in Zypern, Österreich und Luxemburg. In diesen Ländern ist Adipositas bei Frauen der unteren Bildungsgruppe mehr als dreimal so häufig wie bei Frauen mit hoher Bildung [23]. Auch bei der Entstehung und dem Persistieren von Übergewicht und Adipositas wird angenommen, dass der Einfluss der Bildung über die Verfügbarkeit von Wissen und Handlungskompetenzen vermittelt ist, über Teilhabechancen, den Umgang mit Belastungen und schließlich auch über die Einkommenssituation [64].

Abbildung 10.3.2.1
Anteil übergewichtiger und adipöser Frauen ab 15 Jahren in den 28 Mitgliedstaaten der EU (EU28), 2014
Datenbasis: EHIS Welle 2 [23]

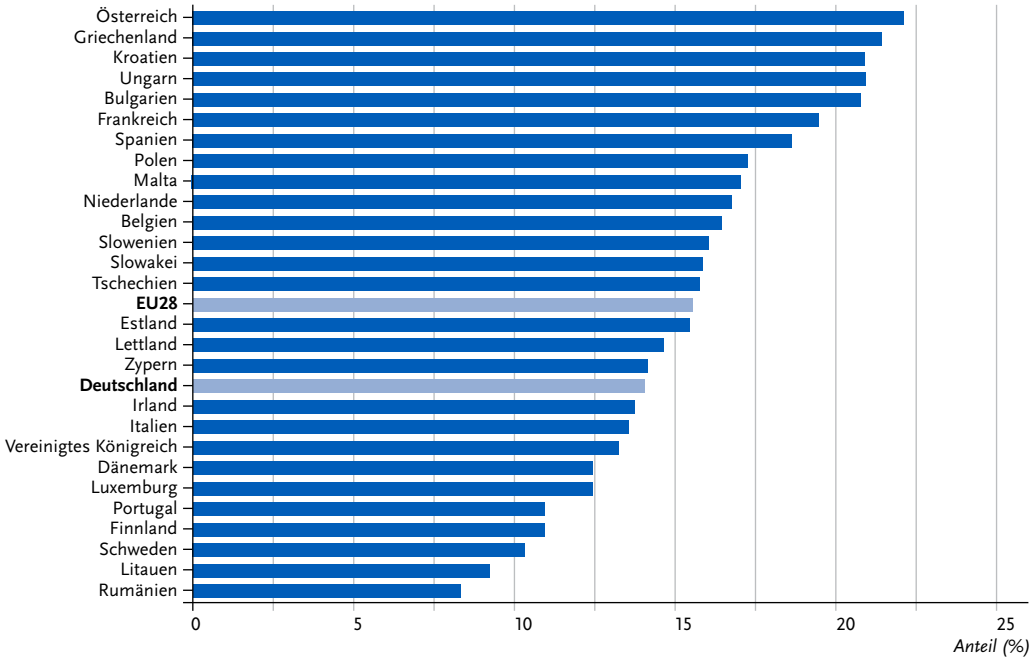


10.3.3 Tabakkonsum

Tabakkonsum gilt als der bedeutendste vermeidbare Risikofaktor für die Gesundheit. Er erhöht das Risiko für Krebs, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen – für Frauen noch mehr als für Männer [65, 66] (siehe Kapitel 2.2.4). Im Vergleich der sechs WHO-Regionen (Afrika, Amerika, Europa, Südostasien, östlicher Mittelmeerraum, westlicher Pazifikraum) verzeichnet die WHO-Euro-Region mit 20,7 % der Frauen und 38,1 % der Männer zurzeit den höchsten Anteil an Raucherinnen und Rauchern in der Bevölkerungsgruppe der 15-Jährigen und Älteren [67]. In der EU sterben nach Angaben der Europäischen Kommission jährlich rund 700.000 Menschen an den Folgen des Rauchens [68]. Für Deutschland nimmt besonders die Zahl der an den Folgen des Rauchens verstorbenen Frauen in den letzten zehn Jahren zu [69]. Da sich Veränderungen im Tabakkonsum erst nach zwei bis drei Jahrzehnten im Neuerkrankungs- und Sterblichkeitsgeschehen widerspiegeln, wird die Sterblichkeit bei Frauen durch das seit den 1950er-Jahren veränderte Rauchverhalten vermutlich weiter ansteigen und sich dem der Männer annähern [70].

Der Anteil der Personen in den Mitgliedstaaten der EU (ab 15 Jahren) mit täglichem Tabakkonsum variiert deutlich zwischen den Geschlechtern. Im Durchschnitt rauchen 15,5 % der Frauen und 23,1 % der Männer täglich. In fast allen europäischen Ländern (außer in Schweden) liegt der Anteil der täglichen Raucher höher als der Anteil der Raucherinnen. In Deutschland beträgt die Differenz zwischen den Geschlechtern fast 4 Prozentpunkte zugunsten der Frauen. Für die Prävalenz des täglichen Rauchens bei Frauen sind zwischen den Mitgliedstaaten der EU erhebliche Unterschiede zu beobachten. Die niedrigsten Prävalenzen melden Rumänien, Litauen und Schweden (Abb. 10.3.3.1). In Deutschland liegt der Anteil der täglichen Raucherinnen bei 14,0 %. Die Länder mit den höchsten Raucherinnenquoten sind Österreich (22,1 %), Griechenland (21,4 %), Ungarn und Kroatien (jeweils 20,8 %). Aufgrund unterschiedlicher Altersgruppen und Gewichtung

Abbildung 10.3.3.1
Anteil täglich rauchender Frauen ab 15 Jahren in den 28 Mitgliedstaaten der EU (EU28), 2014
Datenbasis: EHIS Welle 2 [23]



lassen sich diese Ergebnisse nicht direkt mit Ergebnissen aus nationalen Berichten auf Basis der Daten aus dem EHIS Welle 2 vergleichen.

Insgesamt ist über die letzten 15 Jahre in den meisten Mitgliedstaaten der EU ein Rückgang des Anteils der Raucherinnen und Raucher in der Bevölkerung zu beobachten [1]. Dieser Rückgang fällt bei Männern jedoch weitaus deutlicher aus als bei Frauen. In einigen Ländern der WHO-Euro-Region kam es auch zu einem Anstieg der Rauchquote bei Frauen und Mädchen [71]. In Deutschland zeigen die Daten des Mikrozensus den langfristigen Verlauf der Rauchquoten bei Frauen ab 15 Jahren: In dieser Gruppe kam es innerhalb von gut zehn Jahren zu einem Rückgang von 22,4 % (2005) auf 18,6 % (2017) [72]. Auch die Gesundheitssurveys des RKI belegen den Rückgang der Rauchprävalenzen bei Frauen seit Anfang der 2000er-Jahre [73] (siehe Kapitel 2.2.4).

Betrachtet man die Verteilung der (täglichen) Raucherinnenquote nach Bildung in den EU-Mitgliedstaaten, so rauchen im Durchschnitt über alle Länder am häufigsten Frauen der mittleren Bildungsgruppe. In acht – zumeist südlichen – EU-Mitgliedstaaten (Spanien, Rumänien, Portugal, Litauen, Griechenland, Zypern, Kroatien und Bulgarien) rauchen mehr Frauen in der oberen als in der unteren Bildungsgruppe. Als Erklärungsansätze für dieses Muster können soziokulturelle und ökonomische Faktoren herangezogen werden. Auch Aspekte des Marketings der Tabakindustrie in den einzelnen Ländern (Zigaretten als Zeichen der Emanzipation) spielen eine Rolle [74, 75]. Darüber hinaus unterscheiden sich die Präventionsstrategien und -angebote in den verschiedenen Ländern. Das WHO-Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) ist ein völkerrechtlicher Vertrag, der unter der Leitung der WHO ausgehandelt und auch von Deutschland unterzeichnet und ratifiziert wurde. Er trat 2005 in Kraft. Das Ziel des Übereinkommens ist es, die Bevölkerung vor den gesundheitlichen, gesellschaftlichen, ökologischen und wirtschaftlichen Folgen des Tabakkonsums und des Passivrauchens zu schützen [70]. Der Umsetzungsstand der FCTC wird auf zweijährlich stattfindenden Vertragsstaatenkonferenzen evaluiert. Im europäischen Vergleich belegt Deutschland bei den Tabakkontrollmaßnahmen einen der letzten Plätze [70].

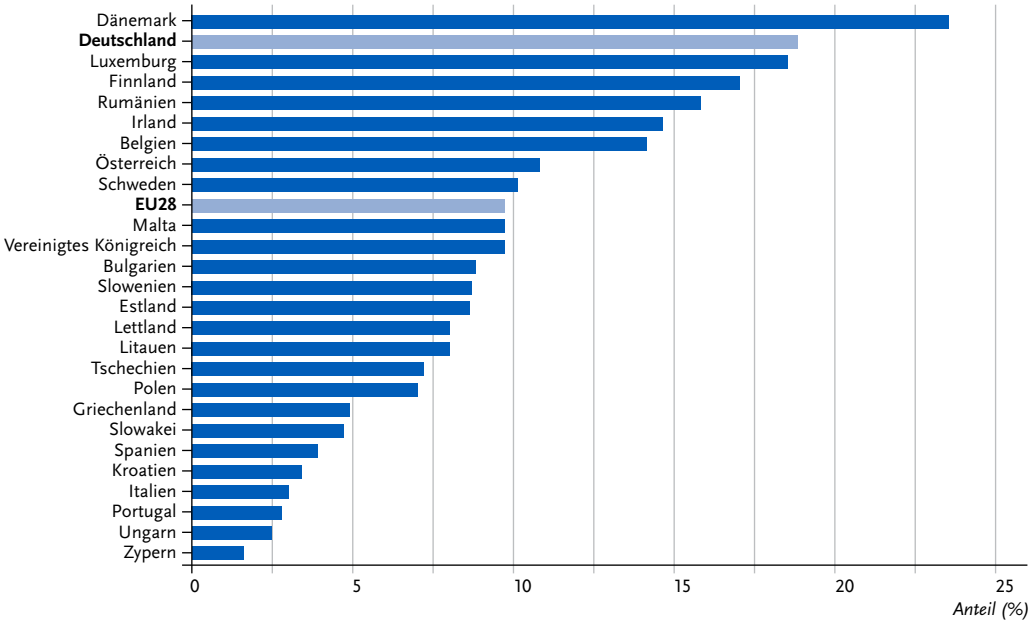
10.3.4 Alkoholkonsum

Neben dem Rauchen gilt der gesundheitsschädliche Konsum von Alkohol als Risikofaktor für zahlreiche Erkrankungen und zählt nach Angaben der WHO zu den größten Gesundheitsrisiken weltweit [76]. Neben den schädigenden Einflüssen auf die Gesundheit des Einzelnen warnt die WHO vor den sozioökonomischen Kosten durch schädlichen Alkoholkonsum und weiteren Konsequenzen für die Gesellschaft. Im internationalen Vergleich der WHO-Regionen wird für die europäische Region der WHO der höchste Alkoholkonsum pro Kopf weltweit berichtet [77]. Der Pro-Kopf-Konsum von Alkohol gilt als einer der wichtigsten Indikatoren zur Vorhersage alkoholbezogener gesundheitlicher und sozialer Probleme in der Bevölkerung [78]. Er erlaubt die Beobachtung zeitlicher Trends im Konsumverhalten, lässt jedoch keine Auswertungen hinsichtlich einzelner Bevölkerungsgruppen bzw. nach Geschlecht zu.

Repräsentative Bevölkerungsbefragungen bieten die Möglichkeit, verschiedene Trinkmuster in der Bevölkerung detailliert zu beschreiben (siehe Kapitel 2.2.5). Ein wichtiger Indikator ist in diesem Zusammenhang das Rauschtrinken (schweres episodisches Trinken). In den Eurostat-Auswertungen des EHIS Welle 2 ist es definiert als die Aufnahme von 60 g reinen Alkohols oder mehr bei einer Trinkgelegenheit mindestens einmal monatlich. Aufgrund unterschiedlicher Altersgruppen und Gewichtung lassen sich die Ergebnisse des internationalen Vergleichs nicht direkt mit Ergebnissen aus nationalen Berichten auf Basis der Daten aus dem EHIS Welle 2 vergleichen.

Im Durchschnitt der EU-Mitgliedstaaten berichten 14,4 % der Bevölkerung ab 15 Jahren über monatliches Rauschtrinken. Der Anteil liegt bei Männern doppelt so hoch wie bei Frauen (19,5 % vs. 9,7 %). Im internationalen Vergleich zeigen sich bei diesem Indikator vor allem bei den Frauen erhebliche Unterschiede. Während der Anteil in Zypern bei 1,6 % liegt, berichten 23,5 % der Frauen in Dänemark, mindestens einmal monatlich Rauschtrinken zu praktizieren (Abb. 10.3.4.1). Deutschland liegt mit 18,8 % an zweiter Stelle. Am höchsten ist der Anteil an Frauen mit monatlichem Rauschtrinken in fast allen Ländern in den Altersgruppen der 15- bis 24- bzw. 25- bis 34-Jährigen. In Deutschland berichtet in der jüngsten Altersgruppe fast jede dritte Frau monatliches

Abbildung 10.3.4.1
Anteil der Frauen ab 15 Jahren mit monatlichem Rauschtrinken in den 28 Mitgliedstaaten der EU (EU28), 2014
Datenbasis: EHIS Welle 2 [23]



Rauschtrinken. Nur in den mittel-/osteuropäischen Mitgliedstaaten Rumänien, Litauen, Lettland und Polen lag der Anteil in der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen am höchsten.

Unterschiede in der Prävalenz des Rauschtrinkens zwischen den Ländern und innerhalb der Altersgruppen stehen zum einen im Zusammenhang mit unterschiedlichen politischen Maßnahmen zur Reduzierung des Alkoholkonsums, die in den europäischen Ländern umgesetzt wurden. Dazu gehören Altersbegrenzungen, Werbebeschränkungen und Alkoholsteuern [79]. In den Befragungsergebnissen spiegeln sich aber auch die in den verschiedenen Ländern herrschenden Trinkkulturen und damit verbundenen Konsummuster wider [80].

10.4 Prävention und Gesundheitsversorgung

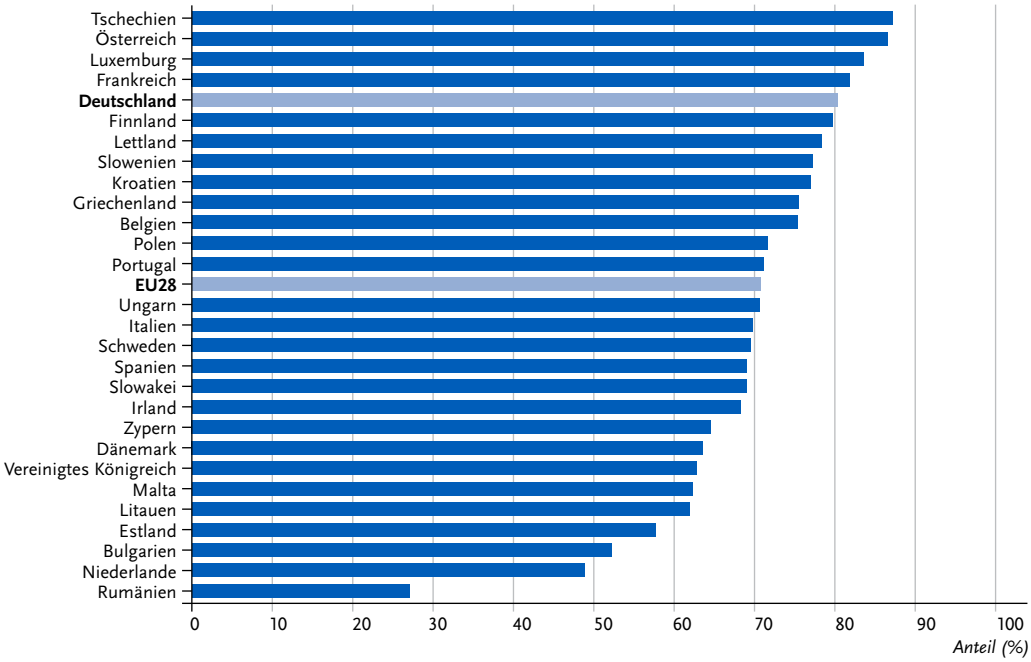
Neben der Bekämpfung von Krankheiten sind die Prävention und die Sicherstellung eines gleichberechtigten Zugangs zu moderner und effizienter Gesundheitsversorgung sowohl auf nationaler als auch auf europäischer Ebene zentrale Anliegen der Gesundheitspolitik [81–83]. Ein Großteil der Indikatoren, die Aufschluss über die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgungs- und präventiven Leistungen geben, liegt jedoch nicht für Frauen und Männer getrennt vor. Beispielhaft soll im Folgenden die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für die Mitgliedstaaten der EU vergleichend betrachtet werden, da hier Daten für Frauen und Männer verfügbar sind.

Früherkennungsuntersuchungen zählen zu den Maßnahmen der Sekundärprävention. Sie sollen bestimmte Krankheiten oder gesundheitliche Risiken früh erkennen und somit die Prognose der Erkrankung insgesamt günstig beeinflussen und stehen auch für bestimmte Krebserkrankungen zur Verfügung (siehe Kapitel 2.3.1). In den einzelnen europäischen Ländern werden Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in unterschiedlichem Umfang für Frauen und Männer verschiedener Altersgruppen angeboten. Die Früherkennungsuntersuchungen für Gebärmutterhalskrebs und Brustkrebs stellen die für Frauen spezifischen Angebote dar. Für beide Untersuchungen (sowie für die Darmkrebsfrüherkennung) wurden Europäische Leitlinien zur Qualitätssicherung von der Europäischen Kommission veröffentlicht. Die Umsetzung dieser Leitlinien in nationale Regelungen für organisierte und qualitätsgesicherte Früherkennungsprogramme erfolgte in den europäischen Ländern unterschiedlich schnell und mit einigen länderspezifischen Ausführungen, z. B. hinsichtlich der vorgesehenen Untersuchungsintervalle. In Deutschland wird das Mammographie-Screening-Programm seit 2009 flächendeckend angeboten, das organisierte Früherkennungsprogramm für Gebärmutterhalskrebs seit Januar 2020. Im EHIS Welle 2 wurden die teilnehmenden Frauen nach der letzten Durchführung eines Abstrichs am Gebärmutterhals (Pap-Abstrich) und nach der letzten Mammographie gefragt.

Für eine bessere Vergleichbarkeit innerhalb der EU wird für den Pap-Abstrich die Selbstangabe zur Inanspruchnahme innerhalb der letzten drei Jahre angegeben. Der Anteil der Frauen im Alter zwischen 20 und 69 Jahren, die in den letzten drei Jahren vor der Befragung einen Pap-Abstrich haben durchführen lassen, liegt im EU-Durchschnitt bei 70,8 % (Abb. 10.4.1). In Tschechien, Österreich, Luxemburg, Frankreich und Deutschland geben dies über 80 % der Frauen an. Am niedrigsten ist der Anteil in Rumänien (27,0 %), dort geben entsprechend auch die meisten Frauen an, bislang noch nie an einer solchen Untersuchung teilgenommen zu haben (62,1 %). In der gesamten EU geben 14,1 % der Frauen an, noch nie einen Pap-Abstrich in Anspruch genommen zu haben, am seltensten mit 3,9 % in Tschechien. Hinsichtlich der Altersverteilung zeigt sich, dass Frauen im Alter zwischen 25 und 54 Jahren in fast allen Ländern die höchste Inanspruchnahme eines Pap-Abstrichs in den letzten drei Jahren aufweisen. Das kann damit zusammenhängen, dass Frauen in diesem Alter regelmäßig Gynäkologinnen und Gynäkologen wegen des Themas Verhütung oder aufgrund eines Kinderwunsches aufsuchen. Bei dieser Gelegenheit werden auch die Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung in Anspruch genommen. Kein eindeutiges Muster lässt sich hinsichtlich des Bildungsstandes beobachten [23].

In Deutschland gilt seit Januar 2020 die Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme des Gemeinsamen Bundesausschusses für das neu gestaltete Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs. Dazu wird Frauen ab 35 Jahren statt des bisherigen jährlichen

Abbildung 10.4.1
Inanspruchnahme des Abstrichs am Gebärmutterhals in den letzten drei Jahren bei 20- bis 69-jährigen Frauen in den 28 Mitgliedstaaten der EU (EU28), 2014
Datenbasis: EHIS Welle 2 [23]

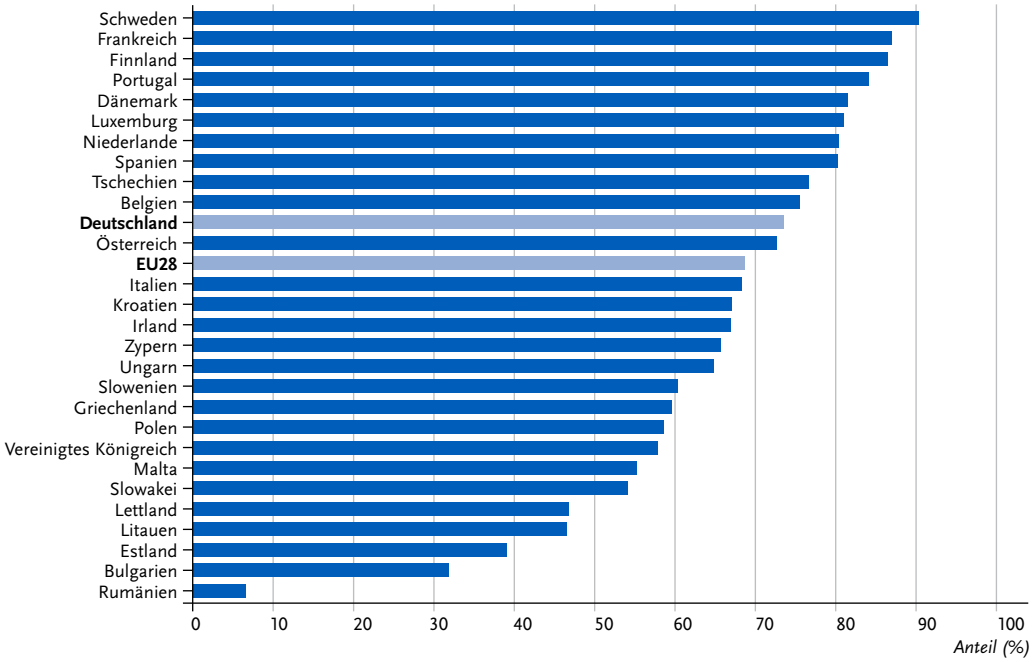


Pap-Abstriches künftig alle drei Jahre eine Kombinationsuntersuchung aus Pap-Abstrich und HPV-Test angeboten (siehe Kapitel 2.3.1). Frauen zwischen 20 und 34 Jahren können wie zuvor jährlich einen Pap-Abstrich in Anspruch nehmen. Gesetzlich krankenversicherte Frauen ab 20 Jahren werden bis zum Alter von 65 Jahren alle fünf Jahre schriftlich zur Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung eingeladen. Von ihren Krankenkassen erhalten sie dabei umfassende Informationen über die Untersuchung. Darüber hinaus bekommen gesetzlich versicherte Frauen (und Männer) ab dem Alter von 50 Jahren alle fünf Jahre bis zum Alter von 65 Jahren eine Einladung zur Darmkrebsfrüherkennung, ebenfalls mit ausführlichen Informationen.

Brustkrebs ist in allen EU-Mitgliedstaaten die häufigste Krebserkrankung bei Frauen (siehe Kapitel 10.2.3). Als Früherkennungsmaßnahme zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen kann in Deutschland neben der Tastuntersuchung der Brust eine Röntgenuntersuchung vorgenommen werden. In Deutschland wird diese Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms alle zwei Jahre für Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren angeboten. Gemäß den Empfehlungen der oben genannten Europäischen Leitlinien erhalten die anspruchsberechtigten Frauen alle zwei Jahre eine schriftliche Einladung und ausführliche Informationen zum Mammographie-Screening. Im Folgenden werden die Ergebnisse für Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren im EU-Vergleich dargestellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in der Welle 2 der EHIS-Studie die Inanspruchnahme einer Mammographie erfragt wurde, unabhängig davon, ob diese Untersuchung im Rahmen eines Screening-Programms erfolgte. Darüber hinaus ist zu beachten, dass unterschiedliche Angebots- und Versorgungsstrukturen – z. B. die Dichte der ärztlichen Versorgung, Zugangswege, Kostenübernahme von Untersuchungen – sowie Unterschiede in der Organisation und Durchführung einen maßgeblichen Einfluss auf die Inanspruchnahme haben können.

Im EU-Durchschnitt gaben 68,7 % der Frauen an, in den letzten beiden Jahren eine Röntgenuntersuchung der Brust bekommen zu haben (Abb. 10.4.2). Deutschland liegt mit 73,5 % etwas über diesem

Abbildung 10.4.2
Inanspruchnahme der Röntgenuntersuchung der Brust in den letzten beiden Jahren bei 50- bis 69-jährigen Frauen in den 28 Mitgliedstaaten der EU (EU28), 2014
Datenbasis: EHIS Welle 2 [23]



Durchschnitt. In Spanien, den Niederlanden, Luxemburg, Dänemark, Portugal, Finnland, Frankreich und Schweden lag der Anteil zwischen 80 % und 90 % der Frauen. In Lettland, Litauen, Estland und Bulgarien gaben weniger als die Hälfte der Frauen an, eine Untersuchung bekommen zu haben, in Rumänien sogar nur 6,6 %.

In Deutschland liegt die Teilnahme am Mammographie-Screening-Programm aktuell (2017) bei 49,4 % der eingeladenen Frauen (im Jahr 2014: 54,3 %). Die Diskrepanz zwischen den Befragungsdaten aus dem EHIS Welle 2 und den Ergebnissen des Programms deutet darauf hin, dass in Deutschland nicht alle Mammographien als Früherkennungsmaßnahme, sondern beispielsweise auch zur Abklärungsdiagnostik, z. B. nach einem auffälligen Tastbefund, durchgeführt wurden. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse aus dem EHIS auf Selbstangaben beruhen und dadurch im Vergleich zu den Programmdaten tendenziell eher überschätzt sein könnten.

10.5 Fazit

Sowohl die Lebenserwartung als auch die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre von Frauen in der EU sind in den letzten Jahren gestiegen. Dies kann auf eine Verbesserung der Lebensbedingungen insgesamt, auf eine verbesserte Prävention und Gesundheitsversorgung, aber auch auf eine Abnahme von Risikofaktoren zurückzuführen sein. Wahrscheinlich ist ein Zusammenwirken vieler Aspekte. Der wachsende Anteil älterer Frauen (und Männer) an der Bevölkerung der EU und Verbesserungen bei der Früherkennung und Behandlung chronischer Erkrankungen führen jedoch zu einem Anstieg der Erkrankungszahlen. Insgesamt zeigt sich, dass die Mortalitäts- oder Morbiditätsprofile der EU-Länder vergleichbar sind, auch wenn sich die Größenordnungen unterscheiden. Chronische körperliche Erkrankungen sind in allen EU-Ländern für einen ganz überwiegenden Teil der Krankheitslast bei Frauen (und Männern) verantwortlich.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen (insbesondere als Todesursache), aber auch Schmerzen und Diabetes mellitus stehen laut den Ergebnissen der Studie Global Burden of Disease für die meisten Länder weit vorn. Psychische Erkrankungen erhalten heute in vielen Ländern verstärkt Aufmerksamkeit. Infektionskrankheiten haben in Europa zuletzt eine deutlich geringere Rolle gespielt – durch die COVID-19-Pandemie steht Europa jedoch seit Anfang 2020 vor einer immensen Herausforderung für die Gesundheit der Bevölkerung und die gesamte Gesellschaft. Zurzeit laufen verschiedene Forschungsprojekte, die die speziellen gesundheitlichen und sozialen Folgen der COVID-19-Pandemie für Frauen (und Männer) untersuchen.

Mit Blick auf die Prävention weit verbreiteter chronischer Erkrankungen sind die Zahlen zum Gesundheitsverhalten von Frauen in der EU interessant. Hier gibt es in allen EU-Ländern noch Potenzial. In allen Mitgliedstaaten hat mehr als ein Drittel der Frauen einen zu hohen BMI. Monatliches Rauschtrinken ist insbesondere unter den jungen Frauen weit verbreitet, in Deutschland berichtet fast ein Drittel der Frauen unter 25 Jahren davon. Die Unterschiede zwischen den EU-Ländern sind bei diesem Indikator groß. Deutliche Länderunterschiede gibt es auch bei der gesundheitsförderlichen körperlichen Aktivität. In einigen westeuropäischen Ländern ist nahezu jede vierte Frau aktiv (im Umkehrschluss sind allerdings drei Viertel der Frauen nicht aktiv). Eine positive Entwicklung zeichnet sich für den Tabakkonsum von Frauen (und Männern) ab. Insgesamt ist über die letzten 15 Jahre in den meisten Mitgliedstaaten der EU ein Rückgang des Anteils der Raucherinnen und Raucher in der Bevölkerung zu beobachten.

Die vergleichende Darstellung von Gesundheitsindikatoren auf EU-Ebene im vorliegenden Kapitel lenkt den Blick auf gemeinsame, länderübergreifende Problemfelder ebenso wie auf spezifische Unterschiede bei der Verteilung von Erkrankungen und gesundheitlichen Determinanten. Klare regionale Muster hinsichtlich der Verteilung der einzelnen Indikatoren lassen sich nicht immer erkennen. Allerdings liegen aus den meisten Mitgliedstaaten, wie auch aus Deutschland, Daten vor, die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit in der Bevölkerung für viele Gesundheitsindikatoren belegen. Dabei zeigt sich ein Gefälle zwischen Bevölkerungsgruppen mit hohem bzw. niedrigem sozioökonomischen Status. In den dargestellten Daten aus der europaweiten EHIS-Gesundheitsbefragung konnte das exemplarisch am Bildungsniveau der Frauen gezeigt werden. Das Ausmaß des Gefälles unterscheidet sich jedoch zwischen den EU-Mitgliedstaaten.

Obwohl die Gesundheit und das Wohlbefinden der Frauen in der Europäischen Region der WHO im Allgemeinen besser sind als in anderen Teilen der Welt, gilt dies nicht für alle Frauen [18]. Die Betrachtung von regionalen Unterschieden sowie Alters- oder Bildungsgruppen schafft Grundlagen für zielgerichtete Präventions- und Interventionsmaßnahmen, um gesundheitsförderliche Lebensbedingungen und Verbesserungen bei der Gesundheit für alle Frauen in Europa zu ermöglichen. Dazu braucht es einen europaweiten Austausch von Expertise. Die vorliegenden Daten sollen Politikerinnen und Politiker der europäischen Staaten beim voneinander Lernen („mutual learning“) unterstützen. Dieses Angebot richtet sich, entsprechend dem Konzept von Gesundheit in allen Politikbereichen („Health in all Policies“), an politische Akteurinnen und Akteure in allen Politikfeldern [84]. Wie Gesundheit mit anderen Politikfeldern interagiert, wird auch anhand der 17 SDGs der Vereinten Nationen deutlich [20]. Die Europäische Kommission wird das mutual learning mit einer neuen Serie von Berichten unterstützen. Der erste erschien 2017 unter dem Titel „State of Health in the EU. Companion Report 2017“. Die Berichte sollen die Mitgliedstaaten bei der evidenzbasierten Politikgestaltung unterstützen mit dem Ziel, dass alle Menschen in der EU einen schnellen Zugang zu einer innovativen, sicheren und effektiven Gesundheitsversorgung haben [85].

Ein infrastruktureller Rahmen für Gesundheitsinformationen auf europäischer Ebene könnte dieses Anliegen unterstützen und auch einen deutlichen Mehrwert für die Förderung der Frauengesundheit in Europa haben. Die EU-geförderte „Joint Action on Health Information“ (InfAct – Information for Action) bereitet zurzeit den Aufbau einer nachhaltigen Struktur für Gesundheitsinformationen vor [86, 87]. Die Aufgaben werden darin bestehen, die Aktualität und Relevanz der vergleichbaren gesundheitsrelevanten Indikatoren in Europa sicherzustellen, Analysen zu Public-Health-relevanten Themen zielgruppengerecht aufzubereiten und

zu veröffentlichen sowie ein Forum für den Wissensaustausch über Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung zu schaffen. Dies soll auch einem kontinuierlichen Austausch über die Förderung der Gesundheit von Frauen in Europa zugutekommen.

Aus dem Dritten Aktionsprogramm der EU im Bereich Gesundheit (2014–2020) können Maßnahmen zur Verbesserung und zum Schutz der Bevölkerungsgesundheit gefördert werden. Das Aktionsprogramm hat eine Laufzeit von sieben Jahren mit einem Gesamtfördervolumen von 449 Millionen Euro. Zu den Schwerpunkten des Programms gehören Gesundheitsförderung, Prävention und Förderung gesunder Lebensstile sowie der Zugang zu besserer Gesundheitsversorgung.

Um die EU-Mitgliedstaaten dabei zu unterstützen, die Gesundheitsziele der SDGs zu erreichen, hat die Kommission eine Lenkungsgruppe für Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Management von nicht-übertragbaren Krankheiten eingerichtet. Diese Lenkungsgruppe unterstützt die Kommission bei der Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen in diesen Bereichen mit Beratung und Fachwissen. Sie fördert zudem den Austausch von „best practices", politischen Strategien und Verfahren zwischen den Mitgliedsländern. Maßnahmen wurden u. a. in den für Frauengesundheit wichtigen Bereichen psychische Gesundheit und Krebs durchgeführt.

Ziel aller Aktivitäten muss es sein, alle Politikfelder einzubinden, um geschlechterbezogene Ungleichheiten in der Gesundheit und Versorgung abzubauen. Darüber hinaus – das zeigt das vorliegende Kapitel deutlich – müssen auch Unterschiede innerhalb der Gruppe der Frauen in den Blick genommen werden. EU-Mitgliedstaat, Alter und Bildung entscheiden ganz wesentlich darüber, wie es den Frauen geht, auf welche Angebote der Gesundheitsversorgung sie zurückgreifen können und wie lange sie (in Gesundheit) leben. Das WHO-Regionalbüro für Europa hat im Jahr 2016 die „Strategy on women's health and well-being in the WHO European Region" veröffentlicht [18]. Die europäischen Länder wurden aufgefordert, die Strategie als Leitfaden für Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Frauen in ihren Regionen zu nutzen. Ein wichtiges Anliegen der Strategie ist es, dass politische Maßnahmen und das Gesundheitssystem geschlechterbezogen und auf die unterschiedlichen (gesundheitlichen) Bedürfnisse von Frauen im Lebensverlauf ausgerichtet sind. Die große Bedeutung von Geschlechtergerechtigkeit, auch für Gesundheit und Wohlbefinden wird betont. Die Erfolge der Strategie bei der Gleichstellung der Geschlechter und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen werden derzeit durch das WHO-Regionalbüro überprüft [88].

Literatur

1. Robert Koch-Institut (2015) Wo steht Deutschland im europäischen Vergleich? In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S. 456–485
2. Fehr A, Lange C, Fuchs J et al. (2017) Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsindikatoren in Europa. Journal of Health Monitoring 2(1):3–23. https://edoc.rki.de/handle/176904/2578 (Stand: 01.04.2020)
3. Lauterbach KW, Stock S, Brunner H (2013) Gesundheitsökonomie. Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe. Hogrefe AG, Bern
4. European Commission (2017) Strategic Plan 2016–2020 – Health and Food Safety. https://ec.europa.eu/info/publications/strategic-plan-2016-2020-health-and-food-safety_en (Stand: 01.04.2020)
5. Eurostat (2020) Eurostat Data Browser: Bevölkerung am 1. Januar. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00001/default/table?lang=de (Stand: 01.04.2020)
6. World Health Organization (WHO) (2019). Regionalbüro für Europa. Das Regionalbüro stellt sich vor. www.euro.who.int/de/about-us (Stand: 01.04.2020)
7. Europäische Union (2016) Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zur Schaffung eines gemeinsamen Rahmens für europäische Statistiken über Personen und Haushalte auf der Grundlage von Einzelpersonendaten aus Stichprobenerhebungen. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:52016PC0551 (Stand: 01.04.2020)
8. Europäische Kommission (2019) Europäische Gesundheitsindikatoren (ECHI). https://ec.europa.eu/health/indicators_data/echi_de (Stand: 01.04.2020)
9. Eurostat (2013) European Health Interview Survey (EHIS wave 2). Methodological manual. Publications Office of the European Union, Luxembourg
10. Eurostat (2019) Statistik der Europäischen Union über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC). https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions (Stand: 01.04.2020)
11. Eurostat (2017) Glossar: Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED). https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:International_standard_classification_of_education_(ISCED)/de (Stand: 01.04.2020)
12. Saß AC, Lange C, Finger JD et al. (2017) „Gesundheit in Deutschland aktuell" – Neue Daten für Deutschland und Europa. Hintergrund und Studienmethodik von GEDA 2014/2015-EHIS. Journal of Health Monitoring 2(1):83–90. https://edoc.rki.de/handle/176904/2585 (Stand: 01.04.2020)
13. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). Arch Public Health 75:40

14. European Union (2019) ECIS – European Cancer Information System. https://ecis.jrc.ec.europa.eu (Stand: 01.04.2020)
15. World Health Organization (Hrsg) (2001) Strategic Action Plan for the Health of Women in Europe. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
16. Thümmler K, Britton A, Kirch W (2009) Data and Information on Women's Health in the European Union. Technische Universität Dresden, Dresden
17. World Health Organization (Hrsg) (2015) Beyond the mortality advantage. Investigating women's health in Europe. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
18. World Health Organization (Hrsg) (2016) Strategy on women's health and well-being in the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
19. World Health Organization (Hrsg) (2016) Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
20. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) (2019) Internationale Ziele. Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. www.bmz.de/de/ministerium/ziele/2030_agenda/index.html (Stand: 01.04.2020)
21. Europäisches Parlament (2019) Gleichstellung von Männern und Frauen. www.europarl.europa.eu/factsheets/de/sheet/59/gleichstellung-von-mannern-und-frauen (Stand: 01.04.2020)
22. Nowossadeck E, von der Lippe E, Lampert T (2019) Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Trends. Journal of Health Monitoring 4(1):41–48. https://edoc.rki.de/handle/176904/5910 (Stand: 01.04.2020)
23. Eurostat (2020) Eurostat Database. www.ec.europa.eu/eurostat/data/database (Stand: 01.04.2020)
24. European Commission (2018) Pensions in the EU. https://ec.europa.eu/commission/news/pensions-eu-2018-apr-30_en (Stand: 01.04.2020)
25. von der Lippe E, Fehr A, Lange C (2017) Gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(3):89–96. https://edoc.rki.de/handle/176904/2789 (Stand: 01.04.2020)
26. Lampert T, Schmidtke C, Borgmann LS et al. (2018) Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 3(2):64–71. https://edoc.rki.de/handle/176904/5689 (Stand: 01.04.2020)
27. Global Burden of Disease Collaborative Network (2018) Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2017-permalink/3e7168ac9768544aa0575c33d783fbbd (Stand: 01.04.2020)
28. Statistisches Bundesamt (2020) Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-10, Art der Standardisierung. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
29. Organisation for Economic Co-operation and Development (Hrsg) (2018) Health at a Glance: Europe 2018: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris
30. De Angelis R et al. (2014) Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EUROCARE-5–a population-based study. The Lancet Oncology 15(1):23–34
31. Allemani C et al. (2018) Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. The Lancet 391(10125):1023–1107
32. Agardh E, Allebeck P, Hallqvist J et al. (2011) Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis. Int J Epidemiol 40(3):804–818
33. Sacerdote C, Ricceri F, Rolandsson O et al. (2012) Lower educational level is a predictor of incident type 2 diabetes in European countries: the EPIC-InterAct study. Int J Epidemiol 41(4):1162–1173
34. Heidemann C, Du Y, Baumert J et al. (2019) Soziale Ungleichheit und Diabetes mellitus – Zeitliche Entwicklung bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 4(2):12–30. https://edoc.rki.de/handle/176904/6015 (Stand: 01.04.2020)
35. World Health Organization (Hrsg) (2015) Tuberculosis in women. Fact sheet. www.who.int/tb/publications/tb_women_factsheet_251013.pdf (Stand: 01.04.2020)
36. World Health Organization (Hrsg) (2018) Global tuberculosis report 2018. WHO, Geneva
37. European Centre for Disease Prevention and Control (2019) Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2019 – 2017 data. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
38. Rieder H (1999) Epidemiologic Basis of Tuberculosis Control. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Paris
39. Nhamoyebonde S, Leslie A (2014) Biological differences between the sexes and susceptibility to tuberculosis. J Infect Dis 209(Suppl 3):100–106
40. Holmes CB, Hausler H, Nunn P (1998) A review of sex differences in the epidemiology of tuberculosis. Int J Tuberc Lung Dis 2(2):96–104
41. Hertz D, Schneider B (2019) Sex differences in tuberculosis. Semin Immunopathol 41(2):225–237
42. Rees D, Murray J (2007) Silica, silicosis and tuberculosis. Int J Tuberc Lung Dis 11(5):474–484
43. Bates MN, Khalakdina A, Pai M et al. (2007) Risk of tuberculosis from exposure to tobacco smoke: a systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med 167(4):335–342
44. World Health Organization (WHO) (2019) Tuberculosis (TB). TB comorbidities and risk factors. www.who.int/tb/areas-of-work/treatment/risk-factors/en/ (Stand: 01.04.2020)
45. Mathad JS, Gupta A (2012) Tuberculosis in pregnant and postpartum women: epidemiology, management, and research gaps. Clin Infect Dis 55(11):1532–1549
46. Loto OM, Awowole I (2012) Tuberculosis in pregnancy: a review. J Pregnancy 2012:379271
47. Sadeniemi M, Almeda N, Salinas-Pérez JA et al. (2018) A Comparison of Mental Health Care Systems in Northern and Southern Europe: A Service Mapping Study. Int J Environ Res Public Health 15(6):1133. https://doi.org/10.3390/ijerph15061133 (Stand: 01.04.2020)
48. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J et al. (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol 21(9):655–679
49. Martini J, Winkel S, Knappe S et al. (2010) Psychische Störungen bei Frauen: Besonderheiten im Zusammenhang mit den reproduktiven Phasen. Psychiatr. Psychother. Up2date 2010; 4(3):197–210
50. Steiner M, Dunn E, Born L (2003) Hormones and mood: From menarche to menopause and beyond. J Affect Disorders 74:67–83
51. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018) Gender-Gesundheitsbericht Schwerpunkt Psychische Gesundheit am Beispiel Depression und Suizid. Wien

52. Merbach M, Brähler E (2016) Geschlechterunterschiede bei psychischen Störungen. In: Kolip P, Hurrelmann K (Hrsg) Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Hogrefe, Bern, S. 240–253
53. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F et al. (2012) Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. The Lancet 380(9838):219–229
54. World Health Organization (Hrsg) (2013) Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. WHO, Geneva
55. World Health Organization (Hrsg) (2016) Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
56. Rütten A, Pfeifer K (2016) Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
57. Abu-Omar K, Rütten A (2008) Relation of leisure time, occupational, domestic, and commuting physical activity to health indicators in Europe. Prev Med 47(3):319–323
58. Oja P, Titze S, Kohlberger T et al. (2010) Das Rad als Transportmittel – Gesundheitlicher Nutzen und Einflussfaktoren (Wissen 3). Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich, Wien
59. Finger JD, Mensink GBM, Lange C et al. (2017) Arbeitsbezogene körperliche Aktivität bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(2): 29–36. https://edoc.rki.de/handle/176904/2647 (Stand: 01.04.2020)
60. World Health Organization (Hrsg) (2018) Obesity and Overweight. Fact sheet. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight (Stand: 01.04.2020)
61. Schienkiewitz A, Mensink GBM, Kuhnert R et al. (2017) Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(2):21–28. https://edoc.rki.de/handle/176904/2655 (Stand: 01.04.2020)
62. World Health Organization (Hrsg) (2000) Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series, 894. WHO, Geneva
63. Statistisches Bundesamt (2019) Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit. Body-Mass-Index der Bevölkerung. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
64. Lampert T, Kuntz B, Hoebel J et al. (2018) Bildung als Ressource für Gesundheit. www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2018/gesundheit-und-soziale-sicherung/278399/bildung-als-ressource-fuer-gesundheit (Stand: 01.04.2020)
65. U.S. Department of Health and Human Services (Hrsg) (2006) The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. USDHHS, Atlanta
66. Benowitz NL, Lessov-Schlaggar CN, Swan GE et al. (2006) Female sex and oral contraceptive use accelerate nicotine metabolism. Clin Pharmacol Ther 79(5):480–488
67. World Health Organization (WHO) (2019) World Health Statistics data visualizations dashboard: SDG Target 3.a Tobacco control. http://apps.who.int/gho/data/view.sdg.3-a-data-reg?lang=en (Stand: 01.04.2020)
68. European Commission (2019) Tobacco. Overview. https://ec.europa.eu/health/tobacco/overview_en (Stand: 01.04.2020)
69. Statistisches Bundesamt (2016) Die Folgen des Rauchens kosten Frauen über 10 Jahre ihres Lebens. Pressemitteilung Nr. 182. www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2016/05/PD16_182_232.html (Stand: 01.04.2020)
70. Deutsches Krebsforschungszentrum (dkfz) (Hrsg) (2015) Tabakatlas Deutschland 2015. www.tabakkontrolle.de (Stand: 01.04.2020)
71. World Health Organization (Hrsg) (2015) Empower Women. Facing the Challenge of Tobacco Use in Europe. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
72. Statistisches Bundesamt (2019) Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit. Rauchverhalten der Bevölkerung. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2020)
73. Zeiher J, Finger JD, Kuntz B et al. (2018) Zeitliche Trends beim Rauchverhalten Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse sieben bundesweiter Gesundheitssurveys 1991–2015. Bundesgesundheitsbl 61(11):1365–1376
74. Walter U, Lux R (2007) Tabakkonsum: Folgen und Prävention unter sex- und genderspezifischer Perspektive. In: Neises M, Schmidt-Ott G (Hrsg) Gender, kulturelle Identität und Psychotherapie. Pabst Science Publishers, Lengerich, S. 97–110
75. Amos A, Haglund M (2000) From social taboo to "torch of freedom": the marketing of cigarettes to women. Tob Control 9(1):3–8
76. World Health Organization (Hrsg) (2014) Global status report on alcohol and health 2014. WHO, Geneva
77. World Health Organization (Hrsg) (2018) Global status report on alcohol and health 2018. WHO, Geneva
78. Gaertner B, Freyer-Adam J, Meyer C et al. (2015) Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2015. Pabst, Lengerich, S. 39–71
79. Deutsches Krebsforschungszentrum (dkfz) (Hrsg) (2017) Alkoholatlas Deutschland 2017. Pabst Science Publishers, Lengerich
80. Popova S, Rehm J, Patra J et al. (2007) Comparing alcohol consumption in central and eastern Europe to other European countries. Alcohol Alcohol 42(5):465–473
81. Europäische Union (2019) Gesundheit. Förderung des Gesundheitswesens in Europa. https://europa.eu/european-union/topics/health_de (Stand: 01.04.2020)
82. European Commission (2019) Public health. Europe 2020 – for a healthier Europe. https://ec.europa.eu/health/europe_2020_en (Stand: 01.04.2020)
83. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2019) Fragen und Antworten zum Präventionsgesetz. www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz/fragen-und-antworten-zum-praeventionsgesetz.html (Stand: 01.04.2020)
84. World Health Organization (WHO) (2013) The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10–14 June 2013. The Helsinki statement on Health in All Policies. www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement_2013/en/ (Stand: 01.04.2020)
85. European Union (2017) State of Health in the EU: Companion Report 2017. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2017_companion_en.pdf (Stand: 01.04.2020)
86. Verschuuren M, v Bolhuis A, Rosenkötter N et al. (2017) Towards an overarching European health information system. Eur J Public Health 27(Suppl 4):44–48
87. Bogaert P, v Oers H, V Oyen H et al. (2018) Towards a sustainable EU health information system infrastructure: A consensus driven approach. Health Policy 122(12):1340–1347
88. World Health Organization (WHO) (2020) Regionalbüro für Europa. Wo stehen wir in Bezug auf die Gesundheit von Frauen im Jahr 2020? www.euro.who.int/de/health-topics/health-determinants/gender/news/news/2020/3/where-do-we-stand-on-womens-health-in-2020 (Stand: 01.04.2020)

11 Zusammenfassung und Fazit

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

Während der finalen Bearbeitung des Berichts breitete sich das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 mit großer Geschwindigkeit in der gesamten Welt aus. Die COVID-19-Pandemie stellt auch Deutschland seit Anfang 2020 vor immense Herausforderungen für die Gesundheit der Bevölkerung und die gesamte Gesellschaft. Internationale Befunde weisen auf mögliche Geschlechterunterschiede bei Corona-Infektionen und der Mortalität an COVID-19 hin, deren Ausmaß und Ursachen detaillierter untersucht werden müssen. In den Ländern, in denen nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten vorliegen, zeigt sich, dass Männer häufiger an einer COVID-19-Erkrankung sterben und schwerere Symptome entwickeln [1].

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

Zudem wird befürchtet, dass existentielle Sorgen, Quarantäne und Einschränkungen der Bewegungsfreiheit zu einem Anstieg von häuslicher Gewalt gegen Frauen führen könnten [10]. Forschungsprojekte zu geschlechterbezogenen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie in Deutschland liefen im Frühling 2020 an, sie konnten in den vorliegenden Bericht nur punktuell einfließen.

Demografische Entwicklung und ihre Folgen

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

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

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

Herz-Kreislauf-Krankheiten, weiterhin die Todesursache Nummer eins bei Frauen in Deutschland, sind in den letzten Jahrzehnten zurückgegangen. Das gilt sowohl mit Blick auf die Neuerkrankungsraten als auch die Sterberaten. Der Rückgang hängt mit mehreren Faktoren zusammen, vor allem mit einem veränderten Gesundheitsverhalten, der zunehmend leitliniengerechten Behandlung von Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen sowie mit Fortschritten in der Versorgung. Die Frauengesundheitsbewegung, die sich in den 1970er-Jahren in Deutschland formierte, machte sehr erfolgreich darauf aufmerksam, dass „Frauenherzen anders schlagen“. Die Aktivistinnen haben damit die Tür für eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung geöffnet und dazu beigetragen, dass die Zahl der Frauen, die bei einem Herzinfarkt verzögert versorgt wurden, inzwischen deutlich zurückgegangen ist. Frauen und Männer unterscheiden sich in der Herzinfarktsymptomatik. Die geringe Sensibilität dafür, dass Frauen und Männer unterschiedliche Symptome (bzw. Symptomspektren) aufweisen, war ein wichtiger Grund dafür, dass Frauen oftmals nicht adäquat versorgt wurden.

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

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

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

Geschlechterunterschiede in der Gesundheit

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

Das Thema psychische Erkrankungen ist ein gutes Beispiel dafür, dass die aus den zur Verfügung stehendenDaten ableitbaren Geschlechterunterschiede in Gesundheit und Krankheit differenziert betrachtet und interpretiert werden müssen. Im vorliegenden Bericht werden sowohl biologische Geschlechterunterschiede analysiert, beispielsweise in Anatomie, Physiologie, Genetik und Hormonstoffwechsel, als auch soziokulturelle Geschlechterunterschiede, z. B. kulturelle Konventionen und soziale Rollen. Die Berücksichtigung dieser beiden Dimensionen von Geschlechtlichkeit – biologisches Geschlecht (Sex) und soziokulturelles Geschlecht (Gender) – ist grundlegend für das Verständnis von Geschlechterunterschieden [13, 14]. Beide Dimensionen interagieren und innerhalb der Dimensionen gibt es eine große Vielfalt [15–17]. In diesem Zusammenhang muss auch die Gendermedizin erwähnt werden. Sie beschäftigt sich mit dem Einfluss von Geschlecht auf die Entstehung, Prävention, Diagnose, Therapie und Erforschung von Erkrankungen. Viele Erkenntnisse der Gendermedizin sind in den vorliegenden Bericht eingeflossen.

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

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

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

schneiden Frauen etwas schlechter ab als Männer: Sie sind seltener sportlich aktiv, besonders im mittleren Erwachsenenalter. Viele Frauen im erwerbsfähigen Alter stehen vor der Aufgabe, Berufstätigkeit und Kindererziehung oder die Pflege von Angehörigen miteinander zu vereinbaren. Frauen leisten einen großen Teil der Sorgearbeit in den Familien. Dann bleibt mitunter wenig Zeit für sportliche Aktivitäten. Wird statt der sportlichen Aktivität die körperliche Aktivität im Alltag, z. B. das Fahrradfahren oder zu Fuß gehen betrachtet, ist allerdings nur noch ein geringer Geschlechterunterschied zuungunsten der Frauen festzustellen. Die Daten zeigen: Möglichkeiten und Hürden für sportliche Aktivität und für gesundheitsbewusstes Verhalten insgesamt werden durch die Familienform, Erwerbstätigkeit, aber auch durch Bildung, finanzielle Ressourcen und weitere Rahmenbedingungen mitbestimmt.

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

Betrachtet man die frauenspezifische Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung, zeigen sich in einigen Bereichen rückläufige Tendenzen. So ist der Anteil der Frauen, die eine Hormontherapie in den Wechseljahren anwenden, in den letzten 20 Jahren deutlich gesunken. Der Anteil der Frauen, welche die Pille zur Verhütung nutzen, geht besonders bei den Jüngeren zurück. Mit Blick auf gynäkologische Operationen zeigt sich eine abnehmende Zahl der Gebärmutterentfernungen. Und nach dem starken Anstieg der Kaiserschnittraten in den 1990er- und 2000er-Jahren zeichnet sich seit 2012 ein leichter Rückgang ab, einhergehend mit zahlreichen Initiativen zur Förderung einer physiologischen Geburt – eine Entwicklung, die auch durch das 2017 beschlossene Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ aufgenommen und vorangebracht wird. Einen starken Anstieg gab es hingegen bei der Inanspruchnahme von Kinderwunschbehandlungen.

Lebenslagen von Frauen und gesellschaftliche Vielfalt

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

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

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

In Befragungen gibt etwa die Hälfte der Frauen an, Schwierigkeiten dabei zu haben, gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen. Bei Frauen mit niedriger Bildung ist dieser Anteil noch höher. Alter, Bildung und Migrationshintergrund können einen Einfluss darauf haben, wie gut Frauen über Gesundheitsrisiken, Früherkennungsangebote oder auch Therapieoptionen informiert sind. Gesundheitskompetent sein bedeutet, Wissen, Motivation und Fähigkeiten zu haben, um relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und anwenden und damit gute Entscheidungen für die eigene Gesundheit und ggf. die von Angehörigen treffen zu können. Sowohl für die betroffenen Frauen selbst als auch bei der Übernahme von Sorgearbeit – überdurchschnittlich oft die Aufgabe von Frauen – spielt Gesundheitskompetenz eine große Rolle. Der Stärkung der Gesundheitskompetenz bei Frauen durch leicht zugängliche und inhaltlich adäquate Informationen kommt eine große Bedeutung zu. Die Verbesserung des Wissenstandes und der Entscheidungskompetenz von Frauen (und Männern) sind auch wichtige Ziele des Nationalen Krebsplans. Hier geht es zum einen um Nutzen und Risiken der Krebsfrüherkennung, aber auch um eine partizipative Entscheidungsfindung bei Behandlungsoptionen. Um diesen Prozess zu befördern, sollen im Gesundheitswesen Tätige dabei unterstützt werden, ihre kommunikativen Kompetenzen weiter zu verbessern [18]. Ein wichtiges Informationsangebot zum Thema Frauengesundheit, sowohl für Frauen als auch für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, stellt die BZgA zur Verfügung. Das Frauengesundheitsportal (www.frauengesundheitsportal.de) bietet aktuelle und fachlich geprüfte Gesundheitsinformationen.

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

Datenlage, Forschung und Berichterstattung

Als Basis für gesundheits- und sozialpolitische Entscheidungen und Maßnahmen können Forschung und Berichterstattung einen Beitrag zur weiteren Verbesserung der Frauengesundheit in

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

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

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

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

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

Zum Schluss soll der Blick noch auf die Entwicklungspotenziale der Berichterstattung gelenkt werden. Basis der GBE sind amtliche Statistiken und epidemiologische Studien, große bevölkerungsbezogene Erhebungen, valide und möglichst

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

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

Für den vorliegenden Bericht wurden Daten und Analysen zur Gesundheit aller Personen, die sich hinsichtlich ihrer geschlechtlichen Identität als weiblich verorten, recherchiert und zusammengestellt. Allerdings gibt es bisher kaum belastbare Daten zur Gesundheit von lesbischen, trans- und intergeschlechtlichen oder queeren Frauen. Für zukünftige Analysen und Berichte besteht die Aufgabe, Diversität noch besser abzubilden, sowohl innerhalb einer Geschlechtergruppe als auch bezogen auf geschlechtliche und sexuelle Vielfalt [26]. Hierfür soll künftig auch das Potenzial des Ansatzes der Intersektionalität für die GBE genutzt werden [22]. Intersektionalität (engl. intersection: Kreuzung, Schnittpunkt) beschreibt das Zusammenwirken verschiedener sozialer Differenzkategorien, z.B. geschlechtliche Identität, sexuelle Orientierung, Bildung, Einkommen, Migrationshintergrund, welche die Lebenssituation eines Menschen und seine gesundheitliche Lage beeinflussen. Die Differenzkategorien interagieren und bringen spezifische Lebenslagen hervor. Neben einer differenzierten Betrachtung der Lebenslagen und ihrer Auswirkungen auf Gesundheit steht die GBE auch vor der Aufgabe, weitere Personengruppen in die Berichtssysteme einzubeziehen, für die es bislang kaum Daten zum Gesundheitszustand und zu gesundheitlichen Bedarfen gibt. Dazu gehören z. B. wohnungslose Frauen und Männer sowie Drogengebrauchende.

Fazit

In Deutschland leben laut amtlicher Statistik über 35 Millionen erwachsene Frauen, ihre Lebenslagen und ihre Gesundheit sind sehr vielfältig. Um die Gesundheit von Frauen zu verbessern und soziale sowie geschlechterbezogene Ungleichheiten in der Gesundheit und Versorgung abzubauen, müssen neben der Gesundheitspolitik weitere Politikfelder eingebunden werden (Health in all Policies). Eine geschlechtersensible, fokussierte Berichterstattung kann dazu beitragen, wissenschaftlich fundierte Informationen als Grundlage für politisches Handeln zu liefern. In der 2016 verabschiedeten Strategie zur Gesundheit und zum Wohlbefinden für Frauen in der WHO-Euro-Region („Strategy on women’s health and well-being in the WHO European Region“) [27] wird die Bedeutung von Geschlechtergerechtigkeit für die Gesundheit betont. Die Strategie hat einen engen Bezug zur Agenda 2030 der Vereinten Nationen mit ihren 17 Zielen für Nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDGs) [28], darunter „Geschlechtergerechtigkeit und Selbstbestimmung für alle Frauen und Mädchen erreichen” (SDG5) und „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“ (SDG3). Die Gleichstellung von Frauen und Männern ist eines der Ziele der EU. In den letzten Jahrzehnten und bis heute gibt es zahlreiche Aktivitäten und Rechtsvorschriften, die großen Einfluss auf die Gleichstellungspolitik in den

Mitgliedstaaten haben – zum Nutzen der Gesundheit und des Wohlergehens von Frauen und Männern in der Europäischen Union (EU) [29].

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

Literatur

1. Gebhard C, Regitz-Zagrosek V, Neuhauser HK et al. (2020) Impact of sex and gender on COVID-19 outcomes in Europe. Biology of sex differences 11(1):29
2. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2020) Erwerbsarbeit in Zeiten von Corona. Pressemitteilung vom 15. April 2020. https://wzb.eu/de/pressemitteilung/erwerbsarbeit-in-zeiten-von-corona (Stand: 06.05.2020)
3. Kompetenznetz Public Health Covid-19 (2020) Beschäftigte mit erhöhtem Krankheitsrisiko. www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Beschaftigte_mit_erhohtem_Krankheitsrisiko.pdf (Stand: 25.05.2020)
4. Robert Koch-Institut (2020) Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) 11.09.2020 – Aktualisierter Stand für Deutschland. www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Sept_2020/2020-09-11-de.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 12.09.2020)
5. Robert Koch-Institut (2020) Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal (auch bei Personalmangel) in Arztpraxen und Krankenhäusern. www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/HCW.html (Stand: 25.05.2020)
6. Hammerschmid A, Schmieder J, Wrohlich K (2020) Frauen in Corona-Krise stärker am Arbeitsmarkt betroffen als Männer. DIW aktuell Nr. 42. www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.789749.de/diw_aktuell_42.pdf (Stand: 25.05.2020)
7. Schäfer H, Schmidt J (2020) Arbeitsmarkt in Corona-Zeiten: Kein Nachteil für Frauen, IW-Kurzbericht, No. 64/2020, Institut der deutschen Wirtschaft (IW), Köln. www.econstor.eu/bitstream/10419/218930/1/IW-Kurzbericht-2020-64.pdf (Stand: 04.06.2020)
8. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2020) Eltern während der Corona-Krise. Zur Improvisation gezwungen. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden. www.bib.bund.de/Publikation/2020/pdf/Eltern-waehrend-der-Corona-Krise.pdf?__blob=publicationFile&v=7 (Stand: 24.07.2020)
9. Kohlrausch B, Zucco A (2020) Die Corona-Krise trifft Frauen doppelt. Weniger Erwerbseinkommen und mehr Sorgearbeit. WSI Policy Brief Nr. 40. www.boeckler.de/pdf/p_wsi_pb_40_2020.pdf (Stand: 25.05.2020)
10. UN Women (2020) Corona: Eine Krise der Frauen. www.unwomen.de/helfen/helfen-sie-frauen-in-der-corona-krise/corona-eine-krise-der-frauen.html (Stand: 25.05.2020)
11. World Health Organization (2018) Life expectancy and Healthy life expectancy Data by WHO region. http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXREGv?lang=en (Stand: 01.04.2020)
12. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2017) Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele, Umsetzungsempfehlungen und Ergebnisse. BMG, Bonn
13. Springer KW, Mager Stellman J, Jordan-Young RM (2012) Beyond a catalogue of differences: A theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health. Soc Sci Med74:1817–1824
14. Schellenberg D, Kaiser A (2018) The sex/gender distinction: beyond F and M. In: Travis CB, White JW, Rutherford A et al. (Hrsg) APA handbooks in psychology series. APA handbook of the psychology of women: history, theory, and battlegrounds. American Psychological Association, Washington, S. 165–187
15. Krieger N (2005) Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. J Epidemiol Community Health 59:350–355
16. Einstein G (2012) Measuring biological sex. In: Oliffe JL, Greaves L (Hrsg) Designing and conducting gender, sex, and health research. SAGE, Los Angeles, S. 85–101
17. Johnson JL, Repta R (2012) Sex and gender. Beyond the binaries. In: Oliffe JL, Greaves L (Hrsg) Designing and conducting gender, sex, and health research. SAGE, Los Angeles, S. 17–37
18. Bundesministerium für Gesundheit (2020) Ziele des Nationalen Krebsplans. www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan/handlungsfelder/ziele-des-nationalen-krebsplans.html (Stand: 01.04.2020)
19. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2020) Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung – 3. Zwischenbericht. www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/Forschungsberichte/Forschungsberichte-Teilhabe/fb-541-repraesentativbefragung-behinderung.html (Stand: 28.05.2020)
20. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (2020) GeSiD – Gesundheit und Sexualität in Deutschland. www.gesid.eu (Stand: 28.05.2020)
21. Pöge K, Rommel A, Mena E et al. (2019) AdvanceGender – Verbundprojekt für eine geschlechtersensible und intersektionale Forschung und Gesundheitsberichterstattung. Bundesgesundheitsbl 62:102–107
22. Rommel A, Pöge K, Krause L et al. (2019) Geschlecht und Gesundheit in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Konzepte und neue Herausforderungen. Public Health Forum 27(2): 98–102
23. Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (2018) Zusätzliche Geschlechtsbezeichnung „divers“ für Intersexuelle eingeführt (Pressemitteilung vom 14.12.2018). www.bmi.bund.de/SharedDocs/pressemitteilungen/DE/2018/12/drittes-geschlecht.html (Stand: 28.05.2020)
24. Kleiner B (2016) Heteronormativität. https://gender-glossar.de/glossar/item/55-heteronormativitaet (Stand: 25.06.2020)
25. Wagenknecht P (2007) Was ist Heteronormativität? Zu Geschichte und Gehalt des Begriffs. In: Hartmann J, Klesse C, Wagenknecht P et al. (Hrsg) Heteronormativität Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 17–34

26. Pöge K, Dennert G, Koppe U et al. (2020) Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. Journal of Health Monitoring 5(S1): 1–30. https://edoc.rki.de/handle/176904/6534 (Stand: 01.04.2020)
27. World Health Organization (Hrsg) (2016) Strategy on women's health and well-being in the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
28. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) (2019) Internationale Ziele. Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. www.bmz.de/de/ministerium/ziele/2030_agenda/index.html (Stand: 01.04.2020)
29. Europäisches Parlament (2019) Gleichstellung von Männern und Frauen. www.europarl.europa.eu/factsheets/de/sheet/59/gleichstellung-von-mannern-und-frauen (Stand: 01.04.2020)

Wichtige Datenquellen in alphabetischer Reihenfolge

ALKOHOLSURVEY	
Datenhalter	**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**
Kurzbeschreibung	Die BZgA untersucht unter dem Projekttitel „Alkoholsurvey“ in regelmäßigen Abständen den Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum der 12- bis 25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Im Jahr 2018 wurde eine für Deutschland repräsentative Stichprobe von 7.002 Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit computergestützten Telefoninterviews (CATI) befragt.
URL	www.bzga.de

DIE APOTHEKE – ZAHLEN, DATEN, FAKTEN	
Datenhalter	**Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)**
Kurzbeschreibung	Statistisches Jahrbuch über Versorgungsleistungen, Beschäftigte in der Pharmazie und Arzneimittel. Berichtet werden u. a. Absatzzahlen von rezeptfreien apothekenpflichtigen oder freiverkäuflichen Arzneimitteln, die vorrangig im Bereich der Selbstmedikation abgegeben werden.
URL	www.abda.de

ÄRZTESTATISTIK	
Datenhalter	**Bundesärztekammer (BÄK)**
Kurzbeschreibung	Als statistische Informationen von der Bundesärztekammer werden jährlich zu allen approbierten Ärztinnen und Ärzten Angaben zu Alter, Geschlecht, Gebietsbezeichnung und Zusatzbezeichnung(en) erhoben.
URL	www.bundesaerztekammer.de

BEHANDLUNGSDATEN VON PATIENTINNEN UND PATIENTEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG	
Datenhalter	**Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)**
Kurzbeschreibung	Die Daten basieren auf den Abrechnungsdatensätzen, die quartalsweise von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten an die Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelt werden. Mithilfe dieser Datengrundlage können das Behandlungsgeschehen in Arztpraxen beschrieben und Entwicklungstendenzen aufgezeigt werden.
URL	www.zi.de

BIBB/BAuA – ERWERBSTÄTIGENBEFRAGUNG	
Datenhalter	**Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)**
Kurzbeschreibung	Telefonische Befragungen von jeweils rund 20.000 Erwerbstätigen, die alle sechs Jahre von BIBB und BAuA gemeinsam durchgeführt werden. Ziel ist es, differenzierte repräsentative Informationen über Erwerbstätige und Arbeitsplätze in Deutschland für Forschungsfragen der quantitativen Berufs- und Qualifikationsforschung und der Arbeitsweltberichterstattung zur Verfügung zu stellen.
URL	www.bibb.de

BUNDES-GESUNDHEITSSURVEY 1998 (BGS98)	
Datenhalter	**Robert Koch-Institut (RKI)**
Kurzbeschreibung	Repräsentative Gesundheitsbefragung und -untersuchung von 7.124 Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren. Wichtige Erhebungsparameter sind chronische Krankheiten, das Gesundheitsverhalten und soziodemografische Merkmale.
URL	www.rki.de

CHLAMYDIEN-LABORSENTINEL	
Datenhalter	**Robert Koch-Institut (RKI)**
Kurzbeschreibung	2010 hat das RKI das Chlamydia-trachomatis-Laborsentinel mit ausgewählten Laboren etabliert. Ziel ist es, die Prävalenz der Chlamydien-Infektionen in Deutschland sowie die Abdeckung des kostenlosen Screenings für Frauen unter 25 Jahren besser abschätzen zu können. Seit September 2013 wird das Sentinel unter dem Namen Chlamydien-Laborsentinel 2.0 weitergeführt.
URL	www.rki.de/DE/Content/InfAZ/C/Chlamydia_trachomatis/Chlamydien-Laborsentinel.html

DEUTSCHER ALTERSSURVEY (DEAS)	
Datenhalter	**Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)**
Kurzbeschreibung	Bundesweit repräsentative Quer- und Längsschnittbefragung von Personen im Alter zwischen 40 und 85 Jahren. In DEAS wird die Lebenssituation erfragt, u. a. beruflicher Status/Ruhestand, Partizipation, Aktivitäten, Kontakte, wirtschaftliche Lage, Gesundheit und Wohlbefinden. Die erste Befragung wurde im Jahr 1996 durchgeführt, die sechste im Jahr 2017.
URL	www.dza.de

DEUTSCHES IVF-REGISTER	
Datenhalter	**Deutsches IVF-Register e. V.**
Kurzbeschreibung	Seit 1992 werden von nahezu allen in Deutschland tätigen reproduktionsmedizinischen Einrichtungen Daten zur In-vitro-Fertilisation (IVF) geliefert und im Jahrbuch des Deutschen IVF-Registers dargestellt.
URL	www.deutsches-ivf-register.de

EPIDEMIOLOGISCHER SUCHTSURVEY	
Datenhalter	**Institut für Therapieforschung (IFT)**
Kurzbeschreibung	Repräsentative Querschnittbefragung (seit 2009 als Methodenmix aus schriftlicher, telefonischer und Internet-Befragung) zum Konsum psychoaktiver Substanzen (Alkohol, Tabak, psychoaktive Medikamente und illegale Drogen), die alle drei bis vier Jahre durchgeführt wird. Die Teilnehmerzahl lag 2018 bei 9.267 Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren.
URL	www.ift.de

ERLANGER SCHLAGANFALLREGISTER (ERLANGER STROKE PROJECT; ESPro)	
Datenhalter	**Interdisziplinäres Zentrum für Health Technology Assessment und Public Health (IZPH) der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg**
Kurzbeschreibung	Prospektive, gemeinde-basierte Studie, die als Studienbevölkerung alle 101.450 Einwohnerinnen und Einwohner der Stadt Erlangen in Bayern umfasst (Studienzeitraum 1994 – 2010). Erhoben wurden Basisdaten zu Epidemiologie, Prognose und Versorgung des Schlaganfalles. Alle Personen nach erstmaligem Schlaganfall werden bis zu zehn Jahre nach dem Ereignis nachverfolgt.
URL	www.schlaganfallregister.org/erlangen

FRA-SURVEY	
Datenhalter	**European Union Agency for Fundamental Rights (FRA)**
Kurzbeschreibung	Europaweite Studie zu Gewalt gegen Frauen, die 2012 durchgeführt wurde. Befragt wurden 42.000 Frauen zu ihren Erfahrungen mit körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt (einschließlich häuslicher Gewalt). Auch wurden Daten zu Stalking, sexueller Belästigung oder Gewalterfahrungen in der Kindheit erhoben.
URL	www.fra.europa.eu/de/publication/2014/gewalt-gegen-frauen-eine-eu-weite-erhebung-ergebnisse-auf-einen-blick

EUROPEAN HEALTH AND SOCIAL INTEGRATION SURVEY (EHSIS)	
Datenhalter	**Eurostat**
Kurzbeschreibung	Bevölkerungsbezogener Befragungssurvey aus dem Jahr 2012 zu gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen und dadurch bedingten Teilhabeeinschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen (z. B. Mobilität, Bildung/Ausbildung, Beschäftigung, soziale Kontakte, Internetnutzung). Befragt wurden Personen im Alter von mindestens 15 Jahren in privaten Haushalten in 29 Staaten (EU-27, Norwegen, Island).
URL	www.ec.europa.eu

EUROPEAN HEALTH INTERVIEW SURVEY (EHIS)	
Datenhalter	**Eurostat**
Kurzbeschreibung	Bevölkerungsbezogener Befragungssurvey mit vier Modulen: Gesundheitszustand, gesundheitliche Versorgung, Gesundheitsdeterminanten und sozioökonomische Variablen. Zielgruppe sind Personen im Alter von mindestens 15 Jahren in privaten Haushalten. Die erste Welle (EHIS 1) wurde zwischen 2006 und 2009 in 17 europäischen Ländern durchgeführt. Ab der zweiten Welle (2013 – 2015) ist die Durchführung von EHIS für alle EU-Mitgliedstaaten verpflichtend (alle fünf Jahre). Die Datenerhebung für Deutschland wird vom Robert Koch-Institut durchgeführt und ist Teil des Gesundheitsmonitorings. Der EHIS ist vollständig integriert in die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA).
URL	https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/microdata/european-health-interview-survey

EUROSTAT DATENBANK	
Datenhalter	**Eurostat**
Kurzbeschreibung	Eurostat ist das Statistikamt der EU. Die von Eurostat genutzten Daten werden von den nationalen Statistikämtern der EU-Staaten erhoben. Eurostat harmonisiert diese Daten, um sie innerhalb der EU vergleichbar zu machen. Die Eurostat Online-Datenbank deckt thematisch ein sehr breites Spektrum ab, u. a. Daten zur Bevölkerung, sozialen Bedingungen, Gesundheit. In der Regel stehen jährliche Statistiken zur Verfügung. Die Zeitreihen reichen meist bis Anfang der 1990er-Jahre zurück.
URL	www.ec.europa.eu/eurostat/de/data/database

FALLPAUSCHALENBEZOGENE KRANKENHAUSSTATISTIK (DRG-STATISTIK)	
Datenhalter	**Statistisches Bundesamt (Destatis)**
Kurzbeschreibung	Seit 2005 liefert die DRG-Statistik jährlich über die bestehende amtliche Krankenhausstatistik hinaus Informationen über das Morbiditätsgeschehen und die Morbiditätsentwicklung in der stationären Versorgung sowie über Volumen und Struktur der Leistungsnachfrage. Insbesondere werden Erkrankungsart, Fallpauschalen (DRG), Operationen und Prozeduren (OPS) sowie Verweildauer und Fachabteilung erhoben.
URL	www.destatis.de, www.gbe-bund.de

FRAUEN LEBEN 3 – FAMILIENPLANUNG IM LEBENSVERLAUF	
Datenhalter	**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**
Kurzbeschreibung	Repräsentative Befragung zu ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftskonflikten. Zwischen 2011 und 2014 wurden 4.002 Frauen im Alter zwischen 20 und 44 Jahren aus Baden-Württemberg, Berlin, Niedersachsen und Sachsen befragt. Zusätzlich wurden Beraterinnen aus Familien- und Schwangerschaftsberatungsstellen interviewt.
URL	www.bzga.de

GESUNDHEITSBEZOGENE SELBSTHILFE IN DEUTSCHLAND – ENTWICKLUNGEN, WIRKUNGEN, PERSPEKTIVEN (SHILD)	
Datenhalter	**Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)**
Kurzbeschreibung	Vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte multizentrische Studie zum Stand der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in Deutschland. Die Studie umfasst mehrere Module, die zwischen 2012 und 2017 durchgeführt wurden. Im Mittelpunkt stehen Selbsthilfegruppen und -organisationen sowie Ziele, Aufgaben, Arbeitsweise und Wirkungen der Selbsthilfe.
URL	www.uke.de/extern/shild/

GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND AKTUELL (GEDA)	
Datenhalter	**Robert Koch-Institut (RKI)**
Kurzbeschreibung	Repräsentative Gesundheitsbefragung der deutschen Allgemeinbevölkerung, die im Rahmen des bundesweiten Gesundheitsmonitorings des RKI seit 2009 regelmäßig durchgeführt wird. Pro Survey werden mehr als 20.000 Teilnehmende zu (chronischen) Krankheiten, dem Gesundheitsverhalten und soziodemografischen Merkmalen befragt. Es werden regelmäßig zusätzliche Module integriert, z. B. zum Unfallgeschehen oder zur Pflege von Angehörigen. In GEDA 2014/2015 wurde erstmals vollständig der Fragebogen des European Health Interview Survey integriert (EHIS Welle 2).
URL	www.rki.de/geda, www.geda-studie.de

GESUNDHEITSPERSONALRECHNUNG (GPR)	
Datenhalter	**Statistisches Bundesamt (Destatis)**
Kurzbeschreibung	Liefert jährlich detaillierte Angaben über die Anzahl und die Struktur der Beschäftigten im Gesundheitswesen nach Alter, Geschlecht, Beruf, Einrichtungen und Art der Beschäftigung. Vergleichbare Daten liegen ab dem Berichtsjahr 1997 vor.
URL	www.destatis.de, www.gbe-bund.de

HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC)	
Datenhalter	**Norwegian Centre for Research Data**
Kurzbeschreibung	In der HBSC-Studie werden in ca. 40 Ländern in Europa und Nordamerika im Rahmen einer schriftlichen Befragung in Schulklassen Daten zum Gesundheitszustand und zum gesundheitsrelevanten Verhalten von 11-, 13- und 15-jährigen Schülerinnen und Schülern erhoben. Die Studie wird seit 1982 alle vier Jahre durchgeführt. Deutschland ist seit 1994 beteiligt, zunächst mit Stichproben einzelner Bundesländer, seit 2009/2010 mit einer bundesweit repräsentativen Stichprobe. Die letzte Erhebung fand 2017/2018 statt.
URL	www.hbsc-germany.de

JUGENDSEXUALITÄT	
Datenhalter	**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**
Kurzbeschreibung	Die regelmäßig durchgeführte Repräsentativbefragung erfasst Einstellungen und Verhaltensweisen von Jugendlichen in Bezug auf Aufklärung, Sexualität und Verhütung. 2014/2015 wurden 3.568 Mädchen und Jungen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren befragt, dazu erstmals auch 2.497 18- bis 25-jährige junge Erwachsene.
URL	www.forschung.sexualaufklaerung.de/forschungsthemen/jugendsexualitaet/

KG 5-STATISTIK (GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG: LEISTUNGSFÄLLE VON AMBULANTEN UND STATIONÄREN KUREN)	
Datenhalter	**Bundesministerium für Gesundheit (BMG)**
Kurzbeschreibung	Umfasst die Leistungsfälle und -tage von Kuren der gesetzlich Krankenversicherten nach Art der Kuren (Vorsorgekuren oder Rehabilitationsmaßnahmen), Versichertengruppe und Kassenart. Sie wird jährlich erhoben.
URL	www.bmg.bund.de, www.gbe-bund.de

KINDER- UND JUGENDREPORT DER DAK-GESUNDHEIT	
Datenhalter	**DAK-Gesundheit**
Kurzbeschreibung	Basiert auf Abrechnungsdaten von rund 600.000 Versicherten der DAK-Gesundheit im Alter von 0 bis 17 Jahren. Es liegen Diagnose- und Leistungsdaten aus der ambulanten, stationären, Arzneimittel-, Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie der Rehabilitation zugrunde. Zusätzlich werden Ergebnisse des Präventionsradars präsentiert. Der Report erscheint regelmäßig, erstmals im Jahr 2018.
URL	www.dak.de/dakonline/live/dak/gesundheit/reports-und-aktuelle-forschung-2073792.html

KM 6-STATISTIK (GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG: VERSICHERTE)	
Datenhalter	**Bundesministerium für Gesundheit (BMG)**
Kurzbeschreibung	Beinhaltet Angaben zu Mitgliedern und mitversicherten Familienangehörigen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach Alter, Geschlecht und Kassenart auf Grundlage der GKV-Daten. Sie wird seit 1993 jährlich zum Stichtag 1. Juli erhoben.
URL	www.bmg.bund.de, www.gbe-bund.de

KOOPERATIVE GESUNDHEITSFORSCHUNG IN DER REGION AUGSBURG (KORA)	
Datenhalter	**Helmholtz Zentrum München**
Kurzbeschreibung	Aus dem Herz-Kreislauf-Projekt MONICA der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ging 1996 die KORA-Forschungsplattform hervor. Geforscht wird zu Diabetes, Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen und Umweltfragestellungen. KORA umfasst die KORA-Kohorte (18.000 Teilnehmende von 25 bis 74 Jahren, repräsentative Zufallsstichprobe aus dem Raum Augsburg), das KORA-Herzinfarktregister, KORA-Bioprobenbank. Die Teilnehmenden werden in mehrjährigen Abständen schriftlich zu ihrer Gesundheit befragt und zum Teil untersucht. Das KORA-Herzinfarktregister erfasst alle koronaren Todesfälle und nichttödlichen Herzinfarkte im Raum Augsburg.
URL	https://www.helmholtz-muenchen.de/kora

KRANKENHAUSSTATISTIK – DIAGNOSEDATEN DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN IN KRANKENHÄUSERN	
Datenhalter	**Statistisches Bundesamt (Destatis)**
Kurzbeschreibung	Wird seit 1993 jährlich in allen Krankenhäusern erhoben. Die Statistik enthält u. a. Angaben zur Hauptdiagnose (codiert nach ICD-10), Liegedauer, Fachabteilung und ausgewählte soziodemografische Merkmale wie Alter, Geschlecht und Wohnort.
URL	www.destatis.de, www.gbe-bund.de

KRANKENHAUSSTATISTIK – GRUNDDATEN DER KRANKENHÄUSER UND VORSORGE- ODER REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN	
Datenhalter	**Statistisches Bundesamt (Destatis)**
Kurzbeschreibung	Die sachliche und personelle Ausstattung der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sowie ihrer Fachabteilungen werden seit 1990 jährlich ausgewiesen.
URL	www.destatis.de, www.gbe-bund.de

KRANKHEITSKOSTENRECHNUNG (KKR)	
Datenhalter	**Statistisches Bundesamt (Destatis)**
Kurzbeschreibung	Führt die im Bereich des Gesundheitswesens verfügbaren Datenquellen zur Ermittlung der Kosten einer Krankheit zusammen. Beinhaltet direkte Krankheitskosten nach Krankheiten, Alter, Geschlecht und Einrichtungen sowie indirekte Krankheitskosten in Form von verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren. Wird unregelmäßig veröffentlicht, erstes Berichtsjahr 2002, zuletzt 2015.
URL	www.destatis.de, www.gbe-bund.de

KREBSREGISTERDATEN	
Datenhalter	**Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut (RKI), Epidemiologische Krebsregister der Länder**
Kurzbeschreibung	Das ZfKD im RKI führt die Daten der epidemiologischen Landeskrebsregister auf Bundesebene zusammen. Es erstellt Schätzungen für die Anzahl von Krebsneuerkrankungen in Deutschland, u. a. nach Krebsdiagnose, Alter, Geschlecht. Außerdem werden Schätzungen der Prävalenz und des Überlebens von Menschen mit einer Krebsdiagnose erstellt.
URL	www.krebsdaten.de, www.gekid.de

LEBENSSITUATION, SICHERHEIT UND GESUNDHEIT VON FRAUEN IN DEUTSCHLAND	
Datenhalter	**Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)**
Kurzbeschreibung	Repräsentative Befragung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Befragt wurden im Jahr 2003 10.264 Frauen im Alter zwischen 16 und 85 Jahren.
URL	www.bmfsfj.de/bmfsfj/studie--lebenssituation--sicherheit-und-gesundheit-von-frauen-in-deutschland/80694

LEBENSSITUATION UND BELASTUNGEN VON FRAUEN MIT BEEINTRÄCHTIGUNGEN UND BEHINDERUNGEN IN DEUTSCHLAND	
Datenhalter	**Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)**
Kurzbeschreibung	Repräsentative Befragung von Frauen mit Behinderungen im Alter von 16 bis 65 Jahren in Haushalten sowie in stationären Heimen und Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe zu Lebenssituation, Diskriminierungen und Gewalterfahrungen in den Jahren 2009 bis 2011.
URL	www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/lebenssituation-und-belastungen-von-frauen-mit-beeintraechtigungen-und-behinderungen-in-deutschland/80576

LIEBESLEBEN	
Datenhalter	**Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)**
Kurzbeschreibung	Pilotstudie der GeSiD-Studie (Gesundheit und Sexualität in Deutschland), gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), durchgeführt 2017. Erhoben wurden Informationen zu sexuellem Verhalten, Einstellungen und sexueller Gesundheit. Zielgruppe waren deutschsprachige Personen in Privathaushalten im Alter von 18 bis 75 Jahren.
URL	www.gesid.eu

LUDWIGSHAFENER SCHLAGANFALL-STUDIE (LuSSt)	
Datenhalter	**Neurologische Klinik, Klinikum Ludwigshafen**
Kurzbeschreibung	Populationsbasiertes Schlaganfallregister, welches 2006/2007 Patientinnen und Patienten aus Ludwigshafen (ca. 170.000 Einwohnerinnen und Einwohner) in Rheinland-Pfalz rekrutiert hat.
URL	www.kompetenznetz-schlaganfall.de

MAMMOGRAPHIE-SCREENING-PROGRAMM	
Datenhalter	**Kooperationsgemeinschaft Mammographie GbR**
Kurzbeschreibung	Daten zur Inanspruchnahme des Mammographie-Screenings, das seit 2009 bundesweit allen Frauen zwischen 50 und 69 Jahren alle zwei Jahre angeboten wird. Auf Basis von Einwohnermeldedaten werden alle anspruchsberechtigten Frauen zur Untersuchung eingeladen.
URL	www.mammo-programm.de

MIKROZENSUS	
Datenhalter	**Statistisches Bundesamt (Destatis)**
Kurzbeschreibung	Seit 1957 durchgeführte, repräsentative Haushaltsbefragung der amtlichen Statistik in Deutschland. Rund 1% der Bevölkerung wird jährlich befragt. Die Teilnahme ist verpflichtend. Inhaltliche Schwerpunkte sind Erwerbstätigkeit, Aus- und Weiterbildung, Einkommen sowie Angaben zur Person, darunter auch Migrationshintergrund. Alle vier Jahre wird die jährliche Befragung um Themenbereiche ergänzt, u. a. Wohnsituation, Migration, Krankenversicherung, Gesundheit.
URL	www.destatis.de

NAKOS STUDIEN – SELBSTHILFE IM ÜBERBLICK	
Datenhalter	**Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)**
Kurzbeschreibung	Die Reihe NAKOS Studien – Selbsthilfe im Überblick enthält aktuelle Daten und Überblicksinformationen zur organisierten Selbsthilfe und professionellen Selbsthilfeunterstützung sowie zur Selbsthilfeförderung. Die Daten basieren überwiegend auf von der NAKOS durchgeführten Befragungen.
URL	www.nakos.de

NATIONALE VERZEHRSSTUDIE (NVS)	
Datenhalter	**Max Rubner-Institut (MRI), Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel**
Kurzbeschreibung	Die erste Nationale Verzehrsstudie (NVS I) wurde 1985 bis 1988 in den alten Ländern durchgeführt. Für die NVS II wurden zwischen 2005 und 2007 knapp 20.000 deutschsprachige Personen im Alter zwischen 14 und 80 Jahren aus der gesamten Bundesrepublik befragt. Die NVS II hatte zum Ziel, für Deutschland repräsentative Daten zum Lebensmittelverzehr und zum weiteren Ernährungsverhalten zu liefern sowie die aus dem Lebensmittelverzehr berechnete Nährstoffzufuhr der Bevölkerung abzubilden.
URL	www.mri.bund.de

PERINATALSTATISTIK (BUNDESAUSWERTUNG GEBURTSHILFE DER EXTERNEN STATIONÄREN QUALITÄTSSICHERUNG)	
Datenhalter	**Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)**
Kurzbeschreibung	Im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung werden jährlich Bundesauswertungen zu den dokumentationspflichtigen Leistungsbereichen veröffentlicht. Diese umfassen Auswertungen zu allen Qualitätsindikatoren sowie verschiedene ergänzende, deskriptive Auswertungen (Basisauswertungen). Die Bundesauswertung Geburtshilfe wird auch als Perinatalstatistik bezeichnet.
URL	https://iqtig.org

GKV-SPV-PRÄVENTIONSBERICHT	
Datenhalter	**Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), GKV-Spitzenverband**
Kurzbeschreibung	Enthält die Routineberichterstattung über die durch Primärprävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Betrieben und stationären Pflegeeinrichtungen sowie durch Gesundheitskurse erreichten Personenkreise. Die Daten werden jährlich auf freiwilliger Basis durch die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene, den GKV-Spitzenverband und den MDS erhoben.
URL	www.mds-ev.de

SCHULEINGANGSUNTERSUCHUNGEN DER LÄNDER	
Datenhalter	**Länder, Robert Koch-Institut (RKI)**
Kurzbeschreibung	In den Schuleingangsuntersuchungen werden alle Kinder eines Jahrganges vor Schuleintritt durch Ärztinnen und Ärzte des Gesundheitsamtes untersucht. Die Daten werden in anonymisierter Form an die zuständigen Landesstellen übermittelt und im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung ausgewertet. Die Impfdaten aus diesen Untersuchungen werden nach § 34 Infektionsschutzgesetz seit 2001 in aggregierter und anonymisierter Form an das RKI übermittelt und dort ausgewertet.
URL	www.gbe-bund.de, www.rki.de (Impfdaten)

SCHWANGERSCHAFTSABBRUCHSTATISTIK	
Datenhalter	**Statistisches Bundesamt (Destatis)**
Kurzbeschreibung	Enthält die in Deutschland in Arztpraxen und Krankenhäusern durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche einschließlich verschiedener Merkmale wie Grund, Art und Ort des Abbruchs sowie Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft. Es handelt sich um eine Totalerhebung, für die Auskunftspflicht besteht; die Daten werden vierteljährlich zum Quartalsende berichtet.
URL	www.destatis.de, www.gbe-bund.de

SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG	
Datenhalter	**Bundesministerium für Gesundheit (BMG)**
Kurzbeschreibung	Enthält Daten zur Zahl der Versicherten, zur Zahl der Leistungsbezieherinnen und -bezieher sowie zu den Leistungen der Pflegeversicherung und den Finanzen. Sie gibt Auskunft über den Stand der pflegerischen Versorgung in Deutschland sowie über die Entwicklung der Pflegeversicherung seit 1995 und ist jährlich verfügbar.
URL	www.bmg.bund.de

SOZIO-OEKONOMISCHES PANEL (SOEP)	
Datenhalter	**Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW)**
Kurzbeschreibung	Repräsentative Befragung privater Haushalte, die seit 1984 jährlich im Paneldesign durchgeführt wird. Zurzeit werden jedes Jahr in Deutschland etwa 30.000 Teilnehmende in fast 15.000 Haushalten befragt. Die Daten geben Auskunft zu Einkommen, Erwerbstätigkeit, Bildung und Gesundheit (in geringem Umfang). Weil das SOEP als Längsschnittstudie angelegt ist, können langfristige soziale und gesellschaftliche Entwicklungen verfolgt werden.
URL	www.diw.de/soep

STATISTIK DER LEISTUNGEN ZUR REHABILITATION	
Datenhalter	**Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)**
Kurzbeschreibung	Beinhaltet Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation, zur Nachsorge und sonstige Leistungen zur Teilhabe. Die Daten sind jährlich verfügbar und enthalten neben den wichtigsten demografischen Merkmalen auch Angaben aus den ärztlichen Entlassungsberichten.
URL	www.deutsche-rentenversicherung.de

STATISTIK DER NATÜRLICHEN BEVÖLKERUNGSBEWEGUNG	
Datenhalter	**Statistisches Bundesamt (Destatis)**
Kurzbeschreibung	Gibt Auskunft über die Zahl und Struktur der Bevölkerung und ihre Veränderung. In die Statistik werden Sterblichkeit, Geburtenhäufigkeit und Heiratsverhalten einbezogen. Erfasst werden jeweils verschiedene Differenzierungen, z. B. Alter, Geschlecht, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit. Angaben dieser Statistik werden auch für die Bevölkerungsvorausberechnung und für die Fortschreibung des Bevölkerungsstandes verwendet.
URL	www.destatis.de, www.gbe-bund.de

STATISTIK DER SCHWERBEHINDERTEN MENSCHEN	
Datenhalter	**Statistisches Bundesamt (Destatis)**
Kurzbeschreibung	Seit 1985 wird alle zwei Jahre eine Bundesstatistik über schwerbehinderte Menschen durchgeführt. Diese umfasst die Zahl der Menschen mit amtlich anerkannter Schwerbehinderung, persönliche Merkmale wie Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Wohnort sowie Art, Ursache und Grad der Behinderung.
URL	www.destatis.de, www.gbe-bund.de

STERBETAFELN FÜR DEUTSCHLAND	
Datenhalter	**Statistisches Bundesamt (Destatis)**
Kurzbeschreibung	Periodensterbetafeln der amtlichen Statistik basieren auf Daten über die Gestorbenen und die Durchschnittsbevölkerung der letzten drei Jahre. Sie zeigen, wie viele Personen eines Ausgangsbestandes aufgrund von Sterbewahrscheinlichkeiten in den einzelnen Altersjahren überleben und sterben werden. Darüber hinaus geben sie Auskunft über die geschlechtsspezifische durchschnittliche Lebenserwartung in den einzelnen Altersjahren.
URL	www.destatis.de

STUDIE ZUR GESUNDHEIT ERWACHSENER IN DEUTSCHLAND (DEGS1)	
Datenhalter	**Robert Koch-Institut (RKI)**
Kurzbeschreibung	Repräsentative Gesundheitsbefragung und -untersuchung (2008 – 2011) von Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren. Insgesamt nahmen 8.152 Personen teil (davon mit Untersuchung: 7.238). Wichtige Erhebungsparameter waren chronische Krankheiten, das Gesundheitsverhalten und sozio-demografische Merkmale. Ergänzend wurde das Zusatzmodul „Psychische Gesundheit" (DEGS1-MH) zu psychischen Störungen, damit assoziierten Beeinträchtigungen und der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durchgeführt. DEGS1 ist Bestandteil des Gesundheitsmonitorings des RKI.
URL	www.rki.de/degs, www.degs-studie.de

STUDIE ZUR GESUNDHEIT VON KINDERN UND JUGENDLICHEN IN DEUTSCHLAND (KiGGS)	
Datenhalter	**Robert Koch-Institut (RKI)**
Kurzbeschreibung	Repräsentative Gesundheitsbefragung und -untersuchung von Kindern und Jugendlichen (KiGGS-Basiserhebung 2003 – 2006, KiGGS Welle 1 2009 – 2012, KiGGS Welle 2 2014 – 2017). Insgesamt nahmen 17.641 Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren an der KiGGS-Basiserhebung teil. Erhoben werden Daten zum Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhalten, Lebensbedingungen, Schutz- und Risikofaktoren und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Als KiGGS-Kohorte wird ein Teil der Teilnehmenden bis in das Erwachsenenalter untersucht und befragt.
URL	www.rki.de/kiggs, www.kiggs-studie.de

TEILHABEBERICHT DER BUNDESREGIERUNG ÜBER DIE LEBENSLAGEN VON MENSCHEN MIT BEEINTRÄCHTIGUNGEN	
Datenhalter	**Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)**
Kurzbeschreibung	Der Bericht beschreibt die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, orientiert an der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Er beinhaltet Daten aus unterschiedlichen Quellen und wird einmal in jeder Wahlperiode veröffentlicht, bisher 2013 und 2016.
URL	www.bmas.de

TELEFONISCHER GESUNDHEITSSURVEY 2003 (GSTel03)	
Datenhalter	**Robert Koch-Institut (RKI)**
Kurzbeschreibung	8.313 Personen aus der deutschsprachigen Wohnbevölkerung ab 18 Jahren wurden im Jahr 2003 telefonisch befragt, u. a. zu Krankheiten, zu ihrem Gesundheitsverhalten und zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens.
URL	www.rki.de

TODESURSACHENSTATISTIK	
Datenhalter	**Statistisches Bundesamt (Destatis)**
Kurzbeschreibung	Eine seit 1950 durchgeführte jährliche Vollerhebung aller Todesfälle in Deutschland. Grundlage ist die von der Ärztin oder dem Arzt ausgestellte Todesbescheinigung, auf der die Krankheiten aufgelistet sind, die zum Tode geführt haben.
URL	www.destatis.de, www.gbe-bund.de

VERHÜTUNGSVERHALTEN ERWACHSENER	
Datenhalter	**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**
Kurzbeschreibung	Repräsentative Befragung von Frauen und Männern zu ihrem Verhütungsverhalten und -wissen. 2018 wurden insgesamt 992 sexuell aktive Frauen und Männer im Alter von 18 bis 49 Jahren telefonisch befragt. Die Befragung 2018 ist eine Wiederholung der Studien zum Kontrazeptionsverhalten, die 2003, 2007 und 2011 im Auftrag der BZgA durchgeführt wurden.
URL	www.forschung.sexualaufklaerung.de

Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland
Robert Koch-Institut, 2020

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Internet: www.rki.de/gbe
Twitter: @rki_de

Redaktion
Anke-Christine Saß, Thomas Ziese, Franziska Prütz, Laura Krause, Sabine Ludwig, Birte Hintzpeter
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

Satz/Layout
Gisela Dugnus, Kerstin Möllerke

Bildnachweis
Seite 3: Bundesministerium für Gesundheit

Druck
Ruksaldruck GmbH + Co. KG, Berlin

Bezugsquelle
Internet: www.rki.de/frauengesundheitsbericht
E-Mail: gbe@rki.de

Vorgeschlagene Zitierweise
Robert Koch-Institut (Hrsg) (2020) Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin

ISBN: 978-3-89606-303-8
DOI: 10.25646/6585

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.dnb.de abrufbar.

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit