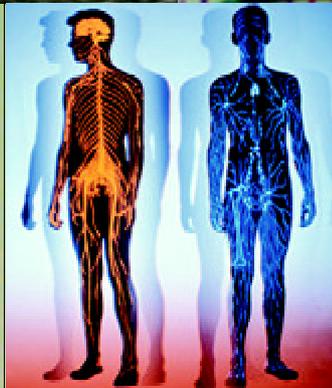




Gesundheitsberichte NRW

Gesundheit von **Frauen** und **Männern**





**Gesundheit von Frauen und Männern
in Nordrhein-Westfalen**

Landesgesundheitsbericht 2000

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Ausdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist ebenfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt.

Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte.

Herausgeber:

Ministerium für Frauen, Jugend,
Familie und Gesundheit des
Landes Nordrhein-Westfalen (MFJFG)

Bearbeitung und Redaktion:

Landesinstitut für den Öffentlichen
Gesundheitsdienst des Landes
Nordrhein-Westfalen (lögd)
Westerfeldstraße 35/37
33611 Bielefeld
Telefon (05 21) 80 07-0
Telefax (05 21) 80 07-200
<http://www.loegd.nrw.de>

Umschlaggestaltung:

Werbeagentur
Claus und Mutschler
Bochum

Technische Bearbeitung:

Hildegard Krüger, Antje Mühlenweg

Druck und Verlag:

lögd, Bielefeld
Nachdruck und Vervielfältigung nur mit
schriftlicher Genehmigung des Landesinstitutes.

Bielefeld, Deutschland, 2000

ISBN 3-88139-096-0

ISSN 0933-3703



Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen

Landesgesundheitsbericht 2000

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Vorwort der Ministerin für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen | 11 |
| 1 Einleitung | 15 |
| 1.1 Entwicklungen, Ziele und Konzept des Landes zur geschlechtsspezifischen Darstellung der Gesundheit von Frauen und Männern | 17 |
| 1.1.1 Ziel einer geschlechtsspezifischen Darstellung der gesundheitlichen Lage und Versorgung | 17 |
| 1.1.2 Frauengesundheitsberichterstattung: Entwicklung und Beispiele | 18 |
| 1.1.3 Berichterstattung zur gesundheitlichen Lage und Versorgung von Männern | 20 |
| 1.1.4 Konzept einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen | 21 |
| 1.1.5 Perspektiven für die Gesundheitsberichterstattung des Landes | 24 |
| 2 Die Gesundheit hat ein Geschlecht | 27 |
| 2.1 Gesundheit und Geschlecht – eine empirische und theoretische Hinführung zum Thema | 29 |
| 2.1.1 Empirische Befunde zur geschlechtsspezifischen Mortalität, Morbidität und Inanspruchnahme des Medizinsystems | 29 |
| 2.1.2 Erklärungsansätze | 36 |
| 2.1.3. Geschlecht als Strukturkategorie: Somatische Kulturen von Frauen und Männern | 41 |
| 2.1.4 Konsequenzen für gesundheitliche Versorgung und Prävention | 43 |
| 2.1.5 Ausblick: Kritische Beurteilung der Datenquellen und Indikatoren und Anforderungen an eine zukünftige geschlechtsspezifische Gesundheitsberichterstattung | 45 |
| 2.2 Soziodemographische Situation von Frauen und Männern | 48 |
| 2.2.1 Einleitung | 48 |
| 2.2.2 Soziale Lage und Gesundheit | 48 |
| 2.2.3 Die soziale Lage von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen im Überblick | 51 |
| 2.2.4 Armutsstrukturen in Nordrhein-Westfalen | 53 |

| | |
|--|------------|
| 2.2.5 Regionale Strukturen der Lebenslagen und Lebensformen von Frauen in Nordrhein-Westfalen | 59 |
| 2.2.6 Zusammenfassung | 63 |
| 2.3 Die gesundheitliche Lage von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen | 66 |
| 2.3.1 Mortalität | 66 |
| 2.3.2 Morbidität | 75 |
| 2.3.3 Lebensweise | 80 |
| 2.3.4 Gesamtbewertung | 87 |
| 2.3.5 Schlussfolgerungen und Prioritäten | 88 |
| 3 Lebenswelt und Gesundheit | 91 |
| 3.1 Geschlechtsspezifische Differenzen bei Übergewicht | 93 |
| 3.1.1 Übergewicht und Adipositas als Gesundheitsproblem | 93 |
| 3.1.2 „Body Image“, Ess-Störungen und assoziierte Medikation – geschlechtsspezifische Besonderheiten | 95 |
| 3.1.3 Darstellung der geschlechtsabhängigen Mortalität bei Übergewicht/Adipositas in Nordrhein-Westfalen | 97 |
| 3.1.4 Hinweise auf einen alters- und geschlechtsbezogenen Therapiebedarf bei Übergewicht und Adipositas | 100 |
| 3.2 Gesundheitsrisiken von Frauen in Erwerbsarbeit, Haus- und Familienarbeit | 102 |
| 3.2.1 Die aktuelle Beschäftigungssituation von Frauen | 102 |
| 3.2.2 Gesundheitliche Belastungen in ausgesuchten Frauenberufen | 103 |
| 3.2.3 Gesundheitsbelastungen durch Haus- und Familienarbeit | 117 |
| 3.2.4 Fazit | 121 |
| 3.3 Genuss, Sucht und Geschlecht | 123 |
| 3.3.1 Vom Genuss zur Sucht | 123 |
| 3.3.2 Zum Suchtverständnis | 124 |
| 3.3.3 Epidemiologie: Gebrauch, Missbrauch, Abhängigkeit | 126 |
| 3.3.4 Schwangerschaft und Elternschaft | 131 |
| 3.3.5 Gewalterfahrungen | 132 |
| 3.3.6 Beratung, Betreuung, Behandlung der Sucht, Selbstheilung und Selbsthilfe | 133 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 4 | Spezielle Zielgruppen | 137 |
| 4.1 | Benachteiligte Frauengruppen in der Bevölkerung | 139 |
| 4.1.1 | Begriffsdefinitionen und aktueller Forschungsstand | 139 |
| 4.1.2 | Einflussfaktoren der sozialen Lage auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Frauen | 142 |
| 4.1.3 | Die soziale Lage ausgewählter Gruppen sozial benachteiligter Frauen | 143 |
| 4.1.4 | Die gesundheitliche Lage allein erziehender und allein lebender Frauen | 152 |
| 4.1.5 | Schlussfolgerungen und Ausblick | 158 |
| 4.2 | Gesundheitliche Probleme und medizinische Versorgung bei allein stehenden Wohnungslosen | 160 |
| 4.2.1 | Die gesundheitliche Lage allein stehender Wohnungsloser | 160 |
| 4.2.2 | Faktoren der gesundheitlichen Unterversorgung wohnungsloser Frauen und Männer | 166 |
| 4.2.3 | Anforderungen an eine lebenssituationsgerechte Versorgung wohnungsloser Frauen und Männer | 170 |
| 4.2.4 | Problemadäquate Behandlungsangebote: Entwicklungstrends in Nordrhein-Westfalen | 170 |
| 4.2.5 | Neue Aufgaben für das Gesundheitswesen | 175 |
| 4.2.6 | Grundlagen für die Verbesserung der medizinischen Versorgung allein stehender Wohnungsloser | 176 |
| 5 | Geschlechtsspezifische Aspekte von ausgewählten häufigen Erkrankungen und in der Versorgung | 179 |
| 5.1 | Geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiologischen Versorgung und Rehabilitation | 181 |
| 5.1.1 | Die koronare Herzerkrankung: Inzidenz und Mortalität | 181 |
| 5.1.2 | Der Rehabilitationsprozess und die Versorgungsstruktur in Nordrhein-Westfalen | 184 |
| 5.1.3 | Geschlechtsspezifische Aspekte bei Diagnostik und akutmedizinischen Interventionen | 186 |
| 5.1.4 | Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen und Unterschiede im Rehabilitationserfolg | 188 |
| 5.1.5 | Forschungsdefizite | 192 |
| 5.1.6 | Neue deutsche Forschungsvorhaben | 195 |

| | |
|--|------------|
| 5.2 Krebserkrankungen bei Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen | 198 |
| 5.2.1 Einleitung: Geschlechtsspezifität von Krebs | 198 |
| 5.2.2 Nimmt das Krebsrisiko zu? | 200 |
| 5.2.3 Rauchen und Lungenkrebs – Frauen holen auf | 203 |
| 5.2.4 Häufigkeit von Krebsneuerkrankungen | 205 |
| 5.2.5 Überleben und Heilung | 208 |
| 5.2.6 Früherkennung | 209 |
| 5.2.7 Selbsthilfe nach Krebs | 212 |
| 5.3 Psychische Erkrankungen und psychosomatische Störungen bei Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen | 216 |
| 5.3.1 Bedeutung psychischer Erkrankungen | 216 |
| 5.3.2 Verordnete Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Erkrankungen | 217 |
| 5.3.3 Krankenhausfälle infolge psychischer Krankheit | 218 |
| 5.3.4 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge psychischer Erkrankungen | 219 |
| 5.3.5 Geschlechterdisparitäten für diagnosespezifische Raten der Krankenhausfälle auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen | 220 |
| 5.3.6 Geschlechtsspezifisches Inanspruchnahmeverhalten gegenüber medizinischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Diensten | 221 |
| 5.3.7 Versorgungsstrukturen für psychisch Kranke in Nordrhein-Westfalen | 223 |
| 5.3.8 Sozialwissenschaftliche Erklärungen psychischer Erkrankungen unter Berücksichtigung des Geschlechts | 224 |
| 5.3.9 Bilanz | 226 |
| 6 Das Gesundheitswesen als sozialer Ort der Geschlechter | 229 |
| 6.1 Frauen und Männer in Gesundheitsberufen | 231 |
| 6.1.1 Einleitung | 231 |
| 6.1.2 Methodisches Vorgehen | 231 |
| 6.1.3 Geschlechtsspezifische Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen | 233 |
| 6.1.4 Ausbildungssituation im Gesundheitswesen | 242 |
| 6.1.5 Arbeitslose in den Gesundheitsfachberufen | 248 |
| 6.1.6 Neue Qualifikationsbedarfe und Qualifikationsmöglichkeiten im Gesundheitssektor | 250 |
| 6.1.7 Gleichstellung von Frauen und Männern im Gesundheitswesen | 251 |

| | |
|--|------------|
| 6.2 Grenzen, Grenzüberschreitungen und sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz und im Gesundheitsbereich | 253 |
| 6.2.1 Allgemein zur sexuellen Belästigung am Arbeitsplatz | 253 |
| 6.2.2 Speziell zur sexuellen Belästigung im Gesundheitsbereich | 254 |
| | |
| 7 Kurzfassungen der Kapitel | 261 |
| | |
| 8 Anhänge | 289 |
| | |
| Anhang 1: Gesundheitsindikatoren zu den Kapiteln | 291 |
| | |
| Anhang 2: Verzeichnis der mitwirkenden Expertinnen und Experten | 355 |
| | |
| Anhang 3: Publikationen zur Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen | 361 |
| | |
| Anhang 4: Table of contents in English | 367 |
| | |
| Anhang 5: Zeichenerklärungen und Abkürzungen | 375 |



**Vorwort der Ministerin für Frauen, Jugend, Familie und
Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen**

Vorwort der Ministerin für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen

Gibt es bei der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit Unterschiede zwischen Frauen und Männern? Diese Frage wird von der Wissenschaft heute eindeutig bejaht. Dabei spielen biologische Faktoren genauso eine Rolle wie gesellschaftliche und psychosoziale Einflüsse.

Allerdings konnten diese feststellbaren Unterschiede bislang nicht ausreichend belegt werden. Gesicherte Daten sind aber zwingende Voraussetzung zur Beurteilung der gesundheitlichen Situation von Frauen und Männern. Sie geben darüber hinaus Hinweise auf notwendige Weiterentwicklungen unserer Versorgungsleistungen. Geschlechtsspezifische Verhaltensweisen und Lebenssituationen müssen in die gesundheitliche Versorgung einbezogen werden, um Diagnose und Therapie zu optimieren.

Ich habe deshalb das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) beauftragt, auf der Grundlage eines gemeinsam mit Expertinnen und Experten entwickelten Konzeptes einen geschlechtsspezifischen Gesundheitsbericht vorzulegen. Damit wird erstmalig die gesundheitliche Lage und die Versorgungssituation von Frauen und Männern gesondert und – wo dies sinnvoll und möglich ist – auch vergleichend betrachtet und dargestellt.

Hinsichtlich der Breite des Spektrums gesundheitlicher Themen orientiert sich der Bericht mit seiner Gliederung an den Gesundheitsreports des Landes aus den Jahren 1990 und 1994. Er bezieht die soziodemographische Situation, die gesundheitliche Lage sowie Gesundheitsrisiken ein, fokussiert auf ausgewählte Zielgruppen sowie auf geschlechtsspezifische Aspekte, auch im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung, bei ausgewählten häufigen Erkrankungen. Schließlich bezieht er auch geschlechtsspezifische Fragen im Zusammenhang mit den Berufen im Gesundheitswesen ein. Allerdings erhebt der Bericht keineswegs den Anspruch, schon vollständig zu sein. Wir haben bereits weitere Bereiche für Veröffentlichungen im Rahmen des themenorientierten Berichtsdienstes der Gesundheitsberichterstattung des Landes vorgesehen, z. B. zu den Fragen von Schwangerschaft und Geburt sowie zu den Erkrankungen der Geschlechtsorgane.

Der Bericht bedeutet somit zunächst einen Einstieg und bedingt eine neue Herangehensweise in der Gesundheitsberichterstattung des Landes, mit der wir Neuland betreten. Weiterentwicklungen werden auch eine Verbesserung der Datenlage zu berücksichtigen haben, die, wie auch dieser Bericht an verschiedenen Stellen zeigt, noch keineswegs befriedigend ist. Das gilt im übrigen derzeit bundesweit.

Die Diskussion über den Gesundheitsbericht wird gemeinsam mit den Beteiligten im Lande – insbesondere mit den in der Landesgesundheitskonferenz vertretenen Verbänden und Organisationen des Gesundheitswesens, die hier wesentlich Verantwortung tragen – geführt werden, um sich über den daraus resultierenden Handlungsbedarf und notwendige Weiterentwicklungen zu verständigen. Die Landesgesundheitskonferenz und ihr Vorbereitender Ausschuss haben sich zu wertvollen Instrumenten für gesundheitspolitische Diskussions- und Entscheidungsprozesse in Nordrhein-Westfalen entwickelt.

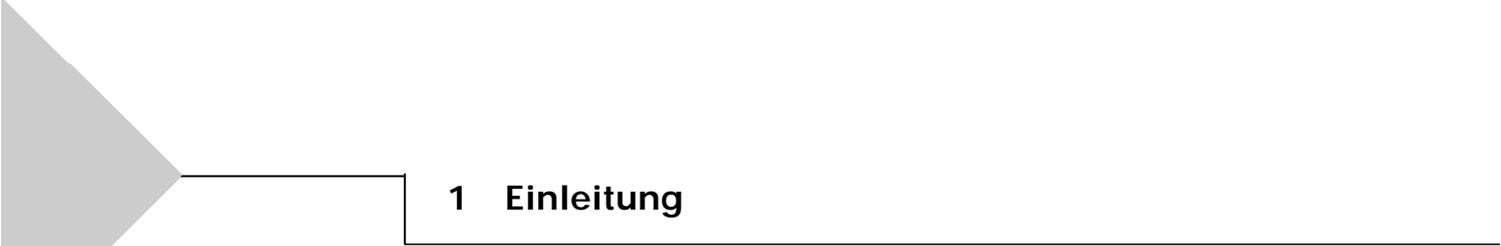
Der geschlechtsspezifische Gesundheitsbericht soll auch Anregungen für die kommunale Gesundheitsberichterstattung und kommunalpolitische Initiativen geben, einige Kapitel beziehen schon jetzt Aussagen zu den Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen ein.

Den beteiligten Expertinnen und Experten möchte ich an dieser Stelle ausdrücklich meinen Dank für ihre Mitwirkung aussprechen.

Ich wünsche mir, dass der geschlechtsspezifische Gesundheitsbericht Nordrhein-Westfalen zu lebhaften Diskussionen im Lande anregt und dazu beiträgt, das Bewusstsein für geschlechtsbedingte Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit zu schärfen und Entwicklungen voranzubringen, die den jeweiligen Bedürfnissen verstärkt Rechnung tragen.

A handwritten signature in black ink that reads "Birgit Fischer". The script is cursive and fluid.

Birgit Fischer
Ministerin für Frauen, Jugend,
Familie und Gesundheit
des Landes Nordrhein-Westfalen



1 Einleitung

1.1 Entwicklungen, Ziele und Konzept des Landes zur geschlechtsspezifischen Darstellung der Gesundheit von Frauen und Männern

1.1 Entwicklungen, Ziele und Konzept des Landes zur geschlechts-spezifischen Darstellung der Gesundheit von Frauen und Männern

1.1.1 Ziel einer geschlechtsspezifischen Darstellung der gesundheitlichen Lage und Versorgung

Gesundheitsberichterstattung informiert über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und ihre gesundheitliche Versorgung; sie bildet die Grundlage für gesundheitspolitische Planungs- und Entscheidungsprozesse. Gegenstand der Gesundheitsberichterstattung sind also zunächst Gesundheit und Krankheit, bezogen auf die gesamte Bevölkerung eines Staates, eines Landes oder einer Gemeinde und deren gesundheitliche Versorgung. Will man für alle Teile der Bevölkerung eine jeweils möglichst gute gesundheitliche Versorgung, kann man jedoch nicht vom gleichen gesundheitlichen Bedarf aller Bevölkerungsgruppen ausgehen.

Gesundheitsberichterstattung bezieht sich daher neben der gesamten Bevölkerung auch immer auf einzelne Gruppen. Diese unterscheiden sich voneinander oder von der Gesamtbevölkerung darin, wie gesund sie leben, welchen Gesundheitsrisiken sie ausgesetzt sind und wie sie das Gesundheitssystem z. B. im Rahmen von Früherkennungsmaßnahmen in Anspruch nehmen (Gesundheits- und Krankheitsverhalten). Unterschiede lassen sich auch im Krankheitsspektrum finden: So leiden alte Menschen typischerweise unter anderen Erkrankungen als Jugendliche. Und schließlich muss berücksichtigt werden, welche sozialen und psychischen Rahmenbedingungen für Gruppen gelten, über welche Bildung sie verfügen oder welches Verständnis sie von Gesundheit und Krankheit haben.

Auch Frauen und Männer unterscheiden sich in einer Reihe von Merkmalen und damit auch in ihrem Bedarf an gesundheitlicher Betreuung und Versorgung sowie ihrem Inanspruchnahmeverhalten:

- ▶ *Gesundheits- und Krankheitsverhalten:*
Frauen gelten allgemein als das gesundheitsbewusstere Geschlecht; sie ernähren sich gesünder, nehmen häufiger die Angebote zur Früherkennung wahr und rauchen seltener (Gesundheitsindikatoren des Landes Nordrhein-Westfalen, 1999).
- ▶ *Krankheitsspektrum:*
Einige Erkrankungen treten ausschließlich bei Personen jeweils eines Geschlechts auf, dazu gehören die Erkrankungen der Geschlechtsorgane oder die in Verbindung mit Schwangerschaft und Geburt stehenden Erkrankungen. Zahlreiche Krankheiten findet man bei Frauen und Männern unterschiedlich häufig wie Bronchialkarzinome oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- ▶ *Rahmenbedingungen:*
Die sozialen Rahmenbedingungen und Faktoren, die mittelbar Auswirkungen auf den gesundheitlichen Zustand und Bedarf an gesundheitlicher Betreuung haben, sind für Frauen und Männer nicht identisch. Männer sind z. B. häufiger erwerbstätig als Frauen und üben andere Berufe auf einer anderen Hierarchie-Ebene aus. Frauen werden älter und entwickeln entsprechend häufiger die mit dem Alter korrelierten Krankheiten (Gesundheitsindikatoren Nordrhein-Westfalen, 1999).

Eine gemeinsam für Frauen und Männer verfasste Gesundheitsberichterstattung überdeckt solche Unterschiede, die wichtig für die Beurteilung der gesundheitlichen Bedarfe und die Planung von Betreuungs- und Versorgungsmaßnahmen und -strukturen sein können. Dadurch wird die Chance von Frauen und Männern auf gleichwertige Behandlung erschwert.

1.1.2 Frauengesundheitsberichterstattung: Entwicklung und Beispiele

Für die Frauen wurde dieser Mangel einer allgemeinen Gesundheitsberichterstattung durch die Frauenbewegung thematisiert. Neben der Feststellung von versorgungsrelevanten, epidemiologischen Unterschieden wurde dabei auch auf die Diskriminierung von Frauen in der und durch die Medizin hingewiesen. Zusammenfassend wurden folgende Punkte herausgearbeitet (Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health, 1998; Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage im Bundestag zur gesundheitlichen Situation von Frauen vom 4.2.1997):

- ▶ Eine Zentrierung auf Männer als Modell der Medizin, eine „Krankschreibung“ des Weiblichen und weiblicher Körpervorgänge wie Menstruation, Schwangerschaft etc.,
- ▶ Geschlechterdiskriminierung in den Berufen des Gesundheitswesens, die neben der allgemein-gesellschaftlichen Problematik der Geschlechterdiskriminierung auch den Punkt „Männerzentrierung“ mitbefördert.

Aus der Beschreibung dieser Defizite sowie aus dem aktiven Aufgreifen von Gesundheitsthemen in der Frauenbewegung entwickelten sich Frauengesundheitsforschung und Frauengesundheitsberichterstattung auf verschiedenen Ebenen (Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health, 1998).

Kommunale Frauengesundheitsberichte

Schon 1991 wiesen Fette und Gassner auf die Bedeutung von Frauengesundheitsberichten auf kommunaler beziehungsweise regionaler Ebene hin. Dadurch sollte zum einen die Entwicklung geschlechtsspezifischer Gesundheitsberichterstattung angestoßen werden, zum anderen wurde davon ausgegangen, dass frauenspezifische Gesundheitsförderung zunächst und vor allem auch auf kommunaler beziehungsweise regionaler Ebene anzusetzen habe. Zwei Beispiele sollen dies erläutern:

Mit dem Bericht „... wie geht's Frau?“ legt der Bezirk Hohenschönhausen in Berlin 1998 einen Gesundheitsbericht vor, der sich mit der gesundheitlichen Lage und Versorgung von Frauen in diesem Berliner Bezirk befasst. Dieser Bericht umfasst zunächst den Bereich, der auch durch die klassischen Gesundheitsindikatoren abgebildet und für Frauen (natürlich auch im Vergleich zu Männern) dargestellt wird: Gesundheitliche Lage, Morbidität und Mortalität, gesundheitliche Versorgung sowie soziodemographische Rahmenbedingungen. Der zweite Teil befasst sich in einer problem- und politikorientierten Weise mit den Bereichen Frauen und Gesundheit im Allgemeinen und weiteren, für die Gesundheit von Frauen bedeutsamen Feldern wie Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit, Sucht und Stadtplanung (Bezirksamt Hohenschönhausen, 1998).

Die Stadt Münster befasst sich im 9. Band ihrer Gesundheitsberichte mit der Frage : „Frauen und Medikamente - Gebrauch oder Missbrauch?“ Die Frage wird für die Kommune aufbereitet und durch Daten sowie Wissen unteretzt. Diese gesundheitsberichterstattende Basis wird durch einschlägige Handlungsempfehlungen der Gesundheitskonferenz Münster und durch praktische Handlungsvorschläge ergänzt (Stadt Münster, 1999). Der Bericht setzt an einem Einzelthema die Erwartung an eine kommunale Frauengesundheitsberichterstattung um, auf der

Grundlage der aktuellen Lage vor Ort umsetzbare Fördermöglichkeiten für die Gesundheit von Frauen zu entwickeln.

Die Darstellung von Frauengesundheit auf der Ebene des Bundes

Auf der Ebene des Bundes wurde Frauengesundheit 1997 durch eine „Große Anfrage der Abgeordneten Antje-Marie Stehen, Anni Brandt-Elsweiler, Dr. Marliese Dobberthien, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD - Drucksache 13/5214“ zum Thema „Frauenspezifische Gesundheitsversorgung“ und die im selben Jahr veröffentlichte Antwort thematisiert. Im einleitenden Teil der Antwort wird darauf hingewiesen, dass Gesundheit von Frauen und geschlechtsspezifische Aspekte in der Darstellung und Berichterstattung bislang vernachlässigt wurden, dass aber diese Berichterstattung wichtig sei und sich dieser Bedeutung entsprechend zu etablieren beginne. Die einzelnen Bereiche der Antwort bieten eine relativ ausführliche Beschreibung der aktuellen Lage:

- ▶ Gesundheitliche Lage von Frauen,
- ▶ Gesundheitsförderung und Prävention,
- ▶ soziale Bedingungen,
- ▶ gesundheitliche Versorgung von Frauen und ihre Behandlung im Medizinsystem,
- ▶ Frauen in den neuen Bundesländern,
- ▶ Ausländerinnen,
- ▶ Frauen mit Behinderungen,
- ▶ Frauen in der Medizin,
- ▶ Frauen in der Forschung.

Der „Gesundheitsbericht des Bundes“ (Statistisches Bundesamt, 1998) stellt als allgemeiner Gesundheitsbericht die gesundheitliche Lage und Versorgung der Bevölkerung Deutschlands dar. Dabei wird im Wesentlichen keine geschlechts- oder frauenspezifische Perspektive eingenommen; allerdings werden die allgemeinen Angaben zum Beispiel zur Mortalität, zum Risikoverhalten etc. jeweils für beide Geschlechter getrennt aufgeführt und entsprechend beschrieben. Hinzu kommt die Berichterstattung über nur Frauen betreffende Themen wie Mamma- und Zervixkarzinom.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend entsteht gegenwärtig ein Bericht mit dem Arbeitstitel „Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ost-Deutschland. Eine Bestandsaufnahme“. Dieser soll umfassend die gesundheitliche Lage und Versorgung von Frauen in der Bundesrepublik darstellen.

Frauengesundheitsberichterstattung auf europäischer Ebene

Auf internationaler Ebene bietet der 1997 erschienene europäische Frauengesundheitsbericht einen umfassenden Überblick über „Die gesundheitliche Situation der Frauen in der Europäischen Gemeinschaft“. Der darin enthaltene Themenkatalog entspricht dem einer allgemeinen Gesundheitsberichterstattung mit den Bereichen:

- ▶ Soziale und demographische Entwicklungen (Soziodemographie),
- ▶ ausgewählte Gesundheitsindikatoren (wie Lebenserwartung, Körpergröße),
- ▶ Morbidität,
- ▶ Todesursachen und Mortalitätstrends bei Frauen,
- ▶ Gesundheitsdeterminanten und Gesundheitsförderung (wie Gesundheitsrisiken, Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen),
- ▶ besondere Probleme der weiblichen Gesundheit (wie Ess-Störungen, Reproduktion, Gewalt gegen Frauen).

In der Darstellung der einzelnen Bereiche werden vergleichend Indikatoren aus den Mitgliedsländern der Europäischen Union aufgeführt. Im Fazit dieses Berichts wird zum Ausdruck gebracht, dass Frauen zwar länger leben, aber spezifische gesundheitliche Probleme haben, denen durch ebenfalls spezifische Maßnahmen entsprochen werden muss (Europäische Kommission, 1997).

1.1.3 Berichterstattung zur gesundheitlichen Lage und Versorgung von Männern

Die sich etablierende Frauengesundheitsberichterstattung zeigte sich in ihrem Anliegen erfolgreich, Aufmerksamkeit auf die Besonderheiten der gesundheitlichen Lage und die Versorgung von Frauen zu lenken und entsprechende gesundheitspolitische Aktivitäten zu initiieren. Ein entsprechender Bedarf besteht auch bei Männern, die zwar im Allgemeinen als das gesündere Geschlecht angesehen werden, jedoch risikoreicher leben, eine geringere Lebenserwartung haben und z. B. seltener Möglichkeiten zur Früherkennung von Erkrankungen nutzen (z. B. Klotz et al., 1998). Daraus entwickelten sich Ansätze, die die besondere gesundheitliche Situation von Männern beschrieben und im Hinblick auf Änderungspotentiale bewerteten. Die Stadt Wien erstellte 1999 einen (soweit eruiert im deutschen Sprachraum ersten) Männergesundheitsbericht. Mit den Inhalten

- ▶ Demographie: z. B. Bevölkerungsstruktur, -entwicklung und Lebenserwartung,
- ▶ sozioökonomische und politische Situation: z. B. soziale Faktoren, Familie, Arbeitslosigkeit etc.,
- ▶ Gesundheitsstatus: z. B. Morbidität und Mortalität,
- ▶ Arbeit und Gesundheit: z. B. Arbeitsunfähigkeit, Berufskrankheiten,
- ▶ Lifestyle: z. B. Gesundheitsverhalten, Gesundheitsrisiken,
- ▶ sexuelle Gesundheit: z. B. Geschlechtskrankheiten, Reproduktion, Klimakterium virile,
- ▶ seelische Gesundheit: z. B. Stress, psychische Krankheiten,
- ▶ Gesundheitsversorgung: z. B. Inanspruchnahme auch der Vorsorge,
- ▶ Gesundheitsförderung: z. B. Gesundheitsbewusstsein,
- ▶ Senioren

entspricht dieser Bericht im Wesentlichen dem Konzept der bislang vorgelegten Frauengesundheitsberichte.

1.1.4 Konzept einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen

Die bisherige Entwicklung einer geschlechtsbezogenen Gesundheitsberichterstattung lässt sich folgendermaßen zusammenfassen (vgl. auch Abbildung 1):

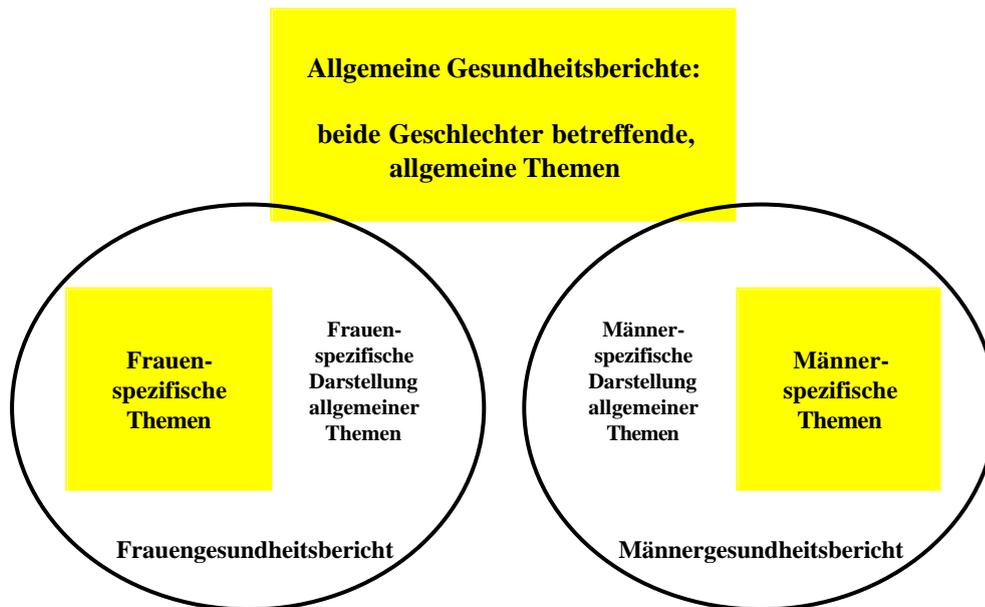


Abbildung 1: Schematische Darstellung von Gesundheitsberichten in Hinblick auf Geschlechtsspezifität

Veröffentlicht werden zum einen allgemeine Gesundheitsberichte, die zusammenfassend über die gesundheitliche Lage und Versorgung von Frauen und Männern berichten. Darin sind auch Themen enthalten, die ausschließlich ein Geschlecht betreffen. Daneben entwickelt sich eine Form der geschlechtsbezogenen Berichterstattung, die Themen der Gesundheitsberichterstattung für jeweils ein Geschlecht, bisher meistens Frauen, bearbeitet. Diese Art der Berichterstattung bietet die Möglichkeit, geschlechtsspezifische Besonderheiten stärker zu berücksichtigen als in einer allgemeinen Gesundheitsberichterstattung. Durch die getrennte Berichterstattung besteht aber die Gefahr, dass geschlechtliche Unterschiede überbewertet werden.

Auf der anderen Seite bezieht auch die allgemeine Gesundheitsberichterstattung das Geschlecht mit ein: In den meisten Statistiken werden für Männer und Frauen getrennte Angaben gemacht. Dies gilt ähnlich für Frauen- bzw. Männergesundheitsberichte, die im Vergleich zum jeweils anderen Geschlecht Defizite bzw. Vernachlässigungen herausstellen. Der geschlechtsspezifische Ansatz, der mit dem hier vorliegenden Bericht verfolgt wird, greift auf beide Herangehensweisen zurück (vgl. Abbildung 2). Eine im Wesentlichen gemeinsame Darstellung der gesundheitlichen Lage von Männern und Frauen erlaubt die Identifizierung von Unterschieden, die im Hinblick auf unterschiedlichen Versorgungsbedarf jeweils von Frauen oder Männern analysiert werden. Erwartet wird bei einer solchen Vorgehensweise, dass das Geschlecht nicht nur als biologische Variable eingeht, sondern auch als Merkmal, das neben der Physis auch die psychische und soziale Realität der Menschen beeinflusst, berücksichtigt

wird. Neben der Beschreibung von Defiziten wird damit eine verbesserte Grundlage für geschlechtsbezogene, gesundheitliche Planungen geschaffen.

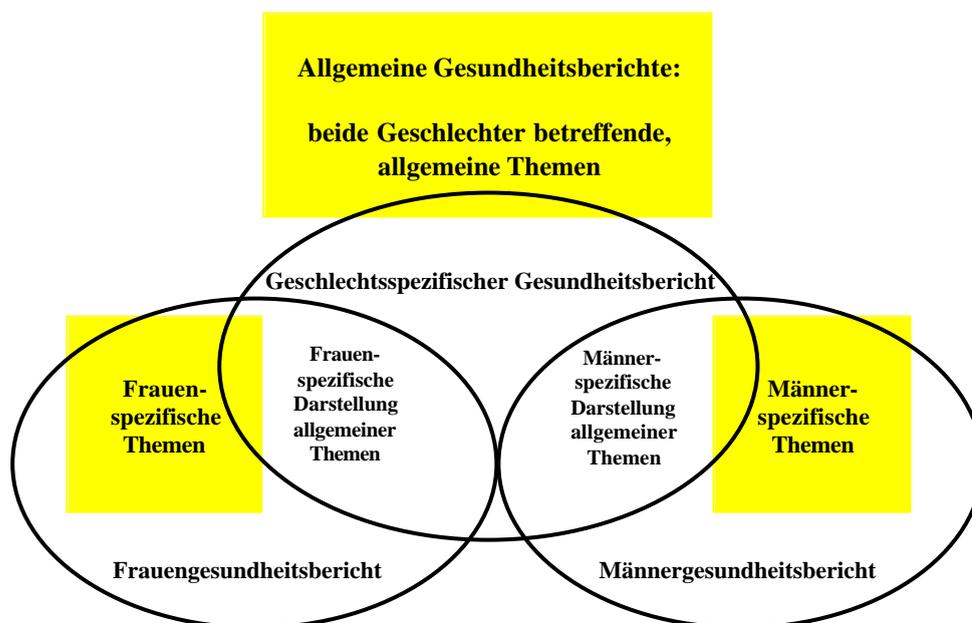


Abbildung 2: Schematische Darstellung eines geschlechtsspezifischen Gesundheitsberichts

Der Bericht zur „Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen“

Mit dem vorliegenden Bericht soll aus einer geschlechtsspezifischen Perspektive über die gesundheitliche Lage und die Versorgung der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen berichtet werden. Er stellt den Versuch dar, diese Sichtweise in die Gesundheitsberichterstattung des Landes Nordrhein-Westfalen einzuführen. Diesem Modellcharakter entsprechend muss sich dieser Bericht inhaltlich beschränken und an Beispielen aufzeigen, wo geschlechtsbezogen über gesundheitliche Themen berichtet werden sollte.

Dabei orientiert sich der Bericht an der Unterteilung des breiten Spektrums gesundheitlicher Themen, wie sie in den Gesundheitsreports 1990 und 1994 verwendet wurde bzw. durch die Gesundheitsindikatoren des Indikatorenatzes der Länder repräsentiert wird:

- ▶ Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Lage,
- ▶ gesundheitliche Lage der Bevölkerung,
- ▶ Lebenswelt und Gesundheit,
- ▶ spezielle Zielgruppen,
- ▶ Versorgung bei einzelnen Erkrankungen,
- ▶ Beschäftigte und Einrichtungen im Gesundheitswesen.

Aus den einzelnen, großen Bereichen einer Gesundheitsberichterstattung wurden jeweils beispielhaft einzelne Themen ausgewählt. Grundlage für die Auswahl war zum einen, inwieweit eine geschlechtsspezifische Darstellung dieses Themas von Interesse und Relevanz ist, zum anderen die Repräsentativität des Themas für diesen Bereich.

Kurze Zusammenfassung der Beiträge

Der einführende Teil dieses Berichts belegt die Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsberichterstattung durch die Darstellung von Unterschieden in der gesundheitlichen Lage und in den Rahmenbedingungen für den gesundheitlichen Bedarf. Bereits in psychischen und sozialen Bedingungen für Gesundheit unterscheiden sich Frauen und Männer. Frauen nehmen ihren Körper anders wahr, sie äußern mehr Beschwerden, aber leben insgesamt gesundheitsbewusster (Kap. 2.1). Frauen verfügen über geringere Einkommen, sind häufiger auf Sozialhilfe angewiesen und erreichen weniger hoch qualifizierte Berufsabschlüsse (Kap. 2.2). Ganz offensichtlich werden die Unterschiede zwischen Frauen und Männern bei der Betrachtung von Erkrankungen und Sterblichkeit: Frauen und Männer leiden und sterben an unterschiedlichen Erkrankungen, wobei Frauen eine deutlich längere Lebenserwartung haben (Kap. 2.3).

Gesundheit zu fördern heißt zum Teil, Gesundheitsrisiken zu vermeiden. Eine wichtige Voraussetzung für Gesundheit ist die angemessene Ernährung und die Vermeidung von Übergewicht (Kap. 3.1). Die Umwelt eines Menschen kann sowohl gesundheits- als auch krankheitsfördernd wirken. Wichtig ist es dabei, wie mit Risiken aus der Umwelt umgegangen wird und wie diese Risiken bewältigt werden. Voraussetzung dafür ist zum einen die Bekanntheit solcher Risiken zum Beispiel auch am klassischen Arbeitsplatz „Haushalt“ (Kap. 3.2). Die inadäquate Bewältigung von Anforderungen durch z. B. Suchtmittel stellt ein weiteres Risikopotential für die Gesundheit dar (Kap. 3.3).

Die Beschreibung von Risikogruppen nimmt innerhalb der Gesundheitsberichterstattung einen breiten Raum ein. Hier gilt es vor allem die Gruppen zu identifizieren, die besondere gesundheitliche Probleme haben und durch herkömmliche Versorgungsstrukturen nicht erreicht werden. Dies gilt z. B. für weniger gut gestellte, allein stehende Frauen oder allein erziehende Frauen (Kap. 4.1). Aber auch innerhalb der gesundheitlich besonders gefährdeten Gruppe der Wohnungslosen finden sich Frauen, deren besondere Situation zu berücksichtigen ist, will man gezielt Programme und Maßnahmen entwickeln (Kap. 4.2).

Chronische Erkrankungen stellen hohe Anforderungen an das Gesundheitssystem. Anhand chronischer Erkrankungen (Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychische Krankheiten) wird aufgezeigt, in welcher Weise geschlechtsspezifische Ansätze zu berücksichtigen sind (Kap. 5.1 bis 5.3). Bei diesen Erkrankungen findet man eine Reihe von Unterschieden zwischen Frauen und Männern bezogen auf das Vorliegen von Risikofaktoren, die Prävalenz (Erkrankungshäufigkeit), die Art der Manifestation oder die Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei diesen Erkrankungen, die bei der Planung von Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen sowie von Behandlungs- und Rehabilitationsangeboten berücksichtigt werden sollten.

Das Gesundheitssystem ist nicht nur Ort der Versorgung, sondern auch der Arbeitsplatz vieler Frauen und Männer. Dabei wurde die lange Zeit vorherrschende Aufteilung der Geschlechter auf die Berufe des Gesundheitswesens - Männer als Ärzte, die die weiblichen Pflegekräfte in ihrer dienenden Rolle anweisen - zwar durch einen verstärkten Zugang von

Frauen in den Arztberuf und durch eine vergrößerte Eigenständigkeit der Pflege aufgebrochen. Dennoch besteht gerade im Gesundheitswesen noch eine deutliche Geschlechterdichotomie (Kap. 6.1 und 6.2).

1.1.5 Perspektiven für die Gesundheitsberichterstattung des Landes

Der vorliegende Bericht soll anhand dieser Beispiele Möglichkeiten und Wirksamkeit einer geschlechtsbezogenen Gesundheitsberichterstattung aufzeigen, die zukünftig in der routinemäßigen Gesundheitsberichterstattung des Landes Nordrhein-Westfalen genutzt werden. Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen werden zukünftig solche Themen besonders beachtet, für die eine geschlechtsspezifisch differenzierende Darstellung angezeigt ist. Folgende Themen sind gegenwärtig schon vorgesehen:

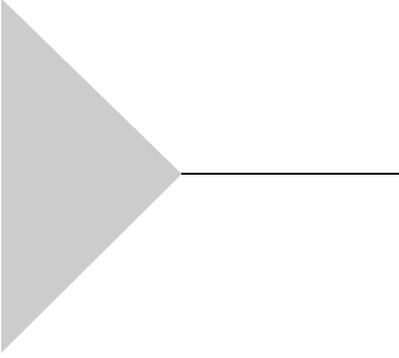
- ▶ Diabetes mellitus,
- ▶ Muskel- und Skeletterkrankungen (rheumatische Erkrankungen, Osteoporose),
- ▶ Ursachen für die Frühsterblichkeit der Männer,
- ▶ Reproduktion,
- ▶ Schwangerschaft und Geburt,
- ▶ Frauen und Männer mit Behinderung,
- ▶ Krankheiten der Geschlechtsorgane.

Doch auch die Beschreibung allgemeiner Themen der Gesundheitsberichterstattung soll in die in dem vorliegenden Bericht entwickelte Perspektive stärker einbezogen werden.

Literatur

- Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage im Bundestag zur gesundheitlichen Situation von Frauen vom 4.2.1997.
- Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hrsg.) (1998): Frauen und Gesundheit in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern: Huber.
- Bezirksamt Hohenschönhausen von Berlin (Hrsg.) (1998): ... wie geht's Frau? Gesundheitsbericht 1998. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (in Vorbereitung): Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ost-Deutschland. Eine Bestandsaufnahme.
- Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung, Arbeitsbeziehungen und soziale Angelegenheiten (Hrsg.) (1997): Die gesundheitliche Lage der Frauen in der Europäischen Gemeinschaft.
- Fette, A.; Gassner, S. (1991): Regionale Unterschiede in der Gesundheitslage der Frauen: Daten für eine regionalisierte geschlechtsspezifische Gesundheitsberichterstattung. Medizin, Mensch, Gesellschaft, 16, 178 - 187.
- Gesundheitsindikatoren Nordrhein-Westfalen (1999): www.loegd.nrw.de.
- Klotz, T.; Hurrelmann, K.; Eickenberg, H.-U. (1998): Der frühe Tod des starken Geschlechts. Deutsches Ärzteblatt, 95, A460 - 464.

- Stadt Münster, Gesundheitsamt, Gesundheitsplanung (Hrsg.) (1999): Frauen und Medikamente - Gebrauch oder Mißbrauch? Gesundheitsberichte, Bd. 9. Münster: Burlage.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart. Metzler-Poeschel.
- Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion - Gesundheitsplanung (Hrsg.) (1999): Wiener Männergesundheitsbericht. Wien.



2 Die Gesundheit hat ein Geschlecht

- 2.1 Gesundheit und Geschlecht - eine empirische und theoretische Hinführung zum Thema**
- 2.2 Soziodemographische Situation von Frauen und Männern**
- 2.3 Die gesundheitliche Lage von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen**

2.1 Gesundheit und Geschlecht – eine empirische und theoretische Einführung zum Thema

Einleitung

Ein Blick auf die soziale Variation unterschiedlicher Gesundheitsindikatoren zeigt für alle westlichen Industrieländer ein einheitliches Muster: Frauen leben länger als Männer – im Durchschnitt zwischen fünf und sieben Jahren –, sie leiden aber häufiger unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Frauen und Männer klagen über jeweils andere Symptomaten und suchen verschieden oft eine Ärztin oder einen Arzt auf oder nehmen je nach Geschlecht andere medizinische Leistungen in Anspruch. Sie konsumieren unterschiedlich viele und jeweils andere Medikamente. Auch medizinische Diagnosen und therapeutische Interventionen scheinen geschlechtsspezifisch zu variieren, selbst dann, wenn spezifische Krankheitsbilder von ihrer Definition und Ausprägung her nicht an ein biologisches Merkmal gebunden sind. Das skizzierte Muster lässt sich auch für Nordrhein-Westfalen aufzeigen, und es stellt sich die Frage, wie sich diese höhere Lebenserwartung bei gleichzeitig höherer (subjektiver) Morbidität erklären lässt.

Im Folgenden wird zunächst ein kurzer Überblick über die empirischen Befunde zur geschlechtsspezifischen Variation in Mortalität, Morbidität und Inanspruchnahme medizinischer Hilfen gegeben (Abschnitt 2.1.1). Diese Aspekte werden in den weiteren Kapiteln vertiefend behandelt und akzentuiert. Anschließend an den empirischen Überblick wird ein Versuch unternommen, die geschlechtsspezifischen Muster theoretisch zu erklären (Abschnitt 2.1.2). Hierzu wird auf unterschiedliche Erklärungsansätze zurückgegriffen, die in den verschiedenen Fachdisziplinen – vor allem der Medizin, der Psychologie, den Sozial- und Gesundheitswissenschaften – entwickelt wurden. Besondere Aufmerksamkeit gilt daran anschließend der jüngeren Diskussion zum Geschlecht als Strukturkategorie, die mittlerweile auch die Gesundheitsforschung erreicht und z. B. in dem Konzept der „somatischen Kulturen“ ihren Niederschlag gefunden hat (Abschnitt 2.1.3). Das Kapitel schließt mit einer Diskussion der sich aus den empirischen und theoretischen Überlegungen ergebenden Konsequenzen für die medizinische Versorgung und die Prävention.

2.1.1 Empirische Befunde zur geschlechtsspezifischen Mortalität, Morbidität und Inanspruchnahme des Medizinsystems

Lebenserwartung

Auch in Nordrhein-Westfalen klappt die Lebenserwartung der Frauen und Männer immer weiter auseinander. Weibliche Neugeborene konnten Mitte der 90er Jahre damit rechnen, im Durchschnitt 80,0 Jahre alt zu werden, männliche Neugeborene hingegen hatten eine Lebenserwartung von nur 73,6 Jahren, eine Differenz von etwa 6 ½ Jahren (s. Anhang, Ind. 3.7a). Die höhere Lebenserwartung der Frauen lässt sich teilweise auf die höhere männliche Säuglingssterblichkeit zurückführen. Sie lässt sich aber nicht hierauf reduzieren, denn selbst im Alter von 60 Jahren unterscheidet sich die Lebenserwartung noch um 4 ½ Jahre (s. Anhang, Ind. 3.7).

Die oft gebrauchte Formulierung „Frauen leben länger als Männer“ verzerrt die Perspektive. Sprachlich und inhaltlich angemessener wäre es zu formulieren, dass die Lebenserwartung der Männer verkürzt ist. Durch diese Akzentverschiebung in der Formulierung wird der Blick darauf gelenkt, dass in Bezug auf die Lebenserwartung die Männer das benachteiligte

Geschlecht sind, und es stellt sich die Frage, weshalb die Lebenserwartung der Männer so deutlich (und in allen Industrieländern nahezu einheitlich) hinter jener der Frauen zurückfällt.

Sterblichkeit

Die geringere Lebenserwartung der Männer spiegelt sich in der ebenfalls höheren Sterblichkeit. Für Nordrhein-Westfalen lässt sich zeigen, dass in allen Altersgruppen das Sterblichkeitsrisiko der Männer höher als das der Frauen ist. Dieses höhere Risiko lässt sich mit der sogenannten sex mortality ratio (geschlechtsabhängiges Mortalitätsverhältnis, GMV) ausdrücken. Hierzu werden die Sterbefälle je 100 000 Männer einer Altersgruppe durch die Sterbefälle je 100 000 Frauen der entsprechenden Altersgruppe dividiert (Kolip, 1998). Werte über 1 weisen auf eine Übersterblichkeit der Männer, Werte unter 1 auf eine Übersterblichkeit der Frauen hin. Abbildung 1 zeigt das geschlechtsabhängige Mortalitätsverhältnis für unterschiedliche Altersgruppen im Jahre 1997. Diese altersspezifische Analyse gibt erste Hinweise darauf, in welchen Altersgruppen Männer in besonderem Maße gefährdet sind.

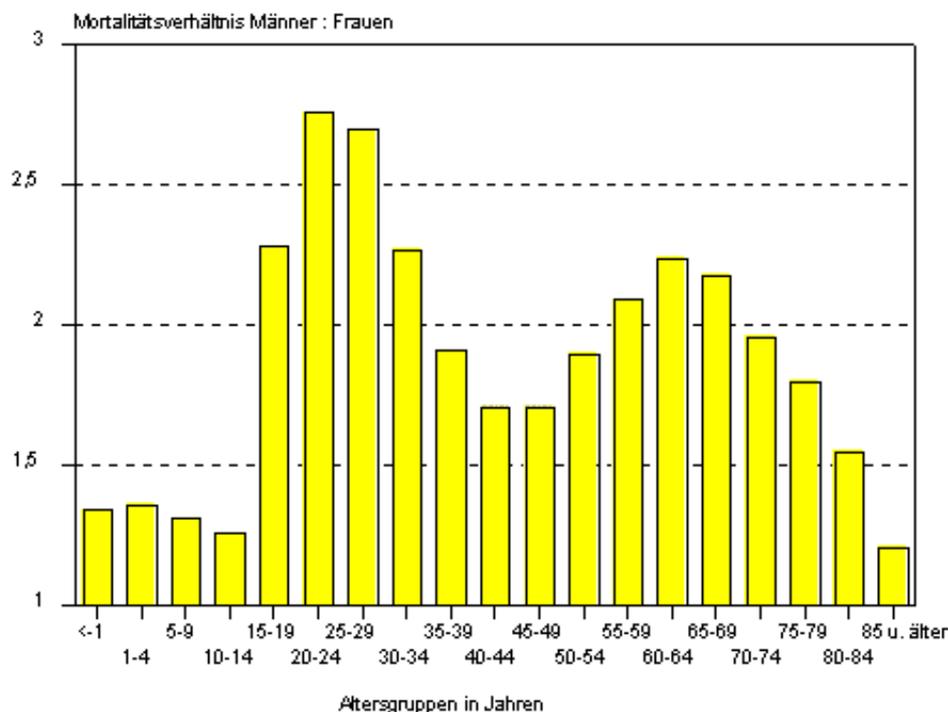


Abbildung 1: Geschlechtsabhängiges Mortalitätsverhältnis nach Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen, 1997 (Grundlage: Indikator 3.2, s. Anhang)

Abbildung 1 verdeutlicht, dass in einigen Altersgruppen das Sterblichkeitsrisiko der Männer gegenüber den Frauen ungewöhnlich hoch ist: Besonders im Jugend- und frühen Erwachsenenalter, zwischen 15 und 34 Jahren sowie zwischen 55 und 69 Jahren liegt das geschlechtsabhängige Mortalitätsverhältnis über 2; das Risiko der Männer, in diesen Altersgruppen zu sterben, ist also doppelt so hoch wie das der Frauen.

Vorzeitige Todesfälle: Todesursachen

Eine Teilantwort auf die Frage nach der kürzeren Lebenserwartung der Männer lässt sich formulieren, wenn die Todesursachen unter die Lupe genommen werden. Vor allem eine Analyse der vorzeitigen Todesfälle (Sterblichkeit vor dem 65. Lebensjahr) macht deutlich, welche Todesursachen in besonderem Maße zur geringeren Lebenserwartung der Männer beitragen. Bei den unter 65-Jährigen bestimmen die folgenden fünf Todesursachen das Mortalitätsgeschehen: Krebserkrankungen, Krankheiten des Kreislaufsystems, Verletzungen und Vergiftungen, Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen sowie Krankheiten der Verdauungsorgane. In Tabelle 1 ist die Sterblichkeit für die Bevölkerung unter 65 Jahren für diese Todesursachen angegeben. Zudem wurde für diese Todesursachen das geschlechtsspezifische Mortalitätsverhältnis berechnet.

| Todesursache (Hauptgruppe der ICD-9) | Sterblichkeit je 100 000 Einw. | Verhältnis Frauen : Männer |
|--|--------------------------------------|-------------------------------|
| Neubildungen (bös- u. gutartige) insges. | 91,7 | 1 : 1,4 |
| Krankheiten des Kreislaufsystems | 75,8 | 1 : 2,6 |
| Verletzungen und Vergiftungen | 20,9 | 1 : 3,1 |
| Symptome u. schlecht bezeichnete Affektionen | 20,0 | 1 : 2,3 |
| Krankheiten der Verdauungsorgane | 17,0 | 1 : 1,9 |
| alle Todesursachen | 265,1 | 1 : 2,0 |

Tabelle 1: Geschlechtsspezifisches Mortalitätsverhältnis für die fünf Haupttodesursachen der Bevölkerung unter 65 Jahren (Indikator 3.11a, Sonderauswertung)

Es lässt sich festhalten, dass in dieser Altersgruppe das Sterblichkeitsrisiko der Männer fast doppelt so groß ist wie das der Frauen (GMV = 1,96). Bei der bedeutendsten Todesursache – Neubildungen – liegt das Risiko der Männer beim 1,4fachen. Besonders bedeutsam sind hier die Krebserkrankungen der Atmungsorgane. Verglichen mit den anderen Todesursachen gibt es aber bei den Neubildungen die geringsten Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Dies lässt sich auf die hohe Sterblichkeit an Brustkrebs bei den unter 65-jährigen Frauen zurückführen. Für die anderen Todesursachen lässt sich ein deutlich größeres Ungleichgewicht zwischen Frauen und Männern ausmachen: Männer sterben 1,9-mal so häufig an Krankheiten der Verdauungsorgane, die Leberzirrhose spielt hier eine herausragende Rolle. Sie sterben 2,3-mal so häufig an Symptomen und schlecht bezeichneten Affektionen und 2,6-mal so häufig an Krankheiten des Kreislaufsystems, insbesondere an einem Herzinfarkt. Besonders beeindruckend sind die Unterschiede bei den Verletzungen und Vergiftungen, die in der Rangfolge der Todesursachen an dritter Stelle stehen: Die Sterblichkeit der Männer liegt hier beim 3,1fachen.

Die um das dreifache überhöhte Sterblichkeit der 20- bis 34-jährigen Männer gegenüber den Frauen bedeutet, dass z. B. im Jahre 1997 insgesamt 1 821 Männer dieser Altersgruppe verstarben, dagegen betrug die Zahl von verstorbenen Frauen 694. Eine Gegenüberstellung der 10 häufigsten Diagnosen (Tabelle 2) weist aus, dass den ersten Platz bei den Sterbefällen der

Männer im Alter von 20 - 34 Jahren die Straßenverkehrsunfälle einnehmen, gefolgt von Suizid und Medikamenten- sowie Drogenabhängigkeit. Fast 60 % aller Sterbefälle junger Männer sind durch 10 Diagnosen bedingt, zu denen noch Alkoholabhängigkeit, Leukämie, AIDS, Akuter Herzinfarkt, Leberzirrhose, Epilepsie und Hirntumoren zählen.

Bei den Frauen ist die Zahl der Sterbefälle wesentlich geringer, dennoch sind unter den häufigsten 10 Todesursachen ähnliche Krankheiten und Unfälle wie bei Männern, ergänzt durch Brustkrebssterbefälle und Herzinsuffizienz.

| Frauen | | | | | | | | | |
|----------|---|--------------|---------|---------|-------|-------------------|---------|---------|-------|
| Lfd. Nr. | ICD-9 | Altersgruppe | | | | Altersgruppe in % | | | |
| | | 20 - 24 | 25 - 29 | 30 - 34 | insg. | 20 - 24 | 25 - 29 | 30 - 34 | insg. |
| 1 | 950-959 Suizid | 18 | 32 | 36 | 86 | 13,53 | 14,88 | 10,40 | 12,39 |
| 2 | 810-819 Kfz-Unfälle | 23 | 18 | 21 | 62 | 17,29 | 8,37 | 6,07 | 8,93 |
| 3 | 174 Brustkrebs | 2 | 5 | 34 | 41 | 1,50 | 2,33 | 9,83 | 5,91 |
| 4 | 200-208 Leukämie | 6 | 11 | 11 | 28 | 4,51 | 5,12 | 3,18 | 4,03 |
| 5 | 410 Akuter Herzinfarkt | 6 | 7 | 8 | 21 | 4,51 | 3,26 | 2,31 | 3,03 |
| 6 | 428 Herzinsuffizienz | 4 | 9 | 7 | 20 | 3,01 | 4,19 | 2,02 | 2,88 |
| 7 | 304-305 Medik.- u. Drogenabhängigkeit und -missbrauch | 8 | 6 | 2 | 16 | 6,02 | 2,79 | 0,58 | 2,31 |
| 8 | 571 Leberzirrhose | 0 | 2 | 13 | 15 | 0,00 | 0,93 | 3,76 | 2,16 |
| 9 | 191-192 Hirntumor | 3 | 6 | 6 | 15 | 2,26 | 2,79 | 1,73 | 2,16 |
| 10 | 303 Alkoholabhängigkeit | 0 | 2 | 11 | 13 | 0,00 | 0,93 | 3,18 | 1,87 |
| | insgesamt | 70 | 98 | 149 | 317 | 52,63 | 45,58 | 43,06 | 45,68 |
| | 000-999 alle Diagnosen | 133 | 215 | 346 | 694 | 100 | 100 | 100 | 100 |

| Männer | | | | | | | | | |
|----------|---|--------------|---------|---------|-------|-------------------|---------|---------|-------|
| Lfd. Nr. | ICD-9 | Altersgruppe | | | | Altersgruppe in % | | | |
| | | 20 - 24 | 25 - 29 | 30 - 34 | insg. | 20 - 24 | 25 - 29 | 30 - 34 | insg. |
| 1 | 810-819 Kfz-Unfälle | 113 | 104 | 105 | 322 | 30,13 | 17,05 | 12,56 | 17,68 |
| 2 | 950-959 Suizid | 63 | 102 | 137 | 302 | 16,80 | 16,72 | 16,39 | 16,58 |
| 3 | 304-305 Medik.- u. Drogenabhängigkeit und -missbrauch | 19 | 64 | 65 | 148 | 5,07 | 10,49 | 7,78 | 8,13 |
| 4 | 303 Alkoholabhängigkeit | 4 | 18 | 39 | 61 | 1,07 | 2,95 | 4,67 | 3,35 |
| 5 | 200-208 Leukämie | 9 | 21 | 26 | 56 | 2,40 | 3,44 | 3,11 | 3,08 |
| 6 | 042-044 AIDS | 1 | 17 | 28 | 46 | 0,27 | 2,79 | 3,35 | 2,53 |
| 7 | 410 Akuter Herzinfarkt | 5 | 11 | 26 | 42 | 1,33 | 1,80 | 3,11 | 2,31 |
| 8 | 571 Leberzirrhose | 1 | 6 | 23 | 30 | 0,27 | 0,98 | 2,75 | 1,65 |
| 9 | 345 Epilepsie | 5 | 13 | 10 | 28 | 1,33 | 2,13 | 1,20 | 1,54 |
| 10 | 191-192 Hirntumor | 1 | 10 | 16 | 27 | 0,27 | 1,64 | 1,91 | 1,48 |
| | insgesamt | 221 | 366 | 475 | 1 062 | 58,93 | 60,00 | 56,82 | 58,32 |
| | 000-999 alle Diagnosen | 375 | 610 | 836 | 1 821 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Tabelle 2: Häufigste Todesursachen bei Frauen und Männern der Altersgruppe 20 - 34 Jahre, Nordrhein-Westfalen, 1997

Subjektive Befindlichkeit

Die Befunde zur Lebenserwartung und Sterblichkeit lassen den Schluss zu, dass Männer in gesundheitlicher Hinsicht benachteiligt sind, da sie wesentlich häufiger als Frauen von vorzeitiger Sterblichkeit betroffen sind. Anders sieht es aus, wenn die Ebene subjektiver Befindlichkeit betrachtet wird. Allerdings empfiehlt sich hier ein differenzierter Blick, um die Festbeschreibung von Stereotypen zu verhindern. So wird in der internationalen Literatur zwar immer wieder darauf hingewiesen, dass Frauen ihren Gesundheitszustand als schlechter einschätzen; ein detaillierter Blick zeigt allerdings, dass dies nicht für alle Altersgruppen gleichermaßen gilt, sondern dass im Gegenteil in jüngeren Altersgruppen (zwischen 25 und 29 Jahren) sowie im mittleren Erwachsenenalter (zwischen 40 und 49 Jahren) Frauen sogar zufriedener mit ihrem Gesundheitszustand sind (Abbildung 2).

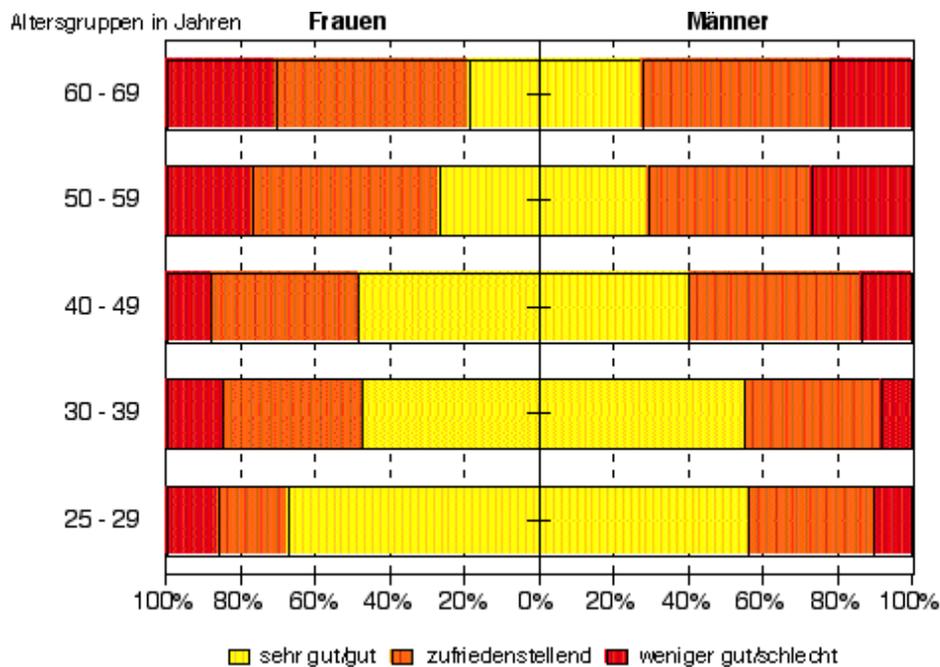


Abbildung 2: Eigenbewertung des Gesundheitszustandes bei Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen (Grundlage: Indikator 4.22, s. Anhang)

Deutliche Geschlechtsunterschiede im subjektiven Befinden zeigen sich allerdings, wenn psychosomatische Beschwerden und Befindlichkeitsbeeinträchtigungen betrachtet werden. Die mit der Zerssen-Beschwerdenliste erfassten Störungen belegen, dass 19 % der 25- bis 69-jährigen nordrhein-westfälischen Männer unter psychosomatischen Beschwerden leiden (s. Anhang, Ind. 4.21). Bei den Frauen ist die Prävalenzrate mit 25 % wesentlich höher. Anders als bei der Frage zur Einschätzung des Gesundheitszustandes tritt dieser Geschlechtsunterschied bereits bei den 25- bis 29-Jährigen auf, wie Abbildung 3 verdeutlicht.

Besonders häufig sind Kreuz-/Rückenschmerzen; 25 % der befragten 25- bis 69-Jährigen geben an, hierunter „häufig“ zu leiden. Auch Nacken-/Schulterschmerzen (19 %), innere Unruhe (13 %), Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen (13 %), starkes Schwitzen (13 %)

und Grübeleien (11 %) werden von mindestens 10 % der Befragten als „häufig“ erlebte Beschwerden benannt.

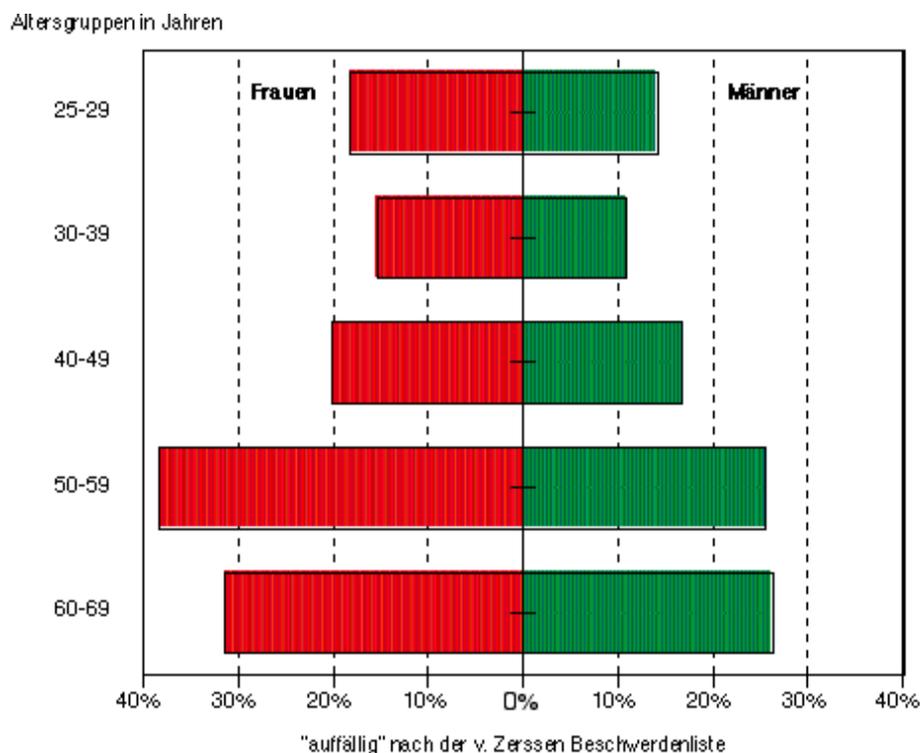


Abbildung 3: Beschwerdeindex der befragten Männer und Frauen, Nordrhein-Westfalen (Prozentangaben für „auffällig“; Klassen der v. Zerssen-Beschwerdenliste; Grundlage: Indikator 4.21)

Abbildung 4 zeigt für alle Beschwerden mit einer Prävalenzrate von mindestens 5 % die geschlechtsspezifische Verteilung. Angegeben ist jeweils der Anteil derjenigen, die äußern, unter den Beschwerden häufig zu leiden. Für 11 der 15 Beschwerden lassen sich signifikante Geschlechtsunterschiede aufzeigen. Zwei dieser 11 Beschwerden – Reizbarkeit und starkes Schwitzen – treten bei Männern häufiger auf als bei den Frauen. Für neun Beschwerden muss hingegen festgehalten werden, dass die Prävalenzraten bei den Frauen höher sind als bei den Männern: Frauen leiden häufiger unter Nacken-/Schalterschmerzen, unter innerer Unruhe, unter einem Schweregefühl und Unruhe in den Beinen, unter Grübeleien, Schlaflosigkeit, einem übermäßigen Schlafbedürfnis und Mattigkeit, und sie sind häufiger gegen Kälte überempfindlich. Irmgard Vogt hat diese Beschwerden unter dem Begriff „Frauensyndrom“ zusammengefasst und deutlich gemacht, dass es sich hierbei um einen Beschwerdekomples handelt, der vegetative Störungen zusammenfasst, die oftmals keine biologische Grundlage haben, aber Ausdruck der subjektiven Belastung im Kontext weiblicher Lebenserfahrung sind (Vogt, 1983). Der von Frauen angegebene schlechtere Gesundheitszustand ist nicht nur auf eine unterschiedliche Wahrnehmungsfähigkeit von Beschwerden zurückzuführen, sondern z. B. auch auf die unterschiedliche Reaktion des medizinischen Versorgungssystems auf die Schilderung von Symptomen durch Frauen und Männer.

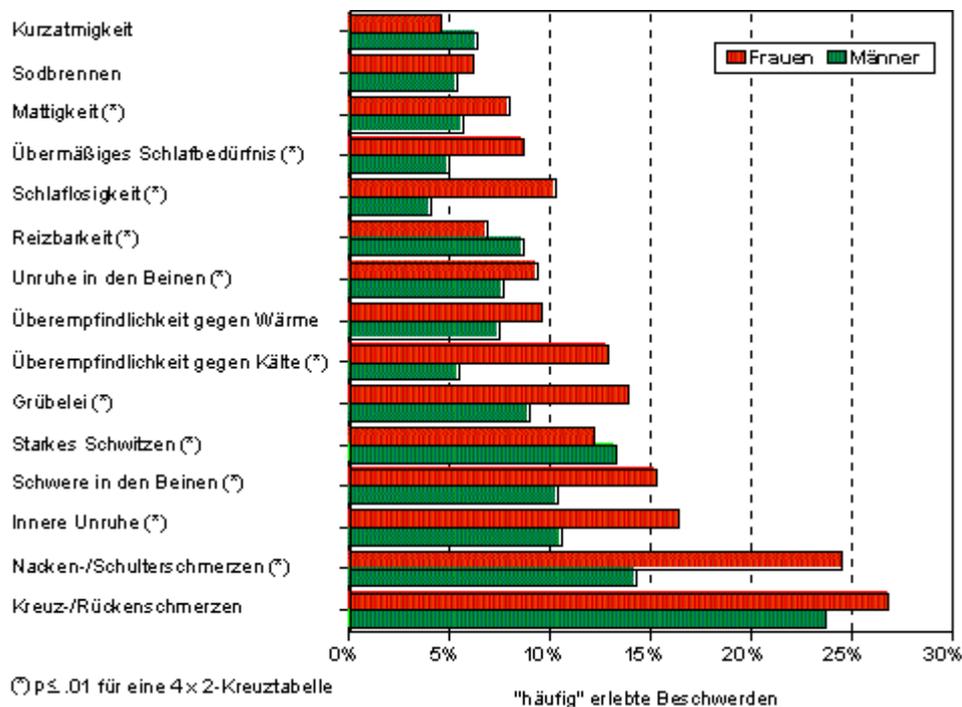


Abbildung 4: Geschlechtsunterschiede bei Einzelbeschwerden der v. Zerssen-Beschwerdenliste (Prozent für „häufig“ erlebte Beschwerden; Grundlage: eigene Auswertungen des Nationalen Untersuchungssurveys, Teilstichprobe Nordrhein-Westfalen)

Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems

Im „Nationalen Untersuchungssurvey“ (NUS) wurde nicht nur nach subjektiven Beschwerden und einer Einschätzung des Gesundheitszustandes gefragt, vielmehr wurde auch die Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems erfasst. So wurde danach gefragt, wie lange der letzte Arztbesuch zurückliegt. Signifikant mehr Frauen (94 %) als Männer (88 %) geben an, in den vergangenen 12 Monaten einen Arzt aufgesucht zu haben ($\chi^2=16,25$, $p \leq 0,001$). Wie Abbildung 5 verdeutlicht, geht dieser Unterschied vor allem auf die Altersgruppen ab 50 Jahren zurück. In den jüngeren Altersgruppen finden sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede in der Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems, obwohl Frauen in der reproduktiven Phase zur Verschreibung von Verhütungsmitteln oder zur medizinischen Betreuung der Schwangerschaft wahrscheinlich eher einen Anlass haben, um zu einer Ärztin oder einem Arzt zu gehen. In einem Alter, in dem die körperlichen Beschwerden zunehmen und Männer z. B. vermehrt dem Risiko eines Herzinfarktes ausgesetzt sind, gehen sie wesentlich seltener als Frauen zum Arzt. Es hat fast den Anschein, als ließe bei Männern die Motivation, einen Arzt in Anspruch zu nehmen, nach, sobald es aufgrund von Krankheitsanzeichen nötig und sinnvoll wäre.

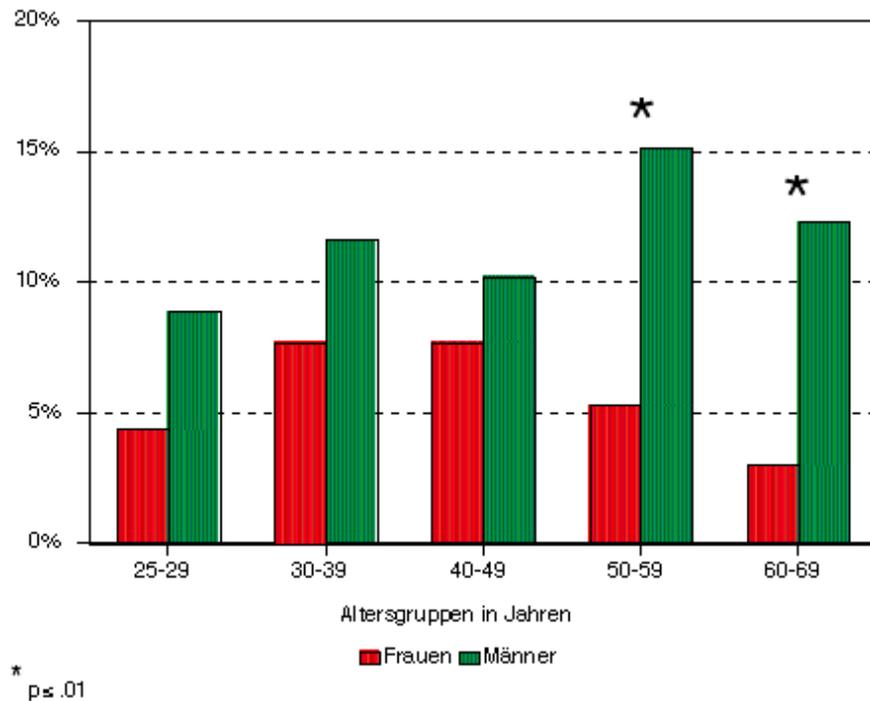


Abbildung 5: Anteil der Frauen und Männer, die in den vergangenen 12 Monaten nicht beim Arzt waren (Grundlage: Nationaler Untersuchungssurvey, Teilstichprobe Nordrhein-Westfalen, eigene Berechnungen)

Zusammenfassung der empirischen Befunde

Die empirischen Befunde zeigen, dass sich das eingangs skizzierte Muster auch für Nordrhein-Westfalen aufzeigen lässt: Die Lebenserwartung der Männer liegt etwa 6 ½ Jahre unter derjenigen der Frauen, dafür leiden Frauen häufiger unter körperlichen, insbesondere unter psychosomatischen Beschwerden. Zugespitzt formuliert: Die Prävalenz nicht bedrohlicher, akuter und chronischer Krankheiten ist bei Frauen höher, während Männer häufiger von lebensbedrohlichen Erkrankungen betroffen sind. Der höhere Beschwerdedruck der Frauen resultiert allerdings nicht in einer durchgängig schlechteren Einschätzung des Gesundheitszustands und bei den jüngeren Altersgruppen auch nicht in einer höheren Inanspruchnahme des Medizinsystems.

2.1.2 Erklärungsansätze

Die bisherigen Ansätze, das gesundheitsbezogene Geschlechterverhältnis zu erklären, wurden fast ausnahmslos im Kontext der Frauengesundheitsforschung entwickelt. Die Frauengesundheitsforschung, die sich in den 70er/80er Jahren in Deutschland etabliert hat und in enger Verbindung zur Frauengesundheitsbewegung stand, hat seit dieser Zeit einen Abbau der gesundheitlichen Benachteiligung von Frauen – dies vor allem mit Blick auf die schlechtere

psychische Befindlichkeit – gefordert. Die bisherigen Interpretationsansätze haben deshalb das Schwergewicht auf das weibliche Geschlecht gelegt. Erst in jüngster Zeit sind Stimmen laut geworden, die darauf hinweisen, dass eigentlich die Männer in gesundheitlicher Hinsicht das benachteiligte Geschlecht sind, und die deshalb einen Perspektivenwechsel einfordern. Allerdings stehen hier theoretische Erklärungen mit einem eigenen Ansatz bislang noch aus; vielmehr wird versucht, die Erkenntnisse der Frauengesundheitsforschung gegen den Strich zu bürsten und auf die Gesundheitssituation von Männern anzuwenden. Dieses Vorgehen wird aber beiden Geschlechtern nicht gerecht. Es wäre deshalb zu wünschen, dass dieses Theorie-defizit bald behoben wird und differenzierte, die Variable „Geschlecht“ als Strukturkategorie berücksichtigende Arbeiten entstehen.

Im Kontext der Frauengesundheitsforschung wurden in den vergangenen Jahrzehnten unterschiedliche Ansätze diskutiert, wie sich diese Unterschiede zwischen Frauen und Männern erklären lassen (für einen Überblick siehe z. B. Verbrugge, 1989). Dabei wurden differenziert Erklärungsansätze unterschiedlicher Fachdisziplinen aufgearbeitet, die nicht nur der größeren Benachteiligung der Frauen in der Einschätzung ihrer subjektiven Gesundheit Rechnung tragen, sondern die auch darauf aufmerksam machen, dass vor allem bei einer Betrachtung der Lebenserwartung und Sterblichkeit Männer als das Geschlecht mit der größeren Gefährdung gelten müssen. Um das gesundheitsbezogene Geschlechterverhältnis zu erklären, müssen multifaktorielle Erklärungsansätze herangezogen werden. Zu komplex ist das Zusammenspiel der biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren, als dass monokausale Erklärungsversuche Licht in diesen Zusammenhang bringen könnten. Je nach fachwissenschaftlicher Herkunft werden allerdings unterschiedliche Variablen betont. Im Folgenden werden die häufigsten in der Literatur diskutierten Ansätze vorgestellt und in ihrer Reichweite überprüft.

Biologisch-medizinische Erklärungsansätze

In medizinischer Denktradition werden vor allem biologische Faktoren zur Erklärung der Geschlechtsunterschiede herangezogen. Besonders häufig wird auf die immunologischen und hormonellen Unterschiede abgestellt. Dieser Erklärungsansatz ist vor allem geeignet, um die kürzere Lebenserwartung der Männer zu erklären: Es ist zu vermuten, dass die höhere intra-uterine und perinatale Morbidität und Mortalität männlicher Föten und Neugeborener auf eine biologische Disposition zurückgeht. Das kürzere Y-Chromosom macht Jungen anfälliger für die auf dem X-Chromosom vererbten Krankheiten. Dies führt nicht nur dazu, dass Jungen mit lebensbedrohlichen Krankheiten auf die Welt kommen, es hat auch zur Folge, dass sie häufiger an bestimmten Krankheiten leiden (z. B. der Bluterkrankheit). Auch wird vermutet, dass auf dem X-Chromosom lokalisierte Genabschnitte die Produktion des Immunglobulins IgM steuern, Jungen deshalb ein anfälligeres Immunsystem haben. Einige Autoren äußern darüber hinaus die Vermutung, dass der natürliche Alterungsprozess bei Frauen und Männern aufgrund biologischer Unterschiede einen unterschiedlichen Verlauf nimmt, z. B. weil der Stoffwechsel bei Männern schneller abläuft.

Biologische Unterschiede spielen selbstverständlich auch dann eine Rolle, wenn Krankheiten von ihrer Definition, Entwicklung und Ausprägung her an ein biologisches Merkmal gebunden sind, etwa wenn es sich um Krankheiten handelt, die mit den Geschlechtsorganen zusammenhängen (z. B. Ovarialkarzinom, Prostatakarzinom). Darüber hinaus wird zunehmend diskutiert, ob nicht die weiblichen Östrogene einen Schutz vor Herz-Kreislauf-Krankheiten

darstellen. Unterschiede im Hormonstatus werden als Erklärung für die geringere Sterblichkeit an Herzinfarkten bei Frauen vor der Menopause diskutiert. Der Anstieg der Herzinfarktprävalenz nach der Menopause wird auf einen Abfall des Östrogenspiegels zurückgeführt. Allerdings ist diese Hypothese nicht unumstritten, denn der vermutete Zusammenhang konnte bislang nicht empirisch bestätigt werden.

Aus den vorliegenden Befunden lässt sich der Schluss ziehen, dass biologisch-genetische Faktoren durchaus einen Einfluss auf das Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen ausüben. Vor allem jenseits des Kindesalters gewinnen jedoch auch andere Faktoren (z. B. Lebensstil) wesentlich an Bedeutung.

Schlechtere subjektive Befindlichkeit als methodisches Artefakt

Der Befund, dass Frauen in einigen Altersgruppen unzufriedener mit ihrem Gesundheitszustand sind und in Befragungen häufiger angeben, unter psychosomatischen Beschwerden zu leiden, ist möglicherweise auch als methodisches Artefakt zu werten: Frauen und Männer unterscheiden sich in ihrem Antwortverhalten, denn sie sind im Gespräch mit Freundinnen und Freunden, beim Besuch bei der Ärztin oder dem Arzt und in Gesundheitsbefragungen in unterschiedlichem Maße bereit, über Beschwerden Auskunft zu geben. Die dahinterliegende These ist die, dass Frauen möglicherweise eher als Männer gesundheitliche Benachteiligungen wahrnehmen und auch eher in der Lage sind, Beschwerden zu benennen. Zur Erklärung der höheren Mitteilungsbereitschaft im Zusammenhang mit körperlichen Beschwerden wird üblicherweise auf unterschiedliche Sozialisationserfahrungen verwiesen: Während Mädchen lernen, in ihren Körper hineinzuhorchen, Befindlichkeiten und Körperveränderungen wahrzunehmen und präzise darüber Auskunft zu geben, lernen Jungen, Körperempfindungen zu ignorieren. So plausibel die Hypothese ist, so sehr bleibt die Frage offen, wie dieser Geschlechtsunterschied in der unterschiedlichen Gesprächsbereitschaft zustande kommt, weshalb die Körpersozialisation so unterschiedlich verläuft und welche Konsequenzen aus der differenziellen Wahrnehmung und Bewertung von Beschwerden gezogen werden müssen. Geschlechtsspezifische Sozialisationstheorien greifen als Erklärung zu kurz, denn sie blenden den aktiven Anteil aus, den Mädchen und Jungen, Frauen und Männer im Sozialisationsprozess übernehmen (siehe unten).

Unterschiedliche Erfahrungen im Gesundheitssystem

Es mehren sich die Hinweise, dass zahlreiche Geschlechtsunterschiede in der Morbidität und Mortalität darauf zurückzuführen sind, dass das medizinische Versorgungssystem unterschiedlich auf die Beschwerden von Frauen und Männern reagiert. Dies betrifft zum einen die höhere Häufigkeit psychosomatischer Beschwerden. Medizinsoziologische Studien haben gezeigt, dass Geschlechtsstereotype in der Arzt-Patient-Interaktion dergestalt wirken, dass bei Frauen eher als bei Männern nach psychosozialen Verursachungsmechanismen gesucht wird: Während bei Patientinnen psychosomatische Aspekte explizit in die Diagnostik einfließen, werden männliche Beschwerden überwiegend in rein somatischen Kategorien erfasst. Dieses Phänomen lässt sich bei zahlreichen Beschwerden, z. B. auch Magen- oder Herzbeschwerden, aufzeigen. Diese differenzielle Reaktion auf vergleichbare Beschwerden wird als ein Grund angesehen, weshalb Frauen wesentlich häufiger als Männer psychoaktive Medikamente (z. B.

Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel) verschrieben bekommen. Die häufigere Verschreibung von Schmerzmitteln zieht weitere Ungleichheiten nach sich. So wird die höhere Prävalenz dialysepflichtiger Nierenkrankheiten auf den höheren Schmerzmittelkonsum der Frauen zurückgeführt.

Diese Ungleichbehandlung betrifft aber nicht nur psychosomatische Beschwerden. Unter dem Stichwort „Yentl-Syndrom“ wird das Phänomen diskutiert, dass auch bei schwerwiegenden Krankheiten Frauen und Männer unterschiedlich behandelt werden. So konnten jüngere Studien zeigen, dass Frauen im Vergleich zu Männern nach einem Herzinfarkt wesentlich weniger aufwändig diagnostiziert und therapiert werden, was unter anderem zu einer doppelt so hohen Sterblichkeit nach einer Bypass-Operation führt (Dong et al., 1998; Wenger et al., 1993; siehe hierzu auch Kapitel 5.1).

Geschlechtsspezifische Lebensbedingungen

Die Frauengesundheitsforschung hat darauf hingewiesen, dass sich die Lebensbedingungen von Frauen und Männern deutlich unterscheiden und deshalb mit jeweils spezifischen Gesundheitsrisiken verbunden sind. Die geschlechtsspezifischen Lebensbedingungen, z. B. die unterschiedlichen Berufe, in denen Frauen und Männer durchschnittlich beschäftigt sind, können ebenfalls zur Erklärung der Unterschiede in der Morbidität herangezogen werden. Frauenforscherinnen haben diesen Faktor betont, um die höhere Prävalenz psychischer Erkrankungen und emotionaler Befindlichkeitsstörungen bei Frauen zu erklären, da diese der Ausdruck der Mehrfachbelastung durch Haushalt, Familienarbeit und – in vielen Fällen – Erwerbstätigkeit seien. Mittlerweile wird diese These nicht mehr so uneingeschränkt formuliert, einige Theoretikerinnen und Theoretiker weisen vielmehr darauf hin, dass in den multiplen Rollen sogar ein protektives und gesundheitsförderliches Potenzial liegt (z. B. Thoits, 1992). Der Hinweis auf die geschlechtsspezifischen Lebensbedingungen ist aber für die geschlechtsspezifische Gesundheitsberichterstattung gleichwohl von Interesse. Zum einen verweist er darauf, dass die Gesundheit in einen sozialen Kontext eingebettet ist, der sich zwischen den Geschlechtern, aber auch innerhalb der Geschlechter unterscheidet und eine Betrachtung der Lebenslagen und der Definition von besonders benachteiligten Gruppen, seien sie weiblichen oder männlichen Geschlechts, nahe legt (siehe dazu Kapitel 4). Zum anderen wird durch diesen Hinweis das Augenmerk auf typische Risikoprofile gelenkt, die z. B. mit – geschlechtsspezifisch unterschiedlich akzentuierten – Erwerbsbedingungen variieren. Aufgrund der geschlechtlichen Arbeitsteilung wählen Frauen und Männer unterschiedliche Berufe, die mit jeweils spezifischen Risiken einhergehen. So sind schwere körperliche Tätigkeiten in männlichen Berufen häufiger: Männer arbeiten eher als Frauen unter Bedingungen, die mit einer höheren Exposition von Lärm, Hitze, Staub und chemischen Noxen verbunden ist. Aus diesem Grund ist das höhere männliche Sterblichkeitsrisiko an Krebserkrankungen der Atmungsorgane nicht nur auf den höheren Raucheranteil zurückzuführen, sondern er ist auch im Zusammenhang mit der höheren Beschäftigungsquote von Männern im Bergbau und in der chemischen Industrie zu sehen.

Gesundheitsrelevantes Verhalten

Experten des amerikanischen Centers for Disease Control schätzen, dass etwa die Hälfte der vorzeitigen Todesfälle auf individuelles gesundheitliches Fehlverhalten zurückgeht. Ob der Anteil des Verhaltens tatsächlich als so hoch eingeschätzt werden muss, muss an dieser Stelle offen bleiben. Die Geschlechtsunterschiede in der vorzeitigen Mortalität finden aber – zumindest teilweise – ihre Erklärung in der geschlechtsspezifischen Variation gesundheitsrelevanten Verhaltens. Die Analyse der vorzeitigen Sterblichkeit in den vorherigen Abschnitten hat gezeigt, dass Männer wesentlich häufiger an solchen Todesursachen versterben, die gravierend durch das Verhalten mitbedingt sind. Männer sterben häufiger an Lungenkrebs und Leberzirrhose, sie erleiden wesentlich häufiger tödliche Unfälle und sie setzen ihrem Leben häufiger durch Selbsttötung ein Ende. Die höhere Prävalenz verhaltensbedingter Todesfälle spiegelt sich in der höheren Prävalenz gesundheitsriskanten Verhaltens wider. Mit Ausnahme des Ernährungsverhaltens lässt sich für alle Verhaltensbereiche ein größeres Ausmaß des Risikoverhaltens in der männlichen Bevölkerung finden. So ist der Anteil der Männer, die in dem Nationalen Untersuchungssurvey angeben zu rauchen, ab dem 30. Lebensjahr höher als der Anteil der Frauen: Durchschnittlich 43 % der Männer und 35 % der Frauen sagen, dass sie gegenwärtig rauchen. Lediglich in der Altersgruppe 25 bis 29 Jahren ist der Anteil der Raucherinnen mit 48 % höher als der Anteil der Raucher (44 %) (s. Anhang, Ind. 4.31). Diese höhere Raucherinnenprävalenz in den jüngeren Altersgruppen hat zu der Hypothese geführt, die Geschlechter hätten sich im Tabakkonsum weitgehend angeglichen, was sich, so die weiterführende Hypothese, langfristig auf die Lungenkrebssterblichkeit auswirken soll. Diese Hypothese, die im übrigen auch immer wieder für andere Verhaltensbereiche formuliert wird, lässt sich allerdings nur bei oberflächlicher Betrachtungsebene halten, etwa wenn die Lebenszeitprävalenz betrachtet wird. Es lassen sich auch in den jüngeren Altersgruppen nach wie vor qualitative Konsumunterschiede feststellen. So ist in der Gruppe der Raucher der Anteil derjenigen, die mehr als 30 Zigaretten rauchen, bei den Männern wesentlich größer. Durchschnittlich geben 5 % der Frauen, aber 8 % der Männer an, täglich mehr als 30 Zigaretten zu rauchen; 10 % der Frauen und 16 % der Männer geben an, zwischen 20 und 29 Zigaretten zu konsumieren (s. Anhang, Ind. 4.32).

Auch für den Alkoholkonsum lässt sich aufzeigen, dass Männer sich gesundheitsriskanter verhalten als Frauen: Nordrhein-Westfalens Männer konsumieren durchschnittlich 27, Frauen 16 Gramm Alkohol pro Tag (s. Anhang, Ind. 4.33). Besonders eindrücklich ist der Unterschied beim Bierkonsum: Während Männer täglich durchschnittlich 15 Gramm Alkohol in Form von Bier (entsprechend 375 ml Bier) konsumieren, liegt der durchschnittliche Bierkonsum der Frauen bei 3 Gramm Alkohol pro Tag (ca. 75 ml Bier).

Mit Blick auf den Body Mass Index (BMI) muss eine höhere Prävalenz gesundheitsriskanten Verhaltens bei den Frauen festgestellt werden. In Nordrhein-Westfalen ist in allen Altersgruppen der Anteil der Frauen, die übergewichtig sind ($BMI \geq 29$), größer als bei den Männern: Durchschnittlich 24 % der Frauen, aber nur 17 % der Männer liegen mit dem BMI oberhalb des genannten Grenzwertes (s. Anhang, Ind. 4.34). Der Anteil der Übergewichtigen steigt mit dem Alter an. Der Geschlechtsunterschied ist in den jungen Altersgruppen schwach ausgeprägt (25 bis 29 Jahre: 9 % der Männer und 10 % der Frauen haben einen $BMI \geq 29$), er vergrößert sich aber mit zunehmendem Alter (60 bis 69 Jahre: 21 % der Männer und 35 % der Frauen haben einen $BMI \geq 29$).

2.1.3 Geschlecht als Strukturkategorie: Somatische Kulturen von Frauen und Männern

Es ist das Verdienst der Frauengesundheitsforschung, dass sie unterschiedliche Theorieansätze daraufhin überprüft hat, inwieweit sie für die Erklärung der Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Krankheit herangezogen werden können. Die beschränkte Aussagekraft rein biologischer Erklärungsversuche, die Bedeutsamkeit der sozialen Bedingtheit und der Lebenslagen für die Gesundheit und die Notwendigkeit der Berücksichtigung multifaktorieller Erklärungsansätze sind so deutlich geworden. Der Blick auf die soziale Bedingtheit von Gesundheit und Krankheit ist zwar ein wesentlicher Schritt, zur Interpretation der Geschlechtsunterschiede reicht er aber bei weitem nicht aus. Auch die bislang dargestellten Erklärungsansätze bleiben an der theoretischen Oberfläche, denn sie berücksichtigen zwar das Geschlecht als deskriptive Variable, zahlreiche Fragen bleiben aber weiterhin offen. So trifft es zwar zu, dass Frauen und Männer unter differenziellen Lebensbedingungen leben und damit unterschiedlichen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind, die Frage ist aber ungeklärt, weshalb Frauen und Männer unterschiedliche Berufe wählen und in unterschiedlichem Maße am öffentlichen und privaten Leben teilnehmen. Und auch der Verweis auf geschlechtsspezifische Sozialisationsmechanismen und -ziele zur Erklärung der unterschiedlichen Wahrnehmung und Bewertung körperlicher Vorgänge ist letztlich nicht erhellend, weil die dahinter liegenden strukturellen und kulturellen Rahmenbedingungen nicht reflektiert werden.

Die jüngere Diskussion in den Sozialwissenschaften hat gezeigt, dass die Geschlechtsunterschiede erst dann eine angemessene Erklärung finden, wenn der Variablen „Geschlecht“ die Bedeutung einer Strukturkategorie zugesprochen wird. Grundlage der Diskussion ist die Überlegung, dass nahezu alle Gesellschaften nach dem System der Zweigeschlechtlichkeit organisiert sind: Die Tatsache, dass es zwei und nur zwei Geschlechter gibt, prägt die Gesellschaft in allen Bereichen. Ökonomische, politische und kulturelle Institutionen sind geschlechtsspezifisch strukturiert und hierarchisiert, und Frauen und Männern werden jeweils unterschiedliche Plätze in den sozialen Strukturen und Milieus zugewiesen. Mit dem Geschlecht sind spezifische Arbeits- und Machtverteilungen zwischen Frauen und Männern sowie Prozesse geschlechtsspezifischer Erziehung, Bildung und Ausbildung verbunden.

Auch wenn sich in den vergangenen 30 Jahren im Zuge der Frauenbewegung die gesellschaftlichen Zuschreibungen für „typisch männliche“ und „typisch weibliche“ Verhaltensbereiche aufgeweicht haben, an der grundsätzlichen Bedeutung des zweigeschlechtlichen Systems als Strukturierungsmerkmal unserer Gesellschaft hat dies nichts geändert. Die subjektive Wahrnehmung der sozialen Welt geht immer einher mit einer Kategorisierung in „weiblich“ und „männlich“, und mit dieser Kategorisierung sind immer Vorstellungen davon verbunden, wie Frauen und Männer im Kern sind, wie sie sich verhalten sollten und welcher Platz ihnen im sozialen Gefüge zusteht. Ausnahmen – etwa eine Frau, die als Ingenieurin Karriere macht, oder ein Mann, der seine Berufstätigkeit aufgibt, um ausschließlich Familienarbeit zu leisten – bestätigen nur die Regel: nämlich dass das Geschlecht ein wesentliches Strukturierungsmerkmal ist und mit dem Geschlecht einer Person ein bestimmtes Verhaltensspektrum verbunden ist.

Für die Gesundheitsforschung ist die Frage von Interesse, wie sich das zweigeschlechtliche System in einem geschlechtsspezifisch differenzierten Umgang mit dem Körper, mit Gesundheit und Krankheit niederschlägt (Kolip, 1997; Stein-Hilbers, 1994, 1995). Das zweigeschlechtliche System als gesellschaftlicher Rahmen wird von den Individuen nicht bloß passiv ausgefüllt – etwa so, wie es alte Sozialisationstheorien formulieren, in denen „passive

Sozialisationsobjekte“ von „aktiven Sozialisationsagentinnen/-agenten“ in bestimmte, gesellschaftlich und kulturell vorgegebene Rollen hineinsozialisiert werden –, sondern sie konstruieren und reproduzieren das zweigeschlechtliche System in ihren sozialen Handlungen. Frauen und Männer sind nicht die „Opfer“ des zweigeschlechtlichen Systems, sondern sie tragen aktiv zu dessen Erhalt bei. In der amerikanischen sozialwissenschaftlichen Literatur hat sich für diesen Prozess der Begriff „doing gender“ etabliert, der sich nur umständlich mit „soziale Konstruktion von Geschlechtlichkeit“ übersetzen lässt (West/Zimmermann, 1987). Die Diskussion zur Konstruktion von Männlichkeit und Weiblichkeit knüpft an die in der englischsprachigen Literatur geläufige Unterscheidung zwischen biologischem (sex) und sozialem Geschlecht (gender) an. Zusammengefasst lautet die These, dass Menschen zwar mit einem biologischen Geschlecht geboren werden, dass das Geschlecht aber vor allem eine soziale Kategorie ist, die in sozialen Interaktionen immer wieder neu hergestellt und bestätigt wird. Anders ausgedrückt: Da das Geschlecht ein wesentliches Strukturierungsmerkmal der sozialen Welt ist, sind Individuen darauf angewiesen, bei sozialen Kontakten die Interaktionspartner als weiblich oder männlich klassifizieren zu können, denn die Geschlechtszugehörigkeit des Gegenübers bestimmt das Verhalten. Je nachdem, ob ein Interaktionspartner weiblich oder männlich ist, werden unterschiedliche Facetten des Verhaltensrepertoires genutzt. „Doing gender“ hat dabei sowohl eine Darstellungs- als auch eine Interpretationskomponente.

Die Darstellung des sozialen Geschlechts, also die Präsentation von Weiblichkeit oder Männlichkeit, ist dabei eng an den Körper gebunden: Mittels Gestik, Mimik und Stimme werden Männlichkeit und Weiblichkeit ausgedrückt. Luc Boltanski (1976) hat hierfür den Begriff „somatische Kultur“ geprägt. Gemeint sind damit die Regeln für einen angemessenen Umgang mit dem Körper, die sozial vermittelt werden. Diese Regeln beziehen sich auf alle Ebenen körperlichen Verhaltens, auf die Art und Weise

*... zu gehen, sich anzukleiden, sich zu ernähren, sich zu waschen, sich zu schminken und, für einige, zu arbeiten, die korrekte Art, in der physische Interaktionen mit anderen abzulau-
fen haben, die Distanz zu einem Partner, die man aufrechtzuerhalten hat, die Art, in der man
ihn anzusehen, zu berühren hat, die Gesten, die auszuführen in seiner Gegenwart angemessen
ist ... (S. 154).*

Nicht nur die oben beschriebenen Verhaltensaspekte sind Teil der somatischen Kultur, sondern auch körperbezogene Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse sowie der Grad der Bereitschaft, sich gesundheitsriskant oder gesundheitsförderlich zu verhalten. Somatische Kulturen, also die Regeln für den Umgang mit dem Körper, sind in verschiedenen Bevölkerungsgruppen unterschiedlich definiert und akzentuiert. Die geschlechtsspezifische Differenzierung ist dabei neben einer schichtspezifischen am auffälligsten. Der geschlechtsspezifische Umgang mit dem Körper ist damit nicht nur sozial vermittelt, sondern er dient auch der Unterstützung des zweigeschlechtlichen Systems.

Die individuelle Konstruktion von Geschlechtlichkeit hat identitätsstiftende Momente; gesundheitliches Risikoverhalten kann deshalb nicht einfach verändert werden, weil es der Darstellung von Weiblichkeit und Männlichkeit dient. So ist der übermäßige Alkoholkonsum von Männern und das Ignorieren körperlicher Beschwerden ebenso funktional für die Darstellung von Männlichkeit, wie es der Medikamentenkonsum oder das sensible Wahrnehmen und Äußern von Beschwerden für die Darstellung von Weiblichkeit ist.

Dieser theoretische Ansatz ist vor allem dann von Bedeutung, wenn es um die Veränderung gesundheitsrelevanten Verhaltens und die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen geht. Bisher wird bei der Planung von Präventionsmaßnahmen – vor allem bei jenen, die sich an Erwachsene richten – sehr darauf abgestellt, dass mittels Informationsvermittlung eine Verhaltensän-

derung eingeleitet werden kann. Diese Annahme lässt die identitätsstiftende Bedeutung gesundheitsriskanter Verhaltensweisen weitgehend außer Acht. Zudem sind die Männer- und Frauenbilder, die mit einzelnen Angeboten transportiert werden, nicht kompatibel zu den Geschlechtsstereotypen. So verwundert es nicht, dass Präventionsangebote vor allem von Frauen genutzt werden, während sich Männer von diesen Angeboten nicht angesprochen fühlen: Gängige Männlichkeitsstereotype stehen nicht in Einklang mit einem Mann, der zugibt, sein Körper sei verwundbar und möglicherweise krankheitsanfällig. Wollen Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote effektiv sein, müssen sie dem Zusammenhang zwischen Geschlechtsrolle und gesundheitsrelevantem Verhalten nachgehen, und die Aneignung von Weiblichkeit und Männlichkeit muss zur Sprache gebracht werden. Diese Differenzierung der Angebote ist ein erster Schritt, um dem sozialen Geschlecht in seiner Bedeutung als Strukturkategorie stärker Rechnung zu tragen und so zu einem Abbau gesundheitlicher Ungleichheit zwischen den Geschlechtern beizutragen.

2.1.4 Konsequenzen für gesundheitliche Versorgung und Prävention

Praktische Konsequenzen aus den empirischen Befunden zu den Geschlechtsunterschieden wurden bislang vor allem im Kontext der Frauengesundheitsforschung gezogen. Sie sind deshalb vor allem darauf ausgerichtet, die Benachteiligung der Frauen im Hinblick auf ihre subjektive Gesundheit und das psychische Befinden abzubauen. Durch die enge Verknüpfung zwischen der Frauengesundheitsforschung und der Frauengesundheitsbewegung wurden aus den theoretischen und empirischen Befunden zahlreiche Schlussfolgerungen für die praktische Versorgung gezogen und alternative Versorgungsangebote aufgebaut. Die Frauengesundheitsbewegung hat hier beachtliche Erfolge vorzuweisen. Demgegenüber gibt es kaum Ansätze, die gezielt darauf ausgerichtet sind, mit einem mänderspezifischen Blick die gesundheitliche Situation von Männern zu verbessern. Den differenzierten Angeboten zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Frauen stehen wenig vergleichbare Versuche gegenüber, gezielt die höhere Sterblichkeit der Männer abzubauen. Es gibt kaum Präventionsangebote, die sich gezielt an Männer wenden. Zusätzlich muss man feststellen, dass die für beide Geschlechter entwickelten Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme vor allem von Frauen genutzt werden. Dies zeigt sich besonders deutlich an der Inanspruchnahme der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen, die bei den Männern (vor allem den unter 50-jährigen) wesentlich niedriger als bei den Frauen ausfällt. Hier besteht ein deutlicher Nachholbedarf.

Die Arbeit der Frauengesundheitsforschung/Frauengesundheitsbewegung manifestiert sich neben dem Aufbau alternativer Versorgungsangebote in der Kritik und Erweiterung der medizinischen und psychosozialen Versorgung und der Thematisierung von Aspekten der Frauengesundheit, die in der Gesundheitsdiskussion bis dato unberücksichtigt blieben.

Kritik und Erweiterung bestehender Angebote

Neben der Entwicklung eigenständiger, einem feministischen, selbsthilfeorientierten und parteilichen Ansatz verpflichteten Versorgungsangebote, hat die Frauengesundheitsbewegung auch deutlich gemacht, dass es nicht reicht, nur Alternativen zu entwickeln und zu etablieren, vielmehr müssen vor allem innerhalb des bestehenden Medizinsystems Veränderungen angeregt werden. Die Frauengesundheitsforschung hat beständig auf die blinden Flecken und den

Androzentrismus der medizinischen Forschung und Versorgung aufmerksam gemacht. Einige der traditionellen Angebote wurden daraufhin überprüft, inwieweit sie das Geschlechterungleichgewicht verstärken (z. B. bei der Versorgung nach einem Herzinfarkt) und ob frauenspezifische Bedürfnisse angemessen berücksichtigt werden. Dabei hat sich gezeigt, dass das Medizinsystem relativ veränderungsresistent ist. Während sich die Geburtshilfe mittlerweile etwas stärker an den Bedürfnissen von Frauen orientiert – ablesbar etwa an der Tatsache, dass in nahezu allen geburtshilflichen Abteilungen und Kliniken die gemeinsame Unterbringung von Mutter und Kind („rooming in“) möglich und die Anwesenheit von unterstützenden Personen unter der Geburt erlaubt und erwünscht ist –, sind andere Versorgungsbereiche noch weit davon entfernt, eine geschlechtsspezifisch adäquate Versorgung anzubieten. So gibt es bislang in der onkologischen Rehabilitation – um nur ein Beispiel zu nennen – nur selten Maßnahmen, die den geschlechtsspezifischen Besonderheiten einer Krebserkrankung gerecht werden. Vor allem die je nach Geschlecht unterschiedlichen Auswirkungen einer Erkrankung auf die Lebensplanung und die alltägliche Lebensführung werden bislang zu wenig berücksichtigt. So wünschen sich zahlreiche Frauen, die wegen einer Brustkrebserkrankung eine Rehabilitationsmaßnahme besuchen, dass sie im Kreis Betroffener ihre Krankheit be- und verarbeiten können, ohne sich gleichzeitig z. B. mit dem Darmkrebs eines männlichen Mitpatienten auseinander setzen zu müssen.

Neben dieser Kritik an der mangelnden Geschlechtsspezifität der Versorgung – die im Übrigen auch männlichen Gesundheitsproblemen nicht gerecht wird – hat die Frauengesundheitsforschung auch darauf aufmerksam gemacht, dass zahlreiche Krankheiten bei Frauen und Männern unterschiedliche Ursachen haben, einen unterschiedlichen Verlauf nehmen und in unterschiedlichem Maße diagnostizier- und therapierbar sind. Nur bei wenigen Krankheitsbildern – z. B. dem Herzinfarkt – wird diese Annahme inzwischen empirisch überprüft, und die Ergebnisse werden in geschlechtsspezifische Diagnostik- und Therapiekonzepte übersetzt. Hier besteht weiterhin ein großer Informationsbedarf, um die medizinische Versorgung zu optimieren.

Thematisierung der Auswirkung sexueller Gewalt auf die Gesundheit von Mädchen und Frauen

Schließlich hat die Frauengesundheitsforschung deutlich gemacht, dass zahlreiche Gesundheitsprobleme von Frauen gar nicht als solche diskutiert werden. So wird das Thema „Gewalt gegen Mädchen und Frauen“ selten unter dem Blickwinkel der Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen behandelt. Der Landesgesundheitsbericht Nordrhein-Westfalen ist hier eine löbliche Ausnahme, denn sowohl im ersten als auch im zweiten Bericht wird die Gewalt von Männern als Gesundheitsproblem von Mädchen und Frauen zum Thema gemacht. Entsprechende Hilfsangebote sind allerdings primär im sozialen und weniger im gesundheitlichen Versorgungsbereich zu finden. Mädchen und Frauen, die (sexuelle) Gewalt erleben, finden nach wie vor vor allem in Einrichtungen Zuflucht, die entweder von freien, in der Regel feministischen Vereinen mit ungesicherter finanzieller Zukunft oder Einrichtungen der Wohlfahrtspflege (z. B. Frauenhaus der Arbeiterwohlfahrt) getragen werden. Eine Bestandsaufnahme scheint hier dringend vonnöten, um Versorgungslücken zu erkennen und das Gesundheitssystem stärker in die Pflicht zu nehmen (z. B. Fortbildung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Angebot eines medizinischen Notrufsystems für Frauen und Mädchen, die sexuelle Gewalt erleben).

2.1.5 Ausblick: Kritische Beurteilung der Datenquellen und Indikatoren und Anforderungen an eine zukünftige geschlechtsspezifische Gesundheitsberichterstattung

Die geschlechtsspezifische Aufbereitung vorhandener Indikatoren ist sicherlich ein erster Schritt, um Aussagen über die geschlechtsspezifische Variation von Gesundheit, Krankheit und Inanspruchnahmeverhalten treffen und Konsequenzen für die Prävention, Gesundheitsförderung und gesundheitliche Versorgung ziehen zu können. Zukünftige Anstrengungen sollten aber auch darauf ausgerichtet sein, den Indikatorenkatalog zu erweitern, um anhand eines aussagekräftigen Indikatorensatzes die Entwicklung der gesundheitlichen Lage von Frauen und Männern in den verschiedenen relevanten Dimensionen nachzeichnen zu können. Das anhand der vorhandenen Indikatoren gezeichnete Bild wirkt holzschnittartig, denn es lässt den positiven Pol des Gesundheits-/Krankheitskontinuums außer Acht und verstellt den Blick auf die Lebenslagen. Einem reinen Geschlechtervergleich müsste sich deshalb eine detailliertere Analyse von Subgruppen anschließen (siehe hierzu Kap. 4), und es müsste der Einbezug ergänzender Indikatoren geplant werden, um das fragmentierte Bild zu vervollständigen.

Die Auswertung der vorhandenen Indikatoren wirft ein Schlaglicht auf einige zentrale Aspekte der gesundheitlichen Lage von Frauen und Männern. Lebenserwartung, Sterblichkeit und ausgewählte Morbiditätskennzahlen geben sicherlich einen Eindruck vom geschlechtsbezogenen Geschlechterverhältnis und lassen erste Schlussfolgerungen hinsichtlich der Konsequenzen für geschlechtsspezifische Prävention und Gesundheitsförderung zu. Derzeit fehlen aber noch immer Daten, die es erlauben würden, ein umfassendes und differenziertes Bild der gesundheitlichen Lage von Frauen und Männern zu zeichnen. Zu zahlreichen Aspekten liegen keine Indikatoren vor, so zur geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Versorgungsangebote sowie zur Prävalenz und Inzidenz psychischer Erkrankungen. Die noch immer unvollständige Datenlage wird in Nordrhein-Westfalen mit der Durchführung des Gesundheitssurveys im Jahre 2000 verbessert. Die Ergebnisse des Landesgesundheitsurveys NRW werden in einer gesonderten Berichterstattung publiziert. Damit werden noch vorhandene Datenlücken zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen geschlossen. Für den vorliegenden geschlechtsspezifischen Gesundheitsbericht musste auf den im Jahre 1991 durchgeführten Nationalen Untersuchungssurvey (NUS) und die Teilstichprobe NRW zurückgegriffen werden, der Daten zur subjektiven Beschreibung des Gesundheitszustandes und zum gesundheitsrelevanten Verhalten enthält.

Die Auswertung des NUS ist sicherlich eine akzeptable Lösung, um subjektive Sichtweisen in den Gesundheitsbericht einfließen zu lassen. Dabei darf aber nicht aus dem Blick geraten, dass der NUS in einem spezifischen Kontext entstanden ist (Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP)) und einen Schwerpunkt auf Herz-Kreislauf-Krankheiten gelegt hat. In Bezug auf die Nutzung des NUS für einen geschlechtsspezifischen Gesundheitsbericht ist bedeutsam, dass die Fragen zur psychischen Gesundheit einen Geschlechterbias aufweisen (Eichler, 1998). Frauenforscherinnen machen seit langer Zeit darauf aufmerksam, dass Beschwerdelisten in der Regel nur solche Befindlichkeiten erfassen, die als „typisch weiblich“ gelten (z. B. Schlaflosigkeit, Grübelei), während „typisch männliche“ Befindlichkeiten (z. B. Wutanfälle) mit solchen Beschwerdelisten, wie sie der NUS verwendet, nicht erfasst werden. Der oftmals gefundene Geschlechtsunterschied im psycho-emotionalen Befinden ist deshalb möglicherweise ein methodisches Artefakt.

Die im Jahre 1998 für die Bundesrepublik und im Sommer des Jahres 2000 in Nordrhein-Westfalen durchgeführten Gesundheitssurveys berücksichtigen in den verwendeten Fragebö-

gen und Erfassungskriterien neue Forschungsergebnisse, z. B. in der Lebensqualitätsforschung und bei der Verwendung von Beschwerdelisten zur Erfassung von Befindlichkeiten. Mit beiden Erhebungen, die eine Selbstbeurteilung der Gesundheit, die Erfassung des Gesundheitszustandes und der Medikamenteneinnahme der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie einen Umwelt-Fragebogen beinhalten, werden insgesamt die Angaben von 2 000 Personen im Alter von 18 - 80 Jahren in die repräsentative Gesundheitserhebung eingehen.

Literatur

- Boltanski, L. (1976): Die soziale Verwendung des Körpers. in: Kamper, D.; Rittner, V. (Hrsg.): Zur Geschichte des Körpers. Wien-München, S. 138 - 177.
- Dong, W.; Ben-Shlomo, Y.; Colhoun, H.; Chaturvedi, N. (1998): Gender differences in accessing cardiac surgery across England: A cross-sectional analysis of the Health Survey for England. *Soc. Sci. Med.* 47, S. 1773 - 1780.
- Eichler, M. (1998): Offener und verdeckter Sexismus: Methodisch-methodologische Anmerkungen zur Gesundheitsforschung. in: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hrsg.): Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern - Göttingen - Toronto - Seattle, S. 34 - 49.
- Kolip, P. (1997): Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen. Opladen.
- Kolip, P. (1998): Frauen und Männer. in: Schwartz, F.-W. et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München - Wien - Baltimore, S. 506 - 516.
- Stein-Hilbers, M. (1994): Handeln und behandelt werden: Geschlechtsspezifische Konstruktionen von Krankheit und Gesundheit im Jugendalter. in: Kolip, P. (Hrsg.): Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung. Weinheim - München, S. 83 - 102.
- Stein-Hilbers, M. (1995): Geschlechterverhältnisse und somatische Kulturen. *Jahrbuch für Kritische Medizin* 24, S. 62 - 81.
- Schultz, D.; Langenheder, S. (1996): Die Entwicklung der Frauengesundheitszentren in der Bundesrepublik Deutschland und ihre Bedeutung für die Gesundheitsversorgung von Frauen. Unveröffentl. Forschungsbericht, Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin.
- Stolzenberg, R. (2000): Frauengesundheitszentren und Geburtshäuser. Von Autonomie und Abgrenzung zu Einfluss und Kooperation. in: Kolip, P. (Hrsg.): Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Weinheim - München, S. 213 - 234.
- Thoits, P. A. (1992): Identity structures and psychological well-being: Gender and marital status. *Social Psychology Quarterly* 55, S. 236 - 256.
- Verbrugge, L. M. (1989): The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. *J. Hlth. Soc. Behav.* 30, S. 282 - 304.
- Vogt, I. (1983): Frauen als Objekte der Medizin: Das Frauensyndrom. *Leviathan* 11, S. 161 - 199.
- Waldron, I. (1993): Recent trends in sex mortality ratios for adults in developed countries. *Soc. Sci. Med.* 36, S. 451 - 462.

Wenger, N. K.; Speroff, L.; Packard, B. (1993): Cardiovascular health and disease in women.
New Engl. J. Med. 329, S. 247 - 256.
West, C.; Zimmerman, D. H. (1987): Doing gender. Gender & Society 1, S. 125 - 151.

2.2 Soziodemographische Situation von Frauen und Männern

2.2.1 Einleitung

Der vorliegende Text kommentiert soziale Hintergrunddaten einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen. Es wird versucht, regionale Unterschiede in der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung im Zusammenhang mit der sozialen Lage zu interpretieren, also z. B. mit der unterschiedlichen Verteilung der regionalen Alters- und Haushaltsstrukturen, der Einkommensverteilung oder der Erwerbsbeteiligung von Frauen und Männern. Aus Daten, die auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte vorliegen, lassen sich allerdings nur mit großer Vorsicht Aussagen auf der Individualebene ableiten. Nötig wäre dazu eine vertiefte Analyse der individuellen Gesundheitswirkungen von Merkmalen sozialer Ungleichheit einschließlich der Auswirkungen der Kumulation von Benachteiligungen und Belastungen bei Frauen, Männern und Kindern in besonders benachteiligten Lebenslagen.

Zunächst soll der Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit untersucht werden (Abschnitt 2.2.2). Die Lebensbedingungen in den Kreisen und Städten in Nordrhein-Westfalen weisen die Tendenz einer zunehmenden sozialräumlichen Polarisierung auf. Entlang den sozialräumlichen Ungleichheiten im Lande finden wir in der Tat auch beachtliche regionale Unterschiede der Lebenserwartung von Frauen und Männern, die wir als ein Indiz regional unterschiedlicher Gesundheit betrachten können.

Danach soll ein Überblick über einige zentrale Merkmale der sozialen Lage von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen gegeben werden (Abschnitt 2.2.3). Im Zentrum stehen Aspekte der sozialen Schichtung und der privaten Lebensformen von Frauen und Männern. Besondere Aufmerksamkeit ist in diesem Zusammenhang den Menschen zu widmen, die in „Armut“ leben (Abschnitt 2.2.4). Damit sind Lebenslagen bezeichnet, in denen das in unserer Gesellschaft für angemessen gehaltene soziokulturelle Existenzminimum nicht mehr gewährleistet bzw. gefährdet ist. Armut in Nordrhein-Westfalen betrifft heute in besonderem Maße Kinder und junge Frauen.

Die anschließende Analyse der regionalen Verteilung von Frauen in unterschiedlichen Lebenslagen und Lebensformen (Abschnitt 2.2.5) ergibt ein deutliches regionales Muster entlang den Dimensionen „Armut und soziale Spaltung“ auf der einen und „Modernität und Prosperität“ auf der anderen Seite. Diese regionalen Strukturen der Lebenslagen und Lebensformen der Frauen in Nordrhein-Westfalen sind (bei aller Grobheit der Analyse) auch von Bedeutung für ihre Gesundheit. Die Expertise schließt mit einer Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse.

2.2.2 Soziale Lage und Gesundheit

Auch bei einer weitgehenden Angleichung des Zugangs zu medizinischer Versorgung in der modernen Gesellschaft gibt es eine sozial ungleiche Verteilung der Sterblichkeit und der Häufigkeit akuter und chronischer Erkrankungen. Menschen mit niedriger Bildung und mit geringem Einkommen, Menschen, die manuell in einer untergeordneten beruflichen Stellung, in zunehmend unsicheren Arbeitsverhältnissen oder unter physisch belastenden Bedingungen arbeiten, tragen ein relativ hohes Risiko zu erkranken und früh zu sterben. Geyer und Peter finden 1999 in einer Analyse von über 100 000 Patientenakten einer Allgemeinen Ortskrankenkasse, dass sowohl bei Frauen als auch bei Männern die ungelerten, manuell tätigen Arbeiter ein um ein Vielfaches höheres Risiko eines frühen Todes haben als z. B. Angestellte mit akademischer Bildung. Eine eindeutige soziale Grenzlinie in Bezug auf Krankheit und frühen Tod

verläuft entlang der Unterscheidung zwischen manuell und nicht manuell Tätigen. In den Altersgruppen unter 75 Jahren ist die große Masse der verhütbaren chronischen Krankheiten und Einschränkungen ... absolut und relativ auf die unteren sozioökonomischen Schichten konzentriert. In den oberen Schichten kann man bereits jetzt ein niedriges Niveau an Krankheiten und funktionalen Behinderungen bis weit in die späten Phasen des Lebens antreffen (Kühn, 1998). Andererseits gilt: Auch die verhaltensbedingten Risikofaktoren, Alkohol- und Tabakmissbrauch oder Ernährungsfehler konzentrieren sich in den unteren Sozialschichten. Dennoch ist es nicht so, dass damit der Schichteffekt auf Krankheit und frühen Tod bereits hinreichend erklärt wäre. Die englische „Whitehall Study“ (Marmot/Kogevinas/Elston, 1987) hat schon in den achtziger Jahren nachgewiesen, dass die Morbidität der unteren im Vergleich zu den oberen Schichten auch dann noch um das Dreifache höher liegt, wenn man den Einfluss solcher verhaltensbedingten Risikofaktoren kontrolliert.

Armut und Gesundheit im sozialräumlichen Kontext

Aktuelle Untersuchungen sehen eine wachsende soziale Spaltung unserer Gesellschaft. Diese soziale Polarisierung zieht auch eine Polarisierung in Bezug auf den Gesundheitszustand nach sich.

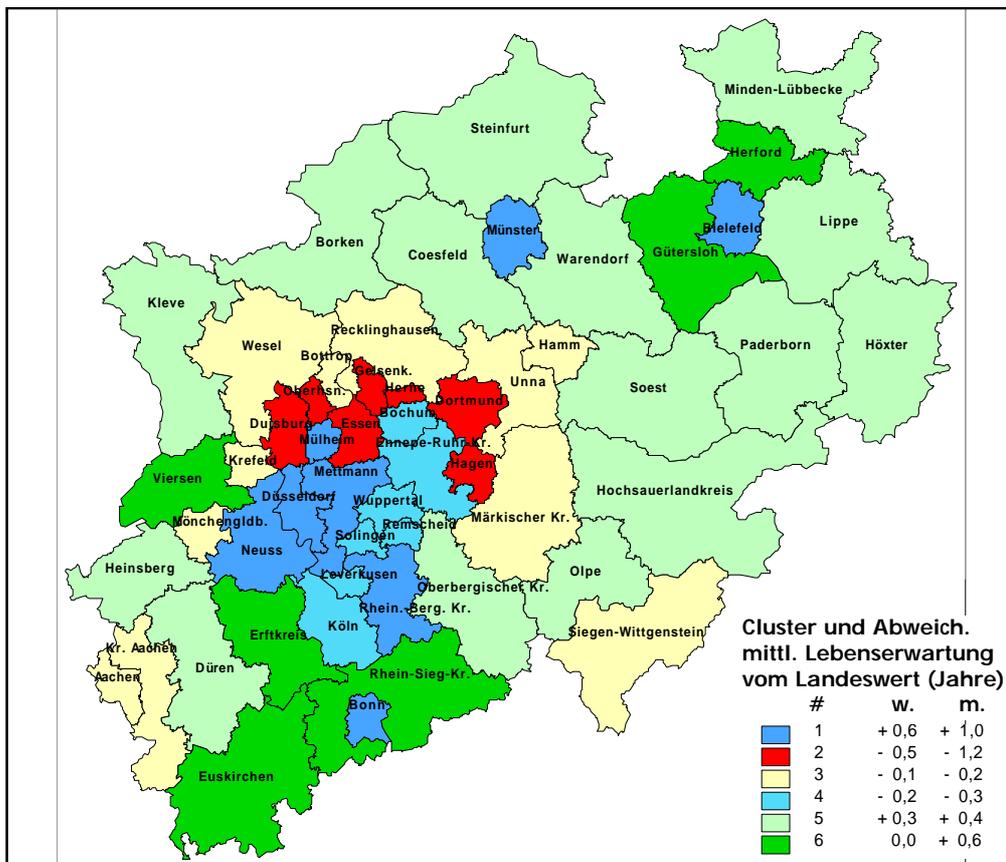


Abbildung 1: Regionstypen (Cluster) nach Strukturdaten, Nordrhein-Westfalen, 1997

Wie die zunehmende soziale Ungleichheit hat auch die Ungleichheit vor Krankheit und Tod eine sozialräumliche Dimension. Strohmeier und Kersting haben 1997 auf der Basis von Strukturdaten der Kreise und kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen sechs „Gebietscluster“ oder Regionstypen unterschieden (Abbildung 1).

Die einzelnen Cluster lassen sich folgendermaßen beschreiben:

Dienstleistungszentren (Cluster 1): Hierzu gehören Städte und Kreise (Rheinisch-Bergischer Kreis, Neuss, Münster, Bonn, Mettmann, Bielefeld, Mülheim a. d. Ruhr, Düsseldorf), die als wenig familiengeprägte, prosperierende Dienstleistungszentren des Landes, z. T. einschließlich der Umlandkreise, charakterisiert werden können.

Armutspol: Cluster 2 bezeichnet Städte, die durch einen hohen Anteil älterer Bevölkerung und Bevölkerungsrückgang charakterisiert sind. Diese Städte, die ausnahmslos im Ruhrgebiet liegen, weisen das höchste Armutsniveau im Lande auf (Hagen, Oberhausen, Essen, Duisburg, Dortmund, Gelsenkirchen, Herne).

Durchschnittstyp (Cluster 3): Dessen Städte und Kreise (Siegen-Wittgenstein, Märkischer Kreis, Wesel, Unna, Kreis Aachen, Bottrop, Mönchengladbach, Krefeld, Stadt Aachen, Recklinghausen, Hamm) weichen kaum vom Landesdurchschnitt ab und umfassen eher durchschnittliche Regionen, z. T. auch Regionen, die in sich sehr heterogen strukturiert sind, wie z. B. den Kreis Recklinghausen, der den Nordrand des Ruhrgebiets und den Südrand des Münsterlands enthält und für solche Analysen eigentlich „gemeindescharf“ betrachtet werden müsste.

Junge Städte (Cluster 4): Hier finden sich Städte (Leverkusen, Solingen, Ennepe-Ruhr-Kreis, Remscheid, Bochum, Köln, Wuppertal), die in ihrer Alterstruktur „jung“ sind.

Familienzone (Cluster 5): Dieses Cluster ist der demographische Wachstumspol, die Familienzone des Landes (Coesfeld, Olpe, Lippe, Minden-Lübbecke, Kleve, Steinfurt, Soest, Paderborn, Warendorf, Hochsauerlandkreis, Borken, Düren, Höxter, Heinsberg, Oberbergischer Kreis). Es ist der Kontrasttyp zum Cluster 2 und versammelt junge, demographisch wachsende ländliche und suburbane Regionen mit den höchsten Anteilen an Kindern und Familien in der Bevölkerung; dieser Regionstyp ist nur unterdurchschnittlich von Armut oder Arbeitslosigkeit betroffen.

Prosperierende Kreise (Cluster 6): Die hier zusammengefassten Kreise (Rhein-Sieg-Kreis, Gütersloh, Euskirchen, Viersen, Herford) sind noch deutlich weniger von Armut betroffen, sie unterscheiden sich von Cluster 5 aber durch eine etwas geringere demographische Expansion und Familienprägung. Die Cluster 2 auf der einen sowie 5 (und 6) auf der anderen Seite markieren die beiden gegensätzlichen Pole der aktuellen Regionalentwicklung in Nordrhein-Westfalen.

Mit dieser Regionalgliederung sind nicht nur Unterschiede in den Lebenslagen und Lebensformen der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen erfasst, sondern auch regionale Bedingungsgefüge unterschiedlicher Gesundheit. Abbildung 1 zeigt für die sechs Gebietstypen jeweils die Abweichung der mittleren Lebenserwartung von Frauen und Männern vom Landeswert. Die mittlere Lebenserwartung Neugeborener in Nordrhein-Westfalen beträgt 1997 für Frauen 80,3 Jahre, für Männer 74,0 Jahre.

Die niedrigste Lebenserwartung haben Frauen und Männer im Armutspol des Clusters 2, die höchste in den Clustern 1, 5 und 6. Gleichzeitig ist die Homogenität, d. h. die Ähnlichkeit der Städte und Kreise in Bezug auf die (relativ geringe) Lebenserwartung im Armutcluster 2 am höchsten.

Der statistische Zusammenhang von Armut und Gesundheit ist so stark, dass wir im Umkehrschluss eine niedrige Lebenserwartung in einer Region als Indikator für ein hohes Armutsniveau ansehen können.

Eine Erklärung der regionalen Unterschiede der Lebenserwartung erfordert, streng genommen, Informationen über die Lebensverläufe der Menschen in der Region. Ein wichtiger Einflussfaktor sind z. B. die Wanderungen. Menschen in den („gesünderen“) höheren Statusgruppen verlassen die Armutsgebiete in den Großstädten und ziehen ins Umland oder in die Dienstleistungszentren. Zurück bleiben die Personen, die überdurchschnittlich arm und häufiger krank sind. Die mittlere Lebenserwartung der Männer in den Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen steht in der Tat in einem signifikanten Zusammenhang mit dem Wanderungsvolumen (Zuzüge plus Fortzüge) und den Wanderungssalden, d. h. die Zuwanderungsregionen und die Regionen mit besonders hohem wanderungsbedingtem Bevölkerungsumsatz haben auch eine besonders hohe Lebenserwartung der Männer, während in den Abwanderungsregionen und dort, wo nur wenig Bevölkerungsaustausch stattfindet, ihre Lebenserwartung niedrig ist. Die Lebenserwartung der Frauen hängt interessanterweise nicht mit der Mobilität zusammen.

2.2.3 Die soziale Lage von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen im Überblick

Die regionale Analyse ergibt einen deutlichen Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit. Die Mehrheit der Bevölkerung des Landes Nordrhein-Westfalen (51 %) ist weiblich. Die Lebenserwartung der Frauen ist mit rund 80 Jahren im Schnitt 6 Jahre höher als die der Männer. Als Ergebnis einer zunehmenden Alterung der Bevölkerung ist etwa jeder sechste Einwohner in Nordrhein-Westfalen heute über 65 Jahre alt. Knapp zwei Drittel davon sind Frauen. Mit der demographischen Alterung erhöht sich auch der Bevölkerungsanteil der Verwitweten, der mittlerweile bei über 8 % liegt. Mehr als vier Fünftel davon sind wiederum Frauen (s. Anhang, Ind. 2.2, 2.3).

Die zunehmende Verbreitung nichtehelicher Lebensgemeinschaften und steigende Scheidungsraten gelten als Anzeichen des Schwindens traditioneller Lebens- und Familienformen. Ein Viertel der Bevölkerung im Alter zwischen 30 und 64 Jahren ist heute entweder ledig oder geschieden. Die Zahl der allein erziehenden Mütter hat sich in den letzten Jahren stetig erhöht. Jede siebte Familie mit Kindern in Nordrhein-Westfalen ist die Familie einer allein erziehenden Mutter. Auch der Anteil der Alleinlebenden ist in den letzten Jahrzehnten stetig gewachsen. 1997 lebte ein Sechstel der Bevölkerung allein (16 %); über die Hälfte davon sind Frauen (60 %).

Frauen sind gegenüber Männern in den unteren Einkommensgruppen deutlich überrepräsentiert. Nach den Ergebnissen des Mikrozensus hatte 1995 in Nordrhein-Westfalen jeder Fünfte ein „persönliches Nettoeinkommen“ von unter 1 400 DM monatlich. Bei den Frauen war es mehr als jede Vierte. 70 von 100 Menschen in dieser untersten Einkommenskategorie sind weiblichen Geschlechts. In der Spitzengruppe mit Einkommen über 5 000 DM finden wir knapp 4 % der Gesamtbevölkerung, aber weniger als 1 % der weiblichen Bevölkerung.

Diese Unterschiede stehen auch im Zusammenhang mit der unterschiedlichen Erwerbsbeteiligung von Frauen und Männern. Nur 40 von 100 Erwerbstätigen in Nordrhein-Westfalen sind Frauen, dagegen sind zwei Drittel der abhängigen Familienangehörigen und über die Hälfte der Empfänger von Renten und Pensionen (53 %) weiblich. Aber auch wenn wir nur die Ein-

kommen der Erwerbstätigen betrachten, bleibt die Feststellung, dass Frauen über erheblich geringere Einkommen verfügen als Männer.

Nur ein knappes Fünftel der erwerbstätigen Männer, aber genau ein Drittel der berufstätigen Frauen bezieht Einkommen unter 1 400 DM monatlich. Jeder sechste erwerbstätige Mann, aber nur jede zwanzigste erwerbstätige Frau hat auf der anderen Seite netto mehr als 4 000 DM monatlich zur Verfügung. Mehr als 80 % der Teilzeitbeschäftigten in Nordrhein-Westfalen sind Frauen.

Bei leicht rückläufiger Tendenz in den neunziger Jahren sind in Nordrhein-Westfalen gut 32 % der Frauen und 50 % der männlichen Bevölkerung erwerbstätig. Die Erwerbsquoten der weiblichen Bevölkerung weisen eine erhebliche regionale Streuung auf. Acht Kreise und kreisfreie Städte haben Frauenerwerbsquoten unter 30 %: Duisburg (26), Gelsenkirchen (28), Düren (28), Heinsberg (28), Wesel (29), Bottrop (29) und Recklinghausen (29). Die Frauenerwerbsquoten sind traditionell besonders niedrig in ländlichen Regionen in der Randlage von Nordrhein-Westfalen und im Ruhrgebiet. Hier sehen wir sie in erster Linie als Indiz vorwiegend traditioneller Familienstrukturen und einer traditionellen familialen Arbeitsteilung an. Die Zusammenhänge mit der Arbeitslosigkeit werden wir später untersuchen.

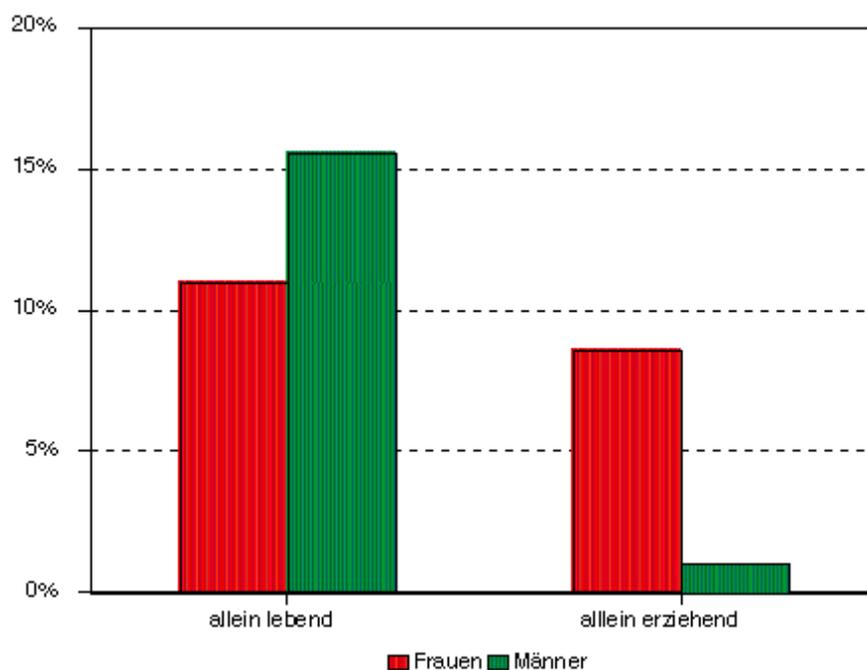


Abbildung 2: Geschlechtsunterschiede bei allein lebenden und allein erziehenden Frauen und Männern (25 – 44 Jahre), Nordrhein-Westfalen, 1997

Besonders hohe Frauenerwerbsquoten (36 % - 38 %) finden wir in den Dienstleistungszentren und in einzelnen Umlandkreisen: Münster, Coesfeld, Warendorf, Bielefeld, Remscheid, Solingen, Köln, Gütersloh, Herford, Düsseldorf und Bonn. In den Kreisen der „Familienzone“ des prosperierenden Bielefelder Umlands z. B. liegt die Frauenerwerbsquote höher als im Oberzentrum selbst.

Die regionalen Streuungen der Erwerbsquoten der Männer drücken vor allem Arbeitmarkteffekte aus. Die letzten acht Kommunen mit Erwerbsquoten zwischen 46 % und 47 % sind ausnahmslos Revierstädte: Duisburg, Gelsenkirchen, Mülheim, Oberhausen, Bottrop, Recklinghausen, Bochum und Herne, die „Top 8“ mit Erwerbsquoten zwischen 53 % und 54 % sind Köln, der Erftkreis, der Kreis Euskirchen, Bonn, die Kreise Gütersloh und Herford sowie Remscheid und Solingen. Die erwerbstätigen Frauen arbeiten vor allem im Dienstleistungssektor.

Die wichtigsten Strukturunterschiede der privaten Lebensformen bei Frauen und Männern im – „demographisch aktivsten“ – Lebensalter von 25 bis 44 Jahren können mit Daten des Sozioökonomischen Panels von 1997 (SOEP) erkannt werden. Der weitaus größte Teil (knapp 60 %) der Menschen in diesem Alter in Nordrhein-Westfalen ist verheiratet und hat Kinder. Etwa ein Fünftel der Frauen und Männer lebt in kinderlosen Ehen. Hier gibt es keine großen Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Unterschiede finden wir bei den Alleinlebenden und den Alleinerziehenden – Lebensformen, deren Verbreitung in den letzten Jahren kontinuierlich zunimmt.

Jede/r Sechste in der Altersgruppe von 25 bis 44 Jahren lebt mittlerweile allein und jede/r Zwanzigste erzieht ihre/seine Kinder allein ohne Partner. 16 % der Männer zwischen 25 und 44 Jahren leben allein, aber nur 11 % der Frauen. Auf der anderen Seite sind knapp 9 % der Frauen dieses Alters in Nordrhein-Westfalen allein erziehende Mütter, aber nur 1 % der gleichaltrigen Männer. Nur 4 von 10 Alleinlebenden in Nordrhein-Westfalen sind Frauen, nur einer von 10 Alleinerziehenden ist ein Mann (Abbildung 2).

2.2.4 Armutsstrukturen in Nordrhein-Westfalen

Der „Sozialbericht 98“ für das Land Nordrhein-Westfalen weist eine Armutsquote von 11,5 % der Bevölkerung aus. Damit leben gut zwei Millionen Menschen in Privathaushalten unterhalb der Armutsgrenze von 937 DM monatlich (entspricht 50 % des durchschnittlichen bedarfsgewichteten monatlichen Pro-Kopf-Einkommens; diese als Äquivalenzeinkommen bezeichnete Größe berücksichtigt die Haushaltsgröße sowie die Altersstruktur der Haushaltsmitglieder). Mehr als die Hälfte (53 %) der gut zwei Millionen Armen in Nordrhein-Westfalen sind Frauen. Ein besonders hohes Armutsrisiko tragen Kinder und Jugendliche. Jede/r Dritte unterhalb der 50 %-Armutsschwelle ist jünger als 15 Jahre. Das Armutsrisiko steigt mit der Kinderzahl. 40 von 100 Armen in Nordrhein-Westfalen (40 %) leben in Haushalten mit fünf und mehr Personen. Ausländer sind besonders von Armut betroffen. Gut jeder dritte Arme in Nordrhein-Westfalen (35 %) ist nichtdeutscher Nationalität (90 % davon sind Frauen), und ihre Kinder sind eine weitere von Armut besonders betroffene Gruppe. Beinahe jeder sechste Arme in Nordrhein-Westfalen lebt im Haushalt einer allein erziehenden Mutter.

Armut nach Alter und Geschlecht

Die Armutsquoten von Kindern (22 %) sowie Jugendlichen und jungen Erwachsenen (19 %) liegen doppelt so hoch wie bei Erwachsenen im mittleren Alter; sie haben ein viermal höheres Armutsrisiko als ältere Menschen. Die Abbildung 3 zeigt die Armutsquoten nach Altersjahren und Geschlecht in der Bevölkerungspyramide, die mittlerweile eher eine Baumstruktur hat.

Bis zum zehnten Lebensjahr sind die Armutsrisiken der Geschlechter noch etwa gleich, danach entwickeln sie sich unterschiedlich. Mädchen im Alter zwischen 10 und 14 Jahren haben eine um 2 Prozentpunkte höhere Armutsquote als gleichaltrige Jungen. Bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegen die weiblichen Armutsquoten um 3,5 Prozentpunkte höher als die der männlichen Gleichaltrigen. In der Altersgruppe zwischen 20 und 24 Jahren gehen zwar die Armutsquoten beider Geschlechter um ca. 6 Prozentpunkte zurück, der Abstand zwischen den Geschlechtern bleibt jedoch erhalten (Frauen: 18 %; Männer: 15 %). Bis zum 45. Lebensjahr sind dann die Armutsquoten der Frauen höher als die der Männer.

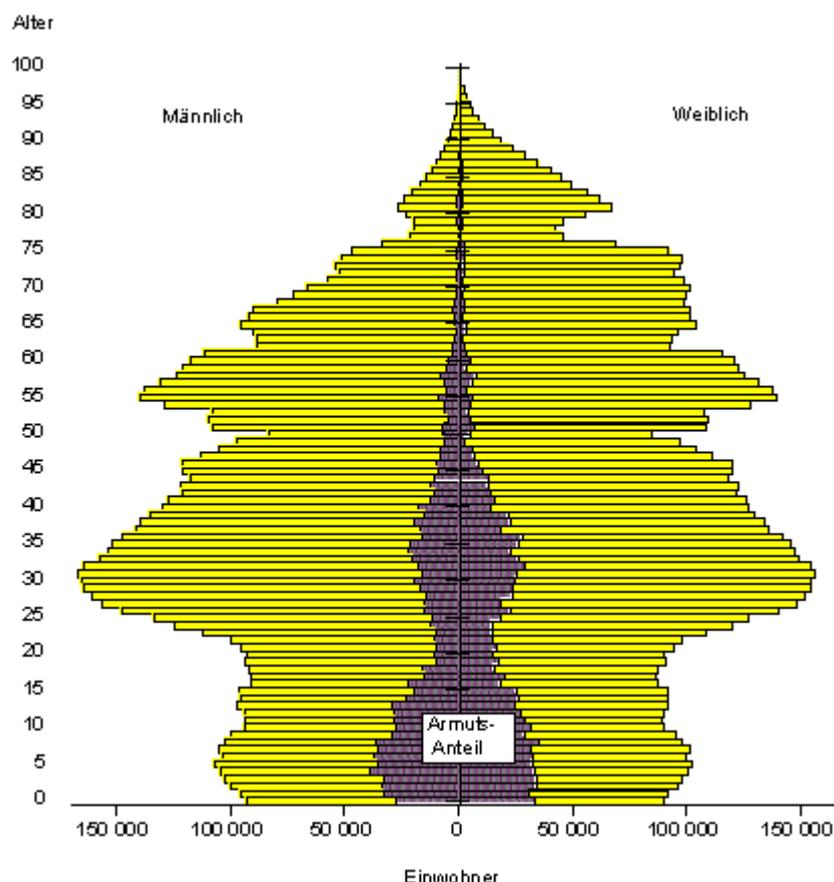


Abbildung 3: Bevölkerung insgesamt und unterhalb der 50 %-Armutsgrenze, Nordrhein-Westfalen, 1995

In den späteren Lebensjahren nehmen die Armutsquoten bei den Frauen und bei den Männern ab. In den Altersjahrgängen zwischen 45 und 59 liegt das Armutsrisiko der Frauen unter dem der Männer. Die Armutsquoten der Männer im höheren Lebensalter fallen bis zum 80. Lebensjahr, während sie bei den Frauen im Alter von 65 Jahren und danach ansteigen. Von Armut im Alter sind besonders Frauen betroffen.

Wer Sozialhilfe als laufende Hilfe zum Lebensunterhalt bezieht, gilt als (relativ) arm. Dieser Indikator (s. Anhang: Ind. 2.8) ist der einzige, der für Regionalvergleiche zur Verfügung steht. Sozialhilfe, in Form laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen,

beziehen in Nordrhein-Westfalen zum Ende des Jahres 1997 nahezu 700 000 Personen. Die Sozialhilfedichte ist der Anteil der Hilfebeziehenden an der Gesamtbevölkerung. Sie liegt im Landesdurchschnitt bei 4 %.

Auch die Sozialhilfestatistik zeigt die besonders hohe Armutsbetroffenheit von Frauen und Kindern sowie von Ausländern. 1997 sind 58 % der Sozialhilfebeziehenden weiblichen Geschlechts, die Sozialhilfedichte der weiblichen Bevölkerung liegt mit 4,4 % deutlich über dem Landesdurchschnitt, die der männlichen Einwohner ist um einen ganzen Prozentpunkt niedriger. Ein Viertel der Bezieher von Sozialhilfe sind Ausländer, aber nur 11,5 % der Gesamtbevölkerung. Auch bei den Ausländern haben Frauen und Mädchen ein deutlich höheres Sozialhilferisiko (9 %) als die männliche Bevölkerung (7 %).

Genauere Einsichten erlaubt die Analyse von Sozialhilfedichten, differenziert nach Alter, Geschlecht und Nationalität, die wir als spezifische Armutsrisiken interpretieren können. Dafür greifen wir auf die Individualdaten der Sozialhilfe zurück, die für Auswertungszwecke faktisch anonymisiert wurden (Abbildung 4).

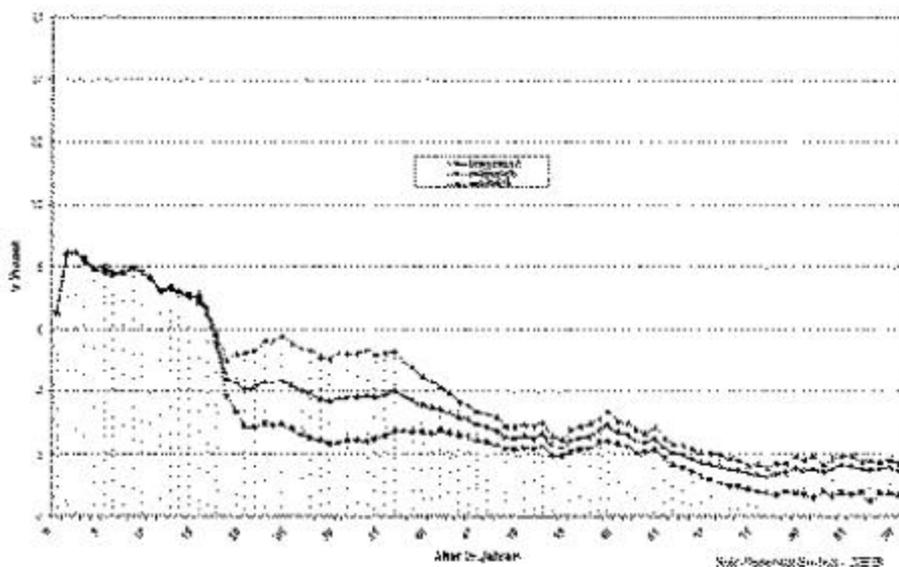


Abbildung 4: Sozialhilfedichten nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1997

Von den Kindern unter 10 Jahren sind pro Altersjahrgang jeweils 8 % sozialhilfeabhängig. Nach dem 10. Lebensjahr sinken die altersspezifischen Armutsquoten bis zum Alter von 20 Jahren. Dabei ist der Rückgang der Armut bei den Jungen und jungen Männern sehr viel ausgeprägter und setzt sich bei den über 20-jährigen fort. Bei den Frauen zwischen 20 und 39 Jahren steigt die Sozialhilfedichte in Nordrhein-Westfalen auf über 5 %. Bei den Männern in diesem Alter ist sie nur halb so hoch. Mit zunehmendem Alter sinken dann die Sozialhilfedichten, um erst wieder im Alter des Übergangs in den Ruhestand anzusteigen. Im Alter haben Frauen wieder ein deutlich höheres Sozialhilferisiko als Männer.

Die Altersstrukturen der Sozialhilfebezieher deutscher und nichtdeutscher Nationalität unterscheiden sich signifikant. In allen Altersjahren gibt es ein merklich höheres Sozialhilferisiko der Ausländer. Unterschiede gibt es vor allem bei den Kindern und Jugendlichen und bei den über 60-Jährigen. Mit Quoten um 12 % haben junge und alte Ausländer ein gleich hohes

Armutsrisiko. Die entsprechenden Werte bei den deutschen Kindern und Jugendlichen liegen zwischen 6 % und 8 %, bei den Alten bei etwa 2 %. In allen Altersgruppen sind ausländische Frauen häufiger als Männer auf Sozialhilfe angewiesen.

Haushalts- und Familienstrukturen der Sozialhilfeempfänger

Armut und das Risiko, auf den Bezug von Sozialhilfe angewiesen zu sein, sind in bestimmten Lebenslagen und Lebensformen häufiger als in anderen. Besonders von Armut betroffen sind Familien, für die in unserer Gesellschaft besondere Belastungen und Benachteiligungen gelten, die F.-X. Kaufmann (1995) mit dem Begriff der „strukturellen Rücksichtslosigkeit“ bezeichnet hat.

Um mehr über das Armutsrisiko unterschiedlicher Familien- und Haushaltstypen zu erfahren, haben wir mit den Individualdaten der Sozialhilfestatistik die 24 unterschiedlichen Typen von Bedarfsgemeinschaften analysiert, die die Sozialhilfestatistik ausweist. 12 mögliche Typen von Bedarfsgemeinschaften sind in der Sozialhilfestatistik so schwach besetzt (insgesamt 3 %), dass sie hier nicht weiter beobachtet werden. Die meisten Sozialhilfeempfänger leben in Familien, auch wenn die größte Zahl der Bedarfsgemeinschaften allein stehende Haushaltsvorstände („Einzelne HV“ in der Abbildung 5) sind, wobei die allein stehenden Frauen erheblich zahlreicher sind als die Männer.

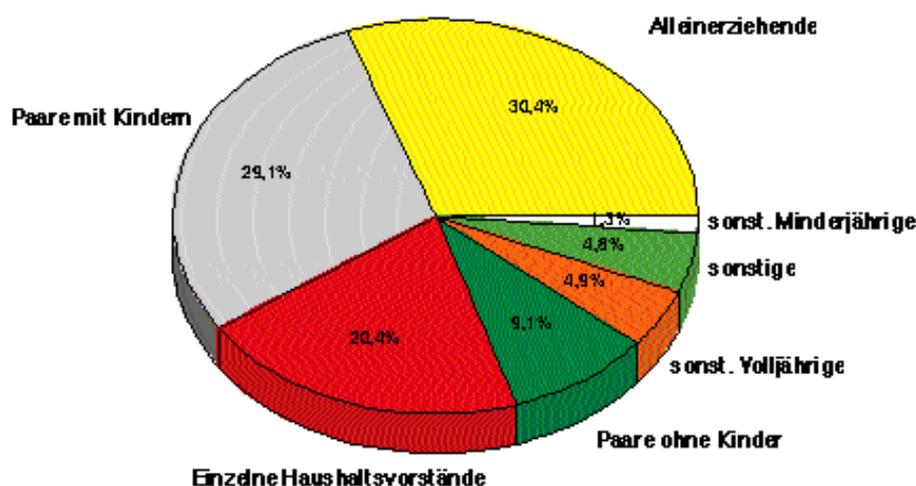


Abbildung 5: Sozialhilfebeziehende nach Haushaltsformen, Nordrhein-Westfalen, 1997

Die Mehrzahl der armen allein stehenden Frauen ist über 50 Jahre alt. Die Gruppe der allein stehenden Männer in der Sozialhilfe unterscheidet sich in der Altersstruktur deutlich von den Frauen. Bei ihnen ist die Altersklasse der 30- bis 39-jährigen am stärksten besetzt (Abbildung 6a, 6b).

Die meisten Menschen in der Sozialhilfe in Nordrhein-Westfalen leben jedoch nicht allein, sondern in Familien. Die Hälfte davon, das ist ein knappes Drittel der Sozialhilfeempfänger, lebt in Haushalten allein erziehender Mütter. Bei mehr als einem Fünftel der Bedarfsgemein-

schaften ist eine allein erziehende Frau mit einem oder mehreren Kindern der Haushaltsvorstand. Die Hälfte aller minderjährigen Sozialhilfeempfänger in Nordrhein-Westfalen sind Kinder allein erziehender Mütter.

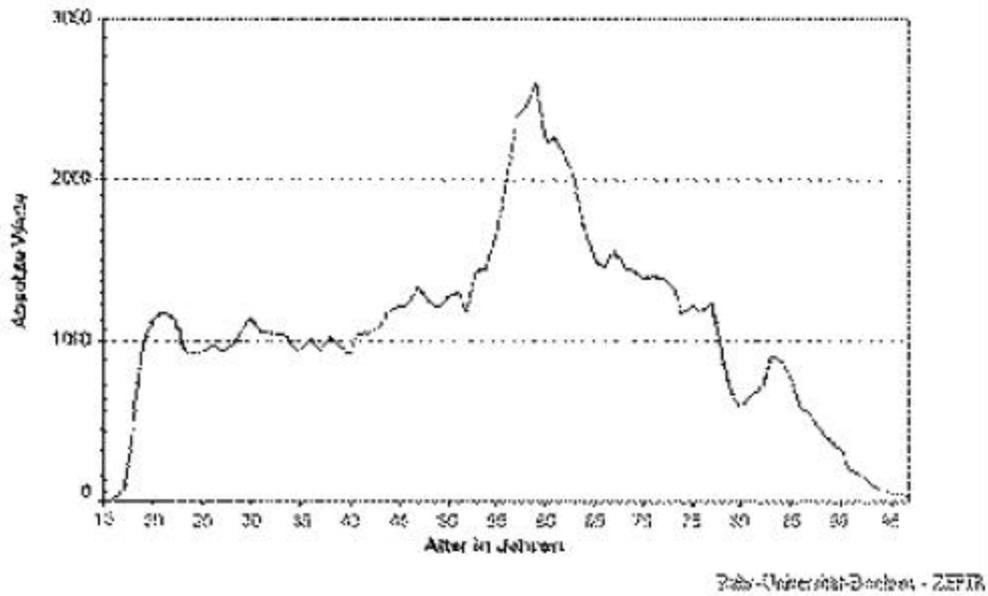


Abbildung 6a: Sozialhilfebeziehende allein stehende Frauen außerhalb von Einrichtungen, Nordrhein-Westfalen, 1997



Abbildung 6b: Sozialhilfebeziehende allein stehende Männer außerhalb von Einrichtungen, Nordrhein-Westfalen, 1997

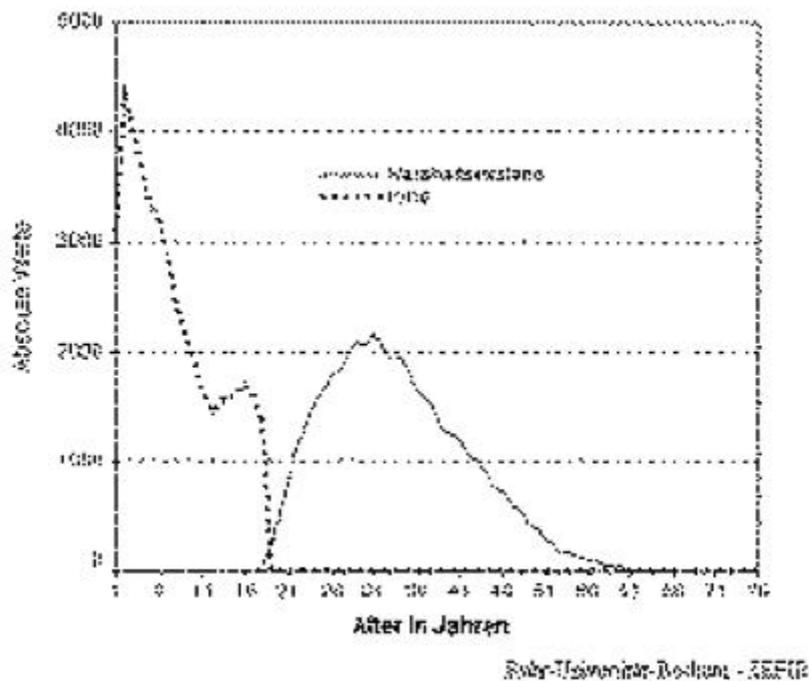


Abbildung 7: Sozialhilfebeziehende Frauen mit einem Kind unter 18 Jahre außerhalb von Einrichtungen, Nordrhein-Westfalen, 1997

Die Altersstruktur der Sozialhilfebeziehenden in diesem Typ Bedarfsgemeinschaft in Abbildung 7 zeigt, dass wir es mit überwiegend jungen Müttern relativ kleiner Kinder zu tun haben.

Ehepaare mit Kind(ern) stellen 13 % der Bedarfsgemeinschaften und 28 % der Hilfeempfänger. Die meisten davon leben in kinderreichen Familien mit drei und mehr Kindern (genau 11 % aller Bezieher laufender Hilfe zum Lebensunterhalt). Unter den Ehepaaren ohne Kind dominieren die 50- bis 59-jährigen.

Kinder und Frauen stellen die Mehrheit der Armutsbevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Die Armut der Frauen und Kinder ist die Armut der Familien. Besonders die jungen Frauen in Familien und hier vor allem die allein erziehenden Mütter sind in hohem Maße von Armut betroffen. In welchem Maße hier kumulative Effekte eines unzureichenden Familienlastenausgleichs und eines mangelhaften Kinderbetreuungsangebots wirksam werden, zeigt der Vergleich der Armutsquoten allein erziehender Mütter mit einem Kind bei Kindern unterschiedlichen Alters (Abbildung 8).

Bei den allein erziehenden Frauen mit einem Kind liegen die Anteile derer, die (mit einem Einkommen von weniger als 50 % des bedarfsgewichteten Äquivalenzeinkommens) arm sind, im ersten Lebensjahr des Kindes und in den folgenden Jahren konstant bei etwa einem Drittel. Die Armut allein erziehender Mütter mit kleinen Kindern wird also durch Erziehungsgeld und Kindergeld (beide in der Zuständigkeit des Bundes) sowie sonstige Transferleistungen nicht verhindert.

Nach Auslaufen des Erziehungsgeldes (das der Mutter den Verzicht auf Erwerbstätigkeit zugunsten der intensiveren Betreuung des kleinen Kindes ermöglichen soll), ändert sich die hohe Armutsquote nicht. Sie sinkt erst geringfügig mit dem Eintritt des Kindes in das Grundschulalter. In einer Lebensphase, in der die allein erziehenden Mütter mit Kleinkindern und Vor-

schulkindern wieder einer Erwerbstätigkeit nachgehen könnten, um ihren Lebensunterhalt zu sichern, fehlen nämlich Einrichtungen der Kinderbetreuung (in der Zuständigkeit von Ländern und Gemeinden).

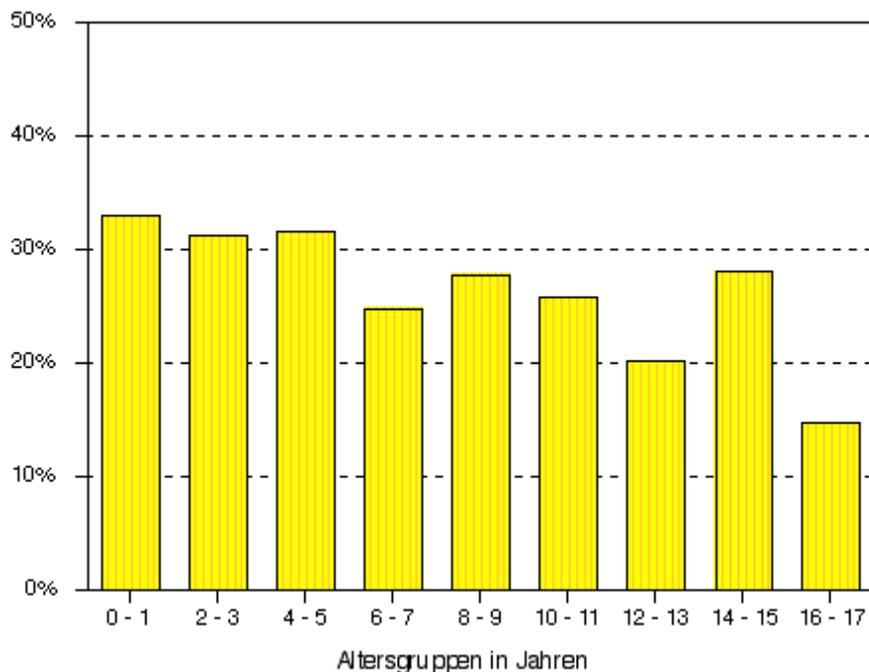


Abbildung 8: Armutsquoten der Ein-Eltern- und Ein-Kind-Familien nach Alter des Kindes in Nordrhein-Westfalen, 1997

Die Sozialhilfedichten der Bevölkerung in den Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen weisen eine erhebliche Streuung auf (s. Anhang: Ind. 2.8). Am höchsten sind sie in den Großstädten des Ballungsraums an Rhein und Ruhr, am niedrigsten in den ländlichen und suburbanen Kreisen. Aber nicht nur die Armutsniveaus unterscheiden sich, sondern auch die regionstypischen Strukturen der Bedarfsgemeinschaften. Vergleichen wir z. B. die Struktur der Bedarfsgemeinschaften in der Großstadt Essen (mit einer der höchsten Sozialhilfedichten in Nordrhein-Westfalen) und im Kreis Herford (mit einer der niedrigsten): In beiden Fällen beträgt der Anteil der Hilfeempfänger in Haushalten allein erziehender Elternteile etwa ein Drittel. In Herford lebt ein weiteres Drittel der Hilfeempfänger in „vollständigen“ Familien zusammenlebender Ehepaare, in Essen ist dies nur ein Viertel. Hier sind die Alleinlebenden mit über einem Viertel der Sozialhilfebezieher die zweitstärkste Gruppe.

2.2.5 Regionale Strukturen der Lebenslagen und Lebensformen von Frauen in Nordrhein-Westfalen

Frauen in Nordrhein-Westfalen gehen in geringerem Ausmaß als Männer einer bezahlten Erwerbsarbeit nach, und wenn sie erwerbstätig sind, dann finden wir sie häufiger in den unteren, schlechter bezahlten Positionen. Frauen tragen auch den Großteil der unbezahlten Fami-

lienarbeit. Dies gilt für Deutsche wie für Frauen nichtdeutscher Nationalität. Nach Scheidung tragen besonders Frauen als allein erziehende Mütter die Lasten des immer häufigeren Scheiterns traditioneller Familienformen. Diese besonderen Belastungen und Benachteiligungen in den Lebensverhältnissen von Frauen sind räumlich nicht gleichmäßig verteilt. Sie treten vielmehr konzentriert und kumuliert in bestimmten Regionen auf, während sie in anderen relativ selten sind. Wir wollen im Folgenden diese regionalen Strukturunterschiede in den Lebenslagen und Lebensformen der Frauen in Nordrhein-Westfalen beschreiben. Anschließend sollen die Auswirkungen dieser räumlichen Ungleichheiten auf die Gesundheit untersucht werden.

Arbeitslosigkeit und Erwerbsbeteiligung von Frauen – regionale Strukturunterschiede

Gut 40 von 100 Arbeitslosen in Nordrhein-Westfalen sind Frauen. Der Mikrozensus weist für Nordrhein-Westfalen im Jahre 1998 für Frauen und Männer eine Quote von 11 Arbeitslosen auf 100 Erwerbspersonen aus. In den Kreisen und kreisfreien Städten streuen diese Quoten aber beträchtlich (s. Anhang: Ind. 2.9). Im Vergleich der Kreise und kreisfreien Städte gibt es auch eine erhebliche Streuung der Erwerbsquoten der weiblichen Bevölkerung (s. Anhang: Ind. 2.10). Die Erwerbsquote ist der Anteil der Erwerbspersonen (also Arbeitslose plus Erwerbstätige) an den Personen im erwerbsfähigen Alter (s. Anhang: Ind. 2.4). Hinzu kommt noch eine starke regionale Streuung der Frauen im erwerbsfähigen Alter, die weder erwerbstätig noch arbeitslos sind, also z. B. Rentnerinnen, Hausfrauen oder Frauen in Ausbildung.

Im Großen und Ganzen gilt: Je höher die Frauenerwerbsquote, desto niedriger die Frauenarbeitslosigkeit. Allerdings gibt es einige bemerkenswerte Abweichungen von diesem Zusammenhang.

In einer größeren Zahl von Umlandkreisen großer Städte (z. B. Siegburg, Mettmann, Warendorf) sowie in einigen Großstädten (z. B. Bonn oder Düsseldorf) finden wir niedrige Frauenarbeitslosigkeit bei hoher Frauenerwerbsquote. In den Kreisen, von denen etliche zur Familienzone des Clusters 5 gehören, ist dies ein Indiz sowohl für günstige Arbeitsmarktbedingungen als auch für einen gewissen Grad an „Modernität“ des Familienlebens, die Erwerbstätigkeit von Müttern ist hier besonders verbreitet (ausführlich dazu Strohmeier/Kersting, 1994).

In einer Gruppe von Ruhrgebietsstädten (des Clusters 2, s. o.) finden wir im Gegensatz dazu hohe Arbeitslosenquoten der Frauen und extrem niedrige Frauenerwerbsquoten. In den Kreisen Düren, Höxter und Wesel sowie in der Stadt Mülheim wiederum finden wir ebenfalls geringe Erwerbsquoten der Frauen, hier allerdings begleitet von nur geringer Frauenarbeitslosigkeit. Eine niedrige Frauenerwerbsquote in einer Region beschreibt nicht nur den örtlichen Arbeitsmarkt, sondern auch die Traditionalität der Lebens- und Familienformen. Der Anteil der Frauen, die als Hausfrauen in traditionellen Lebens- und Familienformen leben, ist in den drei Landkreisen und im Ruhrgebiet besonders hoch. In beiden Regionstypen finden wir verbreitet traditionelle Familienformen, die allerdings in unterschiedlichem Maße von Armut (angezeigt durch die unterschiedliche Höhe der Arbeitslosigkeit) begleitet werden.

Diese Aussagen sind insgesamt noch etwas grob. Gerade in den Ruhrgebietsstädten haben wir auch besonders hohe Anteile allein lebender und allein erziehender Sozialhilfeempfängerinnen gefunden, auf deren Lebens- und Familienverhältnisse die Bezeichnung „traditionell“ nicht unbedingt zutreffen würde.

Wir wollen daher abschließend den Versuch unternehmen, unter Verwendung einer Auswahl weiterer Indikatoren zur sozialen Lage eine differenziertere regionale Klassifikation der unter-

schiedlichen Lebenslagen und Lebensformen von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen abzuleiten. Einige der dafür besonders geeigneten Indikatoren sind bereits behandelt worden. Wir betrachten zu diesem Zweck:

als Lebenslageindikatoren:

- ▶ Die Sozialhilfedichte (2.8) und
- ▶ den Zuwachs des mittleren verfügbaren Einkommens in den Kreisen (2.19) von 1989 bis 1996 in Prozent des durchschnittlichen Einkommenszuwachses in Nordrhein-Westfalen) sowie
- ▶ den Anteil der Arbeitslosen (2.9) an den Erwerbspersonen (2.10),

als Lebensformenindikatoren:

- ▶ die Scheidungsrate (Ehescheidungen auf 100 geschlossene Ehen, vgl. Indikator 2.11 für 1991, 1992),
- ▶ die Fertilitätsrate (Lebendgeborene auf 1 000 Frauen im Alter von 15 - 45 Jahren, 2.6),
- ▶ die Erwerbsquote (2.10) sowie die Differenz der Erwerbsquoten von Männern und Frauen sowie den Wanderungssaldo (Zuzüge minus Fortzüge, 2.15).

Die „Lebenslageindikatoren“ ließen sich zwar auch geschlechtsspezifisch bestimmen, die Arbeitslosenquote als Anteil der weiblichen (bzw. männlichen) Arbeitslosen an den weiblichen (bzw. männlichen) Erwerbspersonen, die Sozialhilfedichte als Anteil der Sozialhilfeempfängerinnen (laufende Hilfe zum Lebensunterhalt) an der weiblichen Bevölkerung oder als Anteil der Sozialhilfeempfänger an der männlichen Bevölkerung. Diese Differenzierungen sind jedoch nicht aussagefähig, da in den Kreisen und Städten, in denen die Arbeitslosenquote der Männer hoch ist, auch die Arbeitslosenquote der Frauen entsprechend hoch ist (und umgekehrt); in den Kreisen und Städten mit hohen Sozialhilfedichten der Frauen finden wir auch entsprechend hohe Raten bei den Männern. Die jeweiligen Indikatoren für Männer und Frauen weisen Korrelationen von über 0,98 auf, d. h. durch den „weiblichen“ Indikator ist der „männliche“ jeweils faktisch schon mitgemessen. Dabei sind allerdings die beschriebenen Niveauunterschiede zu beachten. Frauen haben, wie gezeigt, überall ein höheres Armutsrisiko als Männer.

Bei den „Lebensformenindikatoren“ haben wir zuvor gesehen, dass hohe Frauenerwerbsquoten in bestimmten Regionen ein Indiz für die „Modernität“ bzw. niedrige Quoten in anderen für die „Traditionalität“ der Lebens- und Familienformen sind. Die regionalen Erwerbsquoten der Männer in Nordrhein-Westfalen liegen durchweg im Durchschnitt um 19 Prozentpunkte höher als die der Frauen, allerdings sind die Differenzen im regionalen Vergleich unterschiedlich hoch. Wir betrachten deshalb die Erwerbsquote insgesamt und die Differenz der Erwerbsquoten von Männern und Frauen.

Mit dem statistischen Verfahren der Faktorenanalyse (angewendet und erläutert bei Strohmeier und Kersting, 1997) können wir aus den o. g. Merkmalen zwei Messskalen (über sogenannte „factor scores“, die eine gewichtete Summe dieser Indikatoren darstellen) konstruieren, mit denen wir die Gebietseinheiten beschreiben können.

Die höchsten Werte auf der ersten Skala, dem „Faktor 1“ (den wir mit „Armut und soziale Desintegration“ bezeichnen) haben Kreise und Städte mit hohen Scheidungsquoten, hohen Armutsquoten, geringen Wanderungsgewinnen oder gar mit Wanderungsverlusten, niedrigen

Geburtenraten und hoher Arbeitslosigkeit. Entsprechend haben Kreise und Städte mit den jeweils entgegengesetzten Merkmalsausprägungen auf dieser Skala die niedrigsten Werte.

Der zweite „Faktor“ (wir nennen ihn „Modernität und Prosperität“) zeigt die höchsten Werte in Gebietseinheiten mit den höchsten relativen Einkommenszuwächsen und den niedrigsten Arbeitslosenquoten, mit hohen Erwerbsquoten bei Frauen und Männern und zugleich den geringsten Abständen zwischen den Erwerbsquoten von Männern und Frauen.

Die nachfolgende Abbildung zeigt eine Klassifikation aller Kreise und kreisfreien Städte entlang diesen beiden Skalen.

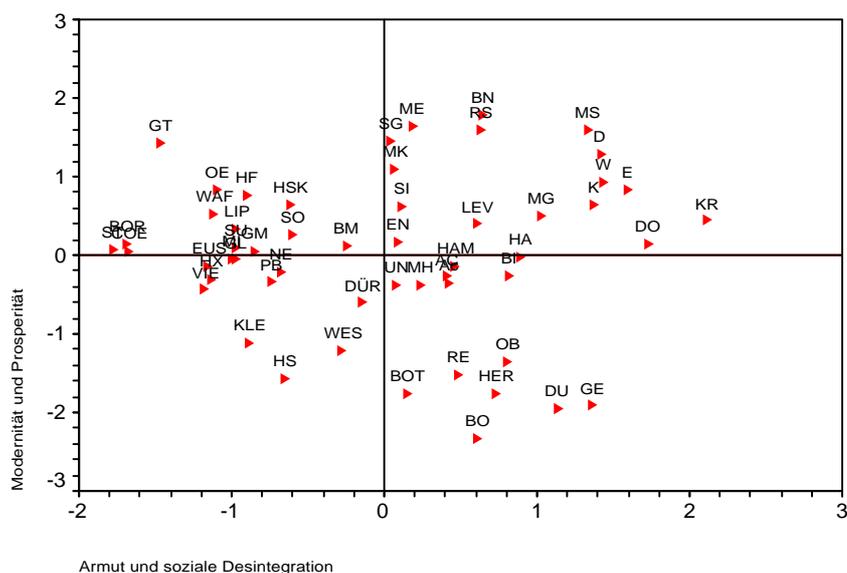


Abbildung 9: Lebenslagen und Lebensformen, Nordrhein-Westfalen, Kreise und kreisfreie Städte, 1998

Der erste Faktor „Armut und Desintegration“ unterscheidet städtische und ländliche Räume. Im linken Bereich mit Werten kleiner als Null finden wir fast ausnahmslos (und fast alle) Kreise des Landes, im rechten alle Städte. Der zweite Faktor „Modernität und Prosperität“ trennt (über der Nulllinie) die „modernen“ Großstädte des Landes und ihr suburbanes Umland von den altindustriellen Städten an Rhein und Ruhr und den grenznahen ländlichen Räumen unterhalb der Nulllinie.

Höchste Werte auf dem Armutsfaktor 1 und niedrigste auf dem Modernitäts- und Prosperitätsfaktor 2 haben die Ruhrgebietsstädte. Im diagonal gegenüberliegenden Feld, Regionen mit niedrigsten Werten auf dem Armutsfaktor und hohen Modernitäts- und Prosperitätswerten, finden wir ländlich-suburbane Kreise des „Speckgürtels“ der Dienstleistungszentren des Landes. Diese selbst finden wir im rechten oberen Bereich (erhebliche Prosperität bei gleichzeitig hoher Armut und sozialer Spaltung). Schließlich liegen links unten im Bereich geringer Modernität bei gleichzeitig wenig ausgeprägten Armuts- und Desintegrationsphänomenen die peripheren Räume des Landes, die hinsichtlich der Lebens- und Familienformen noch traditionell strukturiert sind.

Mit diesen wenigen Indikatoren läßt sich also bereits eine konsistente Typisierung der Lebensformen und Lebenslagen der Bevölkerung in den Teilräumen von Nordrhein-Westfalen erreichen, die statistisch immerhin zwei Drittel der regionalen Variation der verwendeten Merkmale erklärt.

Damit ist natürlich noch keine Beschreibung der in den Kreisen und Städten tatsächlich im Einzelnen vorfindbaren individuellen Lebenslagen und Lebensformen der Bevölkerung gegeben. Die Bandbreite der Möglichkeiten scheint damit aber bereits hinreichend abgesteckt.

Nach allem, was wir über den Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit wissen, müsste diese Klassifikation, wenn sie Sinn macht, einigermaßen verlässliche Vorhersagen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung erlauben. Auch wenn dies eine nach wie vor ausstehende differenzierte Analyse des Zusammenhangs von sozialer Lage und Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen nicht ersetzen kann, soll abschließend deshalb geprüft werden, in welchem Maße diese Strukturen stimmig sind mit den regionalen Unterschieden der Lebenserwartung, die wir zu Beginn als groben Gesamt-Gesundheitsindikator eingeführt haben.

Die Lebenserwartung der Frauen und der Männer wird negativ beeinflusst vom ersten Faktor: Je höher in einer Region das Niveau von Armut und familialer Desintegration, desto geringer ist die Lebenserwartung. Bei den Männern ist dieser Zusammenhang stärker als bei den Frauen. Die Lebenserwartung hängt dagegen positiv mit Modernität und Prosperität zusammen: Je höher Modernität und Prosperität, desto höher ist die Lebenserwartung. Auch hier ist der Effekt bei den Männern stärker als bei den Frauen. Beide Zusammenhänge sind signifikant und statistisch gesichert. Die mittlere Lebenserwartung der Frauen und Männer in den Kreisen und kreisfreien Städten läßt sich mit folgenden Gleichungen schätzen:

1. Lebenserwartung der Frauen = $80,1 - 0,224 * \text{Faktor1} + 0,295 * \text{Faktor2}$
2. Lebenserwartung der Männer = $73,7 - 0,340 * \text{Faktor1} + 0,485 * \text{Faktor2}$

Wenn wir beide Werte (Faktor 1 und Faktor 2) kennen, so können wir mit diesen Schätzgleichungen relativ verlässliche Schätzungen der Lebenserwartung in den Städten und Kreisen vornehmen, die von den beobachteten Werten nur wenig abweichen. Für die Mehrzahl der Kreise ergibt sich bei Kenntnis der beiden Faktorwerte eine bereits durchaus befriedigende Schätzung der mittleren Lebenserwartung von Frauen und Männern. Nur in etwa einem Drittel der Fälle betragen die Abweichungen der geschätzten von den beobachteten Werten nach oben und unten mehr als ein halbes Jahr.

2.2.6 Zusammenfassung

Der Beitrag untersucht anhand sozialer Hintergrunddaten und der Gesundheitsindikatoren des Landes Nordrhein-Westfalen in regionaler Betrachtungsweise den Zusammenhang zwischen der sozialen Lage von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen und ihrer Gesundheit. Die Lebensbedingungen in den Kreisen und Städten in Nordrhein-Westfalen weisen die Tendenz einer zunehmenden sozialräumlichen Polarisierung auf. Entlang dieser wachsenden sozialräumlichen Ungleichheiten im Lande finden wir auch regionale Unterschiede der Lebenserwartung von Frauen und Männern, die nicht auf Unterschiede im Niveau der medizinischen Versorgung zurückzuführen sind, sondern das Ergebnis unterschiedlicher räumlicher Konzentration individueller Merkmale benachteiligter sozialer Lagen bilden. Es besteht ein

vielfach nachgewiesener Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit, der auch räumlich strukturiert ist.

Frauen sind in benachteiligten sozialen Lagen überrepräsentiert; sie sind in ungleich höherem Maße als Männer durch Haus- und Familienarbeit belastet. Trotz inzwischen vollzogener Angleichung der allgemeinen und beruflichen Qualifikationsniveaus sind sie in der Arbeitswelt häufiger in unteren Positionen und arbeiten für weniger Geld als Männer. Besondere Aufmerksamkeit wird den Menschen gewidmet, für die das in unserer Gesellschaft für angemessen gehaltene soziokulturelle Existenzminimum nicht mehr gewährleistet ist. Armut in Nordrhein-Westfalen betrifft heute in besonderem Maße Kinder und junge Frauen, und sie trifft unter den pluralisierten Lebensformen unserer modernen Gesellschaft besonders die Familien, in erster Linie allein erziehende Mütter mit ihren Kindern und kinderreiche Familien. Das bekannte Phänomen der Altersarmut von Frauen mit unzureichenden Sicherungsansprüchen tritt dahinter neuerdings deutlich zurück. Der Sozialbericht NRW 1998 zeigt die Bedeutung, die differenzierte Auswertungen der Individualdaten der Sozialhilfestatistik künftig für die Sozial- und Gesundheitsberichterstattung des Landes haben könnten (Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen, 1999).

Die regionale Analyse von Lebenslagen und Lebensformen der Frauen und Männer in Nordrhein-Westfalen ergibt ein deutliches Muster räumlicher Ungleichheit entlang den Dimensionen „Armut und soziale Spaltung“ auf der einen und „Modernität und Prosperität“ auf der anderen Seite. Frauen in relativ traditionellen Lebensformen finden wir vor allem in Teilen des Ruhrgebiets und in ländlichen Kreisen „an den Rändern“ von Nordrhein-Westfalen; der Unterschied zwischen beiden liegt im Ausmaß von Armut und sozialer Benachteiligung, das in den ländlichen Regionen geringer ist. Auf der anderen Seite finden wir moderne Lebensformen (unter Einschluss verbreiteter Erwerbstätigkeit von Müttern) in den prosperierenden, familiengeprägten Zuwanderungsgebieten im „Speckgürtel“ der großen Städte und in den Dienstleistungszentren. Diese regionalen Strukturen der Lebenslagen und Lebensformen der Frauen und Männer in Nordrhein-Westfalen sind (bei aller Grobheit der Analyse) von Bedeutung für ihre Gesundheit. Die mittlere Lebenserwartung in den Kreisen und Städten wird positiv von „Modernität und Prosperität“ und negativ von „Armut und sozialer Desintegration“ beeinflusst.

Literatur

- Geyer, S.; Peter, R. (1999): Occupational Status and All-Cause Mortality. *European Journal of Public Health*, 9, S. 114 - 118.
- Kühn, H. (1998): Gesundheit/Gesundheitssystem. in: Schäfers, B.; Zapf, W. (Hrsg.): *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands*. Opladen, S. 263 - 275.
- Kaufmann, F.-X. (1995): *Die Zukunft der Familie im vereinten Deutschland*. München.
- Marmot, M. G.; Kogevinas, M.; Elston, M. A. (1987): Social/Economic Status and Disease. *Annual Review of Public Health* 8, S. 111 - 135.
- Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1999): *Sozialbericht NRW 1998*. Düsseldorf.
- Strohmeier, K. P.; Kersting, V. (1994): Auswirkungen des demographischen Wandels auf die örtliche Sozialpolitik - analysiert am Beispiel des Raumes Ostwestfalen-Lippe. *Städte- und Gemeinderat. Zeitschrift des nordrhein-westfälischen Städte- und Gemeindebundes*, Heft 2, S. 41 - 46.

Strohmeier, K. P.; Kersting, V. (1997): Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen. Expertenbericht zum Themenfeld 2 des Indikatorenansatzes. Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen. Band 9/1997. Bielefeld: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, S. 11 - 60.

2.3 Die gesundheitliche Lage von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen

Die gesundheitliche Lage der Menschen in Nordrhein-Westfalen wird bestimmt durch die erreichte hohe Lebenserwartung und eine überdurchschnittliche Lebensqualität. Nordrhein-Westfalen gehört zu den reichsten und fortschrittlichsten Regionen Europas. Dennoch bestehen weiterhin Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen einzelnen Stadt- und Landkreisen und für bestimmte benachteiligte Bevölkerungsgruppen, vor allem wenn Qualität und Erreichbarkeit der medizinischen Versorgung einerseits und psychosoziale Belastungen andererseits berücksichtigt werden. Allerdings ist die Datenlage – wie in ganz Deutschland – immer noch bestimmt durch die klassische Medizinalstatistik, nämlich eine flächendeckende Dokumentation der Sterblichkeit (Mortalität) nach Wohnort, Krankheitsdiagnose, Alter und Geschlecht. Die Informationen zur Krankheitshäufigkeit (Morbidität) und erst recht zu Lebensqualität und Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung sind deutlich weniger vollständig. Die Durchführung eines Gesundheitssurveys für Nordrhein-Westfalen im Jahre 2000 wird die Informationslage zur Selbsteinschätzung der Gesundheit, zur Krankheitshäufigkeit und zur gesundheitlichen Versorgung wesentlich verbessern.

Frauen haben über viele Jahrhunderte eine geringere Lebenserwartung als Männer gehabt, zum einen wegen der hohen Müttersterblichkeit und häufig auch durch eine soziale und materielle Benachteiligung aufgrund ihres geringeren Rechtsstatus. Dies hat sich erst in den letzten 100 Jahren geändert. Heute ist auch in Nordrhein-Westfalen die Lebenserwartung von Frauen höher als die der Männer. Möglicherweise kann sich ein höheres biologisches Überlebenspotenzial unter günstigen äußeren Umständen besser entfalten. Einige Untersuchungen zeigen, dass dieser Überlebensvorteil der Frau sich in den unteren Sozialschichten weniger deutlich manifestiert (WHO et al. 1996).

Unterschiedlich stellt sich dies auch für einzelne Krankheitsdiagnosen dar. Die geringere Sterblichkeit ist vielfach mit einer höheren Morbidität verbunden.

In den folgenden Abschnitten werden wesentliche Aspekte der Sterblichkeit, der Krankheitshäufigkeit, der gesundheitlichen Versorgung und der Lebensweise soweit möglich geschlechtsspezifisch – jedoch vorwiegend mit Blick auf die Gesundheit von Frauen – dargestellt.

2.3.1 Mortalität

Unmittelbarer Ausdruck der Mortalitätsentwicklung ist die Lebenserwartung. Statistisch wurde dieser Hauptindikator der gesundheitlichen Lage noch im letzten Jahrhundert durch die hohe Kindersterblichkeit bestimmt. In vielen Regionen der Dritten Welt ist dies auch heute noch der Fall. In Nordrhein-Westfalen ist die Säuglingssterblichkeit mittlerweile auf 5,1 ‰ abgesunken (1998) und liegt damit etwas günstiger als der Mittelwert der EU-Länder von 5,2 ‰. Unter diesen Bedingungen erlaubt die Berechnung der Lebenserwartung bei Geburt eine adäquate Gesamtbewertung der gesundheitlichen Lage (Tabelle 1). Dabei werden Differenzen von einem Lebensjahr schon als relevant bewertet.

Lebenserwartung

Die Lebenserwartung der Frauen in Nordrhein-Westfalen ist mit 80,0 Jahren um rund 6,4 Jahre höher als die der Männer und entspricht damit ziemlich genau der durchschnittlichen Lebenserwartung in Deutschland. In den süddeutschen Bundesländern ist sie allerdings um

rund 1 Jahr höher, in einigen neuen Bundesländern um bis zu 2 Jahre niedriger (Statistisches Bundesamt 1998).

| Regierungsbezirke | Mittlere Lebenserwartung in Jahren | |
|----------------------|------------------------------------|-------------|
| | Frauen | Männer |
| Düsseldorf | 79,8 | 73,3 |
| Köln | 80,0 | 74,2 |
| Münster | 80,2 | 73,6 |
| Detmold | 81,0 | 74,3 |
| Arnsberg | 79,9 | 73,3 |
| NRW insgesamt | 80,0 | 73,6 |

Tabelle 1: Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt, Nordrhein-Westfalen, 1995 - 1997

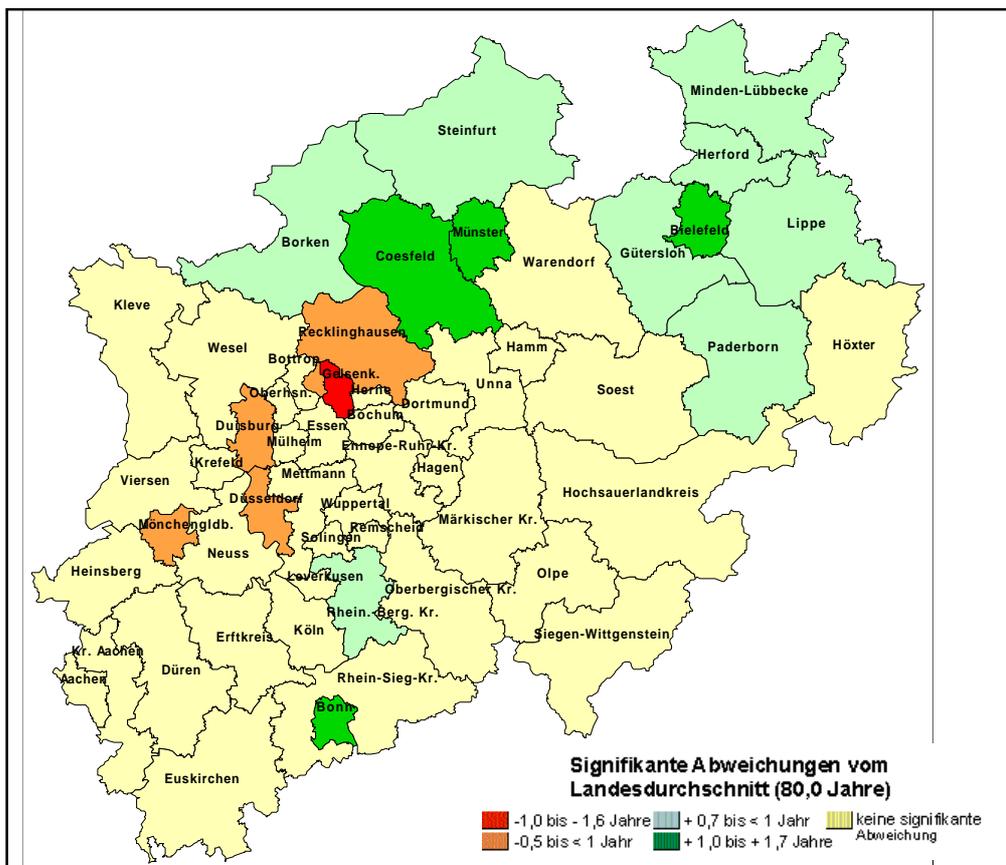


Abbildung 1a: Lebenserwartung von Frauen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 1995 - 1997

Auch innerhalb von Nordrhein-Westfalen finden sich Unterschiede z. B. von bis zu 1,2 Jahren zwischen den Regierungsbezirken Düsseldorf und Detmold. Noch deutlicher werden regionale Unterschiede bei einer Aufschlüsselung nach den 54 nordrhein-westfälischen Stadt- und Landkreisen (Abbildung 1a und 1b, s. Anhang: Ind. 3.7a).

Die Karte zeigt eine gegenüber dem Landesdurchschnitt deutlich höhere Lebenserwartung der Frauen für die Kreise Bielefeld, Bonn, Coesfeld und Münster, eine deutlich geringere Lebenserwartung von -1,6 Jahren für Gelsenkirchen. In diesen Kreisen weicht mit Ausnahme von Coesfeld auch die Lebenserwartung der Männer gleichsinnig vom Landesdurchschnitt ab (Abbildung 1b). Abweichungen dieser Größenordnung ausschließlich für Männer finden sich in den Kreisen Aachen (Stadt), Rhein-Sieg-Kreis und Rheinisch-Bergischer Kreis (Lebenserwartung für Männer deutlich erhöht) und in Duisburg, Essen, Oberhausen, Bochum und Dortmund (Lebenserwartung niedriger).

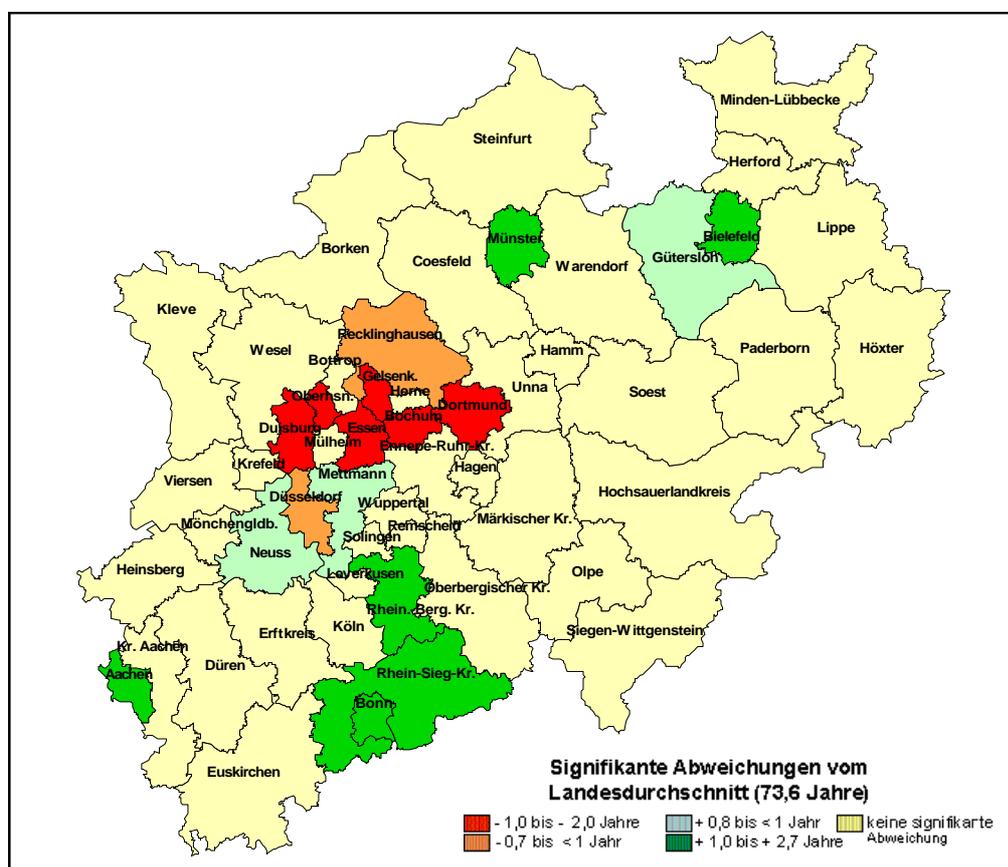


Abbildung 1b: Lebenserwartung von Männern, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 1995 - 1997

Abbildung 2a zeigt die zeitliche Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung der Frauen in Nordrhein-Westfalen zwischen 1990/92 und 1995/97. Die beiden Stadtkreise Münster und Bonn weichen dabei am stärksten im Sinne einer erhöhten Lebenserwartung nach oben ab. Für die weibliche Population in diesen Städten liegt die Lebenserwartung mit 81,7 Jahren (Münster) bzw. 81,4 Jahren (Bonn) um 1,7 bzw. 1,4 Jahre über dem Landesdurchschnitt von

80,0 Jahren. Auf der anderen Seite liegt die durchschnittliche Lebenserwartung in Gelsenkirchen mit 78,4 Jahren um 1,6 Jahre unter dem Landesdurchschnitt. Für den Kreis Euskirchen errechnet sich bei 79,2 Jahren eine um 0,8 Jahre erniedrigte Lebenserwartung. Verglichen mit den Ausgangsdaten von 1990 - 1992 zeigt sich 1995 - 1997 eine Spreizung der Abweichungen vom Landesdurchschnitt. So ist der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen Gelsenkirchen (+0,8 Jahre) und Münster (+1,1 Jahre) von 3 auf 3,3 Jahre gestiegen.

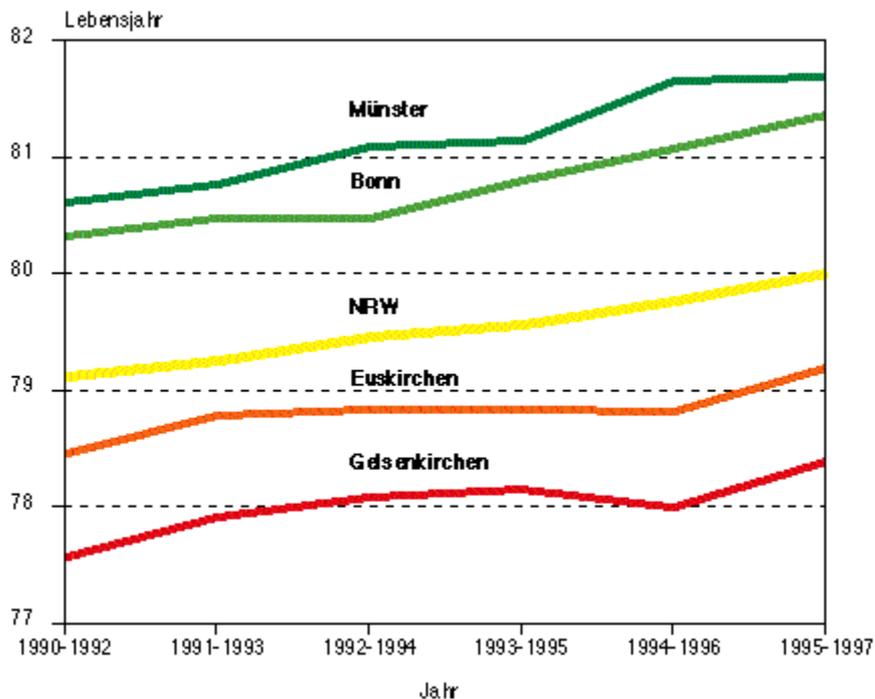


Abbildung 2a: Entwicklung der Lebenserwartung von Frauen, Nordrhein-Westfalen und ausgewählte Kreise, 1990 - 1992 bis 1995 - 1997

In Gelsenkirchen und Bonn weicht auch die Lebenserwartung der Männer gleichsinnig vom Landesdurchschnitt ab (Abbildung 2b). Während der Landesdurchschnitt der Lebenserwartung bei den Männern bei 73,6 Jahren liegt, haben Bonn mit 76,3 Jahren und der Rheinisch-Bergische Kreis mit 75,2 Jahren und entsprechenden Abweichungen von +2,7 Jahren bzw. +1,5 Jahren die höchste Lebenserwartung. Das andere Extrem wird durch Gelsenkirchen mit 71,6 Jahren (-2,0 Jahre) bzw. Oberhausen mit 72,2 Jahren (-1,5 Jahre) vertreten. Für die Männer stellt sich die regional unterschiedliche Lebenserwartung dramatischer dar als für die Frauen. Lag in den Ausgangsjahren 1990 - 1992 der Unterschied in der Lebenserwartung bei Männern zwischen den Extremen Gelsenkirchen und Bonn bei 3,1 Jahren, also einem den Frauen vergleichbaren Unterschied, stieg die Differenz hier auf 4,7 Jahre in 1995/97 an. Erklärt wird der inzwischen große Unterschied durch einen Anstieg der Lebenserwartung um 1,0 Jahre in Gelsenkirchen – aber um 2,6 Jahre in Bonn.

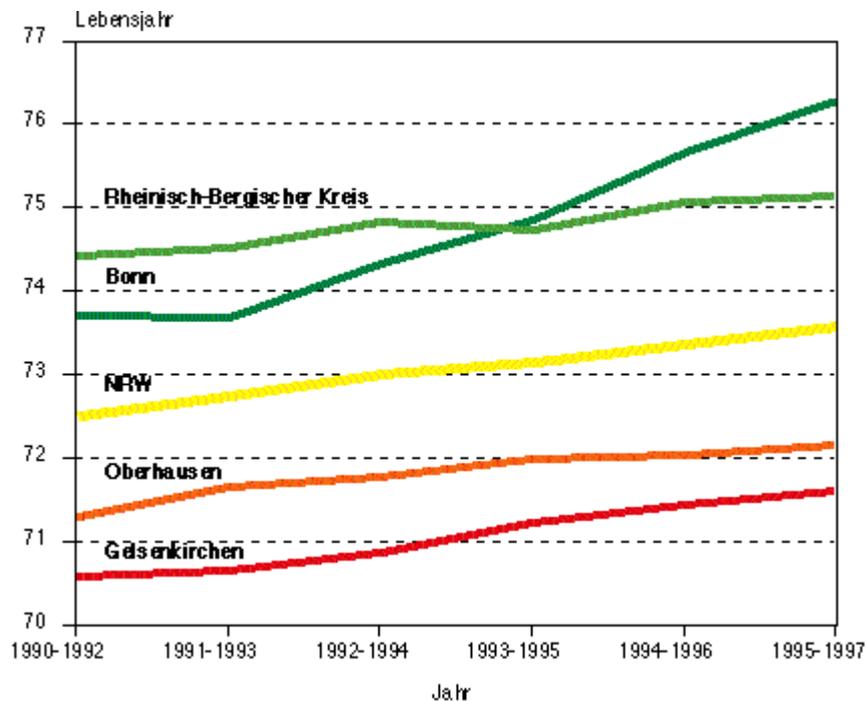


Abbildung 2b: Entwicklung der Lebenserwartung von Männern, Nordrhein-Westfalen und ausgewählte Kreise, 1990 - 1992 bis 1995 - 1997

Sterblichkeit

Im Jahr 1997 hatte Nordrhein-Westfalen eine mittlere Bevölkerung von fast 18 Millionen Einwohnern (Frauen 51 %), davon etwas über 2 Millionen Migrantinnen und Migranten. Die Zahl der Sterbefälle lag bei nahezu 190 000, davon etwas über 101 000 weiblich. Bezogen auf den etwas größeren Frauenanteil in der Bevölkerung entspricht dies aber einer deutlich niedrigeren Sterberate von 849 je 100 000 Einwohner gegenüber den Männern mit 921 je 100 000 Einwohner, standardisiert auf die Europabevölkerung (neu). (Für die vergleichende Betrachtung altersabhängiger Entwicklungen ist eine sogenannte Altersstandardisierung der entsprechenden Statistiken erforderlich. Im Folgenden wird, soweit nicht anders angegeben, durchgehend auf die Europabevölkerung (neu) standardisiert.) Der Anteil der Todesfälle unter 65 Jahren liegt bei 13 % (Frauen) bzw. 30 % (Männer). Der hohe Anteil vorzeitiger Todesfälle bei Männern spiegelt sich in höheren Sterberaten für fast alle Krankheitsgruppen wider, besonders deutlich bei der mit Abstand größten Gruppe der Herz-Kreislauf-Krankheiten (Frauen 37 und Männer 91 je 100 000), aber auch bei Unfällen, Drogentoten und Suizid (jeweils annähernd im Verhältnis 1 : 3; s. a. Anhang: Indikatoren 3.11a, 3.8). Für die zweitgrößte Gruppe, die der bösartigen Neubildungen, liegen die beiden Geschlechter dichter beieinander (Frauen 66 und Männer 89 je 100 000).

Die nach Krankheitsgruppen zusammengefassten Haupttodesursachen (jeweils berechnet auf 100 %) bei Frauen und Männern zeigen eine deutliche Altersabhängigkeit. In den ersten Lebensjahren sind neben den hier nicht weiter spezifizierten übrigen Todesursachen die angeborenen Fehlbildungen, Deformationen und Chromosomenanomalien (synonym: kongenitale

Anomalien) eine wichtige Todesursache. In den weiteren Lebensjahren (etwa 5 bis 15 Jahre) gewinnen die Neubildungen als Todesursache an Gewicht. Hier stellt sich der Anteil der Neubildungen zuungunsten der Mädchen dar, bei einem gleichzeitig deutlich höheren Anteil an Verletzungen und Vergiftungen bei den Jungen. Ab einem Alter von etwa 30 Jahren werden bei den Frauen die Todesursachen Neubildungen und Herz-Kreislauf-Krankheiten zusehends wichtiger. Ab etwa 60 Jahren entwickeln sich die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bei gleichzeitigem relativen Rückgang der Neubildungen, zur wichtigsten Todesursache. Für die Männer findet sich bei insgesamt höherer Sterblichkeit eine in etwa parallele Entwicklung, die jedoch erst rund 5 Jahre später einsetzt (Abbildungen 3a und 3b).

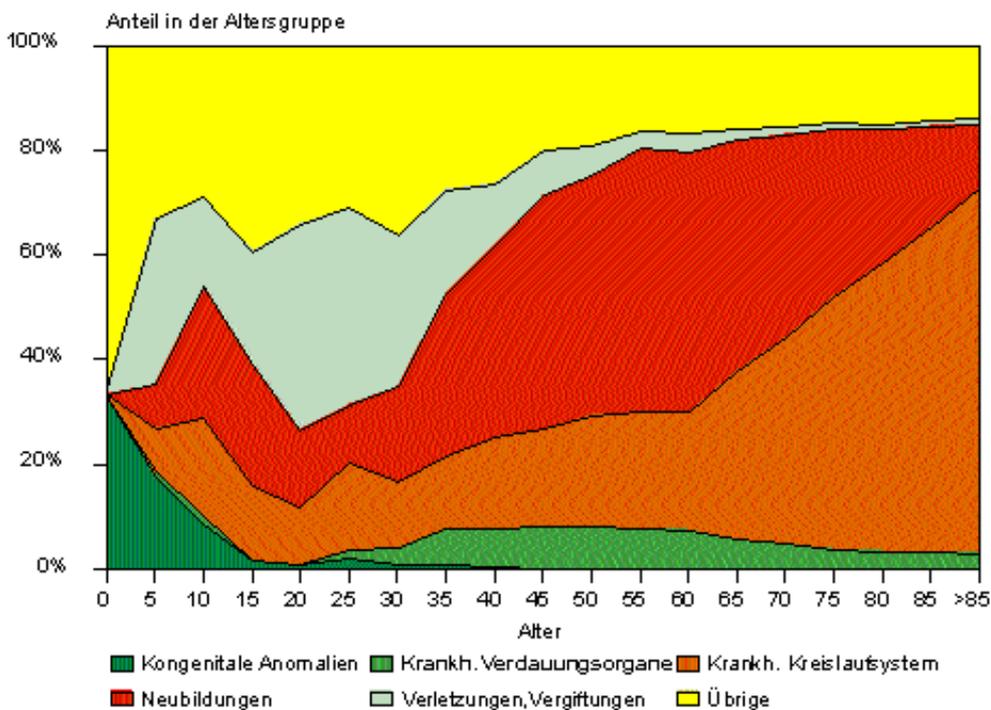


Abbildung 3a: Haupttodesursachen bei Frauen, Profil nach Alter, Nordrhein-Westfalen, 1997

Parallel mit dem Anstieg der Lebenserwartung ist die Mortalität für beide Geschlechter in Nordrhein-Westfalen während der beiden letzten Jahrzehnte kontinuierlich gesunken: um mehr als ein Viertel zwischen 1980 und 1997 (s. Anhang: Ind. 3.1, 3.1a).

Besonders stark ist die zeitliche Dynamik oder die Relation zwischen den beiden Geschlechtern für einzelne Diagnosen und Altersgruppen ausgeprägt, deren Zeittrends im Anhang, Indikator 3.9, dargestellt sind.

Während sich beim Herzinfarkt die Mortalität für beide Geschlechter zwischen 1980 und 1997 annähernd halbiert, steigt sie für die bösartigen Neubildungen der Lunge, in erster Linie das Bronchialkarzinom, bei Frauen deutlich an, allerdings noch auf niedrigerem Niveau (von 11 auf 21 je 100 000 Frauen im Alter von 35 - 64 Jahren) als bei Männern (1997: 72 je 100 000). Dies hängt vor allem mit dem steigenden Nikotinkonsum von Frauen in Nordrhein-Westfalen zusammen (siehe unten). In den USA hat sich das Geschlechterverhältnis inzwischen sogar

umgekehrt. Die mit 41 je 100 000 Frauen hohe Sterblichkeit an Brustkrebs konnte in den letzten eineinhalb Jahrzehnten trotz medizinischer Fortschritte nicht entscheidend gesenkt werden.

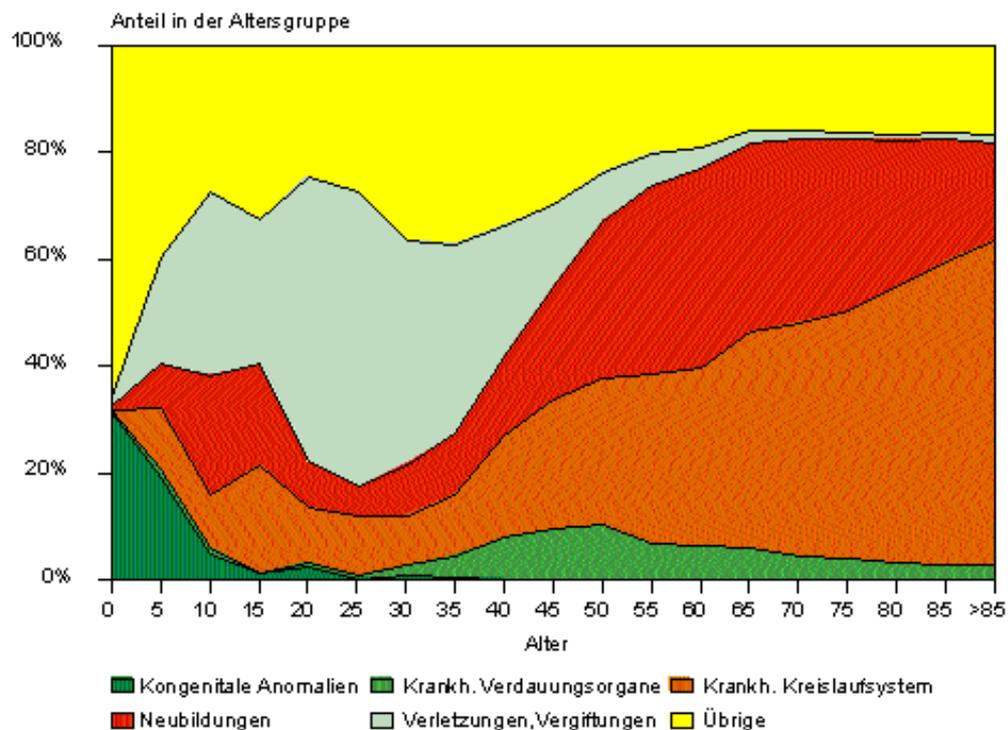


Abbildung 3b: Haupttodesursachen bei Männern, Profil nach Alter, Nordrhein-Westfalen, 1997

Die Rate tödlicher Kraftfahrzeugunfälle lag während des gesamten Zeitraums bei Mädchen und Frauen deutlich niedriger als bei Männern, besonders ausgeprägt in der Altersgruppe des Jugend- und jungen Erwachsenenalters mit einem Verhältnis von etwa 1 : 4 zugunsten der Frauen (1997: 4 : 18 je 100 000). Die deutliche Verbesserung zwischen 1980 und 1985 auf etwa die Hälfte durch Einführung der Anschnallpflicht ist seither in etwa auf diesem Niveau verblieben mit tendenziell weiterer Abnahme. Eine insgesamt vergleichbare Situation ergibt sich für die Rate der Selbsttötungen, deren Bedeutung nach Häufigkeit in den betrachteten Altersgruppen durchaus mit der Anzahl tödlicher Verkehrsunfälle vergleichbar ist. Allerdings erstreckt sich der Rückgang um bis zu 50 % gleichmäßig über den gesamten Zeitraum.

Von besonderem Interesse in der Öffentlichkeit war während der letzten Jahre der plötzliche Kindstod. Hier ist seit 1992 eine deutliche Reduktion zu beobachten, die sicherlich im Zusammenhang mit der von Prof. Jorch und Mitarbeitern durchgeführten „Westfälischen Studie zum Plötzlichen Säuglingstod“ zu sehen sind (Brinkmann/Jorch/Banjanowski/Ott, 1996). Die Ergebnisse der Studie führten in Nordrhein-Westfalen zu einer Reihe offizieller Empfehlungen und einer intensivierten Aufklärung der Mütter über die Rolle der Bauchlage, des Rauchens und des Stillverhaltens. Seither stagniert die Entwicklung auf niedrigerem Niveau mit etwas günstigeren Raten für weibliche Säuglinge.

Müttersterblichkeit

Als dramatisch können die Verbesserungen der Müttersterblichkeit gewertet werden. Während die Geburtenzahl zwischen 1980 und 1997 von fast 170 000 auf etwas über 190 000 gestiegen ist, starben 1997 nur noch 6 Mütter bei oder unmittelbar nach der Geburt im Vergleich zu 41 Müttern im Jahr 1980. Das entspricht einer Verbesserung der Rate je 100 000 Lebendgeborene von 24 auf 3 (Abbildung 4). Größere Verbesserungen der Lage lassen sich zwischen 1980 und 1986 und dann noch einmal ab 1992 konstatieren.

Die regionale Aufschlüsselung zeigt, dass von insgesamt 308 verstorbenen Müttern fast ein Drittel (94) in Kreisen mit 10 oder mehr Sterbefällen wohnhaft waren, 3 davon allerdings ausschließlich vor 1992. Ein Ruhrgebietskreis hatte alleine 16 mütterliche Sterbefälle zu verzeichnen. Dabei spielt eine größere Bezugsbevölkerung keine entscheidende Rolle, da die mütterliche Mortalität praktisch vollständig verhindert werden kann, wie die 1997 insgesamt nur noch verbliebenen 6 Fälle in Nordrhein-Westfalen belegen.

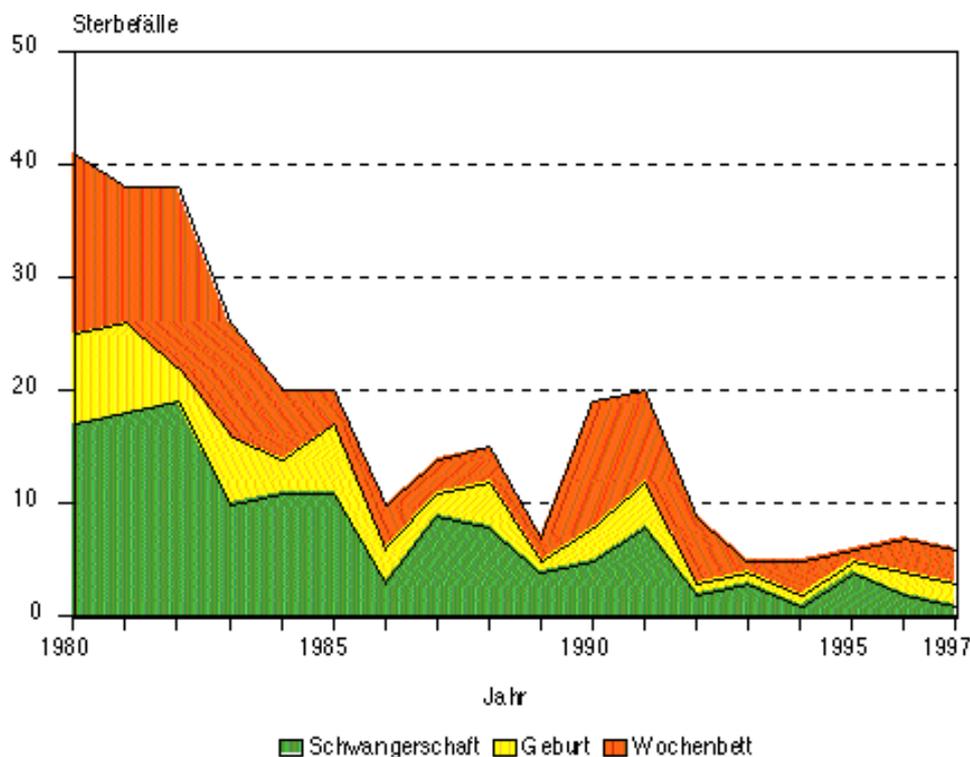


Abbildung 4: Gestorbene Mütter nach dem Zeitpunkt der tödlich verlaufenen Komplikation, Nordrhein-Westfalen, 1980 - 1997

In einem Kreis (Höxter) trat während der gesamten Zeit kein einziger Todesfall auf, in weiteren 18 Kreisen kam es während der 18-Jahresperiode zu maximal 3 Todesfällen. Die zwischen 1995 und 1997 verstorbenen 19 Mütter verteilen sich auf 15 Kreise. 35 verstorbene Mütter (19 %) waren 35 Jahre oder älter, 6 % unter 20 Jahre alt (allerdings fast ausnahmslos vor 1985).

Entscheidend für die Erfolge bei der Bekämpfung der Müttersterblichkeit ist die praktische Eliminierung der Todesfälle bei Fehlgeburt und durch Puerperal- oder Wochenbettfieber (zuletzt noch je 1 Fall 1993 bzw. 1994) sowie die deutliche Reduzierung bei den sonstigen Komplikationen in Schwangerschaft und Wochenbett (Tabelle 2). Allerdings traten tödliche Blutungen, Schwangerschaftshypertonie und Lungenembolien auch noch in der zweiten Hälfte der 90er Jahre auf: So waren 3 der 6 Todesfälle 1997 auf Lungenembolien zurückzuführen.

| ICD-9 | Diagnose | 1980-1985 | 1986-1991 | 1992-1997 | 1980-1997 |
|------------------|------------------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 630-639 | Fehlgeburten verschiedener Ursache | 14 | 9 | 1 | 24 |
| 640-648 | Schwangerschaftskomplikationen | 72 | 28 | 12 | 112 |
| darunter: 641 | Blutungen | 17 | 4 | 6 | 27 |
| 642 | Bluthochdruck | 34 | 16 | 5 | 55 |
| 670-676 | Komplikationen im Wochenbett | 63 | 31 | 17 | 111 |
| darunter: 670 | Wochenbettfieber | 15 | 10 | 2 | 27 |
| 673 | Lungenembolie | 33 | 17 | 11 | 61 |
| 630-676 | Hauptgruppe XI* insg. | 184 | 86 | 38 | 308 |

* Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett

Tabelle 2: Gestorbene Mütter nach ausgewählten Todesursachen, absolute Zahlen, Nordrhein-Westfalen, 1980 - 1997

Vorzeitige Sterblichkeit

Um die relative Bedeutung der einzelnen Krankheiten für die Mortalität im jungen und mittleren Alter zusammenfassend zu bewerten, wird häufig die Anzahl der sogenannten „Verlorenen Lebensjahre“ für einzelne Krankheiten berechnet. Verschiedene methodische Ansätze sind dafür vorgeschlagen worden. Die einfachste Annahme geht davon aus, dass in ausgewählten Diagnosegruppen alle Todesfälle von 1 - 64 Jahren einbezogen werden sollten. Tabelle 3 zeigt, dass der Anteil der Krebs- und der Herz-Kreislauf-Krankheiten auch hier mit fast 49 % dominiert. Bei allen Gruppen, mit Ausnahme der Neubildungen, liegen die verlorenen Lebensjahre für Frauen deutlich niedriger als für Männer. Zwischen 1993 und 1997 hat sich die Anzahl der verlorenen Lebensjahre in Nordrhein-Westfalen kontinuierlich von 3 262 auf 2 979, also um 9 % reduziert. Dies kann als Kriterium für eine zunehmende Verbesserung der medizinischen Versorgung gewertet werden.

| ICD-9 | Todesursache | Verlorene Lebensjahre je 100 000 Einwohner | | |
|----------|--------------------|---|---------|-----------|
| | | Frauen | Männer | Insgesamt |
| 042-044 | AIDS | 10,6 | 43,0 | 27,1 |
| 140-239 | Neubildungen | 754,7 | 876,6 | 818,4 |
| 390-459 | Kreislauf-System | 383,2 | 883,0 | 639,6 |
| 460-519 | Atmungsorgane | 58,0 | 100,0 | 79,6 |
| 520-579 | Verdauungsorgane | 121,8 | 225,5 | 174,8 |
| E950-959 | Suizid | 97,3 | 321,4 | 210,9 |
| 001-999 | Alle Todesursachen | 2 014,4 | 3 904,7 | 2 978,5 |

Tabelle 3: Anzahl der durch Tod vor Vollendung des 65. Lebensjahres verlorenen Lebensjahre je 100 000 Einwohner, 1 bis 64 Jahre, standardisiert an der Europabevölkerung (neu), Nordrhein-Westfalen, 1997

2.3.2 Morbidität

Die gesundheitliche Lage ist heute in erster Linie bestimmt durch die chronischen Erkrankungen wie die degenerativen Gefäß- und Skeletterkrankungen. Dabei sind Symptomatik und Beeinträchtigung der Lebensqualität, aber auch Häufigkeit der ärztlichen Konsultationen, Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitationsmaßnahmen und Frühberentung von Bedeutung.

Die Datenlage ist weniger vollständig als für die Angaben zur Sterblichkeit und zwischen verschiedenen Datenbasen nicht integriert. Vor allem fehlt häufig der Bevölkerungsbezug, sodass epidemiologische Aussagen über die gesundheitliche Lage in der Gesamtbevölkerung nur eingeschränkt möglich sind. Einzelstatistiken stehen zur Verfügung beim Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen, beim Epidemiologischen Krebsregister für den Regierungsbezirk Münster, beim Verband Deutscher Rentenversicherungsträger und anderen. Analysen auf der Basis der Nationalen Gesundheitssurveys (letzte zur Verfügung stehende Daten: 1991/1992) sind weiter unten zusammengefasst. Zur ambulanten Morbidität stehen in Form von Arbeitsunfähigkeitsdaten geeignete flächendeckende Statistiken neueren Datums nur für das Rheinland zur Verfügung. Insofern ist das hier gezeichnete Bild teilweise unvollständig.

Krankenhausbehandlung

Im Jahr 1997 wurden in Nordrhein-Westfalen 3,5 Millionen Krankenhausfälle registriert, das sind fast 20 000 je 100 000 Einwohner (s. Anhang: Ind. 3.75). Darunter sind allerdings auch Mehrfach-Aufnahmen gezählt; in einer repräsentativen Stichprobe finden sich daher auf die Frage nach einer oder mehreren stationären Behandlungen in den letzten 12 Monaten nur 13 % für Frauen und 9 % für Männer (Breckenkamp et al., 1996). Die größten Anteile haben Herz-Kreislauf-Krankheiten, Neubildungen, Verletzungen und Vergiftungen und Krankheiten der

Verdauungsorgane gefolgt von geburtshilflichen Komplikationen, Krankheiten des Skelettsystems und der Atmungsorgane. Vor allem Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krankheiten der Atmungsorgane werden etwas häufiger bei Männern stationär behandelt. Dies wird aber mehr als ausgeglichen durch die höheren Anteile der Frauen an den im Krankenhaus behandelten Neubildungen und durch die Versorgung in der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett.

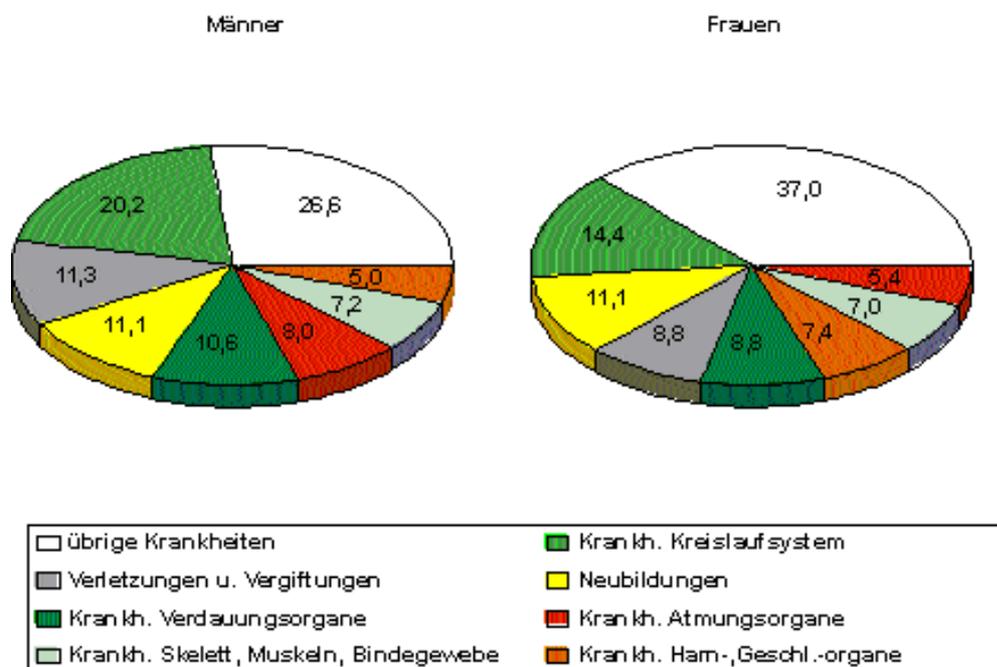


Abbildung 5: Krankenhausfälle nach ICD-Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1997

Medizinische und soziale Rehabilitationsleistungen

Betrachtet man vergleichend die im Indikator 7.21 (s. Anhang) dargestellten Rehabilitationsleistungen, dann fällt auf, dass im Vergleich zur Analyse der Sterblichkeitsursachen andere Diagnosegruppen viel stärker nach vorne rücken, in erster Linie die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, die etwa 36 % aller medizinischen und sonstigen Leistungen zur Rehabilitation auslösen. Es folgen psychiatrische Erkrankungen mit 19 % und erst danach Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebs (Abbildung 6).

Auch hier sind Geschlechtsdifferenzen zwar vorhanden, aber für die größeren Diagnosegruppen mit Ausnahme der Herz-Kreislauf-Krankheiten (zuungunsten der Männer) und der Neubildungen (zuungunsten der Frauen) nicht sehr groß. Ähnliche Relationen finden sich bei den Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (s. Anhang: Ind. 3.48): 1997 insgesamt 700 je 100 000 aktiv Versicherte (574 bei Frauen und 787 bei Männern).

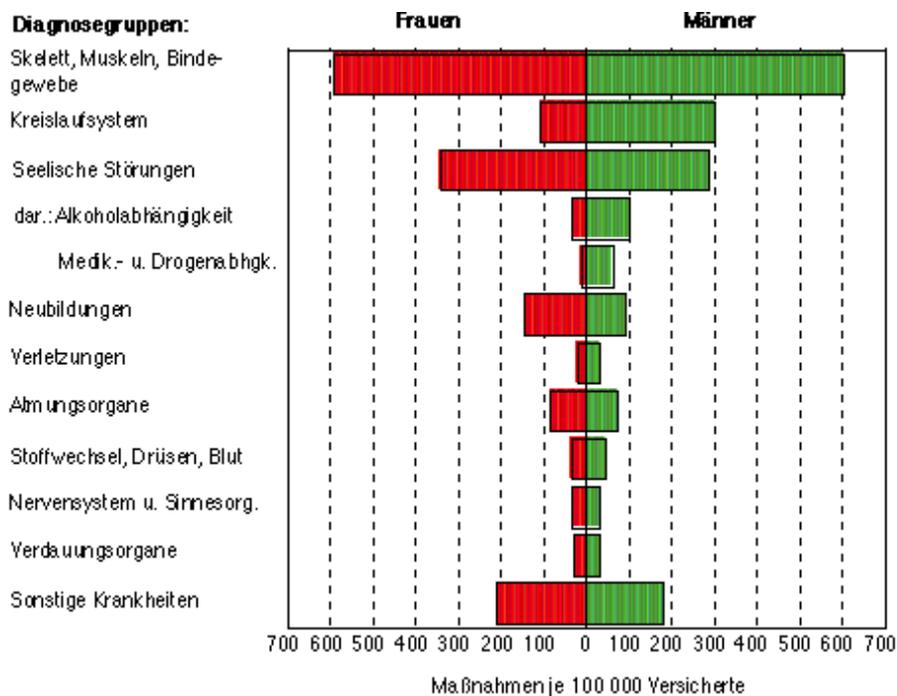


Abbildung 6: Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen: Rehabilitanden nach Diagnosegruppen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1997

| Altersgruppen in Jahren | Frauen | | Männer | | Insgesamt | |
|-------------------------|----------------|---------------------------|----------------|---------------------------|----------------|---------------------------|
| | insges. | je 1 000 der Altersgruppe | insges. | je 1 000 der Altersgruppe | insges. | je 1 000 der Altersgruppe |
| < 15 | 7 230 | 5,1 | 9 410 | 6,3 | 16 640 | 5,7 |
| 15 - 24 | 5 553 | 6,0 | 7 725 | 8,0 | 13 278 | 7,0 |
| 25 - 34 | 10 625 | 7,5 | 13 906 | 9,3 | 24 531 | 8,4 |
| 35 - 44 | 14 078 | 10,4 | 17 578 | 12,5 | 31 656 | 11,5 |
| 45 - 54 | 16 380 | 15,1 | 20 731 | 19,0 | 37 111 | 17,1 |
| 55 - 64 | 33 296 | 27,7 | 50 733 | 43,1 | 84 029 | 35,3 |
| > 65 | 203 551 | 112,2 | 155 755 | 143,1 | 359 306 | 123,8 |
| insges. | 290 713 | 31,4 | 275 838 | 31,6 | 566 551 | 31,5 |

Tabelle 4: Schwerbehinderte mit einem Grad der Behinderung von 90 - 100 nach Altersgruppen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1997

Schwerbehinderte

Über eine halbe Million Menschen in Nordrhein-Westfalen, rund 3 % der Bevölkerung, sind als schwerbehindert mit dem höchsten Grad der Behinderung von 90 - 100 eingestuft (Tabelle 4), 63 % davon sind 65 Jahre und älter. Im Zeitverlauf haben sich seit 1993 keine größeren Veränderungen ergeben. Eine auffällige Geschlechtsdifferenz findet sich vor allem in der Gruppe der Entstellungen mit 38 489 Frauen (1997) versus 978 Männer. Hier ist die große Zahl der Frauen mit Verlust einer oder beider Brüste nach Mammakarzinom enthalten.

Arbeitsunfähigkeit

Zur Arbeitsunfähigkeit liegen nur Daten der AOK Rheinland vor. Durchschnittlich wurden die AOK-Pflichtversicherten beiderlei Geschlechts 1996 (letzte zur Verfügung stehende Daten) etwa 1,4-mal im Jahr krankgeschrieben. Auffällig ist der mit dem Alter kontinuierlich abnehmende Trend (von 2,0 bei Jugendlichen auf 1,2 bei 60- bis 64-Jährigen).

Spezielle Krankheiten

Einige Krankheitsgruppen werden im Folgenden noch kurz gesondert skizziert: die Zuckerkrankheit Diabetes mellitus, Menstruations- bzw. klimakterische Störungen und Dorsopathien. Die Auswahl richtet sich nach Datenlage und Geschlechtsrelevanz, sofern nicht schon im vorangehenden Abschnitt zur Mortalität diskutiert.

Diabetes mellitus

Die Zuckerkrankheit ist eine Stoffwechselerkrankung, die als sogenannter insulinabhängiger Diabetes mellitus mit Altersgipfel im jungen Erwachsenenalter und wesentlich häufiger als Altersdiabetes mit zumeist chronischem Verlauf auftritt. Die Sterblichkeit liegt bei 13 je 100 000 Einwohner (1997) mit einem deutlich höheren Anteil bei Frauen (17 versus 10). Ähnlich sind die Relationen für Krankenhausfälle mit 296 je 100 000 bei Frauen versus 225 je 100 000 Männern, zusammengenommen 46 838 oder 1,3 % aller Krankenhausfälle. Noch geringer ist der Anteil mit jeweils 0,3 % bei den verordneten Arbeitsunfähigkeiten (AOK-Pflichtversicherte 1996). Dagegen liegt die Behandlungsprävalenz (Anteil behandelter Diabetespatienten in einer 5 %-Stichprobe der AOK Dortmund von 1990) bei 5,8 % (Frauen: 6,9 % und Männer: 4,4 %). Betrachtet man ausschließlich insulinabhängige Diabetiker unter 40 Jahre, so liegt die Behandlungsprävalenz bei 0,24 %.

Erkrankungen des muskulo-skelettalen Systems

Auf die herausragende Bedeutung der Erkrankungen des muskulo-skelettalen Systems im Morbiditätsspektrum wurde schon hingewiesen. Die Dorsopathien (Wirbelsäulenerkrankungen) nehmen mit 28 % aller Krankenhausfälle und 74 % aller Rehabilitationsleistungen innerhalb dieser Gruppe eine Hauptstellung ein. Der Altersgipfel in der stationären Behandlung liegt

mit 661 je 100 000 Einwohner für Frauen in der Altersgruppe 50 - 54, für Männer mit 718 in der Altersgruppe 55 - 59 Jahre. An diesem Bild hat sich in den letzten Jahren wenig geändert. Die Behandlungsprävalenz lag Ende der 80er Jahre (1988) in der oben genannten AOK-Stichprobe bei 29 %. Dies entspricht etwa den Angaben zu Rückenbeschwerden (Tabelle 5) in den nordrhein-westfälischen Unterstichproben der Nationalen Gesundheitssurveys (Breckenkamp et al. 1996, siehe auch unten). Im höheren Alter geben bis zu 40 % der Bevölkerung entsprechende Beschwerden an. Konstante Geschlechtsdifferenzen lassen sich kaum erkennen.

| Altersgruppen in Jahren | Rückenbeschwerden in % | | | | | |
|-------------------------|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 1984 | | 1988 | | 1991 | |
| | Frauen | Männer | Frauen | Männer | Frauen | Männer |
| 25 - 29 | 7,0 | 18,6 | 21,2 | 11,4 | 12,0 | 13,6 |
| 30 - 39 | 8,7 | 12,5 | 11,0 | 15,2 | 14,3 | 15,3 |
| 40 - 49 | 25,2 | 28,4 | 23,4 | 29,7 | 26,6 | 25,3 |
| 50 - 59 | 33,4 | 32,2 | 23,1 | 35,0 | 27,9 | 34,7 |
| 60 - 69 | 42,0 | 41,4 | 35,9 | 30,5 | 40,9 | 31,3 |
| 25 - 69 | 24,5 | 26,1 | 22,9 | 25,1 | 25,3 | 24,4 |

Tabelle 5: Angaben zu Rückenbeschwerden (Bandscheibenschaden und/oder Wirbelsäulenbeschwerden) in Nordrhein-Westfalen, 1984, 1988, 1991

Die Leistungen der Rentenversicherung zur Rehabilitation liegen bei 441 je 100 000 aktiv Versicherte (1997) mit etwas niedrigeren Raten bei Frauen (411 versus Männer: 461). Deutlicher ist der Geschlechtsunterschied bei den Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit 93 (Frauen) versus 160 (Männer) je 100 000 aktiv Versicherte (1997). Der Anteil an allen Arbeitsunfähigkeitsverordnungen (AOK Bundesverband, Pflichtversicherte) lag 1996 bei 12 % (Frauen) versus 15 % (Männer).

Menstruations- und (post-)klimakterische Beschwerden

Zwei gynäkologische Diagnosen sind in Tabelle 6 zusammengefasst. Sowohl für Menstruations- wie für klimakterische Störungen findet sich eine leicht abnehmende Tendenz. Der Häufigkeitsgipfel tritt für Menstruationsstörungen bzw. andere abnorme Blutungen mit 482 je 100 000 Frauen im Alter zwischen 45 und 49 Jahren auf, für (post-)klimakterische Störungen mit 338 je 100 000 Frauen zwischen 55 und 59 Jahren (1997). Zum Vergleich: Der Häufigkeitsgipfel für Dorsopathien (s. o.) liegt bei 661 (50- bis 54-jährige Frauen). Die Anzahl beider Diagnosen zusammen liegt bei gut 2/3 (70 %) der Dorsopathien (1997: 34 733).

Die Raten sind wegen der unbestimmten Altersbandbreiten für das Auftreten dieser Störungen auf je 100 000 Frauen insgesamt bezogen (Datenquelle LDS/lögd).

| ICD-9 | Diagnose | Krankenhausfälle Frauen | | | | | | | |
|-------|---|-------------------------|---------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|---------------|
| | | 1994 | | 1995 | | 1996 | | 1997 | |
| | | ings. | je 100 000 | ings. | je 100 000 | ings. | je 100 000 | ings. | je 100 000 |
| 626 | Menstruationsstörungen u.a. abnorme Blutungen | 14 734 | 161 | 13 628 | 148 | 13 368 | 145 | 13 324 | 144 |
| 627 | Klimakterische u. postklimakt. Störungen | 11 814 | 129 | 11 698 | 127 | 10 896 | 118 | 10 954 | 119 |

Tabelle 6: Krankenhausfälle bei Menstruations- und (post)klimakterischen Störungen, Nordrhein-Westfalen, 1994 - 1997

2.3.3 Lebensweise

Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit werden nicht nur durch die medizinische Versorgung sondern maßgeblich auch durch das individuelle Gesundheitsverhalten und seine Rahmenbedingungen (die „Verhältnisse“) bestimmt. Das Gesundheitsverhalten und die Wahrnehmung der eigenen gesundheitlichen Lage (die „subjektive Gesundheit“) sind schwieriger zu messen und zu bewerten als ärztlich definierte Krankheiten. Insofern ist die Datenlage eher noch unbefriedigender. Für repräsentative Aussagen über Nordrhein-Westfalen stehen derzeit nur die relativ kleinen Teilstichproben für die Altersgruppen der 25- bis 69-Jährigen aus den Nationalen Gesundheitssurveys zur Verfügung (J. Breckenkamp et al., 1996), die 1984/1985 (600 Frauen und 613 Männer), 1988 (745 und 707) und 1991/1992 (728 und 704) im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie erhoben wurden (Forschungsverbund DHP, 1998). (Alle im Folgenden dargestellten Ergebnisse aus der Teilstichprobe Nordrhein-Westfalen sind aus Vergleichsgründen auf die Bevölkerung der alten Bundesrepublik 1987 gewichtet.) Die geringen Stichprobenumfänge erlauben keine Projektion auf die Regierungsbezirke oder Kreise Nordrhein-Westfalens. Ebenso wenig ist eine befriedigende Auswertung nach sozialer Schicht möglich. Für künftige Analysen werden repräsentative Daten zur Lebensweise aus dem Bundesgesundheitsurvey 1998 und dem Gesundheitssurvey Nordrhein-Westfalen des Jahres 2000 zur Verfügung stehen.

Subjektiver Gesundheitszustand

Subjektive Gesundheitsindikatoren gewinnen zunehmend an Bedeutung, zum einen durch die Steigerung der Lebenserwartung, zum anderen durch die Veränderungen in der Gesundheitslage der Bevölkerung. Durch sie kann der Grad an Zufriedenheit mit der Lebensqualität in fortgeschrittenen Industrieländern bestimmt werden. Subjektive Indikatoren vervollständigen die Analyse von Gesundheit und Krankheit durch objektive Parameter. Sie tragen auch zur

Evaluation medizinischer Leistungen bei und ermöglichen in gewissem Umfang eine Voraussage von Krankheitsereignissen.

Wird nach dem allgemeinen Wohlbefinden am jetzigen Wohnort gefragt, so antworten rund 90 % der Befragten, sie fühlten sich „sehr wohl“ oder „wohl“ mit einer leicht steigenden Tendenz in den 80er Jahren (1991: 90 % der Männer und 91 % der Frauen versus 89 % bzw. 88 % im Jahr 1984). Die höchsten Werte werden in den mittleren Altersgruppen erreicht (z. B. 93 % bei den 40- bis 49-jährigen Frauen 1991).

Auch der Gesundheitszustand wird von den meisten der Befragten in Nordrhein-Westfalen als zufriedenstellend bis sehr gut beurteilt (von Frauen in 81 % und von Männern in 84 %, 1984: 76 % und 83 % (Tabelle 7)). Auch für die Älteren (60 - 69 Jahre) finden sich noch Werte von 71 % bzw. 78 %.

| Jahr | Eigenbewertung des Gesundheitszustandes in % | | | | | |
|------|--|-------------------|----------------------|--------------|-------------------|----------------------|
| | Frauen | | | Männer | | |
| | sehr gut/gut | zufriedenstellend | weniger gut/schlecht | sehr gut/gut | zufriedenstellend | weniger gut/schlecht |
| 1984 | 33,0 | 43,4 | 23,6 | 38,3 | 44,8 | 16,9 |
| 1988 | 40,2 | 44,1 | 15,7 | 41,2 | 44,0 | 14,8 |
| 1991 | 39,8 | 41,3 | 18,9 | 41,3 | 42,3 | 16,4 |

Tabelle 7: Eigenbewertung des Gesundheitszustandes (% der befragten Frauen und Männer), Nordrhein-Westfalen, 1984 - 1991

Frauen wie Männer in Nordrhein-Westfalen sind davon überzeugt, ihren Gesundheitszustand selbständig und maßgeblich beeinflussen zu können.

| Jahr | Beeinflussbarkeit des Gesundheitszustandes in % | | | | | | | |
|------|---|------|---------|-------------|-----------|------|---------|-------------|
| | Frauen | | | | Männer | | | |
| | sehr viel | viel | einiges | wenig/nicht | sehr viel | viel | einiges | wenig/nicht |
| 1984 | 23,3 | 37,7 | 35,3 | 3,7 | 28,5 | 38,5 | 31,0 | 2,0 |
| 1988 | 37,8 | 33,4 | 26,4 | 2,4 | 30,3 | 41,6 | 24,9 | 3,2 |
| 1991 | 33,6 | 35,6 | 27,8 | 3,0 | 33,6 | 40,0 | 24,0 | 2,4 |

Tabelle 8: Beeinflussbarkeit des eigenen Gesundheitszustandes (% der befragten Frauen und Männer), Nordrhein-Westfalen, 1984 - 1991

Im Gegensatz zu 1984 glauben 1991 weniger Frauen als Männer, für ihren eigenen Gesundheitszustand sehr viel bzw. viel tun zu können (Tabelle 8). Waren 1984 61 % der Frauen und

67 % der Männer dieser Meinung, waren es 1988 bereits 71 % der Frauen und 72 % der Männer und 1991 70 % der Frauen und 74 % der Männer. Jüngere sind allerdings in dieser Beziehung generell optimistischer als Ältere. Die Zahlen belegen, dass die Gesundheitsaufklärung von der Bevölkerung aufgenommen und damit zumindest das Wissen um den eigenen Einfluss auf die Gesundheit größer wurde. Allerdings wird dieses Wissen nur beschränkt in tatsächlich gesundheitsförderliches Verhalten umgesetzt (siehe unten). Eine Erklärung dafür liefert unter anderem die Theorie der kognitiven Dissonanz, nach der Widersprüche zwischen Wissen, Einstellungen und Verhalten vorzugsweise durch Verdrängung von Wissensbeständen und Anpassung von Einstellungen, nicht aber durch Änderung von (gesundheitsschädlichen) Verhaltensweisen gelöst werden. Präventive Maßnahmen greifen umso besser, je stärker subjektiv die Bedrohlichkeit einer Krankheit und die eigene Gefährdung wahrgenommen werden und je besser der Nutzen vermittelt werden kann bzw. je niedriger die Barrieren (z. B. finanzielle und emotionale Kosten) sind (Health Belief Modell) (nach J. v. Troschke in Hurrelmann/Laaser, 1998).

Rauchverhalten

Möglichkeiten, den eigenen Gesundheitszustand effektiv zu beeinflussen, bestehen vor allem beim Rauch-, Ernährungs- und Bewegungsverhalten. Das größte Potenzial für eine Risikominderung liegt unstrittig in einer deutlichen Reduzierung des Zigarettenrauchens, und zwar sowohl im Hinblick auf Krebs- als auch auf Herz-Kreislauf-Krankheiten.

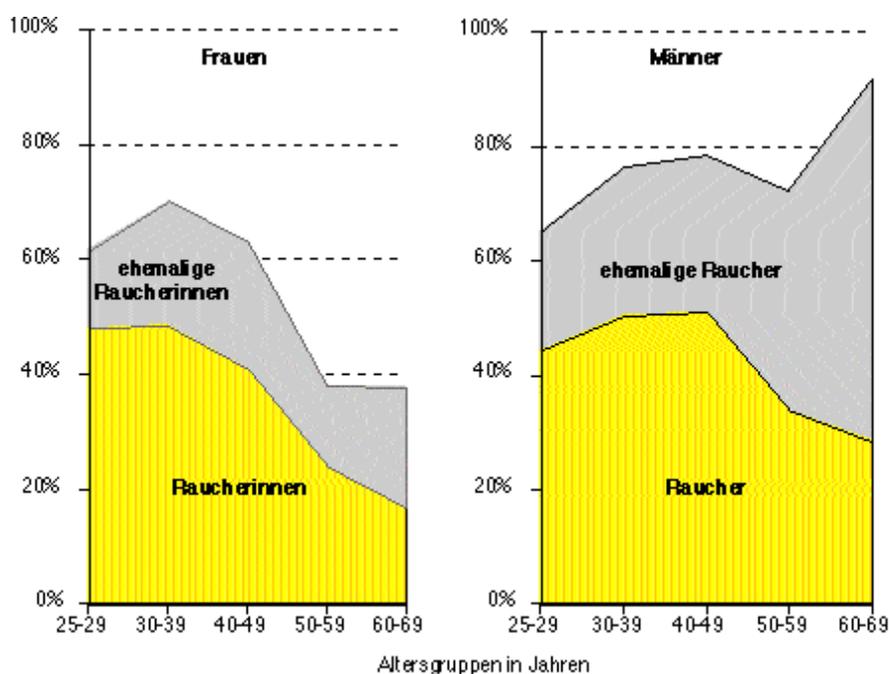


Abbildung 7: Rauchverhalten von Frauen und Männern, Nordrhein-Westfalen, 1991

Abbildung 7 weist aus, dass aktives Rauchverhalten – weit überwiegend Zigarettenrauchen – in den höheren Altersgruppen und bei Frauen etwas weniger häufig auftritt. Allerdings geht aus Tabelle 9 hervor, dass Frauen zunehmend häufiger rauchen, vor allem in den beiden jüngsten Altersgruppen. Im Alter von 25 - 29 Jahren rauchten 1991 mit 48 % mehr Frauen als Männer (44 %); im Alter von 30 - 39 Jahren waren es 49 % versus 51 %. Frauen haben also mit Männern vollständig gleichgezogen, sie in der jüngsten Altersgruppe sogar übertroffen.

1991 rauchten 5 % der Frauen mehr als 30 Zigaretten (das sind 13 % aller Raucherinnen), 10 % zwischen 20 und 29 Zigaretten und 20 % weniger als 20 Zigaretten (Männer 9 % versus 17 % bzw. 15 %). Die Prävalenz der schweren Raucherinnen hat von 1984 mit 3 % auf 1988 mit 4 % und 1991 5 % kontinuierlich zugenommen. Dagegen ist bei Männern eher ein Abwärtstrend zu beobachten mit 9,4 % im Jahr 1984 auf 8,5 % im Jahr 1991.

| Jahr | Rauchverhalten in % | | | | | |
|------|---------------------|-----------------|--------------|-----------------|-----------------|--------------|
| | Frauen | | | Männer | | |
| | rauche zur Zeit | früher geraucht | nie geraucht | rauche zur Zeit | früher geraucht | nie geraucht |
| 1984 | 28,9 | 20,1 | 51,0 | 47,9 | 29,6 | 22,5 |
| 1988 | 30,7 | 18,7 | 50,6 | 47,3 | 31,8 | 20,9 |
| 1991 | 34,9 | 18,9 | 46,2 | 42,6 | 34,0 | 23,4 |

Tabelle 9: Rauchverhalten (% der befragten Frauen und Männer), Nordrhein-Westfalen, 1984, 1988, 1991

| Konsum von: | % der Befragten | | | |
|--------------------------------|-----------------|------|---------|------|
| | Frauen | | Männer | |
| | weniger | mehr | weniger | mehr |
| Butter | 72,8 | 6,2 | 67,6 | 4,5 |
| Margarine | 33,5 | 28,6 | 27,2 | 34,8 |
| Fleisch, Wurst | 62,0 | 2,8 | 50,0 | 6,0 |
| Obst, Gemüse | 2,0 | 70,1 | 4,1 | 64,7 |
| Vollkornprodukte | 7,2 | 61,2 | 7,9 | 59,5 |
| Kochsalz | 59,5 | 1,6 | 53,3 | 1,6 |
| Nahrungsmenge insgesamt | 55,2 | 4,2 | 46,6 | 6,9 |

Tabelle 10: Konsumänderungen bei Befragten, die innerhalb der vorausgegangenen 3 Jahre ihre Ernährung umgestellt haben, Nordrhein-Westfalen, 1991

Ernährungsverhalten

Ihr Ernährungsverhalten haben Frauen wie Männer offenbar überwiegend in Richtung auf eine gesündere Ernährung verändert. Dies drückt sich vor allem in einer starken Verschiebung der Relation zwischen gesättigten Fetten (Butter) und ungesättigten (pflanzlichen) Fetten aus. Der (fast) tägliche Butterkonsum ging auf Befragung zwischen 1984 und 1991 von 58 % bei Frauen und 51 % bei Männern auf 38 bzw. 39 % zurück. Am geringsten ist der Konsum nach Eigenangaben bei den 25- bis 29-Jährigen (25 % bei Frauen und 32 % bei Männern im Jahr 1991).

Unter denjenigen, die ihre Ernährung in den letzten 3 Jahren bewusst umgestellt haben, stimmen die angegebenen Veränderungen mit den wissenschaftlichen Empfehlungen weitgehend überein: weniger gesättigte Fette (Butter, Wurst), weniger Fleisch, weniger Kochsalz; dagegen mehr Obst, Gemüse und Vollkornprodukte. Auch der Kalorienverbrauch insgesamt ist über die Nahrungsmenge wohl reduziert worden (Tabelle 10). Änderungen in beide Richtungen beim Konsum von Margarine erklären sich durch die Reduktion der Fettaufnahme einerseits und den Ersatz von Butter durch Margarine andererseits. Auffällige Geschlechtsdifferenzen bestehen nicht.

Körperliche Aktivität

Die körperlichen und geistigen Funktionen werden durch Sport und Bewegung positiv beeinflusst.

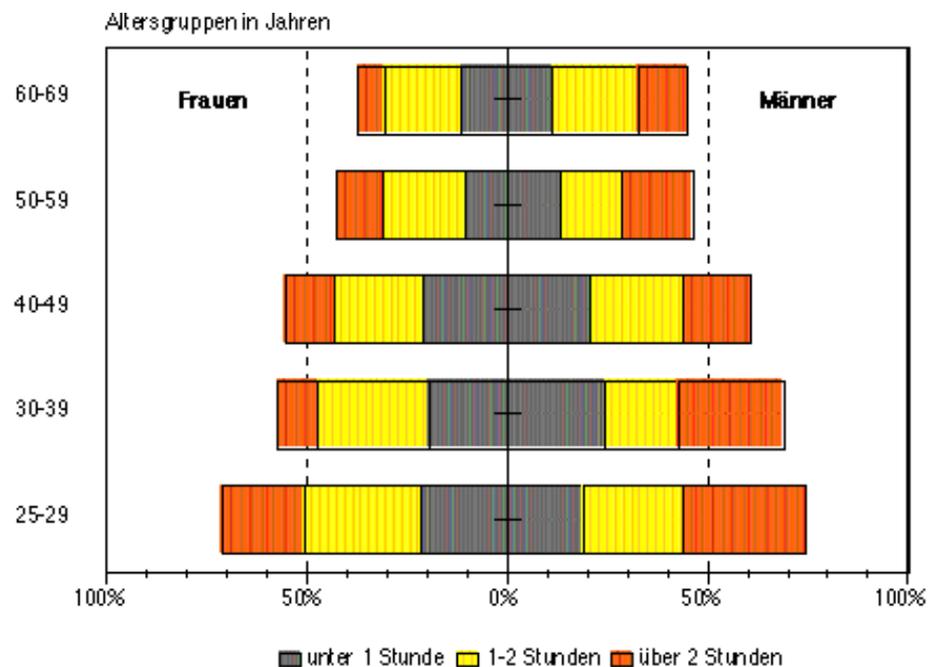


Abbildung 8: Anteil der Sporttreibenden nach Dauer der sportlichen Betätigung pro Woche, Nordrhein-Westfalen, 1991

Körperliche Aktivität vermittelt und fördert Sozialkontakte und wirkt depressionsmindernd. Der Entwicklung von Risikofaktoren wie erhöhtem Blutdruck und erhöhten Blutfetten bzw. ihren Folgen wird vorgebeugt.

In Nordrhein-Westfalen hat die sportliche Aktivität vor allem bei Frauen zugenommen. Es findet sich ein Anstieg in der Summe der Befragten, die angaben, sportlich aktiv zu sein, von 44 % im Jahr 1984 auf 52 % im Jahr 1991. Der Anteil des Personenkreises mit mehr als 1 Stunde Sport pro Woche stieg in diesem Zeitraum von 29 % auf 35 %. Bei Männern liegt der Anteil der sportlich Aktiven bei 59 %, darunter 41 % mit mehr als einer Stunde. Allerdings nimmt der Anteil der Aktiven mit dem Alter deutlich ab (Abb. 8), eine Tendenz, die angesichts einer gerade im Alter gesundheitlich wichtigen Bewegungsaktivität Ansatzpunkte für Maßnahmen der Gesundheitsbildung begründet.

Übergewicht

Übergewicht wird überwiegend als indirekter Risikofaktor angesehen, der eng mit den primären Risikofaktoren Bluthochdruck und Hyperlipidämie (erhöhte Blutfette) korreliert. Unter den verschiedenen Möglichkeiten der Berechnung hat sich heute der sogenannte Body Mass Index (BMI) (Größen-Gewichts-Index) weitgehend gegenüber früheren Definitionen etwa nach Broca durchgesetzt. Der BMI wird berechnet als Gewicht in kg geteilt durch die quadrierte Körpergröße in Metern. Als ideal werden bei Erwachsenen für beide Geschlechter Werte unter 25 kg/qm angesehen, eine deutliche Adipositas liegt bei Werten von 30 und darüber vor.

Trotz der nach Selbstangaben günstigen Veränderung der Ernährungsgewohnheiten und Zunahme der körperlichen Aktivität zumindest bei Frauen, hat sich der Anteil der eindeutig Übergewichtigen (BMI von 30 kg/qm und mehr) nicht verändert (Männer 1984 und 1991 17 %) oder ist sogar leicht angestiegen (Frauen 1984: 18 % und 1991 20 %). Die höheren Altersgruppen sind stärker betroffen als die jüngeren (z. B. Frauen zwischen 25 und 29 Jahren 7 %, zwischen 60 und 69 Jahren 29 %).

Bluthochdruck

Neben dem Rauchen stellen erhöhter Blutdruck und erhöhte Blutfette, vor allem LDL-Cholesterin, die wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen dar.

Erhöhter Blutdruck tritt als eigenes Krankheitsbild kaum je unmittelbar in Erscheinung: Symptome wie Kopfschmerzen oder Nasenbluten sind bei Blutdruckpatienten kaum häufiger als in der Normalbevölkerung. Ein systolisch oder diastolisch erhöhter Blutdruck beschleunigt das frühe Auftreten von Folgekrankheiten hauptsächlich an Gehirn (Schlaganfall, Apoplexie), Herz (Herzinfarkt) und Niere (Niereninsuffizienz). Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind Grenzwerte bei systolisch 160 bzw. diastolisch 95 mmHg für die Hypertonie und bei 140 bzw. 90 mmHg für die sogenannte Grenzwerthypertonie festgelegt worden.

Die Gesamtprävalenz (Personen mit erhöhten Werten sowie Personen mit durch eine medikamentöse und/oder diätetische Behandlung normalisierten Werten) der 30- bis 69-jährigen Bevölkerung lag 1991 in den alten Bundesländern bei 28 %. 58 % der Personen aus dieser Gruppe gaben an, dass bei ihnen ein Bluthochdruck festgestellt worden sei. Zur Bestimmung des Behandlungsgrades wurde die Teilstichprobe derjenigen Personen benutzt, denen ihr Blut-

hochdruck bekannt war. Von den Personen dieser Untergruppe wurden 81 % medikamentös bzw. diätetisch behandelt. Von den behandelten Personen wurden nur etwa die Hälfte (51 %) erfolgreich im Sinne einer Senkung der Werte unter 160/95 mmHg behandelt (Kontrollgrad). Zwischen 1984 und 1991 konnte der Behandlungsgrad der Hypertonie zwar von 71 % auf 81 % verbessert werden, nicht jedoch die Wirksamkeit der Behandlung (Kontrollgrad) und auch nicht der Bekanntheitsgrad.

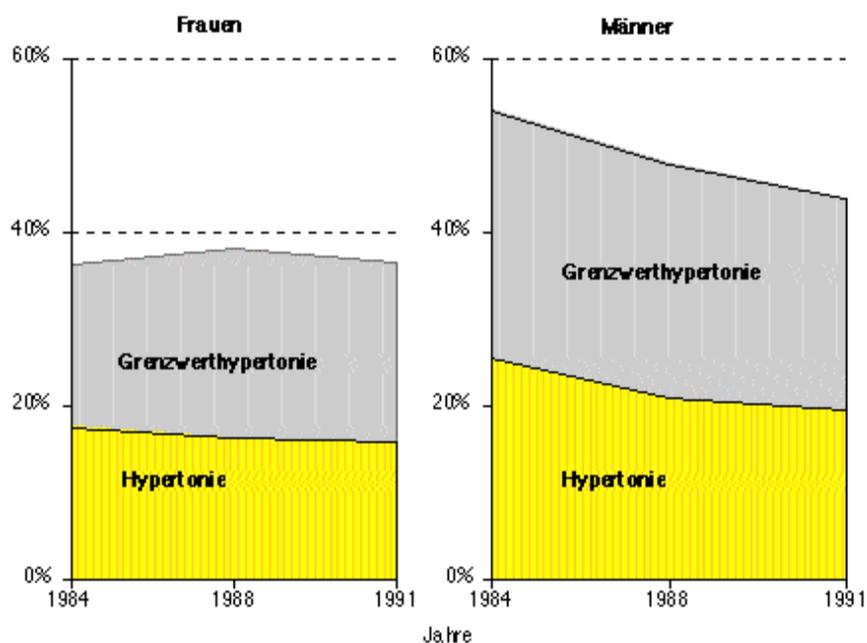


Abbildung 9: Anteil von Frauen und Männern mit erhöhtem Blutdruck, Nordrhein-Westfalen, 1984 - 1991

Die Häufigkeit erhöhter Blutdruckwerte ist daher zwischen 1984 und 1991 in Nordrhein-Westfalen bei Frauen kaum zurückgegangen (von 18 % auf 16 %), bei Männern allerdings um fast ein Viertel von 26 % auf 20 % gesunken.

Erhöhter Cholesterinspiegel

Der wünschenswerte Cholesterinspiegel liegt unter 200 mg/dl. Im Gesamtcholesterin sind mehrere Einzelfractionen mit unterschiedlicher Risikowertigkeit zusammengefasst. Während das High Density Lipoprotein (HDL) eher einen protektiven Charakter hat, wird die Entwicklung einer Arteriosklerose („Gefäßverkalkung“) im wesentlichen durch die Höhe des Low Density Lipoprotein-Spiegels (LDL) im Blut bestimmt.

Die Behandlungssituation für erhöhte Cholesterinwerte war – zumindest vor wenigen Jahren – noch ungünstiger als beim Bluthochdruck. Hier ist die Gesamtprävalenz (erfolgreich Behandelte und Unbehandelte) von 40 % auf 43 % angestiegen und hat damit die kleineren

Erfolge bei der Erhöhung des Bekanntheitsgrades und des Kontrollgrades aufgehoben, zumal der Behandlungsgrad abgesunken ist (von 32 % auf 27 %).

Dementsprechend ist in Nordrhein-Westfalen der Prozentsatz erhöhter Cholesterinwerte (Tabelle 11) bei Frauen zwischen 1984 und 1991 angestiegen (von 38 % auf 39 %) und bei Männern nicht wesentlich reduziert worden (36,2 % auf 35,8 %). Der Quotient zwischen Gesamtcholesterin und HDL-Cholesterin hat sich trotz der Angaben zu vermehrtem Verzehr ungesättigter Fette (s. o.) kaum verbessert (bei Frauen von 3,7 auf 3,5; bei Männern von 4,6 auf 4,4).

| Altersgruppen in Jahren | Erhöhtes Gesamtcholesterin in % der Befragten | |
|----------------------------|---|-------------|
| | Frauen | Männer |
| 25 - 29 | 11,5 | 15,5 |
| 30 - 39 | 14,7 | 24,6 |
| 40 - 49 | 35,7 | 40,6 |
| 50 - 59 | 63,1 | 47,0 |
| 60 - 69 | 61,6 | 47,6 |
| 25 - 69 | 39,4 | 35,8 |

Tabelle 11: Anteil von Frauen und Männern mit erhöhtem Gesamtcholesterin (> = 250 mg/dl), Nordrhein-Westfalen, 1991

Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Zum Gesundheitsverhalten gehört auch die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen. Die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen werden von Frauen zunehmend akzeptiert. Von 1989 bis 1998 erfolgte ein Anstieg auf 160 %, sodass im Jahre 1998 über 3 000 000 Untersuchungen von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der GKV registriert wurden. Im Jahre 1991 gaben nur 17 % der im Nationalen Untersuchungssurvey befragten Frauen an, noch nie an einer Früherkennungsuntersuchung teilgenommen zu haben. Die Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Männer lag bei 265 000 Personen im Jahre 1998.

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen hat sich in Nordrhein-Westfalen von 1991 bis 1998 von 700 000 auf eine Million für beide Geschlechter erhöht. Im Nationalen Untersuchungssurvey gaben im Jahr 1991 nur 19 % der Frauen und 24 % der Männer an, noch nie teilgenommen zu haben. Zwischenzeitlich wird der Anteil der „Nie-Teilnehmer“ weiter abgenommen haben.

2.3.4 Gesamtbewertung

Die gesundheitliche Lage der Frauen in Nordrhein-Westfalen unterscheidet sich nicht grundsätzlich von der Situation in Deutschland. In vieler Hinsicht sind die Problemlagen ähnlich wie in der Europäischen Union insgesamt.

Frauen leben mit durchschnittlich 80 Jahren um 6,4 Jahre länger als Männer. Jedoch ist die Lebenserwartung regional unterschiedlich, am schlechtesten im Stadtkreis Gelsenkirchen (der tendenziell sich vergrößernde Abstand z. B. zu Münster betrug 1997 3,3 Lebensjahre). Die größten krankheitsspezifischen Unterschiede in der Sterblichkeit finden sich für Herz-Kreislauf-Krankheiten, Unfälle, Drogentote und Suizid (etwa im Verhältnis von 1 : 3 zugunsten der Frauen). Insgesamt ist die Sterblichkeit in den 80er und 90er Jahren um etwa ein Viertel zurückgegangen, vor allem bei AIDS, beim plötzlichen Kindstod und bei der Müttersterblichkeit (mit nur noch ganz wenigen Fällen in den letzten Jahren). Auch die Zahl der sogenannten verlorenen Lebensjahre bei unter 65-Jährigen ist mit – 9 % deutlich zurückgegangen. Dies kann als Hinweis auf eine steigende Qualität der medizinischen Versorgung gewertet werden. Angestiegen ist allerdings die Zahl der Todesfälle durch Lungenkrebs (Bronchialkarzinom) aufgrund der zunehmenden Zahl rauchender Frauen.

Fast 13 % aller Frauen werden während eines Jahreszeitraumes einmalig oder wiederholt stationär behandelt. Die gegenüber Männern etwas höhere Aufnahmequote ist vor allem bedingt durch Krebserkrankungen, Entbindungen sowie Schwangerschafts- bzw. Wochenbettkomplikationen. Eine große Bedeutung haben auch hormonelle Störungen sowohl vor wie nach dem Klimakterium. Während im Rehabilitationsbereich Geschlechtsunterschiede eher gering sind, treten sie bei der Zahl der anerkannten Behinderungen für die Gruppe der Entstellungen deutlich hervor, bedingt durch die große Zahl der Brustamputationen nach Mammakarzinom.

Sehr bedenklich ist die Zunahme des Rauchens bei Frauen um ca. 6 Prozentpunkte zwischen 1984 und 1991 bei weiter steigender Tendenz. Dagegen hat sich der Trend zu einer gesünderen Lebensweise verfestigt: So werden weniger tierische Fette aufgenommen und die körperliche Aktivität nimmt vor allem bei Frauen nach eigenen Angaben zu. Dennoch hat sich der Anteil der Übergewichtigen nicht verringert, er ist im Gegenteil leicht angestiegen.

Völlig unbefriedigend ist nach wie vor für beide Geschlechter die Behandlungssituation bei erhöhten Blutdruck- und Blutfettwerten. Weder hat sich der Prozentsatz der diagnostizierten Patienten (Bekanntheitsgrad) noch der Anteil der erfolgreich Behandelten wesentlich verbessert. Dementsprechend ist die Zahl der Personen mit deutlich erhöhten Werten kaum zurückgegangen.

Über die gesundheitliche Lage einzelner benachteiligter bzw. vulnerabler Gruppen ist wenig bekannt. Die deutlichen Unterschiede in der Lebenserwartung nach Bildung, Beruf und Einkommen gelten aber mit Sicherheit auch für Nordrhein-Westfalen. Genauer untersucht wurden in den letzten Jahren die Gruppe der allein stehenden älteren Frauen mit geringem Einkommen (vgl. Kapitel 4.1) und der Obdachlosen (vgl. Kapitel 4.2).

2.3.5 Schlussfolgerungen und Prioritäten

Die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen ist insgesamt vergleichsweise gut und verbessert sich weiter.

Die Qualität der medizinischen Versorgung hat sich – gemessen an der steigenden Lebenserwartung und dem Rückgang der vorzeitigen Sterblichkeit – wahrscheinlich verbessert.

Beeinflussbare gesundheitliche Problemlagen bestehen für beide Geschlechter bei der Behandlung der wichtigsten medizinischen Risikofaktoren Bluthochdruck und erhöhtes Gesamtcholesterin sowie bei den Folgen eines steigenden Drogenkonsums. Für Frauen im Besonderen zeigen sich immer deutlicher die Folgen des zunehmenden Zigarettenrauchens. Alle

drei Bereiche unterliegen multiplen Einflüssen. Erfolge sind daher nur von einer interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenarbeit zu erwarten, vor allem in vier Bereichen:

- ▶ Differenzierung der Gesundheitsberichterstattung mit entsprechender Schwerpunktbildung,
- ▶ Intensivierung einer zielgruppenorientierten Forschung,
- ▶ Entwicklung von Lehr- und Praxisangeboten im Rahmen der einschlägigen Berufsausbildung bzw. -weiterbildung einschließlich der medizinischen sowie pflegerischen Ausbildung und
- ▶ Behandlung der Thematik im Rahmen der Landes- und der kommunalen Gesundheitskonferenzen.

Über die gesundheitliche Lage benachteiligter und vulnerabler Gruppen in Nordrhein-Westfalen ist wenig bekannt. Hier ist in den nächsten Jahren eine wissenschaftliche und gesundheitspolitische Bestandsaufnahme und Ursachenanalyse einschließlich empirischer Erhebungen erforderlich.

Der vorliegende Bericht zeigt die Möglichkeiten einer geschlechtsspezifischen Berichterstattung zur gesundheitlichen Lage der Frauen und Männer in Nordrhein-Westfalen auf, er dokumentiert aber auch die unbefriedigende Datenlage in vielen Teilbereichen, z. B. bei der Beschreibung geschlechtsspezifischer Benachteiligungen. Es ist zu erwarten, dass sich die Informationslage durch den Gesundheitssurvey Nordrhein-Westfalen im Jahre 2000 wesentlich verbessern wird. Darüber hinaus ist aber auch eine verbesserte Integration zwischen der Gesundheits- und der Sozialberichterstattung zu fördern (vgl. Laaser et al., 1999a).

Literatur

- Ärztammer Nordrhein (Hrsg.) (1999): Perinatalogie/Neonatalogie. in: Tätigkeitsbericht, Düsseldorf.
- Bardehle, D.; Annuß, R. (1996): Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens. Themenfeld 3 des Indikatorensatzes für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder. Bielefeld: Iögd. Gesundheitsberichterstattung Bd. 8.
- Breckenkamp, J.; Annuß, R.; Bardehle, D.; Knogge, T.; Laaser, U. (1996): Gesundheitsindikatoren für die Bevölkerung des Landes Nordrhein-Westfalen. Materialien des Instituts für Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik (IBS) der Universität Bielefeld. Bielefeld.
- Brinkmann, B.; Jorch, G.; Banjanowski, T.; Ott (1996): Plötzlicher Säuglingstod. Westfälische Studie 1990 - 1994. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). Düsseldorf.
- Forschungsverbund DHP (1998): Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie, Design und Ergebnisse. Bern: Huber.
- Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hrsg.) (1998): Handbuch der Gesundheitswissenschaften. Neuausgabe. Weinheim: Juventa.
- Kunsmann, W. (1999): Medizinische Versorgungsprojekte für allein stehende Wohnungslose. Ursachen – Modelle – Erfolge. Dissertation, Universität Witten-Herdecke.
- Laaser, U.; Gebhardt, K.; Kemper, P. (Hrsg.) (1999): Gesundheit und soziale Benachteiligung: Informationssysteme – Bedarfsanalysen – Interventionen. Lage: Jacobs.

- Laaser, U.; Breckenkamp, J.; Allhoff, P. G. (1999): Zur epidemiologischen Evidenz der Behandlung kardiovaskulärer Risikofaktoren in Deutschland. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 93/3, S. 395 - 402.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998): Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Weil, O.; McKee, M.; Brodin, M.; Oberlé, D. (eds.) (1999): Priorities for public health action in the European Union. Société Française de la Santé Publique on behalf of the European Commission, Directorate V, Paris.
- WHO (World Health Organization); World Bank; Harvard School of Public Health (edited by Murray, Ch.J.L.; Lopez, A.D.) (1996): The Global burden of disease. Harvard University Press.



3 Lebenswelt und Gesundheit

- 3.1 Geschlechtsspezifische Differenzen bei Übergewicht**
- 3.2 Gesundheitsrisiken von Frauen in Erwerbsarbeit, Haus- und Familienarbeit**
- 3.3 Genuss, Sucht und Geschlecht**

3.1 Geschlechtsspezifische Differenzen bei Übergewicht

3.1.1 Übergewicht und Adipositas als Gesundheitsproblem

Übergewicht und Adipositas als gesteigerte Form des Übergewichts werden allgemein als ein vorrangiges Gesundheitsproblem für den einzelnen Menschen wie auch im Sinne von Public Health für die Gesellschaft und ihr Gesundheitswesen angesehen. Mit zunehmendem Ausmaß und Dauer des Übergewichts steigt das Risiko für eine Reihe von Begleit- oder Folgeerkrankungen an; dazu werden gezählt die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität, der Typ-II-Diabetes mellitus, der Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Gallensteinleiden, das obstruktive Schlafapnoesyndrom, degenerative Erkrankungen des Skelettsystems und einige Krebserkrankungen sowie unterschiedliche psychische Störungen. Von einer erfolgreichen Behandlung oder gar einer Prävention von Übergewicht/Adipositas erwartet man weithin eine Senkung der überhöhten Morbidität und Mortalität (auch als Überschuss-Morbidität und -Mortalität bezeichnet). Man geht weiterhin von einer Verkürzung der Lebenserwartung und auch von einer Einschränkung der Lebensqualität bei Personen mit Übergewicht/Adipositas aus. In Deutschland wurden für „ernährungsabhängige Erkrankungen“ erhebliche Kosten für die Volkswirtschaft pro Jahr geschätzt.

Über diese Argumentationen hinaus wird auf Personen mit Übergewicht/Adipositas ein erheblicher psychosozialer Druck ausgeübt. Man kann also – ähnlich wie bezüglich des Nikotinmissbrauchs – voraussetzen, dass sowohl die Medizin wie auch die Öffentlichkeit insgesamt recht gut über die gesundheitlichen Gefahren von Übergewicht/Adipositas informiert sind – eine Motivation zur Schlankheit, die durch das gesellschaftlich geprägte Modebewusstsein verstärkt werden dürfte.

Trotzdem ist es in Deutschland über die letzten Jahrzehnte, wie in den anderen westlichen Industrienationen, zu einer kontinuierlichen Zunahme der Häufigkeit (Prävalenz) der Adipositas gekommen. Der Präsident der Deutschen Adipositas-Gesellschaft bezeichnete die „epidemische Zunahme der Adipositas und ihrer Begleiterkrankungen“ gar als „die größte Herausforderung für das nächste Jahrtausend“ (Adipositas-Mitteilungen, 1998); und selbst die WHO sieht in der Zunahme von Übergewicht/Adipositas, vor allem im Hinblick auf die Schwellenländer, erhebliche Gefahren für das Gesundheitswesen. Es scheint so zu sein, dass aus der Überwindung von Hunger und Unterernährung – als dem elementaren Ziel der Menschheit schlechthin – die Zunahme von Übergewicht/Adipositas in der Bevölkerung als ein Public Health-Problem erster Ordnung folgt.

Übergewicht und Lebenserwartung

Die Zunahme der Prävalenz von Übergewicht/Adipositas über die vergangenen Jahrzehnte steht aber auch in Deutschland in einem Kontrast zu der gleichzeitig kontinuierlich ansteigenden Lebenserwartung (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 1996). Dieses Phänomen ist auch im internationalen Vergleich allgemein zu beobachten: Die Zunahme der Prävalenz von Übergewicht/Adipositas geht zeitlich mit einer kontinuierlichen Zunahme der Lebenserwartung einher. Dieser Befund spricht gegen eine vorrangige Bedeutung von Übergewicht/Adipositas als eine entscheidende Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung. Besonders auffällig stellt sich dieses Phänomen im Hinblick auf die Geschlechtsabhängigkeit dar. Einerseits ist die Prävalenz von Übergewicht/Adipositas bei Frauen deutlich höher als bei Männern – andererseits ist in Deutschland die mittlere Lebenserwartung der Frauen mit 79,3 Jahren fast 7 Jahre länger als diejenige der Männer (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 1996). Möglicherweise

se kommt dieses scheinbare Paradox dadurch zustande, dass nur bei den selten auftretenden exzessiven Ausmaßen von Fettsucht ein Gesundheitsrisiko nachweisbar wird.

Definition und Entstehung des Übergewichts/der Adipositas

Zur differenzierteren Betrachtung der Problematik von Übergewicht/Adipositas bedarf es einer definitorischen Klärung. Denn die diesbezüglichen Diskussionen und Kontroversen sind wesentlich durch unterschiedliche Kriterien für Normgewicht, Übergewicht und Fettsucht überschattet worden. Diesen Kriterien wurden jeweils unterschiedliche Maßstäbe medizinischer, lebensversicherungsrechtlicher oder ästhetischer Provenienz zugrunde gelegt. Bis in die achtziger Jahre orientierte man sich weithin an den Normen nordamerikanischer Lebensversicherungsgesellschaften, aufgrund derer man ein wünschenswertes „Idealgewicht“ – abhängig von Körpergröße, Geschlecht und Statur – postulierte. Die popularisierte Schlussfolgerung, derzufolge ein Überschreiten dieses Idealgewichts für den Einzelnen über eine Zunahme des Mortalitätsrisikos zu einer je Kilogramm berechenbaren mittleren Verkürzung der Lebenserwartung führte, war aufgrund der vorliegenden Daten nicht gerechtfertigt. Daher verständigte man sich in der Folge auf operationalisierte Definitionen der Körpergewichtsnormen auf der Basis des body mass index (BMI = Körpergewicht (kg)/Körpergröße² (m²)) und dessen Assoziation mit Morbidität und Mortalität. Eine von mehreren Fachgesellschaften konsensuell vorgeschlagene Einteilung ist in Tabelle 1 dargestellt. Sie sieht zwar von einer Geschlechts-Differenzierung in der Definition von Übergewicht/Adipositas/Fettsucht ab, häufig wird allerdings der Verteilungstyp der Adipositas als ein zusätzlicher Risikofaktor angegeben. So ist seit Jahrzehnten bekannt, dass eine bauchbetonte (maskuline) Fettverteilung (z. B. entsprechend einem Taillenumfang von ≥ 102 cm) mit einem höheren Morbiditätsrisiko assoziiert ist als eine hüftbetonte (gynoid) Fettverteilung mit einem Verhältnis von Taillen- zu Hüftumfang (waist-to-hip-ratio) von weniger als 0,8 – 1,0.

| Klassifikation | Body Mass Index (BMI) kg/m ² |
|------------------------------|---|
| Normalgewicht | 18.5 - 24.9 |
| Übergewicht | 25.0 - 29.9 |
| Adipositas Grad I | 30.0 - 34.9 |
| Adipositas Grad II | 35.0 - 39.9 |
| Extreme Adipositas Grad III* | ≥ 40.0 |

*Zumeist auch als morbid Fettsucht (morbid obesity) bezeichnet

Tabelle 1: Klassifizierung von Übergewicht und Adipositas nach den Clinical Guidelines des NIH (Obesity Education Initiative, 1998), WHO (World Health Organization, 1998) und den Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (1998).

Adipositas entsteht in einer zunehmenden Positivierung der Energiebilanz im Sinne eines Überwiegens der Kalorienaufnahme über den Kalorienverbrauch. Als Ursachen für diese Ent-

wicklung werden eine Zunahme der Kalorienzufuhr der Bevölkerung gesehen, eine Entwicklung, die für Deutschland im Rahmen der Ernährungsberichte der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) und der Deutschen Verzehrsstudie gut dokumentiert werden konnte. Möglicherweise von größerer Bedeutung für die Entstehung der Adipositas für den Einzelnen wie auch insgesamt für die Bevölkerung ist die Abnahme des Energieverbrauchs. Die Verringerung der körperlichen Arbeit in unseren Industriegesellschaften kann auch durch die Zunahme des Freizeitsports nicht annähernd ausgeglichen werden.

Geschlechtsspezifische Prävalenzen von Übergewicht und Fettsucht

Für Deutschland werden im WHO-Report (1998) nur fragmentarische Daten aufgeführt, die jedoch ebenfalls die bekannten Geschlechtsunterschiede und die Prävalenzsteigerungen für Adipositas (definiert als BMI ≥ 30) widerspiegeln (Tabelle 2).

| Geographische Einheit | Jahr | Prävalenz der Adipositas in % | |
|-----------------------|------|-------------------------------|--------|
| | | Frauen | Männer |
| DDR | 1985 | 22,2 | 13,7 |
| | 1989 | 20,6 | 13,4 |
| Neue Bundesländer | 1992 | 26,8 | 20,5 |
| Alte Bundesländer | 1992 | 19,0 | 17,0 |

Tabelle 2: Prävalenz der Adipositas in Deutschland bei Personen im Alter von 25 - 65 bzw. 69 Jahren nach WHO (World Health Organization, 1998)

Leider existieren für die Bundesrepublik Deutschland keine Daten für die gegenwärtige Prävalenz der Adipositas bzw. deren geschlechtsabhängige Entwicklungstrends. Auch für das Land Nordrhein-Westfalen liegen keinerlei verwertbare Angaben vor. Gegenwärtig wird man in Deutschland davon ausgehen müssen, dass bei jeder vierten Frau und jedem fünften Mann im Erwachsenenalter nach den Kriterien der WHO eine Adipositas (obesity entsprechend einem BMI von ≥ 30 kg/m²) vorliegt.

3.1.2 „Body Image“, Ess-Störungen und assoziierte Medikation - geschlechtsspezifische Besonderheiten

Unabhängig von den medizinisch-naturwissenschaftlich begründeten Zielsetzungen für ein normales (ideales) Körpergewicht zur Prävention von Morbidität und Überschuss-(Exzess-) Mortalität, die mit Übergewicht/Adipositas einhergehen mögen, entstehen Wunschvorstellungen in Bezug auf das Körpergewicht. Sie ändern sich über die Zeit, sind abhängig vom sozio-ökonomischen Status der Menschen und werden von gesellschaftlich relevanten Modetrends

beeinflusst. Sie gehen auf bestimmte Normen für ein body image (Erscheinungsbild) zurück, welches sich das Individuum im Sinne einer Idealisierung zu eigen macht.

Bei Frauen ergeben sich mit großer Konsistenz über ethnische und Altersgrenzen hinweg negativere Selbsteinschätzungen ihrer körperlichen Attraktivität und des body images als bei Männern. Studien haben einen starken Trend dahingehend gezeigt, dass der Anteil der Frauen mit negativer Beurteilung ihrer körperlichen Attraktivität und ihres body images deutlich zugenommen haben. Dies wird auf den zunehmenden gesellschaftlichen Druck, Schlankheit als einen wesentlichen Ausdruck sozialer Attraktivität und als eine wesentliche Grundlage für den Erfolg im beruflichen und privaten Leben zu werten, angesehen. In den USA setzt sich dieser Druck besonders bei den Frauen in einer kontinuierlichen Verschlechterung ihres Selbstbewusstseins um, während Männer, möglicherweise bedingt durch ihre größere soziale Unabhängigkeit, davon kaum beeinflusst werden (Feingold/Mazella, 1998). Bei objektiver Betrachtung ergaben sich in diesen Studien keine Unterschiede in der objektiven Attraktivität zwischen den Geschlechtern, allenfalls mit einem gewissen Vorteil für die Frauen; bei Eigenbeurteilung der Attraktivität kehrte sich das Ergebnis allerdings zugunsten der Männer in das Gegenteil um.

Diese komplexen Untersuchungen bestätigen die besondere Abhängigkeit der Selbstzufriedenheit der Frauen von ihrem Körperaussehen und führen zu einem zunehmenden Auseinanderklaffen zwischen dem Wunschbild von ihrem Körper und den tatsächlichen Körpermaßen. Diese Problematik dürfte besonders bei Frauen mit höherem sozioökonomischen Status auftreten. Dabei spielen das relative Körpergewicht (Gewicht bezogen auf Körpergröße), aber auch Fettverteilungseigenheiten eine besondere Rolle. Da das mittlere Körpergewicht in den westlichen Industrieländern unabhängig vom Geschlecht kontinuierlich ansteigt, sind bei Frauen zunehmend Konfliktsituationen von der unkomplizierten Frustration bis zu schweren Verhaltensstörungen zu erwarten.

In der Tat haben Ess-Störungen in den letzten zwanzig Jahren bei Frauen erheblich an Häufigkeit und Intensität zugenommen. Dazu gehören die Anorexia nervosa, binge-eating disorders, night-eating syndrome. Inwieweit letztere Störungen kausal mit der Adipositas verbunden sind, bleibt offen, zumal diese mit einer Reihe von verursachenden Faktoren verbunden werden und als multifaktoriell begründet gelten.

Die von den Frauen zunehmend als aussichtslos empfundene Diskrepanz zwischen ihren Wunschvorstellungen und dem tatsächlichen Körpergewicht äußert sich in der weiblich dominierten Inanspruchnahme von medizinischen und kommerziellen Leistungserbringern zur Gewichtsreduktion. Dieser Geschlechtsunterschied zeigte sich auch in der besonders exzessiven Einnahme nicht indizierter, wenngleich zumeist ärztlich rezeptierter Medikamente bei adipösen Frauen (Tabelle 3).

Zusammenfassend stellt sich ein in besonderem Maße geschlechtsabhängiger Druck auf Frauen, insbesondere bei höherem sozioökonomischen Status, im Hinblick auf ein gesellschaftlich präferiertes Schlankheitsideal dar. Diese Idealisierung des Schlankseins als ein sozial wünschenswertes Körpermaß steht im Konflikt mit der ansteigenden Prävalenz von Übergewicht und Adipositas sowie der Erfolglosigkeit verfügbarer Therapiekonzepte. Dieser Konflikt hat bei Frauen über die vergangenen Jahrzehnte zu einer zunehmenden Unzufriedenheit mit ihrem Körper und dessen selbst eingeschätzter Attraktivität geführt. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass der psychosoziale Druck allenfalls in geringem Umfang medizinisch begründbar, vielmehr aber durch zeit- und modeabhängige Entwicklungen der Gesellschaft, die sich insbesondere für die weibliche Bevölkerung auswirken, bedingt ist.

| Positive Medikamenten-Anamnese für | Männer in %* | Frauen in %** |
|--|--------------|---------------|
| Laxantien | 30 | 57 |
| Appetitzügler | 17 | 49 |
| Diuretika | 28 | 43 |
| Verdauungspräparate | 15 | 23 |
| Schilddrüsenhormone | 11 | 22 |

* n = 47

mittleres Alter 40 J., mittlerer BMI 35 kg/m²

** n = 155

mittleres Alter 38 J., mittlerer BMI 37 kg/m²

Tabelle 3: Geschlechtsunterschiede in der Medikamenten-Anamnese bei 202 Patienten der Düsseldorfer Übergewichtigen-Ambulanz im Jahre 1983 (nach Waldschütz, 1987)

3.1.3 Darstellung der geschlechtsabhängigen Mortalität bei Übergewicht/Adipositas in Nordrhein-Westfalen

Hinsichtlich der Quantifizierung der Beziehung zwischen Adipositas und Übersterblichkeit bestehen auch nach der Überwindung der früher üblichen Idealgewichtskriterien noch divergente Vorstellungen und Kontroversen. In dieser Situation ist die Düsseldorf Obesity Mortality Study (DOMS), im Rahmen derer seit fast dreißig Jahren insgesamt 6 193 Patienten (4 602 Frauen und 1 591 Männer) mit einem mittleren Übergewicht von BMI 37 kg/m² und einem mittleren Alter von 40 Jahren bei Aufnahme in die Studie verfolgt worden sind, von Bedeutung. Die Studie hat die zwischen 1961 und 1994 an die Übergewichtigenambulanz der Medizinischen Universitätsklinik überwiesenen Patienten rekrutiert. Die Patienten wurden einer standardisierten Untersuchung unterzogen und ihr Vitalstatus wurde Ende 1994 erfasst; dabei gelang es, Daten zu Patientenjahren für 98 % der ursprünglich rekrutierten Kohorte zu erheben (Bender et al., 1998, 1999).

Diese auf den Raum von Nordrhein-Westfalen fokussierte Studie stellt die bei weitem umfangreichste Untersuchung zur Mortalität eines Patientenkollektivs mit ausgeprägter Adipositas dar. Die Aussagekraft der Studie ist groß genug, um auch die Auswirkungen von Geschlechtsunterschieden auf die Adipositas-assoziierte Übersterblichkeit zu untersuchen. Die Quantifizierung der Exzess-Mortalität wurde – unter Verwendung biometrischer Standardverfahren in Abhängigkeit vom Ausmaß des Gewichts, des Alters und des Geschlechts – in Abgleich zu den Mortalitätsraten der nordrhein-westfälischen Gesamtbevölkerung vorgenommen und als SMR (standardized mortality ratio, standardisierter Mortalitätsindex) angegeben. Hierbei entspricht eine SMR von 1 einer gegenüber der Gesamtbevölkerung nicht erhöhten Mortalitätsrate, eine SMR von 2 einem verdoppelten Mortalitätsrisiko. Es ergaben sich deut-

liche Geschlechtsunterschiede: Der negative Einfluss höherer BMI-Werte wirkte sich bei Frauen deutlich weniger stark im Sinne einer Verkürzung der Lebenserwartung aus als bei Männern (Tabelle 4).

| BMI kg/m ² | Frauen (n = 4 602) | | | Männer (n = 1 591) | | |
|--------------------------|--------------------|------------------|-------------------|--------------------|------------------|-------------------|
| | SMR | 95 %-KI* | p-Wert | SMR | 95 %-KI* | p-Wert |
| 25 - <32 | 1,00 | 0,81-1,23 | 0,98 | 1,26 | 0,98-1,61 | 0,07 |
| 32 - <36 | 1,20 | 1,02-1,40 | 0,03 | 1,31 | 1,09-1,57 | 0,0053 |
| 36 - <40 | 1,27 | 1,07-1,50 | 0,0073 | 1,92 | 1,53-2,38 | <0,0001 |
| >= 40 | 2,31 | 2,04-2,60 | <0,0001 | 3,05 | 2,47-3,73 | <0,0001 |
| Insgesamt | 1,45 | 1,34-1,57 | <0,0001 | 1,67 | 1,51-1,85 | <0,0001 |

* Konfidenz-Intervall

Tabelle 4: Standardisierter Mortalitätsindex (SMR) in Abhängigkeit von Geschlecht und Lebensalter in der Düsseldorf Obesity Mortality Study (nach Bender et al., 1998)

Die Studie hat für eine große Population in Nordrhein-Westfalen die allenthalben bekannte, mit der Adipositas einhergehende Exzess-Mortalität bestätigt; die Quantifizierung des Mortalitätsrisikos ergab jedoch insofern überraschende Befunde, als das Ausmaß der Verkürzung der Lebenserwartung bei Adipositas erheblich geringer war als angenommen. Für einen BMI-Bereich von 25 bis < 32 kg/m² ergab sich für die Frauen keine Steigerung des Mortalitätsrisikos im Vergleich zur altersstandardisierten Sterblichkeit der Nordrhein-Westfalen-Bevölkerung (Tabelle 4). Erhebliche, als Krankheit einzustufende Ausmaße von Adipositas (BMI >= 32 kg/m²) waren jedoch mit einer statistisch signifikanten und zunehmenden Übersterblichkeit assoziiert. Besondere Beachtung haben dabei die Geschlechtsunterschiede hinsichtlich des mit der Adipositas assoziierten Mortalitätsrisikos gefunden. So ergab sich eine substantielle Verkürzung der Lebenserwartung entsprechend einer SMR von > 1,5 für Männer erst bei einem BMI >= 36 kg/m² und bei Frauen gar erst bei Überschreiten eines BMI von 40 kg/m² entsprechend der Definition einer morbiden Fettsucht (hochgradiges Übergewicht im Sinne eines ausgeprägten Krankheitsbildes). Die Steigerung der Exzess-Mortalität für Patienten mit morbider Fettsucht betrug bei Männern das dreifache und bei Frauen das zweifache. Weitergehende biometrische Analysen bestätigten die eindeutige statistische Signifikanz für diese Geschlechtsunterschiede in der Bedeutung der Adipositas für die Lebenserwartung (Bender et al., 1998). Dieses Phänomen des Geschlechtsunterschiedes war unabhängig von weitergehenden Einflussfaktoren (confounding factors) mit gesichertem Risiko wie dem Bluthochdruck, der Glukosetoleranz (d. h. Diabetes-Prävalenz) und dem Zigarettenrauchen.

Altersabhängigkeit der Mortalität bei Übergewicht/Adipositas

Mit besonderer Deutlichkeit stellte sich der Geschlechtsunterschied für die mit der Adipositas einhergehende Verkürzung der Lebenserwartung dar, wenn das Lebensalter als zusätzli-

che Einflussgröße in die biometrischen Analysen eingeführt wurde. Jetzt zeigten sich erhebliche Abhängigkeiten der Übersterblichkeit vom Lebensalter der Patienten bei Rekrutierung in die Studie. So ergab sich für Frauen mit einem BMI zwischen 36 und $< 40 \text{ kg/m}^2$ in den Altersgruppen 40 bis 49 Jahre und ≥ 50 Jahre keine signifikante Steigerung des Mortalitätsrisikos (SMR 1,31, $p = 0,18$; SMR 1,19, $p = 0,13$), während bei Männern ein entsprechendes Übergewicht in diesen Altersgruppen mit einer massiven Übersterblichkeit einherging (SMR 1,81, $p = 0,003$; SMR 1,72, $p = 0,001$). Der Einfluss des Lebensalters auf das Phänomen der Geschlechtsdifferenz wird in Abbildung 1 und 2 deutlich.

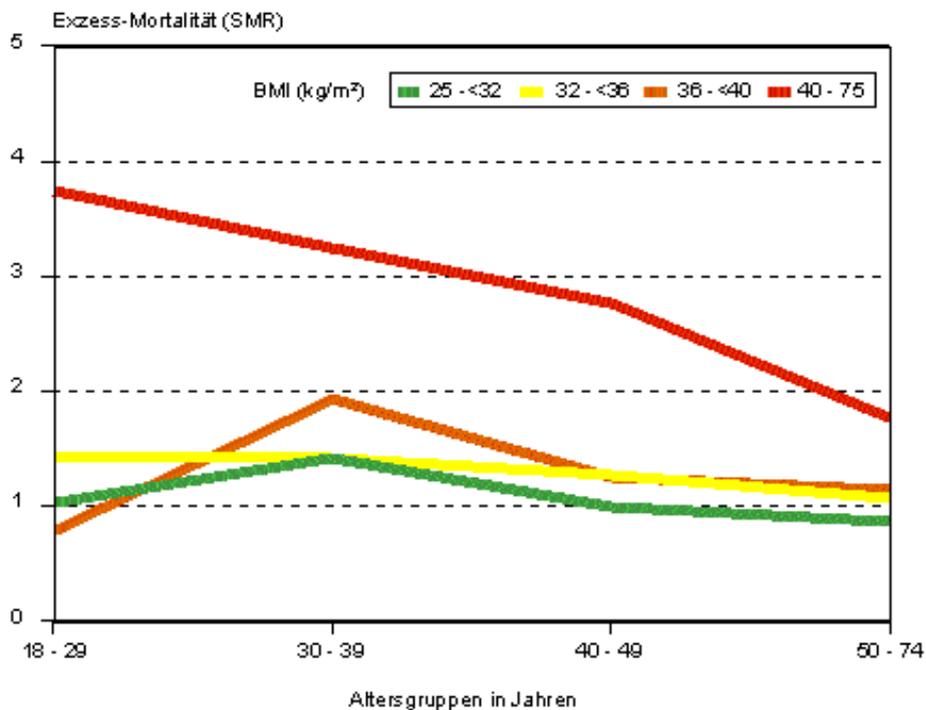


Abbildung 1: Standardisierter Mortalitätsindex (SMR) bei Frauen mit Übergewicht nach Alter und Ausmaß der Adipositas (nach Bender et al., 1999)

Zusammenfassend ergibt sich damit, dass für Frauen in einem Lebensalter von über 40 Jahren nur für eine morbid Fettleibigkeit mit einem BMI von $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ eine Adipositas-bedingte Verkürzung der Lebenserwartung im Sinne einer Steigerung der Gesamtmortalität nachweisbar ist. Diesem Befund sollte in der Gesundheitsberatung und der Festsetzung von präventivmedizinischen Therapiezielen von übergewichtigen Personen Rechnung getragen werden. Denn oft wird diesen Personen aufgrund fragwürdiger medizinischer Begründungen eine Gewichtsreduktion oktroyiert, auch ohne dass bei ihnen mit Adipositas assoziierte Erkrankungen wie ein Typ-II-Diabetes mellitus, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen bestehen.

Diese Befunde zur Geschlechtsabhängigkeit der mit der Adipositas einhergehenden Übersterblichkeit scheinen im Einklang damit zu stehen, dass Übergewicht/Adipositas in unserer Bevölkerung bei Frauen deutlich häufiger nachweisbar ist als bei Männern und – gleichwohl

– die Lebenserwartung der Frauen deutlich oberhalb derjenigen der männlichen Bevölkerung liegt.

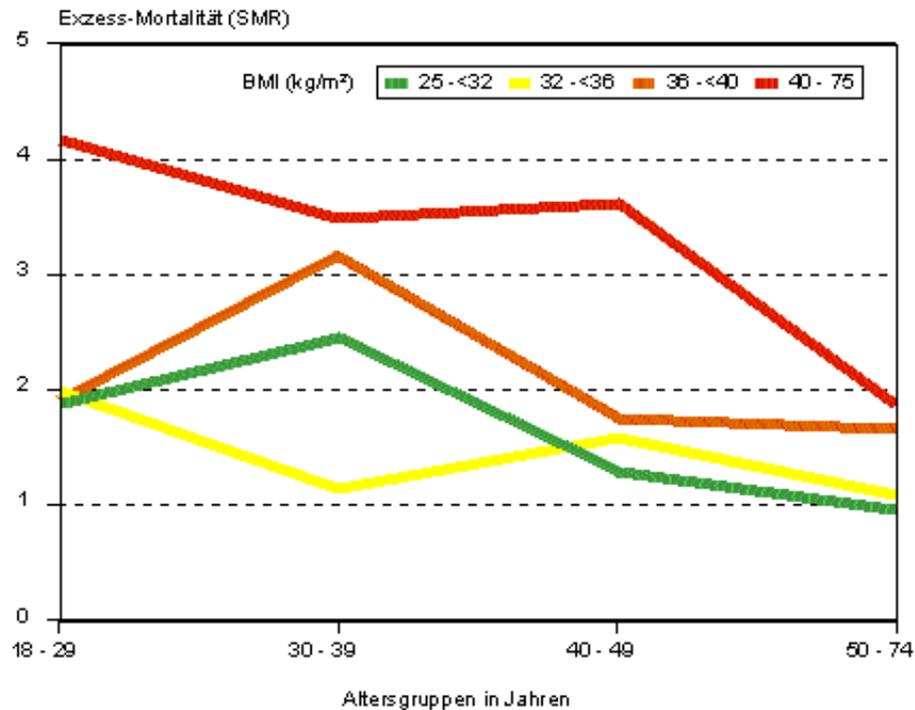


Abbildung 2: Standardisierter Mortalitätsindex (SMR) bei Männern mit Übergewicht nach Alter und Ausmaß der Adipositas (nach Bender et al., 1999)

Es ist daher plausibel, aufgrund dieser epidemiologischen Zusammenhänge sowie der dezierten Daten aus der nordrhein-westfälischen Düsseldorf Obesity Mortality Study (DOMS) von einem partiellen, aber zweifellos relevanten Schutz der Frauen gegenüber dem Mortalitätsrisiko der Adipositas auszugehen – ein Schutz, der mit zunehmendem Lebensalter zuzunehmen scheint.

3.1.4 Hinweise auf einen alters- und geschlechtsbezogenen Therapiebedarf bei Übergewicht und Adipositas

Diese eindeutigen, wenngleich vielfach als unerwartet eingeschätzten Untersuchungsbefunde aus der Nordrhein-Westfalen-Studie zur Epidemiologie der Adipositas-Mortalität DOMS haben die Frage nach der medizinischen Indikation zur Therapie des Übergewichts aufgeworfen. Dabei weisen die Daten darauf hin, dass die präventiv-medizinische Indikation zur Behandlung der Adipositas bei Männern strenger zu stellen ist als bei Frauen. Dies gilt insbesondere für die weibliche Bevölkerung im Alter von über 40 Jahren und steht in Gegensatz zu früheren Interpretationen aus der soziologisch definierten Kohortenstudie der American-Nurses'-Health-Studie.

Unabhängig davon bleibt die Übergewichtsreduktion als primäre Therapiemaßnahme der initialen Behandlungskonzepte für den Typ-II-Diabetes mellitus, den milden Bluthochdruck, für Fettstoffwechselstörungen sowie das Schlafapnoesyndrom bestehen. Ob darüber hinaus eine Primärprävention dieser Erkrankungen bei Hochrisikopersonen durch Gewichtsreduktion und andere life-style-Interventionen möglich ist, ist Gegenstand laufender Untersuchungen.

Im Gegensatz zu der im Vergleich zu Männern ausgeprägten Minderung des Adipositas-assoziierten Mortalitätsrisikos bei Frauen stehen die besonders rigiden Vorstellungen der weiblichen Bevölkerung hinsichtlich des wünschenswerten Körpergewichts. Dabei kommt dem psychosozial determinierten Schlankheitsideal offenbar eine erhebliche Bedeutung zu. In diesem Zusammenhang kehrt sich das Phänomen des dargestellten Geschlechtsunterschiedes insofern um, als adipöse Frauen besonders durch – medizinisch ungerechtfertigte – Einschränkungen von Selbstwertgefühl und Lebensqualität sowie diätetische, medikamentöse und chirurgische Behandlungsnebenwirkungen und -risiken gefährdet sind.

Die Konsequenz aus diesen Befunden sollte eine Intensivierung der Information der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit über die tatsächlichen Risiken der Adipositas und eine Konzentrierung der präventivmedizinischen Bemühungen auf diejenigen Patienten mit nachweisbarem Adipositas-assoziierten Mortalitätsrisiko sein. Diese evidenzbasierte Vorgehensweise muss an die Stelle überkommener Vorstellungen treten, welche sich an der kommerziell motivierten, übertriebenen Darstellung von gesundheitlichen Risiken der Adipositas sowie dem allenthalben gesellschaftlich propagierten Schlankheitsideal insbesondere für die weibliche Bevölkerung orientieren.

Literatur

- Adipositas-Mitteilungen der Deutschen Adipositas-Gesellschaft 8 (1998) S. 19.
- Bender, R.; Trautner, C.; Spraul, M.; Berger, M. (1998): Assessment of excess mortality in obesity. *Am. J. Epidemiol.* 147, S. 42 - 48.
- Bender, R.; Jöckel, K-H.; Trautner, C.; Spraul, M.; Berger, M. (1999): Effect of age on excess mortality in obesity. *J. Am. Med. Ass.* 281, S. 1498 - 1504.
- Berger, M. (1999): *Diabetes mellitus*. München: Urban & Fischer. 2. Auflage..
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (1996): *Ernährungsbericht 1996*. Frankfurt.
- Feingold, A.; Mazzella, R. (1998): Gender differences in body image are increasing. *Psychological. Science* 9, S. 190 - 195.
- Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft zur Therapie der Adipositas (1998): AWMF online-Leitlinien-Register Nr. 050/001. *Adipositas* 8, S. 5.
- Obesity Education Initiative of National Heart, Lung and Blood Institute (1998): *Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. The evidence report*. National Institutes of Health, Washington DC, USA.
- The ultimate triumph of obesity (1995): *Lancet* 346, S. 134 - 135.
- Waldschütz, E. (1987): *Medikamentenanamnesen bei Adipositas*. Med. Diss., Univ. Düsseldorf.
- World Health Organization (1998): *Obesity. Preventing and managing the global epidemic*. World Health Organization, Geneva.

3.2 Gesundheitsrisiken von Frauen in Erwerbsarbeit, Haus- und Familienarbeit

Arbeitsmedizinische Forschung ist in der Regel geschlechtsunspezifisch. Sie erhebt überwiegend den männlichen Probanden zum Maßstab. Wenn überhaupt, so werden Frauen häufig nur unter dem Gesichtspunkt der Gefährdung einer Schwangerschaft gesondert berücksichtigt. Das häufig verwendete Argument, dass die für Männer erhobenen Daten auch für Frauen relevant seien, scheitert an der Tatsache, dass Frauen und Männer meistens nicht auf den gleichen Arbeitsplätzen beschäftigt sind. Zudem nehmen Frauen auch im gleichen Berufsfeld häufig andere Tätigkeiten als Männer wahr. So arbeiten Frauen weit häufiger in unqualifizierten, angelernten Positionen (Reinigungsgewerbe, Metallindustrie) und übernehmen sogenannte Resttätigkeiten. In der Metallindustrie leisten Frauen z. B. die vom Mechanisierungsprozess übriggebliebenen Resttätigkeiten wie Stanzen, Löten und Montieren von Hand (Kliemt, 1995). Mit diesen Tätigkeiten sind andere Risiken verbunden. In einem Bericht zur Männer-Frauen-Gesundheit ist es deshalb aufschlussreich, den Blick ausdrücklich auf Belastungen und Gesundheitsrisiken einiger frauentypischer Bereiche von Erwerbsarbeit zu richten, zumal der Anteil berufstätiger Frauen in den letzten Jahren auf rund 40 % aller Erwerbstätigen angestiegen ist.

Unabhängig von der Frage, ob berufstätig oder nicht, sind Frauen in der Regel traditionell immer noch für die Haushaltsführung verantwortlich. Hausarbeit und Hausfrauenrolle bergen zahlreiche Belastungen und gesundheitliche Risiken. Arbeiten im häuslichen Bereich sind im Gegensatz zu vielen Bereichen der Erwerbsarbeit nicht arbeitsschutzrechtlich geregelt. Da fast alle Frauen von diesen Belastungen und Risiken betroffen sind, werden in diesem Kapitel arbeitsbezogene Belastungen und Risiken von Frauen im Haushalts- und Familienbereich besonders dargestellt.

3.2.1 Die aktuelle Beschäftigungssituation von Frauen

Die Mehrzahl der in Deutschland lebenden Frauen ist erwerbstätig. Die Quote liegt bundesweit bei 66 %. In Nordrhein-Westfalen stieg die Zahl der weiblichen Beschäftigten zwischen 1986 und 1998 um rund 280 000 (+13,5 %), während die Zahl männlicher Beschäftigter im gleichen Zeitraum um 87 000 abnahm (-2,5 %). Der Anteil der Frauen an den Beschäftigten in Nordrhein-Westfalen stieg von 38 % im Jahre 1986 auf 41 % im Jahre 1998.

Allgemein steigt der Trend zur Teilzeitbeschäftigung, der Anteil der Teilzeitarbeit lag 1995 bei 11 %. 88 % dieser Teilzeitarbeitsplätze werden im Dienstleistungssektor angeboten und 90 % der Teilzeitarbeitsplätze werden von Frauen eingenommen. Teilzeitarbeit ist somit ein wichtiges Kennzeichen von Frauenerwerbstätigkeit. Die Pflichten der Kinderbetreuung spielen hierbei eine wichtige Rolle: Nur 19 % der verheirateten und 30 % der allein erziehenden Mütter arbeiten Vollzeit.

Frauen bestimmen zunehmend die Entwicklung der aktuellen Beschäftigungszahlen. Trotz dieses deutlichen Einflusses von Frauen existiert nach wie vor eine starke geschlechtsspezifische Differenzierung auf dem Arbeitsmarkt. Frauen sind im Vergleich zu Männern überwiegend in niedrigeren Positionen mit geringerem Einkommen und Status beschäftigt. In diesen typischen „Frauenberufen“ mangelt es ihnen meistens an Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Die Segmentierung zwischen den Geschlechtern findet sich aber nicht nur in der Definition sogenannter typischer Männer- und Frauenberufe. In Berufsgruppen, in denen sowohl Frauen als auch Männer beschäftigt sind, findet sich eine Ungleichbehandlung häufig auch innerhalb derselben Hierarchiestufe, indem den Geschlechtern unterschiedliche Tätigkeiten (mit unterschiedlichen Gesundheitsbelastungen) zugeordnet werden.

In welchen Wirtschaftszweigen und Berufsgruppen sind Frauen typischerweise beschäftigt? Tabelle 1 zeigt die Wirtschaftszweige mit einem hohen Frauenanteil sowie die Entwicklung der Beschäftigungszahlen zwischen 1991 und 1998. Erfasst werden in dieser Statistik des Landesamts für Datenverarbeitung und Statistik NRW die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, d. h. ca. 80 % aller Erwerbstätigen. Unberücksichtigt bleiben Beamte, Selbständige und mithelfende Familienangehörige sowie alle geringfügig Beschäftigten unter der Sozialversicherungsgrenze. Herauszuheben sind insbesondere die Bereiche Gesundheits- und Veterinärwesen (ca. 82 % Frauen und Erhöhung der Anzahl) sowie Reinigung und Körperpflege (ca. 76 % Frauen). Der Frauenanteil ist in allen Branchen mit Ausnahme des Gesundheits- und Veterinärwesens rückläufig.

| Wirtschaftszweig | Frauenanteil in Wirtschaftszweigen und Branchen | | | |
|--|--|------|------------|------|
| | 30.06.1991 | | 30.06.1998 | |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % |
| Gesundheits- und Veterinärwesen | 297 507 | 80,7 | 343 392 | 81,8 |
| Reinigung und Körperpflege | 79 432 | 79,2 | 76 694 | 75,8 |
| Gaststätten- u. Beherbergungsgewerbe | 132 235 | 68,1 | 157 078 | 67,2 |
| Einzelhandel | 333 016 | 66,5 | 315 116 | 64,6 |
| Nahrungs- und Genussmittel | 76 716 | 46,1 | 65 203 | 45,9 |
| Leder-, Textil-, Bekleidungsgewerbe | 73 810 | 56,5 | 38 531 | 50,2 |
| Deutsche Bundespost | 28 470 | 52,7 | 20 851 | 49,5 |
| Elektrotechnik (ohne ADV), Feinmechanik, EBM-Waren* | 141 783 | 32,5 | 110 402 | 30,2 |

* Eisen-, Blech-, Metallwaren

Tabelle 1: Anteil von Frauen in ausgewählten Wirtschaftszweigen in NRW, 1991, 1998

Aktuelle Daten zur Beschäftigtenzahl in Nordrhein-Westfalen, aufgeschlüsselt nach einzelnen Berufen, liefert Tabelle 2. Ausgewählt wurden Berufe mit einem hohen Anteil weiblicher Beschäftigter.

3.2.2 Gesundheitliche Belastungen in ausgesuchten Frauenberufen

Generell scheint Berufstätigkeit den Gesundheitsstatus von Frauen eher positiv zu beeinflussen, obwohl viele berufstätige Frauen ihre Haushaltspflichten noch zusätzlich zu erledigen haben. Es wird vermutet, dass dieses auf bekannte protektive Faktoren von Berufstätigkeit zurückzuführen ist. Zu diesen Faktoren zählen unter anderem die Verwirklichung langfristiger

Zielsetzungen, die Erweiterung der eigenen Handlungsfähigkeit und hohe berufliche Anforderungen, die langfristiges Planen und Verfolgen von Zielen ermöglichen.

| Berufe | Beschäftigte in NRW | | |
|---|---------------------|----------------|-------------|
| | insgesamt | dar.: Frauen | |
| | | Anzahl | in % |
| Sprechstundenhelfer/-innen | 110 453 | 109 774 | 99,4 |
| Apothekenhelfer/-innen | 9 888 | 9 718 | 98,3 |
| Diät-, Pharm.-techn. Assistenten/Assistentinnen | 11 281 | 11 048 | 97,9 |
| Kindergärtner/-innen | 76 265 | 73 619 | 96,5 |
| Hauswirtschaftsverwalter/-innen | 12 645 | 12 162 | 96,2 |
| Hauswirtschaftliche Betreuer/Betreuerinnen | 27 835 | 26 714 | 96,0 |
| Stenografen/Stenografinnen, Stenotypisten/ Stenotypistinnen, Maschinenschreiber/-innen | 100 119 | 95 811 | 95,7 |
| Oberbekleidungsnaher/-innen | 7 893 | 7 436 | 94,2 |
| Floristen/Floristinnen* | 9 172 | 8 569 | 93,4 |
| Raum-, Hausratreiniger/-reinigerinnen | 110 448 | 102 961 | 93,2 |
| Medizinallaboranten/-laborantinnen | 17 477 | 16 251 | 93,0 |
| Datentypisten/-typistinnen | 10 405 | 9 664 | 92,9 |
| Friseure/Friseurinnen | 32 448 | 29 735 | 91,6 |
| Kassierer/-innen | 24 888 | 22 372 | 89,9 |
| Näher/-innen | 5 518 | 4 833 | 87,6 |
| Wäscher/-innen, Plätter/-innen | 10 113 | 8 645 | 85,5 |
| Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen | 145 891 | 121 716 | 83,4 |
| Schneider/-innen | 3 629 | 2 984 | 82,2 |
| Telefonisten/Telefonistinnen | 12 441 | 10 229 | 82,2 |
| Helfer/-innen in der Krankenpflege | 48 800 | 39 677 | 81,3 |
| Apotheker/-innen | 5 485 | 4 410 | 80,4 |
| Drogisten/Drogistinnen | 1 795 | 1 429 | 79,6 |
| Sozialarbeiter/-innen, Sozialpfleger/-innen | 78 746 | 61 582 | 78,2 |
| Fremdenverkehrsfachleute | 15 670 | 12 157 | 77,6 |
| Lederbekleidungshersteller/-innen | 1 242 | 961 | 77,4 |
| Verkäufer/-innen | 297 879 | 227 409 | 76,3 |
| Masseure/Masseurinnen | 20 583 | 15 109 | 73,4 |
| Real-, Volks-, Sonderschullehrer/-innen | 11 261 | 8 231 | 73,1 |
| Bibliothekare/Bibliothekarinnen | 8 348 | 6 093 | 73,0 |
| Verlagskaufleute, Buchhändler/-innen | 5 889 | 4 223 | 71,7 |
| Elektrogeräte-, Elektroteilemontierer/-innen | 25 809 | 18 044 | 69,9 |
| Bürofachkräfte | 759 070 | 515 257 | 67,9 |
| Heimleiter/-innen, Soz.pädagogen/-pädagoginnen | 41 307 | 27 805 | 67,3 |
| Buchhalter/-innen | 41 152 | 27 441 | 66,7 |

*Fett gedruckte Berufe sind Gegenstand dieses Berichts

Tabelle 2: Beschäftigte in Nordrhein-Westfalen nach ausgewählten Berufen, 1998

Im Widerspruch hierzu steht allerdings, dass berufliche Tätigkeiten, die mit diesen gesundheitsförderlichen Faktoren assoziiert werden, eher von Männern wahrgenommen werden, da Frauen weit häufiger in monotonen, repetitiven, sinnentleerten Tätigkeiten, ohne Möglichkeiten der Selbstbestimmung arbeiten als Männer. Geringe Macht und Mangel an persönlicher Kontrolle wurde in mehreren Studien negativ mit Gesundheit assoziiert. In Berufen mit hoher Qualifikation und Anerkennung (Ärztin, Hochschulprofessorin) haben Frauen kein höheres Gesundheitsrisiko als Männer. Es scheint also, dass nicht in erster Linie biologische Unterschiede verantwortlich sind für unterschiedliche Gesundheitsrisiken, sondern unterschiedliche Lebenslagen und psychosoziale Faktoren.

Gesundheitsbelastungen von Frauen im Erwerbsleben stehen nicht im Blickpunkt öffentlichen Interesses. Nur wenige Veranstaltungen beschäftigten sich mit diesem Thema, z. B. die von den Ländern Hessen und Thüringen im Rahmen des Europäischen Jahres für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 1992 durchgeführte Veranstaltung „Humanisierung der Frauenarbeit“ oder die Fachkonferenzen „Frauen - Beruf - Gesundheit“ am 25. Nov. 1993 bzw. „Frauen-Gesundheit“ (1999) des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen.

Im Folgenden werden Belastungen und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit in einigen ausgewählten typischen Frauenberufen behandelt. Auswahlkriterien für die Berufe waren:

- ▶ die Stärke der potenziellen Gesundheitsbelastung im Beruf,
- ▶ die Datenlage zu den Gesundheitsbelastungen,
- ▶ die Anzahl der betroffenen Frauen und
- ▶ der relative Anteil von Frauen in der Berufsgruppe.

Reinigungsberufe

Der Beruf der Raum- und Hausratreinigerinnen birgt eine Reihe ernster Gesundheitsgefahren und ist vergleichsweise gründlich untersucht. Eine relativ große Anzahl von Frauen ist betroffen. Nach Auskünften des Landesinnungsverbands des Gebäudereinigerhandwerks Nordrhein-Westfalen in Köln arbeiten zur Zeit etwa 195 000 Personen im Reinigungsdienst in Nordrhein-Westfalen. Davon haben nur etwa 45 000 eine Ausbildung zum Gebäudereiniger und von diesen ausgebildeten Kräften sind ca. 10 % Frauen. Diese Personen sind häufig Objektleiterinnen/Objektleiter oder mit Außenreinigungen von Fenstern und Fassaden beschäftigt. 150 000 Personen arbeiten ohne Ausbildung im Gebäudereinigungsdienst mit einem Frauenanteil von ca. 80 % (120 000 Frauen). Von diesen Personen ohne Ausbildung sind ca. 50 % (75 000 Personen) sogenannte geringfügig Beschäftigte mit einer Arbeitszeit von 2 Stunden pro Tag. Hier liegt der Frauenanteil bei quasi 100 %. 40 % der nicht ausgebildeten Reinigungskräfte sind sozialversicherungspflichtig und arbeiten zwischen 3 und 4 Stunden pro Tag (typischerweise in Krankenhäusern), die restlichen 10 % arbeiten Vollzeit, typischerweise als sogenannte Tagesfrauen in Banken.

Hier wird insbesondere auf die Berufsgruppe der Raumpflegerinnen/Raumpfleger (BK 9331) eingegangen, da gerade die Raumpflege eine typische Frauentätigkeit ist, in der fast ausschließlich Frauen arbeiten. Diese Berufsgruppe ist von dem Ausbildungsberuf des Gebäudereinigers zu unterscheiden, der sich insbesondere mit der Reinigung von Fenstern und Fassaden befasst und in dem zu ca. 75 % Männer beschäftigt sind. Die Raumpflege hingegen ist eine angelernte Tätigkeit, meist geprägt durch geringfügige Arbeitsverhältnisse. Sie wird als die bloße Fortsetzung der Hausarbeit angesehen und genießt kein soziales Prestige.

Die Entwicklung der letzten Jahre war gekennzeichnet durch die Externalisierung von Reinigungsarbeiten, ihre Delegation an private Gebäudehandwerksfirmen. Das hat bundesweit zu einer Expansion dieser Firmen (Zunahmen von 1 977 Firmen im Jahre 1974 auf 3 432 im Jahr 1991) (Arbeitsgemeinschaft der Bau-Berufsgenossenschaften, 1994) und der Anzahl der darin Beschäftigten geführt (von 1970 bis 1990 von 128 000 auf 430 000). In den folgenden Jahren hat sich die Anzahl sozialversicherungspflichtiger Arbeitnehmerinnen durch Umwandlung der Beschäftigungsverhältnisse in solche ohne Sozialversicherungspflicht drastisch reduziert.

Raumpflegerinnen arbeiten in Krankenhäusern, Labors, Büros, Schulen, Kindergärten, Kaufhäusern, Restaurants, Produktionshallen, Flugzeugen, Zügen etc. Sie verrichten Arbeiten wie Feuchtwischen oder Trockenreinigen von Böden, Säubern von Türen, Einrichtungsgegenständen, Fensterbänken etc., Reinigen sanitärer Anlagen, Desinfizieren medizinischer Einrichtungen, Beseitigung von Abfall, Verrücken von Mobiliar zum Zwecke der Reinigung etc.

Die Tätigkeit der Raumpflege ist wenig automatisiert. Lediglich bei der Fußbodenreinigung werden Gerätschaften wie Ein- oder Zwei-Eimer-Wagen mit Presse, Gerätewagen, Bohnermaschinen, Staub- und Wasserauger eingesetzt. Die restliche Arbeit geschieht manuell oft unter Einsatz chemischer Reinigungsmittel und erheblicher Körperkraft.

In der Regel ist der Zeitdruck groß, es gibt standardisierte Vorgaben (z. B. gereinigte Fläche pro Stunde).

Physische Belastungen

Voraussetzung für die Tätigkeit der Raumpflegerin ist die Fähigkeit, meist stehend, oft in gebückter oder kniender Körperhaltung, physisch schwer belastende Arbeiten zu verrichten. Gleichzeitig muss die Raumpflegerin die monotone und geistig häufig unterfordernde Tätigkeit schnell und systematisch erledigen, um dem Zeitdruck gerecht zu werden.

Direkte gesundheitliche Risiken bestehen denn auch vor allem in Unfällen, in der Überbeanspruchung des oberen und unteren Bewegungsapparates, insbesondere des Hals- und Lendenbereichs der Wirbelsäule, der Hüftgelenke und des Schulter-Arm-Bereichs. Ferner bestehen Risiken von Hautschäden und Allergien.

a) Belastungen und Verletzungen des Bewegungsapparates

Die Art der spezifischen Belastung bestimmt das zu reinigende Objekt. Einige Beispiele sollen zur Illustrierung aufgeführt werden:

- ▶ Staubsaugen, Wischen und Bohren von Treppen und Böden sind oft nur in gebückter Zwangshaltung möglich, die die Wirbelsäule stark belastet.
- ▶ Wassereimer (16 Liter Inhalt) müssen in einer 4-stündigen Tätigkeit 4- bis 5-mal zum nächsten Ausguss getragen, ausgeleert, neu gefüllt und wieder auf den Wischwagen geladen werden. Das führt zu einer starken Belastung des Schulter-Arm-Bereichs.
- ▶ Das Tragen von Müllsäcken über Treppen, das Heben von Kanistern mit Reinigungsmitteln belastet ebenfalls den Rücken- und Schulter-Arm-Bereich.
- ▶ Häufiges Ausrutschen belastet Knie- und Hüftgelenke und kann zu Stürzen führen, die mit dem Risiko von Prellungen, Stauchungen, Zerrungen und Brüchen einhergehen.

b) Belastungen durch den Umgang mit Reinigungschemikalien

Rationalisierungsbestrebungen haben zum Einsatz immer aggressiverer Reinigungsmittel geführt. Die Klassifizierung der Inhaltsstoffe auf den Gebrauchsanweisungen fehlt häufig, so dass z. B. nicht festzustellen ist, ob das Mittel reizende Stoffe oder allergen wirkende Substanzen enthält. Die Reinigungskräfte werden selten über den sicheren Umgang mit den Mitteln informiert.

In einer von Bürkardt und Oppen (1984) durchgeführten Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin ergab sich für die Berufsgruppe der Raum- und Hausratreinigerinnen ein um 25 % über dem regionalen Durchschnitt liegender Krankenstand, insbesondere für die jüngeren, meist vollzeitig arbeitenden Frauen unter dem dreißigsten Lebensjahr. Eine Studie von 90 000 betriebsärztlichen Abschlussuntersuchungen des TÜV Rheinland, die 36 Monate durchgeführt wurde, ergab überdurchschnittlich häufige Diagnosen für Stoffwechselstörungen, Kreislaufstörungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Erkrankungen der Harnorgane und Neubildungen (Haas et al. 1986).

Im Zeitraum von 1985 bis 1990 waren von den 199 anerkannten Fällen 123 Hauterkrankungen und 50 Infektionskrankheiten, letztere vermutlich aus dem Krankenhausbereich (siehe Tabelle 3).

| Erkrankungsart (BK-Nr.) | Anerkannte Fälle | |
|---|------------------|------------|
| | insgesamt | in % |
| Hautkrankheiten (5101) | 123 | 61,8 |
| Infektionskrankheiten (3101) | 50 | 25,1 |
| Erkrankungen durch Kohlenmonoxid (1201) | 6 | 3,0 |
| Lärmschwerhörigkeit (2301) | 6 | 3,0 |
| Asbestosen (4103) | 3 | 1,5 |
| Erkrankungen durch Fluor (1308) | 3 | 1,5 |
| Erkrankungen durch halogenierte Kohlenwasserstoffe (1302) | 2 | 1,0 |
| Mesotheliom durch Asbest (4105) | 2 | 1,0 |
| Obstruktive Atemwegserkrankungen (4302) | 2 | 1,0 |
| Erkrankungen durch Methanol (1306) | 1 | 0,5 |
| Erkrankungen durch Benzol und seine Homologe (1303) | 1 | 0,5 |
| Gesamtfälle | 199 | 100 |

Tabelle 3: Überblick über anerkannte Berufskrankheiten in der Berufsgruppe Raum- und Hausratreinigerinnen im Zeitraum 1985 - 1990

Wesentliches Kennzeichen der meisten Reinigungsberufe ist die Teilzeitbeschäftigung. Gesundheitsrisiken: Hoher Zeitdruck, körperlich schwere Arbeiten, Monotonie, einseitige Belastung, geringfügige Bezahlung, Gefahrstoffbelastung, Hauterkrankungen, unzureichende Arbeitsmittel.

Krankenpflegeberufe

Im Jahre 1998 waren in Nordrhein-Westfalen insgesamt 145 891 Krankenschwestern, -pfleger und Hebammen sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Davon waren 121 716 (83 %) Frauen (Tabelle 2).

Der Arbeitsbereich Krankenpflege zeichnet sich durch extrem hohe physische und psychische Belastungen aus. In den letzten Jahren hat steigender ökonomischer und fachlicher Druck auf die Krankenhäuser und ihre Träger zu sinkender Verweildauer der Patienten bei steigender Patientenzahl geführt. Bei gleichzeitig sinkender Arbeitszeit pro Woche führt das zu einer enormen Verdichtung der Arbeitsintensität und -belastung im Pflegebereich. Gleichzeitig ist die Zahl der in der Krankenpflege beschäftigten Personen seit 1995 rückläufig. Hinzu kommt, dass die Arbeit häufig im Schichtdienst, häufig in Wechselschicht erledigt wird.

Physische Belastungen

In der Krankenpflege ist schweres Heben und Tragen alltäglich. Häufig müssen lange Wege auf und zwischen den Stationen zurückgelegt werden. So wurden z. B. pro Schicht auf einer Intensivstation, auf der eher mit kurzen Wegen zu rechnen ist, durchschnittlich 11,1 km zurückgelegt. Diese körperlichen Anstrengungen können zu Rücken- und Nackenschmerzen, Muskelverspannungen und Unterleibsbeschwerden führen. Hohe Beanspruchungen des Bewegungsapparates, insbesondere im Bereich der Lenden- und Halswirbelsäule, wurden immer wieder in verschiedenen Untersuchungen an Krankenschwestern nachgewiesen. So benannten 58 % von 372 befragten Krankenschwestern ziemliche bis starke Rückenschmerzen und 41 % ziemliche bis starke Nackenschmerzen. In der „Freiburger Wirbelsäulenstudie“ bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst (n = 2 207) lag das relative Risiko für ein allgemeines Lumbalsyndrom für Punkt- und Lebenszeitprävalenzen in allen Dienstaltersstufen 1,5-mal über dem von Büroangestellten (n = 1 177). Das Risiko an einer Lumboischialgie zu erkranken, scheint bei Krankenschwestern, insbesondere in den ersten Berufsjahren, drastisch höher als bei Büroangestellten. So war für Punktprävalenzen in der niedrigen Dienstaltersstufe (bis 4 Jahre) das relative Risiko um das 4,6-fache erhöht. Die Risikodifferenz verringerte sich zwar mit den Dienstjahren, blieb aber immer noch beim Zweifachen bei einem Dienstalter von mehr als 20 Jahren (Hofmann et al., 1995).

Erst seit Februar 1992 werden arbeitsbedingte Wirbelsäulenschäden als Berufskrankheit anerkannt. Dafür muss allerdings sowohl ein spezieller pathologischer Befund vorliegen als auch ein Kausalzusammenhang zwischen Erkrankung und beruflicher Tätigkeit hergestellt werden können. Es sind aber häufig trotz chronischer Rückenschmerzen radiologisch oder computertomographisch keine spezifischen Veränderungen sichtbar und der objektive Beweis bleibt aus. In Anbetracht der Beschwerdehäufigkeit über Rücken- und Nackenschmerzen führt dies zu einer verhältnismäßig geringen Anzahl bestätigter Berufskrankheiten-Verdachtsfälle im Bereich BK 2108 (Lendenwirbelsäule) und BK 2109 (Halswirbelsäule) (Tabelle 4).

Chemische Belastungen

Pflegekräfte sind täglich mit Medikamenten, Desinfektionsmitteln und vielen anderen potenziell allergieauslösenden Substanzen in Kontakt. Allergisch bedingte Erkrankungen wie Ekzeme, Rhinitis, Konjunktivitis und Asthma liegen beim Pflegepersonal in der Häufigkeit daher nach den vorgenannten Rückenschmerzen an zweiter Stelle der Beschwerden. Etwa 30 % der Pflegekräfte geben an, an Hautallergien zu leiden. Sie haben, je nach Lokalisation und Schweregrad, häufig eine vorübergehende oder auch vollständige Berufsunfähigkeit zur Folge und stehen bei den bestätigten Berufskrankheiten an erster Stelle – wohl auch wegen ihrer eindeutigen Diagnostizierbarkeit und ihres vergleichsweise eindeutigen Kausalbezuges zum Berufsleben (Tabelle 4).

Biologische Belastungen

Pflegekräfte tragen ein hohes Infektionsrisiko durch den direkten Umgang mit infiziertem Blut und Blutbestandteilen und durch den engen Kontakt mit infizierten Patienten (Tröpfcheninfektion). Mehr als die Hälfte der Entschädigungsleistungen der Berufsgenossenschaften gehen auf das Konto der Hepatitis B. Die in den siebziger Jahren eingeführte Hepatitis-B-Schutzimpfung hat das Infektionsrisiko verringert. Die Infektionsgefahr durch das HI-Virus durch kontaminiertes Spritzenmaterial und Blut ist ebenfalls gegeben. Infektionskrankheiten stellen die zweitgrößte Gruppe bestätigter Berufskrankheiten bei Pflegekräften (Tabelle 4).

| Berufskrankheit (BK-NR.) | Anzahl bestätigter Berufskrankheiten | | |
|---|--------------------------------------|--------|-----------|
| | Frauen | Männer | insgesamt |
| Kohlenmonoxid (1201) | 12 | 11 | 23 |
| Halogenwasserstoffe (1302) | 3 | 4 | 7 |
| Lendenwirbelsäule, Heben u. Tragen (2108) | 107 | 29 | 136 |
| Halswirbelsäule (2109) | 2 | 0 | 2 |
| Infektionskrankheiten (3101) | 166 | 37 | 203 |
| Tropenkrankheiten (3104) | 7 | 1 | 8 |
| Mesotheliom, Asbest (4105) | 2 | 0 | 2 |
| Atemwegserkrankungen, allergisch (4301) | 174 | 14 | 188 |
| Atemwegserkrankungen, toxisch (4302) | 5 | 0 | 5 |
| Hautkrankheiten (5101) | 790 | 67 | 857 |
| § 9 Abs. 2, SGB VII | 1 | 0 | 1 |

Tabelle 4: Bestätigter Berufskrankheitenverdacht bei Krankenschwestern und -pflegern sowie Hebammen in Nordrhein-Westfalen, 1994 - 1998

Es hat sich herausgestellt, dass Kanülenstichverletzungen, die zur Übertragung von pathogenen Viren (z. B. Hepatitis B) und Bakterien führen können und die von allen Unfällen am häufigsten geschehen, in der Regel nicht in der Arbeitsunfallstatistik erfasst werden, weil sie selten als Arbeitsunfall gemeldet werden. Sie werden häufig erst bei einem späteren Berufskrankheitsverfahren als mögliche Infektionsursache benannt, wobei eine Kausalkette u. U. schwer zu belegen ist.

Verkäuferinnen

Im Jahre 1998 arbeiteten ca. 227 000 Frauen als Verkäuferinnen in Nordrhein-Westfalen (Tabelle 2). 76 % der Beschäftigten im Verkaufsbereich sind Frauen, das macht diese Tätigkeit zu einem typischen Frauenberuf. Verkäuferinnen können in sehr unterschiedlichen Bereichen tätig sein. Die größte Anzahl findet sich vermutlich im Lebensmittelhandel.

Der Arbeitsalltag von Verkäuferinnen ist mit vielfältigen Belastungen verbunden, von denen einige hier exemplarisch genannt werden: Physikalische Belastungen sind mit ständigem Stehen ohne Sitzgelegenheit, Heben und Tragen in Zwangshaltung (z. B. an Bedienungstheken), Schneidearbeiten (z. B. im Fleisch- und Käseverkauf) und dem Auspacken und Platzieren von Waren verbunden. Psychische und psychosoziale Belastungen sind mit hektischen, unfreundlichen Kunden, hohem Arbeitsstress vor Feiertagen, Unterforderung durch immer gleiche Tätigkeiten, Spannungen unter den Beschäftigten mit unterschiedlicher Stundenarbeitszeit und ständiger Konzentration verbunden. Weitere Belastungen sind: Schlechte, stickige Luft, Zugluft, unzureichende Beleuchtung, ständige Geräuschkulisse durch Werbung, Temperaturschwankungen durch Auspacken von Ware im Kühlhaus. Es kommt zu Unfällen wie Schnittwunden, weil Sicherheitsvorkehrungen häufig nicht beachtet werden, damit ein Arbeitsvorgang schneller geht. Scharfe Kanten an Regalen können zu Prellungen führen. Beim Ein-, Um- und Ausräumen von Waren besteht die Gefahr, von der Leiter zu stürzen. Der Arbeitsdruck ist hoch. Die Leistung wird oft an Leistungskennziffern gemessen. Die Tätigkeiten werden zunehmend monotoner, da eine Tendenz besteht, die Arbeitsinhalte aus Effizienzgesichtspunkten zu reduzieren. Kommunikation zwischen den Mitarbeiterinnen ist kaum möglich, da die Pausen zu unterschiedlichen Zeiten genommen werden müssen, um eine Kundenbetreuung zu gewährleisten. Da viele Verkäuferinnen Teilzeit arbeiten, wirkt sich ihre Arbeitsintensität auf die Vollzeitkräfte aus. Die Arbeitszeiten sind sehr lang. Vorarbeiten, Abschlussarbeiten und sehr lange Pausen kommen häufig hinzu. Es wird samstags gearbeitet. Freizeitausgleich bei Mehrarbeit erfolgt nach Vorgabe des Betriebes. Die Einsatzplanung ist häufig kurzfristig, was sich negativ auf die Alltagsplanung auswirkt.

Diese vielfältigen Belastungen haben gesundheitliche Folgen. Über 50 % aller Verkäuferinnen klagen über gesundheitliche Beschwerden und etwa die Hälfte nehmen häufig Medikamente gegen Schmerzen und Kreislaufbeschwerden. Erkrankungen des Halteapparates und des Gefäßsystems in Stehberufen allgemein verursachen doppelt so viele Arbeitsunfähigkeitstage wie in anderen Berufen.

Die gesundheitlichen Risiken durch langes Stehen, wie es im Verkaufsberuf typisch ist, sind Verspannungen und Verkrümmungen im Wirbelsäulenbereich, Abnutzungen der Bandscheiben durch einseitige Belastungen, Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich sowie im Lendenwirbelbereich. Es ist bekannt, dass sich psychosoziale Stressoren ungünstig auf Erkrankungen und Belastungen des Halteapparates auswirken.

Die Überlastung der Füße durch langes Stehen auf harten Böden kann zu Überdehnungen der Gelenke und zu Schmerzen führen. Die veränderte Fußform verursacht Veränderungen der gesamten Körperhaltung und hat Beschwerden im Knie-, Hüft- und Rückenbereich zur Folge. Auch Kopfschmerzen können nicht selten auf Fußschäden zurückgeführt werden. Bewegungsbehinderungen der Zehen durch Hallux valgus (Schiefzehe), insbesondere in hohen Schuhen, ziehen Durchblutungsstörungen der Beine nach sich. Langes Stehen ist mit dem Risiko von Gefäßerweiterungen verbunden; häufig sind Krampfadern die Folge. Die Gefäßschäden führen zu mangelnder Sauerstoffversorgung. Diese kann sich in einer Vielzahl unspezifischer Symptome äußern. Langfristig kann es zu Stoffwechselstörungen kommen.

Durch den andauernden Druck auf innere Organe während des Stehens kann es zu Lageverschiebungen des Uterus kommen. Die Frühgeburtenrate ist trotz der gesetzlichen Bestimmungen zum Schutz schwangerer Frauen bei Stehberufen im Vergleich zu Frauen mit sitzender Tätigkeit doppelt so hoch.

Die oben genannten erheblichen Belastungen schlagen sich nicht in der Statistik bestätigter Berufskrankheiten nieder (Tabelle 5). Während die Folgen von Belastungen des Bewegungsapparates nur in 4 Fällen bestätigt wurden, findet sich der Hauptanteil in allergischen Atemwegserkrankungen und Hauterkrankungen wieder. Möglicherweise führen die Belastungen des Bewegungsapparates nicht zu hinreichend schweren und irreversiblen Schädigungen, um für die Bestätigung eines Berufskrankheitenverdachts auszureichen, und zusätzlich ist es denkbar, dass sich eine berufsspezifische Ursache schwer nachweisen lässt, da der Bewegungsapparat der Frauen auch durch Tätigkeiten im privaten Bereich belastet wird.

| Berufskrankheit (BK-NR.) | Anzahl bestätigter Berufskrankheiten | | |
|---|--------------------------------------|-----------|------------|
| | Frauen | Männer | insgesamt |
| Sehnenscheiden (2101) | 0 | 1 | 1 |
| Lendenwirbelsäule, Heben u. Tragen (2108) | 2 | 1 | 3 |
| Lärm (2301) | 0 | 1 | 1 |
| Übertragbare Krankheiten (3102) | 1 | 0 | 1 |
| Asbestose (4103) | 0 | 2 | 2 |
| Mesotheliom, Asbest (4105) | 0 | 1 | 1 |
| Alveolitis (4201) | 1 | 1 | 2 |
| Atemwegserkrankungen, allergisch (4301) | 51 | 30 | 81 |
| Atemwegserkrankungen, toxisch (4302) | 1 | 1 | 2 |
| Hautkrankheiten (5101) | 121 | 16 | 137 |
| Insgesamt | 177 | 54 | 231 |

Tabelle 5: Bestätigter Berufskrankheitenverdacht bei Verkäuferinnen/Verkäufern in Nordrhein-Westfalen im Zeitraum 1994 - 1998

Friseurinnen

Im Friseurhandwerk treten die meisten beruflich bedingten Hauterkzeme auf. Das sogenannte „Friseurerkzem“, das die häufigste Berufsdermatose in diesem Bereich darstellt, tritt meistens bereits im ersten Ausbildungsjahr auf. Es beginnt charakteristischerweise an den Fingerspitzen, an den dorsalen Fingerknöcheln und den Interdigitalräumen, kann sich dann aber weiter ausbreiten. Die Haut wird trocken und feinlamellös schuppig. Zu Beginn handelt es sich häufig um eine toxische Hautschädigung (kumulativ-subtoxisches Kontaktekzem), das mit der Zeit durch allergische Kontaktekzeme verstärkt wird (2-Phasen-Ekzem). Eine zusätzliche endogene Disposition im Sinne einer atopischen Hautdiathese wird als 3-Phasen-Ekzem bezeichnet. Über 50 % der Friseurinnen und Friseure, die Berufsdermatosen entwickeln, haben eine atopische Disposition.

Als Ursache gelten der Umgang mit kosmetischen Produkten, die sowohl hautreizende (Tenside, Säuren, Basen, Reduktions- und Oxidationsmittel) als auch teilweise starke allergene Inhaltsstoffe haben. Die Anwendung dieser Kosmetika in einem feuchten Milieu beschleunigt und verstärkt die Entwicklung irritativ-toxischer Kontaktekzeme. Tätigkeiten wie Shampooieren, Haarkur auftragen und abspülen, Fixierung, Färbung/Tönung auftragen und abspülen sind typische „feuchte Tätigkeiten“ und machen im ersten Lehrjahr 58 % der Tätigkeiten aus, während die technisch anspruchsvolleren „Trockenarbeiten“ wie Schneiden, Föhnen, Frisieren und Schminken nur 12 % der Zeit in Anspruch nehmen. Die restliche Zeit (30 %) verbringen die Auszubildenden im ersten Lehrjahr mit sogenannten „Chemiearbeiten“ wie Auftragen von Färbungen, Blondierungen, Reduktions- und Oxidationsmitteln etc. In den nachfolgenden beiden Lehrjahren steigt der Anteil von Trockenarbeiten auf 40 %. Diese Arbeitsverteilung erklärt die besondere Gefährdung von Auszubildenden im ersten Lehrjahr. In einer Umfrage bei 2 505 Auszubildenden im Friseurhandwerk gaben 57 % an, Hautveränderungen im ersten Lehrjahr zu entwickeln.

| Jahr | Berufskrankheit (BK-Nr.) | | | | | |
|------------------|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| | Atemwegserkrankung allerg. (4301) | | Atemwegserkrankung toxisch (4302) | | Hautkrankheiten (5101) | |
| | insges. | darunter: weibl. in % | insges. | darunter: weibl. in % | insges. | darunter: weibl. in % |
| 1996 | 13 | 92 | 10 | 80 | 329 | 92 |
| 1997 | 6 | 100 | 1 | 100 | 245 | 93 |
| 1998 | 12 | 83 | 6 | 100 | 267 | 93 |
| 1996-1998 | 31 | 90 | 17 | 88 | 841 | 93 |

Tabelle 6: Bestätigter Berufskrankheitenverdacht bei Friseurinnen und Friseuren in Nordrhein-Westfalen von 1996 bis 1998

Im Zeitraum von 1996 bis 1998 wurden in Nordrhein-Westfalen immerhin 841 Fälle von Hautkrankheiten (BK 5101) bestätigt (siehe Tabelle 6). Der prozentuale Anteil der Frauen in der Gruppe der Friseure, bei denen eine beruflich bedingte Hautkrankheit besteht, liegt mit 93 % nur knapp über dem allgemeinen Frauenanteil von 91,6 % im Friseurberuf (siehe Tabelle 2).

Präventionsmaßnahmen

Die Verordnung „Technische Regeln für Gefahrstoffe 530 – Friseurhandwerk“ (TRGS 530) regelt den Umgang mit Chemikalien, Zubereitungen und Erzeugnissen im Friseurhandwerk, und zwar, im Gegensatz zu anderen TRGS, auch solchen Chemikalien, die nicht kennzeichnungspflichtig nach dem Chemikaliengesetz (ChemG) sind. Diese kosmetischen Mittel werden in § 4 des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes (LMBG) „Kosmetikverordnung“ aufgeführt und unterliegen einer EG-Kosmetik-Richtlinie. In der TRGS 530 wird zwar darauf hingewiesen, dass Schutzhandschuhe bei Feuchtarbeiten zu tragen sind (Punkt 6), es werden allerdings keine ausdrücklichen Empfehlungen für zu verwendende Materialien gegeben. Die Kosmetikverordnung enthält ebenfalls keine Angabe geeigneter Schutzmaßnahmen für die dort gelisteten Stoffe und Erzeugnisse.

Floristinnen

Im Jahre 1998 arbeiteten ca. 8 500 Frauen als Floristinnen in Nordrhein-Westfalen. Damit beträgt der Frauenanteil im Floristenhandwerk ca. 93 %. Diese Berufsgruppe ist durch ihren intensiven Umgang mit Pflanzen besonders von Phytodermatosen und allergischen Atemwegserkrankungen betroffen. Allerdings liegen wenige verlässliche epidemiologische Daten zur Verbreitung pflanzlich bedingter Hauterkrankungen vor.

| Jahr | Berufskrankheit (BK-Nr.) | | | |
|-----------|--|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| | Atemwegserkrankungen allergisch (4301) | | Hautkrankheiten (5101) | |
| | insgesamt | darunter: weibl. in % | insgesamt | darunter: weibl. in % |
| 1996 | 6 | 83 | 9 | 100 |
| 1997 | 14 | 100 | 18 | 89 |
| 1998 | 9 | 67 | 13 | 77 |
| 1996-1998 | 29 | 86 | 40 | 88 |

Tabelle 7: Bestätigter Berufskrankheitenverdacht bei Floristinnen und Floristen in Nordrhein-Westfalen von 1996 bis 1998

Besondere Tätigkeiten, wie z. B. das Ausgeizen von Pflanzen, um die Blütenentwicklung zu fördern, oder das Brechen von Stecklingen führen zu einer sehr hohen Belastung mit allergenen Stoffen wie z. B. den lipidlöslichen Sesquiterpenlaktonen, einer Allergengruppe der Astericeae. Die Allergene befinden sich in hoher Konzentration in den Härchen und Ölzellen der Blätter und Stängel, werden beim Zerdrücken frei und können so leicht in die Haut eindringen. Der Umgang mit Chrysanthemen (*Chrysanthemum indicum* hybr. L.-Arten) birgt in Deutschland das vergleichbar höchste Risiko, an einer Kontaktallergie zu erkranken. Im Vergleich zu 400 anderen Gemüse- und Pflanzenarten waren Chrysanthemen auch mit Abstand die Hauptverursacher anerkannter berufsbedingter allergischer Erkrankungen. In Nordrhein-Westfalen wurden in den Jahren 1996 - 1998 insgesamt 69 Berufskrankheitsfälle bei Floristen bestätigt (Tabelle 7). Eine Schwierigkeit in der Anerkennung liegt in der Abgrenzung der beruflichen zur privaten Exposition. Schwierigkeiten entstehen vor allem dann, wenn die Erkrankung auf Pflanzen zurückgeführt wird, deren Inhaltsstoffe auch in Kosmetika und medizinischen Externa verwendet werden.

Frauen in der Elektroindustrie

Insgesamt waren 1998 mit ca. 110 000 Frauen bei einem Anteil von 30 % relativ viele Frauen im nordrhein-westfälischen Wirtschaftszweig der Elektrotechnik, Feinmechanik und der EBM-Waren (Eisen-, Blech-, Metallwaren) beschäftigt (Tabelle 1). Die Arbeit in diesem Wirtschaftszweig ist gekennzeichnet durch stark fragmentarisierte Arbeitsgänge, typisch für Bedingungen der Massenproduktion. Ferner sind eine starre hierarchische Arbeitsteilung, monotone repetitive Tätigkeiten, fehlende Eigenkontrolle und geringe Aufstiegschancen für diesen Arbeitsbereich typisch (Sturmfels, 1992). Generell lässt sich sagen, dass neuere, durch Konjunkturunbrüche, Marktsättigung und Verschlechterung der internationalen Konkurrenzbedingungen verursachte Prozesse der Automatisierung und die Einführung moderner Arbeitsorganisationsmodelle in dieser Branche nicht zu einer Verbesserung der Arbeitssituation an typischen Frauenarbeitsplätzen dieser Branche geführt haben – entgegen vielen Hoffnungen. Im Gegenteil, die stärkere Montageautomation brachte teilweise eher eine noch verstärkte Aufteilung in qualifizierte und weniger qualifizierte Tätigkeiten mit sich, wobei qualifizierte Tätigkeiten in der Regel Männern vorbehalten sind (z. B. Anlagenführer). Arbeitsplätze, an denen einfache, repetitive manuelle Tätigkeiten zu erledigen sind, werden dagegen vorzugsweise mit an- und ungelerten Frauen besetzt. Diese unterstellt man männlichen Facharbeitern quasi als Hilfskräfte.

Als typische Frauenarbeitsplätze sind hier vor allem die Berufsgruppe der Elektrogeräte- und Elektroteilemontiererinnen/-montierer zu nennen, in Nordrhein-Westfalen im Jahre 1998 mit einem Frauenanteil von 70 % (Tabelle 2). Die absolute Anzahl beschäftigter Frauen in Nordrhein-Westfalen lag 1998 bei 669 Lötinnen und 18 044 Elektrogeräte- bzw. -teilemontiererinnen (Tabelle 2).

Potenzielle Gesundheitsgefahren

An Löt- bzw. Montagearbeitsplätzen muss mit komplexen Mehrfachbelastungen durch verschiedene Gefahrstoffe gerechnet werden. Die Kenntnisse sowohl über die Stoffzusammensetzungen, die einzelnen Stoffwirkungen sowie ihr Zusammenwirken als auch über anfallende

Konzentrationen bei einzelnen Arbeitsgängen sind noch lückenhaft (Kliemt, 1995). Messergebnisse aus diesen Bereichen liegen nicht vor.

In der Montage wird in der Regel im Akkord gearbeitet. Die vorgegebenen Zeittakte sind extrem kurz und führen zu Zeitdruck. Es entstehen häufig körperliche Verspannungen durch einseitig-dynamischen Kraftaufwand und einseitig-dynamische Muskelarbeit mit verkrampfter Haltung durch ständiges Sitzen oder Stehen, verbunden mit feinmotorischer Handarbeit. Durch unzureichende ergonomische Bedingungen am Arbeitsplatz nehmen die Frauen diese körperlichen Zwangsstellungen ein, um die Akkordarbeit bewältigen zu können. Besonders beansprucht werden Hände und Augen. Ferner ist die psychische Beanspruchung hoch, denn die Arbeit erfordert hohe Konzentration, ist aber gleichzeitig sehr monoton und repetitiv. Der Handlungs- und Entscheidungsspielraum der Frauen ist stark eingeschränkt, sie sind quasi dem Diktat des Montagebandes unterworfen. Diese belastende Arbeit wird zusätzlich in Wechselschichten erledigt (Früh- und Spätschicht).

| Arbeitsbelastungen/ Anforderungen | Befragte (n = 29 263) | darunter: Frauen (n = 10 460) | darunter: | |
|--------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---|--|
| | | | Frauen Metall- industrie (n = 893) | Frauen Elektro- industrie (n = 215) |
| | in Prozent | | | |
| Sitzen | 47,8 | 52,7 | 81,1 | 87,9 |
| Lärm | 28,3 | 16,1 | 26,0 | 33,0 |
| Sehen (bes. gut) | 52,0 | 45,0 | 51,7 | 56,7 |
| Fingerfertigkeit | 46,6 | 44,1 | 53,1 | 59,1 |
| Einzelheiten vorgeschrieben | 52,4 | 47,4 | 56,3 | 60,0 |
| Zeitvorgabe | 24,5 | 20,3 | 32,1 | 47,4 |
| Termindruck | 40,0 | 31,7 | 44,0 | 46,5 |
| Arbeit vorgeschrieben | 27,5 | 25,6 | 37,7 | 50,7 |
| Arbeit repetitiv | 42,2 | 46,1 | 55,8 | 62,8 |
| Leistung vorgeschrieben | 16,4 | 13,8 | 28,3 | 42,3 |

Tabelle 8: Arbeitsbelastungen bei Frauen in der Metall- und Elektroindustrie im Vergleich zu anderen Beschäftigten

Tabelle 8 verdeutlicht, dass nach einer Studie zu subjektiv empfundenen Arbeitsplatzbelastungen bei 30 000 männlichen und weiblichen Beschäftigten verschiedener Wirtschaftszweige Frauen in der Elektroindustrie sich vergleichsweise häufig durch diverse Faktoren belastet fühlten. Es handelt sich hier um physische Belastungsfaktoren (sitzende Tätigkeit, Lärmbelastung, angestrenzte Augen, geforderte Fingerfertigkeit) und um psychische Belastungen einer streng vorgeschriebenen Arbeit unter Druck, wobei die Grenze zwischen diesen beiden schwer

zu ziehen ist, da sie sich gegenseitig beeinflussen. Ihr Beitrag zur Entstehung einer Erkrankung ist nach gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen wahrscheinlich, kann aber nur schwer quantifiziert und monokausal rückgeführt werden. Man kann die Auswirkungen dieser ungewöhnlich hohen Belastungen deutlich am Krankenstand ablesen, aber sie schlagen sich nicht in der Statistik der Berufskrankheiten nieder.

Im Zeitraum von 5 Jahren (1994 - 1998) wurden 27 Fälle von Berufskrankheiten bei Elektromontiererinnen/-montierern in Nordrhein-Westfalen bestätigt, davon 9 Fälle bei Frauen und 18 Fälle bei Männern. Auffällig ist, dass in dem relativ breiten Spektrum von zehn verschiedenen Erkrankungsarten sieben der 10 Fälle bei den Montiererinnen auf Hautkrankheiten entfielen.

| Berufskrankheit (BK-NR.) | Anzahl bestätigter Berufskrankheiten | | |
|---|--------------------------------------|-----------|-----------|
| | Frauen | Männer | insgesamt |
| Blei (1101) | 0 | 1 | 1 |
| Cadmium (1104) | 0 | 1 | 1 |
| Halogenkohlenwasserstoffe (1302) | 0 | 1 | 1 |
| Säuren (Zähne) (1312) | 0 | 3 | 3 |
| Lendenwirbelsäule, Heben u. Tragen (2108) | 0 | 1 | 1 |
| Lärm (2301) | 0 | 5 | 5 |
| Asbest - Lungenkrebs (4104) | 1 | 1 | 2 |
| Holzstaub (4203) | 0 | 1 | 1 |
| Atemwegserkrankungen allergisch (4301) | 1 | 1 | 2 |
| Hautkrankheiten (5101) | 7 | 3 | 10 |
| Insgesamt | 9 | 18 | 27 |

Tabelle 9: Bestätigter Berufskrankheitenverdacht bei Elektrogeräte- und Elektroteilemontiererinnen/-montierern in Nordrhein-Westfalen, 1994 - 1998

Frauen in der Metallindustrie

Die metallverarbeitende Industrie gehört zu den Wirtschaftszweigen, in denen der relative Frauenanteil eine steigende Tendenz aufweist. Die potenziell starke Belastung mit Gefahrstoffen in dieser Branche lohnt eine nähere Betrachtung, obwohl der relative Frauenanteil gering ist. Um potenzielle Gesundheitsgefahren im Bereich der Metallverarbeitung zu identifizieren, muss man die einzelnen Tätigkeitsbereiche beschreiben, wie Kliemt (1995) es getan hat. Hier soll auf zwei Berufsordnungen eingegangen werden, in denen der Frauenanteil hoch ist.

Im Bereich der Feingießerei (Berufsordnung 201: Former, Kernmacher) werden Frauen eingesetzt, da sie die Präzision und Feingefühl benötigten Arbeitsvorgänge insbesondere beim Gießen von Mikrokernen sorgfältiger als Männer erledigen. Bei der Gussformherstellung werden unter anderem Furanharze, p-Toluolsulfonsäure und Furfurylalkohol verwendet. Beim gründlichen Schleifen der Mikrokerne entstehen Stäube, Gase und Dämpfe und werden potenziell aufgenommen.

Bei der Metallverformung wird unterschieden zwischen spanlos (Berufsgruppe 21: Berufe in der spanlosen Metallverformung) und spanend (Berufsgruppe 22: Berufe in der spanenden Metallverformung), wobei bei der sogenannten spanlosen Metallverformung deutlich mehr Frauen beschäftigt sind. Beide Verformungsarten werden zunehmend maschinell erledigt und dabei verwendet man verschiedene Kühlschmierstoffe. Diese äußerst komplex aufgebauten Schmierstoffe, auch Schneideöle genannt, bestehen aus bis zu 300 Einzelchemikalien und ihr breites Gesundheitsgefährdungspotenzial wurde in vielen Studien untersucht. Sie sind Ursache diverser Erkrankungen des Respirationstraktes wie beruflich bedingtes Asthma, Bronchitis, Pneumonitis sowie für allergische und toxische Hauterkrankungen. Das National Institute of Occupational Safety and Health der USA (NIOSH) ist nach einer ausführlichen und umfangreichen Analyse der Epidemiologie zum Zusammenhang von Kühlschmierstoffen und Krebserkrankungen der Ansicht, dass es substantielle Hinweise darauf gibt, dass einige Kühlschmierstoffe (vor allem solche, die vor Mitte der siebziger Jahre verwendet wurden) das Risiko an Larynx-, Rektum-, Pankreas-, Haut-, Skrotum- und Blasenkrebs zu erkranken, erhöhen.

3.2.3 Gesundheitsbelastungen durch Haus- und Familienarbeit

Nicht nur Erwerbsarbeit, sondern auch Hausarbeit ist mit gesundheitlichen Belastungen verbunden. Den größten Anteil der Haus- und Familienarbeiten leisten nach wie vor Frauen, unabhängig davon, ob sie zusätzlich einer Erwerbsarbeit nachgehen oder ausschließlich Hausfrauen sind. Berufstätigkeit, Beschäftigungsposition und Anzahl der Arbeitsstunden im Beruf hängen bei Frauen eng mit der familiären Situation zusammen. So nimmt der Anteil der nicht erwerbstätigen Hausfrauen mit der Zunahme des Alters des jüngsten Kindes ab.

Die Gruppe der Nichterwerbstätigen umfasst im Jahre 1995 41,5 Mio. Personen bzw. 51 % der Gesamtbevölkerung in den alten und neuen Bundesländern. Diese Zahl setzt sich zu 41 % aus Schülern, Schülerinnen und Studierenden sowie zu 38 % aus Rentnern und Rentnerinnen zusammen. Bei den verbleibenden 21 %, zu denen keine Angaben über die Zusammensetzung vorliegen, beträgt der Frauenanteil 85 % (Statistisches Bundesamt, 1996); es handelt sich hierbei wahrscheinlich zum großen Teil um nicht erwerbstätige Hausfrauen.

Das Thema der Gesundheitsbelastungen von Haus- und Familienarbeit kann sowohl aus der Perspektive der Rollenforschung als auch aus arbeits- bzw. umweltmedizinischer Perspektive betrachtet werden. Beides soll hier kurz versucht werden. Gesundheitsrisiken der Hausfrauenrolle sind relativ umfassend bekannt, obwohl die in der Forschung zum Zusammenhang sozialer Rollen und Gesundheit bisher am häufigsten untersuchten Rollen der Beschäftigtenstatus, der Familienstand und die Eltern- bzw. Mutterschaft sind. Meistens wurde pro Untersuchung nur eine Rolle untersucht. Die Untersuchung der Gesundheitsrisiken der Hausarbeit aus quasi arbeits- bzw. umweltmedizinischer Sicht beschränkt sich auf einzelne Aspekte, wie z. B. Unfälle im Haushalt, langes Stehen und Risiken, die durch den Umgang mit Haushaltschemikalien erwachsen. Zum letzteren liegen jedoch nach Angaben des Verbraucherverbandes

Nordrhein-Westfalen und verschiedener nordrhein-westfälischer Umweltambulanzen (z. B. Aachen) keine quantitativen Angaben vor.

Die Haus- und Familienarbeit umfasst sehr viele verschiedene und verantwortungsvolle Tätigkeiten wie die Führung des Haushalts, die Planung des Einsatzes zur Verfügung stehender Mittel, die Pflege der Wohnung und Wäsche, den Einkauf, die Zubereitung der Nahrung, die Pflege, Erziehung und Betreuung der Kinder, die Pflege und Betreuung kranker und alter Familienmitglieder. Die bei diesen Tätigkeiten fortwährend zu treffenden Entscheidungen erfordern spezifische Kenntnisse und Kompetenzen. Deshalb hat sich der Begriff „Hausfrau“ in der Rechtsprechung und Verwaltung längst als Berufsbezeichnung eingebürgert.

Gesundheitsbelastungen durch die Hausfrauenrolle mit und ohne zusätzliche Erwerbsarbeit

Untersuchungen haben gezeigt, dass die Hausfrauenrolle im Vergleich zur Rolle der berufstätigen Frau mit Haushaltspflichten unterschiedliche Risiken birgt, selbst wenn für viele erwerbstätige Frauen, insbesondere für diejenigen mit Kindern, der Schwerpunkt ihrer Aufmerksamkeit im häuslichen Bereich liegt. Im Folgenden werden einige gesundheitliche Aspekte der Hausfrauen- und Familientätigkeit unter dem Rollenaspekt betrachtet. Besonderes Augenmerk wird dabei im konsequenten Anschluss an die vorausgehenden Erörterungen auf einen Vergleich zwischen erwerbstätigen und ausschließlich im Haushalt tätigen Frauen gerichtet.

Es darf angenommen werden, dass es sich bei vielen der nicht erwerbstätigen Hausfrauen um Mütter handelt. Deshalb können Ergebnisse einer Untersuchung von Collatz und Borchert (1995) zu Zusammenhängen von Belastungen und gesundheitlicher Situation von Müttern herangezogen werden, in der 419 Frauen aus dem ländlichen und städtischen Bereich Niedersachsens befragt und untersucht wurden. In der Studie wurde versucht, die Gesamtbelastung der Frauen zu erfassen, indem die verschiedenen Dimensionen soziale und wirtschaftliche Situation, Lebensstandard und Lebensqualität, familiäres Zusammenleben, Ehe und Partnerschaft, Mutterrolle, Beziehungen zu anderen Menschen, berufliche Tätigkeit, Ausbildung, Gesundheit, persönliche Entwicklung und Selbstverwirklichung, Freizeit, Interessen und Hobbys berücksichtigt wurden. Diese komplexe Belastungsanalyse war notwendig, da eine isolierte Analyse einzelner Belastungsbereiche, wie z. B. Haus- oder Erwerbsarbeit, zu Fehlschlüssen führen kann. Denn belastende Situationen und Ärgernisse scheinen sich zu summieren und führen allmählich und schleichend, in gegenseitiger Wechselwirkung, zu Gesundheitsstörungen. Eine Erfassung einzelner Stressoren kann das Gesamtbild deshalb erheblich verzerren. Die Ergebnisse zeigten, dass subjektive und objektive Gesundheitsindikatoren der Frauen sich mit zunehmender Belastung verschlechterten. Die erfassten Stressoren ließen sich allerdings nicht objektivieren. Die subjektive Einschätzung der Stressoren und die Bewältigungsmöglichkeiten der Person spielten eine entscheidende Rolle dabei, wie stark Belastung empfunden wurde.

Neben finanziellen Sorgen fühlten sich die Frauen insbesondere durch Hausarbeit und Hausfrauenrolle belastet, die nach ihren Angaben eine fortwährende Verfügbarkeit beinhaltete, die Einhaltung klar strukturierter Zeitrhythmen unmöglich machte, deshalb mit mangelnder Freizeit einherging und es so kaum erlaubte, eigene Bedürfnisstrukturen zu entwickeln. Hinzu kam als weiteres Belastungsmoment, dass die Frauen sich unzureichend für ihre Tätigkeit als Hausfrau anerkannt fühlten. Unter diesen Umständen, so gaben die Frauen an, fiel es ihnen schwer, eine Identität zu entwickeln. Als belastend wurden weiterhin Sorgen und Probleme mit

den Kindern, wie z. B. Erziehungsprobleme und Krankheiten, empfunden. Die Beschwerden der Frauen waren zu 87 % Krankheitsbildern mit überwiegend psychosomatischen Aspekten zuzuordnen, wie Kopf-, Magen- und Rückenschmerzen, Nervosität, Müdigkeit und Erschöpfung.

Interessanterweise war die Belastung der Frauen fast ausschließlich auf die Haus- und Familienarbeit zurückzuführen, denn 90 % fühlten sich durch zusätzliche Erwerbsarbeit nur gering belastet. Trotz höherer Anforderungen und objektiv mehr stressenden Situationen schien selbst bei einer unqualifizierten Tätigkeit die zusätzliche Anerkennung durch Erwerbsarbeit zu einer größeren sozialen Unterstützung, zu höherer Stressbewältigungskompetenz und stärkerem Selbstbewusstsein zu führen. Collatz und Borchert (1995) schlossen deshalb aus ihren Untersuchungen, *dass Berufstätigkeit von Frauen, insbesondere von Schwangeren und Müttern, in hohem Ausmaß zu besserer Gesundheit, höherer Lebenszufriedenheit und deutlich gesünderer Bewältigung von Lebensanforderungen führt.*

Die Tendenz dieser Ergebnisse wird durch eine Vielzahl anderer Untersuchungen bestätigt. In nationalen und internationalen Studien wurde wiederholt gezeigt, dass berufstätige Frauen physisch und psychisch gesünder sind als nichtberufstätige Frauen. So demonstrierten Hermann und Hiestermann (1995) in Berlin, dass Hausfrauen im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen ihre Gesundheit subjektiv schlechter einschätzen, mehr gesundheitliche Probleme haben und generell unzufriedener sind. Hibbard und Pope (1992) belegten, dass nichterwerbstätige Frauen ein höheres Mortalitätsrisiko verglichen mit berufstätigen Frauen haben. Allerdings beinhalten diese Studien eher undifferenzierte Vergleiche zwischen nichtberufstätigen und berufstätigen Frauen. Bisher gibt es wenige Studien, die differenziertere Analysen vornehmen. In sich gestufte, differenzierte Studien relativieren dieses Bild. So berichteten vollzeitbeschäftigte Frauen unter 40 Jahren in sogenannten „lower non-manual“ oder „manual“ (Arbeiterinnen) Berufen über eine schlechtere Gesundheit als Hausfrauen. Ferner zeigten Untersuchungen, dass Frauen in Vollzeitbeschäftigung einen im Vergleich zu Frauen in Teilzeitbeschäftigungen schlechteren Gesundheitszustand aufwiesen. Berufstätigkeit kann also je nach Bedingungen sowohl positive als auch negative Effekte auf die Gesundheit haben. Einen Einfluss auf die Gesundheit scheint in diesem Zusammenhang auch das Alter der Kinder zu haben. Nicht erwerbstätige Hausfrauen mit Kleinkindern (0 - 12 Monate) waren geringerem Stress ausgesetzt und wiesen gesündere Lebensstile auf als berufstätige Mütter mit Kleinkindern. Ursachen hierfür liegen in der Problematik, beide Rollen, die einer berufstätigen Frau und die einer Kleinkindmutter, miteinander zu verbinden, in der Geringschätzung, die der Berufstätigkeit von Müttern mit Kleinkindern entgegengebracht wird, in dem Gefühl von Schuld und Angst sowie in Problemen der Kinderbetreuung durch Dritte.

Ein Aspekt, der ebenfalls die Folgen unterschiedlicher Belastungssituationen von ausschließlich im Haushalt tätigen und berufstätigen Hausfrauen verdeutlichen kann, ist die Entwicklung verschiedener Abhängigkeitsmuster. Es ist inzwischen bekannt, dass bei den von Suchtproblemen betroffenen Frauen, die von nicht berufstätigen Hausfrauen empfundenen Belastungen und Anforderungen zu einem anderen Suchtprofil führen als bei den berufstätigen Frauen. Während erstere eher zu Tabletten (mother's little helpers) greifen, insbesondere zu Schmerz-, Beruhigungs- und Schlaftabletten, sind unter den Frauen, die wegen einer Alkoholabhängigkeit die Suchtberatungsstellen aufsuchen, auffällig viele berufstätige Frauen (zu Suchtverhalten von Frauen siehe auch Kapitel 3.3).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Hausfrauenrolle, insbesondere wenn keine befriedigende außerhäusliche Tätigkeit hinzukommt, vor allem zu starker psychischer Belastung zu führen scheint, die auf Dauer mit gesundheitlichen Risiken verbunden ist. Abhilfe

könnten unter anderem ausreichende Möglichkeiten befriedigender Erwerbstätigkeit schaffen; diese erfordern allerdings eine Intensivierung der Bereitstellung ausreichender Kindergarten- und Krippenplätze, ein höheres Angebot von Ganztagschulen und nicht zuletzt eine gleichberechtigte Teilhabe der Männer an der Haus- und Familienarbeit.

Unfälle im Haushalt

Ein weiteres Untersuchungsgebiet, an dem Belastungen im Haushalt deutlich gemacht werden können, ist die Unfallforschung. Von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz wurde in 120 000 Haushalten eine Repräsentativbefragung für Deutschland (alte Bundesländer) in Form einer Panelbefragung zu Heim- und Freizeitunfällen der letzten 3 Monate durchgeführt, die auch Aufschlüsse über Unfallarten, -orte und -folgen von Hausfrauen gab (Zeifang/Pfleiderer, 1990; Henter, 1995). Insgesamt wurden 7 209 Unfälle erfasst, wovon sich 844 (12 %) bei der Hausarbeit ereigneten (zum Vergleich: 30 % Unfälle bei der Fortbewegung und 28 % Unfälle beim Sport). Bei Heim- und Freizeitunfällen sind Frauen besonders innerhalb von Wohnhäusern gefährdet, während Männer eher auf Sportgeländen verunglücken.

Erwartungsgemäß betreffen ca. 70 % der Unfälle bei der Hausarbeit Frauen. Betrachtet man die Gruppe der nur im Haushalt tätigen Frauen, so ereignet sich jeder vierte Unfall bei der Hausarbeit, wobei die Essenszubereitung für über ein Drittel dieser Unfälle verantwortlich ist (Zeifang/Pfleiderer, 1990).

| Unfallursache | Relativer Anteil in % (n = 844) |
|--|------------------------------------|
| Unkonzentriertheit, Unaufmerksamkeit, Müdigkeit | 19,9 |
| Eile, Hast | 17,5 |
| Unvorsichtigkeit, Leichtsinn, Übermut, Übereifer | 10,5 |
| Bedienungsfehler beim Hantieren | 8,0 |
| Technische Mängel am Gerät | 5,1 |
| Insgesamt | 61,0 |

Tabelle 10: Unfälle bei der Hausarbeit nach ausgewählten Unfallursachen, Bundesrepublik Deutschland, 1995

Erwerbstätige Frauen haben mit einer Unfallquote von 30 pro 1 000 im häuslichen Bereich (in und um das Wohnhaus) eine gleich hohe Quote wie alle nichterwerbstätigen Personen. Innerhalb des Hauses scheinen sie mit einer Quote von 24 pro 1 000 sogar etwas stärker gefährdet als nichterwerbstätige Personen mit einer Quote von 22 Unfällen pro 1 000 (Henter, 1995). Dies ist um so erstaunlicher, da die Zeit des Aufenthalts der erwerbstätigen Frauen im Hause wesentlich kürzer ist. Ähnliche Tendenzen ergeben sich für den Teilbereich der Essenszubereitung, bei der sowohl erwerbstätige als auch nicht-erwerbstätige Hausfrauen eine Quote von jeweils 14 Unfällen pro 1 000 aufweisen, obwohl berufstätige Frauen, die zu 70 % ganztags

arbeiten, für die Zubereitung von weniger Mahlzeiten verantwortlich sind. Henter schlussfolgert aus diesen Daten, dass die Doppel- (Beruf und Haushalt) bzw. Dreifachbelastung (Beruf, Haushalt und Kinder) das Unfallgeschehen der berufstätigen Frauen negativ beeinflusst. Hierfür spricht auch, dass über ein Drittel der Unfälle bei der Hausarbeit auf Erschöpfung und Zeitdruck zurückzuführen ist (Tabelle 10).

Es scheint also möglich, dass erwerbstätige Frauen, obwohl sie sich durch eine zusätzliche Erwerbstätigkeit subjektiv nur gering belastet fühlen (siehe oben), objektiv unter stärkerem Druck, insbesondere Zeitdruck, stehen, was zu einem relativ höheren Unfallgeschehen führt.

Bei den Verletzungsarten im Haushalt finden sich an erster Stelle offene Wunden (39 %), die insbesondere beim Hantieren zustande kommen und an zweiter Stelle Prellungen (16 %), die vor allem durch Stürze, Zusammenprall und Stöße verursacht werden. Von allen Körperteilen sind die Finger am häufigsten betroffen (32 %).

Von den 844 Unfällen ergab sich eine durchschnittliche Beeinträchtigungsdauer von 24 Tagen. Davon zogen immerhin 25 % eine Beeinträchtigung von über einem Monat, 22 % eine Beeinträchtigung zwischen zwei und vier Wochen, 48 % eine Beeinträchtigung bis zu zwei Wochen und nur 4 % keine Beeinträchtigung nach sich. Bei den Unfällen von Berufstätigen ergab sich eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 11 Tagen. Immerhin mussten ca. 7 % der Unfallverletzungen von Hausfrauen und berufstätigen Hausfrauen stationär behandelt werden mit einem durchschnittlichen Aufenthalt im Krankenhaus von 14 Tagen (Henter, 1995).

3.2.4 Fazit

Frauenspezifische Belastungen und gesundheitliche Risiken entstehen nicht in erster Linie durch biologische Unterschiede, sondern insbesondere durch unterschiedliche Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen und Männern.

Es existiert ein „geschlechtsspezifischer Arbeitsmarkt“, in dem Frauen überwiegend in niedrigeren Positionen mit geringerem Einkommen und mangelnden Aufstiegs- und Selbstverwirklichungschancen zu finden sind. Eine frauenspezifische Tätigkeitszuweisung findet sich auch innerhalb vieler Berufsgruppen. Aus dieser Segmentierung des Arbeitsmarktes erwachsen charakteristische Risiken für Frauen und Männer, die spezifisch untersucht und behoben werden müssen.

Es ist nicht befriedigend, wenn Frauen in der arbeitsmedizinischen Forschung in der Regel nur unter biologischen Aspekten, wie dem Schutz ihrer Gebärfähigkeit gesondert berücksichtigt werden. Es stellt sich die Forderung nach verstärkter frauenspezifischer Forschung, aus der weitere Kenntnisse über Zusammenhänge von Lebensbedingungen, Arbeitsbedingungen und gesundheitlichen Risiken erwachsen und aus denen wiederum Maßnahmen und Programme spezifischer Frauenförderung in Betrieben und im sozialen Bereich abgeleitet werden können.

Das „Hausfrauendasein“ bringt keine Verringerung von Belastungen und gesundheitlichen Risiken mit sich. Im Gegenteil, im allgemeinen scheinen berufstätige Frauen gesünder und zufriedener als nicht berufstätige Frauen. Dieser Befund trifft allerdings nur zu, wenn die Arbeitsbedingungen nicht allzu belastend sind. Es scheint also, als ob die Erhaltung und Erweiterung von Möglichkeiten befriedigender Berufstätigkeit für Frauen einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten könnte.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Bauberufgenossenschaften (Hrsg.) (1994): Untersuchung tätigkeitsspezifischer Gesundheitsrisiken im Reinigungsgewerbe. Frankfurt, S. 9.
- Bürkardt, D.; Oppen, M. (1984): Sind Frauen häufiger krank? Arbeitsunfähigkeitsrisiken erwerbstätiger Frauen. DVG des Wissenschaftszentrums Berlin (Hrsg.), Berlin.
- Collatz, J.; Borchert, H. (1995): Die gesundheitliche Situation von Frauen mit Kindern in der Bundesrepublik Deutschland. Bundesgesundhbl. 2, S. 42 – 46.
- Haas, J. H.; Korb, W. et al. (1986): Arbeitsmedizinische Daten als Basis für den Abbau von Belastungen. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Forschung, Fb 485 Bd. I, Dortmund.
- Henter, A. (1995): Heim- und Freizeitunfälle in Deutschland. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz. Sonderschrift S39. Dortmund.
- Hofmann, F.; Michaelis, M.; Stöbel, U.; Siegel, A. (1995): Die „Freiburger Wirbelsäulenstudie“ - Epidemiologie arbeitsbedingter Wirbelsäulenerkrankungen bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst in Deutschland. Gesundh.-Wes. S. 467 – 475.
- Kliemt, G. (1995): Arbeitsplätze mit Gefahrstoffbelastung und hohem Frauenanteil. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz - Forschung – Fb 713.
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (Hrsg.) (1998): Statistische Berichte: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in NRW am 31.12.97.
- Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1999): Arbeitsschutz in Nordrhein-Westfalen. Statusanalyse 96/97. Bearbeitung: Landesanstalt für Arbeitsschutz NRW. Düsseldorf.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1996): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Fachserie 1, Reihe 4.1.1: Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit 1995. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Sturmfels, A. (1992): „...wir sind doch keine Roboter!“ Gesundheitsbelastungen an Frauenarbeitsplätzen in der Elektroindustrie. Werkstattberichte. Aktionsprogramm Arbeit und Technik. Industriegewerkschaft Metall. Frankfurt.
- Zeifang, K.; Pfeleiderer, R. (1990): Unfallgeschehen in Heim und Freizeit. Repräsentativbefragung für die Bundesrepublik Deutschland. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz. Sonderschrift S30. Dortmund.

3.3 Genuss, Sucht und Geschlecht

3.3.1 Vom Genuss zur Sucht

Stoffe mit einer direkten Wirkung auf die menschliche Psyche, psychotrope Substanzen wie Alkohol, Zigaretten oder illegale Drogen faszinieren Frauen und Männer, weil sie ein hohes Genusspotenzial haben. Was dabei als Genuss imponiert, ändert sich mit dem kulturellen Kontext. Ganz allgemein kann man sagen, dass Genuss als subjektiv befriedigende Veränderung in den Sinnesempfindungen, in der Stimmungslage, in der Wahrnehmung und in der Interaktion mit anderen erlebt wird. Genuss stellt sich im übrigen nicht einfach mit dem Konsum der Substanzen ein, sondern setzt hochkomplexe Sozialisations- und Lernprozesse voraus, die schicht-, milieu- und altersspezifisch sind.

Ohne auf Einzelheiten einzugehen, kann man festhalten, dass Mädchen und Jungen, Frauen und Männer sich unterscheiden, wenn es um Genuss und Genussfähigkeit geht. Idealtypisch lässt sich das am Beispiel der alkoholischen Getränke zeigen. (Nicht-stoffgebundene Süchte, wie z. B. die Spielsucht, werden im nachfolgenden Bericht nicht berücksichtigt.)

In Deutschland trinken Mädchen wie Jungen gewöhnlich ihr erstes Glas Bier oder Wein im Alter zwischen 12 und 14 Jahren (Kolip, 1997). In der Regel findet die Initiierung im (erweiterten) Familienkreis zu besonderen Anlässen statt und Familienmitglieder „erklären“ den Jugendlichen die Geschmacksbesonderheiten der Getränke ebenso wie ihre subjektiven Wirkungen. In einem Milieu, in dem der Konsum von Wein einen hohen Stellenwert einnimmt, ist das zugleich der Einstieg in die Geschmacksbildung, die als Voraussetzung gilt für den optimalen Genuss dieses Getränks. Frauen und Männer unterscheiden sich nicht voneinander, wenn es um die Voraussetzungen zur Geschmacksbildung geht. Jedoch verstehen sich Männer im Vergleich mit Frauen viel häufiger als Weinexperten, eine Rolle, die intensive und breite Erfahrungen mit Wein und Kenntnisse mit anderen alkoholischen Getränken verlangt. Sie passt in das Programm der geschlechtsspezifischen Sozialisation, das – pauschal genommen – bei den Mädchen und Frauen auf „weiche“ Konsumformen im Umgang mit alkoholischen Getränken (Helfferich, 1994), auf Mäßigung und Befriedigung mit „mildem“ Genuss setzt. Den Jungen und Männern sind dagegen „harte“ Konsumformen mit den dazugehörigen „harten“ Verhaltensvorschriften vorbehalten. Auf der symbolischen Ebene steht dieser Umgang mit alkoholischen Getränken für Männlichkeit, und die wird auch heute noch mit Attributen wie Stärke, Härte assoziiert. Die symbolische Bedeutung nicht nur der alkoholischen Getränke, sondern aller psychoaktiven Drogen spielt im Geschlechterverhältnis eine erhebliche Rolle.

Die aktive Einübung entsprechender Verhaltensweisen beginnt in der Pubertät, in der sich dann einschlägige geschlechtsspezifische Konsumstile herausbilden. Diese sind besonders ausgeprägt in unteren sozialen Schichten, in denen die traditionellen Geschlechterrollen fester verankert sind als in den oberen. Jungen lernen die Stereotype des „harten“ und „coolen“ Mannes beherrschen, Mädchen die der hilfebedürftigen Frau.

Unbestreitbar verändern sich zur Zeit die Geschlechterrollen. Für beide Geschlechter hat sich das Verhaltensrepertoire erweitert, aber das sprengt die Rahmenbedingungen der Geschlechterrollen nicht. Immerhin haben beide Geschlechter mehr Freiheiten im Umgang mit psychotropen Substanzen. Damit steigen die Suchtgefahren für beide Geschlechter an, ein Faktum, das die empirischen Daten belegen.

3.3.2 Zum Suchtverständnis

Entstehung und Entwicklung einer Sucht sind ein hochkomplexer Vorgang, der von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst wird. Multifaktorielle Ansätze gehen von einem interdependenten Bedingungsgefüge aus, das die Person, die Umwelt bzw. die Gesellschaft und die Substanzen umfasst. Je nach Betrachtungsweise liegt der analytische Akzent dann auf der Person mit ihren jeweiligen Entwicklungen und Eigenschaften und ihrer individuellen Lebensgeschichte, auf der Gesellschaft mit ihren Normen- und Wertekonzepten, die u. a. in der Gesetzgebung Ausdruck finden mit entsprechenden Auswirkungen auf Suchtentstehung und Suchtverlauf und auf den verschiedenen Substanzen mit ihren ganz unterschiedlichen Risikopotenzialen, ihrem „Image“ als Droge der Reichen oder der Armen usw. Grundsätzlich gilt daher: Es ist nicht allein die Substanz oder das Mittel, sondern auch die Bedeutung, die eine bestimmte Person in ihrer jeweiligen Entwicklungsphase und einer konkreten Lebenssituation diesem zuschreibt, die Sucht wahrscheinlicher macht – oder eben auch verhindert.

Im Jahre 1992 hat die WHO die nachfolgende Definition der Drogenabhängigkeit eingeführt, die auch im Landesprogramm gegen Sucht, das als Gemeinschaftsinitiative aller in Nordrhein-Westfalen in diesem Bereich Verantwortung tragenden Organisationen und Institutionen konzipiert und im Jahre 1998 verabschiedet wurde, Berücksichtigung findet. Sie lautet:

Eine Abhängigkeit erzeugende Droge ist eine solche, die die Fähigkeit hat, eine Abhängigkeit hervorzurufen, wie sie (wie folgt) definiert ist: Drogenabhängigkeit ist ein Bündel von Phänomenen mit unterschiedlicher Intensität auf körperlicher, kognitiver und der Verhaltens-ebene, in welchen der Konsum einer psychoaktiven Droge eine hohe Priorität einnimmt.

Bestimmte Faktoren und problematische Folgen können biologischer, psychologischer und sozialer Art sein und stehen gewöhnlich in einer Wechselbeziehung zueinander (28. Report).

Die WHO akzeptiert damit inzwischen das wechselseitige Bedingungsgefüge, konnte sich aber noch nicht von dem – ohne Interpretation – irreführenden Begriff der dependence producing drugs lösen. Auf diesem Hintergrund ist auch die Einordnung von Substanzen nach ihrem Suchtpotenzial zu verstehen.

Substanzen mit Suchtpotenzial

Die wichtigsten Gruppen psychotroper Suchtmittel mit Abhängigkeitspotenzial sind folgende:

- ▶ Tabak,
- ▶ Alkohol,
- ▶ psychotrop wirkende Medikamente, insbesondere Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmittel,
- ▶ illegale Drogen, zu denen neben anderen folgende Untergruppen gehören:
 - ▶ Opiate und Opioide,
 - ▶ Kokain und Amphetamin,
 - ▶ Designerdrogen, insbesondere Ecstasy,
 - ▶ Cannabis.

Zur Einschätzung des Abhängigkeitspotenzials psychotroper Substanzen gibt es kein verbindliches Raster. Das liegt u. a. daran, dass auch das Setting einen erheblichen Einfluss dar-

auf hat, wie die Drogenwirkungen subjektiv erlebt werden. Das lässt sich zeigen am Beispiel der Opiate und Opioide, die im Rahmen der Schmerzbekämpfung eingesetzt werden. So verwendet führen diese Mittel in der Regel nicht zur Sucht. Werden dieselben Mittel außerhalb der medizinischen Indikation konsumiert, wird ihr Abhängigkeitspotenzial als sehr hoch eingeschätzt.

Pauschal betrachtet unterschätzt man oft das Abhängigkeitspotenzial der legalen Drogen, insbesondere das von Tabak. Umgekehrt wird das von manchen illegalen Drogen deutlich überschätzt. Je nach den situativen Bedingungen kann es einmal schneller zu einer psychischen und physischen Abhängigkeit kommen, ein anderes Mal langsamer.

Missbrauch und Sucht

Sucht wurde 1968 als eigenständige Krankheit in die Reichsversicherungsordnung (RVO) aufgenommen, später in das Sozialgesetzbuch (SGB) übernommen. Die heute üblichen Abhängigkeitskriterien der ICD-10 und des DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen) lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- ▶ riskanter Konsum über eine längere Zeit,
- ▶ Probleme bei der Kontrolle des Konsums,
- ▶ Toleranzentwicklung,
- ▶ Entzugssyndrom,
- ▶ hoher Zeitaufwand zur Beschaffung der Substanzen und zum Konsum,
- ▶ Vernachlässigung anderer Interessen,
- ▶ eingeengte Verhaltensmuster als Folge des Substanzkonsums,
- ▶ fortgesetzter Konsum trotz Kenntnis der schädlichen physischen oder psychischen Folgen.

Die Kriterien für Sucht lassen sich nach den verschiedenen psychotropen Substanzen weiter ausdifferenzieren. Die Krankheit ist durch einen Entwicklungsprozess unterschiedlicher Länge gekennzeichnet, wobei zu jedem beliebigen Zeitpunkt Interventionen möglich sind. Hilfen sollten also nicht erst dann angeboten werden, wenn Betroffene ihren individuellen Tiefpunkt erreicht haben, sie sollten vielmehr zugeschnitten sein auf die jeweiligen Betroffenen- und unterschiedlichen Entwicklungsstadien der Sucht.

Geschlechtsspezifische Faktoren beeinflussen Suchtentstehung und Suchtverlauf. Frauen entwickeln z. B. andere Gebrauchs-, Missbrauchs- und Ausstiegsmuster als Männer. Wie die Forschung belegt, spielen bei der Entwicklung von Sucht bei Frauen neben anderem gesellschaftliche Benachteiligungen und damit verbundene Rollenkonflikte sowie Gewalterfahrungen eine zentrale Rolle.

Das NRW-Landesprogramm gegen Sucht stellt daher den geschlechtsspezifischen Ansatz besonders heraus und formuliert den Handlungsbedarf. Im Einzelnen heißt es dort:

Um die Effizienz der Suchtkrankenhilfe insgesamt zu verbessern, ist geschlechtsspezifischen Aspekten im bestehenden Suchtkrankenhilfesystem bedarfs- und bedürfnisgerecht in den Bereichen von Prävention, Beratung, Behandlung und Selbsthilfe stärker Rechnung zu tragen:

- ▶ *In der Primärprävention sollten geschlechtsspezifische Angebote möglichst früh ansetzen und entsprechend die Entwicklung von Autonomie und Stärkung des*

Selbstwertgefühls sowie eigener Fähigkeiten und Kompetenzen fördern. Die spezifische Lebenssituation und die Belange von Mädchen sind dabei zu berücksichtigen.

- ▶ *Lebensrealitäten, spezifische Erfahrungen und Lebensentwürfe von Frauen sind in die Angebote der Suchthilfe einzubeziehen; Unterstützungsangebote müssen so ausgerichtet sein, dass sie von Frauen angenommen werden können.*
- ▶ *Die Möglichkeiten, abhängige Frauen gezielt anzusprechen, müssen weiterentwickelt werden, um u. a. Schwellenängste von Frauen zu überwinden und damit die Erreichbarkeit für einen suchtspezifischen Hilfeansatz zu verbessern.*
- ▶ *Im Bereich der ambulanten/teilstationären/stationären Entwöhnungsbehandlung Suchtkranker sollen frauenspezifische Angebote bedarfsgerecht ermöglicht werden.*
- ▶ *Suchtformen, die im besonderen Maße Frauen betreffen, müssen bei den Angeboten eine besondere Berücksichtigung finden.*
- ▶ *Für alleinerziehende abhängige Frauen müssen verstärkt unterstützende Angebote geschaffen werden.*
- ▶ *Die Vernetzung der bestehenden Frauenhilfeangebote mit der Suchtkrankenhilfe ist zu verbessern.*
- ▶ *Die bestehenden Möglichkeiten der Haftverschonung und Haftvermeidung für abhängige Frauen, insbesondere Mütter, müssen ausgeschöpft und ggf. für Frauen mit Kindern erweitert werden.*
- ▶ *Jungen- und männerspezifische Ansätze für Prävention, Beratung, Behandlung, Rehabilitation und Selbsthilfe sind explizit zu entwickeln, auch die Möglichkeiten der Haftverschonung und Haftvermeidung sind auf männerspezifische Faktoren auszuweiten.*
- ▶ *Bei der Erforschung und der Konzeptentwicklung der Suchtformen im Alter sollen geschlechtsspezifische Aspekte besonders in den Vordergrund gerückt werden.*

3.3.3 Epidemiologie: Gebrauch, Missbrauch, Abhängigkeit

Die folgenden Ausführungen stützen sich auf die im NRW-Landesprogramm gegen Sucht 1998 vorgelegten Daten.

Tabak

Rauchen ist ein Verhalten, bei dem sich eine deutliche Angleichung der Geschlechter in der Kindheit und Jugend beobachten lässt. Für beide Geschlechter liegt das Alter, in dem Zigaretten ausprobiert werden, zwischen 12 und 18 Jahren. Fast alle Jugendlichen rauchen einmal im Leben eine Zigarette, aber für mehr als 50 % von ihnen enden damit die Experimente. Diejenigen, die in der Jugendzeit anfangen, regelmäßig zu rauchen, gehören zur Gruppe der Früheinsteiger (Kolip, 1997). Wie Detailstudien belegen, lässt sich ein Trend zur Angleichung im Rauchverhalten bis etwa 25 Jahre beobachten. Nach den Daten des Mikrozensus für die Jahre 1995 und 1999 ist in dem Zeitraum von 5 Jahren vor allem der Anteil jugendlicher Raucherinnen zwischen 15 und 20 Jahren angestiegen. Gegenüber den Werten des Eurobarometers des Jahres 1995 mit einem Anteil von 35 % weiblicher Raucherinnen in Deutschland zwischen 15 und 24 Jahren (Eurostat-Jahrbuch, 2000) liegt im Mikrozensus wahrscheinlich eine Unterer-

fassung für Nordrhein-Westfalen vor, die durch die Befragung der Haushaltsvorstände, nicht jedoch der Jugendlichen selbst bedingt sein könnte (Tab. 1).

| Alter von ... bis ... Jahren | Frauen in % | | Männer in % | |
|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 1995 | 1999 | 1995 | 1999 |
| 10 - 14 | 0,6 | 0,8 | 0,8 | 1,3 |
| 15 - 17 | 7,3 | 13,9 | 13,8 | 16,1 |
| 18 - 20 | 20,2 | 30,9 | 33,9 | 35,2 |
| 21 - 24 | 32,3 | 32,3 | 40,3 | 40,3 |
| 15 - 24 | 21,6 | 26,5 | 31,0 | 31,5 |

Tabelle 1: Jugendliche Raucherinnen und Raucher in Nordrhein-Westfalen, 1995 und 1999

Der Anteil der Raucherinnen und Raucher erreicht bei den 30- bis 39-jährigen Männern 48 % und bei den Frauen 41 %. Mit zunehmendem Alter beobachtet man geschlechtsspezifische Differenzierungen. Der Anteil der Raucherinnen und Raucher sinkt in den Altersgruppen ab 40 Jahren kontinuierlich, bei den Frauen allerdings stärker als bei den Männern; die Differenz zwischen den Geschlechtern liegt pauschal genommen bei wenigstens 10 %. Sieht man von der Altersdifferenzierung ab, dann liegt der Anteil der Raucherinnen bei ca. 30 % und der der Raucher bei ca. 40 %.

Rauchen variiert systematisch mit der sozialen Schicht. Der Anteil der Raucherinnen und Raucher unter den Angehörigen der Oberschicht ist sehr viel niedriger als derjenige unter den Angehörigen der Unterschicht. Besonders häufig rauchen arme und arbeitslose Frauen und Männer in den Altersgruppen bis 39 Jahre (Helmert/Maschewsky-Schneider, 1998).

Abhängigkeit macht man neben den oben angegebenen Kriterien an der Rauchmenge fest. Als kritisch gilt der Konsum von mehr als 10 Zigaretten täglich. Die Behandlung der Abhängigkeit ist langwierig; die Erfolgsaussichten auf Abstinenz sind mit durchschnittlich 20 % bis 25 % etwa so gut bzw. so schlecht wie diejenigen bei Opiatabhängigkeit (Batra/Buchkremer, 1999).

Alkohol

Der Konsum von alkoholischen Getränken ist auch für Frauen längst zur Selbstverständlichkeit geworden. Im Zuge einer gewissen Angleichung der Geschlechter im Umgang mit Alkohol hat aber auch der Missbrauch sowie die Entwicklung von Abhängigkeit bei den Frauen zugenommen. Dennoch gibt es erhebliche Differenzen zwischen den Geschlechtern, wenn man Konsum, Missbrauch und Sucht genauer untersucht. Im einzelnen verteilen sich die Angaben zum Konsum und Missbrauch der Frauen und Männer wie in Tabelle 2 dargestellt.

| Trinkmuster | Alkoholkonsum in % | |
|------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | Frauen | Männer |
| kein Alkoholkonsum | 25 | 15 |
| nicht-riskanter Konsum | 65 | 72 |
| | <i>(1 - 20 g/Tag)</i> | <i>(1 - 40 g/Tag)</i> |
| riskanter Konsum | 10 | 13 |
| | <i>(21 g/Tag u. mehr)</i> | <i>(41 g/Tag u. mehr)</i> |

Tabelle 2: Trinkmuster von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen, 1995 - 1997 (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, 1999; eigene Berechnungen)

Wie man sieht, unterscheiden sich die Trinkmuster von Frauen und Männern durchgängig. Am deutlichsten ist das bei der Abstinenz. Signifikant mehr Frauen als Männer geben an, keinen Alkohol zu trinken. Insbesondere junge Frauen bis etwa 30 Jahre scheinen sich in ihren Trinkgewohnheiten den Männern anzugleichen; jedenfalls fallen sie im Vergleich zu älteren Frauen stärker durch riskante Trinkmuster auf.

Männer steigen vergleichsweise oft schon in jungen Jahren (15 - 25 Jahre) in den exzessiven Konsum ein, und erste Zeichen von Abhängigkeit werden sichtbar (wie: Probleme bei der Kontrolle des Alkoholkonsums, Häufung von Rauschen, Erinnerungslücken, ebenso aggressive Ausbrüche unter Alkoholeinfluss, Trunkenheitsfahrten und Probleme mit der Polizei). Daraus entwickelt sich unter Umständen eine chronische Abhängigkeit, die in vielen Fällen lange Zeit unentdeckt und unbehandelt bleibt. Oft sind es Probleme im Beruf oder der Verlust des Arbeitsplatzes, die dazu führen, dass die Alkoholabhängigkeit sichtbar wird. Die Chronifizierung erschwert die Behandlung. Negativ auf die Rehabilitation wirkt sich auch die Arbeitslosigkeit aus. Man befindet sich also in einem Teufelskreis, aus dem es keinen einfachen Ausweg gibt. Man geht davon aus, dass 365 000 Männer in Nordrhein-Westfalen alkoholkrank sind.

Bei den Frauen findet man dagegen zwei deutlich voneinander unterschiedene Gruppen von Abhängigen. Wie Studien über Alkoholikerinnen belegen, gibt es eine kleine Gruppe von Frauen, die ebenfalls in jungen Jahren mit exzessivem Alkoholkonsum beginnen. Die Mädchen und jungen Frauen suchen Anschluss an Gruppen, in denen exzessiver Alkoholkonsum als normal gilt. In diesem Milieu entwickelt sich bei ihnen vergleichsweise schnell chronische Abhängigkeit, die ebenfalls lange unbehandelt bleibt. Nicht selten sind es andere Krankheiten oder Unfälle, in deren Zusammenhang erstmals die Diagnose Alkoholabhängigkeit gestellt wird. Viele dieser Frauen kommen z. B. aus gewalttätigen Familien, sind in der Kindheit oder Jugend sexuell missbraucht worden oder sind an ihren eigenen Familiengründungen wiederum wegen der Gewalttätigkeiten des Partners gescheitert.

Eine weitaus größere Gruppe von Frauen entwickelt erst sehr viel später im Leben (30 - 50 Jahre) exzessive Trinkmuster, die meistens mit massiven Verhaltensänderungen verbunden sind. Dadurch fallen die Frauen sehr schnell auf; sie haben, wenn sie sich zum ersten Mal in Behandlung begeben, meist nur eine kurze Krankheitsphase hinter sich. Auch bei ihnen spielt

die Partnerschaft bzw. die Familie als Auslöser für die Sucht eine zentrale Rolle. Wichtige Einschnitte sind dabei Trennungen oder Scheidungen, der Auszug der Kinder, Tod eines Familienmitglieds usw.

Kurz, für alkoholabhängige Frauen sind es Partnerschaft und Familie, die in engem Zusammenhang mit dem exzessiven Alkoholkonsum stehen. Insgesamt schätzt man, dass in Nordrhein-Westfalen 185 000 Frauen behandlungsbedürftige Alkoholprobleme haben.

Mitbetroffen von der Alkoholabhängigkeit der Frauen und Männer sind schätzungsweise 1,6 Mio. Familienangehörige und von diesen wiederum sind es besonders die Kinder, die unter der Sucht ihrer Eltern mitleiden. Um mit ihren Erfahrungen fertig zu werden, benötigen sie ebenfalls (professionelle) Hilfen.

Bei Behandlung der Alkoholabhängigkeit werden die Erfolgsaussichten auf lebenslange Abstinenz mit ca. 33 % angegeben. Immerhin kann man nachweisen, dass noch einmal 33 % der Behandelten ihr Verhalten ändern und ihren Konsum einschränken. Bei weiteren 33 % haben die Hilfsangebote bislang keinen Erfolg. Frauen und Männer unterscheiden sich nicht, wenn es um den Behandlungserfolg geht.

Chronischer Alkoholismus ist, wenn keine Behandlungsmaßnahmen greifen, eine Krankheit mit häufig tödlichem Verlauf (z. B. durch alkoholbedingte Lebererkrankungen (Leberzirrhose) sowie andere alkoholbedingte Organerkrankungen). Die Todesraten für beide Geschlechter steigen seit Jahren kontinuierlich an. Für die Bundesrepublik Deutschland liegen die Steigerungsraten für die Jahre 1991 - 1997 bei den Frauen bei 14 % und bei den Männern bei 13 %. Gleich geblieben ist dagegen das Geschlechterverhältnis bei den alkoholbedingten Todesursachen; es liegt bei 1 : 3. Auf eine Frau, die an den Folgen ihres Alkoholabusus gestorben ist, kommen demnach drei Männer.

Psychotrope Medikamente

Die Inanspruchnahme medikamentöser Hilfen auch schon bei banalen Befindlichkeitsstörungen wird dort, wo sie erfolgt, in der Regel sehr früh und bereits in der Ursprungsfamilie gelernt.

Studien belegen, dass eine frühe und regelmäßige Medikamenteneinnahme die Neigung zur Einnahme suchtfördernder Mittel generell erhöht. So wurde festgestellt, dass z. B. Schmerzmittelmissbrauch bei den Frauen häufiger zu beobachten war, deren Mütter während der Menstruation regelmäßig Schmerzmittel einnahmen.

Eine frühe unreflektierte Medikamenteneinnahme fördert passive Bewältigungsformen. Fehlende aktive Ressourcen zur Lebensbewältigung leisten dem Missbrauch suchtfördernder Mittel Vorschub.

Ängste, Unruhe, Verstimmungen und andere Befindlichkeitsstörungen sind oft Grund für die Verschreibung und Einnahme psychoaktiver Medikamente. Selbst wenn unter der ärztlichen Behandlung die genannten Symptome abklingen, treten sie beim Absetzen entsprechender Medikamente als reine Entzugssymptome in mehr oder minder starker Form wieder auf. In aller Regel werden die Entzugssymptome als Wiederkehr der Ursprungssymptome missdeutet und es beginnt ein Verschreibungs- bzw. Missbrauchskreislauf mit zunehmender Abhängigkeitsstruktur (NRW-Landesprogramm gegen Sucht).

Psychotrope Medikamente werden in Deutschland sowohl rezeptfrei als auch rezeptpflichtig angeboten. Rezeptfrei zu erwerben sind eine Reihe von nicht-opiathaltigen Schmerzmitteln sowie von phytotherapeutischen (pflanzlichen) Beruhigungs- und Schlafmitteln.

Das Suchtpotenzial dieser Mittel wird allgemein als gering eingeschätzt. Frauen leiden im Vergleich zu Männern sehr viel häufiger unter Schmerzen, insbesondere unter Kopfschmerzen und Migräne, die sie selbst mit der Einnahme von Schmerzmitteln behandeln. In Befragungen gibt jede zweite Frau unabhängig von ihrem Alter an, in den letzten drei Monaten „zeitweise“ Schmerzmittel verwendet zu haben. Bei den Männern sind das nur ca. 30 %. Man findet bei ihnen einen deutlichen Altersgradienten: Jüngere Männer nehmen sehr viel seltener Schmerzmittel als ältere. In den Altersgruppen bis 40 Jahre liegt die Differenz zu den Frauen bei 20 % und in denen zwischen 40 und 60 Jahre bei 10 %. Ähnliche Differenzen zwischen den Geschlechtern finden sich auch, wenn es um die regelmäßige Einnahme der Schmerzmittel geht (Vogt/Krah, 2000). Wie Einzelfallbeschreibungen belegen, entwickelt sich daraus bei einer Gruppe von Frauen und Männern Schmerzmittelabhängigkeit, die unbehandelt mit erheblichen gesundheitlichen Risiken verbunden ist.

Unter den rezeptpflichtigen Medikamenten nehmen die Beruhigungs- und Schlafmittel in gewisser Weise eine Sonderstellung ein. Viele dieser Mittel haben ein vergleichsweise hohes Abhängigkeitspotenzial, insbesondere benzodiazepinhaltige Beruhigungs- und Schlafmittel. Wie die Auswertung der Unterlagen der AOK Dortmund (v. Ferber/Ihle, 1994) belegt, verschreiben Ärztinnen und Ärzte 13 % ihrer Klientel im Laufe eines Jahres benzodiazepinhaltige Medikamente. 18 % dieser Verordnungen gehen an Frauen und 8 % an Männer. Die Verordnungen steigen systematisch mit dem Lebensalter an. Vor allem nach dem 40. Lebensjahr nehmen sie zunächst bei den Frauen und ab 60 Jahren bei den Männern sprunghaft zu.

Verordnungsanlass bei Dauermedikation sind vor allem Schlafstörungen in Zusammenhang mit chronischen somatischen Erkrankungen, Ängsten und anderen psychischen Störungen, aber auch Epilepsie usw. Bei Dauermedikation ist davon auszugehen, dass die Patientinnen und Patienten von den Mitteln physisch abhängig werden. Das mag in vielen Fällen eine unerwünschte aber unvermeidliche Nebenwirkung der Mittel sein, z. B. bei der Behandlung von Epilepsien. Zu hinterfragen ist in diesem Zusammenhang aber auch die ärztliche Verschreibungspraxis. Es sind im übrigen die Frauen, die doppelt so häufig wie die Männer von der Medikamentenabhängigkeit betroffen sind.

Anders als bei Abhängigkeit von Alkohol oder von illegalen Drogen fallen von Medikamenten Abhängige selten auf. Im Gegenteil, die Medikamente helfen ihnen, sich besser an die Lebensgegebenheiten anzupassen, besser mit Anforderungen zurecht zu kommen und besser durchzuhalten.

In der Praxis der Suchthilfe spielen die Frauen und Männer, die psychotrope Medikamente einnehmen und von ihnen abhängig sind, jedoch sonst angepasst leben, nur eine untergeordnete Rolle. Sie nehmen die Hilfsangebote zum Beispiel der Beratungsstellen kaum in Anspruch. Das liegt insbesondere auch daran, dass sie sich selbst nicht als abhängig erleben (Vogt/Krah, 2000).

Illegale Drogen

Geht es um illegale Drogen, dann gilt jeder Konsum als Missbrauch und als riskant. Das liegt sowohl an den Umständen, die durch das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) mitdefiniert sind, wie an den Substanzen. Voraussetzung jeden Konsums von illegalen Drogen ist eine kriminelle Handlung: Man muss sich in den Besitz der Drogen bringen, um sie zu konsumieren, und der Besitz ist ein Straftatbestand (BtMG § 29). Das Abhängigkeitspotenzial der verschiedenen illegalen Substanzen ist sehr unterschiedlich.

Das NRW-Landesprogramm gegen Sucht 1998 geht davon aus, dass 11 % der 18- bis 59-Jährigen mindestens einmal im Leben Erfahrungen mit illegalen Drogen gemacht haben. Cannabis (Haschisch) steht hierbei an erster Stelle, Heroin an letzter. Männer haben etwa doppelt so hohe Lebenszeitprävalenzraten wie Frauen. Nur ein Bruchteil derjenigen, die mit illegalen Drogen „experimentieren“, wird abhängig. In Nordrhein-Westfalen gelten 31 000 drogenabhängige Frauen und Männer als behandlungsbedürftig. Das Geschlechterverhältnis zwischen Frauen und Männern wird mit 1 : 2 angegeben.

Im Selbstverständnis der Betroffenen wird der Beginn einer „Drogenkarriere“ mit dem Einstieg in den (intravenösen) Konsum von Heroin (evtl. in Kombination mit Kokain) gleichgesetzt. Im Durchschnitt sind die Frauen 18 bis 20 Jahre alt, die Männer 19 bis 21 Jahre. Neue Studien belegen, dass es eine vergleichsweise große Gruppe von jungen Frauen gibt, die schon mit 14 bis 16 Jahren in eine Drogenkarriere einsteigen (Schmid et al., 1999). Viele sind schon nach sehr kurzer Zeit obdachlos. Das Leben auf der Straße prägt ihre Drogenkarriere. Zur Geldbeschaffung dient ihnen die Straßenprostitution. Die gesamten Lebensumstände belasten ihre Gesundheit schwer. Auf die vielfältigen Unterschiede zwischen drogenabhängigen Frauen und Männern in den Bereichen Wohnen, Partnerschaft und Familie, Ausbildung und Beruf, Gesundheit sowie Kriminalitätsbelastung kann hier nicht eingegangen werden. Insgesamt genommen kann man jedoch festhalten, dass drogenabhängige Frauen im Vergleich mit drogenabhängigen Männern über bessere soziale Netzwerke verfügen und weniger mit Kriminalität belastet sind. Allerdings ist ihr Ausbildungsstand weitaus schlechter als der der Männer, ebenso ihre Einbindung in die Erwerbsarbeit. Darüber hinaus spielt die Beschaffungsprostitution bei Frauen eine wesentlich größere Rolle als bei Männern. Keine geschlechtsspezifischen Differenzen findet man bei den gesundheitlichen Belastungen, die für Frauen und Männer etwa gleich groß sind. Je länger sich Drogenkarrieren hinziehen, umso stärker sind im allgemeinen die gesundheitlichen Belastungen.

Nachweislich haben Früheinsteigerinnen und Früheinsteiger sehr lange Drogenkarrieren. Es ist diese Gruppe, die den höchsten Betreuungsbedarf hat. Jedoch dauert es oft lange Jahre, bis sie überhaupt in die Beratungsstellen kommen. Verschiedene empirische Erhebungen weisen aus (z. B. Schmid et al., 1999), dass der Anteil der drogenabhängigen Frauen, die das ambulante Hilfesystem in Anspruch nehmen, bei 20 % bis 25 % liegt. In den stationären Einrichtungen ist der Anteil der Frauen seit Jahren rückläufig. Zeitreihenvergleiche zeigen, dass er seit den 80er Jahren von ursprünglich 30 % auf heute 15 % gesunken ist. Er ist aber auch im ambulanten Bereich rückläufig, wenn auch nicht so stark wie im stationären. Anders sieht es bei den Substitutionsangeboten aus, deren Frauenanteil bei 35 % bis 45 % liegt. Wie diese Daten ausweisen, machen Frauen von den Hilfeinrichtungen anders Gebrauch als Männer. Frauen sterben seltener als Männer am Drogentod; ihr Anteil an den Drogentodesfällen liegt bei 14 %. Offenbar schützen sich Frauen vor dem Drogentod durch weniger riskante Konsumformen und die stärkere Nutzung der Substitutionsangebote.

3.3.4 Schwangerschaft und Elternschaft

Ein Sonderproblem im Zusammenhang mit dem Konsum von psychotropen Drogen stellt die Schwangerschaft dar. Die meisten psychotropen Stoffe passieren die Plazentaschranke; sie gehen also vom mütterlichen Organismus auf den kindlichen über. Sie wirken damit auf die Entwicklung des Kindes im Mutterleib ein, die sie verzögern oder auch beschädigen können. Die Entwicklungsstörungen variieren systematisch mit den Substanzen und den Lebensum-

ständen der Mutter. Armut, Obdachlosigkeit, Mangelernährung, gesundheitliche Beeinträchtigungen und Polytoxikomanie erhöhen das Risiko von Entwicklungsstörungen. Von allen bekannten psychotropen Substanzen ist es der Alkohol, der allein oder in Kombination mit anderen Substanzen besonders häufig zu schweren und irreversiblen Entwicklungsstörungen führen kann (Wolstein, 1998).

Neben diesen Störungen kommt es auch bei den Kindern zu physischer Abhängigkeit. Nach der Geburt setzt das neonatale Abstinenzsyndrom (NAS) ein, das verschiedene Schweregrade haben und sich unterschiedlich lang hinziehen kann (2 bis 16 Wochen). Das NAS wurde beobachtet bei Abhängigkeit der Mutter von Alkohol und Opiaten, aber auch nach der regelmäßigen Einnahme von Benzodiazepinen im letzten Trimester oder von Antidepressiva usw.

Die Hilfen für Mutter und Kind stellen sich wie folgt dar: Vor der Geburt geht es um die Stabilisierung der Schwangeren, eine kontinuierliche ärztliche und psychosoziale Betreuung sowie die Vorbereitung auf die Geburt und das Leben mit dem Kind. Zur Stabilisierung gehört im Fall von Alkoholabhängigkeit die Einleitung der Abstinenz, im Fall von Opiatabhängigkeit z. B. die Aufnahme in ein Methadonprojekt. Die hier angeführten Beispiele zeigen, dass die Hilfen ganz auf den individuellen Fall zugeschnitten sein müssen. Sie greifen im übrigen nur dann, wenn es zu einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den Müttern kommt. Zur Behandlung des NAS liegen Richtlinien in der Kinderheilkunde vor. Allerdings ist es nicht allein mit der medizinischen Betreuung getan. Eine mindestens ebenso wichtige Rolle spielen nach der Geburt psychosoziale Hilfen für Mutter und Kind bzw. die Familien. Die Mütter ebenso wie die Väter müssen lernen, ihre Verantwortung für das Kind zu übernehmen. Anders gesagt, sie müssen ihre Rollen als Mütter und Väter lernen. Von einer einzigen Ausnahme abgesehen fehlen jedoch einschlägige Unterstützungsprogramme.

In der Praxis hat man es allerdings häufiger mit Alleinerziehenden zu tun, seltener mit vollständigen Familien. Vor allem drogenabhängige Frauen, von denen etwa jede zweite ein Kind hat, leben mit diesem allein. Einige von diesen allein erziehenden Müttern haben einen Partner, der nicht der leibliche Vater des Kindes (der Kinder) ist. Es sind eher Ausnahmefälle, wenn beide Eltern mit den Kindern zusammenwohnen. Immerhin 50 % bis 60 % dieser Mütter behalten ihre Kinder und nur in 40 % bis 50 % der Fälle kommt es zu einer Fremdunterbringung (Vogt, 1997). Drogenabhängigkeit kollidiert also nicht automatisch mit der Mutterrolle oder mit der Erziehungsfähigkeit. Aber die Mütter, ihre Partner und die Väter brauchen Hilfen, damit sie ihrem Erziehungsauftrag gerecht werden können.

3.3.5 Gewalterfahrungen

Gewalterfahrungen spielen im Leben von substanzabhängigen Frauen und Männern eine bedeutsame Rolle. Sie überschatten bei den einen die Kindheit, bei den anderen sind sie dagegen Begleitphänomene der Abhängigkeitsentwicklung. Vernachlässigungen, Misshandlungen und sexuelle Übergriffe sind typische Gewalterfahrungen in der Kindheit. Im Leben von Erwachsenen spielen dagegen physische und psychische Gewalttätigkeiten eine wichtige Rolle.

Man geht davon aus, dass sexueller Missbrauch in der Kindheit neben den Belastungen durch süchtige Familienangehörige, insbesondere durch die Eltern, die Vulnerabilität für Sucht entscheidend beeinflusst. Erste Studien belegen, dass Mädchen, die vor ihrem 13. Lebensjahr sexuell missbraucht worden sind, in der Jugendzeit Alkohol exzessiv konsumieren und Rauscherlebnisse suchen. Im Vergleich mit Mädchen, die keine vergleichbaren Gewalterfahrungen haben, sind sie ganz offenbar stärker gefährdet, im Laufe des Lebens süchtig zu wer-

den (Pedersen/Skrondal, 1996). Ob Sucht dann tatsächlich eintritt, darüber geben die Studien keine Auskunft. Von drogenabhängigen Frauen geben ca. 50 % an, in der Kindheit sexuell missbraucht worden zu sein (Vogt et al., 1998). Allerdings handelt es sich dabei um retrospektive Aussagen, die auf ihre Validität und Reliabilität zu überprüfen sind. Auch bei kritischer Einschätzung der Untersuchungsergebnisse ist jedoch davon auszugehen, dass ein erheblicher Prozentsatz der suchtkranken Frauen als Kinder Opfer von Gewalt war. Neue Studien belegen, dass auch suchtkranke Männer überdurchschnittlich häufig in ihrer Kindheit sexuell missbraucht wurden, wenn auch deutlich seltener als die Frauen (Schmidt, 2000).

Im Unterschied zu dieser Gruppe von Frauen (und Männern), die Gewalt seit der Kindheit kennen, gibt es eine zweite Gruppe von Frauen, die vergleichsweise spät in ihrem Leben unmittelbar mit physischer und psychischer Gewalt bedroht wird. Die Androhung und die Ausübung von Gewalt sind hier Begleitphänomene der Suchtentwicklung, jedoch nicht die Auslöser. Vielmehr sind es sehr oft belastende Lebensereignisse in der Familie, die Anlass waren für Verhaltensänderungen der Frauen verbunden mit dem exzessiven Konsum von psychotropen Substanzen. Die Gewalterfahrungen verstärken und beschleunigen die Suchtentwicklung, die sie aus der Sicht der Gewalttäterinnen und Gewalttäter eigentlich verhindern sollen.

Zu dieser Form von Gewalterfahrung kommen bei drogenabhängigen Frauen noch weitere, die eng mit der illegalen Szene und der Straßenprostitution zusammenhängen.

3.3.6 Beratung, Betreuung, Behandlung der Sucht, Selbstheilung und Selbsthilfe

Das NRW-Landesprogramm gegen Sucht 1998 geht ausführlich auf das Hilfesystem ein. Die wichtigsten Ergebnisse sollen hier kurz zusammengefasst werden:

- ▶ Im **ambulanten** Bereich gibt es ein breites Angebot an medizinischen und sozialarbeiterischen Hilfen. Es gibt 90 Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen. Von den 75 Drogenberatungsstellen ist eine ausschließlich Frauen vorbehalten sowie, in einem daran angegliederten Projekt, speziell Schwangeren und Müttern mit kleinen Kindern. Ein weiterer Ausbau der frauenspezifischen Hilfen erfolgt im Rahmen der „Erweiterten Grundförderung“ von Sucht- und Drogenberatungsstellen.
- ▶ Hinzu kommen niedrigschwellige Kontaktstellen der Lebens- und Überlebenshilfen, die sich mit ihren akzeptierenden Angeboten unmittelbar an Drogenabhängige wenden. Entsprechende Anlaufstellen gibt es derzeit für Alkoholabhängige nicht, allerdings gibt es Überlegungen zum Ausbau von „Integrierten Suchtberatungsstellen“, die es in Nordrhein-Westfalen bereits in Flächengebieten gibt und die mit ihren Angeboten sowohl Alkohol- wie Drogenabhängigen offen stehen.
- ▶ Mit einer Reihe von Maßnahmen, insbesondere einer Intensivierung der Fortbildung von Ärzte- und Apothekerschaft sowie einer Verbesserung der Kooperation zwischen Ärzte- und Apothekerschaft sowie den Suchtfachdiensten sollen die Hilfen für Medikamentenabhängige optimiert werden. Das kommt vor allem Frauen zugute, die die Mehrzahl der Medikamentenabhängigen stellen.
- ▶ Für Nikotinabhängige werden in Verbindung mit der Fortschreibung des NRW-Landesprogramms gegen Sucht die bestehenden Hilfen für Suchtkranke entsprechend weiterentwickelt.

- ▶ Für Drogenabhängige gibt es Soforthilfeangebote bei Sucht- und Drogenberatungsstellen, durch die eine kurzfristige Vermittlung in weiterführende Behandlungsmaßnahmen ermöglicht wird.
- ▶ Für Drogenabhängige stehen derzeit 200 Plätze für Betreutes Wohnen zur Verfügung. Die betriebliche Suchtkrankenhilfe hat ihre Hilfsangebote für Alkoholabhängige in den letzten 20 Jahren erheblich ausgeweitet. Sie erreicht heute schätzungsweise 25 % aller Beschäftigten in Nordrhein-Westfalen.
- ▶ Im **stationären** Bereich gibt es für Akutbehandlungen bzw. Entzugsbehandlungen für Alkoholabhängige 2 434 Betten und für Drogenabhängige 412 Betten, die bis zum Jahre 2001 auf 518 Betten erhöht werden sollen.
- ▶ Zur Entwöhnungsbehandlung einschließlich Adaptation stehen für Alkohol- und Medikamentenabhängige 1 890 Betten zur Verfügung, für Drogenabhängige 1 130 Betten.
- ▶ In sozialtherapeutischen Einrichtungen stehen für Alkoholabhängige 1 254 Plätze zur Verfügung, für Drogenabhängige ist eine Einrichtung mit 20 Plätzen im Aufbau.
- ▶ **Selbsthilfeorganisationen** und **Selbsthilfegruppen** bieten ein breites Spektrum an Hilfen. Die Zahl der Selbsthilfegruppen für Alkoholabhängige schätzt man auf 2 700. Dazu gehören auch Gruppen nur für Frauen, deren Zahl jedoch nicht gesondert ausgewiesen ist. Für Drogenabhängige bietet JES (Junkies, Ehemalige, Substituierte) 21 Gruppen an und NA (Narcotics Anonymus) ca. 20 Gruppen. In 80 Gruppen sind Eltern und Angehörige von Drogenabhängigen organisiert.
- ▶ Die Landesfachstelle „Frauen und Sucht“ ist bereits seit 1996 beauftragt, die frauenspezifischen Aspekte im System von Prävention und Hilfsangeboten zu verstärken und entsprechende Projektentwicklungen vorzubereiten.

Wie aus diesem Überblick hervorgeht, ist das Hilfesystem in Nordrhein-Westfalen sehr breit gefächert und ausdifferenziert. Bestehende Defizite sollen unter anderem im Rahmen der Fortschreibung des NRW-Landesprogramms gegen Sucht analysiert und durch entsprechende Maßnahmen beseitigt werden. Neben speziellen Angeboten im ambulanten und stationären Bereich, die sich nur an Männer (z. B. Fachkliniken nur für alkoholabhängige Männer) oder nur an Frauen richten (Beratungsstellen mit unterschiedlichen Projekten, Fachkliniken nur für substanzabhängige Frauen), stehen die meisten Angebote beiden Geschlechtern offen. Sie werden jedoch von Frauen und Männern unterschiedlich genutzt. Darauf baut das NRW-Landesprogramm gegen Sucht von 1998 auf und stellt fest:

Die Zielgruppe suchtkranker Frauen soll besser und anders erreicht werden. Deshalb ist die Entwicklung frauenspezifischer Angebote im ersten Umsetzungsschritt 1999/2000 vorrangig:

- ▶ *Die Mädchenspezifische Suchtvorbeugung wird in Kooperation von Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung, Landesfachstelle „Frauen und Sucht“ in ausgewählten Regionen mit Schulen, Jugend- und Gesundheitsämtern, Prophylaxefachkräften und anderen Einrichtungen vor Ort fortentwickelt.*
- ▶ *Das Projekt der ambulanten Hilfen für schwangere drogenabhängige Frauen und drogenabhängige Mütter in Essen wird fortgeführt und im Jahr 2000 mit dem Ziel ausgewertet, ein landesweites Konzept der Vernetzung der entsprechenden Hilfen zu entwickeln. Daraus wird in Kooperation von Ärzteschaft, Krankenhäusern, Gesundheitsämtern und Krankenkassen im Rheinland und in Westfalen je ein Projekt früh-*

zeitiger Intervention im Bereich der Geburtshilfe nach entsprechender Bedarfslage konkret erarbeitet.

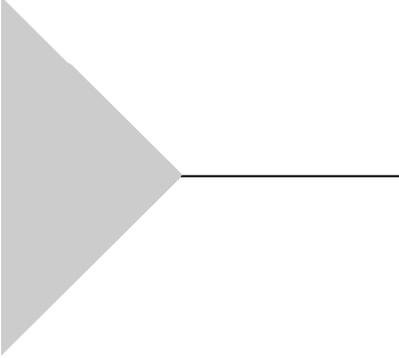
- ▶ Die erweiterte Grundförderung (ein ergänzender personeller Ausbau der Suchtberatungsstellen im Rahmen der Richtlinienförderung) wird u. a. an das Qualitätsmerkmal frauenspezifischer Ansätze geknüpft.
- ▶ Bei der Weiterentwicklung der Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung wirken das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit, die Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und die Einrichtungsträger auf die Schaffung von integrierten Behandlungsangeboten für suchtkranke Schwangere vor der Entbindung, für suchtkranke Mütter sowie von Behandlungsmöglichkeiten für Neugeborene bei den bestehenden Einrichtungen hin.
- ▶ Im Rahmen der vorgesehenen Differenzierung der Entwöhnungsbehandlung sollen frauenspezifische Angebotsstrukturen in Kooperation mit der Landesfachstelle „Frauen und Sucht“ entwickelt und implementiert werden, sodass mehr Frauen und Mütter mit Kindern als bisher eine Entwöhnungsbehandlung in Anspruch nehmen können.
- ▶ Die vom Ministerium für Inneres und Justiz und vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit in Auftrag gegebene Expertise zur Haftvermeidung/Haftverschonung bei drogenabhängigen Frauen wird mit dem Ziel ausgewertet werden, ein entsprechendes Modellprojekt zu entwickeln.
- ▶ Um eine Verbesserung der Interaktion zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin zu erreichen, werden entsprechende Fortbildungsangebote der Akademien für ärztliche Fortbildung durchgeführt.
- ▶ Im Rahmen des Projekts zur Früherkennung einer Alkoholproblematik und zur Kurzintervention in Arztpraxen und Krankenhäusern werden die frauenspezifischen Belange besonders berücksichtigt.
- ▶ Darüber hinaus sollen die Maßnahmen zur beruflichen und sozialen Integration weiterentwickelt und ausgebaut werden.

Dieser Katalog an Forderungen und Plänen für den Ausbau geschlechtsspezifischer Hilfsangebote ist sehr breit angelegt und seine Umsetzung bereits in Angriff genommen worden. Er trägt insbesondere den Bedürfnissen abhängiger Frauen Rechnung, die in besonderem Maß von den Maßnahmen profitieren können.

Literatur

- Batra, A.; Buchkremer, G. (1999): Nikotin. in: Gastpar, M.; Mann, K.; Rommelspacher, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart. S. 208 - 216.
- Europäische Gemeinschaften (2000) (Hrsg.): Eurostat Jahrbuch. Daten aus den Jahren 1988 - 1998. Luxemburg 2000, S. 49.
- Ferber v., L.; Ihle, P. (1994): Arzneimittel mit Abhängigkeitspotenzial, Nutzerprävalenz, Verordnungsstruktur, Verordnungsverläufe, Abhängigkeit. in: Ferber v., L. (Hrsg.): Häufigkeit und Verteilung von Erkrankungen und ihre ärztliche Behandlung. Köln. S. 336 - 382.
- Franke, A. (1997): Zusammenhänge zwischen Drogennot- und Drogentodesfall. in: Land-schaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.): Praxisrelevante Suchtforschung. Münster.

- Helfferrich, C. (1994): Jugend, Körper und Geschlecht. Opladen.
- Helmert, U.; Maschewsky-Schneider, U. (1998): Zur Prävalenz des Tabakrauchens bei Arbeitslosen und Armen. in: Henkel, D. (Hrsg.): Sucht und Armut. Opladen, S. 153 - 166.
- Kolip, P. (1997): Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Opladen.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1987): Jugend und Drogen. Düsseldorf.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1998): NRW-Landesprogramm gegen Sucht. Eine Gemeinschaftsinitiative. In Umsetzung des Zieles 4 der „Zehn vorrangigen Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfalen“. Düsseldorf, S. 20 - 21.
- Pedersen, W.; Skrondal, A. (1996): Alcohol and sexual victimization: A longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction* 91, S. 565 - 581.
- Schmid, M.; Simmedinger, R.; Vogt, I. (1999): Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 1998. Frankfurt.
- Schmidt, S. A. (2000): Prävalenz sexuellen Missbrauchs bei Opiatabhängigen. Berlin.
- Vertheim, U.; Degkwitz, P.; Kühne, A.; Krausz, M. (1998): Komorbidität von Opiatabhängigen und psychische Störungen – Ergebnisse einer Verlaufsuntersuchung. *Sucht* 44, S. 232 - 246.
- Vogt, I. (1997): „BELLA DONNA“. Die Frauenberatungsstelle im Ruhrgebiet. Berlin.
- Vogt, I.; Leopold, B.; Tödte, M.; Breuker-Gerbig, U. (1998): Frauen und Sucht. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- Vogt, I.; Kraus, K. (2000): Medikamentengebrauch und Suchtentwicklung bei Frauen. Eine Literaturstudie. Düsseldorf.
- Wolstein, J. (1999): Probleme in der Schwangerschaft und im Säuglingsalter. in: Gastpar, M.; Mann, K.; Rommelspacher, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart. S. 153 - 161.



4 Spezielle Zielgruppen

- 4.1 Benachteiligte Frauengruppen in der Bevölkerung**
- 4.2 Gesundheitliche Probleme und medizinische Versorgung bei allein stehenden Wohnungslosen**

4.1 Benachteiligte Frauengruppen in der Bevölkerung

4.1.1 Begriffsdefinitionen und aktueller Forschungsstand

Zusammenhänge zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Lage sind heute durch eine Vielzahl von Untersuchungen weltweit belegt. Für Bevölkerungsgruppen mit einem niedrigen Einkommen, einem geringen Bildungsstand oder einer niedrigen beruflichen Stellung zeigen die Befunde eine geringere Lebenserwartung, eine höhere Sterblichkeit und höhere Erkrankungsraten für ein breites Spektrum an Krankheiten, als in vergleichbar besser gestellten Bevölkerungsgruppen.

Gesundheitliche Unterschiede und gesundheitliche Ungleichheit: Zwei Begriffe prägen die Diskussion

Gesundheit stellt einen Wert dar, der in allen bekannten Gesellschaften als wichtig geschätzt wird. Neben sozialen Faktoren wie z. B. Einkommen, Bildung und beruflicher Stellung existieren eine ganze Reihe weiterer Faktoren, die einen Einfluss auf die Gesundheit zeigen. Hierzu zählen biologische Unterschiede, umweltbedingte Einflüsse, riskante Verhaltensweisen oder belastende Lebens- und Arbeitsbedingungen. Nicht alle diese Unterschiede sind als unfair oder ungerecht einzustufen. Zur Beschreibung des Zusammenhangs zwischen sozialen Faktoren und Gesundheit kennzeichnen daher zwei Begriffe die internationale Diskussion. Unter dem Begriff „gesundheitliche Unterschiede“ (health inequalities) werden grundsätzlich alle Unterschiede im Gesundheitszustand nach sozioökonomischen Faktoren wie z. B. Alter, Einkommen und Geschlecht verstanden. Der Begriff „gesundheitliche Ungleichheit“ (health inequity) hingegen schließt einen wertenden Gerechtigkeits- bzw. Ungerechtigkeitsaspekt mit ein.

Eine weitere Konkretisierung erfährt der Begriff „gesundheitliche Ungleichheit“ in der Programmatik der World Health Organization (WHO). Hier wird anstelle des Begriffs „gesundheitliche Ungleichheit“ der Begriff der „Chancengleichheit“ verwendet und zwischen „Chancengleichheit in der Gesundheit“ (equity in health) und „Chancengleichheit in der gesundheitlichen Versorgung“ (equity in health care) unterschieden. Deutschland verfügt über ein umfassendes Sozialversicherungssystem mit einem im Grundsatz für alle zugänglichen Gesundheitssystem. „Chancengleichheit in der gesundheitlichen Versorgung“ ist daher in Deutschland bei der Diskussion gesundheitlicher Ungleichheit von untergeordneter Bedeutung, auch wenn dieses Thema aktuell, insbesondere im Zusammenhang mit den jeweiligen Bestrebungen zur Reform des Gesundheitssystems, wieder stärker diskutiert wird. Damit rückt die Aufmerksamkeit verstärkt auf den Bereich „Chancengleichheit im Gesundheitsbereich“. Definitionsgemäß wird hierunter verstanden:

...dass idealerweise jeder Mensch eine faire Chance haben sollte, sein volles gesundheitliches Potenzial auszuschöpfen, und, pragmatischer gesprochen, dass niemand durch Benachteiligung daran gehindert werden sollte, diesen Zustand zu erreichen, wenn sich das vermeiden lässt (Whitehead, 1991).

Es geht also nicht darum, alle gesundheitlichen Unterschiede auszugleichen, sondern vielmehr darum, die Unterschiede zu vermindern, die durch Faktoren verursacht werden, die als vermeidbar und ungerecht bzw. unfair gelten. Hierzu zählen insbesondere soziale Faktoren.

Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Ergebnisse der empirischen Forschung

Die soziale Schichtzugehörigkeit, d. h. Bildung, beruflicher Status und Einkommen, hat einen Einfluss auf die Gesundheit und die Lebenserwartung von Personen. Will man den Stand der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung in Europa skizzieren, ist ein erster Blick nach Großbritannien unumgänglich. Bereits der Black Report von 1980 zeigt für Großbritannien deutliche Sozialschichtunterschiede für verschiedene Erkrankungen und die Lebenserwartung. Der Bericht sowie nachfolgende Arbeiten belegen für Angehörige einer niedrigeren sozialen Schicht

- ▶ eine höhere Sterblichkeit für die meisten der untersuchten Krankheiten, wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Infektionskrankheiten oder Atemwegserkrankungen, und eine insgesamt kürzere Lebenserwartung,
- ▶ eine höhere Rate für Erkrankungen, wie z. B. chronische Erkrankungen der Atemwege, des Bewegungsapparates und des Herz-Kreislauf-Systems, und
- ▶ höhere Häufigkeiten für eher subjektiv orientierte Gesundheitsstörungen wie „Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands“, „Depressionen“ oder „psychisches Wohlbefinden“

als für Angehörige höherer Sozialschichten. Dies gilt sowohl für Frauen als auch für Männer.

Ähnliche Befunde finden sich auch für Deutschland. Insbesondere verschiedene Auswertungen der Daten, die im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) erhoben wurden, zeigen Unterschiede nach sozialer Schicht für verschiedene Gesundheitsindikatoren wie „Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands“, verschiedene körperliche und psycho-vegetative Symptome, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder Atemwegserkrankungen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Betrachtung sozialer Ungleichheit und Gesundheit

Die dargestellten Unterschiede in der gesundheitlichen Lage für Bevölkerungsgruppen unterschiedlicher sozialer Schichten lassen sich zwar grundsätzlich für Frauen und Männer belegen, stellen sich jedoch für Männer stabiler und ausgeprägter dar. Nur wenige Untersuchungen beschäftigen sich explizit mit Geschlechtsunterschieden bei der Untersuchung gesundheitlicher Ungleichheit und eine noch geringere Anzahl fokussiert auf den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und der Gesundheit von Frauen.

Problematisch stellt sich hierbei insbesondere dar, dass viele Untersuchungen die soziale Schichtzugehörigkeit über die „berufliche Stellung“ von Personen messen. Dabei gibt es keine Übereinstimmung darüber, ob Frauen nach ihrer eigenen beruflichen Stellung oder der ihres Ehemanns in eine soziale Schicht klassifiziert werden sollten. Welche Lösung auch gewählt wird, jede hat ihre eigene Problematik.

Weiterhin wird vorgeschlagen, dass zur Erfassung der sozialen Lage von Frauen neben den klassischen Schichtungsindikatoren wie Einkommen, Bildung und berufliche Stellung weitere

Faktoren wie Familienstand, Kinder, Beschäftigungsstand im Sinne von Voll- und Teilzeitarbeit bzw. Hausfrauentätigkeit mit berücksichtigt werden sollten.

Gesundheitliche Ungleichheit und individuelle Gesundheitsrisiken

Bei der näheren Untersuchung der Lebensumstände, die sich ungünstig auf die gesundheitliche Lage auswirken, wird gesundheitschädigenden Verhaltensweisen eine wichtige Rolle zugewiesen. Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, mangelnde körperliche Bewegung oder eine schlechte Ernährung, die zu Übergewicht führt, stellen Risikofaktoren für eine Vielzahl von Krankheiten dar.

Für das Gesundheitsverhalten lassen sich ebenfalls Unterschiede nach sozialer Schichtzugehörigkeit belegen, die für die verschiedenen Verhaltensweisen jedoch differenziert betrachtet werden müssen. Eine Vielzahl von Studien belegt einen Zusammenhang zwischen einer niedrigen sozialen Schicht und vermehrtem Rauchen, schlechteren Ernährungsgewohnheiten und geringerer körperlicher Aktivität. Auch hier treten die Befunde für Männer ausgeprägter hervor als für Frauen.

Hinsichtlich der Einnahme psychotroper Arzneimittel (Tranquilizer, Schlaf- und Beruhigungsmittel) zeigen sich starke soziale und geschlechtsspezifische Konsummuster. So nehmen sowohl ältere Frauen als auch Frauen mit einem niedrigen Bildungsabschluss besonders häufig psychotrope Arzneimittel ein, wie Studien aus verschiedenen Ländern belegen.

Auch die Teilnahmehäufigkeiten an gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen zeigen Unterschiede nach sozialer Schicht mit höheren Teilnahmeraten für Angehörige höherer sozialer Schichten.

Dennoch sollte hieraus nicht die Schlussfolgerung gezogen werden, dass gesundheitliche Unterschiede überwiegend durch individuelles gesundheitsschädigendes Verhalten entstehen. So können individuelle Verhaltensweisen nur einen Teil der Unterschiede in der gesundheitlichen Lage erklären, und strukturellen Ungleichheiten wird eine größere Erklärungskraft zugesprochen. Darüber hinaus wird ebenfalls deutlich, dass unterschiedliches Gesundheitsverhalten ebenfalls durch strukturelle Unterschiede der sozialen Lage geprägt ist.

Fazit: Benachteiligte Frauengruppen in der Bevölkerung - Ansatzpunkte für eine geschlechtsspezifische Gesundheitsberichterstattung

Auch wenn zum Zusammenhang zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und gesundheitlicher Benachteiligung mittlerweile umfängliche Forschungsbefunde vorliegen, bleibt eine Vielzahl von Erkenntnisdefiziten bestehen. Insbesondere im Hinblick auf eine interventionsorientierte Gesundheitsberichterstattung wird deutlich, dass detailliertere Informationen über einzelne Bevölkerungsgruppen erforderlich sind.

Dabei ist davon auszugehen, dass Faktoren sozialer Benachteiligung selten isoliert, sondern vielmehr in spezifischen Konstellationen gehäuft auftreten. Bevölkerungsgruppen, die durch eine bestimmte Anhäufung sozialer Benachteiligungsfaktoren gekennzeichnet sind, können als „vulnerable“ bzw. in Anlehnung an den englischen Sprachgebrauch als benachteiligte (disadvantaged) Gruppen bezeichnet werden. Beispiele für solche Gruppen wären jüngere allein erziehende Mütter, ältere allein lebende Frauen mit niedrigem Einkommen, Sozialhilfe-

empfängerinnen, obdachlose Frauen oder auch Migrantinnen mit niedriger Bildung und schlechten Sprachkenntnissen.

4.1.2 Einflussfaktoren der sozialen Lage auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Frauen

Eine Vielzahl von besonderen sozialen Faktoren, die sich darüber hinaus auch untereinander beeinflussen, spielen für die Gesundheit von Frauen eine Rolle (Abbildung 1).

So zeigen zunächst ungleiche Lebensbedingungen wie Unterschiede im Einkommen, im Bildungsstand und der beruflichen Stellung einen deutlichen Einfluss auf die Verwirklichung gesellschaftlich akzeptierter Lebensziele wie Gesundheit. Diese Faktoren stellen jedoch nur den übergeordneten sozialen Rahmen dar. Hinzu treten als wichtige Einflussfaktoren auf die Gesundheit auch die „sozialen Kontexte“ wie Partnerbeziehungen (Familienstand), Mutterschaft und Arbeitsverhältnisse. Das Zusammenwirken der verschiedenen Faktoren und die Berücksichtigung der vielfältigen Aufgaben und Belastungen, denen Frauen ausgesetzt sind, entscheidet zwischen gesundheitlich belasteten und nicht belasteten Gruppen. Neben der beruflichen Stellung kommt damit auch dem Erwerbsstatus in Form von Voll- oder Teilzeitbeschäftigung oder Hausfrauentätigkeit eine wichtige Bedeutung zu.

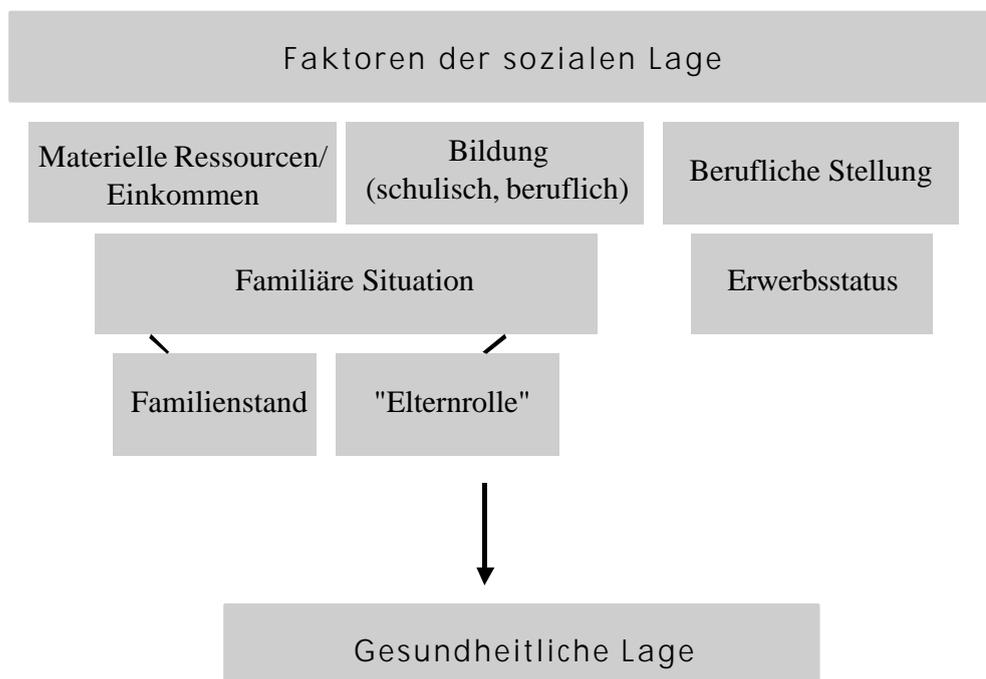


Abbildung 1: Modell der Faktoren, die die Gesundheit von Frauen beeinflussen

Berufstätigkeit zeigt dabei in der Mehrzahl der Untersuchungen einen positiven Einfluss auf die Gesundheit von Frauen. Dennoch ist es wichtig, Art und Qualität der beruflichen Tätigkeit zu berücksichtigen.

Sozialen Kontexten kommt eine entscheidende Bedeutung zu, wenn es darum geht, die gesundheitlichen Ressourcen von Frauen zu beschreiben. Die Bewältigung von Stress in verschiedensten Formen wie kritischen Lebensereignissen (z. B. Tod des Partners) und Alltagsbelastungen (z. B. „Spagat“ zwischen Beruf und Versorgung der Familie) hängt entscheidend von Bewältigungsressourcen ab. Hierbei ist das soziale Umfeld, das Vorhandensein von Personen, auf die man sich im Notfall verlassen kann, kurz das soziale Netz mit seiner sozialen Unterstützung ein wichtiger Faktor.

Soziale Unterstützung wirkt dabei auf zweifache Weise. So können einerseits in Stresssituationen Belastungen „abgepuffert“ werden. Andererseits kann soziale Unterstützung die Wahrscheinlichkeit des Auftretens belastender Ereignisse von vornherein vermindern.

Sozial isolierte Personen sind demnach gesundheitlich stärker belastet als Personen, die über ein stabiles soziales Netz verfügen, das entsprechende Unterstützung leistet. Als Risikogruppen, für die die Gefahr der sozialen Isolation besonders groß ist, gelten ältere allein wohnende Ledige und Verwitwete, aber auch nicht erwerbstätige Alleinerziehende.

Das Modell drückt den Faktor „soziale Unterstützung“ nur indirekt über den Familienstand aus. In einer Erweiterung des Modells müssten daher auch Beziehungen zu Freunden, Verwandten, Nachbarn und Arbeitskollegen berücksichtigt werden. Dem Modell fehlen darüber hinaus noch Faktoren wie Wohnverhältnisse, Infrastruktur am Wohnort sowie Umweltfaktoren. Häufig liegen jedoch zu diesen Faktoren im verfügbaren Datenmaterial kaum Angaben vor.

Der Einfluss der verschiedenen sozialen Faktoren auf die Gesundheit von Frauen zeigt sich damit sehr komplex. Keiner der Faktoren wirkt für sich allein, sondern es bestehen vielfältige Wechselwirkungen.

4.1.3 Die soziale Lage ausgewählter Gruppen sozial benachteiligter Frauen

Im Folgenden werden Gruppen von Frauen untersucht, die ohne eine weitere erwachsene Person im Haushalt leben. Dies sind allein erziehende und allein lebende Frauen. Diese Frauen sind häufig sozial isoliert und nehmen selten an sozialen Aktivitäten teil. Sie verfügen damit über schlechte Ressourcen bei der Bewältigung von Problemen und sind darüber hinaus auch durch Belastungen wie niedriges Einkommen oder unzureichende Bildungsabschlüsse geprägt.

Allein erziehende Frauen

Unter „Alleinerziehenden“ versteht man gemeinhin Mütter und Väter, die weitgehend allein für ihre Kinder sorgen. In den Berichten und Tabellen des Statistischen Bundesamtes und der Statistischen Landesämter jedoch werden die verschiedenen nicht ehelichen Familientypen (z. B. auch nicht eheliche Lebensgemeinschaften) üblicherweise nicht unterschieden, sondern alle unter der Kategorie „allein erziehend“ zusammengefasst. Dieser Umstand muss bei der Betrachtung entsprechender Angaben und Trends berücksichtigt werden.

Die Lebenssituation Alleinerziehender stellt sich problematisch dar. Sie sind zuständig für die Betreuung und Erziehung der Kinder, die Erledigung der Aufgaben im Haushalt sowie den Erwerb des Lebensunterhalts und tragen hierfür sowie für Entscheidungen im Alltagsleben die Alleinverantwortung.

Entwicklung der Alleinerziehenden

Insgesamt lebten 1998 332 000 Alleinerziehende mit einem oder mehreren Kindern unter 18 Jahren in Nordrhein-Westfalen (s. Anhang: Ind. 2.11). Einelternfamilien stellen somit etwa 16 % aller Familien mit Kinder unter 18 Jahren dar. Bei den Alleinerziehenden handelt es sich überwiegend um allein erziehende Mütter. 1998 waren 80 % aller Alleinerziehenden weiblich. Zwischen 1990 und 1998 stieg die Zahl allein erziehender Frauen mit ledigen Kindern unter 18 von 209 000 auf 265 000 an (Abbildung 2). Auch bundesweit ist eine Zunahme Alleinerziehender von 1,5 Millionen (alte Bundesländer 1972) auf 2,8 Millionen (1998) zu verzeichnen.

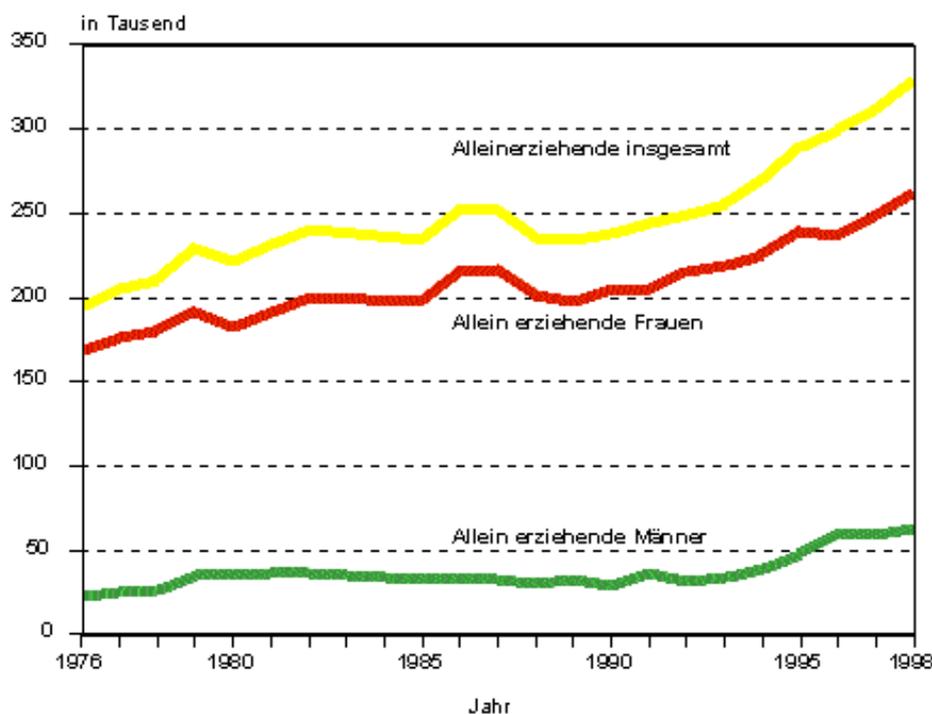


Abbildung 2: Alleinerziehende mit Kindern unter 18 Jahren, Nordrhein-Westfalen, 1976 - 1998

Alter und Familienstand

Von den 265 100 in Nordrhein-Westfalen lebenden weiblichen Alleinerziehenden mit Kindern unter 18 Jahren war 1998 die Mehrzahl geschieden (44 %), etwa ein Viertel ledig (27 %) und nur ein geringer Prozentsatz verheiratet, getrennt lebend (19 %) oder verwitwet (10 %) (Abbildung 3). Die überwiegende Mehrheit der Alleinerziehenden sind demnach Mutter-Kind-Familien nach dem Scheitern einer Ehe.

Die Entstehungsgründe für die Bildung von Einelternfamilien scheinen sich im Laufe der Zeit verändert zu haben, betrachtet man den Familienstand Alleinerziehender. War in den 70er Jahren noch für etwa ein Drittel der Einelternfamilien der Tod des Ehepartners die Ursache, so

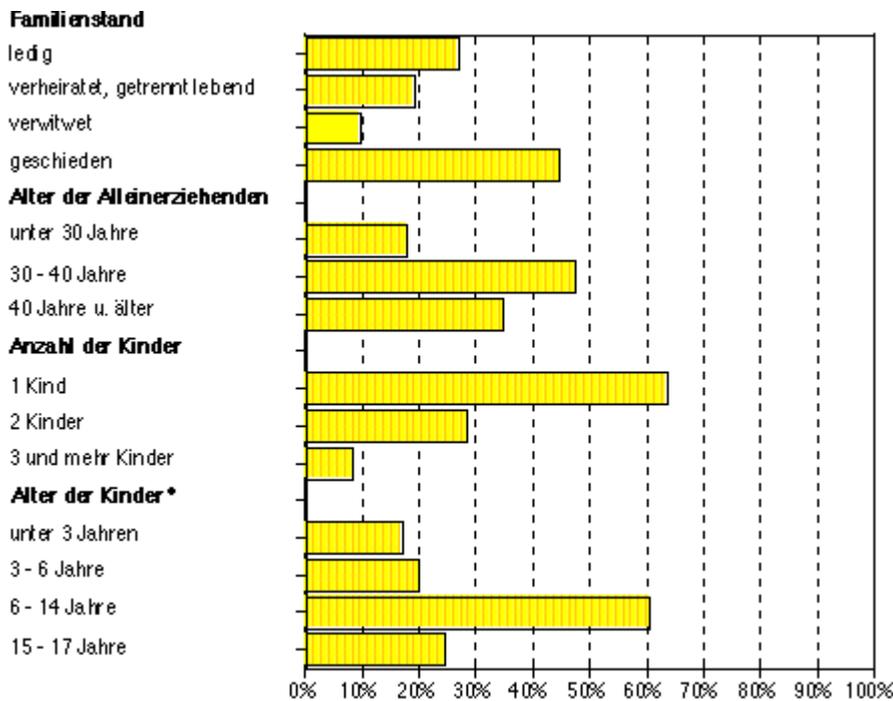
war 1995 nur noch ein Zehntel der Alleinerziehenden verwitwet. Während der Anteil der Geschiedenen an allen Einelternfamilien über die letzten 20 Jahre in etwa konstant geblieben ist, ist die Zahl der ledigen und verheiratet getrennt lebenden Alleinerziehenden um über das Doppelte gestiegen. Es wird von einer zunehmend gestiegenen Bereitschaft und Entscheidung zur Einelternfamilie ausgegangen.

Etwa jede zweite in Nordrhein-Westfalen lebende allein erziehende Mutter war 1998 zwischen 30 und 40 Jahre alt, jede dritte 40 Jahre alt und älter und nur etwa jede Fünfte unter 30 (Abbildung 3). Seit Beginn der 90er ist der Anteil der jüngeren weiblichen Alleinerziehenden gesunken, der der älteren Alleinerziehenden hingegen gestiegen.

Alter und Anzahl der Kinder

Je jünger die Kinder sind und je mehr Kinder Alleinerziehende zu versorgen haben, desto größer ist ihre Belastung. In den vergangenen Jahren ist eine deutliche Tendenz zu Einelternfamilien mit jüngeren Kindern festzustellen. So stieg der Anteil von allein erziehenden Müttern mit mindestens einem Kind im noch nicht schulpflichtigen Alter von einem Viertel im Jahr 1987 auf ein Drittel im Jahr 1998.

Zumeist haben allein erziehende Frauen lediglich ein Kind zu versorgen (Abbildung 3). Der Anteil an allein erziehenden Frauen mit mehr als einem Kind hat jedoch seit Ende der 80er Jahre kontinuierlich zugenommen.



* Mehrfachnennungen

Abbildung 3: Allein erziehende Frauen mit Kindern unter 18 Jahren nach Familienstand, Altersgruppen sowie Anzahl und Alter der Kinder, Nordrhein-Westfalen, April 1998

Beruf und Familie

Die Vereinbarkeit von beruflichen und familiären Verpflichtungen stellt für allein erziehende Frauen ein besonderes Problem dar. Sie sind aufgrund ökonomischer Notwendigkeiten zumeist auf eine Erwerbstätigkeit angewiesen, was sich anhand der Zahlen arbeitssuchender und arbeitsloser allein erziehender Mütter belegen lässt. Dabei sind hinsichtlich der Arbeitszeiten und Kinderbetreuungsmöglichkeiten besondere Anforderungen, d. h. flexiblere Arbeitszeiten und ausreichende Kinderbetreuungsmöglichkeiten mit flexiblen Öffnungszeiten, gestellt. 1998 war mehr als jede zehnte allein erziehende Mutter arbeitslos (Abbildung 4). Der Anteil der arbeitslosen Alleinerziehenden (Mütter und Väter) an den Alleinerziehenden insgesamt, der sich für Nordrhein-Westfalen bis 1988 zurückverfolgen lässt, hat sich von 16 % (1988: 37 000) auf 11 % (1998: 37 700) verringert. Ursache hierfür ist sicherlich auch das bessere Angebot an Betreuungsmöglichkeiten für Kinder.

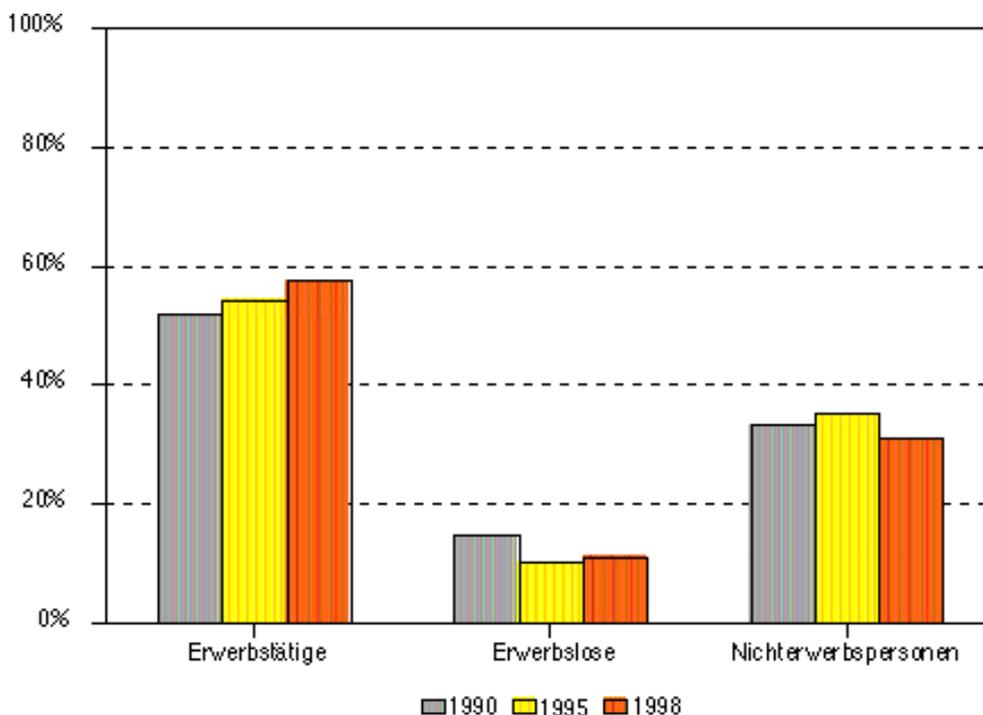


Abbildung 4: Alleinerziehende mit Kindern unter 18 Jahren nach Beteiligung am Erwerbsleben, Nordrhein-Westfalen, 1990, 1995 und 1998

Erwartungsgemäß steigt mit zunehmendem Alter der Kinder die Quote der erwerbstätigen allein erziehenden Frauen. Auffällig ist jedoch der hohe Anteil der erwerbstätigen Alleinerziehenden mit Kleinkindern (17 %).

Im Vergleich zu früheren Jahren ist der Anteil an teilzeittätigen allein erziehenden Müttern gestiegen. Gingen 1991 noch 38 % der allein erziehenden Beschäftigten einer Teilzeittätigkeit nach, waren es 1998 bereits 51 %. Dieser Trend kann auf größere Angebote an Teilzeittätigkeit, flexible Arbeitszeiten, ausreichende Kinderbetreuungsmöglichkeit mit flexiblen Öffnungszeiten zurückgeführt werden, wobei diese Angebote von allein erziehenden Frauen deut-

lich stärker genutzt werden, da somit eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie gewährleistet ist.

Wirtschaftliche Situation

Im Vergleich zu anderen Haushalts- und Familientypen müssen besonders Alleinerziehende mit wenig Geld auskommen. Knappe Finanzen bestimmen ihre wirtschaftliche Situation. Die Einkommensstatistik zeigt, dass auch die besonderen Leistungen für Alleinerziehende (z. B. Steuerermäßigung, Unterhaltsvorschuss) die ökonomischen Belastungen nur zum Teil auffangen können.

Verfügten 1991 noch 35 % der allein erziehenden Frauen über ein monatliches Nettoeinkommen von bis zu 1 400 DM, war es 1998 ein Fünftel (21 %). Der Anteil von allein erziehenden Müttern mit einem Nettoeinkommen von 1 800 DM und mehr liegt 1998 bei 38 % (Abbildung 5). Die finanzielle Lage allein erziehender Frauen scheint sich auf den ersten Blick in den letzten Jahren deutlich verbessert zu haben.

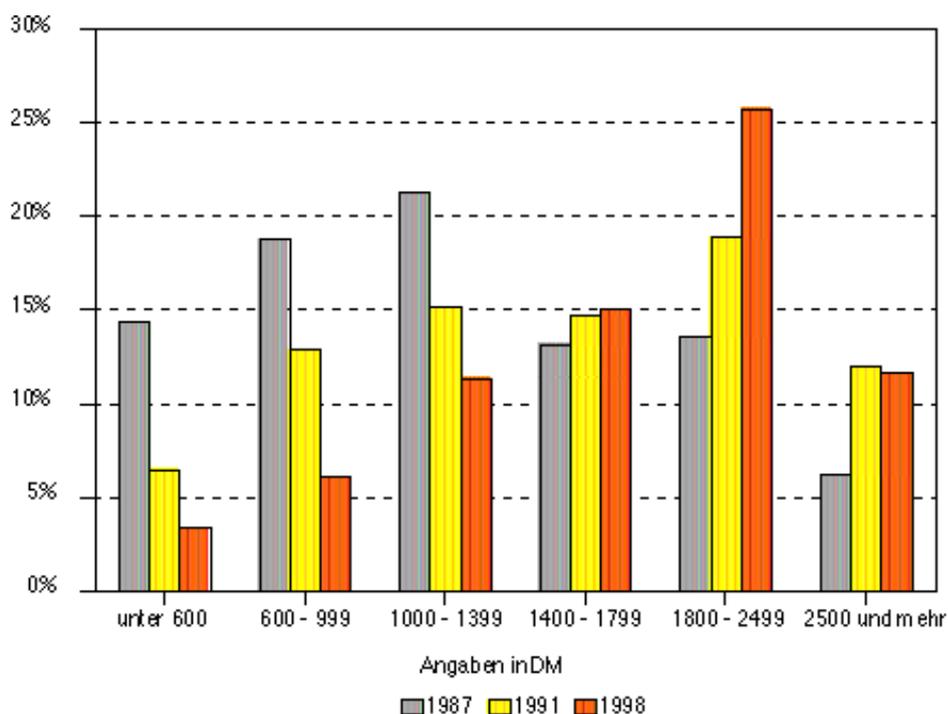


Abbildung 5: Monatliches Nettoeinkommen weiblicher Alleinerziehender mit Kindern unter 18 Jahren nach Einkommensklassen, Nordrhein-Westfalen, 1987, 1991 und 1998.

Die Anzahl an allein erziehenden Sozialhilfempfängerinnen zeigt jedoch, dass es dieser Gruppe von Frauen nach wie vor finanziell noch schlecht geht. In der Bundesrepublik Deutschland lebten 1995 in 1,28 Millionen Haushalten Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger. Neben den allein stehenden Frauen (288 000 Fälle) bildeten die allein erziehenden Frau-

en (289 000 Fälle) hierbei die zahlenmäßig größte Gruppe. In Nordrhein-Westfalen bezogen 1998 knapp ein Drittel der allein erziehenden Frauen (29 %) Sozialhilfe.

Ihren Lebensunterhalt bestreitet die Hälfte der allein erziehenden Mütter (1998: 50 %) überwiegend aus eigener Erwerbstätigkeit. Erwerbs-/Berufstätigkeit stellt damit (mit kontinuierlichem Anstieg) die stärkste existenzielle Bedeutung für den Lebensunterhalt allein erziehender Frauen dar. An zweiter Stelle steht die Sozialhilfe.

Alleinerziehende setzen fast ihr gesamtes Nettoeinkommen für Lebenshaltungskosten ein. Zum Teil übersteigen ihre Ausgaben ihr Einkommen, sodass sie gezwungen sind, Kredite aufzunehmen oder auf andere Finanzierungsquellen zurückzugreifen. Etwa ein Fünftel der überschuldeten Klienten von Schuldnerberatungsstellen in den neuen Bundesländern und Berlin Ost waren 1995 allein erziehend.

Schlussfolgerung

Auch wenn es sich hinsichtlich der biographischen Hintergründe und der konkreten Lebenssituationen keineswegs um eine homogene Gruppe handelt, lassen sich gleichwohl vor dem Hintergrund allgemeiner statistischer Daten sowie einschlägiger Untersuchungsbefunde eine Reihe von Situationsmerkmalen ausmachen, die sehr vielen allein erziehenden Frauen gemeinsam sind und die in ihrem Zusammenspiel eine Lebens- bzw. Risikolage „Alleinerziehend“ begründen. (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1999).

Zu diesen Merkmalen zählen nach Sichtung der vorliegenden Forschungsbefunde vor allem:

- ▶ die hohen Erwerbsquoten,
- ▶ die ungünstigen Arbeitszeitbedingungen,
- ▶ die mangelnde Unterstützung durch den anderen Elternteil (soweit involviert),
- ▶ die Defizite an Betreuungseinrichtungen mit flexiblen Öffnungszeiten für Kinder und Jugendliche,
- ▶ die materielle (Not-)Lage sowie die daraus resultierenden materiellen Einschränkungen,
- ▶ psychische Probleme (z. B. durch die Trennung vom Lebenspartner),
- ▶ die seelische und körperliche Überbelastung,
- ▶ die soziale Isolation sowie
- ▶ die eingeschränkte Möglichkeit, aktiv am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.

Die geschilderten Problemaspekte, die miteinander in Beziehung stehen, können sich überlagern und gegenseitig verstärken.

Allein lebende Frauen

Entwicklung der Einpersonenhaushalte

Zeitreihen über die vergangenen zwei Jahrzehnte lassen sowohl für das frühere Bundesgebiet als auch für Nordrhein-Westfalen eine Zunahme der Einpersonenhaushalte erkennen. In Nordrhein-Westfalen stieg die Zahl der Einpersonenhaushalte von rund 1,8 Millionen (1976)

auf rund 2,9 Millionen (1998) an (Abbildung 6). 35 % aller Haushalte waren 1998 Einpersonenhaushalte, in denen 16 % der Bevölkerung von Nordrhein-Westfalen lebten. Damit sind Einpersonenhaushalte in Nordrhein-Westfalen wie auch bundesweit die häufigste Haushaltsform gefolgt von den Zweipersonenhaushalten.

Auch wenn der Anteil von weiblichen Einpersonenhaushalten in Nordrhein-Westfalen an allen Einpersonenhaushalten seit Anfang der 70er Jahre gesunken ist, handelt es sich bei den Einpersonenhaushalten immer noch überwiegend um „Frauenhaushalte“. Lebten 1976 in 72 % der Einpersonenhaushalte Frauen, waren es 1998 noch 59 % (Abbildung 6).

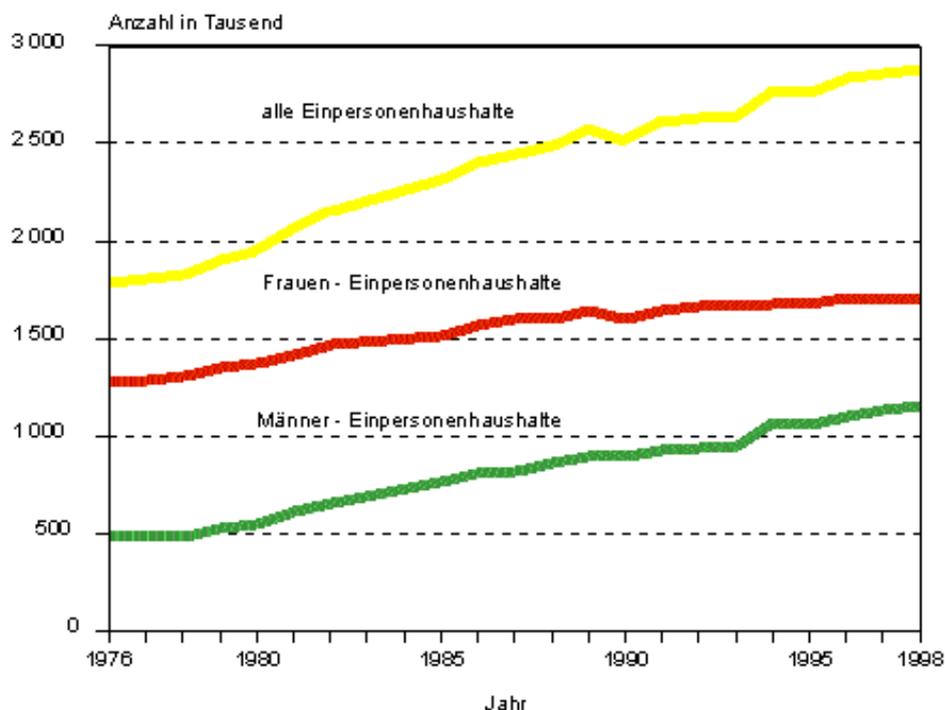


Abbildung 6: Anzahl der Einpersonenhaushalte insgesamt und nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1976 - 1998

Hauptursachen für die Zunahme der Einpersonenhaushalte sind:

- ▶ die Alterung der Gesellschaft,
- ▶ die gesunkene Stabilität der Partnerschaften,
- ▶ der Anstieg partnerlos bleibender Personen,
- ▶ die Zunahme von Paaren mit getrennten Haushalten sowie
- ▶ die Verlängerung der Zeit zwischen dem Auszug aus dem Elternhaus und dem Gründen einer eigenen Familie oder dem Zusammenziehen mit einem festen Partner.

Damit handelt es sich bei den Alleinlebenden um keine einheitliche Gruppe, sondern es sind vielmehr Personen in verschiedensten Lebenslagen und -situationen zusammengefasst.

Alter und Familienstand

Bei den allein lebenden Frauen handelt es sich überwiegend um ältere Frauen. 1997 war mehr als die Hälfte (54 %) der allein lebenden Frauen 65 Jahre alt oder älter und nur ein Viertel (26 %) der Frauen unter 45 Jahre alt. Die Altersverteilung der weiblichen Einpersonenhaushalte spiegelt sich im Familienstand wider. Über die Hälfte der allein lebenden Frauen (53 %) war 1997 verwitwet, jede dritte ledig und nur ein geringer Anteil der Alleinlebenden war geschieden (12 %) oder verheiratet getrennt lebend (4 %) (Abbildung 7). Die Problematik des Alleinlebens konzentriert sich somit auf die älteren, zumeist verwitweten Frauen.

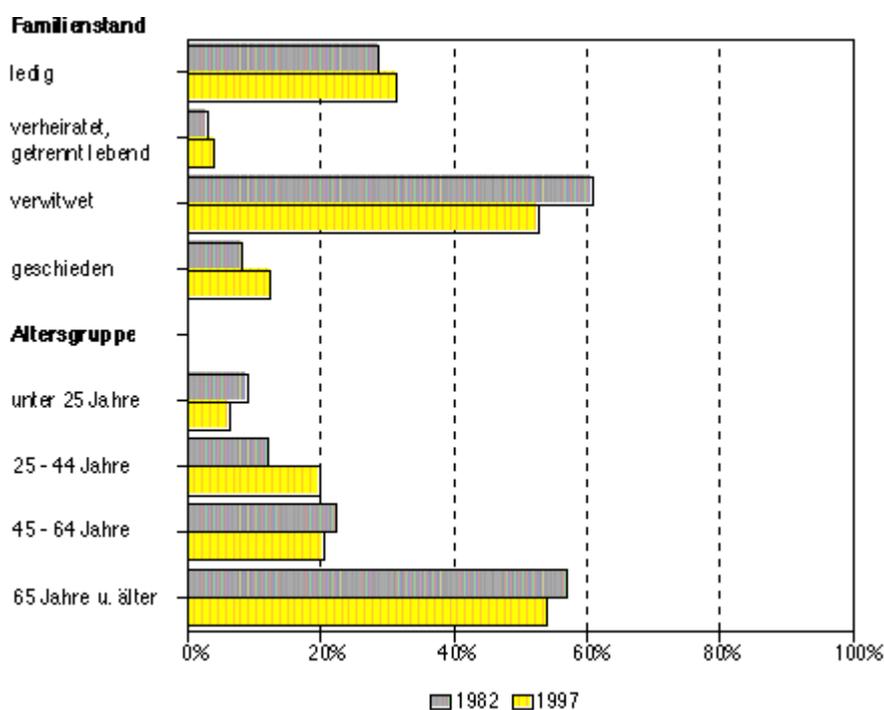


Abbildung 7: Weibliche Einpersonenhaushalte nach Familienstand und Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen, 1982 und 1997

Einkommen

Im Vergleich zu Männern verfügen Frauen über ein geringeres Einkommen. Dies gilt auch für Einpersonenhaushalte. In den alten Bundesländern (1993) verfügten allein lebende Frauen mit 2 546 DM um ein um 17 % geringeres durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen als allein lebende Männer.

Zahlen für Nordrhein-Westfalen zeigen, dass allein lebende Frauen stärker in den unteren Einkommensklassen (bis 1 800 DM) und entsprechend seltener in höheren Einkommensklassen vertreten sind als allein lebende Männer. Fast der Hälfte der allein lebenden Frauen in Nordrhein-Westfalen (40 %) stand 1997 ein Einkommen von weniger als 1 800 DM monatlich zur

Verfügung und knapp ein Viertel der Frauen (22 %) muss sogar mit einem Einkommen unter 1 400 DM monatlich auskommen (Abbildung 8).

Innerhalb der Gruppe der allein lebenden Frauen zeigen sich Unterschiede in der Einkommenslage. Diese sind durch die Unterschiede in der Altersstruktur sowie die unterschiedlichen Berufs- und Lebensverläufe verursacht. Ergebnisse für die Bundesrepublik zeigen, dass es insbesondere jüngeren erwerbstätigen, allein lebenden Frauen, die aufgrund ihrer guten beruflichen Qualifikation relativ hohe Einkommen erzielen, finanziell gut geht. Zu der finanziell schlechter gestellten Gruppe gehören allein lebende verwitwete Frauen über 75 Jahre. Sie verfügen 1986 über ein durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen von 1 322 DM, das um etwa 180 bis 350 DM unter dem allein lebender, geschiedener und lediger Frauen und um 850 DM unter dem verwitweter allein lebender Männer lag.

Auch aus der Anzahl der Wohngeldempfänger lässt sich eine Aussage über die finanzielle Lage treffen. So waren 1997 Wohngeldempfänger in Nordrhein-Westfalen überwiegend in Einpersonenhaushalten anzutreffen. 12 % der insgesamt etwa 2,9 Millionen Alleinlebenden erhielten diese Sozialleistung.

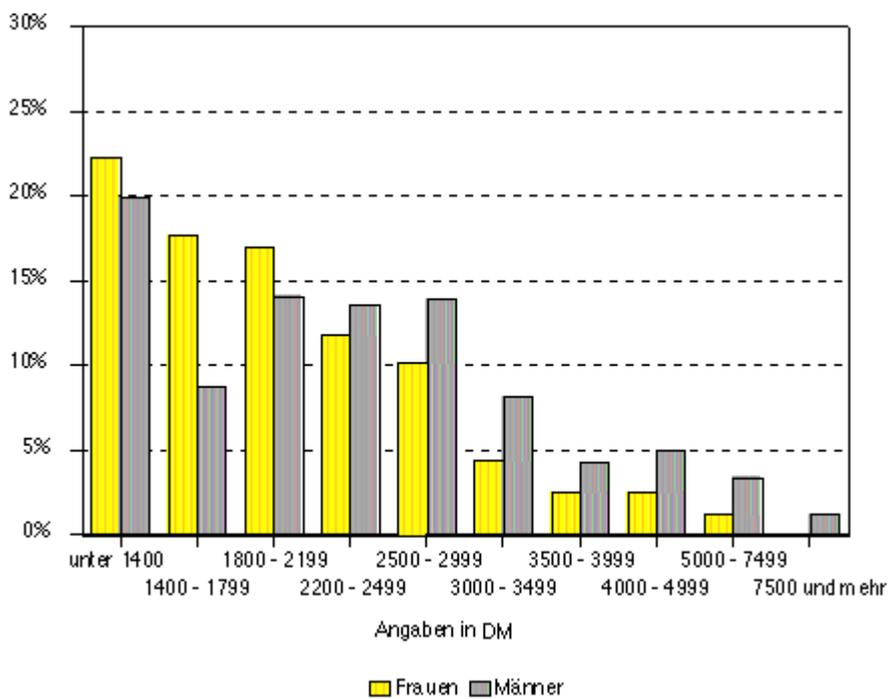


Abbildung 8: Einpersonenhaushalte nach Einkommensgrößenklassen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1997

Bildung (Qualifikation)

Ausbildung und Erwerbschancen sind eng miteinander verknüpft. Eine schlechtere Ausbildung (beruflich und schulisch) führt zu einem geringeren Einkommen, einem größeren Arbeitsplatzrisiko und einer schlechteren Altersversorgung.

Im Bildungsstand liegen zwischen Frauen und Männern teilweise noch erhebliche Unterschiede vor. Daten für Nordrhein-Westfalen zeigen, dass erwerbstätige Frauen zwar einen durchschnittlich höheren allgemeinbildenden Schulabschluss als erwerbstätige Männer besitzen, jedoch über einen geringeren Berufsausbildungsabschluss (1996) verfügen. In höheren Altersgruppen sind die Geschlechtsunterschiede besonders deutlich ausgeprägt. Frauen über 65 Jahre verfügen seltener als Männer über einen beruflichen Bildungsabschluss.

Für Alleinstehende, die zumeist nur auf ihr eigenes Einkommen und Alterssicherungsansprüche angewiesen sind, sind diese Zusammenhänge besonders bedeutsam. Eine Analyse der drei Untersuchungswellen der Nationalen Untersuchungssurveys (1984/85, 1988 und 1990/91) zeigt, dass über die Hälfte der allein lebenden Frauen (57 %) in den alten Bundesländern die Schule lediglich mit einem Volks- bzw. Hauptschulabschluss abgeschlossen hat. Über ein Drittel der allein lebenden Frauen (35 %) besitzt keinen Berufsausbildungsabschluss, 35 % haben einen Lehrabschluss. Über einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss verfügt lediglich ein Zehntel der Frauen.

Auch bei den Bildungsabschlüssen zeigt sich, dass es sich bei den Alleinlebenden um keine homogene Gruppe handelt. Analyseergebnisse für die Bundesrepublik zeigen, dass ledige allein lebende Frauen eine hohe berufliche und schulische Qualifikation aufweisen. Sie sind beruflich besser qualifiziert als ledige allein lebende Männer und verheiratete Frauen ohne Kinder. So haben 46 % der allein lebenden Ledigen unter 40 Jahre die Schule mit einem Abitur oder Fachhochschulreife und 30 % die Fachhochschule oder Hochschule abgeschlossen. Am schlechtesten qualifiziert sind die verwitweten Frauen, bei denen es sich zumeist zugleich um ältere Frauen handelt. Über 80 % haben lediglich die Volks- bzw. Hauptschule besucht und über die Hälfte von ihnen (52 %) besitzt keinen Berufsausbildungsabschluss. Dabei ist zu beachten, dass sich das Bildungsniveau von Generation zu Generation verbessert hat.

Erwerbsstatus

Eine Analyse der Nationalen Untersuchungssurveys (s. o.) zeigt, dass die Mehrzahl der allein lebenden Frauen in den alten Bundesländern (43 %) zum Zeitpunkt der Befragung berufstätig war. Die nächst größere Gruppe bilden Frauen in Rente (32 %), gefolgt von den Hausfrauen (18 %). Etwa jede zehnte befragte Alleinlebende (11 %) war nie berufstätig. Diese Gruppe an Frauen stellt eine mögliche Problemgruppe im Hinblick auf die Einkommenssituation dar. Hohe Anteile an nie berufstätigen Frauen finden sich bei allein lebenden Witwen.

4.1.4 Die gesundheitliche Lage allein erziehender und allein lebender Frauen

Das Zusammenspiel von geringen Bewältigungsressourcen (soziale Isolation) und sozialen Belastungen wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus. Wie sich dies bei allein erziehenden und allein lebenden Frauen darstellt, lässt sich nur unzureichend belegen, da zur gesundheitlichen Lage einzelner Bevölkerungsgruppen nur wenige Daten vorliegen. Es ist daher bisher noch erforderlich, Ergebnisse bundesweiter Erhebungen auf Nordrhein-Westfalen zu übertragen und diese durch internationale Befunde sowie die Ergebnisse von lokalen Projekten und Erhebungen aus Deutschland zu ergänzen. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich überwiegend auf Sekundäranalysen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP).

Im Rahmen der DHP wurden in den drei Erhebungswellen der Nationalen Untersuchungssurveys (NUS) 1984/85, 1988 und 1990/91 repräsentative Daten für die alten Länder erhoben. Die Erhebung bestand aus einem Fragebogen sowie einer ärztlichen Untersuchung. Hierbei wurden eine Vielzahl sozialer und gesundheitlicher Angaben erhoben, die eine Aussage über die gesundheitliche Lage ausgewählter vulnerabler Gruppen von Frauen zumindest teilweise ermöglichen. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass es in den 90er Jahren Veränderungen in den Bereichen soziale Lage und Gesundheitsverhalten gegeben hat; daher sind nicht alle DHP-Ergebnisse ohne weiteres auf die aktuelle Situation übertragbar.

Die gesundheitliche Lage Alleinerziehender

Der schlechtere Gesundheitszustand allein erziehender Mütter wurde in einer Vielzahl von Studien belegt: Der Berliner Gesundheits- und Sozialsurvey z. B. ergab, dass allein erziehende Frauen im Vergleich zu verheirateten Müttern und nicht verheirateten Müttern mit Partner häufiger unter Beschwerden wie Schlaflosigkeit, Herzbeschwerden und Kreuz- oder Rückenschmerzen leiden. Allein erziehende Frauen schätzen im Vergleich zu verheirateten Müttern zudem ihren Gesundheitszustand mehr als doppelt so häufig negativ ein.

Eine Auswertung der Daten der Nationalen Untersuchungssurveys (s. o.) ergab ebenfalls, dass Alleinerziehende ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen als eine gleichaltrige Vergleichsgruppe von Frauen.

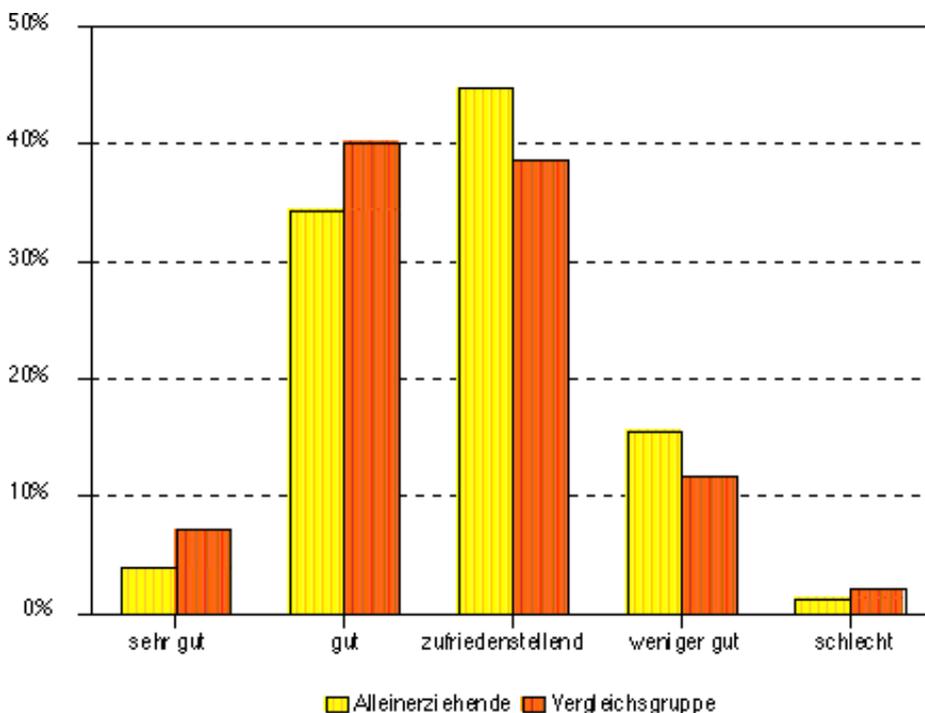


Abbildung 9: Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands in den alten Bundesländern: Vergleich allein erziehende Frauen und gleichaltrige Referenzgruppe von Frauen

Während fast die Hälfte der Vergleichsgruppe ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut bezeichnet, schätzen von den allein erziehenden Frauen nur knapp 40 % ihre gesundheitliche Lage als gut oder sehr gut ein (Abbildung 9).

Gesundheitsverhalten Alleinerziehender

Allein erziehende Frauen zeigen in der Gesamtheit der Analyseergebnisse eine stärkere gesundheitliche Belastung als nicht allein erziehende Mütter. Die Befunde zum Gesundheitsverhalten, basierend auf Auswertungen der DHP, unterstreichen diese Tendenz. Allein erziehende Mütter verhalten sich teilweise gesundheitsriskanter als nicht allein erziehende. Eine Vielzahl von Untersuchungen belegt, dass nicht verheiratete Frauen deutlich häufiger rauchen als verheiratete Frauen. Die Auswertungen der Nationalen Gesundheitssurveys bestätigen diese Befunde. So rauchten über 60 % der Frauen in der Gruppe der Alleinerziehenden gegenüber nur knapp 30 % der Frauen in der gleichaltrigen Vergleichsgruppe (Abbildung 10).

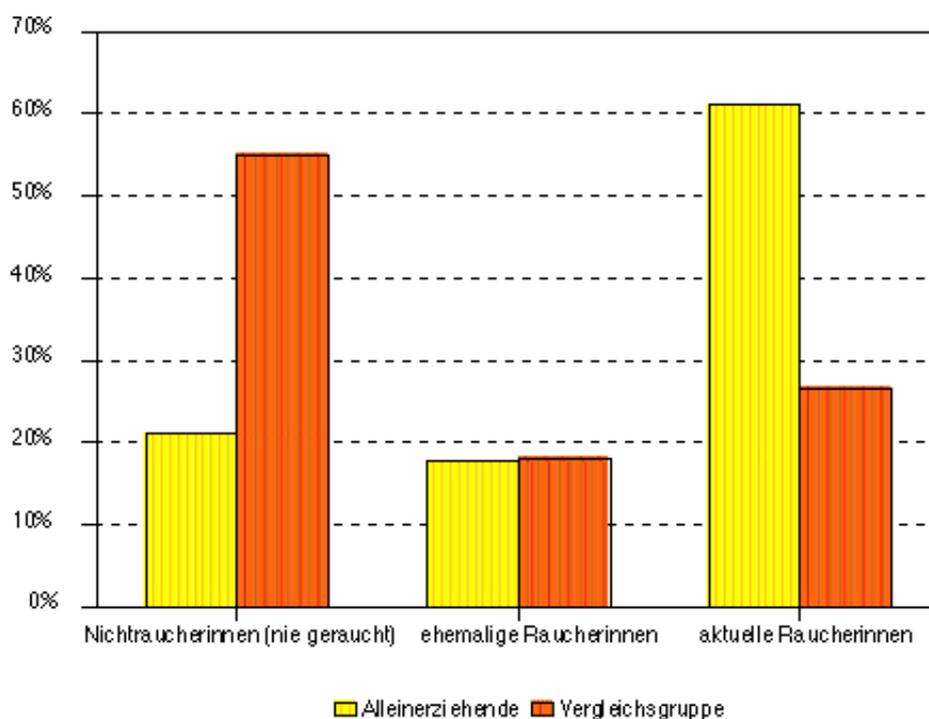


Abbildung 10: Rauchverhalten in den alten Bundesländern: Vergleich allein erziehende Frauen und gleichaltrige Referenzgruppe von Frauen

Darüber hinaus zeigen allein erziehende Frauen eine häufigere Einnahme psychotroper Arzneimittel (Schmerzmittel, Anregungsmittel, Schlaf- und Beruhigungsmittel). So können Rauchen und die Einnahme psychotroper Arzneimittel als Bewältigungsversuche zur Kompensation von Alltagsstress und einer belastenden Lebenssituation gewertet werden.

Die gesundheitliche Lage allein lebender Frauen

Allein lebende Frauen, die neben dem Alleinleben durch weitere soziale Faktoren benachteiligt sind, weisen eine schlechtere Gesundheit und zudem häufiger gesundheitsriskante Verhaltensweisen auf, als nicht allein lebende Frauen. Dies belegen Auswertungen der Nationalen Untersuchungssurveys der DHP. Untersucht wurden folgende Gruppen: allein lebende Frauen über 50 Jahre (50 - 69 Jahre), allein lebende Frauen ohne Berufsausbildung sowie allein lebende Frauen mit einem geringen Einkommen (unterhalb einer relativen Armutsschwelle). Als Armutsgrenze gelten „50 % des durchschnittlichen Einkommens privater Haushalte“ (Sozialbericht NRW 1998). Verglichen wurden diese Gruppen jeweils mit gleichaltrigen Frauen, auf die diese Merkmale nicht zutreffen.

In der Erhebung wurde unter anderem der gegenwärtige Gesundheitszustand abgefragt. Es standen fünf Antwortkategorien von „sehr gut“ bis „schlecht“ zur Auswahl. Gegenüber den Vergleichsgruppen schätzen alle untersuchten Gruppen allein lebender Frauen ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand deutlich schlechter ein (Abbildung 11).

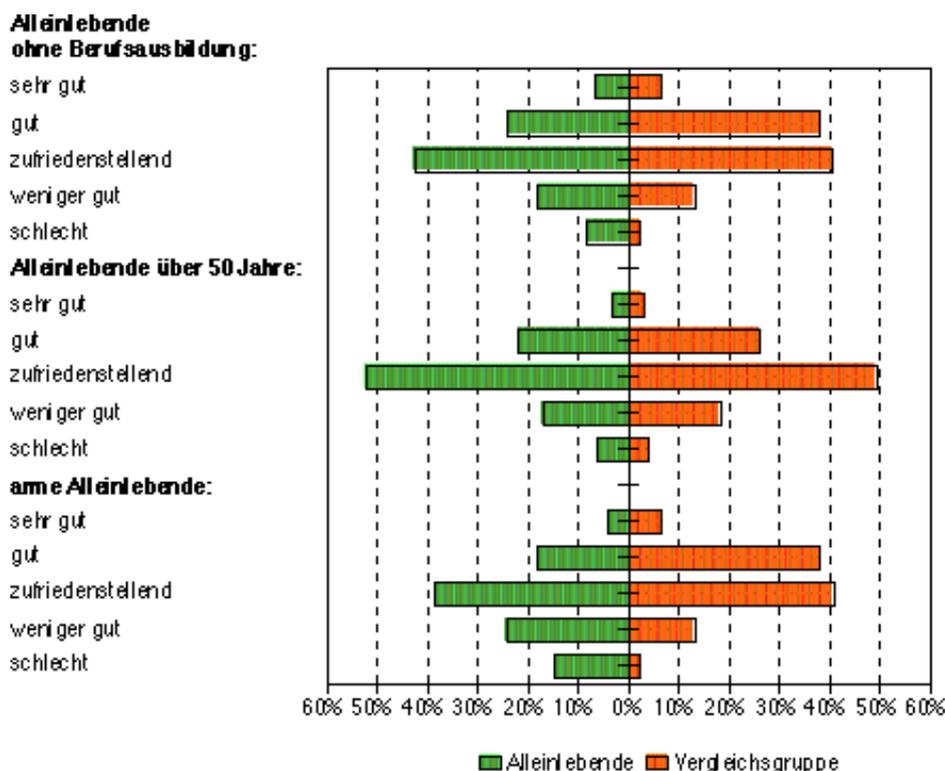


Abbildung 11: Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes in den alten Bundesländern: Vergleich verschiedener Gruppen allein lebender Frauen und ihrer entsprechenden gleichaltrigen Vergleichsgruppen

Entsprechend sind die allein lebenden Frauen auch mit ihrem eigenen Gesundheitszustand weniger zufrieden. Dies trifft insbesondere auf die allein lebenden Frauen ohne Berufsausbil-

und die allein lebenden Frauen mit geringem Einkommen zu, bei denen etwa jeweils ein Viertel „sehr unzufrieden“ mit der eigenen Gesundheit ist.

Auch unter körperlichen Symptomen und Beschwerden leiden die Frauen in den untersuchten Gruppen Alleinlebender vergleichsweise stärker. Bei den allein lebenden Frauen ohne Berufsausbildung leidet etwa jede zehnte Frau (gegenüber 3 % in der Vergleichsgruppe) stark unter den Beschwerden „Schwächegefühl und Mattigkeit“, während bei den allein lebenden Frauen mit geringem Einkommen 12 % von starken Beschwerden betroffen sind (gegenüber 4 % in der Vergleichsgruppe) (Abbildung 12). Geringere, aber statistisch messbare Unterschiede zeigen sich bei den allein lebenden Frauen über 50 Jahre.

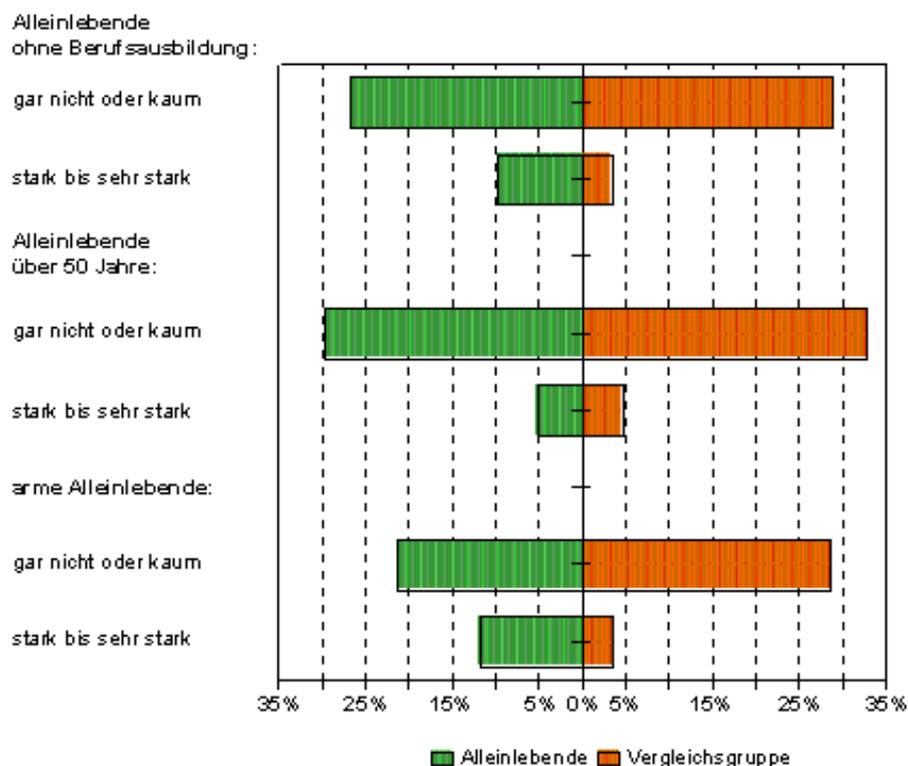


Abbildung 12: Angaben, wie stark Frauen in den alten Bundesländern unter den psychovegetativen Beschwerden „Schwächegefühl und Mattigkeit“ leiden: Vergleich verschiedener Gruppen allein lebender Frauen und ihrer entsprechenden gleichaltrigen Vergleichsgruppen

Weiterhin fühlen sich die Gruppen der allein lebenden Frauen vergleichsweise häufiger durch ihren Gesundheitszustand im Alltag beeinträchtigt. Die deutlichsten Unterschiede zeigten sich hier bei den allein lebenden Frauen mit geringem Einkommen. Fast jede zweite allein lebende Frau dieser Gruppe fühlte sich ein wenig (Vergleichsgruppe: 33 %) und sogar jede fünfte erheblich (Vergleichsgruppe 9 %) durch gesundheitliche Einschränkungen im Alltag behindert.

Gesundheitsverhalten allein lebender Frauen

Auch in ihrem Gesundheitsverhalten weichen diese sozial benachteiligten Frauen von nicht benachteiligten Frauen ab. Bei den allein lebenden Frauen ohne Berufsausbildung und den allein lebenden Frauen mit geringem Einkommen rauchte zum Zeitpunkt der Befragung fast jede zweite, in der Gruppe der Alleinlebenden über 50 fast jede dritte Frau. Gegenüber ihren jeweiligen Vergleichsgruppen kommen in diesen Gruppen allein lebender Frauen aktuelle Raucherinnen anderthalb- bis zweimal so häufig vor (Abbildung 13).

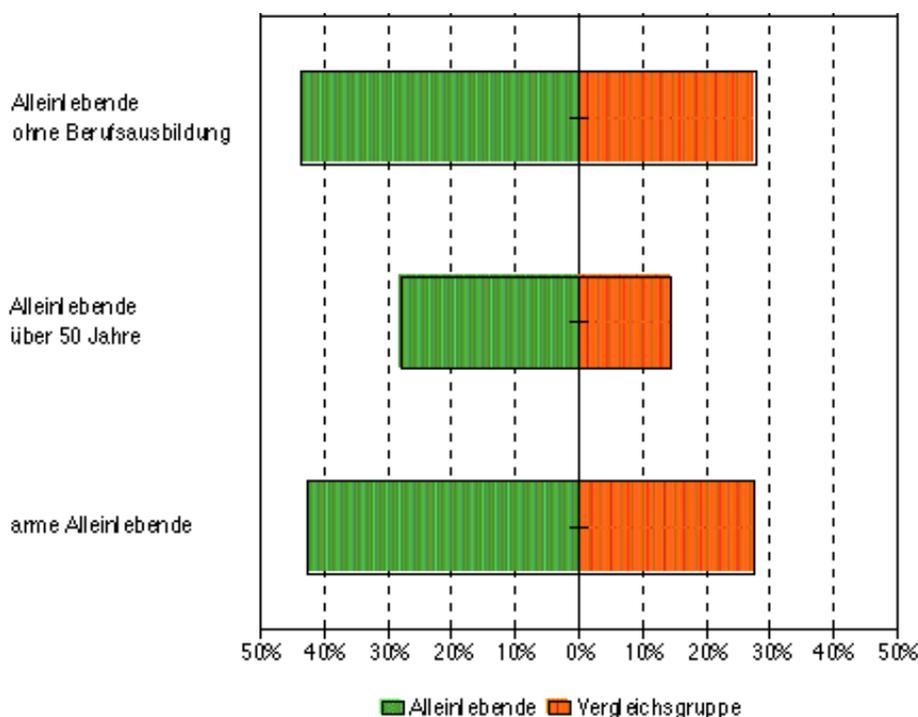


Abbildung 13: Aktuelle Raucherinnen in den alten Bundesländern: Vergleich verschiedener Gruppen allein lebender Frauen und ihrer entsprechenden gleichaltrigen Vergleichsgruppen

Die Gruppen der allein lebenden Frauen nehmen zudem seltener an Vorsorgeuntersuchungen teil. So hat fast ein Drittel der allein lebenden Frauen mit geringem Einkommen noch nie an einer derartigen Untersuchung teilgenommen, während dies in der Vergleichsgruppe auf nur 20 % der Frauen zutrifft.

Allein lebende Frauen ohne Berufsausbildung und allein lebende Frauen mit einem geringen Nettoeinkommen sind zudem sportlich weniger aktiv. So treiben 61 % der allein lebenden Frauen mit geringem Einkommen (Vergleichsgruppe: 47 %) und 70 % der allein lebenden Frauen ohne Berufsausbildung (Vergleichsgruppe: 47 %) überhaupt keinen Sport.

4.1.5 Schlussfolgerungen und Ausblick

Der vorliegende Beitrag macht deutlich, dass die dargestellten vulnerablen Gruppen durch eine Anhäufung sozial benachteiligender Faktoren gekennzeichnet sind. Insbesondere ältere allein lebende Frauen mit zusätzlichen sozialen Benachteiligungen zeigen darüber hinaus eine deutlich schlechtere Einschätzung ihres Gesundheitszustandes als gleichaltrige nicht benachteiligte Vergleichsgruppen. Für Alleinerziehende wurde ebenfalls in Studien wie dem Berliner Gesundheits- und Sozialsurvey ein schlechterer Gesundheitszustand gefunden als für verheiratete Mütter. Darüber hinaus werden für Alleinerziehende psychosoziale Belastungen in Form von sozialer Isolation und psycho-vegetativen Beschwerden sichtbar. Diese schlechteren Befunde spiegeln sich auch im Gesundheitsverhalten – besonders stark in der deutlich höheren Zahl an Raucherinnen in den sozial benachteiligten Gruppen – wider.

Die untersuchten Gruppen sind jedoch nur exemplarisch, weitere Gruppen könnten z. B. minderjährige Mütter, Migrantinnen oder langzeitarbeitslose Frauen sein.

Der Beitrag macht damit deutlich, dass die Identifizierung und Untersuchung benachteiligter Frauen (und natürlich auch Männer) eine wichtige Aufgabe für Forschung und Praxis darstellt. Anzumerken ist, dass in den letzten Jahren Alleinerziehenden besondere Beachtung geschenkt wurde. Für diese Gruppe liegen bereits Erkenntnisse vor, basierend hierauf wurden erste Maßnahmen und Projekte umgesetzt, deren Ergebnisse in Weiterentwicklungen einbezogen werden können. Für andere sozial benachteiligte Gruppen, wie z. B. allein lebende Frauen, besteht zunächst einmal dringender Forschungsbedarf, um eine empirische Ausgangsbasis für die Planung zukünftiger unterstützender Maßnahmen zu schaffen.

Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1998): Frauen in der Bundesrepublik Deutschland.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1999): Hilfen für allein erziehende Frauen in Problemsituationen. Stuttgart-Berlin-Köln: Kohlhammer.
- Elkeles, T.; Mielck, A. (1993): Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. Theoretische Ansätze zur Erklärung von sozioökonomischen Unterschieden in Morbidität. Berlin: WZB-Papers.
- Hurrelmann, K. (1994): Sozialisation und Gesundheit: Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf, 3. Auflage. Weinheim: Juventa.
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1998): Frauen im Spiegel der Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Mielck, A. (Hrsg.) (1994): Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschung in Deutschland. Opladen: Leske + Budrich.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1993): Landessozialbericht Bd. 3: Alleinerziehende – Lebenslagen und Lebensformen. Untersuchung zur Situation Alleinerziehender in Nordrhein-Westfalen durch die Prognos AG Köln; bearbeitet von Czock, H.; Thünte, P.-I.
- Niepel, G. (1994): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung allein erziehender Frauen: Eine empirische Studie. Opladen: Leske + Budrich.
- Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport NRW (Hrsg.) (1999): Sozialbericht NRW 1998, S. 14.

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998): Im Blickpunkt: Frauen in Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Whitehead, M. (1991): Die Konzepte und Prinzipien von Chancengleichheit und Gesundheit. Kopenhagen: WHO, Regionalbüro für Europa, S. 10.

4.2 Gesundheitliche Probleme und medizinische Versorgung bei allein stehenden Wohnungslosen

4.2.1 Die gesundheitliche Lage allein stehender Wohnungsloser

Nach Schätzungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. leben in Deutschland fast 200 000 allein stehende Wohnungslose, was 42 000 Betroffenen in Nordrhein-Westfalen entspricht. Sie sind entweder in stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe untergebracht, übernachten in Obdachlosenasylen, in Pensionen, bei Freunden und Bekannten oder unter freiem Himmel.

Inzwischen konnte anhand verschiedener Studien (Eikelmann et. al., 1992; Fichter et al., 1996; Institut für Kommunale Psychiatrie, 1996; John, 1988; Locher, 1990; Podschus/Dufeu, 1995; Sperling, 1985; Trabert, 1994) belegt werden, dass Wohnungslose in besonderem Maße gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind. Die organbezogenen Krankheitshäufigkeiten (Prävalenzen) liegen demnach zum Teil um das 7- bis 9fache über den Werten, die für die Wohnbevölkerung bekannt sind (s. Tabelle 1). Aber auch die Mortalität ist unter Wohnungslosen deutlich erhöht: Während 20 % der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland über 60 Jahre alt sind, erreichen nur 9 % der allein stehenden Wohnungslosen dieses Alter (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe, 1997).

| Diagnosegruppen | Ergebnisse vorliegender Studien zur Gesundheit Wohnungsloser* | Vergleichsdaten Wohnbevölkerung |
|--|---|---------------------------------|
| | in % | |
| Atemwegserkrankungen | 19,3 – 70,6 | 8,6 – 9,4 |
| Magen-Darm-Erkrankungen | 20,0 – 32,2 | 8,3 – 16,4 |
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen | 22,0 – 52,5 | 17,7 – 22,5 |
| Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates | 39,8 – 58,5 | 19,4 – 14,4 |
| Endokrinologische Erkrankungen | 10,0 – 14,0 | 5,5 – 9,3 |
| Neurologische Erkrankungen | 5,0 – 10,8 | 3,0 – 4,7 |
| Hauterkrankungen | 8,2 – 50,0 | 2,6 – 5,5 |
| Verletzungen | 44,2 – 62,6 | 11,6 |
| Alkoholerkrankungen | 54,9 – 91,1 | 1,6 – 10,4 |
| sonstige psychische Erkrankungen | 23,1 | 18,9 – 26,0 |

* angegeben sind die jeweils niedrigsten und höchsten bekannten Prävalenzwerte

Tabelle 1: Krankheitsprävalenzen bei allein stehenden Wohnungslosen

Die vorliegenden Studien zur Gesundheit Wohnungsloser wurden fast ausschließlich an Männern durchgeführt. Daten zur Gesundheit wohnungsloser Frauen sind bislang kaum verfügbar (Kunstmann, 1999b). Die Ursachen dafür liegen nur teilweise in einer mangelnden Sensibilität dem Thema gegenüber. Ausschlaggebender sind methodische Probleme, die sich aus

der vergleichsweise geringen Zahl wohnungsloser Frauen, der vermuteten hohen Dunkelziffer und der damit verbundenen schlechten Erreichbarkeit ergeben (Kunstmann, 1999a).

Dabei zeigen Berechnungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe, dass der Anteil wohnungsloser Frauen in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen ist und nach offiziellen Dokumentationen inzwischen bei 13 % liegt (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe, 1997). Unter Einbeziehung der Dunkelziffer wird er insgesamt auf 21 % veranschlagt (Rosenke, 1996). Eine Studie der Ärztekammer Westfalen-Lippe konnte zudem nachweisen, dass der gesundheitliche Allgemeinzustand wohnungsloser Frauen deutlich schlechter als der der wohnungslosen Männer ist (Abbildung 1) (Ärztekammer Westfalen-Lippe, 1998). Anhand dieser Ergebnisse erscheint eine Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischen Aspekten der gesundheitlichen Versorgung Wohnungsloser dringend geboten.

Geschlechtsspezifische Aspekte der gesundheitlichen Lage allein stehender Wohnungsloser

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe führte 1996 - 1997 in vier Städten des Kammerbezirks (Bielefeld, Bochum, Dortmund und Münster) zusammen mit örtlichen Trägern der freien Wohlfahrtspflege medizinische Projekte für Wohnungslose durch.

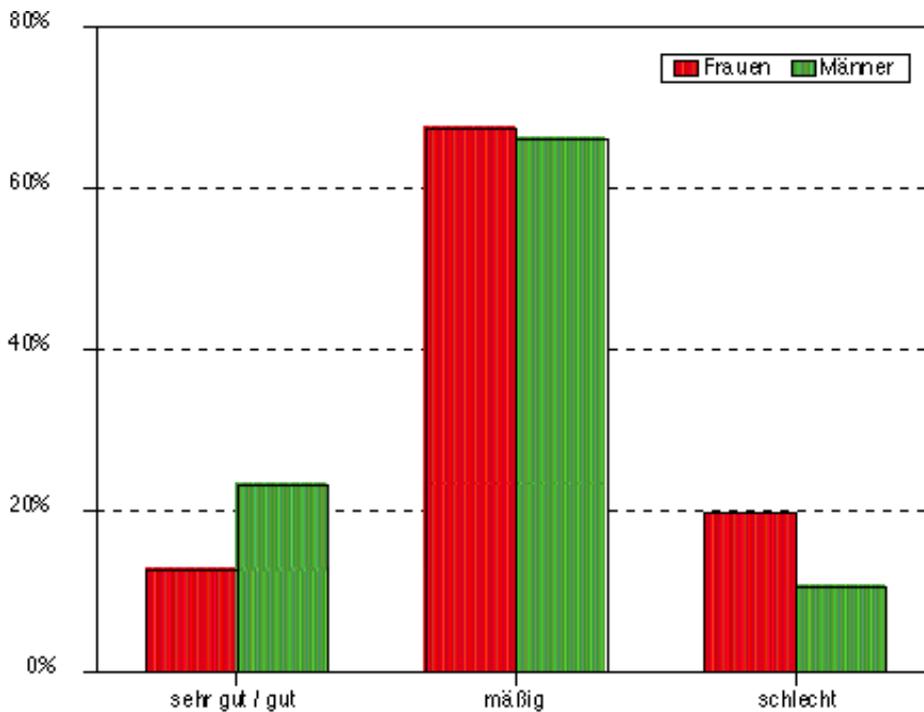


Abbildung 1: Gesundheitszustand wohnungsloser Frauen und Männer, Bielefeld, Bochum, Dortmund, Münster, 1996 - 1997

Ziel war es, über niederschwellige, aufsuchende Behandlungsangebote mobiler Teams von Ärztinnen und Ärzten sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern die gesundheitliche Versorgung wohnungsloser Frauen und Männer zu verbessern. Durch die begleitende Evaluation liegen Behandlungsdaten von 143 Frauen und 722 Männern vor (Ärztammer Westfalen-Lippe, 1998).

Nach ärztlicher Einschätzung befanden sich die in den Projekten behandelten Frauen in einem deutlich schlechteren gesundheitlichen Allgemeinzustand als die behandelten Männer (Abbildung 1). Dieser Unterschied wiegt umso gravierender, als das Durchschnittsalter der weiblichen Patienten lediglich 33,5 Jahre betrug, während das der Männer bei 40 Jahren lag.

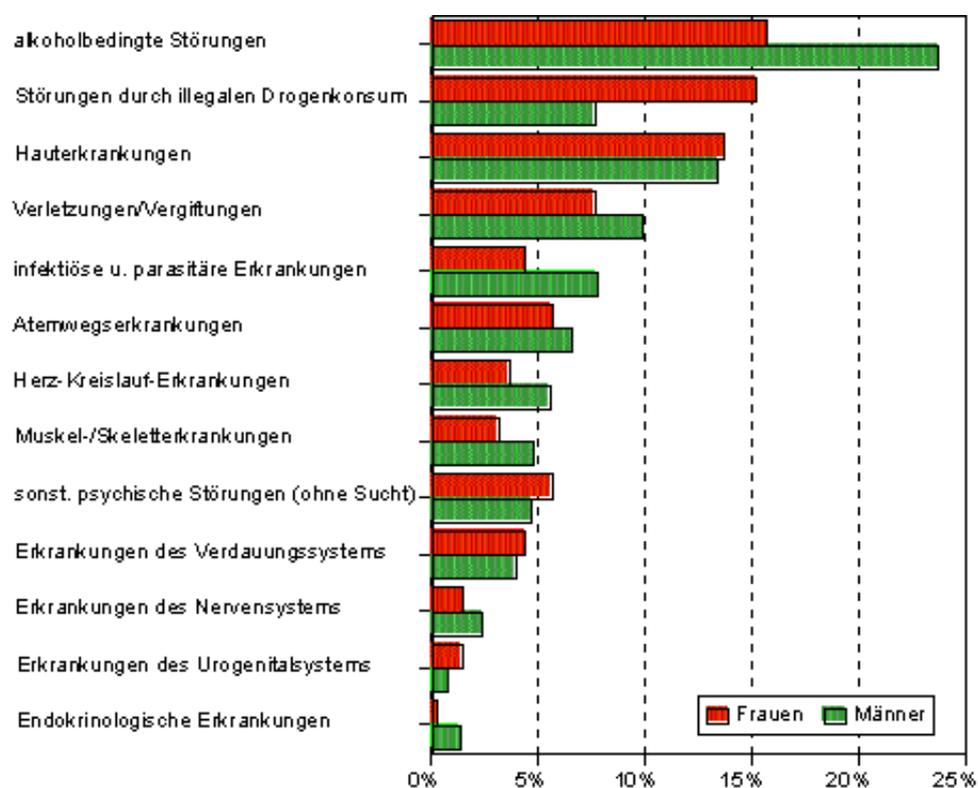


Abbildung 2: Anteile ausgewählter Krankheitsgruppen bei medizinischen Untersuchungen Wohnungsloser, Bielefeld, Bochum, Dortmund, Münster, 1996 - 1997

Bei den somatischen Erkrankungen, die im Projektverlauf diagnostiziert werden konnten, wiesen die weiblichen und männlichen Projektpatienten nur geringe Unterschiede auf (Abbildung 2). Wohnungslose Männer schienen lediglich durch Verletzungen, infektiöse oder parasitäre Erkrankungen sowie durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen in etwas höherem Maße als Frauen belastet zu sein.

Deutlichere Diskrepanzen traten bei den Suchterkrankungen zutage: Alkoholkrankungen stellten bei den Männern den Großteil aller diagnostizierten Erkrankungen und wurden bei ihnen wesentlich häufiger als bei den behandelten Frauen angetroffen. Bei den weiblichen Untersuchten waren Störungen durch Alkoholkonsum hingegen etwa gleichhäufig wie Störungen infolge illegalen Drogengebrauchs diagnostiziert worden.

Die 1998 von Greifenhagen und Fichter erstellte Untersuchung an 32 wohnungslosen Frauen und 146 wohnungslosen Männern Münchens unterstreicht die psychiatrischen Ergebnisse der vier Modellprojekte: Die befragten Frauen wiesen auch in dieser Studie im Vergleich zu den Männern weniger Alkoholerkrankungen, jedoch häufiger eine Abhängigkeit von illegalen Drogen auf. Frauen waren zudem in deutlich stärkerem Maße als Männer durch schizophrene Störungen und Depressionen belastet (Tabelle 2).

| Psychiatrische Erkrankungen | Wohnungslose* in % | |
|---|--------------------|--------|
| | Frauen | Männer |
| Alkoholabhängigkeit/-missbrauch | 56,3 | 71,2 |
| Drogenabhängigkeit/-missbrauch | 21,9 | 10,3 |
| Schizophrene Störung | 34,4 | 9,6 |
| Depressive Episode | 40,6 | 16,4 |
| Gesamtprävalenz psychiatrischer Störungen | 93,8 | 80,8 |

* 6-Monats-Prävalenz

Tabelle 2: Psychiatrische Erkrankungen wohnungsloser Frauen und Männer, München 1998

Physische und psychische Beeinträchtigungen sind nicht nur das Resultat, sondern in einigen Fällen auch die Ursache der Wohnungslosigkeit. Sie gehen mit verringerten Arbeitsmarkt- und Einkommenschancen einher und sind häufig von sozialer Isolation begleitet. Treten längere stationäre Behandlungsaufenthalte hinzu, ist das Risiko eines Wohnungsverlustes zusätzlich erhöht. Bei 3,8 % der durch das „Dokumentationssystem wohnungslose Alleinstehende (DWA)“ erfassten Wohnungslosen war die Wohnungslosigkeit Folge eines Krankenhausaufenthaltes, wobei dies in stärkerem Maße Männer (4,1 %) als Frauen (1,8 %) betraf (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe, 1997).

Bei allen dargestellten Ergebnissen ist zu berücksichtigen, dass wohnungslose Frauen und Männer aufgrund ihrer unterschiedlichen soziodemographischen Struktur nur begrenzt miteinander vergleichbar sind. Sie unterscheiden sich nicht nur in ihrer altersmäßigen Zusammensetzung (Abbildung 3), sondern auch in ihren Ausbildungs- und Berufsbiografien sowie den Gründen für die Wohnungslosigkeit. Zudem muss in Anbetracht der großen Dunkelziffer wohnungsloser Frauen vermutet werden, dass diejenigen von ihnen, die offenkundig wohnungslos sind, eine gesundheitliche Negativselektion ihrer Gesamtpopulation darstellen.

Soziodemographische Unterschiede zwischen wohnungslosen Frauen und Männern

Soziodemographische Unterschiede zeigen sich bei wohnungslosen Frauen und Männern vor allem bezüglich ihrer Altersstruktur, ihres Familienstandes und ihres beruflichen Hinter-

grundes. So sind Männer im Durchschnitt 10 Jahre älter als Frauen, bevor sie wohnungslos werden. Während die Mehrzahl wohnungsloser Frauen unter 30 Jahre alt ist, liegt der Altersschwerpunkt der Männer zwischen 30 und 50 Jahren (Abbildung 3) (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe, 1997).

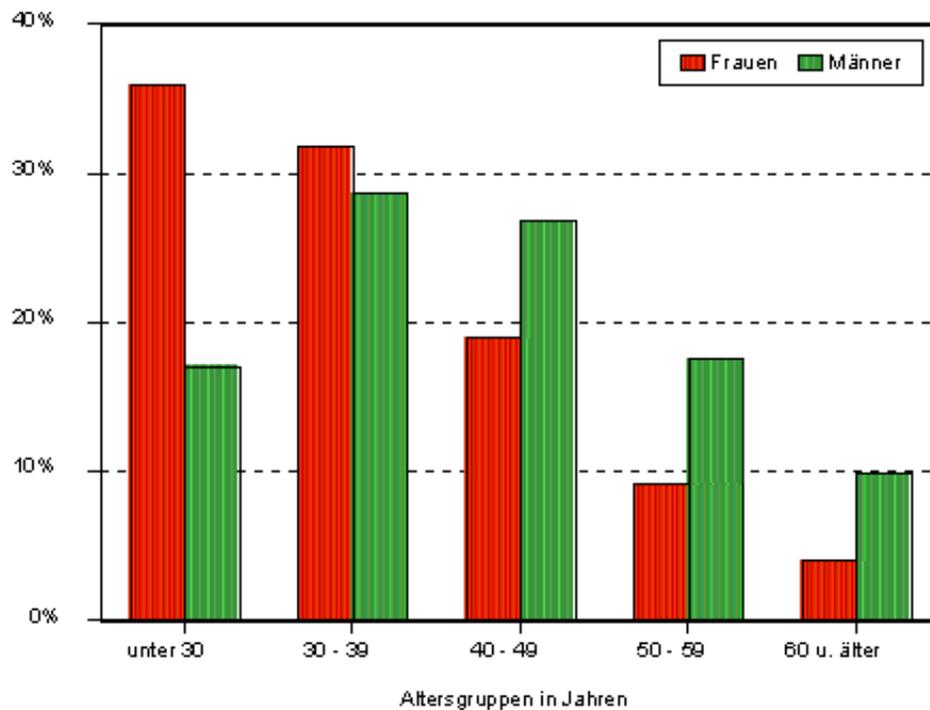


Abbildung 3: Alterszusammensetzung allein stehender Wohnungsloser, Bundesrepublik Deutschland, 1996

Abbildung 4 veranschaulicht, dass die meisten wohnungslosen Männer ihre Wohnung aus dem Erwerbsleben heraus verloren haben. Sie waren zuvor entweder als un- oder angelernte Arbeiter tätig oder bekleideten eine Facharbeiter- oder Meisterstellung (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe, 1997). Allerdings ist die Tatsache, dass 24 % der Männer und 32 % der Frauen vor Beginn der Wohnungslosigkeit keiner Erwerbstätigkeit nachgingen, ein Indiz dafür, dass Langzeitarbeitslosigkeit und geringe berufliche Qualifikation relevante Risikofaktoren für Wohnungslosigkeit darstellen. Die Tatsache, dass Frauen nur selten aus qualifizierten beruflichen Stellungen heraus, sondern eher während der Ausbildungsphase auf die Straße geraten, spiegelt vor allem ihr jüngeres Eintrittsalter in die Wohnungslosigkeit wider.

Dem Familienstand nach sind sowohl wohnungslose Männer als auch Frauen in ihrer Mehrheit ledig (Abbildung 5) (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe, 1997).

Während Männer im Vergleich zu Frauen eher Haftstrafen oder arbeitsplatzbezogene Faktoren für die Wohnungslosigkeit verantwortlich machen, wird von Frauen häufiger der Auszug aus dem Elternhaus, Trennung bzw. Scheidung und vor allem Gewalt des Partners angegeben (Abbildung 6) (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe, 1997).

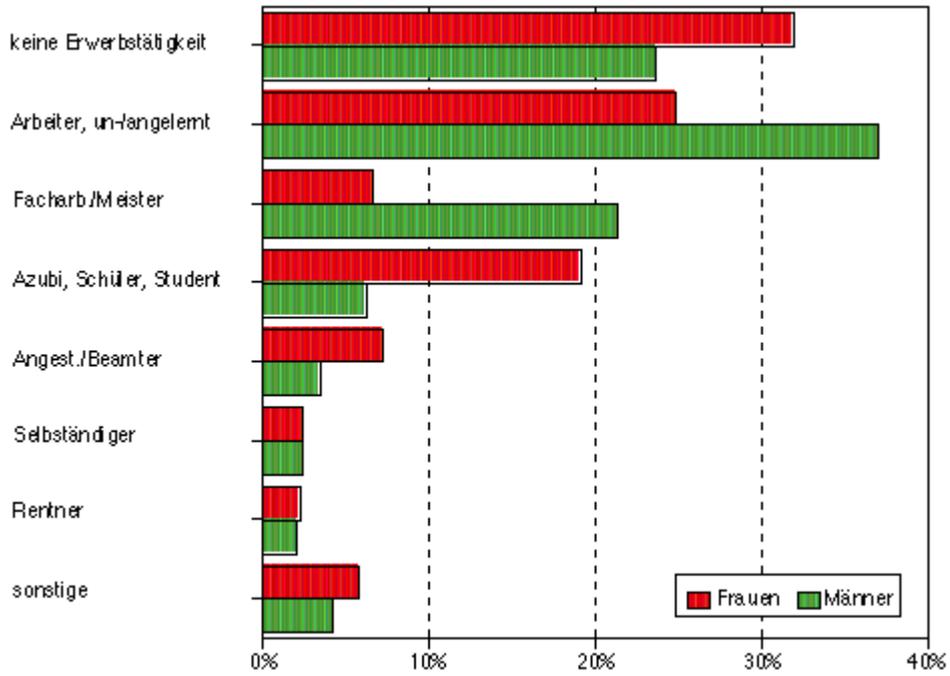


Abbildung 4: Erwerbstätigkeit vor dem Wohnungsverlust, Bundesrepublik Deutschland, 1996

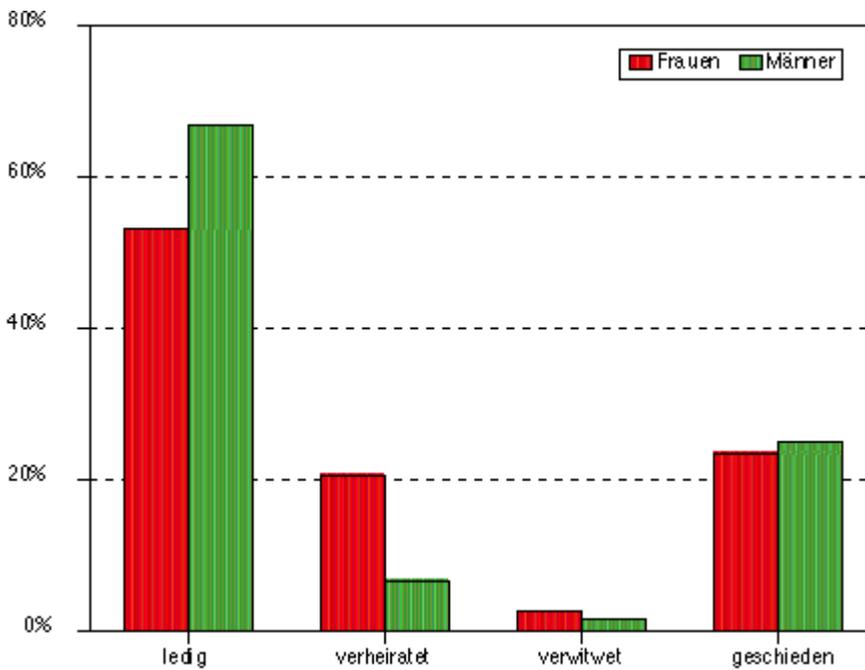


Abbildung 5: Familienstand allein stehender Wohnungsloser, Bundesrepublik Deutschland, 1996

Offensichtlich führt bei vielen Männern das Zusammenwirken von Erwerbslosigkeit, Mittellosigkeit, Straffälligkeit und fehlendem familiären Rückhalt zur Wohnungslosigkeit, während bei Frauen belastende familiäre Verhältnisse, geringe Bildungs- und Berufschancen, Gewalterfahrungen und Ehescheidungen die zentralen Risikofaktoren darstellen, die sie in die Wohnungslosigkeit geraten lassen. Wenn negative Erfahrungen in der Primärfamilie nicht durch berufliche Perspektiven kompensiert werden können, werden Beziehungen zu Männern als möglicher Ausweg gesucht.

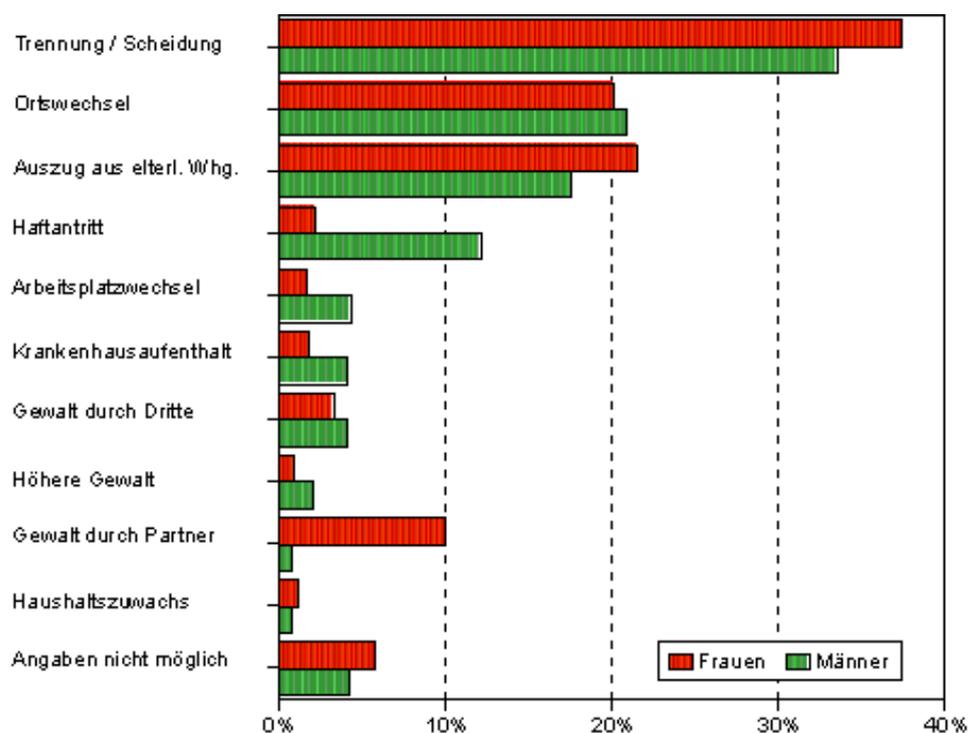


Abbildung 6: Von Betroffenen genannte Ursachen der Wohnungslosigkeit, Bundesrepublik Deutschland, 1996

Scheitern sie, ohne dass die Primärfamilie oder der Beruf als Auffangbecken zur Verfügung stehen, kommt es zu Episoden von Wohnungslosigkeit, die durch das Eingehen neuer Beziehungen wieder überwunden werden. Dadurch wird jedoch verhindert, dass sich die Betroffenen als Wohnungslose begreifen müssen, worin vor allem die hohe Dunkelziffer wohnungsloser Frauen begründet sein dürfte.

4.2.2 Faktoren der gesundheitlichen Unterversorgung wohnungsloser Frauen und Männer

Die Ursachen der schlechten Gesundheit wohnungsloser Frauen und Männer sind in den allgemeinen Lebensbedingungen der Wohnungslosigkeit, im subjektiven Umgang mit Gesund-

heit und Krankheit durch die Betroffenen sowie in bestehenden Strukturen der gesundheitlichen Versorgung zu suchen.

Lebensbedingungen in der Wohnungslosigkeit

Wohnungslos zu sein bedeutet, den Schutz und die Privatsphäre einer eigenen Wohnung entbehren zu müssen. Entsprechend sind die Betroffenen fast fortwährend der Witterung ausgesetzt, was vor allem zu Schädigungen der Atemwege, der Haut und der Gelenke führt. Mangelnde Möglichkeiten der Körperhygiene erhöhen unter anderem die Gefahr parasitärer Erkrankungen, einseitige und unregelmäßige Ernährung begünstigt z. B. das Risiko von Infektionen und Erkrankungen des Verdauungstraktes. Die mit der Wohnungslosigkeit einhergehenden fehlenden Rückzugsmöglichkeiten erhöhen das Unfall- und Verletzungsrisiko sowie das gewaltsamer Übergriffe. Das Fehlen einer eigenen Wohnung bedeutet zudem, einer ständigen Reizüberflutung ausgesetzt zu sein, die Stressreaktionen zur Folge hat. Der Konsum von Suchtmitteln kann dabei einen Versuch der Stressbewältigung darstellen. Suchtmittel vermögen zwar vorübergehend über Isolation, Perspektivlosigkeit und psychische Traumatisierungen hinweg zu helfen, sind ihrerseits jedoch für multiple körperliche Schädigungen wie auch psychische Symptomatiken verantwortlich.

4

Subjektives Erleben von Gesundheit und Krankheit und Nutzung bestehender Angebote

Trotz vielfältiger Erkrankungen und trotz eines in Deutschland bestehenden freien Arztzuges scheinen nur wenige Wohnungslose sich aktiv um eine medizinische Versorgung zu kümmern. Zwar gab in einer Dortmunder Studie zum Gesundheitsverhalten Wohnungsloser ein Drittel (35 %) der 82 befragten Männer an, innerhalb des letzten Monats einen niedergelassenen Arzt aufgesucht zu haben (Kunstmann, 1996), jedoch bestand nach ärztlicher Einschätzung bei mindestens zwei Dritteln ein akuter Behandlungsbedarf (Voellm et al.). Man mag geneigt sein, diese offensichtliche Diskrepanz zwischen subjektivem Befinden und objektivem Befund als Folge eines übermäßigen und kontinuierlichen Suchtmittelgebrauchs zu bewerten. Wenngleich dies in einzelnen Fällen zutreffen mag, lassen sich jedoch auf physiologischer, psychischer und sozialer Ebene noch andere Faktoren benennen, die das Krankheitsverhalten Wohnungsloser beeinflussen: Physiologisch betrachtet wird das Schmerzempfinden durch den Gebrauch von Suchtmitteln, aber auch durch Faktoren wie Kälte verändert. Die ständige Erfahrung von Schmerzen erschwert zudem eine eindeutige organbezogene Zuordnung und fördert eine gewisse Indolenz. Sie lehrt zudem, dass viele Beschwerden von selber wieder verschwinden (Kunstmann, 1999b).

Auf psychischer Ebene kann eine aktive Auseinandersetzung mit Krankheiten eine bedrohliche Konfrontation mit der Realität bedeuten, deren Verdrängung für die Bewältigung der Wohnungslosigkeit – kurzfristig gesehen – sinnvoll erscheinen mag. Zu diesen Bewältigungsmechanismen gehört es offensichtlich auch, die eigenen gesundheitlichen Kräfte zu überschätzen: 60 % der in Dortmund befragten wohnungslosen Männer bewerteten ihre eigene Gesundheit als „ausgezeichnet“ oder zumindest „gut“. Je länger sie ohne Wohnung waren, um so eher waren sie geneigt, ihre Gesundheit besser als die anderer Wohnungsloser zu bewerten. Zwei Drittel der Befragten waren der Überzeugung, dass ihre Gesundheit sich in Zukunft nicht

verschlechtern, eher aber wohl verbessern würde (Kunstmann, 1996). Die Auswertung der Daten der genannten vier Modellprojekte ergab ebenfalls, dass die Patienten ihre Gesundheit fast durchgängig besser bewerteten als die behandelnden Ärztinnen und Ärzte (Ärzttekammer Westfalen-Lippe, 1998).

Soziologisch kann man die relative Gleichgültigkeit der eigenen Gesundheit gegenüber damit erklären, dass mit dem Verlust verbindlicher Beziehungen und zentraler sozialer Rollen sowohl die Kommunikation über Krankheitssymptome als auch die Notwendigkeit zur Erfüllung rollenbezogener Erwartungen entfällt. Zudem verschieben sich über den sozialen Vergleich mit anderen Wohnungslosen die Koordinaten von Krankheit und Gesundheit. Bedeutsam ist zudem, dass unter den Lebensbedingungen der Wohnungslosigkeit andere Notwendigkeiten als die der eigenen Gesundheit in den Vordergrund treten. In der bereits erwähnten Dortmunder Studie stellte sich z. B. heraus, dass die eigene Gesundheit erst an vierter Stelle der Dinge rangierte, die von Wohnungslosen als besonders wichtig für ihr Leben erachtet wurden. Größere Bedeutung wurde insbesondere sozialen Beziehungen, aber auch einer eigenen Wohnung sowie moralischen Werten beigemessen. Interessanterweise rückte bei einer Vergleichsgruppe ehemaliger Wohnungsloser die eigene Gesundheit wiederum an die zweite Stelle hinter sozialen Bedürfnissen.

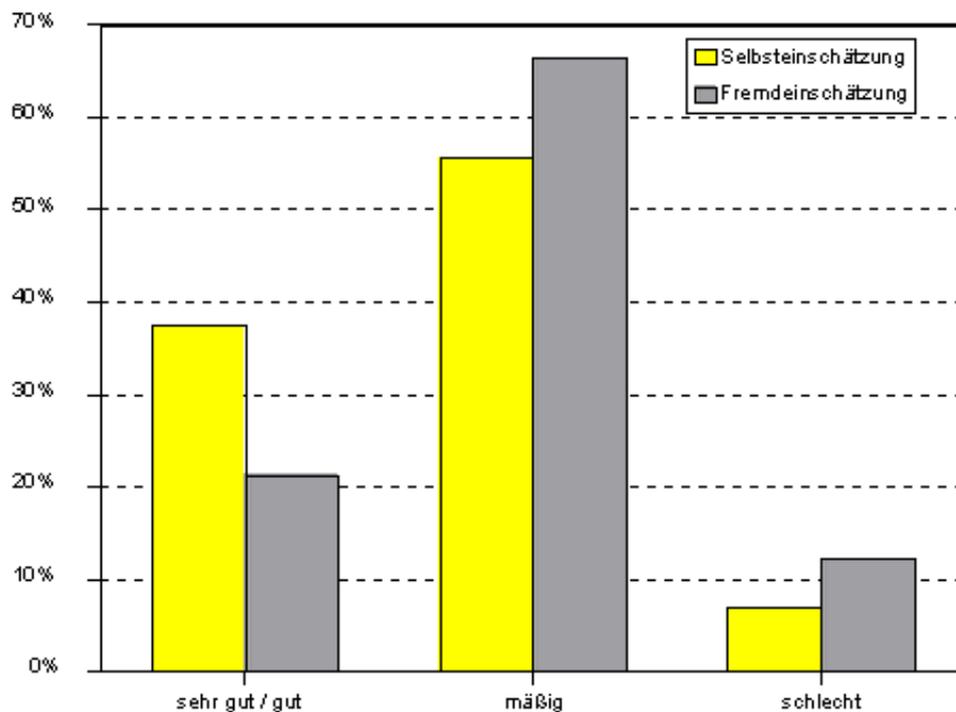


Abbildung 7: Selbst- und Fremdeinschätzung der Gesundheit Wohnungsloser, Bielefeld, Bochum, Dortmund, Münster, 1996 - 1997

Lassen sich diese Ergebnisse aber ohne weiteres auf weibliche Wohnungslose übertragen? In den vier evaluierten Modellprojekten aufsuchender medizinischer Hilfe für Wohnungslose

berichteten z. B. 12 % der weiblichen, aber nur 8 % der männlichen Patienten über regelmäßige Arztkontakte (Abbildung 8) (Ärztammer Westfalen-Lippe, 1998; Kunstmann, 1999b).

Der höhere Grad medizinischer Versorgung wohnungsloser Frauen verwundert in Anbetracht ihrer vergleichsweise schlechteren gesundheitlichen Allgemeinverfassung, aber auch ihres geringeren Durchschnittsalters. Die Ursachen mögen in der gemeinhin häufigeren Arztnutzung durch Frauen liegen. Auch kann vermutet werden, dass der festgestellte höhere Drogenkonsum weiblicher Wohnungsloser zu vermehrten Arztkontakten führt. Des Weiteren ist denkbar, dass sie einen realitätsadäquaten Reflex auf ihre schlechtere gesundheitliche Allgemeinverfassung darstellen.

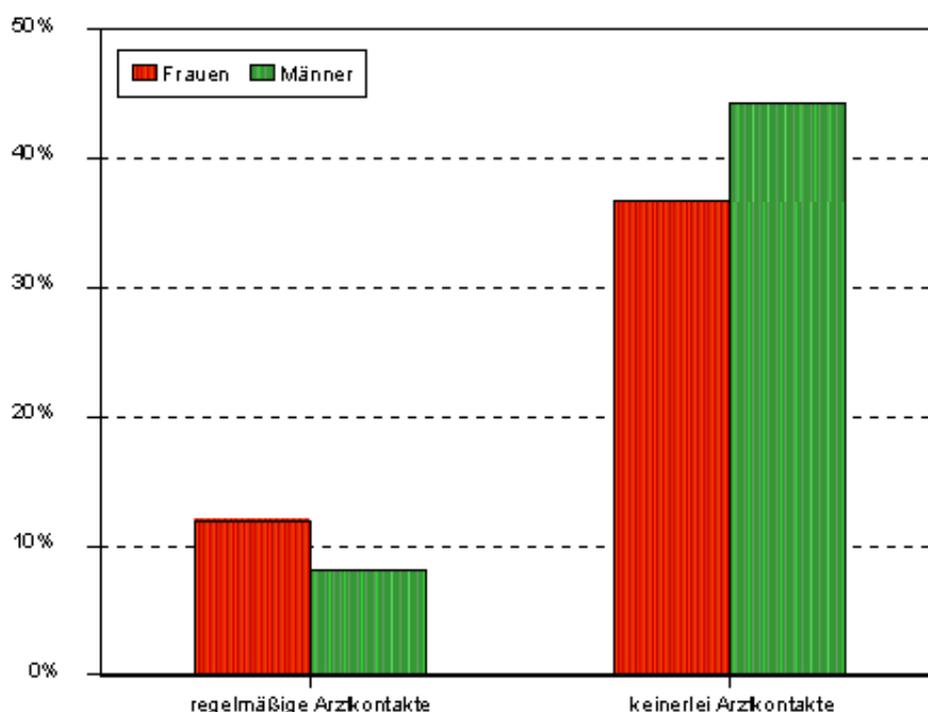


Abbildung 8: Arztkontakte wohnungsloser Frauen und Männer innerhalb der medizinischen Regelversorgung, Bielefeld, Bochum, Dortmund, Münster, 1996 - 1997

Strukturelle Barrieren der gesundheitlichen Versorgung

Neben subjektiven Faktoren des Krankheitsverhaltens sind strukturelle Aspekte des medizinischen Versorgungssystems und des Systems der Sozialhilfegewährung als Hinderungsgründe für eine adäquate Arztnutzung zu nennen. Geregelte Sprechstundenzeiten und die Vergabe von Behandlungsterminen stehen im scharfen Kontrast zum weitgehend entstrukturierten Lebensalltag Wohnungsloser. Mangelnde Möglichkeiten zur Hygiene und begrenzte Mobilität erschweren ebenfalls die Wahrnehmung ärztlicher Behandlungsangebote. Niedergelassene Ärzte wiederum müssen auch unternehmerisch agieren, wodurch das Interesse an wohnungs-

losen Patienten eingeschränkt wird. Eine Versorgung von Patienten mit häufig ungeklärtem Versicherungsstatus erschwert zudem die Abrechnung erbrachter Leistungen. Aber auch seitens der Kommunen bestehen Interessen zur Begrenzung von Sozialhilfeausgaben und damit auch der Ausgaben nach § 37 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) (Krankenhilfe). Kostenübernahmebescheinigungen für ärztliche Behandlungen werden daher mitunter nur zögerlich ausgestellt oder gänzlich verwehrt. Selbst dort, wo keine Hürden seitens der Sozialverwaltung aufgebaut sind, erhöht die Notwendigkeit der amtlichen Bescheinigung den logistischen Aufwand für die Realisierung eines Arztbesuches.

4.2.3 Anforderungen an eine lebenssituationsgerechte Versorgung wohnungsloser Frauen und Männer

Aus der Darstellung der subjektiven und strukturellen Barrieren für eine gesundheitsadäquate Wahrnehmung ärztlicher Versorgungsangebote wird deutlich, dass die bestehenden Strukturen der medizinischen Regelversorgung der spezifischen Lebenssituation Wohnungsloser nicht gerecht werden können. Vielmehr bedarf es aufsuchender Hilfen, die nicht nur die beschränkte Mobilität der Zielgruppe, sondern auch ihre geringe gesundheitliche Selbstwahrnehmung berücksichtigen. Auch darf die ärztliche Behandlung an keine formalen Vorbedingungen, wie z. B. das Vorliegen eines Kostenübernahmenachweises, geknüpft sein. Personelle Kontinuität und regelmäßige, zeitlich transparente Behandlungsangebote sind erforderlich, um Bekanntheit und Vertrauen in der Zielgruppe aufzubauen. Der Aufbau sozialer Beziehungen ist bei Wohnungslosen insofern von besonderer Bedeutung, als mit dem Verlust sozialer Rollen im Familien- und Berufsleben zunächst nur über den zwischenmenschlichen Kontakt wieder eine Bewertung und Wertschätzung der eigenen Gesundheit in Gang gesetzt werden kann.

4.2.4 Problemadäquate Behandlungsangebote: Entwicklungstrends in Nordrhein-Westfalen

Bundesweit und auch in etlichen Städten Nordrhein-Westfalens sind in den letzten Jahren eine Reihe aufsuchender Versorgungsprojekte für Wohnungslose entstanden. Die Anstöße hierzu entwickelten sich sowohl aus Privatinitiativen, kamen von Mitarbeitern in unteren Gesundheitsbehörden, niedergelassenen Ärzten, aber auch aus Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Gemeinsam ist den aufsuchenden Versorgungsangeboten, dass die Kontaktaufnahme dort stattfindet, wo sich Wohnungslose auch sonst aufhalten, also in Beratungsstellen für Wohnungslose, in offenen Tagestreffs, in „Drogencafés“, in Notunterkünften, auf Wohnwagenplätzen für Wohnungslose, am Rande allgemeiner Hilfeangebote wie Suppenküchen etc., in Szenetreffs und auch auf der Straße. Art und Anzahl der Kontaktorte hängen sehr stark von den jeweiligen örtlichen Gegebenheiten ab.

Die ersten medizinischen Versorgungskonzepte für Wohnungslose sind durch Initiativen in Mainz, Köln und Berlin entwickelt worden. Mitte der 90er Jahre kamen das in den Städten Bielefeld, Dortmund, Bochum und Münster durchgeführte Modellprojekt der Ärztekammer Westfalen-Lippe „Aufsuchende Gesundheitsfürsorge für Obdachlose“ sowie weitere Initiativen in Nordrhein-Westfalen und anderen Bundesländern hinzu. Den „Pionierangeboten“ folgten

zunehmend mehr Nachfolgeangebote in anderen Städten, die sich bereits teilweise auf die Vorerfahrungen dieser Projekte stützen konnten.

Eine umfassende Bestandsaufnahme der derzeit bestehenden Initiativen liegt bislang nicht vor, so dass keine vollständigen Zahlenangaben über Anzahl, Ausstattung und Umfang der Tätigkeit dieser Initiativen gemacht werden können. Mittlerweile sind jedoch aus fast allen Großstädten Nordrhein-Westfalens derartige Projekte bekannt, und selbst aus einigen kleineren Städten werden entsprechende Aktivitäten berichtet.

Wenn auch die strukturellen Rahmenbedingungen sehr stark variieren, bedeutet dies jedoch nicht gleichzeitig, dass die Versorgungsziele und präferierten Arbeitsformen die gleiche Heterogenität aufweisen. Im Gegenteil, hinsichtlich des gewählten Arbeitsansatzes gibt es bei den Projekten deutliche Übereinstimmungen. Alle Projekte gehen von einem niederschweligen Arbeitsansatz aus. Trotz aller Unterschiede in Organisationsform und Trägerschaft ist es das gemeinsame Ziel der aufsuchenden Hilfeprojekte, Wohnungslosen eine unbürokratische, für sie kostenlose und an keinerlei Vorbedingungen geknüpfte medizinische Akuthilfe zu gewähren. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Projekten übernehmen dabei eine Klärungsfunktion hinsichtlich der erforderlichen medizinischen, pflegerischen und häufig auch der psychosozialen Hilfen. Da davon ausgegangen werden muss, dass anderweitige Hilfe nicht oder in nicht ausreichendem Maße in Anspruch genommen wird, ist die niederschwellige Akuthilfe nicht mit Notfallversorgung gleichzusetzen. Die Tatsache, dass in den meisten Fällen ein akuter Behandlungsbedarf besteht, zeigt zweierlei: Die Zugangsschwellen des Regelsystems sind für Wohnungslose zu hoch, und in der Wohnungslosigkeit steigt bei den Betroffenen in erschreckendem Maße die Bereitschaft, Erkrankungen (unbehandelt) zu akzeptieren. Gerade der zweite Aspekt verdeutlicht, wie wichtig Regelmäßigkeit und Konstanz bei den aufsuchenden Hilfeangeboten sind, um notwendiges Vertrauen aufzubauen. Das Vertrauen in die angebotene Hilfe ist wiederum Grundlage für eine Änderung des Gesundheitsverhaltens.

Art und Umfang der Erstversorgung müssen darauf ausgerichtet sein, dass es in vielen Fällen nur bei einem einzigen Behandlungskontakt bleibt, dass Folgebehandlungen oftmals nur sporadisch und zeitlich ungeplant erfolgen können. Zum Beispiel können die in dieser Patientengruppe häufig auftretenden Infektionskrankheiten unter den wohnungslosen Lebensbedingungen in der Regel nicht über eine langwierige Antibiotika-Therapie angegangen werden. Eine dreimal tägliche Einnahme von Antibiotika über einen Zeitraum von sieben bis zehn Tagen, wie bei bestimmten bakteriellen Infektionen üblich, ist bei Wohnungslosen kaum möglich. Zur Behandlung Obdachloser wird deshalb die Vergabe hochwirksamer Depotantibiotika mit breitem Keimspektrum empfohlen. Auch ist für viele Medikamentengaben ein möglicher Beikonsum von Suchtmitteln zu berücksichtigen. Dies verdeutlicht, dass bei jeder Behandlung die „Lebenslage Wohnungslosigkeit“ bei der Wahl der Therapieform einbezogen werden muss.

An dieser Stelle zeigt sich allerdings auch die Ambivalenz dieses Versorgungsansatzes. Auch wenn die „Komm-Struktur“ in unserem Gesundheitswesen für diese Menschen zu hohe Zugangsschwellen aufweist, darf eine niederschwellige Akut- und Erstversorgung auf keinen Fall die Wiederanbindung an das Regelsystem aus den Augen verlieren. Diese Wiederanbindung und Reintegration gelingt jedoch nur dort, wo Schnittstellen mit den anderen Versorgungseinrichtungen geschaffen und ein Versorgungsnetzwerk aufgebaut worden ist.

In den Projekten arbeiten haupt- und ehrenamtlich Mitarbeiter unterschiedlichster Professionen zusammen. Ärzte, Krankenschwestern, Pflegekräfte und Sozialarbeiter sind beteiligt. Angestrebt wird eine enge Vernetzung mit Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, die oftmals dieselben Klienten betreuen und deren sozialarbeiterische Kompetenz auch für eine wirkungsvolle medizinische Versorgung relevant ist. Die Kooperation mit den dort tätigen Sozi-

alarbeitern steht im Vordergrund. Der Einsatz von Vollzeit-Mitarbeitern im ärztlichen und pflegerischen Bereich ist vielfach nur über zeitlich befristete ABM-Finanzierung möglich.

Kennzeichnend für die oben ausgeführten Faktoren und Bedingungen der gesundheitlichen Lage allein stehender Wohnungsloser ist, dass in der extremen Lebenslage dieser Menschen die gesundheitlichen Probleme nur ein Teil eines „Problembündels“ sind. Eine schwere Erkrankung lässt bei Menschen in „normaler Lebenslage“ alle anderen normativen Gewichtungen in den Hintergrund treten; die Überwindung der Krankheit wird zum dominierenden Wert, dem sich alles andere unterordnet. Die Lebenslage Wohnungsloser ist an sich jedoch schon so belastend, dass unter normativen Gesichtspunkten eine Krankheit nur dann zum dominierenden Wert wird, wenn sie die Überlebensstrategien auf der Straße in erheblichem Maße durchkreuzt. Die Evaluation des Modellprojektes der Ärztekammer Westfalen-Lippe hat eindeutig diese Kluft zwischen dem subjektiven Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsempfinden in diesem Personenkreis und der objektiv feststellbaren Behandlungsbedürftigkeit herausgearbeitet (Ärztekammer Westfalen-Lippe, 1998). Diese Diskrepanz definiert den methodischen Arbeitsansatz in den meisten Projekten.

Die aufsuchende medizinische Versorgung Wohnungsloser ist in besonderem Maße zeit- und aufwendig. Fehlende Krankheitseinsicht bzw. vorhandenes Misstrauen in der Zielgruppe erfordern den Abbau von Hemmschwellen und den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses. Eine adäquate räumliche Ausstattung ist hierfür eine wichtige Voraussetzung. Der Schutz der Privatsphäre und der intime Charakter jeder ärztlichen Behandlung lässt eine eingehende ärztliche Behandlung auf der Straße nicht zu. Die Verfügbarkeit eines geschlossenen (Behandlungs-) Raumes ist deshalb unabdingbare Voraussetzung von Behandlung. Ideal ist der Einsatz eines mobilen Behandlungsfahrzeugs.

Die niederschweligen Versorgungsprojekte leiden jedoch bis heute unter strukturellen Problemen der Kostenträgerschaft für diesen Personenkreis.

Die Regelungen im SGB V und BSHG weisen formale Zuständigkeiten und Finanzierungsverantwortlichkeiten aus, die auf die etablierten Strukturen der ambulanten medizinischen Versorgung zugeschnitten sind. Der von den Projekten gewählte niederschwellige Arbeitsansatz wird aus folgenden Gründen hiervon aber nicht erfasst:

- ▶ Bei ca. 20 % der behandelten Wohnungslosen ist unklar, ob bzw. welche Kostenträgerschaft (Krankenkassen, Sozialamt) vorliegt (Ärztekammer Westfalen-Lippe, 1998).
- ▶ Das System der Einzelleistungsvergütung (EBM) in der kassenärztlichen Versorgung bildet nur teilweise die aufsuchenden medizinischen Hilfen ab, insbesondere der hohe zeitliche Aufwand findet keine Entsprechung.
- ▶ Die Krankenhilfe nach § 37 BSHG erfordert in der Praxis, dass vor Beginn der ärztlichen Behandlung vom Anspruchsteller ein Behandlungsschein beim zuständigen Sozialamt beschafft werden muss. Damit erhöht sich die Zugangsbarriere für den Obdachlosen weiter und eine schnelle Hilfe wird erschwert.

Wenn auch die Datenlage zur medizinischen Versorgung Wohnungsloser derzeit unzureichend ist, liegen doch, wie vorher benannt, Einzelstudien zur gesundheitlichen Situation vor, die den Versorgungsbedarf dieser Personengruppe recht gut beschreiben. Strukturdaten über Anzahl, Ausstattung und Umfang der Projekte und Initiativen sind dagegen nur lückenhaft verfügbar. Trendaussagen sind gleichwohl auf der Grundlage der vorhandenen Daten möglich und

durch die Analyse der vorliegenden Erhebungen werden bereits Strukturbesonderheiten sichtbar.

Eine Umfrage des (ehemaligen) Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen bei den unteren Gesundheitsbehörden über die gesundheitliche Versorgung von Obdachlosen und Nichtsesshaften vom April 1997 ergab folgendes Bild: 16 unteren Gesundheitsbehörden waren Angebote für diesen Personenkreis bekannt. Träger waren in 6 Fällen die unteren Gesundheitsbehörden selber (in der Regel die sozialpsychiatrischen Dienste), in 8 Fällen Einrichtungen der Wohlfahrtspflege, in einem Fall ein niedergelassener Arzt und in 2 Fällen Privatinitiativen. ABM-geförderte Projekte finden sich in 6 Städten; hier wird eine kontinuierliche Versorgung mit aufsuchender Hilfe als besonderem Schwerpunkt angestrebt. In allen anderen Kreisen und Städten finden lediglich wöchentliche oder auch nur monatliche Sprechstunden in Einrichtungen statt.

Seit März 1997 besteht bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe ein Arbeitskreis „Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen“, in dem ein fachlicher Austausch der Projekte und Initiativen stattfindet. Derzeit (Stand Juli 1999) sind Projekte und Initiativen aus 13 nordrhein-westfälischen Städten Mitglieder im Arbeitskreis. Träger der Projekte sind in 5 Fällen die unteren Gesundheitsbehörden, in 2 Fällen Einrichtungen der Wohlfahrtspflege, in einem Fall ein Sozialamt und ebenfalls in einem Fall ein privater Verein. Auffallend ist, dass in vier Städten gemeinsame Trägerschaften von unterer Gesundheitsbehörde, Sozialamt oder Wohlfahrtspflege und privaten Vereinen gewählt wurden. In 7 Projekten wird die Versorgung allein durch einen Arzt geleistet, in 6 Städten sind Teams aus Ärzten und Krankenschwestern/Pflegekräften gebildet worden. Hinsichtlich der Arbeitszeiten/Sprechzeiten ergibt sich kein einheitliches Bild. In 4 Städten sind ärztliche Vollzeitstellen über ABM eingerichtet, die eine zeitintensive Betreuung dieses Personenkreises ermöglichen. Die Betreuung durch die unteren Gesundheitsbehörden umfasst mit der Ausnahme in Köln nur die Abhaltung von wöchentlichen oder monatlichen Sprechstunden. Einige untere Gesundheitsbehörden suchen auf Hinweis ebenfalls behandlungsbedürftige Wohnungslose auf der Straße auf. In vier Projekten des Arbeitskreises steht jeweils ein Behandlungsbus zur Verfügung.

Mit diesen Angaben sind sicher nicht alle Projekte im Lande erfasst. Die regelmäßigen Anfragen von Einzelpersonen und Einrichtungen aus Nordrhein-Westfalen an den Arbeitskreis und an die Ärztekammer Westfalen-Lippe hinsichtlich der Erfahrungen und der besonderen Aspekte, die bei der Entwicklung spezifischer medizinischer Versorgungsangebote für Wohnungslose zu berücksichtigen sind, lassen eine erheblich höhere Zahl insbesondere ehrenamtlich arbeitender Projekte vermuten. Auch bundesweit ist nur näherungsweise der derzeitige Bestand an Initiativen zu benennen. So gehörten der im Januar 1998 als Fachgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (BAG) gegründeten Arbeitsgemeinschaft „Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen“ im September 1998 32 Einrichtungen und Initiativen an. Hiervon kommen 9 aus Nordrhein-Westfalen.

Im Juli 1999 wurde durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe eine Umfrage unter den nordrhein-westfälischen unteren Gesundheitsbehörden zur Versorgungslage allein stehender Wohnungsloser durchgeführt. Von 35 unteren Gesundheitsbehörden kamen auswertbare Antworten. Von diesen hielten 9 die gesundheitliche Versorgung in ihrer Stadt/ihrem Kreis für ausreichend sichergestellt, 12 verneinten dies und 4 konnten keine Einschätzung abgeben (Abbildung 9).

In 18 Fällen waren besondere Versorgungsinitiativen bekannt, wobei neben privaten und öffentlichen Trägern in allen Fällen als ein beteiligter Leistungserbringer die untere Gesund-

heitsbehörde genannt wurde. 13 unteren Gesundheitsbehörden waren besondere Versorgungsangebote für wohnungslose Frauen bekannt (Abbildung 10).

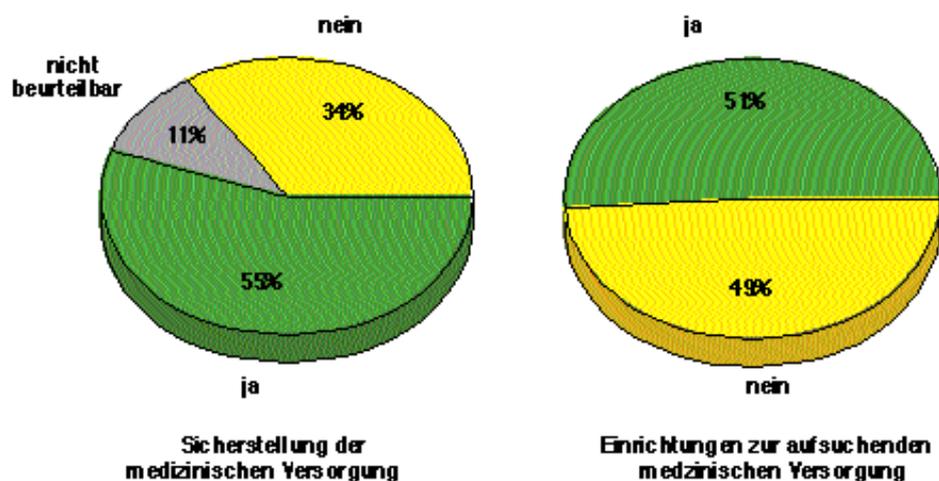


Abbildung 9: Befragungsergebnis zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung und zu Einrichtungen der aufsuchenden medizinischen Versorgung, 35 Kreise/Städte in Nordrhein-Westfalen, 1999

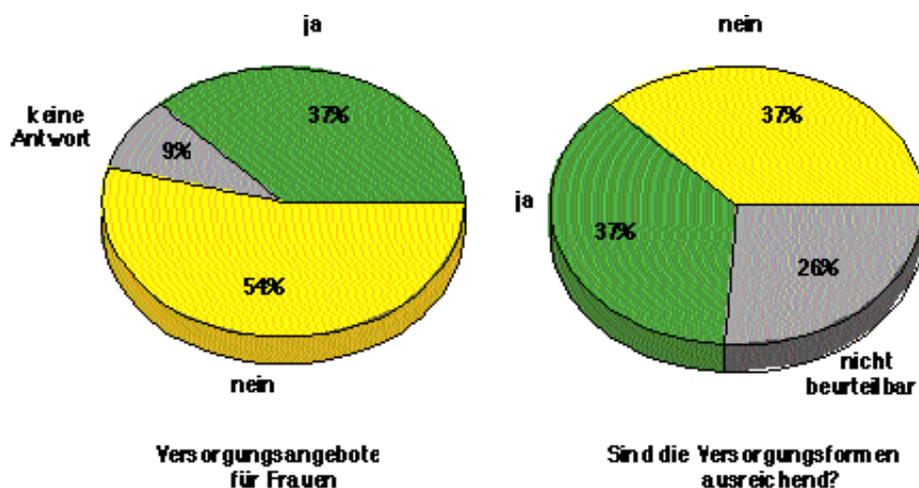


Abbildung 10: Befragungsergebnis zu Versorgungsangeboten für Frauen und zum bestehenden Angebot an Versorgungsformen, 35 Kreise/Städte in Nordrhein-Westfalen, 1999

Als ein wichtiges Ergebnis ist festzustellen, dass sich die unteren Gesundheitsbehörden inzwischen weit deutlicher als zwei Jahre zuvor der medizinischen Hilfe für unterversorgte Wohnungslose als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) zuwenden. Eine medizinische Versorgung Wohnungsloser auf der Grundlage des § 4 des Gesetzes über den Öffent-

lichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) des Landes Nordrhein-Westfalen findet nach Aussage der Befragten jedoch nur in 12 Städten/Kreisen statt. Der Umfang der in diesem Kontext von den unteren Gesundheitsbehörden geleisteten Hilfe schwankt allerdings erheblich. Das Ergebnis der Umfrage macht erneut deutlich, dass derzeit keine einheitlichen fachlichen Standards für diese Form der Hilfe handlungsleitend sind.

Kooperationen zwischen privaten und institutionellen Initiativen setzen sich offenbar weiter durch. Zum fachlichen wie zeitlichen Umfang der Hilfe wurden so gut wie keine Angaben gemacht. Nur 13 der befragten unteren Gesundheitsbehörden hielten Art und Umfang der heutigen Versorgungsformen für ausreichend.

Aus allen Umfragen wird ersichtlich, dass hinsichtlich des Versorgungsansatzes ein Konsens darüber besteht, eine Versorgung ohne Vorbedingungen mit niederschweligen Behandlungsmöglichkeiten, möglichst in einem Behandlungsbus, in enger Kooperation von medizinischer Versorgung und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe anzubieten. Der Umfang und die konkrete Ausgestaltung der Hilfe hängt dagegen stark vom örtlichen Bedarf und den örtlichen Versorgungsmöglichkeiten ab. Aus den vorliegenden konzeptionellen Erfahrungen lässt sich ableiten, dass es durchaus unterschiedliche Wege geben kann, dieser Personengruppe adäquate Hilfe zu gewähren. Welche Konzeptbausteine für die jeweilige örtliche Situation die geeignetsten sind, lässt sich nur auf der Grundlage lokaler Analysen feststellen. Die Gesundheitsberichterstattung sollte hier ihren Beitrag leisten.

4.2.5 Neue Aufgaben für das Gesundheitswesen

Wohnungslosigkeit ist Resultat und Ausdruck einer Summe sozialer und persönlicher Schwierigkeiten, die von den Betroffenen in der Regel nicht aus eigener Kraft überwunden werden können. Die notwendigen Hilfen zur Überwindung dieser Lebenslage zielen zunächst und primär auf die elementare Existenzsicherung. Hierbei sind sowohl die individuelle Hilfe-problematik als auch die Strukturprobleme von Armut und Unterversorgung in Problemlösungskonzepte einzubeziehen.

Die gesundheitliche Versorgung zählt zu den Bedingungen der elementaren Existenzsicherung. Wohnungslose sind durch ihre Lebenslage häufig von der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen. Die aufsuchenden medizinischen Hilfen thematisieren dieses lange vernachlässigte Thema. Sie können eine Akutversorgung sicherstellen und Brücken zu weitergehenden medizinischen Hilfen bauen. Dazu gehört die Anbindung an Einrichtungen der medizinischen Regelversorgung oder auch die Weiterbetreuung in einer Krankenwohnung. Letztere soll eine medizinische Versorgung derjenigen erleichtern, die für die Straße zu krank, jedoch nicht krankenhausbearbeitungsbedürftig sind.

Bei der personellen Ausstattung der medizinischen Teams sollte in Anbetracht der besonderen medizinischen Problemlagen wohnungsloser Frauen darauf geachtet werden, dass weibliche Mitarbeiterinnen als Ansprechpartnerinnen zur Verfügung stehen. Die Modellprojekte der Ärztekammer Westfalen-Lippe haben gezeigt, dass die Akzeptanz des Angebots bei wohnungslosen Frauen insbesondere dort hoch war, wo Ärztinnen mitarbeiteten (Ärztekammer Westfalen-Lippe, 1998). Gerade für wohnungslose Frauen können sich über die Wahrnehmung ihrer gesundheitlichen Belange Möglichkeiten eröffnen, sich aus gewaltbeherrschten Beziehungen zu lösen und eigene Lebensperspektiven wiederzugewinnen. Krankenwohnungen können hierzu einen hilfreichen Rahmen bieten.

Die gesundheitlichen Probleme stehen jedoch nicht isoliert, sondern sind eingebunden in eine „Problemkette“. Die aufsuchende medizinische Versorgung kann diese Problemkette nicht insgesamt lösen, sie muss sich allerdings in diese einbinden. Es handelt sich hierbei um eine klassische Gemeinschaftsaufgabe. Auf der Grundlage des § 72 BSHG hat der Einzelne Anspruch auf Hilfe zur Überwindung der besonderen sozialen Schwierigkeiten, die in die Wohnungslosigkeit geführt haben. Wohnungslosenhilfe ist deshalb eine umfassende, kombinatorische Sozialarbeit, die darauf zielt, durch die Verknüpfung von persönlichen Hilfen, durch Betreuung und Beratung mit arbeits- und unterbringungsbezogenen Hilfen die besonders schwierigen Lebensverhältnisse zu überwinden.

Auch das medizinische Hilfeangebot muss sich in diesen Zusammenhang stellen und ist als ein Element der Hilfe zu verstehen, das durch weitergehende Hilfen flankiert werden muss, um eine dauerhafte Gesundung ermöglichen zu können. Die leistungsrechtliche Abgrenzung von medizinischer und sozialarbeiterischer Hilfe muss dabei allerdings gewahrt bleiben.

In unserem arbeitsteiligen Gesundheitswesen nimmt der Öffentliche Gesundheitsdienst eigenständige Aufgaben wahr. In § 4 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) des Landes Nordrhein-Westfalen ist den unteren Gesundheitsbehörden als Aufgabe zugewiesen:

Soweit und solange die medizinisch-soziale Versorgung nicht oder nicht rechtzeitig gewährleistet ist, kann sie das Gesundheitsamt im Rahmen eigener Dienste und Einrichtungen erbringen. Medizinische Behandlung darf durchgeführt werden, bis die notwendige Behandlung durch niedergelassene Ärzte, niedergelassene Zahnärzte, Krankenhäuser und vergleichbare Einrichtungen übernommen werden kann (Abs. 1).

In Absatz 2 ist geregelt, dass die untere Gesundheitsbehörde den vorrangig verpflichteten Kostenträgern die Leistungen in Rechnung stellen kann. Insoweit sieht das Gesetz neue Regelungsmöglichkeiten für die medizinische Versorgung des von sozialer Ausgrenzung betroffenen Personenkreises vor, falls eine Versorgung nicht seitens der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung sichergestellt ist.

Ohne Zweifel treffen diese Kriterien der Unterversorgung auf den Personenkreis der Wohnungslosen zu. Mit diesem innovativen Ansatz hat das Land Nordrhein-Westfalen die Voraussetzungen zur Schließung der beschriebenen Strukturlücke geschaffen.

In der bereits zitierten Umfrage der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom Juli 1999 gaben auf die Frage „Halten Sie Art und Umfang der heutigen Versorgungsformen für ausreichend?“ 37 % der antwortenden unteren Gesundheitsbehörden „Ja“, 37 % „Nein“ und 26 % „nicht beurteilbar“ an (Abb. 10). Es fehlen demnach in jeder vierten Kommune die Kenntnisse um die besonderen Versorgungsbedarfe dieser Personengruppe. Jede zweite untere Gesundheitsbehörde sieht eine Notwendigkeit für besondere Versorgungsformen. Dieser hohe Prozentsatz sollte als Handlungsauftrag begriffen werden. Hierfür ist eine entsprechende Gesundheitsberichterstattung unerlässlich.

4.2.6 Grundlagen für die Verbesserung der medizinischen Versorgung allein stehender Wohnungsloser

Aus den Erfahrungen der aufsuchenden medizinischen Hilfen für Wohnungslose lassen sich die Erfolgsfaktoren für diese Versorgungsform ableiten. Als notwendig erweist sich:

- ▶ Sicherstellung einer Regelfinanzierung,

- ▶ personelle Kontinuität,
- ▶ strukturelle Vernetzung mit dem medizinischen Regelsystem und mit der bestehenden Wohnungslosenhilfe,
- ▶ Integration von Pflegekräften in die medizinischen Teams,
- ▶ Ärztinnen – oder zumindest weibliches Personal – in den Teams,
- ▶ Aufbau von Krankenwohnungen,
- ▶ nach Möglichkeit Ausstattung mit Ambulanzbussen,
- ▶ problembezogene qualifizierte Fortbildung,
- ▶ Qualitätssicherung/Dokumentation.

Die Maßnahmen sollten darauf zielen, die in diesem Katalog aufgeführten Elemente in alle Projekte einzubeziehen. Der Qualitätssicherung kommt hierbei eine Schlüsselaufgabe zu. Unter Strukturqualitäts-Gesichtspunkten ist die sächliche und personelle Ausstattung sicherzustellen. Die Prozessqualität misst sich am Grad der Kooperation und Vernetzung der beteiligten Partner. Die Ergebnisqualität zu sichern ist im wesentlichen Aufgabe und Gegenstand der medizinischen Dokumentation.

Mit Blick auf die hier beschriebenen niederschweligen Versorgungsformen hat Qualitätssicherung zudem zweierlei zu leisten. Über die Maßnahmen der Qualitätssicherung ist sicherzustellen, dass Wohnungslosen nicht – gewollt oder ungewollt – eine qualitativ schlechtere Versorgung in Projektform gewährt wird. Um dies zu verhindern, ist eine Dokumentation der in der Arbeit geleisteten Hilfen unverzichtbar. Durch Qualitätssicherungsmaßnahmen der in der Praxis entwickelten besonderen Behandlungsformen kann ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess eingeleitet und in Gang gehalten werden. Unter Berücksichtigung medizinisch anerkannter Behandlungsmethoden und Leitlinien gilt es, die besonderen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen. Die für die Behandlungssituation bestimmenden Lebensumstände haben hierbei im Vordergrund zu stehen, ohne Wirtschaftlichkeit und Effizienz beim Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel zu vernachlässigen.

Die Sicherstellung von Qualität setzt eine Einigung auf Qualitätsmerkmale voraus, die sich aus den Zielen aufsuchender medizinischer Hilfen ableiten lassen. Zu nennen sind vor allem die Erreichung bislang von der medizinischen Versorgung abgekoppelter Wohnungsloser, die Stabilisierung bzw. Verbesserung ihres Gesundheitszustandes, eine Veränderung ihres Gesundheits- und Arztnutzungsverhaltens und ihre Reintegration in die Regelversorgung. Zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des aufsuchenden Arbeitsansatzes ist die Dokumentation zielrelevanter Basisdaten unerlässlich. Dazu gehören insbesondere Informationen zum Behandlungsanlass und zur Krankengeschichte, zum bisherigen Versorgungsstatus im Regelsystem, zu den durchgeführten Behandlungsmaßnahmen und ihren Wirkungen sowie zur Behandlungskontinuität. Darüber hinaus sollten Weiterleitungen innerhalb des Regelsystems und erfolgte Anbindung an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte dokumentiert werden.

Der Dokumentation fällt auch unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitsberichterstattung besondere Bedeutung zu. In aggregierter Form können die erhobenen Daten über Zeitreihenanalysen wertvolle epidemiologische Informationen zu Entwicklungstrends sowie zu erforderlichen präventiven Interventionen liefern.

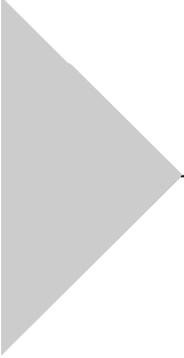
Die Arbeitsgemeinschaft „Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen“ innerhalb der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG) hat eine Fachgruppe „Dokumentation“ gebildet, die mit der Entwicklung eines einheitlichen Kerndatensatzes zur medizinischen Versorgung befasst ist. Auch für die nichtmedizinischen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe wird derzeit an der Entwicklung eines gesundheitsbezogenen Datensatzes als Teil

des bestehenden bundesweiten Dokumentationssystems wohnungsloser Alleinstehender (DWA) gearbeitet.

Weder in der Ausbildung zum Arzt noch in der ärztlichen Weiterbildung sind die besonderen Umstände und Anforderungen bei der medizinischen Versorgung Wohnungsloser thematisiert. Fortbildung sollte deshalb sowohl hinsichtlich des besonderen Behandlungsbedarfes und der besonderen Behandlungssituation als auch mit Blick auf die aussichtsreichsten Therapieformen verstärkt entwickelt und angeboten werden.

Literatur

- Ärztammer Westfalen-Lippe (ÄKW) (1998): Modellprojekt „Aufsuchende Gesundheitsfürsorge für Obdachlose“. Abschlußbericht. Münster.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG) (1997): DWA-Bundes-Aggregationsstatistik 1996. Unkommentierte Tabellen. Bielefeld.
- Eikermann, B. et al. (1992): Psychische Störungen bei nichtsesshaften Männern – Defizite in der psychiatrischen Versorgung? Sozialpsychiatrische Informationen 2, S. 29 - 32.
- Fichter, M. et al. (1999): Psychische Erkrankungen bei obdachlosen Männern und Frauen in München. Psychiatrische Praxis 26, S. 76 - 84.
- Institut für kommunale Psychiatrie (Hrsg.) (1996): Auf die Straße entlassen – obdachlos und psychisch krank. Bonn.
- John, W. (1988): Ohne festen Wohnsitz. Bielefeld.
- Kunstmann, W. (1996): Gesundheits- und Krankheitsverhalten allein stehender Wohnungsloser. in: Kongressdokumentation des 2. Kongresses „Armut und Gesundheit“ am 22.11.1996 in Berlin. Berlin, S. 28 – 34.
- Kunstmann, W. (1999a): Psychische Erkrankungen wohnungsloser Männer und Frauen – eine kritische Analyse aktueller Forschungen. in: Tagungsdokumentation der Fachtagung „Leben auf der Straße“ der Landesvereinigung für Gesundheit am 30.6.99 in Hannover.
- Kunstmann, W. (1999b): Medizinische Versorgungsprojekte für Wohnungslose – Ursachen, Modelle, Erfolge. Diss.rer.medic. Witten.
- Locher, G. (1990): Gesundheits-/Krankheitsstatus und arbeitsbedingte Erkrankungen von allein stehenden Wohnungslosen. Bielefeld.
- Podschus, J.; Dufeu, P. (1995): Alkoholabhängigkeit unter wohnungslosen Männern in Berlin. Sucht 45, 5, S. 348 – 354.
- Rosenke, W. (1996): Weibliche Wohnungsnot, Ausmaß – Ursachen – Hilfeangebote. Wohnungslos 38, 3, S. 77 – 81.
- Sperling, F.-M. (1985): Medizinische Untersuchungen an 109 nichtsesshaften Männern. Med. Diss. Münster.
- Trabert, G. (1994): Gesundheitssituation (Gesundheitszustand) und Gesundheitsverhalten von allein stehenden, wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation. Med. Diss. Bielefeld.
- Voellm, B.; Kunstmann, W.; Becker, H.: Der gesundheitliche Status akut und ehemals wohnungsloser Männer in Dortmund (in Vorbereitung).



5

**Geschlechtsspezifische Aspekte von ausgewählten
häufigen Erkrankungen und in der Versorgung**

- 5.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiologischen Versorgung und Rehabilitation**
- 5.2 Krebserkrankungen bei Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen**
- 5.3 Psychische Erkrankungen und psychosomatische Störungen bei Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen**

5.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiologischen Versorgung und Rehabilitation

5.1.1 Die koronare Herzerkrankung: Inzidenz und Mortalität

Nahezu die Hälfte aller Todesfälle in der Bundesrepublik Deutschland ist Folge einer Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems. Zahlenmäßig sind dabei vor allem die ischämischen Herzerkrankungen bedeutsam, auf die sich dieser Beitrag beschränken wird. 20 % aller kardiovaskulären Todesfälle werden durch einen akuten Myokardinfarkt verursacht (siehe Tabelle 1). Das Erkrankungsrisiko steigt bei Frauen und Männern mit dem Alter an.

| Jahr | Bundesrepublik Deutschland | | Nordrhein-Westfalen | |
|------|---|-------------------------------|---|-------------------------------|
| | Ischämische Herzkrankheiten ICD 410-414 | Akuter Myokardinfarkt ICD 410 | Ischämische Herzkrankheiten ICD 410-414 | Akuter Myokardinfarkt ICD 410 |
| 1987 | 168 732 | 88 251 | 39 709 | 21 695 |
| 1988 | 169 063 | 85 997 | 39 252 | 20 369 |
| 1989 | 167 453 | 85 474 | 37 940 | 20 530 |
| 1990 | 172 511 | 85 625 | 38 164 | 19 839 |
| 1991 | 180 918 | 90 326 | 36 887 | 19 291 |
| 1992 | 179 679 | 88 158 | 38 285 | 18 911 |
| 1993 | 184 487 | 89 088 | 39 728 | 19 551 |
| 1994 | 180 891 | 89 915 | 38 403 | 18 961 |
| 1995 | 183 736 | 87 739 | 39 906 | 19 590 |
| 1996 | 181 305 | 85 208 | 39 761 | 19 624 |
| 1997 | 178 650 | 82 893 | 41 638 | 20 064 |

Tabelle 1: Sterbefälle infolge von ischämischen Herzkrankheiten, Bundesrepublik Deutschland und Nordrhein-Westfalen, 1987 - 1997 (Statistisches Bundesamt Wiesbaden)

Bundes- oder landesweite Daten zur Inzidenz der koronaren Herzkrankheit (KHK) stehen nicht zur Verfügung. Einen Anhaltspunkt über die Inzidenz von Myokardinfarkten liefert die Statistik der Krankenhausfälle infolge von ischämischen Herzkrankheiten (vgl. Abbildung 1).

Beim Vergleich der Erkrankungshäufigkeit (Prävalenzraten) von Frauen und Männern zeigt sich eine deutliche Altersabhängigkeit. Allgemein gilt, dass Männer häufiger als Frauen an einer ischämischen Herzerkrankung, auch koronare Herzkrankheit (KHK) genannt, leiden und die Unterschiede sich erst mit sehr fortgeschrittenem Alter angleichen (vgl. Tabelle 2). Wird nur die absolute Häufigkeit der Krankenhausbehandlungen wegen ischämischer Herzerkrankung oder akutem Myokardinfarkt betrachtet, finden sich in der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen erstmals mehr Krankenhausbehandlungen für Frauen als für Männer. Diese Aussage relativiert sich jedoch, wenn man die Zahl der Krankenhausfälle je 100 000 Einwohner betrachtet. Bezogen auf die jeweils noch lebenden Frauen und Männer kann bis zum höchsten Alter eine höhere Prävalenzrate der KHK bei Männern festgestellt werden (bezogen auf die Krankenhausfälle).

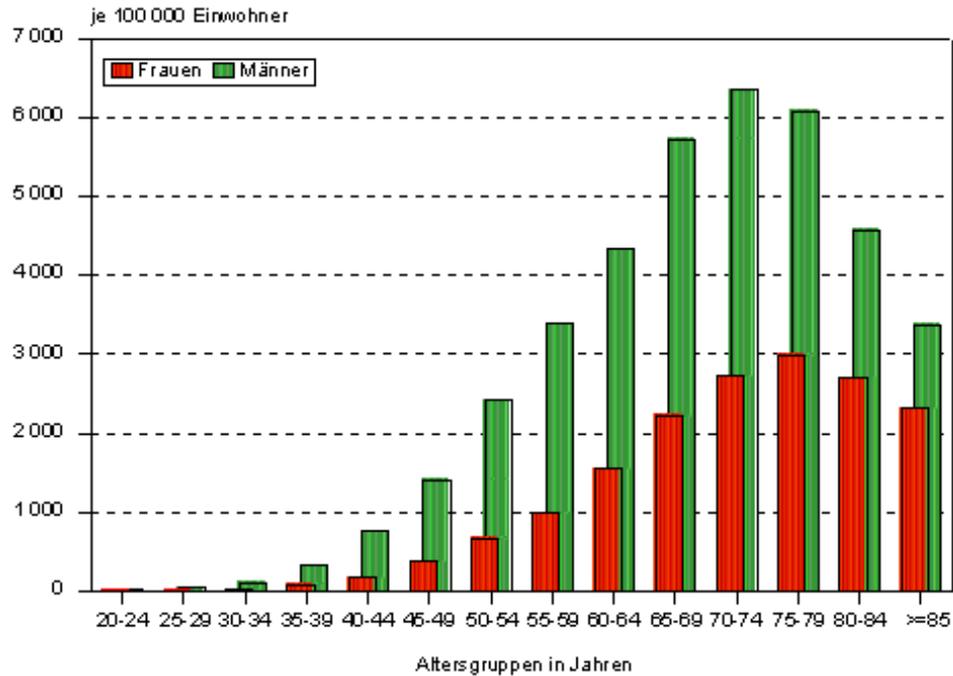


Abbildung 1: Krankenhausfälle infolge von ischämischen Herzkrankheiten nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1997

Nach den Daten des MONICA Herzinfarktregisters Augsburg versterben 44 % der weiblichen und 31 % der männlichen Infarktpatienten, ohne in ein Krankenhaus gelangt zu sein. Als mögliche Ursachen der höheren prähospitalen Mortalität von Frauen im Vergleich mit Männern werden ein schlechterer Gesundheitszustand, längere patientenseitige Verzögerungen bis zur Arztkonsultation sowie Unterschiede im ärztlichen Überweisungsverhalten vermutet. Die Hospitalsterblichkeit (28-Tage-Sterblichkeit) liegt bei 25 %. Überleben die stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten die ersten 24 Stunden, liegt die Sterberate bis zum 28. Tag bei 11 %. Frauen haben vermutlich eine höhere Hospitalsterblichkeit als Männer. Als mögliche Ursachen der höheren Sterblichkeit bei Frauen werden das höhere Alter der Herzinfarktpatientinnen, die fortgeschrittenen Gefäßveränderungen und die größere Multimorbidität angeführt.

Ein ungelöstes Problem in der zeitnahen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit akutem Herzinfarkt ist die patientenseitige Verzögerung bis zum ersten Arztkontakt (Mannebach/Gleichmann, 1988). Die Prähospitalphase ist vor allem bei älteren, allein stehenden und nicht mobilen Frauen besonders lang, andererseits ist der Wirkungsgrad von zielgruppenorientierten Informationskampagnen zur Verkürzung der Prähospitalphase bei Frauen besonders gut. So wurden in der Herzinfarkt Ostwestfalen Studie (HOLS) in einem Zeitraum von 12 Monaten (Oktober 1991 - September 1992) 1 575 Infarktpatientinnen und -patienten registriert. Vor einer Medienkampagne lag die Prähospitalzeit bei 4,5 Stunden (Median); im Augsburger Herzinfarktregister lag der Medianwert bei 5 Stunden. Durch eine Medienkampagne verkürzte sich die Prähospitalzeit in der Studienregion auf 3,5 Stunden (Median). Zur Krankenhausaufnahme innerhalb von 4 Stunden nach Beginn der Infarktsymptome kamen vor der Kampagne 34 % der männlichen, aber nur 17 % der weiblichen Infarktpatienten. Nach der Kampagne

nahm die Rate der Frühaufnahmen bei den Männern um 7 %, bei den Frauen um 11 % zu (Gleichmann et al., 1994).

| Altersgruppe | Relation Frauen : Männer |
|--------------|--------------------------|
| 20 - 24 | 1 : 2,0 |
| 25 - 29 | 1 : 3,3 |
| 30 - 34 | 1 : 3,7 |
| 35 - 39 | 1 : 3,7 |
| 40 - 44 | 1 : 4,3 |
| 45 - 49 | 1 : 3,6 |
| 50 - 54 | 1 : 3,6 |
| 55 - 59 | 1 : 3,4 |
| 60 - 64 | 1 : 2,8 |
| 65 - 69 | 1 : 2,6 |
| 70 - 74 | 1 : 2,3 |
| 75 - 79 | 1 : 2,0 |
| 80 - 84 | 1 : 1,7 |
| 85 und älter | 1 : 1,5 |

Tabelle 2: Altersabhängige Veränderungen der Geschlechterrelation bei Krankenhausfällen wegen ischämischer Herzkrankheiten je 100 000 Einwohner, Nordrhein-Westfalen, 1997 (LDS/lögd, 1999)

Die Zahl der Todesfälle an ischämischen Herzkrankheiten ist nach einem „vereinigungsbedingten“ Anstieg 1990 (verursacht durch die höhere Mortalitätsrate in den neuen Bundesländern) in den letzten Jahren leicht rückläufig, obwohl bei den kardiovaskulären Risikofaktoren keine entscheidende Veränderung zu verzeichnen ist. Allerdings lassen sich für Frauen und Männer deutlich unterschiedliche Trends aufzeigen (Bruckenberger, 1998), die seit 1979 zu einer allmählichen Angleichung der Mortalitätsraten von Frauen und Männern nach Myokardinfarkt führten (Abbildung 2). Ein anderes Bild ergibt sich für „sonstige chronische ischämische Herzkrankheiten“ (ICD-Nr. 414). Infolge verbesserter medizinischer Behandlungsmöglichkeiten von Herzinfarkt und Koronararteriosklerose nimmt die Zahl chronisch kranker Herzpatientinnen und -patienten (nach Herzinfarkt und/oder kardiologischen bzw. kardiochirurgischen Interventionen) stetig zu. Diese Patientengruppe verstirbt nach langem progredienten Krankheitsverlauf oft nicht an einem akuten koronaren Ereignis, sondern an den langfristigen Folgen der koronaren Herzerkrankung (z. B. Herzinsuffizienz, Kardiomyopathie). Aus Abbildung 2 ist ersichtlich, dass die Mortalitätsraten für chronische ischämische Herzerkrankungen seit dem Jahre 1980 leicht angestiegen sind. Dabei liegt die Mortalitätsrate der Frauen höher als die der Männer.

Bezüglich der Frühsterblichkeit nach Herzinfarkt wurde in einer amerikanischen Studie sogar ein um mehr als das Zweifache erhöhtes Mortalitätsrisiko für Frauen unter 50 Jahren gegenüber der männlichen Vergleichsgruppe gefunden (Vaccarino et al., 1999). Erst ab einem

Alter von 74 Jahren erreichten die Mortalitätsraten für beide Geschlechter ein gleich hohes Niveau. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der medizinischen Behandlung (Diagnose, Therapie) erklären nur einen Teil dieses Untersuchungsergebnisses.

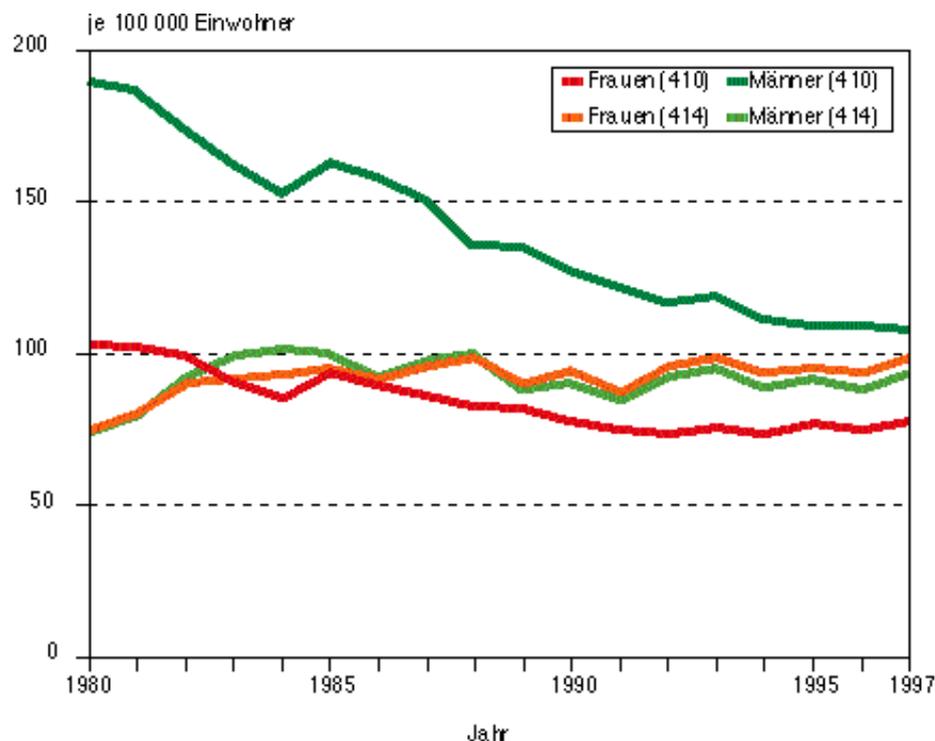


Abbildung 2: Sterberate infolge von Herzinfarkt (ICD 410) und „Sonstige Formen von chronischen ischämischen Herzkrankheiten“ (ICD 414) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1980 - 1997

5.1.2 Der Rehabilitationsprozess und die Versorgungsstruktur in Nordrhein-Westfalen

Der Rehabilitationsprozess wird in Deutschland nach der WHO-Definition in drei Phasen gegliedert: die Akutphase (Behandlung im Akutkrankenhaus), die Konvaleszenzphase (kardiologische Anschlussrehabilitation) und die Langzeitrehabilitation am Wohnort, die in Deutschland von den niedergelassenen Ärzten und den ambulanten Herzgruppen getragen wird. Der Behandlungsprozess in Deutschland ist gekennzeichnet durch eine Vielfalt an Kostenträgern und Leistungserbringern. Bis hinein in das Sozialrecht hat sich die Gewohnheit verfestigt, Akutversorgung, Rehabilitation und Langzeitbehandlung durch die niedergelassenen Ärzte als systematisch voneinander unterscheidbare Versorgungsbereiche zu betrachten, mit unterschiedlichen Zugangsrechten, Leistungen, Organisationen und Trägergruppen. Eine strukturelle Vernetzung ist nicht vorhanden, statt dessen beschäftigen sich einzelne Anbieter phasenweise mit Teilausschnitten der Gesundheitsproblematik Herzkranker, in der Regel ohne ausreichen-

de Absprache mit vor- oder nachgelagerten Versorgungseinrichtungen und ohne Kooperation untereinander (Badura et al., 1995).

In der Akutversorgung (Phase I) von Patientinnen und Patienten mit ischämischen Herzerkrankungen werden invasive diagnostische Verfahren wie die Koronarangiographie und therapeutische Verfahren wie die perkutane transluminale koronare Angioplastie (PTCA) und die Bypassoperation eingesetzt. Im Hinblick auf die drei bedeutsamsten medizinisch-technischen Leistungen in der Akutversorgung der KHK - Koronarangiographie, PTCA und Bypass-Operation - kann die Angebotsstruktur in Nordrhein-Westfalen mit der anderer Bundesländer verglichen werden. Die Häufigkeit der Anwendung dieser Verfahren hat sich insgesamt in den letzten 10 Jahren vervielfacht: Herzkatheter-Untersuchungen um mehr als das 4fache, PTCA um mehr als das 10fache und Bypass-Operationen um mehr als das 3fache (siehe Tabelle 3).

| Jahr | Bundesrepublik Deutschland | | | | Nordrhein-Westfalen | | | |
|------|----------------------------|---------|--------|--------|---------------------|--------|--------|--------|
| | Herz-katheter | PTCA* | ACVB** | HLM*** | Herz-katheter | PTCA* | ACVB** | HLM*** |
| 1987 | 114 040 | 12 083 | 19 959 | 28 476 | 33 698 | • | • | • |
| 1988 | 131 407 | 16 923 | 21 363 | 30 659 | 41 454 | 3 542 | • | • |
| 1989 | 146 089 | 23 360 | 22 484 | 32 786 | 44 219 | 5 411 | 6 051 | 9 054 |
| 1990 | 175 997 | 32 459 | 26 137 | 38 783 | 59 563 | 8 879 | 7 422 | 10 882 |
| 1991 | 214 267 | 44 528 | 28 528 | 42 291 | 68 893 | 11 924 | 7 744 | 11 458 |
| 1992 | 246 115 | 56 267 | 33 597 | 48 953 | 77 741 | 14 470 | 8 859 | 13 164 |
| 1993 | 279 882 | 69 804 | 39 469 | 56 082 | 87 127 | 17 965 | 10 113 | 14 541 |
| 1994 | 357 747 | 88 380 | 47 480 | 65 347 | 96 210 | 21 372 | 10 846 | 15 334 |
| 1995 | 409 159 | 109 669 | 58 420 | 78 184 | 106 384 | 25 179 | 12 344 | 17 034 |
| 1996 | 452 016 | 125 840 | 65 888 | 87 372 | 114 068 | 28 195 | 13 257 | 18 071 |
| 1997 | 478 837 | 135 925 | 69 888 | 92 247 | 120 857 | 31 091 | 13 825 | 18 852 |
| 1998 | 528 429 | 146 662 | 74 003 | 96 889 | 138 012 | 34 893 | 14 875 | 20 070 |

* Koronardilatationen
 ** Aortocoronarer Venenbypass
 *** alle Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine

Tabelle 3: Entwicklung der kardiologischen und kardiochirurgischen Leistungszahlen in der Bundesrepublik Deutschland und Nordrhein-Westfalen, 1987 bis 1998

1998 standen in Nordrhein-Westfalen für die Durchführung koronarangiographischer Untersuchungen insgesamt 126 Linksherzkatheter-Messplätze zur Verfügung, hochgerechnet entspricht das einer Zahl von 7 Messplätzen pro 1 Million Einwohner. Damit gehört Nordrhein-Westfalen zu den vier Bundesländern mit dem dichtesten Versorgungsangebot (Berlin 6,8; Hessen 6,8, Hamburg 9,4 Messplätze pro 1 Million Einwohner). Bezogen auf 1 Million Einwohner wurden in Nordrhein-Westfalen mit 7 678 deutlich mehr Linksherzkatheter-Untersuchungen durchgeführt als im Mittel in Deutschland insgesamt (6 441). Bei der Durchführung der PTCA liegt Nordrhein-Westfalen mit 1 941 Maßnahmen auf eine Million Einwohner zwar auch über dem Durchschnitt in Deutschland (1 788), bewegt sich aber auf alle Länder bezogen im Mittelfeld. Im mittleren Bereich und dabei sogar leicht unter dem deutschen Durchschnitt (1 124) liegt Nordrhein-Westfalen auch bei den Herzoperationen mit Herz-Lungenmaschine mit 1 049 Operationen je 1 Million Einwohner. Bypass-Operationen umfassen mehr als 2/3 dieser Herzoperationen.



Die kardiologische Rehabilitation der Phase II wird in Deutschland bisher fast ausschließlich stationär in Rehabilitationskliniken durchgeführt. In Deutschland wurden Anfang 1998 123 Rehabilitationskliniken geführt, mit denen von den zuständigen Kostenträgern Verträge über die Erbringung von Anschlussrehabilitation von Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs (Indikationsgruppe 1) abgeschlossen wurden (Bruckenberg, 1998). Die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (DGPR) veröffentlicht regelmäßig ein aktualisiertes Verzeichnis von Herz-Kreislauf-Rehabilitationskliniken in Deutschland, die dem Qualitätsstandard der DGPR entsprechen. Für Nordrhein-Westfalen werden 16 Kliniken angeführt, die ausschließlich oder neben anderen Indikationsbereichen Herz-Kreislauf-Patienten behandeln (insgesamt 92 Kliniken, für alle anderen Länder außer Bayern (16), Baden-Württemberg (16) und Hessen (13) werden weniger als 10 Kliniken angegeben (DGPR, 1998). Weil die Rehabilitation oft nicht in dem Bundesland durchgeführt wird, in dem der Wohnort liegt und weil die Bettenkapazität der einzelnen Kliniken sehr unterschiedlich ist, kann aus diesen Daten keine verlässliche Schlussfolgerung auf eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung im Ländervergleich gezogen werden.

Seit einigen Jahren führen niedergelassene Kardiologen ambulante kardiologische Rehabilitation (Phase II) im Rahmen von Modellversuchen oder Pilotvorhaben durch. Einige dieser ambulanten Modelle wurden in Nordrhein-Westfalen gestartet, wie zum Beispiel das Kölner Modell und das Düsseldorfer Modell. Ein Vergleich ambulanter und stationärer kardiologischer Rehabilitation zeigte, dass aufgrund der unklaren Finanzierung ambulanter kardiologischer Rehabilitation die Strukturqualität der ambulanten Reha-Zentren im Hinblick auf die interdisziplinäre Zusammensetzung des Behandlungsteams und deswegen auch bezogen auf die Komplexität des angebotenen Rehabilitationsprogramms zu Beginn der 90er Jahre geringer war als in den untersuchten Rehabilitationskliniken (Badura et al., 1995). Im Hinblick auf die kurzfristigen Rehabilitationserfolge erwiesen sich die Rehabilitationskliniken als effizienter bei der Modifikation der Risikofaktoren, mittel- und langfristig konnte ein Vorteil der stationären Rehabilitation gegenüber der ambulanten nur noch im Hinblick auf die Raucherentwöhnung festgestellt werden (Grande/Schott/Badura, 1999). Neuere Studien verweisen auf verbesserte Erfolge der ambulanten Rehabilitation bei der Risikofaktoren-Modifikation.

Ein für Deutschland spezifisches Versorgungsangebot der kardiologischen Rehabilitation in der Phase III (Langzeitrehabilitation) sind die ambulanten Herzgruppen, deren Indikationsbereich verschiedenste kardiologische Krankheitsbilder umfasst (Unverdorben/Brusis/Rost, 1995). In diesen Herzgruppen wird einmal wöchentlich ein Trainings- oder Übungsprogramm zur Steigerung oder Erhaltung der körperlichen Fitness in Anwesenheit eines Arztes und unter Leitung eines Sporttherapeuten absolviert. Sekundärpräventive Inhalte und Aspekte der Krankheitsbewältigung werden als wesentlich angesehen, in der Praxis jedoch kaum berücksichtigt. In Deutschland gibt es ca. 3 500 solcher ambulanten Herzgruppen, an denen schätzungsweise über 100 000 Patientinnen und Patienten teilnehmen (www.dgpr.de). Die Zahl wird, gemessen am Bedarf bzw. an der jährlichen Neuerkrankungsrate, als viel zu gering angesehen.

5.1.3 Geschlechtsspezifische Aspekte bei Diagnostik und akutmedizinischen Interventionen

Die Differenzialdiagnose einer KHK wird bei Frauen als schwieriger angesehen. Es fehlen spezifische Diagnosekriterien für Frauen. Da die Symptome der KHK bei Männern als diagnostischer Standard gelten, werden Symptome und Probleme, die bei Frauen auftreten, häu-

fig als „atypisch“ beschrieben. Bis in die 90er Jahre bezogen sich fast alle Forschungsbefunde zum Krankheitsverlauf, zu Risikofaktoren und zur Wirksamkeit medizinischer Interventionen ausschließlich oder hauptsächlich auf männliche KHK-Patienten im mittleren Alter. Als Erklärung für die fehlende Repräsentanz von Frauen mit KHK in der epidemiologischen Forschung werden genannt: die geringere Inzidenz, die Schwierigkeit, adäquate Samplegrößen zu gewinnen, die Altersunterschiede bei der Erstmanifestation, die höhere Rate falsch-positiver Befunde in der medizinischen Diagnostik bei Frauen, die geringere Bedeutung der Berufstätigkeit bei Frauen (höheres Alter bei Erstmanifestation, seltenere Erwerbstätigkeit), aber auch die Annahme vieler Ärzte, dass Frauen weniger herzinferktgefährdet seien als Männer (Packard/Friedman, 1997).

Durch die Orientierung medizinischer Diagnostik und Therapie am besser erforschten „männlichen Fall“ werden geschlechtsspezifische Unterschiede in der klinischen Symptomatik, den Risikofaktoren und im Verlauf der KHK nicht angemessen berücksichtigt (Packard/Friedman, 1997). Daten der Framingham-Studie zeigten, dass Frauen häufiger Angina pectoris-Beschwerden berichteten, diese aber nur selten einen späteren Herzinfarkt vorhersagten. In der Coronary Artery Surgery Study (CASS) wiesen 55 % der Frauen und nur 21 % der Männer, die wegen Angina pectoris-Beschwerden koronarangiographiert wurden, keine oder insignificant Stenosen auf. Trotz der eingeschränkten prognostischen Bedeutung der Herzbeschwerden ist Angina pectoris bei Frauen üblicherweise die klinische Erstmanifestation der KHK. Im Myocardial Infarction Triage and Intervention Project berichteten 99 % der Frauen und Männer Brustschmerzen vor dem Herzinfarkt. Frauen und Männer erlebten zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme gleich häufig „atypische“ Beschwerden im Oberbauch, Atemnot, Übelkeit und Müdigkeit. Andere Studien zeigten für Frauen ein häufigeres Auftreten unklarer Beschwerden. Vergleichbare Studien aus Deutschland liegen bisher nicht vor.

Epidemiologische Studien vor allem aus den USA zur Versorgung von KHK-Patientinnen und Patienten in der Akutkardiologie deuten auf zum Teil erhebliche Differenzen in der Intensität und Invasivität der diagnostischen und therapeutischen Interventionen bei Männern und Frauen hin, die sich nicht durch entsprechende Unterschiede in den medizinischen Befunden begründen lassen. Es konnte gezeigt werden, dass Frauen seltener zu einer Thrombolyse, Koronarangiographie, PTCA oder Bypass-Operation überwiesen werden. Frauen mussten bei Beschwerden im Thoraxbereich länger auf eine ärztliche Untersuchung und ein EKG warten, sie wurden im Fall einer akuten Myokardischämie seltener auf die Intensivstation aufgenommen als Männer. Das galt sowohl für Frauen, bei denen nur ein Verdacht auf eine KHK bestand als auch für Frauen mit gesicherter Diagnose nach Herzinfarkt oder Koronarangiographie.

Über geschlechtsspezifische Versorgungsunterschiede in der Akutkardiologie in Deutschland und in Nordrhein-Westfalen können bisher kaum Aussagen gemacht werden, weil entsprechende Statistiken fehlen. Anhand der Daten des Herzinfarktregisters Augsburg konnten im Zeitraum von 1985 - 1992 nur zum ersten Erhebungszeitpunkt 1985 geschlechtsspezifische Unterschiede in der Häufigkeit koronarangiographischer Untersuchungen (Frauen: 9 %, Männer: 37 %) und der thrombolytischen Therapie (Frauen 12 %, Männer 27 %) nach Herzinfarkt festgestellt werden (Löwel et al., 1994). Für Frauen und Männer stieg die Rate der Koronarangiographien bis 1992 auf über 50 %, die Rate der Akutmedikation mit Thrombolytika auf 42 % bei Frauen und 38 % bei Männern an. Keine geschlechtsspezifischen Unterschiede ließen sich für die Häufigkeit der Durchführung einer PTCA finden, aber für Bypass-Operationen zeigte sich auch zum letzten Messzeitpunkt noch eine geringere Häufigkeit bei Frauen (1990/92: 0,9 % vs. 1,8 %). Bezogen auf die 1997 wegen koronarer Herzerkrankungen in

Deutschland durchgeführten Herzoperationen mit Herz-Lungen-Maschine lag der Anteil der Frauen bei 25 % - 30 % (Bruckenberg, 1998).

5.1.4 Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen und Unterschiede im Rehabilitationserfolg

Eine Reihe empirischer Studien belegen mittlerweile, dass Maßnahmen der kardiologischen Rehabilitation eine angemessene und wirksame Intervention zur Verbesserung der somatischen, psychischen und sozialen Situation nach einem schweren kardialen Ereignis darstellen und durch eine langfristig orientierte sekundärpräventive Perspektive zur Verbesserung der Prognose beitragen können. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme und im Erfolg medizinischer Rehabilitationsleistungen werden deshalb in den letzten Jahren immer stärker problematisiert. In den Empfehlungen der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation werden Frauen unter der Rubrik „Rehabilitation bei besonderen Personengruppen“ behandelt (VDR, 1992). In Deutschland und international wird eine deutlich geringere Inanspruchnahme bzw. eine Unterinanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen durch Frauen festgestellt (Carhart/Ades, 1998).

Die Rehabilitations-Statistiken des VDR zeigen (Abbildung 3): 1998 wurden von den gesetzlichen Rentenversicherungsträgern (GRV) 75 158 „medizinische und sonstige Rehabilitationsleistungen“ wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen durchgeführt, davon 24 % bei Frauen (1988 ebenfalls 24 %) (VDR, 1999). Bezogen auf die ischämischen Herzkrankheiten wurden 1995 insgesamt 43 849 Rehabilitationsleistungen erbracht, davon 13 % für Frauen. Rehabilitationsleistungen wegen ischämischer Herzerkrankungen hatten 1995 einen Anteil von 5 % an allen medizinischen und sonstigen Rehabilitationsleistungen (bei Männern 7,7 %, bei Frauen nur 1,4 % aller Maßnahmen). Seit Beginn der 70er Jahre werden in Deutschland Anschlussheilbehandlungen als ein besonderes Verfahren der Rehabilitation durchgeführt. Durch eine „unbürokratische“ Überweisung der Patientinnen und Patienten aus dem Akutkrankenhaus in die Rehabilitationsklinik soll der Rehabilitationsprozess schnell und kontinuierlich fortgeführt werden. Von den 1998 von der GRV finanzierten 40 732 kardiologischen Anschlussheilbehandlungen entfielen nur 20 % auf Frauen (der Anteil der Frauen ist jedoch seit 1988 stetig von 14 % auf 20 % gestiegen) (VDR, 1999).

Für die Interpretation dieser Zahlen ist Folgendes zu berücksichtigen: In der GRV ist nur ein Teil der Bevölkerung Deutschlands versichert, und davon hat nur eine Untergruppe Anspruch auf medizinische Rehabilitationsleistungen der GRV. Für Personen zum Beispiel, die aus Altersgründen bereits berentet wurden und Frauen, die nicht berufstätig bzw. nicht über die Ehemänner versichert sind, werden die Rehabilitationsleistungen von der Krankenkasse erbracht. Dies dürfte auf eine zahlenmäßig bedeutsame Gruppe von Frauen nach Herzinfarkt zutreffen. 1995 entfielen 63 % aller stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen auf die GRV, 31 % auf die Krankenversicherung und 6 % auf die Unfallversicherung. Seit 1995 gibt es keine umfassende und vergleichbare Statistik zu den in Anspruch genommenen Rehabilitationsmaßnahmen mehr. Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass ca. 30 % - 40 % aller Rehabilitationsleistungen von den GKV finanziert werden.

Im Folgenden sollen – im Vergleich zu den Statistiken für Deutschland – die medizinischen und sonstigen Leistungen der GRV für Patientinnen und Patienten unter 65 Jahren für Nordrhein-Westfalen für das Jahr 1997 dargestellt werden (Tabelle 4). Ausgewählt wurden alle oben

genannten Indikationsbereiche der kardiologischen Rehabilitation. Frauen nahmen 1997 18 % der Rehabilitationsmaßnahmen für alle kardiologischen Erkrankungen (das entspricht ICD-Nr. 390 - 429) in Anspruch. Bezogen auf den wichtigsten Indikationsbereich der kardiologischen Rehabilitation (ischämische Herzerkrankungen, Zustand nach Herzinfarkt, Bypass-Operation oder PTCA) wurden in Nordrhein-Westfalen nur 12 % aller Leistungen für Frauen erbracht (Deutschland insgesamt: 13 %) (vgl. Abbildung 4).

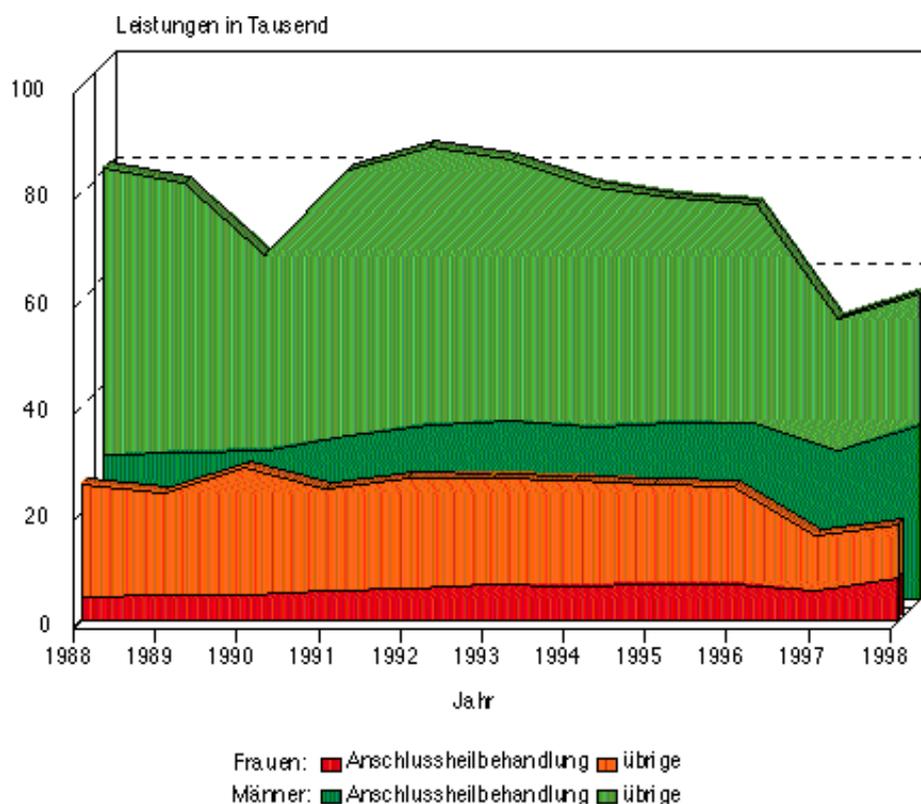


Abbildung 3: Medizinische und sonstige Rehabilitationsleistungen infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Geschlecht, Bundesrepublik Deutschland, 1988 - 1998

Dieses Verhältnis von sieben Männern zu einer Frau in der Inanspruchnahme von kardiologischen Rehabilitationsleistungen lässt sich nicht allein auf die unterschiedlichen Prävalenzraten (s. o.) zurückführen. Rehabilitationsleistungen wegen ischämischer Herzkrankheiten (ICD-Nr. 410 - 414) umfassten 1997 einen Anteil von 7 % an allen Leistungen der GRV in Nordrhein-Westfalen, allerdings mit erheblichen geschlechtsspezifischen Unterschieden (Frauen: 2 %, Männer: 10 %).

Es ist vermutet worden, Frauen würden stationäre Rehabilitationsmaßnahmen wegen familiärer Verpflichtungen häufiger ablehnen und deshalb von ambulanten Angeboten besonders profitieren. Ein empirischer Nachweis dieser Vermutung steht jedoch aus. Auch die ersten Ergebnisberichte zu ambulanten oder teilstationären kardiologischen Rehabilitationsangeboten zeigen nicht, dass Frauen ambulante bzw. teilstationäre Angebote eher in Anspruch neh-

men als stationäre. Für die ambulante kardiologische Rehabilitation wird ein Frauenanteil zwischen 13 % und 30 %, für die teilstationäre Rehabilitation von ca. 7 % berichtet.

Nach einer landesweiten Umfrage des Landessportbundes (LSB) lag 1995 in den existierenden ambulanten Herzgruppen in Nordrhein-Westfalen (Phase III der kardiologischen Rehabilitation) das Geschlechtsverhältnis bei rund 3 : 1, im Durchschnitt bestanden die Herzgruppen aus je 7 Frauen und 19 Männern. Weder beim mittleren Alter (Durchschnitt 61 Jahre) noch bei der Dauer der Zugehörigkeit zur Gruppe (Mittelwert 52 Monate) gab es Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Auch in der subjektiven Einschätzung über den Nutzen der ambulanten Herzgruppe unterschieden sich Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht (Mannebach/Matlik/Mönnich, 1997).

| ICD-9 | Frauen | | Männer | | Insgesamt | |
|------------------|--------------|------------------------|---------------|------------------------|---------------|------------------------|
| | Anzahl | je 100 000 Versicherte | Anzahl | je 100 000 Versicherte | Anzahl | je 100 000 Versicherte |
| 390-392 | 8 | 0,28 | 3 | 0,07 | 11 | 0,16 |
| 393-398 | 25 | 0,86 | 110 | 2,63 | 135 | 1,91 |
| 401-405 | 805 | 27,84 | 1 642 | 39,22 | 2 447 | 34,57 |
| 410-414 | 991 | 34,27 | 7 115 | 169,96 | 8 106 | 114,52 |
| 415-417 | 35 | 1,21 | 70 | 1,67 | 105 | 1,48 |
| 420-429 | 357 | 12,35 | 1 231 | 29,40 | 1 588 | 22,44 |
| Insgesamt | 2 221 | 76,80 | 10 171 | 242,96 | 12 392 | 175,07 |

| | |
|---------|---|
| 390-392 | Akutes rheumatisches Fieber |
| 393-398 | Chronische rheumatische Herzkrankheiten |
| 401-405 | Hypertonie und Hochdruckkrankheiten |
| 410-414 | Ischämische Herzkrankheiten |
| 415-417 | Krankheiten des Lungenkreislaufs |
| 420-429 | Sonstige Formen von Herzkrankheiten |

Tabelle 4: Kardiologische Rehabilitationsleistungen (ICD 390 - 429) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1997

Wegen der vergleichsweise geringeren Teilnehmeraten von Frauen gibt es in Nordrhein-Westfalen seit 1994 Herzsportgruppen, die nur für Frauen angeboten werden. Aktuell bestehen 6 vom Landessportbund NRW organisierte Frauen-Herzsportgruppen. Unter anderem wird hier dem Wunsch Rechnung getragen, körperliche Trainingsprogramme nicht gemeinsam mit männlichen Teilnehmern absolvieren zu müssen.

Ob und inwiefern Frauen in gleichem oder ähnlichem Maß wie Männer von bestimmten Rehabilitationsmaßnahmen profitieren, ob ihre insgesamt geringeren Teilnehmeraten also tatsächlich mit einem ungünstigeren Krankheitsverlauf verbunden sind, ist ungeklärt. Die Mehrheit der US-amerikanischen Studien legt nahe, dass Frauen trotz höheren Alters, größerer Komorbidität, weiter fortgeschrittener KHK und schlechterem Risikofaktorenstatus durch die Teilnahme an einem ambulanten Rehabilitationsprogramm vergleichbare Erfolge in der Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, bei der Senkung von Cholesterinspiegel, LDL,

Triglyzeriden und Körpergewicht, in der Verringerung koronarer Ereignisse und der Verbesserung des Koronarstatus erreichen. Amerikanische Studien belegen andererseits höhere Drop-out-Raten bei längerfristig angelegten Interventionen sowie eine noch geringere Compliance für weibliche verglichen mit männlichen Rehabilitanden. Frauen haben möglicherweise andere Präferenzen im Hinblick auf das Rehabilitationsprogramm, sie wünschen sich mehr emotionale Unterstützung, weniger oft unter Schmerzen zu leiden und andere Trainingsformen als das Ergometertraining. Im Unterschied zu Männern wünschten sich die Frauen häufiger, während der Übungen nicht erschöpft zu werden. Für Nordrhein-Westfalen ebenso wie für ganz Deutschland fehlen zuverlässige Daten über den Rehabilitationserfolg bei Frauen und im Vergleich zu Männern völlig.

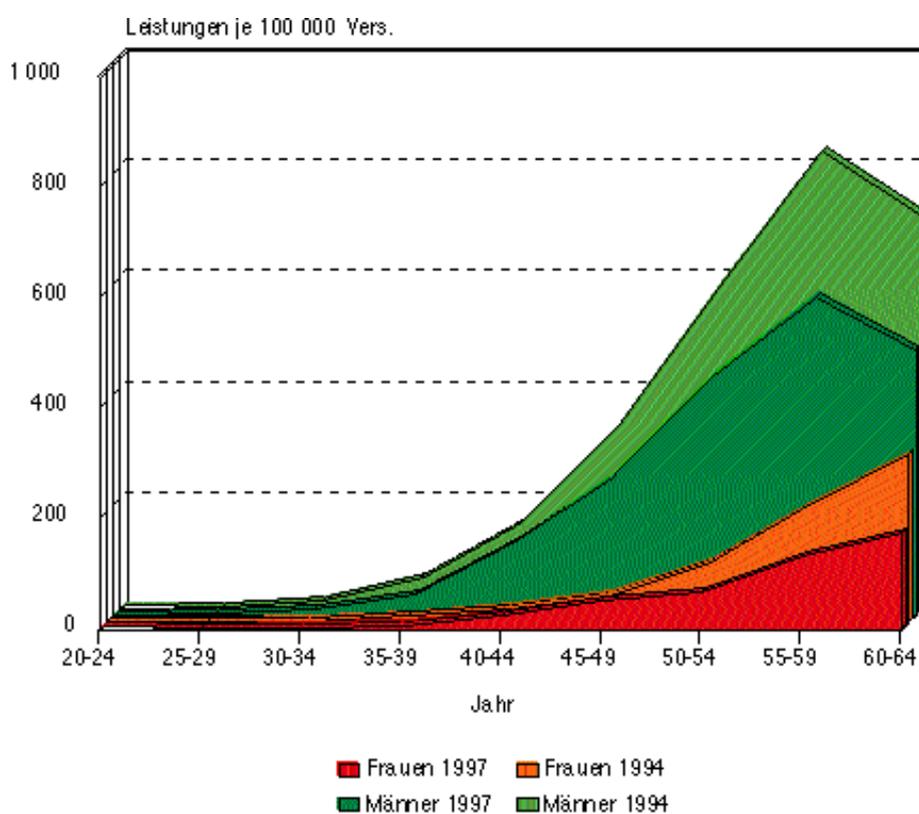


Abbildung 4: Medizinische und sonstige Rehabilitations-Leistungen infolge von ischämischen Herzerkrankungen nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1994 und 1997

Generell wenig Erkenntnisse gibt es bislang über Lebensstilveränderungen von Frauen mit Koronarerkrankungen. In einem US-amerikanischen Review aus dem Jahr 1998 gelang es nach Aussagen der Autoren kaum, sinnvolle Schlussfolgerungen aus dem vorliegenden Datenmaterial zu ziehen, da es insgesamt nur sehr wenige Studien gibt und diese wenigen Untersuchungen zudem zum Teil widersprüchliche Befunde generiert haben.

5.1.5 Forschungsdefizite

Seit Beginn der neunziger Jahre wird verstärkt eine Debatte um frauenspezifische „blinde Flecken“ in der Gesundheitsforschung geführt. So erschien 1991 ein Editorial im New England Journal of Medicine, verfasst von der damaligen Direktorin der US-amerikanischen Forschungsbehörde, National Institutes of Health (NIH), Bernadette Healy. Diese kritisierte darin in deutlicher Form die völlig unzureichende Berücksichtigung von Frauen in der medizinischen Forschung. Speziell für den Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen hat 1992 ein US-amerikanisches Expertenpanel im Auftrag der NIH die Literatur über biologische, verhaltensbezogene und psychosoziale Faktoren in der Ätiologie, dem Verlauf und der Rehabilitation von kardiovaskulären Erkrankungen analysiert und für alle Phasen des Krankheitsverlaufs einen starken Nachholbedarf festgestellt.

Infolge dieser öffentlichen Diskussion konnte tatsächlich durchgesetzt werden, dass die Vergabe von Forschungsmitteln für klinische Studien an die Aufnahme weiblicher Patienten geknüpft wird. Seitdem sind in den USA eine ganze Reihe groß angelegter epidemiologischer und klinischer Studien angelaufen, die sich unter anderem auch mit dem Themenbereich koronarer Erkrankungen bei Frauen auseinandersetzen. Nach wie vor können die Forschungslücken jedoch auch in den USA nicht als geschlossen gelten. Der Erkenntnisprozess über geschlechtsspezifische Phänomene in der Ätiologie, Diagnostik, Akutbehandlung und Rehabilitation der koronaren Herzerkrankung ist zwar in Gang gekommen, aber immer noch weit davon entfernt, abgeschlossen zu sein. Aus europäischer und speziell deutscher Perspektive kommt hinzu, dass aufgrund zahlreicher gesellschaftlich-ökonomischer und kulturspezifischer Differenzen nicht alle der in US-amerikanischen Studien gewonnenen Erkenntnisse umstandslos auf deutsche Populationen übertragen werden können. Eigene deutsche Studien mit geschlechtsspezifischen Fragestellungen sind jedoch bis heute die Ausnahme geblieben.

Im Folgenden sollen kurz noch einmal die wichtigsten Defizite, die die Forschung im Bereich der kardiovaskulären Erkrankungen bei Frauen aufzuweisen hat, rekapituliert werden, und es soll aufgezeigt werden, wo sich die wichtigsten Ansatzpunkte für zukünftige Forschungsfragen befinden.

Risikofaktoren für koronare Herzerkrankungen

Diese Fragen beginnen bei der Suche nach den Risikofaktoren für koronare Herzerkrankungen. Welche biologischen, verhaltensbezogenen und psychosozialen Risikofaktoren gefährden Frauen im Vergleich zu Männern? Während es nach bisherigen Erkenntnissen so scheint, als spielten viele der Risiken, die für Männer als bedeutsam identifiziert wurden, wie z. B. Rauchen, Diabetes, Übergewicht, Bluthochdruck, auch in der Ätiologie der KHK bei Frauen eine Rolle, ist die relative Relevanz einzelner Faktoren immer noch fraglich. Auch die Bedeutung frauenspezifischer Risikofaktoren hat bisher keine hinreichende Aufmerksamkeit gefunden. Dies betrifft vor allem die Frage der Doppelbelastung durch Beruf und Familie/Haushalt. Es deutet einiges darauf hin, dass in diesem Bereich ein besonderes Gefährdungspotential liegen könnte, eine verlässliche Antwort steht aber nach wie vor aus. Darüber hinaus wären auch eindeutige US-amerikanische Befunde nur bedingt übertragbar, da sich sowohl gesellschaftliche Normen als auch konkrete infrastrukturelle Regelungen (z. B. im Bereich Teilzeitarbeit und Kinderbetreuung) nur bedingt mit denen der Bundesrepublik vergleichen lassen. Studien an deutschen Populationen sind also dringend erforderlich.

Daran knüpft sich die Frage nach präventiven Strategien zur Verringerung der Inzidenz von KHK an sowie die Frage, inwieweit hier geschlechtsspezifische Ausdifferenzierungen sinnvoll sind. Ein wichtiger Bereich ist z. B. die Forschung zu Hormonersatz-Therapien für postmenopausale Frauen. Die Wirkung solcher Interventionen wird heute überwiegend positiv eingeschätzt. Nach wie vor fehlen jedoch randomisierte Versuche, die klären könnten, wie groß der Gewinn wirklich ist, welche Frauen besonders profitieren und welche anderen Risiken hierdurch induziert werden. Auch in Hinblick auf die Beeinflussung verhaltensbezogener Risikofaktoren wie der physischen Aktivität ist die Befundlage noch unklar. Männer scheinen nach ersten Erkenntnissen eher stärker zu profitieren als Frauen; endgültig geklärt ist diese Frage jedoch nicht. Erste Antworten können unter anderem von der WHI-Studie (Women's Health Initiative) erwartet werden, die als größte je vom NIH finanzierte Studie seit 1993 163 000 US-amerikanische Frauen im Alter von 50 - 79 Jahren über einen Zehn-Jahres-Zeitraum untersucht, um festzustellen, wie neben Darm- und Brustkrebs sowie Osteoporose auch koronare Herzerkrankungen bei Frauen präventiv angegangen werden können.

Diagnostik und Akutbehandlung koronarer Herzerkrankungen

Defizite gibt es nach wie vor auch bezüglich des Wissensstandes über Diagnostik und Akutbehandlung (siehe oben). Gerade die Frage der Schmerzwahrnehmung und Schmerzinterpretation durch weibliche und männliche Patienten und die Kommunikation der Symptome an den Arzt einerseits, dessen diagnostische Reaktion und Interpretation andererseits dürfte von geschlechtsspezifischen Wahrnehmungs- und Handlungsmustern auf beiden Seiten abhängig sein. Da sich hier kulturspezifische Einflüsse besonders niederschlagen, sind gerade auch in diesem Bereich spezifisch deutsche Studien notwendig, wobei selbst dort noch einmal differenziert werden müsste. So zeigen z. B. die Befunde der deutschen MONICA-Studie, dass die höhere Hospitalsterblichkeit von Frauen in den neuen Bundesländern noch einmal deutlich über der der alten Bundesländer liegt. Die Autoren gehen davon aus, dass die Relevanz von Brustschmerzen als Infarktsymptom bei Frauen von ostdeutschen Ärzten unter Umständen noch stärker unterschätzt würde als von westdeutschen. Aussagen in diesem Bereich für die Bundesrepublik sind aber generell schwierig, da repräsentative Daten über die geschlechtsspezifische Inanspruchnahme bestimmter diagnostischer Verfahren wie Herzkatheteruntersuchungen und die Rate von falsch-positiven Testergebnissen bisher nicht vorliegen (siehe Scheuermann/Ladwig, 1998). Die Schaffung einer breiten, verlässlichen Datengrundlage zur Beurteilung des Status Quo in puncto Behandlung und Verlauf von koronaren Herzerkrankungen bei Frauen und Männern in Deutschland ist demnach dringend geboten. So fordern auch Scheuermann und Ladwig (1998) auf der Grundlage ihres Reviews über geschlechtsspezifische Unterschiede in Risiken und Versorgung der koronaren Herzerkrankung, dass die gängigen Zugangswege zu diagnostischen Verfahren und Behandlung unbedingt unter dem Aspekt geschlechtsspezifischer Kriterien zu evaluieren seien.

Rehabilitation bei koronaren Herzerkrankungen

In geschlechtsspezifischer Hinsicht „unterforscht“ ist der gesamte Bereich der Anpassung und Rehabilitation nach dem koronaren Akutereignis. Die psychosoziale Belastung scheint bei Frauen höher als bei Männern. Nach Scheuermann und Ladwig (1998) weisen Frauen mit koro-

narer Herzerkrankung aber insgesamt ein komplexeres Symptomspektrum auf als Männer, und bislang fehlen Studien, die berücksichtigen, ob eine höhere psychische Belastung auf einen schwerwiegenderen Krankheitszustand zurückzuführen ist. Prospektive Studien müssen vor allem Befindlichkeitsindikatoren vor dem kardialen Ereignis berücksichtigen, um die Rolle psychosozialer Einflussfaktoren als ätiologische Risikofaktoren oder rehabilitative Outcome-Kriterien differenzieren zu können.

Bekannt ist, dass Frauen und Männer im Hinblick auf die Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen differieren, wobei allerdings die Datenbasis für Deutschland bzw. Nordrhein-Westfalen auch in diesem Bereich defizitär ist. Warum solche Versorgungsunterschiede bestehen, ob frauenspezifische soziale und psychologische Motivlagen entscheidend sind, ob die differenzielle Inanspruchnahme eine Folgeerscheinung unterschiedlicher Krankheitsschwere ist oder vielleicht mit differenziellen ärztlichen Wahrnehmungen und entsprechendem Entscheidungsverhalten zusammenhängt – darüber wird nach wie vor spekuliert.

Denkbare Kausalhypothesen und zugehörige Forschungsansätze lassen sich global zwei Erklärungsrichtungen zuordnen: Entweder ärztliche Entscheidungsprozesse werden als zentrales steuerndes Merkmal der medizinischen und rehabilitativen Versorgung untersucht oder der Fokus wird auf die besondere Rolle der Patientinnen und Patienten (und ihrer Angehörigen) als Koproduzenten eines angestrebten Gesundheitsgewinns gelegt. Subjektive Krankheitskonzepte, Erwartungen, Motive und psychosoziale Barrieren sind wesentliche Determinanten der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe, des Erfolgs insbesondere langfristig angelegter Maßnahmen und für die Beibehaltung von Veränderungen des Lebensstils. Im Kontext chronischer Erkrankungen wird der zweiten Kausalkette zunehmend eine besondere Bedeutung zuerkannt.

Seit einigen Jahren wird über vergleichende epidemiologische Studien zur gesundheitlichen Versorgung versucht, Determinanten der Unterschiede in Qualität und vor allem Quantität der medizinischen Leistungen zu entdecken „medical practice variations“ (zum Forschungsstand siehe z. B. Mannebach, 1999). Der Einfluss nichtmedizinischer Determinanten auf ärztliches Handeln in der klinischen Praxis scheint einerseits begünstigt durch den fehlenden wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweis für die Mehrzahl medizinischer Interventionen, d. h. es fehlen eindeutige, rationale Entscheidungskriterien für die Auswahl medizinischer Verfahren. Andere Autoren verweisen darauf, dass ungleiche medizinische Versorgungsstrategien auch durch geschlechtsspezifische Stereotype von Ärzten verursacht werden (z. B. werden Beschwerden von Männern ernster genommen und eher auf somatische Ursachen attribuiert) sowie durch ärztliche Erwartungen – auch rational und empirisch nicht begründbare – bezüglich geschlechtsspezifischer Risiken und Resultaten bestimmter Behandlungsverfahren.

Der zweite Ansatz geht davon aus, dass personenspezifische Merkmale der Patientinnen und Patienten – wie z. B. geschlechtsspezifische Krankheits- und Behandlungskonzepte, Normen, Rollen und Gesundheitsverhalten – die Reha-Motivation und damit die Entscheidung für oder gegen eine Rehabilitationsmaßnahme sowie die Motivation zu langfristigen Verhaltensänderungen und zur Befolgung ärztlicher Verordnungen bestimmen. Letztendlich hängt der Verlauf und der Erfolg der Rehabilitation also von den Patientinnen und Patienten ab. Zu diesen Fragen liegen bisher kaum Ergebnisse unter geschlechtsspezifischem Aspekt vor. Eine Untersuchung von Lieberman/Meana/Stewart (1998) konnte zeigen, dass bei Frauen die Entscheidung für die Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen stärker von der Einstellung der erwachsenen Kinder und ihrer eigenen Haltung zu gesundheitsförderlichem Verhalten beeinflusst wurde als bei Männern. Der stärkste Prädiktor einer Rehabilitationsteilnahme war jedoch für Frauen und Männer die Empfehlung des Hausarztes. Längsschnittstudien, die den Weg von weiblichen und

männlichen Infarkt-Patienten von der akutmedizinischen bis in die mittel- und langfristige rehabilitative Betreuung verfolgen, sind dringend erforderlich.

Vor allem Langzeiteffekte der Rehabilitation sind unklar, ebenso wie die Frage, von welchen einzelnen Komponenten der Rehabilitationsmaßnahmen Frauen oder Männer besonders viel oder wenig profitieren oder welche Formen (z. B. ambulant versus stationär) eher Akzeptanz finden. Zu verstehen, nach welchen Kriterien Frauen und Männer Versorgungsleistungen beurteilen, ist jedoch von zentraler Bedeutung für die Erhöhung der Motivation, solche Leistungen in Anspruch zu nehmen. Deutsche Studien in diesem Bereich fehlen bisher völlig.

Wenn sich solche geschlechtsspezifischen Erwartungen an Versorgungsleistungen bestätigen sollten, dann wäre in der Tat zu fordern, dass Rehabilitationsprogramme deutlich individueller zugeschnitten werden als dies bislang der Fall gewesen ist (siehe Carhart/Ades, 1998). Dabei müssen unter anderem die Ausgangsparameter der physischen Funktionsfähigkeit in Betracht gezogen, Fitnessziele und Ziele zur Veränderung verhaltensspezifischer Risiken individuell definiert und der psychosoziale Status berücksichtigt werden.

5.1.6 Neue deutsche Forschungsvorhaben

Die Analyse der Defizite macht deutlich, dass trotz zahlreicher Indizien für die Existenz geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Ätiologie und Behandlung koronarer Erkrankungen bei Frauen und Männern gezielte Empfehlungen an die medizinisch-therapeutische Praxis zur Zeit nicht gegeben werden können, da eine hinreichend abgesicherte Datengrundlage für Deutschland im Allgemeinen und für Nordrhein-Westfalen im Besonderen (bzw. für einzelne Bundesländer generell) bisher fehlt. Insofern muss zur Zeit die prioritäre Aufgabe erst einmal darin gesehen werden, die großen Forschungslücken zu verkleinern, um so sukzessiv eine Basis für die Verbesserung der medizinischen Versorgung entwickeln zu können. Zu den wichtigen Forschungsfeldern in Deutschland bzw. in Nordrhein-Westfalen gehören danach:

- ▶ die Überprüfung von geschlechtsspezifischen Unterschieden im gesamten medizinischen Versorgungsprozess bei KHK und insbesondere in der Inanspruchnahme von Leistungen der kardiologischen Rehabilitation und im kurz- und langfristigen Erfolg dieser Maßnahmen,
- ▶ die Identifikation besonderer Problemgruppen (z. B. junge Frauen, alte Frauen, Ausländerinnen),
- ▶ die Relevanz geschlechtsspezifischer Unterschiede in Symptomwahrnehmung und -darstellung sowie in der klinischen Manifestation der KHK,
- ▶ die Bedeutung von geschlechtsbezogenen Rollenstereotypen in der ärztlichen Urteilsbildung und für das ärztliche Handeln,
- ▶ die Rolle unterschiedlicher rehabilitationsrelevanter Erwartungen, Präferenzen, Motive und Barrieren von Frauen und Männern,
- ▶ die Abschätzung langfristiger Konsequenzen ungleicher medizinischer Versorgungsleistungen – und hier besonders in der kardiologischen Rehabilitation im Hinblick auf die zukünftige Versorgung, den Rehabilitationserfolg, den Krankheitsverlauf und die psychosozialen Krankheitsfolgen.

Um der Forschung auf dem Gebiet der Rehabilitation auch in der Bundesrepublik neue Impulse zu verleihen, wurde 1998 vom Bundesministerium für Forschung und Technologie

gemeinsam mit dem Verband der Rentenversicherungsträger ein Forschungsverbund „Rehabilitationswissenschaften“ ins Leben gerufen. In diesem Rahmen beschäftigen sich drei Projekte auch speziell mit geschlechtsspezifischen Differenzen in der kardiologischen Rehabilitation. Im Folgenden soll beispielhaft das nordrhein-westfälische Projekt zu diesem Thema kurz dargestellt werden, um zu verdeutlichen, wo in den nächsten Jahren neue Erkenntnisse speziell über nordrhein-westfälische Populationen zu erwarten sind.

In dem Projekt „Geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiologischen Rehabilitation“ (Leitung: Dr. Gesine Grande/Dr. Anja Leppin/PD Dr. Hermann Mannebach) soll auf der Grundlage eines prospektiven sozialepidemiologischen Längsschnittansatzes über drei Messzeitpunkte das Ausmaß rehabilitativer Versorgung von weiblichen und männlichen Patienten nach einem akuten Herzinfarkt dokumentiert und analysiert werden. Ziel der Studie ist zum einen herauszufinden, ob es geschlechtsspezifische Unterschiede gibt:

- ▶ bei der Überweisung zu und der Inanspruchnahme von kardiologischen Anschlussheilbehandlungen sowie einzelner Maßnahmen innerhalb eines solchen Programms,
- ▶ im kurz- und mittelfristigen Erfolg der Rehabilitation
- ▶ sowie in Zufriedenheit und Compliance der Patientinnen und Patienten.

Über eine solche Dokumentation möglicher Unterschiede hinaus geht es jedoch auch darum, die Determinanten solcher differenzieller therapeutischer Prozesse zu untersuchen. Geprüft werden soll, ob primär ärztliches Entscheidungsverhalten über diagnostische und therapeutische Maßnahmen ausschlaggebend ist oder ob es vornehmlich die Patientinnen und Patienten selber sind, die durch ihre (geschlechts)spezifischen Krankheitskonzepte, Erwartungen und Präferenzen oder durch den Einfluss ihrer unmittelbaren sozialen Umwelt für die (erwartete) ungleiche Versorgung verantwortlich sind.

Mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens werden circa 1 000 weibliche und männliche Patienten und ihre jeweils behandelnden Ärzte befragt. Die erste Messung findet in der Akutklinik statt, kurz nach dem kardialen Ereignis, der zweite Messzeitpunkt liegt 8 - 10 Wochen nach der Entlassung aus der Akutklinik, wenn die Patientinnen und Patienten entweder kurz vor dem Ende ihrer kardiologischen Anschlussheilbehandlung stehen oder zu Hause vom Hausarzt behandelt werden. Die dritte und letzte Messung schließlich erfolgt circa ein Jahr nach dem kardialen Ereignis. Erfragt werden sollen von den Ärzten vor allem die relevanten diagnostischen Parameter, therapeutische Maßnahmen, Beurteilungen der Schwere der Erkrankung, Empfehlungen für den weiteren Rehabilitationsverlauf sowie eine Prognose des Krankheitsverlaufs. Die Patientinnen und Patienten werden neben sozio-demographischen Angaben unter anderem um Aussagen zu Einstellungen und Erwartungen an die Rehabilitation, zu Veränderungsmotiven und -intentionen, um Einschätzungen der Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung, um subjektive Einschätzungen ihres Gesundheitszustandes sowie um Angaben zum Umgang ihres sozialen Umfeldes mit der Krankheit und dem Rehabilitationsprozess gebeten.

Die Ergebnisse sollen eine Grundlage für die Entwicklung angemessener Selektionsprinzipien bei der Indikationsstellung zur Rehabilitation bieten. Mittel- und langfristig soll damit auch ein besserer Rehabilitationserfolg durch eine reflexivere und flexiblere Gestaltung der Versorgung und durch die Berücksichtigung möglicherweise unterschiedlicher Rehabilitationserfordernisse von Frauen und Männern ermöglicht werden.

Literatur

- Ashton, K. C.; Saccucci, M. S. (1996): A follow-up study of ethnic and gender differences in cardiac rehabilitation. *Rehabilitation Nursing* 21, S. 187 - 1191.
- Badura, B.; Grande, G.; Janßen, H.; Schott, T. (1995): Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Ein Vergleich ambulanter und stationärer kardiologischer Rehabilitation. Weinheim-München: Juventa.
- Bruckenberg, E. (1998): Herzbericht 1997 mit Transplantationschirurgie. 10. Bericht des Krankenhausausschusses der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden der Länder. Hannover: Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales.
- Carhart, R. L.; Ades, P. A. (1998): Gender differences in cardiac rehabilitation. *Cardiology Clinics* 16, S. 37 - 43.
- DGPR (Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen) (1998): Verzeichnis von Herz-Kreislauf-Rehabilitationskliniken in Deutschland, die dem Qualitätsstandard der DGPR entsprechen. 4. Auflage.
- Gleichmann, S.; Miche, E.; Gleichmann, U.; Poll, M.; Brunswig, D. (1994): Verkürzung der Prähospitalzeit in der Herzinfarkt-Ostwestfalen-Lippe-Studie (HOLS). *Westf. Ärzteblatt* S. 15 - 17.
- Grande, G.; Schott, T.; Badura, B. (1999): Ergebnisevaluation kardiologischer Rehabilitation. in: Badura, B.; Siegrist, J. (Hrsg.): *Evaluation im Gesundheitswesen*. Weinheim: Juventa, S. 203 - 225.
- Lieberman, L.; Meana, M.; Stewart, D. (1998): Cardiac rehabilitation: Gender differences in factors influencing participation. *Journal of Women's Health* 7, S. 717 - 723.
- Löwel, H.; Lewis, M.; Härtel, U.; Hörmann, A. (1994): Herzinfarkt-Patienten ein Jahr nach dem Ereignis. Ergebnisse des bevölkerungsbezogenen Augsburger Herzinfarktregisters.
- Mannebach, H. (1999): Varianz im ärztlichen Handeln. Schwäche oder Stärke der Medizin? in: Badura, B.; Siegrist, J. (Hrsg.): *Evaluation im Gesundheitswesen*. Weinheim: Juventa, S. 53 - 72.
- Mannebach, H.; Gleichmann, U. (1988): Akuter Myokardinfarkt. Früherkennung und prähospitale Phase. *Kardio* 6, S. 40 - 44.
- Mannebach, H.; Matlik, M.; Mönnich, J. (1997): Ambulante Herzgruppen in Nordrhein-Westfalen. Potentiale zur Qualitätsverbesserung. *Herz/Kreislauf* 29, S. 356 - 362.
- Packard, B.; Friedman, L. (1997): Women in cardiovascular clinical trials. in: Julian, D.G.; Wenger, N.K. (Eds.) *Women and Heart Disease*. London: Dunitz, S. 433 - 442.
- Scheuermann, W.; Ladwig, K.-H. (1998): Geschlechtsspezifische Unterschiede in Risiken und Versorgung der koronaren Herzerkrankung. *Zeitschrift für Kardiologie* 87, S. 528 - 536.
- Unverdorben, M.; Brusis, O. A.; Rost, R. (1995): Kardiologische Prävention und Rehabilitation. *Lehrbuch für Ärzte in Herzgruppen*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Vaccarino, V. et al. (1999): Sex-based differences in early mortality after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine* 4, S. 217 - 225.
- VDR/Bericht der Reha-Kommission (1992): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Frankfurt am Main.
- VDR (1999). Statistiken. Unveröffentlichtes Manuskript für die 2. Statuskonferenz Psychokardiologie, 15.-17.7.1999 in Bad Homburg.

5.2 Krebserkrankungen bei Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen

5.2.1 Einleitung: Geschlechtsspezifität von Krebs

Unter Krebserkrankungen oder im medizinischen Sinn bösartigen Neubildungen verstehen wir Wucherungen durch außer Kontrolle geratene Zellen, die ohne Behandlung zur Aussaat über den ganzen Organismus führen. Die Verdrängung des gesunden Gewebes führt dabei unweigerlich zu einem Funktionsverlust, der mit dem Leben meistens nicht vereinbar ist. Krebserkrankungen sind weder eine neuzeitliche Erscheinung noch auf die menschliche Spezies beschränkt. Obwohl Krebs von allen Organen oder Geweben des Körpers seinen Ausgang nehmen kann und sich die Erkrankungen in ihrem klinischen Erscheinungsbild mitunter erheblich unterscheiden, bestätigt die molekularbiologische Forschung einen im Grundsatz immer gleichen Mechanismus bei der Krankheitsentstehung. Durch die Fehlsteuerung von Wachstumsfaktoren in der Zelle und das gleichzeitige Versagen des Mechanismus, veränderte Zellen im Körper zu vernichten, kommt es zur ungehemmten Vermehrung dieser Zellen und in der Folge zu weiteren Veränderungen in Erbgut und Erscheinungsbild (Poremba et al., 1999). Die Zellen verlieren ihre ursprüngliche Funktion und ihr Aussehen, sodass sie dem Ursprungsgewebe unter Umständen nicht mehr zuzuordnen sind. Sie dringen in Blut- und Lymphbahnen ein und werden so vom Ursprungsort in andere Bereiche des Organismus transportiert, wo sie sich als Metastasen absiedeln und erneut vermehren.

Immer mehr Gene, an denen sich auslösende Mutationen ereignen, werden entdeckt. Das p53-Gen zählt zu den am längsten bekannten Orten von Mutationen und wird mit verschiedensten Krebsformen in Zusammenhang gebracht. Für besonderes Aufsehen sorgte die Identifizierung der BRCA-Gene, deren Veränderungen (Mutationen) mit der Entstehung von Brust-, Darm- und Eierstockkrebs in Verbindung stehen. Die veränderten Gene werden an die Nachkommen vererbt und führen zu familiären Häufungen bestimmter Krebserkrankungen. Durch Genanalysen können besonders gefährdete Anlageträger identifiziert werden. Unter bestimmten Erkrankungskonstellationen innerhalb der Familie und mit ärztlicher und psychologischer Begleitung kann die Untersuchung des Erbguts im Rahmen der Prävention derzeit auch schon bei anderen Erkrankungen sinnvoll sein, z. B. beim familiären Dickdarm- oder Ovarialkarzinom oder der Multiplen endokrinen Neoplasie vom Typ II (Jungck et al., 1999). Bei positiven Befunden kann dem erblich erhöhten Risiko durch gezielte Früherkennungsmaßnahmen entgegen getreten werden. Erbliche Dispositionen sind nach dem derzeitigen Erkenntnisstand jedoch nur für einen geringen Teil der Krebserkrankungen verantwortlich. Physikalischen und chemischen Noxen sowie onkogenen Viren als Auslöser von Mutationen am Anfang des Pathomechanismus wird eine weitaus bedeutendere Rolle zugeschrieben.

Vor der Entstehung der Molekularbiologie gelang es unter Einsatz epidemiologischer Methoden sowohl Grundlegendes zur familiären Häufung bestimmter Krebserkrankungen zu erkennen als auch zahlreiche Faktoren und Einflüsse aus der Arbeits- und Umwelt zu identifizieren, die die Entstehung von Krebs verursachen oder begünstigen. Mit Veränderungen der Lebensumstände und dem technischen Fortschritt haben sich die Erscheinungsformen und die Häufigkeit von Krebserkrankungen verändert. Wir nehmen heute an, dass ein großer Teil der Krebstodesfälle durch Änderungen der Gewohnheiten und Lebensverhältnisse zu vermeiden wäre (Becker, 1998). Auch die Ergebnisse aus Migrationsstudien deuten auf einen viel größeren Einfluss von Umweltfaktoren gegenüber erblichen Faktoren hin. Die Ansiedlung bestimmter ethnischer Minderheiten in einem neuen soziokulturellen Umfeld führte langfristig bei diesen zur Angleichung der Krebssterblichkeit an die der einheimischen Population.

Aus diesen Erkenntnissen ist jedoch keineswegs abzuleiten, dass biologische Determinanten für die Erkrankung an einer bösartigen Neubildung nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Im Gegenteil wissen wir, dass das Geschlecht und das Alter die bedeutendsten Einflussgrößen für die meisten Krebsarten darstellen. So zählen die Geschlechtsorgane und geschlechtsspezifisch differenzierte Organe zu den häufigsten Lokalisationen von Krebserkrankungen. Gebärmutter, Eierstock oder Brustdrüsen sind bei Frauen in über 40 % aller Krebsfälle Primärsitz bösartiger Neubildungen. Beim Mann ist die Prostata eine bevorzugte Lokalisation. Aber auch von bösartigen Neubildungen anderer Organe sind Frauen und Männer in unterschiedlichem Umfang betroffen. So erkrankten Männer fünfmal häufiger als Frauen an einer bösartigen Neubildung der Atemwege und ebenfalls deutlich häufiger an einem Harnblasenkrebs. Andererseits ist bei Frauen das Risiko eines Dickdarmkarzinoms bzw. eines malignen Melanoms der Haut – wenn auch geringfügiger – erhöht (Tabelle 1).

| Lokalisation | Frauen : Männer |
|------------------------------|-----------------|
| Atemwege | 1 : 4,9 |
| Harnblase | 1 : 2,6 |
| Niere | 1 : 1,5 |
| Morbus Hodgkin | 1 : 1,4 |
| Magen | 1 : 1,3 |
| Leukämie | 1 : 1,3 |
| Mastdarm | 1 : 1,2 |
| Non-Hodgkin-Lymphom | 1 : 1,1 |
| Bauchspeicheldrüse | 1 : 1 |
| Dickdarm | 1,2 : 1 |
| Melanom | 1,2 : 1 |
| insgesamt (ohne Haut) | 1 : 1,1 |

Tabelle 1: Geschlechtsverhältnis an bösartigen Neubildungen Erkrankter, Regierungsbezirk Münster, 1991 - 1995 (Epidemiologisches Krebsregister für den Regierungsbezirk Münster, 1999)

Sekundär bedingen soziokulturelle Einflüsse erhebliche Unterschiede im Expositionsverhalten von Frau und Mann. Durch ihre Rolle als Hausfrau blieben in der Vergangenheit den Frauen zahlreiche berufliche Karzinogene erspart, die bis heute eine nicht geringe Zahl krebserkrankter Todesopfer beim männlichen Geschlecht fordern. Das Rauchen von Tabakwaren, längst zweifelsfrei als Hauptrisikofaktor insbesondere für Bronchialkarzinome identifiziert, wurde über weite Strecken des ausgehenden Jahrhunderts speziell von Männern ausgeübt, sodass bis Mitte der 70er Jahre noch zehnmal so viele Männer an bösartigen Neubildungen der Atemwege erkrankten wie Frauen. Die Zunahme des Rauchens bei Frauen und der immer noch erhebliche Tabakkonsum bei Männern sind besorgniserregend und müssen ins Zentrum der Bemühungen um die Prävention von Krebserkrankungen gerückt werden. Im Laufe der Zeit konnten etliche krebserregende Arbeitsstoffe identifiziert und in den meisten Industrieländern durch konsequenten Arbeitsschutz aus den Arbeitsprozessen verbannt werden.

Die beschriebenen Unterschiede zwischen Frau und Mann machen sowohl eine differenzierte Darstellung des Krankheitsgeschehens als auch geschlechtsspezifische Strategien im Kampf gegen Krebs erforderlich.

5.2.2 Nimmt das Krebsrisiko zu?

Die Suche nach Gemeinsamkeiten in den Gewohnheiten und Lebensumständen von Krebsopfern trägt entscheidend zur Identifizierung von Risikofaktoren bei. Nur mit epidemiologischen Methoden können Effekte neuer Konzepte in Prävention, Früherkennung und Therapie von Krebs auf die Gesundheit der Bevölkerung gemessen werden. Eine wichtige Säule im Kampf gegen Krebs ist die kontinuierliche Beobachtung des Krankheitsgeschehens in der Bevölkerung. So lassen sich zeitliche Trends, räumliche, aber auch auf Bevölkerungsgruppen bezogene Verteilungsmuster erfassen. Eine wichtige Basis bildet die amtlich geführte Todesursachenstatistik.

Hierbei ist allerdings zu beachten, dass die absolute Zahl der an Krebs verstorbenen Personen nur bedingt aussagefähig ist, wenn es darum geht, eine Zu- oder Abnahme des Krebsrisikos für die Bevölkerung abzuschätzen. Vor allem sind demographische Aspekte wie Veränderungen im Altersaufbau und in der Größe der beobachteten Bevölkerung zu berücksichtigen. Außerdem muss deutlich zwischen der Zahl der Krebserkrankungen und den durch sie bedingten Todesfällen unterschieden werden, da viele Krebsarten heute therapierbar sind und somit nicht zwangsläufig zum Tode führen. Dies soll im Folgenden näher erläutert werden.

In Nordrhein-Westfalen hat die Zahl der jährlich an Krebs versterbenden Personen zwischen 1975 und 1997 um etwa 20 % zugenommen. Danach zeichnet sich erstmals seit langer Zeit eine Tendenz gleichbleibender bis leicht rückläufiger Sterbezahlen ab (Abb. 1). Die Gesamtbevölkerung von Nordrhein-Westfalen ist in diesem Zeitraum nur um ca. 4,5 %, von 17,1 auf 17,9 Millionen Menschen gewachsen. Unter jährlich über 193 000 Todesfällen in Nordrhein-Westfalen sterben etwa 24 000 Frauen und 25 000 Männer an bösartigen Neubildungen. Krebserkrankungen sind damit die zweithäufigste Todesursache nach Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems.

Bei genauerer Betrachtung der demographischen Daten der Gesamtbevölkerung von Nordrhein-Westfalen stellt man allerdings fest, dass sich der Altersaufbau zwischen 1975 und 1997 erheblich verändert hat. Der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung hat zugenommen. So wuchs der Personenkreis der über 64-Jährigen um 20 %. Die durchschnittliche Lebenserwartung stieg um 5 %. Bei älteren Menschen ist das Risiko, an einer bösartigen Neubildung zu erkranken, aber wesentlich höher als bei jüngeren, denn Krebs ist bis auf wenige Ausnahmen eine Erkrankung der zweiten Lebenshälfte. Die sogenannten altersspezifischen Sterberaten, die die Zahl von Sterbefällen pro 100 000 Personen einer Altersklasse wiedergeben, demonstrieren die mit dem Alter immer bedeutender werdende Rolle von Krebs als Todesursache (Abb. 2). So ist die Wahrscheinlichkeit an Krebs zu sterben bei Männern im Alter von 80 - 84 Jahren (2 600/100 000) dreimal so groß wie mit 65 - 69 Jahren (960/100 000). Bei den Frauen ist die Wahrscheinlichkeit an Krebs zu sterben in beiden Altersgruppen geringer; die Relation beträgt jedoch auch 1 : 3. Bei den 80 - bis 84-jährigen Frauen versterben 1 400/100 000 und bei den 65- bis 69-jährigen 500/100 000 infolge von Krebs. Mit dem Anstieg der Lebenserwartung in einer Bevölkerung steigt also auch die Zahl durch Krebs verursachter Todesfälle bei Frauen und Männern.

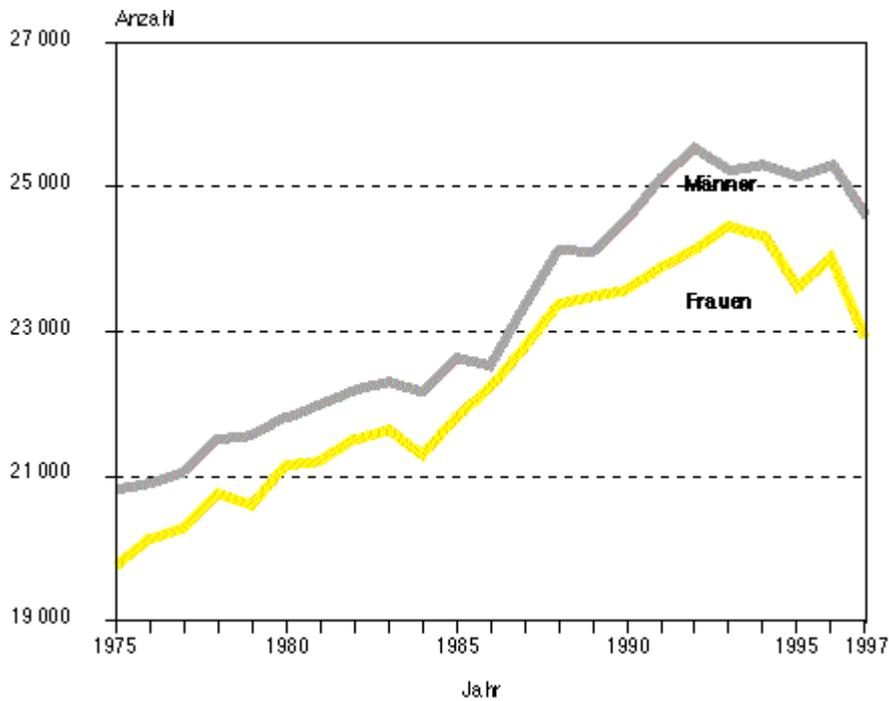


Abbildung 1: Anzahl der durch Krebs verursachten Todesfälle nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1975 - 1997

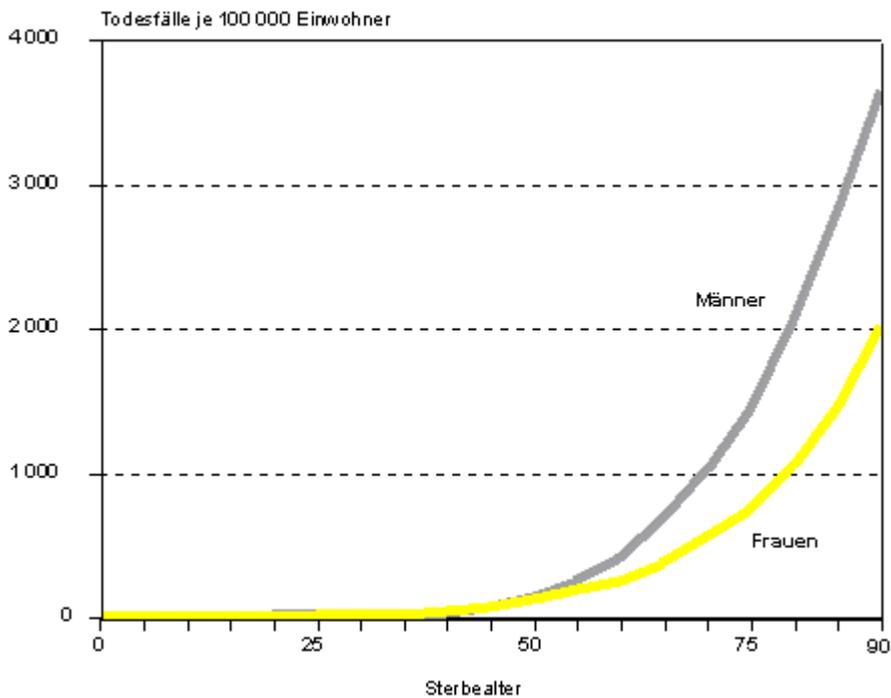


Abbildung 2: Durchschnittliche altersspezifische Sterberaten an bösartigen Neubildungen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1990 - 1997

Will man die zeitliche Entwicklung der Mortalität in einer Bevölkerung beobachten oder die ursachenspezifische Mortalität der Bevölkerung verschiedener Regionen miteinander vergleichen, sind Veränderungen oder Unterschiede im Altersaufbau und der Geschlechterverteilung zu berücksichtigen. Bei der sogenannten Altersstandardisierung werden die Erkrankungszahlen auf eine bestimmte Bezugsbevölkerung mit definierter Altersverteilung übertragen. Bei der Geschlechterverteilung legt man ein Verhältnis von 1 : 1 zugrunde. Dieses Vorgehen ermöglicht einerseits eine Vergleichbarkeit des Krankheitsgeschehens in verschiedenen Bevölkerungen und unterstützt andererseits die Interpretation zeitlicher Entwicklungen.

Hier wurde in Anlehnung an den Krebsatlas der Bundesrepublik Deutschland die Weltstandard-Population nach Segi gewählt. Die um den Alterseffekt bereinigte standardisierte Sterberate an Krebs in Nordrhein-Westfalen zeigt bei Männern von 1975 bis 1992 einen weitgehend stabilen Verlauf, dem sich ab 1992 ein Rückgang anschließt. Bei Frauen ist sogar ein deutlich rückläufiger Trend über den gesamten Zeitraum zu erkennen (Abb. 3). So hat zwar die jährliche Anzahl durch Krebs verursachter Todesfälle bei Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen seit den 70er Jahren insgesamt deutlich zugenommen (Abb. 1), der Anstieg wird aber durch die zunehmende Überalterung der Bevölkerung erklärt, sodass für den Einzelnen die Bedrohung, vorzeitig an Krebs zu sterben, sogar eher abgenommen hat.

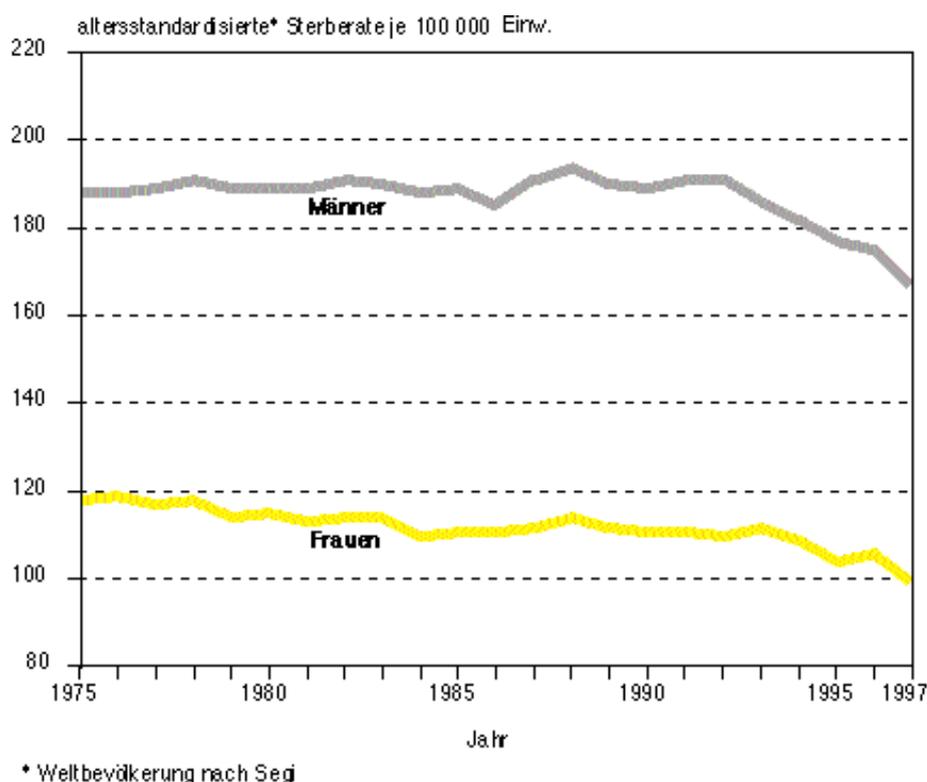


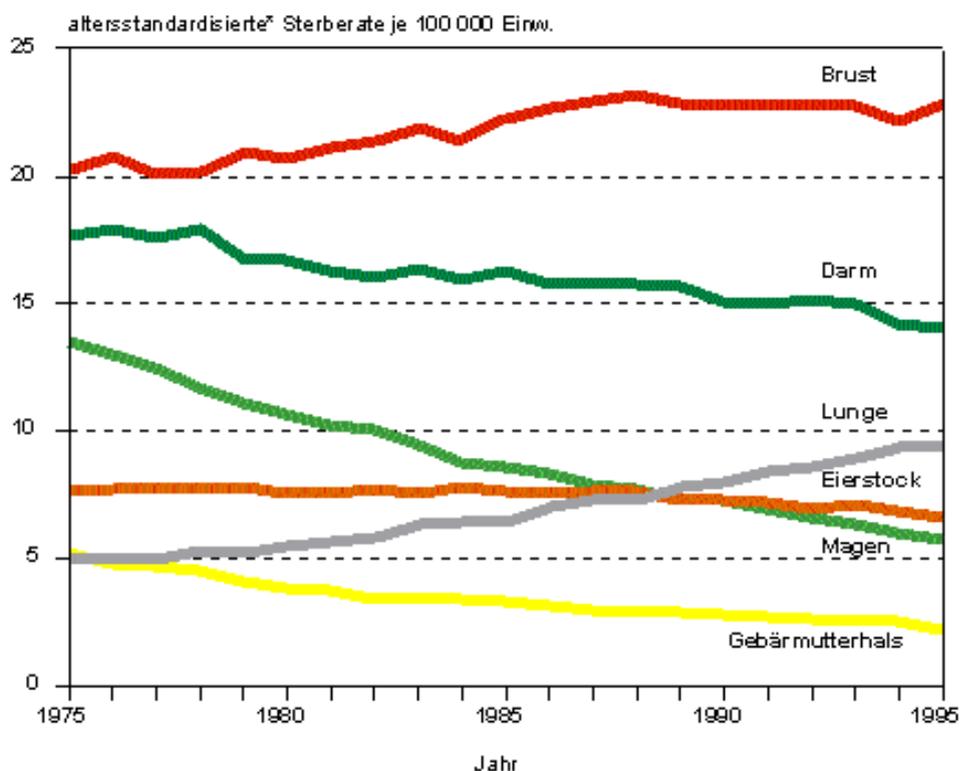
Abbildung 3: Altersstandardisierte Sterberaten für bösartige Neubildungen insgesamt nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1975 - 1997

Ein Vergleich mit den Raten aller „alten“ Bundesländer zeigt, dass die Krebssterblichkeit bei Männern in Nordrhein-Westfalen konstant um ca. 5 % höher lag als im Bundesgebiet

(Becker/Wahrendorf, 1997). Die Diskrepanz wird fast ausschließlich durch Unterschiede in der Sterblichkeit an Lungenkrebs erklärt. Die Ursache ist am ehesten im Grad der Industrialisierung zu suchen. Der größte Ballungsraum in Deutschland, das Ruhrgebiet, war in der Zeit, in der nach Ursachen für krebsbedingte Todesfälle am Ende der 80er Jahre zu suchen ist, noch von Bergbau und Schwerindustrie geprägt, sodass mit Expositionen gegenüber krebsregenden Substanzen an vielen Arbeitsplätzen gerechnet werden muss. Darüber hinaus wissen wir, dass gesundheitsschädigende Verhaltensweisen in urbanen Zivilisationen weiter verbreitet sind als in ländlichen Bevölkerungen. Die höchste Krebssterblichkeit aller Bundesländer ist bei Männern im Saarland zu beobachten, welches in den 60er und 70er Jahren ähnliche Strukturen wie das Ruhrgebiet aufwies. Bei den Frauen in Nordrhein-Westfalen liegt die Sterberate an bösartigen Neubildungen für den Zeitraum 1986 bis 1990 auf dem Niveau Westdeutschlands.

5.2.3 Rauchen und Lungenkrebs – Frauen holen auf

In Deutschland werden die meisten Krebstodesfälle bei Männern durch bösartige Neubildungen an folgenden Organen verursacht: Lunge, Darm, Prostata und Magen. Bei Frauen sind es am häufigsten bösartige Neubildungen der Brustdrüse, des Darms, der Lunge und der Eierstöcke.



* Weltbevölkerung nach Segi

Abbildung 4a: Altersstandardisierte Sterberaten für verschiedene Krebslokalisationen bei Frauen in den „alten“ Bundesländern, 1975 - 1995

In den letzten Jahrzehnten haben sich die Raten für verschiedene Lokalisationen teilweise bemerkenswert verändert. Abhängig von der jeweiligen Ab- oder Zunahme der Neuerkrankungsfälle sowie von neuen Therapiemöglichkeiten für einzelne Krebsarten hat sich das Verteilungsspektrum bei der Krebsmortalität verschoben. Die altersstandardisierten Sterberaten für Krebserkrankungen der Prostata und des Darms bei Männern sowie der Brustdrüse und des Darms bei Frauen zeigen in den letzten Jahren weitgehend konstante Verläufe (Abbildungen 4a, 4b). Ein deutlicher und anhaltender Abwärtstrend ist beim Magenkrebs zu erkennen. So hat sich bei Frauen und Männern die Sterblichkeit an Magenkrebs innerhalb der letzten 20 Jahre halbiert (Becker/Wahrendorf, 1997).

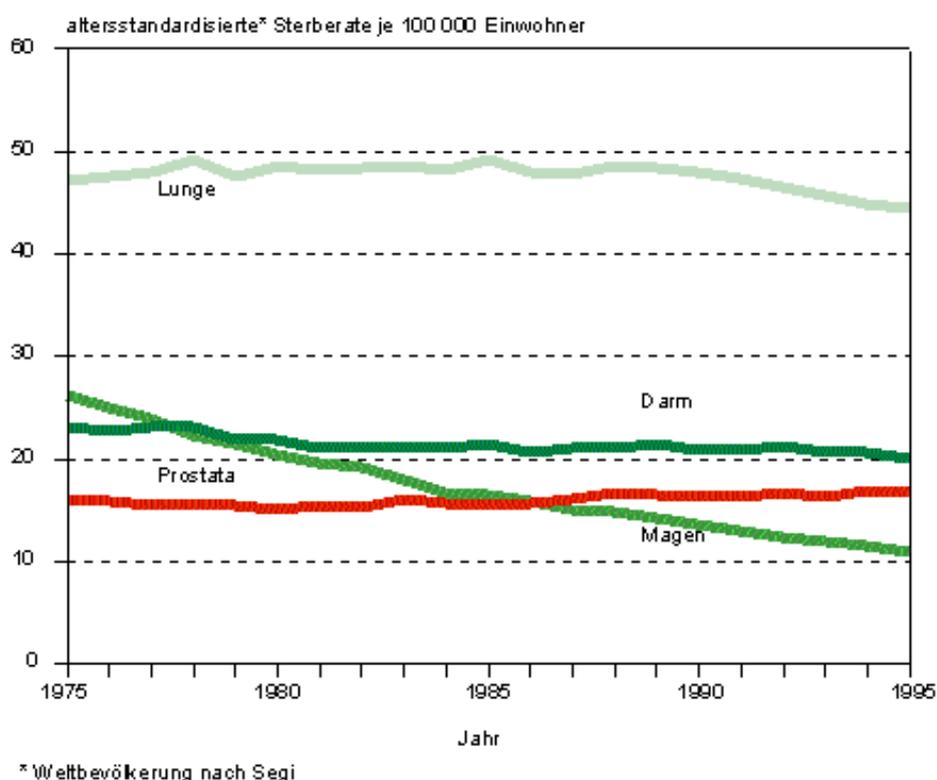


Abbildung 4b: Altersstandardisierte Sterberaten für verschiedene Krebslokalisationen bei Männern in den „alten“ Bundesländern, 1975 - 1995

Die Gründe für Veränderungen bei der Sterblichkeit an einzelnen Krebsarten müssen auf verschiedenen Ebenen gesucht werden. So führen Verbesserungen in der Früherkennung und der Therapie und damit eine günstigere Prognose ebenso wie eine Abnahme der Neuerkrankungsrate zu sinkender Sterblichkeit. Letzteres verursachte bei Männern eine Abnahme der Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen der Lunge seit 1990. Da über 80 % dieser Erkrankungen dem Tabakrauchen zugeschrieben werden, ist die Neuerkrankungsrate wiederum eng mit dem Tabakkonsum einer Population assoziiert. Geringe medizinische Erfolge bei der Behandlung und Früherkennung von Lungenkarzinomen tragen hier kaum zu Veränderungen des Mortalitätsgeschehens bei. Der Pro-Kopf-Verbrauch von Zigaretten hat sich seit den 50er Jahren in der Bundesrepublik verdoppelt, erreichte zu Beginn der 80er Jahre seinen Höhepunkt

und ist seit Beginn der 90er Jahre leicht rückläufig (MAGS, 1995). Bemerkenswert sind die Veränderungen der Anteile von Rauchern und Nichtrauchern bei Frauen und Männern. So haben Befragungen ergeben, dass der Anteil der Raucherinnen in den alten Bundesländern von 19 % im Jahr 1978 auf 28 % im Jahr 1998 zugenommen hat. Bei den Männern hat im gleichen Zeitraum eine Abnahme des Raucheranteils von 43 % auf 36 % stattgefunden (Junge, 1998). Bei deutlichen regionalen Unterschieden im Rauchverhalten innerhalb Deutschlands muss bei den Frauen in Nordrhein-Westfalen aktuell von einem Raucheranteil von annähernd 30 % ausgegangen werden. Mit der Suche nach der Ursache für die Verdoppelung der durch Lungenkrebs bedingten Sterberate bei Frauen muss bereits in den 50er Jahren begonnen werden. Die lange Latenzzeit von mehreren Jahrzehnten zwischen Beginn der Exposition und dem Auftreten der Erkrankung sorgt auch dafür, dass der Gipfel der Sterberate bei Frauen erst in den 20er Jahren des 21. Jahrhunderts erreicht wird, selbst wenn eine weitere Zunahme des Tabakkonsums verhindert werden kann.

5.2.4 Häufigkeit von Krebsneuerkrankungen

Die Sterblichkeit an Krebs in einer Bevölkerung wird durch die Häufigkeit des Auftretens und durch die Aussichten auf Heilung, die Prognose, bestimmt. Neuerkrankungsrate und Sterberate unterscheiden sich mitunter erheblich voneinander. So tritt beispielsweise Hautkrebs als die mutmaßlich häufigste Krebsart aufgrund äußerst guter Heilungschancen als Todesursache kaum in Erscheinung.

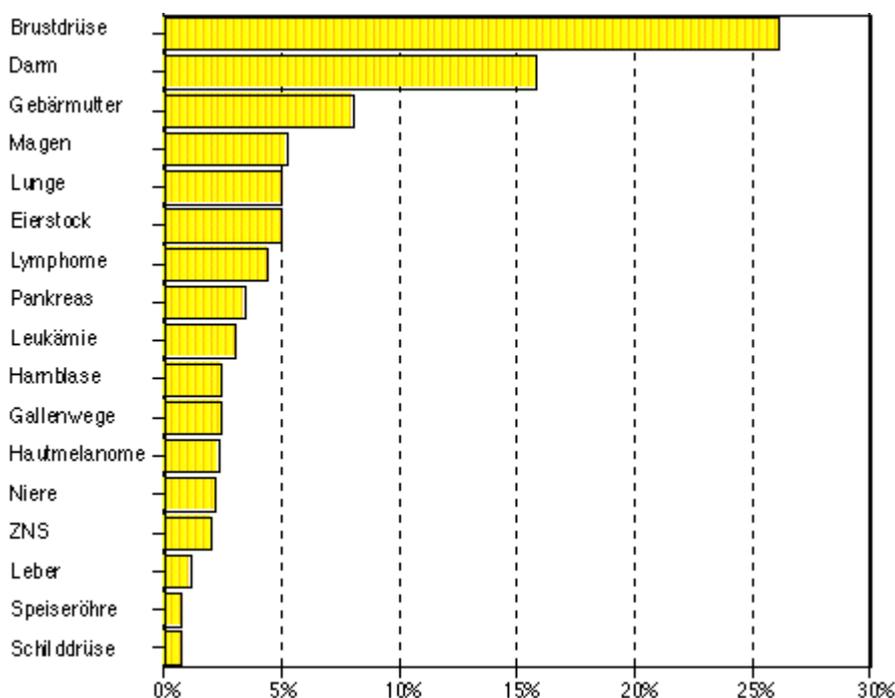


Abbildung 5a: Prozentuale Häufigkeit verschiedener Krebslokalisationen bei Frauen im Regierungsbezirk Münster nach Daten des Epidemiologischen Krebsregisters, 1991 - 1995

Zur Beleuchtung des gesamten Krankheitsgeschehens in einer Bevölkerung ist deshalb die Ergänzung der Todesursachenstatistik durch die möglichst vollständige Erfassung von Neuerkrankungen unumgänglich. Während die bundesweit geführte amtliche Todesursachenstatistik eine flächendeckende Darstellung der Sterblichkeit der Bevölkerung (Mortalität) erlaubt, basieren Schätzungen der Zahl der Neuerkrankungen in der Bevölkerung auf den Daten bevölkerungsbezogener Krebsregister (Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister, 1997).

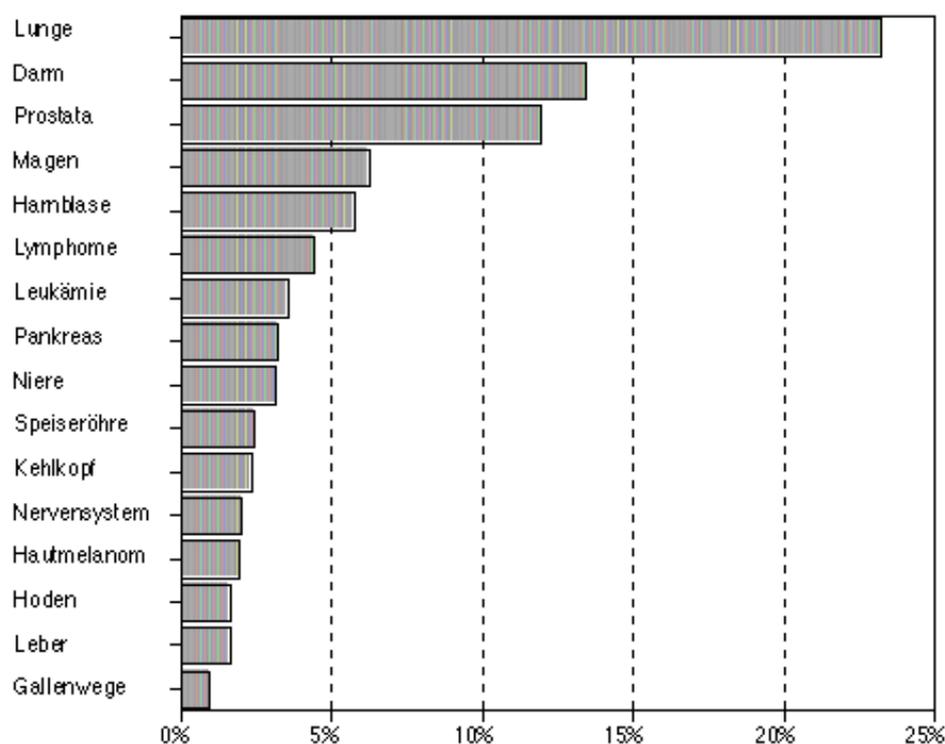


Abbildung 5b: Prozentuale Häufigkeit verschiedener Krebslokalisationen bei Männern im Regierungsbezirk Münster nach Daten des Epidemiologischen Krebsregisters, 1991 - 1995

Die Registrierung in Nordrhein-Westfalen begann im Jahr 1986 und beschränkt sich auf die etwa 1,33 Millionen Frauen und 1,27 Millionen Männer im Regierungsbezirk Münster – etwa 14 % der Gesamtbevölkerung Nordrhein-Westfalens. Jährlich werden hier etwa 10 500 Erkrankungsfälle erfasst. In ganz Nordrhein-Westfalen erkranken jährlich etwa 38 000 Frauen und 35 000 Männer an Krebs. Die Daten des Krebsregisters weisen die Brustdrüse mit 26 % als die häufigste Lokalisation aller bei Frauen gemeldeten Krebserkrankungen aus. Demnach erkranken in Nordrhein-Westfalen jedes Jahr fast 10 000 Frauen an Brustkrebs. An zweiter Stelle liegen bösartige Neubildungen des Dick- und Mastdarms mit zusammen 16 %. Bei Männern liegt die Lunge als Manifestationsort mit 23 % vor Dickdarm und Mastdarm mit 13 % an der Spitze (Abb. 5a, 5b).

Wahrscheinlich ebenfalls sehr häufige epitheliale Hautkrebse werden nur zu einem geringen Teil registriert. Auch bei Tumoren der ableitenden Harnwege und der Prostata ist aufgrund

einer eingeschränkten Kooperation mit entsprechenden Behandlern von einer gewissen Unter-
erfassung auszugehen (Epidemiologisches Krebsregister für den Regierungsbezirk Münster,
1999).

| Lokalisation | Median des Erkrankungsalters | |
|------------------------------|------------------------------|--------|
| | Frauen | Männer |
| Morbus Hodgkin | 34,3 | 37,4 |
| Gebärmutterhals | 55,7 | x |
| Melanom | 54,8 | 57,6 |
| Brustdrüse | 62,5 | x |
| Atemwege | 68,5 | 66,9 |
| Eierstock | 67,8 | x |
| Gebärmutterkörper | 68,3 | x |
| Niere | 71,2 | 66,1 |
| Non-Hodgkin-Lymphom | 71,5 | 66,6 |
| Mastdarm | 72,9 | 66,6 |
| Leukämie | 72,2 | 68,1 |
| Bauchspeicheldrüse | 75,6 | 67,0 |
| Dickdarm | 75,9 | 69,6 |
| Magen | 76,5 | 69,5 |
| Prostata | x | 73,3 |
| Harnblase | 76,3 | 70,8 |
| insgesamt (ohne Haut) | 67,3 | 69,6 |

Tabelle 2: Median des Erkrankungsalters an bösartigen Neubildungen in Jahren nach
Geschlecht und Lokalisation, Regierungsbezirk Münster, Diagnosejahre
1991 - 1995

Erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich auch beim Erkrankungsalter. Bei Brustkrebs zeigt sich schon zwischen dem 30. und 34. Lebensjahr eine erkennbare Erkrankungshäufigkeit als Beginn eines steilen Anstiegs bis zum 55. Lebensjahr. Die meisten Neuerkrankungen betreffen zwar die Altersklasse der über 75-jährigen Frauen, dieser Gipfel wird aber erst nach einem relativ flachen Anstieg erreicht. Ganz anders beim Prostatakarzinom, hier werden die ersten Erkrankungen um das 45. Lebensjahr von einem mit zunehmendem Alter steiler werdenden Anstieg der Erkrankungshäufigkeit gefolgt, der erst in der Altersklasse der über 84-Jährigen gipfelt. Einen ähnlichen, aber flacheren Verlauf beschreibt die Erkrankungshäufigkeit für Dickdarmkarzinome. Unterschiede beim bevorzugten Manifestationsalter einzelner Krebsarten sind in Tabelle 2 als mittleres Erkrankungsalter für verschiedene Krebsarten dargestellt. Obwohl Leukämien die häufigsten bösartigen Neubildungen im Kindesalter darstellen, ist die absolute Anzahl von Erkrankungen bei Kindern gegenüber der Anzahl von Erkrankungen im Erwachsenenalter so gering, dass der Median davon kaum verschoben wird.

Bösartige Hodentumoren und Hodgkin-Lymphome sind typischerweise Erkrankungen mit einem Häufigkeitsgipfel im jungen Erwachsenenalter (Epidemiologisches Krebsregister für den Regierungsbezirk Münster, 1999).

5.2.5 Überleben und Heilung

Krebs ist eine ernste, meistens sogar lebensbedrohliche Erkrankung. Dennoch überwinden viele Menschen ihre Erkrankung oder überleben bei entsprechender Behandlung den Zeitpunkt der Diagnose um viele Jahre. Die Prognose hängt von zahlreichen Faktoren ab. Dabei spielen Krebsart, Geschlecht und Alter der Betroffenen sowie der Zeitpunkt der Entdeckung und die verfügbaren Therapiemöglichkeiten eine wesentliche Rolle.

| Lokalisation | 5-Jahres-Überlebensraten in % | |
|------------------------------|-------------------------------|-----------|
| | Frauen | Männer |
| Melanom | 80 | 69 |
| Morbus Hodgkin | 65 | 73 |
| Harnblase | 63 | 78 |
| Non-Hodgkin-Lymphom | 56 | 52 |
| Niere | 56 | 49 |
| Dickdarm | 54 | 52 |
| Mastdarm | 47 | 45 |
| Leukämie | 42 | 42 |
| Magen | 28 | 27 |
| Atemwege | 17 | 9 |
| Bauchspeicheldrüse | 3 | 6 |
| Brustdrüse | 73 | x |
| Gebärmutterkörper | 70 | x |
| Gebärmutterhals | 64 | x |
| Eierstock | 35 | x |
| Prostata | x | 70 |
| Hoden | x | 93 |
| insgesamt (ohne Haut) | 53 | 40 |

Tabelle 3: Relative 5-Jahres-Überlebensraten bei verschiedenen Krebsarten nach Geschlecht und Lokalisation, Saarland, Diagnosejahre 1985 - 1988

Die Bösartigkeit eines Krebses hängt von seinem Wachstumsverhalten ab und von seiner Neigung, Tochtergeschwülste zu bilden. Bösartige Neubildungen, die erst in bereits fortgeschrittenem Stadium durch Krankheitszeichen auf sich aufmerksam machen und nicht durch

einfache Untersuchungen diagnostiziert werden können, werden häufig zu spät entdeckt, sodass keine Heilung mehr möglich ist. Die durchschnittlichen Überlebenszeiten der Patienten vom Zeitpunkt der Diagnosestellung sind bei diesen Krebsarten kürzer als bei anderen. Prognostisch besonders ungünstig ist der Krebs der Bauchspeicheldrüse (Pankreas). Die sogenannte relative 5-Jahres-Überlebensrate vergleicht den Prozentsatz an einem bestimmten Krebsleiden erkrankter Menschen, die fünf Jahre nach der Diagnosestellung noch leben, mit den Überlebensraten der altersgleichen Allgemeinbevölkerung. Für das Pankreaskarzinom ergibt sich so eine relative 5-Jahres-Überlebensrate von durchschnittlich 5 %. Bei etwas günstigerer Prognose beträgt die durchschnittliche 5-Jahres-Überlebensrate von Frauen mit Lungenkrebs etwa 17 % und von Männern 9 % (Schön et al., 1999). Durch das organbedingt relativ späte Auftreten einer Symptomatik und eine schwierige Frühdiagnostik und -therapie werden die meisten Erkrankungen erst in einem bereits fortgeschrittenen Stadium entdeckt und behandelt. Im Gegensatz dazu zeigt sich bei Brustkrebs eine 5-Jahres-Überlebensrate von über 73 % (Tabelle 3). Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern liegt Deutschland damit genau im Durchschnitt. Höhere Überlebensraten zeigen sich in Schweden (81 %), Frankreich (80 %), der Schweiz (80 %), Island (79 %), Finnland (78 %), Italien (77 %), und den Niederlanden (74 %).

Die Unterschiede sind jedoch nicht ausschließlich auf eine unterschiedliche Qualität der medizinischen Versorgung zurückzuführen, auch methodische Unterschiede in der Datenerhebung erschweren die Vergleichbarkeit der Daten. Auch bedeutet das Überleben des Diagnosezeitpunkts um fünf Jahre insbesondere bei Brustkrebs nicht unbedingt die Heilung einer Patientin. Langwierige Krankheitsverläufe oder späte Rückfälle können auch danach noch zum Tode führen. Erst 13 bis 14 Jahre nach der Diagnose und Therapie gleicht sich als Anzeichen der Heilung der Krebskrankheit die Sterblichkeit der Patientinnen der Sterblichkeit der Allgemeinbevölkerung an (Schön et al., 1999). Die relativen Überlebensraten sind weniger vom Alter der Patientinnen als vielmehr vom Stadium der Erkrankung bei der Diagnose abhängig. Während die 5-Jahres-Überlebensraten bei kleinen Tumoren (bis 2 cm Durchmesser) bei fast 80 % liegen, sinken sie bei größeren Tumoren oder Lymphknotenbefall schon auf unter 60 %. Bei bereits eingetretener Fernmetastasierung ist eine Heilung praktisch ausgeschlossen. Auch die Morphologie des Karzinoms beeinflusst die Prognose.

5.2.6 Früherkennung

Im Bestreben, durch eine Vorverlegung des Diagnosezeitpunktes die Heilungs- und Überlebenschancen zu verbessern, kommen gezielte Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung zum Einsatz. Leider erscheinen nur wenige Untersuchungsmethoden geeignet, um mit vertretbarem Aufwand und akzeptabler Sicherheit bei einer großen Anzahl beschwerdefreier Personen Krebserkrankungen auszuschließen. Für eine noch kleinere Auswahl von Methoden wurde bisher ein positiver Effekt auf das Erkrankungsgeschehen in einer Bevölkerung zweifelsfrei bewiesen. Einen einfachen und kontinuierlich erhobenen Indikator für die Wirksamkeit eines Früherkennungsinstruments liefert die amtliche Todesursachenstatistik. So bewirkte die Einführung des Papanicolaou-Tests zur Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses in den 30er Jahren einen bis heute anhaltenden Rückgang der Sterblichkeit an dieser Erkrankung. In Deutschland gibt es seit 1972 ein von den gesetzlichen Krankenkassen finanziertes Früherkennungsprogramm. Es definiert Personengruppen, die regelmäßig Anspruch auf bestimmte medizinische Leistungen zum Ausschluss von Krebserkrankungen haben. So sind Frauen ab

dem 20. Lebensjahr aufgefordert, sich alljährlich einer Untersuchung der Genitalorgane zu unterziehen. Diese schließt die zytologische Untersuchung eines Abstrichs aus dem Gebärmutterhals ein. Ab dem 30. Lebensjahr werden zusätzlich klinische Untersuchungen von Haut und Brust durchgeführt. Ab dem 45. Lebensjahr soll mit der Suche nach verstecktem Blut im Stuhl mittels Teststreifen das Vorliegen eines Mast- und Dickdarmkarzinoms ausgeschlossen werden. Männer haben ab dem 45. Lebensjahr Anspruch auf eine jährliche Untersuchung zum Ausschluss von bösartigen Neubildungen des äußeren Genitales, der Prostata, der Haut und des Mast- und Dickdarms. Die Integration eines Tests zur Früherkennung des Neuroblastoms in das Vorsorgeprogramm für Kinder wird gegenwärtig in einzelnen Bundesländern erprobt.

Wesentlich für den Erfolg eines Screeningprogramms ist und bleibt die Akzeptanz und damit die Beteiligung der Zielgruppe. Hier spielen die physischen und psychischen Belastungen durch die Screeninguntersuchung selbst sowie durch mögliche Folgeuntersuchungen genauso eine Rolle wie die wohnortnahe Verfügbarkeit. Ein positiver Status in der öffentlichen Diskussion ist für die Beteiligung ebenso wichtig wie eine niedrige Zugangsschwelle. Trotz objektiv vergleichbarer Belastungen durch die Untersuchung zeigen sich geschlechtsspezifisch erhebliche Unterschiede bei der Inanspruchnahme des gesetzlichen Früherkennungsprogramms. So stieg die Anzahl der abgerechneten Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Nordrhein-Westfalen bei Frauen von 1,9 Mio. im Jahr 1990 auf 3,1 Mio. im Jahr 1998, was einen Anstieg der Inanspruchnahme von 29 % auf 48 % aller Berechtigten bedeutet. Die durchschnittliche Beteiligung aller westlichen Bundesländer liegt noch um etwa 2 % höher. Nach Mitteilung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung gehen bundesweit die Raten ab dem 55. Lebensjahr stark zurück und fallen in der Altersklasse der über 64-Jährigen auf unter 25 %. Damit entzieht sich ein großer Teil des Personenkreises, der am häufigsten von Krebserkrankungen betroffen ist, der Früherkennung und beeinträchtigt die Effizienz des Programms erheblich. Bei Männern in Nordrhein-Westfalen stagniert die Inanspruchnahme bei etwa 10 %, wobei jährlich durchschnittlich 290 000 Untersuchungen abgerechnet werden (s. Anhang: Indikatoren 4.5, 4.6). Es fällt auf, dass hier der im Jahr 1994 beginnende, bundesweite Aufwärtstrend nicht zu beobachten ist. Die Gesamtbeteiligung liegt damit etwas unterhalb des Bundesdurchschnitts.

Im Folgenden sollen zwei Krebserkrankungen ausführlicher dargestellt werden, die sowohl unter Aspekten der Früherkennung als auch der Geschlechtsspezifität und der Betroffenenzahlen von besonderer Bedeutung sind: der Brustkrebs der Frau und das Prostatakarzinom beim Mann.

Brustkrebs

Brustkrebs (Mammakarzinom) kommt bei Frauen mehr als 100-mal häufiger als bei Männern vor. In Nordrhein-Westfalen erkranken jährlich 10 000 Frauen an Brustkrebs. Während der häufigste Krebs bei Männern, der Lungenkrebs, überwiegend nach dem 60. Lebensjahr auftritt, werden bei Frauen ein Drittel der Brustkrebserkrankungen bei unter 60-jährigen Frauen entdeckt. Krebserkrankungen bei Frauen unter 60 Jahren betreffen in 35 % den Brustkrebs.

Zu den Risikofaktoren zählen hormonelle Einflussfaktoren wie späte oder keine ausgetragenen Schwangerschaften, frühe Menarche, späte Menopause und der Östrogenspiegel, weiterhin fettreiche Nahrung, erhöhter Alkoholkonsum, genetische und soziale Faktoren. Auch gutartige Brusterkrankungen wie Mastopathie gelten als Risikofaktor. Frauen mit höherem Sozialstatus sind häufiger betroffen. Ca. 5 - 10 % aller Erkrankungen sind nach heutigem Kennt-

nisstand überwiegend auf erbliche Faktoren zurückzuführen, Empfehlungen zur Vorbeugung beschränken sich global auf eine gesunde Lebensweise.

Um so wichtiger ist es, der Krebsart, die bei Frauen den größten Verlust an Lebensjahren fordert, mit einem wirkungsvollen Instrumentarium zur Früherkennung zu begegnen.

Wie bereits ausgeführt, nehmen an dem Früherkennungsprogramm zunehmend mehr Frauen teil. Ab 30 Jahre gehört dazu die Palpation der Brust durch einen Arzt und die Unterweisung der Frauen in der Selbstuntersuchung. Im Jahre 1989 nahmen knapp 2 Millionen Frauen die Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch, seit dem Jahre 1996 sind es mehr als 3 Millionen Frauen (s. Kapitel 2.3). Die Effizienz, das heißt ein nachgewiesener Erfolg wie der Rückgang der Sterblichkeit beim Zervixkarzinom der Frau durch Vorsorgeuntersuchungen, ist beim Brustkrebs der Frau ausgeblieben.

Die Erkrankungshäufigkeit ist in den letzten 20 Jahren europaweit angestiegen, derselbe Effekt ist für Nordrhein-Westfalen zu beobachten. Der Anstieg der gemeldeten Neuerkrankungen an Brustkrebs betrifft in Nordrhein-Westfalen, repräsentiert durch das epidemiologische Krebsregister Münster, seit dem Jahr 1990 alle Altersgruppen ab 40 Jahre. Die Fünfjahres-Überlebensrate hat sich auf 73 % erhöht, dies kann als gutes Ergebnis gewertet werden, das jedoch durch die seit 1980 fast konstanten (standardisierten) Sterbeziffern geschmälert wird. Ein Anstieg der Sterblichkeit, wie er noch Anfang der 80er Jahre eintrat, konnte aufgehalten werden, eine Senkung der Sterblichkeit wurde jedoch bisher in Nordrhein-Westfalen nicht erreicht. Beim Brustkrebs der Frau entfallen gegenwärtig auf 100 Neuerkrankungen 44 Todesfälle. 41 Frauen im Alter von unter 35 Jahren sind im Jahre 1997 infolge von Brustkrebs in Nordrhein-Westfalen gestorben. Somit zählt Brustkrebs bereits bei den 20- bis 34-jährigen Frauen zu den häufigsten 10 Todesursachen (s. Kapitel 2.1).

Die aktuelle Diskussion beschäftigt sich mit der Ausweitung des Angebots zur Krebsfrüherkennung bei Frauen auf regelmäßige Mammographien. Dabei stellt die Mammographie ein besonders aufwendiges Screeninginstrument dar, das nur in den Händen von erfahrenen und gewissenhaften Untersuchern brauchbare Ergebnisse liefert. Mehrere randomisierte Studien aus Kanada, Großbritannien, Schweden und den Niederlanden belegten einen Nutzen des Mammographie-Screenings für die Gruppe der 50- bis 69-jährigen Frauen (Anderson et al., 1988).

In zahlreichen Industriestaaten ist die Mammographie als effektivste Form der Früherkennung von Brustkrebs anerkannt, speziell für die Altersgruppen der 50- bis 69-jährigen Frauen. Die Einführung eines qualitätsgesicherten Mammographie-Screeningprogramms als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung wird derzeit in der Bundesrepublik Deutschland diskutiert und in einzelnen Regionen modellhaft erprobt (v. Karsa, 1998).

Als Behandlungsmethode hat sich die brusterhaltende Operation mit anschließender Bestrahlung bei frühen Erkrankungsstadien als ebenso wirksam erwiesen wie radikalere Vorgehensweisen (Jacobson et al., 1995). So wird durch eine frühzeitige Diagnosenstellung einerseits die Prognose verbessert und andererseits kann die Therapie für die Patientin psychisch und physisch deutlich weniger belastend gestaltet werden. Ob brusterhaltend operiert werden kann, hängt in erster Linie vom Größenverhältnis des Primärtumors zur erkrankten Brust ab. Feldstudien des Bundesministeriums für Gesundheit zur Evaluation der regionalen onkologischen Versorgung von Patientinnen mit Mammakarzinom deuten auf erhebliche regionale Unterschiede bei der Verteilung der Erkrankungsstadien zum Zeitpunkt der Diagnose hin. Während in der Region München der Anteil an Primärtumoren mit einer Ausdehnung von höchstens 2 cm (Stadium T1) etwa 50 % betrug, waren es in der Region Aachen nach Angaben des Tumorzentrums nur 37 %. Bereits sehr ausgedehnte Primärtumoren (Stadium T4) fan-

den sich in München in 5,7 %, in Aachen aber in 11,5 % der Fälle (Bundesministerium für Gesundheit, 1998). Während zwischen 1995 und 1998 in der Region Aachen nur 43 % aller Patientinnen einer brusterhaltenden Therapie unterzogen wurden, liegt dieser Anteil in anderen Regionen bei über zwei Drittel (Bastert/Wallwiener, 1998). Unterschiede beim Anteil brusterhaltend durchgeführter Therapien von 10 % bis 90 % zwischen den einzelnen Kliniken weisen unter anderem auf Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Leitlinien zur Therapie des Mammakarzinoms hin.

Bei der Nachsorge des Mammakarzinoms ist in den vergangenen Jahren ein deutlicher Wandel zu beobachten. Es hat sich gezeigt, dass der Einsatz einer Vielzahl laborchemischer und apparativer Untersuchungen in der Nachsorge, die in erster Linie zur Entdeckung von Metastasen eingesetzt wurden, keinen Überlebensvorteil für die betroffenen Patientinnen mit sich bringt, sondern sich eher belastend auswirkt. Die Säulen der Nachsorge bilden die Anamnese, die klinische Untersuchung, die Mammographie und die Mammasonographie. Im Rahmen der Individualisierung der Betreuung wird die Durchführung weiterer Maßnahmen erst bei spezifischem Beschwerdebild empfohlen (Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten, 1998). Die ambulante und/oder stationäre Rehabilitation im Rahmen der Krebsnachsorge wird durch die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung in Nordrhein-Westfalen koordiniert.

Prostatakarzinom

Das Prostatakarzinom bei Männern bleibt der Primärprävention weitgehend verschlossen, sodass man sich auch hier auf die Suche nach wirksameren Methoden der Früherkennung konzentriert. Obwohl die laborchemische Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) bei Männern neben der Verlaufskontrolle vermutlich bereits breite Anwendung im Bereich der Früherkennung findet, wird eine Aufnahme in den Maßnahmenkatalog des gesetzlichen Programms noch kontrovers diskutiert. Im Vordergrund stehen hierbei weniger Qualitätsaspekte der technischen Realisierung als vielmehr eine umstrittene Schaden-Nutzen-Bilanz. So werden einerseits das Potenzial zur Senkung der Sterblichkeit bezweifelt und andererseits erheblicher Schaden und zusätzliche Kosten durch falsch-positive Ergebnisse befürchtet. Diskussionen über neue Maßnahmen haben auch Fragen zur Wirksamkeit bereits etablierter Methoden aufgeworfen (Kath et al., 1998).

Bei der Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Krebserkrankungen werden permanent neue Methoden zur Optimierung der Versorgung erprobt. Die zuverlässige Evaluation dieser Methoden und die kurzfristige Übertragung der Ergebnisse auf den onkologischen Alltag bedarf der standardisierten Dokumentation onkologischer Verlaufsdaten und somit der fortlaufenden Ermittlung der Ergebnisqualität der onkologischen Versorgung. Die Erfüllung dieser Aufgabe ist von den klinischen Krebsregistern zu fordern und legitimiert ihre Existenz.

5.2.7 Selbsthilfe nach Krebs

Die Mehrheit der an Krebs erkrankten Personen überlebt den Zeitpunkt der Diagnose um viele Jahre. Dabei hinterlassen die häufig notwendigen stark belastenden Therapieformen (umfangreiche operative Eingriffe, Bestrahlung, Chemotherapie) meist erhebliche Spuren, die nicht selten eine andauernde Beeinträchtigung körperlicher Funktionen und psychosoziale Schwierigkeiten nach sich ziehen. Darüber hinaus ist das Leben vieler Patientinnen und Pati-

enten von der Angst vor einem Rückfall, vor weiteren Untersuchungen oder Behandlungen begleitet. Zwar können bei der Bewältigung dieser Belastungen vielerorts die Leistungen psychosozialer Beratungsstellen in Anspruch genommen werden, dennoch werden viele Betroffene im Alltag nach der Diagnose Krebs weiterreichende Hilfe benötigen, die sich nur aus dem Dialog mit anderen Betroffenen ergeben kann.

In der Bundesrepublik hat sich in den letzten 20 Jahren die Selbsthilfebewegung zu einer bedeutenden Säule der Gesundheitsversorgung entwickelt. Mittlerweile sollte die Selbsthilfebewegung eine wichtige Ergänzung des professionellen Versorgungssystems sein. Die Organisation vieler Selbsthilfegruppen in Verbandsstrukturen ermöglicht zudem die wirkungsvolle Vertretung der Interessen Betroffener gegenüber Leistungs- und Kostenträgern im Gesundheitswesen sowie dem Gesetzgeber. Anhörungen im Rahmen gesundheitspolitischer Entscheidungsprozesse signalisieren die Anerkennung der Betroffenenkompetenz. Eine Förderung der Selbsthilfe und ihrer Infrastruktur erfolgt durch die öffentliche Hand, durch Wohlfahrtsverbände, Sozialversicherungsträger und die Deutsche Krebshilfe.

Die nunmehr verstärkte Berücksichtigung der Selbsthilfe und ihrer Strukturen im Sozialgesetzbuch V wird voraussichtlich die Selbsthilfeunterstützung durch die gesetzlichen Krankenversicherer auf eine neue Basis stellen.

Mit dem erklärten Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe bei der Bewältigung belastender Lebensumstände kommt es zum Zusammenschluss von immer mehr Selbsthilfegruppen. Die Gruppenmitglieder unterstützen sich gegenseitig bei der Überwindung von Ängsten und vermitteln praktische Anregungen zur Verbesserung der Lebensqualität. Die Zahl der Selbsthilfegruppen in Nordrhein-Westfalen wird von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. aktuell auf über 12 000 geschätzt. Bei einer durchschnittlichen Gruppengröße von 15 Personen engagieren sich allein in Nordrhein-Westfalen in diesem Bereich geschätzt etwa 180 000 Personen. In zur Zeit 18 Gemeinden wird die Vermittlung von Gruppen an Betroffene sowie der Aufbau und die Arbeit von Selbsthilfegruppen durch spezielle Kontakt- und Informationsstellen angeboten. Unter den rund 340 verschiedenen Themen, zu denen Selbsthilfegruppen in Nordrhein-Westfalen existieren, geht es in 60 % um Gesundheitsprobleme. Im Mittelpunkt stehen chronische Erkrankungen. Darunter gibt es eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen, die explizit Krebserkrankungen zum Thema haben (Tabelle 4). Brustkrebs, Leukämien und Lymphome stehen im Vordergrund. Darüber hinaus finden sich zahlreiche Gruppen, bei denen nicht die Erkrankung selbst, sondern bestimmte therapiebedingte Handikaps mit typischen psychosozialen Folgeproblemen im Mittelpunkt der Arbeit stehen. Bereits in den 70er Jahren formierte sich die Deutsche Ileostomie-Colostomie-Urostomie Vereinigung e. V. (ILCO). Hier engagieren sich Patientinnen und Patienten, denen wegen verschiedener Grunderkrankungen ein künstlicher Darm- oder Harnaussgang angelegt werden musste. Selbsthilfegruppen im Bundesverband der Kehlkopfflosen e. V. helfen Betroffenen bei der Bewältigung psychischer Spannungen, die aus dem Verlust des stimm-sprachlichen Ausdrucksvermögens resultieren, und bei der Reaktivierung einer befriedigenden Kommunikation mit ihrer Umwelt. Unter dem Dach des Arbeitskreises der Pankreatektomierten e. V. befinden sich Gruppen von Patientinnen und Patienten, die ihren Alltag mit Folgen der Entfernung der Bauchspeicheldrüse bewältigen müssen – eine Maßnahme, die gegebenenfalls im Rahmen einer onkologischen Therapie erforderlich wird.

Ein weiterer Aspekt der Selbsthilfearbeit ist die Funktion als Bindeglied zwischen dem sogenannten Laiensystem und professionellen Institutionen. Einerseits wird Ärzten ein bedürfnisgerechterer Umgang und damit die effizientere Betreuung ihrer Patienten nahegebracht und

andererseits werden Selbsthilfegruppen von Experten über aktuelle Entwicklungen auf dem medizinischen Sektor informiert.

Informationen zu ortsnahen Selbsthilfegruppen sind über den Krebsinformationsdienst (KID) des Deutschen Krebsforschungszentrums und in Nordrhein-Westfalen über die Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten NRW e. V. (GBK) zu erhalten. Generell ist festzustellen, dass die Mitglieder von Selbsthilfegruppen im Bereich Gesundheit ganz überwiegend weiblich sind.

| Dachverband | Anzahl |
|---|--------|
| Frauenselbsthilfe nach Krebs e. V. | 70 |
| eigenorganisierte Selbsthilfegruppen | 50 |
| Bundesverband der Kehlkopflösen | 24 |
| Elterninitiativen | 22 |
| Deutsche ILCO e. V. | 12 |
| Deutsche Leukämie-Hilfe e. V. | 12 |
| Arbeitskreis der Pankreatektomierten | 13 |

Tabelle 4: Selbsthilfegruppen für Krebspatienten und Angehörige, Nordrhein-Westfalen, 1999

Auch bei den Selbsthilfegruppen, die sich in Nordrhein-Westfalen an Krebskranke richten, ist nicht nur eine Überrepräsentanz frauenspezifischer Gruppen erkennbar, sondern auch in gemischten Gruppen sind Frauen in der Mehrheit. Ob die aktuellen Bemühungen zum Aufbau einer Gruppe „Prostatakrebs“ in Nordrhein-Westfalen erfolgreich sein werden, bleibt abzuwarten.

Literatur

- Anderson, I.; Aspegren, K.; Janzon, L. et al. (1988): Mammographic Screening and mortality from breast cancer: The Malmö Mammographic Screening Trial. *BMJ* 297, S. 943 - 948.
- Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland (Hrsg.) (1997): Krebs in Deutschland - Häufigkeiten und Trends. Braun Druck, Riegelsberg, Saarbrücken.
- Bastert, G.; Wallwiener, D. (1998): Mammakarzinom-Operation und Brustrekonstruktion. *Onkologie* 4, S. 914 - 922.
- Becker, N. (1998): Krebsprävention - Epidemiologische Aspekte. *Onkologie* 4, S. 698 - 707.
- Becker, N.; Wahrendorf, J. (1997): Krebsatlas der Bundesrepublik Deutschland 1981-1990. 3. Aufl. Springer.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1998): Modellprogramm zur besseren Versorgung von Krebspatienten im Rahmen des Gesamtprogramms zur Krebsbekämpfung im Zeitraum 1981-1998. Schriftenreihe des BMG, Band 109, Nomos S. 93 - 100.

- Epidemiologisches Krebsregister für den Regierungsbezirk Münster (Hrsg.) (1999): Krebserkrankungen im Regierungsbezirk Münster – Band 1: Bericht für die Jahre 1991 – 1995. Bielefeld.
- Gesellschaft zur Bekämpfung von Krebskrankheiten Nordrhein-Westfalen e. V. (Hrsg.) (1998): Empfehlungen zur Nachsorge maligner Tumoren. Düsseldorf.
- Jungck, M.; Friedl, W.; Propping, P. (1999): Die genetischen Grundlagen erblicher Tumorerkrankungen des Menschen. *Onkologie* 5, S. 855 - 866.
- Junge, B. (1998): Rauchen und Lungenkrebs bei Frauen: Werden die Männer überholt? *Bundesgesundheitsblatt* 41, S. 474 - 477.
- Jacobson, J. A.; Danforth D. N.; Cowan K. H. et al. (1995): Ten-year results of a comparison of conservation with mastektomy in the treatment of stage I and II. *Breast Cancer. N Engl J Med* 332, S. 902 - 911.
- Karsa v., L. (1998): Sekundärprävention in der Onkologie. *Onkologie* 4, S. 723 - 730.
- Kath, R.; Schneider, C. P.; Höffken, K. (1998): Früherkennungsmaßnahmen in der Onkologie. *Onkologie* 4, S. 731 - 739.
- MAGS (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Hrsg.) (1995): Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1994. Bielefeld.
- Poremba, C.; Simon, R.; Boecker, W.; Dockhorn-Dworniczak, B. (1999): Molekulare Ursachen der Tumorentstehung. *Onkologie* 5, S. 847 - 854.
- Schön, D.; Bertz, J.; Görsch, B.; Haberland, J.; Ziegler, H.; Stegmaier, C.; Eisinger, B.; Stabenow, R. (1999): Entwicklung der Überlebensraten von Krebspatienten in Deutschland, Gesundheitsberichterstattung für Deutschland, Schwerpunktbericht. Robert Koch-Institut. Berlin.

Links

- Koordination für Selbsthilfe-Kontaktstellen in Nordrhein-Westfalen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (KOSKON). Friedhofstr.39, 41236 Mönchengladbach, Tel.: (0 21 66) 24 85 67; Fax: (0 21 66) 24 99 44; Internet: www.koskon.de.
- Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg (KID), Tel.: (0 62 21) 41 01 21; Internet: www.krebsinformation.de.
- Deutsche Krebshilfe e. V., Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn. Tel. (02 28) 72 99-00; Internet: www.krebshilfe.de.
- Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten NRW e. V. (GBK), Johannes-Weyer-Str.1, 40225 Düsseldorf. Tel.: (02 11) 33 00 15; Fax: (02 11) 9 34 88 33; Internet: www.krebsgesellschaft-nrw.de.
- Robert Koch-Institut, General-Pape-Str. 62 - 66, 12101 Berlin. Tel.: (0 30) 45 47-3321; Fax: (0 30) 45 47-3333; Internet: www.rki.de

5.3 Psychische Erkrankungen und psychosomatische Störungen bei Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen

5.3.1 Bedeutung psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen umfassen ein weites Spektrum von sehr verschiedenen Krankheitsbildern, sodass es nicht möglich ist, eine allgemeine Aussage zu Ursachen, Erscheinungsformen und Verläufen zu formulieren (Comer, 1995; Davison et al., 1996; Saß, 1996). Die Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigungen reicht von milden Formen des Leidens, die im alltäglichen Leben unbeteiligten Dritten nicht oder kaum auffallen, zu so drastischen Störungen des seelischen und körperlichen Befindens und des Verhaltens, dass dem davon Betroffenen außer durch die direkten Symptomaten auch und vor allem durch die daraus resultierende Ausgrenzung die Teilhabe am allgemeinen gesellschaftlichen Leben mehr oder weniger verwehrt ist (Scheff, 1973). Das Kapitel bezieht sich auf psychiatrische Erkrankungen ohne Suchterkrankungen.

Der weitaus größte Teil der psychischen Krankheiten kann nicht auf organische Ursachen oder Stoffwechselstörungen zurückgeführt werden; zu diesen Störungen ohne erkennbare körperliche Ursache zählen als Hauptgruppen die (nicht-organischen) Psychosen, die Neurosen und die Persönlichkeitsstörungen. Gegenüber den letzteren, zumeist leichteren Krankheitsgruppen sind die Psychosen durch größere Veränderungen der geistigen Funktionen und schwere Störungen der Erkenntnis- und Wahrnehmungsprozesse (z. B. Wahnvorstellungen, Halluzinationen) gekennzeichnet. Unterschieden werden affektive (manisch-depressive) Psychosen und die Schizophrenie einschließlich der schizoaffektiven Mischpsychosen. Zu den Neurosen zählen Erkrankungen, bei denen spezifische und quälende neurotische Symptome auftreten, unter anderem Angstzustände, Zwangsvorstellungen, Getriebensein und hysterische Affektstörungen. Bei den neurotischen Leiden bleibt in der Regel die Fähigkeit, zwischen Vorstellung und Wirklichkeit unterscheiden zu können, erhalten, während sie bei den Psychosen ganz oder teilweise fehlt. Mit dem umstrittenen Begriff der Persönlichkeitsstörung (auch Abnorme Persönlichkeit, Charakterneurose) werden Störungen der Verhaltensmuster zusammengefasst, die durch relativ fixierte und stilisierte Verhaltens- und Erlebnisweisen in Erscheinung treten. Als Störungen unterscheiden sie sich von „normalen“ Persönlichkeitsmerkmalen durch ihre Starre und durch fehlende Anpassungsfähigkeit: Sie können zwischenmenschliche und berufliche Beziehungen zerstören.

Auch psychosomatische Erkrankungen werden, obwohl sie sich körperlich manifestieren, zur Gruppe der psychischen Erkrankungen gezählt. Hierzu zählt eine Vielzahl von Krankheitsbildern, die mehr oder weniger stark durch psychische Ursachen geprägt und mitbedingt sind.

Die gesellschaftliche Ausgrenzung psychisch Kranker ist Folge einer sehr alten, kulturell gewachsenen, vorurteilsbehafteten Sichtweise psychischer Krankheiten. Dieses Bild wird einseitig bestimmt durch nahezu ausschließliche Orientierung an bestimmten, im Grunde sehr seltenen Krankheitsformen, z. B. der des manisch Kranken, der in seinem Wahn durchaus bedrohlich und aggressiv wirken kann. Die durch diese Stigmatisierung bedingte Ausgrenzung vieler psychisch Kranker ist umso bedauerlicher, als sich tatsächlich zeigen lässt, dass die von psychisch Kranken ausgehenden Gefahren für andere sehr gering sind, die Krankheit häufig einen eher periodischen oder gar episodischen Verlauf nimmt, die scheinbar begrenzte Heilbarkeit oft nicht in der Natur der Sache begründet ist, sondern sich als Folge des gesellschaftlichen Umgangs bzw. unangemessener Behandlung deuten lässt (Scheff, 1973). Übersehen wird ferner, dass das Risiko, irgendwann einmal im Leben mit einer psychischen Symptomatik zu erkranken, nicht nur für eine kleine Minderheit sondern - statistisch gesehen - für jeden vierten Erwachsenen gegeben ist.

Eine weitere, für die Epidemiologie erhebliche Folge der vorurteilsbelasteten Wahrnehmung von psychischen Krankheiten ist die starke Tendenz, die Aufnahme einer Behandlung entsprechender Beschwerden zu vermeiden bzw. so lange wie eben möglich hinauszuzögern. Daher ist es bei dieser Krankheitsgruppe besonders problematisch, von der Anzahl der behandelten Fälle auf die tatsächliche Erkrankungshäufigkeit zu schließen. Diese wichtige Einschränkung darf bei den folgenden Auswertungen nie aus den Augen verloren werden.

Da umfassende Studienergebnisse zur Erkrankungshäufigkeit für psychische Krankheiten nicht vorliegen, stützt sich dieser Bericht auf eine Reihe von Statistiken, die verschiedene Aspekte der Morbidität abbilden, dabei aber alle ihre spezifischen Einschränkungen aufweisen: die Arbeitsunfähigkeitsstatistik der Krankenkassen, die Statistik der Krankenhausfälle und die Statistik der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Diese Statistiken erfassen entweder nur die Berufstätigen oder nur bestimmte Schweregrade psychischer Erkrankungen.

5.3.2 Verordnete Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Erkrankungen

Die Statistik der verordneten Arbeitsunfähigkeitsfälle kann für sich in Anspruch nehmen, sowohl gravierende und länger andauernde Fälle psychischer Erkrankung als auch Fälle leichter Missstimmung etc. zu erfassen, sodass sie vor anderen Statistiken wie derjenigen der Krankenhausfälle deutliche Vorzüge hat, andererseits gelten für sie auch einige Einschränkungen, wie z. B. Nichterfassung von Nicht-Erwerbstätigen, Beamten und Selbständigen etc., Abhängigkeit von Arbeitsmarktbedingungen und sozial- und versicherungsrechtlichen Regelungen. Alle diese Einwände sind zu beachten, wenn man diese Daten analysiert, auf die wir mangels besserer Alternativen zurückgreifen müssen.

Betrachten wir zunächst die Anzahl der verordneten Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer Krankheiten insgesamt (ICD-Nr. 290 - 319) je 100 000 Pflichtversicherte der AOK Rheinland, also unter Einbeziehung auch der an anderer Stelle ausführlicher behandelten Suchterkrankungen, so ergeben sich bei den Männern für das Jahr 1996, auf das hier zurückgegriffen wird, insgesamt 4 318 verordnete Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 100 000 Versicherte, während der vergleichbare Wert bei den Frauen bei 5 138 liegt, also wesentlich höher ist (s. Anhang: Ind. 3.87a). Die Werte für die Frauen liegen in allen Altersklassen deutlich höher als die für die Männer. Bei beiden Geschlechtern findet sich der Höchstwert für die Altersklasse von 35 bis 39 Jahren. Während die Werte bei den Männern dann recht deutlich fallen, bleiben sie für die Frauen bis zum 54. Lebensjahr fast gleich hoch und bewegen sich auf einem Niveau, das ca. 70 % über dem der Männer liegt. Die Zahl der Krankheitstage pro Fall ist bei den Frauen nahezu identisch mit derjenigen der Männer (33,8 versus 33,7 Tage), mit leicht sinkender Tendenz seit den frühen 80er Jahren (Statistik der Allgemeinen Krankenversicherungen 1995 für die alte Bundesrepublik insgesamt; Statistisches Jahrbuch, 1998).

Vergleiche mit anderen Diagnosegruppen zeigen, dass z. B. für das Jahr 1995 bei den Pflichtversicherten in der Bundesrepublik die Arbeitsunfähigkeitsfälle für Infektionskrankheiten 1,1/1,7-mal häufiger, für Kreislauf-Erkrankungen 1,5/1,8-mal häufiger, für Erkrankungen der Atmungsorgane 8,2/11,5-mal häufiger waren als für psychische Krankheiten (erste Zahl Frauen, zweite Zahl Männer). Dabei gilt es zu beachten, dass bei diesen anderen Erkrankungen die Zahl der Tage pro Fall zum Teil sehr deutlich niedriger liegt (z. B. bei Infektionen und Krankheiten der Atmungsorgane).

Die Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer Erkrankung stellt, gemessen am Volumen der Krankheitstage, ein ähnlich großes Problem dar wie die durch andere große Krankheitsgruppen bewirkten Folgen.

5.3.3 Krankenhausfälle infolge psychischer Krankheit

Die Statistik der Krankenhausfälle repräsentiert nur das eindeutig schwerere Spektrum der Krankheitsverläufe, da in den meisten Fällen keine stationäre Behandlung erforderlich ist. Längs- und Querschnittsvergleiche werden dadurch erschwert, dass das Ausmaß der stationären Behandlung unter anderem auch eine Funktion des Ausbaugrades mit teilstationären und ambulanten Versorgungsmöglichkeiten ist und nicht nur der wahren Prävalenz (Erkrankungshäufigkeit). Ferner gilt es zu beachten, dass die Zahl der Behandlungsfälle im Krankenhaus wegen der Mehrfachzählung bei mehreren Krankheitsepisoden pro Jahr keine exakte Schätzung der behandelten Prävalenz erlaubt.

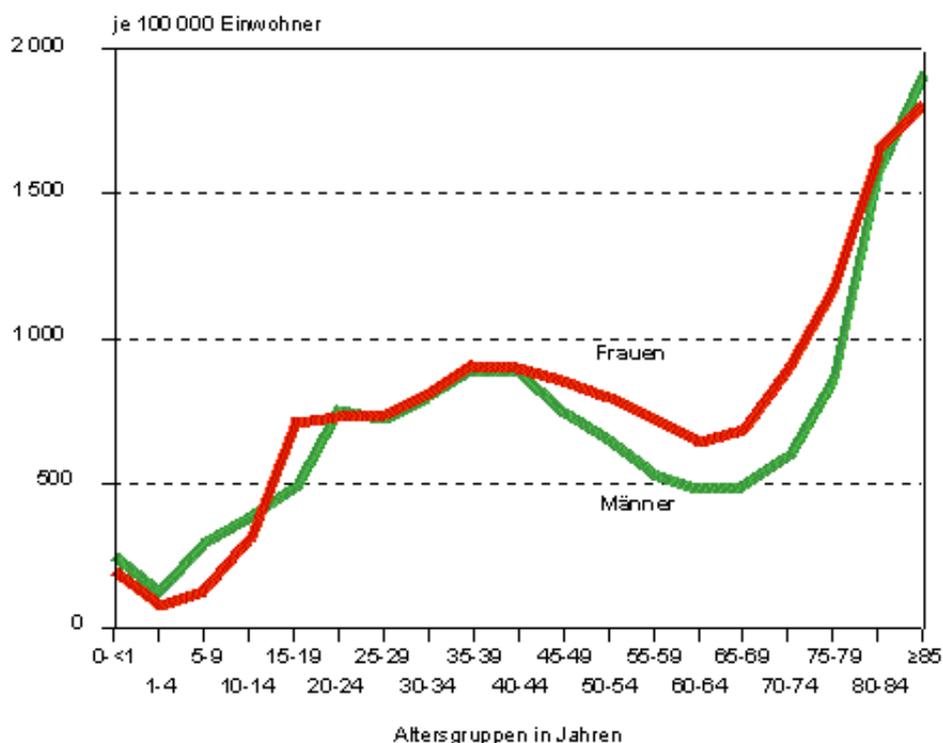


Abbildung 1: Altersspezifische Krankenhausfälle infolge psychischer Krankheiten, ohne Suchtkrankheiten, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1997

Betrachten wir den, verglichen mit den verordneten Arbeitsunfähigkeitsfällen, deutlich härteren Indikator der Krankenhausfälle je 100 000 Einwohner, so zeigt sich für beide Geschlechter zwischen 1994 und 1997 eine leicht steigende Tendenz (von 1 143 auf 1 251 bei den Männern bzw. von 910 auf 962 bei den Frauen). Bei beiden Geschlechtern zeigt sich ein ausgeprägter zweigipfliger Verlauf: in der ersten Lebenshälfte sind die höchsten Raten für die

Altersklassen 35 - 39 und 40 - 44 Jahre zu beobachten; während dann die Raten für die Männer recht entschieden bis zur Altersklasse 70 - 74 Jahre sinken, gehen sie bei den Frauen nicht so deutlich zurück. Anschließend folgt dann wieder ein steiler Anstieg, der wohl vor allem auf die gerontopsychiatrischen Erkrankungen zurückzuführen ist. Männliche Kinder und Jugendliche (bis 14 Jahre) weisen höhere Werte auf als weibliche, während in der Altersklasse von 15 - 19 Jahren die Raten für die weibliche Population höher ausfallen. Die Raten für die weibliche Bevölkerung nehmen dann in den folgenden Altersklassen stetig leicht zu, während sie sich für die männliche Bevölkerung von der Altersgruppe 15 - 19 Jahre auf 20 - 24 Jahre schon verdoppeln und dann bis zur Altersklasse 35 - 39 weiter stark zunehmen (s. Anhang: Ind. 3.86).

Wir erkennen einen geschlechtsspezifischen Zusammenhang mit dem Lebenszyklus: Besondere Belastungen für männliche Kinder und Jugendliche im frühen Alter und für junge männliche Erwachsene und Männer im mittleren Lebensalter auf der einen Seite, dagegen geringere Probleme bei der weiblichen Bevölkerung, mit Ausnahme der älteren weiblichen Jugendlichen und weiblicher Personen im Alter über 65 Jahren.

Bei einer getrennten Betrachtung der verschiedenen Formen psychischer Erkrankungen (ohne Suchterkrankungen) zeigen sich unterschiedliche Verteilungszahlen der Krankenhausaufenthalte für Frauen und Männer. Dies reicht von einer ungefähren Gleichverteilung beider Geschlechter bei Persönlichkeitsstörungen, über um ca. 20 % erhöhte Fallzahlen für Frauen mit endogenen Psychosen (s. Anhang: Ind. 3.93) bis hin zu deutlichen Geschlechtsunterschieden bei neurotischen Störungen, wo für Frauen fast doppelt so viele Krankenhaufälle erfasst werden wie für Männer. Bei gerontopsychiatrischen Störungen ergibt sich zwar eine doppelt so hohe Fallzahl für Frauen im Vergleich zu Männern; dieser Effekt ist jedoch im Wesentlichen auf den höheren Altersdurchschnitt der Frauen zurückführbar. Psychosomatische Störungen zeichnen sich, bei aller Schwierigkeit der definitorischen Eingrenzung, durch eine deutlich erhöhte Zahl von Krankenhaufällen bei Frauen aus: im Durchschnitt knapp doppelt so viele Fälle. Abbildung 1 weist aus, dass psychische Krankheiten im Kindesalter häufiger beim männlichen Geschlecht, im höheren Alter häufiger bei Frauen behandelt werden (alle psychischen Krankheiten ohne Suchterkrankungen).

5.3.4 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge psychischer Erkrankungen

Die Statistik der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit hat den Vorzug, dass wegen der rechtlichen und ökonomischen Folgewirkungen die in sie eingehenden Daten als besonders zuverlässig gelten, aber sie weist systematische Lücken auf. Erstens erfasst sie nur Personen, deren psychisches Leiden so ausgeprägt ist, dass die Erwerbsfähigkeit nennenswert vermindert ist, und dies dürfte häufig nicht gegeben sein. Zweitens ist sie auf Versicherte beschränkt, die zuvor einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit nachgegangen sind (also nicht die Hausfrauen, die Beamten, die Selbständigen etc.). Schließlich ist zu beachten, dass die Bereitschaft zur vorzeitigen Verrentung in ganz erheblichem Maße von den Bedingungen des Arbeitsmarktes abhängig ist.

Die Entwicklung der Raten der vorzeitigen Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge psychischer Erkrankungen insgesamt (ICD-Nr. 290 - 319) ist für den genannten Zeitraum (1993 - 1997) für beide Geschlechter sehr deutlich zunehmend, sodass die Endwerte die Ausgangswerte jeweils um ca. 50 % übersteigen (von ca. 78 auf 117 pro 100 000 aktiv Versicherte bei den Männern und von ca. 98 auf 151 pro 100 000 aktiv Versicherte bei

den Frauen). Die krisenhafte Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt dürfte an diesem Verlauf wesentlich kausal beteiligt gewesen sein, sie legt für Personen mit gesundheitlich bedingt geringen Chancen auf dem Arbeitsmarkt den Schritt zur vorzeitigen Berentung immer näher. Typischerweise ist die Verrentungsrate bei Frauen deutlich höher als bei Männern, obwohl letztere die insgesamt höheren Raten von Krankenhausfällen aufweisen. Hier mag eine Rolle spielen, dass – wie oben an dem Verlauf der verordneten Arbeitsunfähigkeiten erkennbar – die Erkrankungen bei Frauen nicht so deutlich mit dem Alter zurückgehen wie bei den Männern, dass sie seltener die Rolle des Hauptnährers der Familie spielen und daher die Bereitschaft zum vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben größer ist (s. Anhang: Ind. 3.80).

5.3.5 Geschlechterdisparitäten für diagnosespezifische Raten der Krankenhausfälle auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen

Die Analyse des Verhältnisses der Raten der Krankenhausfälle je 100 000 Einwohner für die verschiedenen diagnostischen Kategorien bei beiden Geschlechtern auf der Ebene der Kreise und der kreisfreien Städte zeigt einerseits ein deutliches Muster der Disparität zwischen den Geschlechtern, andererseits aber auch sehr starke Schwankungen von Kreis zu Kreis. Besonders bemerkenswert ist der Umstand, dass die Rate der Krankenhausfälle je 100 000 Einwohner zum Teil in einem sehr starken Zusammenhang mit dem Umstand steht, ob es sich um eine kreisfreie Stadt oder einen Landkreis handelt. Sowohl die Rate der Krankenhausfälle wegen psychischer Erkrankungen insgesamt als auch die wegen schizophrener Psychosen, wegen neurotischer Störungen (Männer) und wegen Persönlichkeitsstörungen sind hier zu nennen. Sie sind in kreisfreien Städten markant höher als in Landkreisen.

Zur Geschlechterverteilung lässt sich sagen, dass das Verhältnis bei schizophrenen Psychosen zwischen Männern und Frauen 11 : 10 für alle Kreise und Städte beträgt; bei den affektiven Psychosen liegt der Wert bei 1 : 2, bei den Persönlichkeitsstörungen bei 1 : 10 und bei den reaktiven Depressionen, Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen 6 : 10.

Da die Relationen zwischen den Raten für die Männer und für die Frauen zwischen den Kreisen und Städten so sehr variieren (erkennbar an den hier nicht dargestellten großen Standardabweichungen), liegt es nahe, nach den Bedingungen zu suchen, die für diese Schwankungen verantwortlich sind. Entsprechende multiple Regressionsanalysen, die hier im Einzelnen nicht vorgestellt werden können, erbrachten, dass unter anderem die Größe der Wohnfläche pro Kopf, die Quote der Wohngeldempfänger und die Höhe des verfügbaren Einkommens Relationen „zugunsten“ der Frauen (niedere Werte der Relation Rate der Männer zu Rate der Frauen) bedingen, während dies für die Einwohnerzahl umgekehrt gilt: Je höher die Einwohnerzahl, desto größer fällt der Quotient aus der Rate der Krankenhausfälle der Männer zur Rate der Frauen aus. Dasselbe gilt für das Merkmal „kreisfreie Stadt versus Kreis“. Wir kommen also zu dem interessanten Schluss, dass das Ausmaß der Disparitäten der männlichen versus der weiblichen Raten der Krankenhausfälle selbst einen deutlichen Bezug zur Sozialstruktur der Untersuchungseinheiten aufweist.

5.3.6 Geschlechtsspezifisches Inanspruchnahmeverhalten gegenüber medizinischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Diensten

Daten zum geschlechts- und diagnosespezifischen Inanspruchnahmeverhalten auf der Basis von Feldstudien

Das Inanspruchnahmeverhalten lässt sich nur auf der Basis von Feldstudien untersuchen, da man auf der individuellen Ebene bestimmen können muss, ob und wie Individuen mit spezifischen Krankheitsbildern in den Genuss allgemeinmedizinischer und/oder fachärztlicher psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung gekommen sind. Über umfassende Informationen dieser Art verfügen wir nur durch einige ausgewählte Gemeindestudien, die leider nicht für Nordrhein-Westfalen vorliegen. Da sich die Ergebnisse für verschiedene Gemeinden nicht wesentlich unterscheiden, stützen wir uns hier auf die Befunde von Dilling, Weyerer und Castell für kleinstädtische bzw. ländliche Gemeinden im Kreis Traunstein (1984).

Die Daten ergaben, dass insgesamt 9 % der Befragten angaben, mindestens einmal im Laufe ihres Lebens wegen psychischer Beschwerden in einer psychiatrischen Institution behandelt worden zu sein, die Mehrzahl nur ambulant (6,3%), 0,7 % nur stationär und 1,8 % ambulant und stationär. Frauen wurden mehr als doppelt so häufig psychiatrisch behandelt wie Männer, was fast ausschließlich auf eine höhere Inanspruchnahme ambulanter Dienste zurückzuführen war. In Bezug auf die stationäre Vorbehandlung gab es kaum Differenzen. Die Rate der Vorbehandelten steigt mit dem Alter und niedriger sozialer Schicht deutlich an, wobei insbesondere die untere Sozialschicht umfangreiche Erfahrungen mit stationärer Behandlung hat.

Besonders bedeutsam ist, dass nur etwa jede vierte Person mit einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung und jeder Zehnte mit einer leichteren psychischen Störung bereits einmal in seinem Leben eine psychiatrische Einrichtung aufgesucht hatte. Bei den Frauen überwog dabei die Zahl der ambulanten Behandlungen, bei den Männern die Zahl der stationären Behandlungen. Vorbehandlungen weisen insbesondere Probanden mit der Diagnose Schizophrenie, affektive und andere Psychosen und organische Psychosen auf, während von den Neurotikern nur jeder Vierte vorbehandelt war. Bei den Persönlichkeitsstörungen, vor allem aber bei Alkoholismus/Drogenabhängigkeit und gerontopsychiatrischen Erkrankungen war der Anteil Vorbehandelter sehr niedrig. Entsprechendes gilt in Bezug auf die Vorbehandlung durch Nervenärzte.

Bei einer Analyse der Häufigkeit von Arztkonsultationen generell zeigte sich eine klare Abhängigkeit von dem Muster der laut Forschungsuntersuchung diagnostizierten Symptomatiken im Sinne des Vorliegens von ausschließlich somatischer oder ausschließlich psychischer Problematik oder Kombination von beiden. Dabei wird deutlich, dass Individuen mit beiden Problematiken naturgemäß die höchste Frequenz der Arztkontakte in den letzten 12 Monaten aufwiesen (54 % hatten mehr als 12 Arztkonsultationen), gefolgt von den Personen, die nur eine somatische und keine psychiatrische Diagnose aufwiesen (39 % mit mehr als 12 Konsultationen), während diejenigen Personen, die nur eine psychiatrische und keine somatische Diagnose erhalten hatten, deutlich seltener den Arzt aufsuchten (nur 27 % mit mehr als 12 Konsultationen). Beachtenswert ist ferner, dass von letzteren 15 % überhaupt keine Arztkonsultation im letzten Jahr und 38 % nur 1 - 4 Konsultationen angaben. Daraus wird klar ersichtlich, dass von psychischen Krankheiten Betroffene, wenn sie nicht gleichzeitig eine somatische Krankheit „vorweisen“ können, relativ selten ärztliche Versorgung in Anspruch nehmen, wobei zu beachten ist, dass hier ärztliche Konsultationen überhaupt und nicht fachärztliche Behandlungen gemeint waren (Dilling et al., 1984).

Betrachtet man diesen Sachverhalt unter Berücksichtigung des Geschlechts der Probanden und anhand der durchschnittlichen Zahl der Arztbesuche pro Jahr, so zeigt sich, dass sich die Frequenz der Arztbesuche der Frauen von der der Männer im Prinzip nicht nennenswert unterscheidet, wenn bei beiden auch somatische Probleme vorliegen. Liegen jedoch nur psychische, keine somatischen Probleme vor, dann unterscheidet sich die Arztfrequenz beider Geschlechter signifikant; Frauen haben eine fast doppelt so hohe Frequenz wie Männer (Mittelwert 11,8 versus 6,1), dieser Befund bleibt auch bei Kontrolle des Alters erhalten (Dilling et al., 1984). Interessanterweise waren die behandelnden Hausärzte, die in die Untersuchung mit einbezogen werden konnten, in Bezug auf ca. 74 % bis 84 % der Probanden der Meinung, dass die Besuchsfrequenz adäquat sei (variiert zwischen den einzelnen untersuchten Gemeinden). Dabei ist die Vermutung, die Ärzte hätten die psychische Problematik ihrer Patienten nicht erkannt, nicht zutreffend, denn die diagnostischen Einschätzungen durch die ärztlichen Feldforscher und die Hausärzte stimmen – bei allen nicht unerwarteten Differenzen in Einzelpunkten – erstaunlich gut überein (Dilling et al., 1984).

Folgerungen für die Interpretation der Behandlungsprävalenzdaten

Die Ergebnisse der oben dargestellten Feldstudien machen deutlich, dass insbesondere Personen, die nur von psychischen und nicht gleichzeitig auch von somatischen Erkrankungen betroffen sind, zu erheblichen Teilen nicht und wenn dann auch nur relativ selten den Weg zur ärztlichen Behandlung finden, die in der Regel dazu noch häufig keine fachärztliche Behandlung darstellt. Die psychiatrische Vorbehandlung war bei behandlungsbedürftigen Probanden nur bei einem Viertel der Untersuchten gegeben, wobei die stationäre Behandlung eher die seltene Ausnahme war, die nur bei Männern der unteren Unterschicht hohe Werte aufweist. Generell gilt, dass je schwerer die diagnostizierte Erkrankung war, desto größer war auch die Wahrscheinlichkeit einer psychiatrischen Vorbehandlung. Unter methodischen Gesichtspunkten müssen wir also konstatieren, dass die – mangels besserer Daten – schwerpunktmäßig ausgewerteten Raten der Krankenhausfälle wegen psychischer Krankheiten nur einen sehr begrenzten Ausschnitt des Vorkommens psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung abbilden. Dabei ist das Bild stark durch die sehr schweren Erkrankungen, die chronischen Krankheitsbilder sowie durch schicht- und geschlechtsspezifisch strukturierte Selektionsfilter verzerrt.

Bewertung der Nutzung medizinischer Versorgungsmöglichkeiten

Wir müssen aufgrund der oben berichteten Daten zum einen davon ausgehen, dass Männer mit psychischen Erkrankungen noch deutlich schwerer als Frauen den Weg zu ärztlicher Behandlung finden. Der Hintergrund dürfte eindeutig in bestimmten Eigenheiten der geschlechtsspezifischen Sozialisation liegen (geringere Tendenz zur Beachtung von Emotionen und Stimmungen, geringere Tendenz zur Selbstbeobachtung, geringere Bereitschaft zur Offenbarung des Selbsts, geringere Bereitschaft des Eingeständnisses von Schwäche und Ängsten, andere Deutung bzw. Wertung seelischer Befindlichkeit im Vergleich zu körperlichen Erkrankungen). Zum zweiten müssen wir konstatieren, dass Hausärzte die niederfrequente und meist nichtfachärztliche medizinische Versorgung ihrer Patienten mit psychischen Beschwerden für angemessen halten, sodass Zweifel angebracht erscheinen, ob Patienten mit psychi-

schen und psychosomatischen Problemen durchgehend eine wirklich rechtzeitige kompetente medizinische Versorgung erhalten.

5.3.7 Versorgungsstrukturen für psychisch Kranke in Nordrhein-Westfalen

Die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen durch stationäre und ambulante medizinische und psychotherapeutische Einrichtungen hat sich in den letzten Jahren deutlich verändert und in mancher Hinsicht verbessert. Die Zahl der psychiatrischen Tageskliniken hat sich zwischen 1990 und 1999 von 70 auf 123 fast verdoppelt. Die Tabelle 1 gibt einen Überblick über die bereits betriebenen und geplanten Tageskliniken einschließlich der Plätze. Die Tageskliniken dienen vor allem der Vermeidung drohender stationärer Unterbringung bzw. der Vorbereitung für eine weitere ambulante Behandlung. Sie sind in der Regel voll belegt und haben längere Wartezeiten. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass die dort gegebenen Möglichkeiten von den niedergelassenen Fachärzten noch nicht hinreichend durch Überweisungen ihrer Patienten genutzt werden.

| Disziplin | Tageskliniken im Betrieb | | Geplante Tageskliniken | |
|-------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|
| | Anzahl der Tageskliniken | Anzahl der Plätze | Anzahl der Tageskliniken | Anzahl der Plätze |
| Allgemeinpsychiatrie | 86 | 1 717 | 16 | 327 |
| Gerontopsychiatrie | 14 | 211 | 10 | 142 |
| Suchtbehandlung | 2 | 20 | 1 | 7 |
| Kinder- u. Jugendpsych. | 21 | 255 | 8 | 121 |
| Gesamt | 123 | 2 203 | 35 | 597 |

Tabelle 1: Tageskliniken in Nordrhein-Westfalen, Oktober 1999

Ausstattung mit Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten (nur Ärztinnen/Ärzten) und Psychiaterinnen/Psychiatern/Nervenärztinnen/Nervenärzten

Nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind in der nachfolgenden Übersicht nicht einbezogen. Erst mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes am 1.1.1999 waren die beiden psychotherapeutischen Heilberufe der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten gesetzlich geregelt. Für den betrachteten Zeitraum liegen noch keine Zahlenangaben über die psychologischen Psychotherapeuten vor.

Die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Psychiatrie, Neurologie und Nervenheilkunde hat sich in Nordrhein-Westfalen in den letzten Jahren deutlich erhöht. 1996 wurden 196 Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie (54 in freier Praxis), 652 Ner-

venärztinnen/-ärzte (598 in freier Praxis) und 1 273 Psychiaterinnen/Psychiater (davon 158 in freier Praxis) registriert (neben 592 Neurologinnen/Neurologen, davon 169 in freier Praxis). Die Zahl der Ärztinnen/Ärzte, die sich als Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten betätigen, liegt mit 2 509 in Nordrhein-Westfalen deutlich über früheren Werten. Die Anteile der weiblichen und männlichen Fachärzte sind ungefähr gleich groß und entsprechen damit der Geschlechterverteilung in der Bevölkerung. Dieses Verhältnis entspricht allerdings nicht der Geschlechterverteilung bei den Krankenhausfällen wegen psychischer Krankheiten. Wollte man hier Parität erreichen, so müsste der Anteil der Fachärztinnen deutlich höher sein als bisher.

Insgesamt ist in Bezug auf die fachärztliche Versorgung zu beachten, dass sich die Verteilung des gesamten zuvor genannten Fachpersonals über das Land, die für die Erreichbarkeit sehr wichtig ist, als sehr ungleich darstellt. Die Zahl der ärztlichen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten je 100 000 Einwohner im Jahr 1996 hat für die kreisfreien Städte und die Kreise einen Mittelwert von 14, doch liegt der niedrigste Wert eines Kreises bzw. einer Stadt in Nordrhein-Westfalen bei 5, der höchste jedoch bei 58. Der Mittelwert der Zahl der Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, für Nervenheilkunde und für Psychiatrie (ohne Neurologinnen/Neurologen) pro 100 000 Einwohner beträgt 12, wobei das Minimum bei 4, das Maximum bei 37 liegt. Diese Zahlen belegen die außerordentlich disparate Versorgungslage in Bezug auf die einschlägigen Fachärztinnen/Fachärzte von Kreis zu Kreis bzw. von Stadt zu Stadt. Die Zugangsvoraussetzungen zur Inanspruchnahme sind also deutlich ungleich verteilt.

5.3.8 Sozialwissenschaftliche Erklärungen psychischer Erkrankungen unter Berücksichtigung des Geschlechts

Ohne hier auf eine Auseinandersetzung mit biologischen und im engeren Sinne medizinischen Erklärungen für psychische und psychosomatische Erkrankungen eingehen zu wollen, deren Bedeutung damit auch keineswegs geschmälert werden soll, schränken wir uns hier auf sozialwissenschaftliche Ansätze ein, da sich in der Forschung zeigt, dass das Auftreten und der Verlauf psychischer Erkrankungen in hohem Maße von den gegebenen psychosozialen, soziokulturellen und sozioökonomischen Gegebenheiten abhängt (Brenner, 1979). Selbst wenn also eine genetisch oder organisch bedingte Disposition zu einer psychischen Erkrankung vorliegt, kann das Ausmaß, in dem die sich daraus ergebenden seelischen oder Verhaltensprobleme sozial und persönlich problematisch werden und zu einer Benennung als „psychische Krankheit“ führen, durch die Vielzahl der oben genannten gesellschaftlichen Bedingungen stark beeinflusst werden.

Exemplarisch soll hier auf neuere Forschungsrichtungen verwiesen werden, die weniger den Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit der Individuen zu bestimmten sozialen Kategorien (wie z. B. Schicht, ethnische Zugehörigkeit, Stadt versus Land etc.) und dem Auftreten psychischer Krankheiten in den Blick genommen haben, sondern genauer untersuchen, über welche Bindeglieder derartige Strukturen ihre pathogenen Wirkungen erzielen. Hierbei werden die Zusammenhänge zwischen bestimmten sozialen Rollen und den sich daraus ergebenden spezifischen Anforderungen und Konflikten auf der einen Seite und bestimmten sozialen und gesundheitlichen Risiken auf der anderen Seite untersucht, die je nach sozialer Schicht, ethnischer Zugehörigkeit, Geschlecht, Alter etc. variieren können. Hier kommen die sozialwissenschaftliche Stresstheorie (Brücker, 1994; Keupp, 1999), die Theorie der belastenden Lebens-

ereignisse (Filipp, 1981; Keupp, 1999) und die Theorie der sog. „Daily Hassles“ (DeLongis et al., 1982; Weyerer, 1995) zum Tragen. Erstere betont, dass physische, aber insbesondere auch psychische Erkrankungen sich besonders häufig dann einstellen, wenn Individuen sich mit aktuellen Ereignissen oder andauernden Bedingungen konfrontiert sehen, die für sie zu Verlusten und Schäden führen bzw. geführt haben oder aber Herausforderungen darstellen, denen sie sich aufgrund wahrgenommener begrenzter Handlungsmöglichkeiten nicht gewachsen fühlen, also Stress erleiden. Entsprechendes gilt für die Theorie der belastenden Lebensereignisse, die davon ausgeht, dass im Laufe des Lebens Individuen typischen Belastungen in Form von Ereignissen ausgesetzt werden, die sie zu einer teilweise drastischen Änderung ihres Rollenrepertoires zwingen, die von ihnen als stark belastend empfunden wird (z. B. Tod des Partners, Verlust des Arbeitsplatzes, aber auch Heirat, Geburt eines Kindes, beruflicher Aufstieg). Häufungen derartiger Ereignisse können ein Ausmaß an Rückanpassungen des Rollenrepertoires erfordern, das physische und/oder psychische Erkrankungen provoziert. Die Theorie der „Daily Hassles“ betont bei grundsätzlich ganz ähnlicher Argumentation wie die beiden letztgenannten Positionen eine die psychische und physische Gesundheit demoralisierende und zermürbende Wirkung der andauernden, eher alltäglichen Ärgernisse, Beschwerneisse und Spannungen, die sich aus einer spezifischen Lebenslage ergeben. Diese Theorie scheint besonders geeignet, viele psychische Erkrankungen und psychosomatische Erkrankungen von Frauen zu erklären, da die Lebenslage vieler Frauen und Mütter durch eine dauerhafte, kaum abzuschüttelnde Belastung mit solchen täglichen Belastungen gekennzeichnet ist (repetitive Tätigkeiten im Haushalt unter Zeitdruck; Ausgeliefertsein an die Zeitpläne von Ehepartner, Kindern und eventuell zu pflegenden Personen; eigene Erwerbstätigkeit; Sicherung von Ordnung und Hygiene im Haushalt bei relativ unkooperativem Verhalten von Mann und Kindern etc.).

Bewältigungsmöglichkeiten von Frauen und Männern

Aus Studien wie der von Susan Roxburgh (1996) ist erkennbar, dass die größere Vulnerabilität von Frauen aus beruflichen und häuslichen Anforderungen resultiert. Berufliche Anforderungen wirken zwar bei Frauen und Männern positiv auf das Allgemeinbefinden, aber die Art der Bewältigung ist bei beiden Geschlechtern unterschiedlich: Während Frauen sich ständig mit den sie bewegenden „Stressoren“ beschäftigen, um ein Problem zu lösen, vermeiden es Männer häufiger, an das entsprechende Problem zu denken. So reagieren Männer häufiger auf Stressoren (vor allem im Beruf), indem sie den Alkohol- und Drogenkonsum erhöhen, bei Frauen dagegen führt erhöhter Stress häufiger zu Depression und Angst. Diese Verhaltensmuster stellen nach Roxburgh ein signifikantes Problem für die Volksgesundheit (Public Health) dar.

Für das Ausmaß, in dem Belastungen ohne gesundheitliche Folgeschäden bleiben, sind Umfang und Qualität der verfügbaren Bewältigungsstrategien entscheidend. Dabei gilt insgesamt, dass Bewältigungsstrategien für Frauen und Männer unterschiedlich sein müssen, d. h. gesonderte Angebote erforderlich sind.

Ferner hängt die krankmachende Wirkung der genannten Belastungen von dem Ausmaß ab, in dem die davon betroffenen Frauen und Männer durch das soziale Netzwerk, in das sie eingebunden sind, soziale Unterstützung der verschiedensten Art (z. B. emotionale Unterstützung durch Trost, instrumentelle Hilfe zur Beseitigung der Belastung, Bereitstellen von Informationen etc.) erhalten. Typischerweise sind Frauen, obwohl sie über größere soziale Netzwerke verfügen als Männer, hier benachteiligt, da Männer häufig solche Unterstützung erhal-

ten, aber wenig Unterstützung leisten bzw. hierbei wenig erfolgreich sind (Nestmann/Schmerl, 1991).

Schließlich ist in diesem Zusammenhang darauf zu verweisen, dass gesellschaftliche Reaktionen auf abweichendes Verhalten von Frauen häufig härter sind als auf solches von Männern. Während Frauen und Mütter, Kolleginnen und Kollegen über lange Zeit versuchen, sich mit den psychisch abweichenden Verhaltensweisen von männlichen Partnern, Kindern und Kollegen durch „normalisierende“ Interpretationen und Verleugnen zu arrangieren, reagieren sie bei denselben Verhaltensweisen von Frauen weniger „verständnisvoll“ oder tolerant, sodass hier die Gefahr der Pathologisierung und damit auch der Produktion einer Karriere als „psychisch Kranker“ deutlich größer ist. Andererseits verhilft die rechtzeitige Behandlung der Frauen vielleicht dazu, dass ihnen eine stationäre Behandlung viel häufiger erspart bleibt, was ja statistisch eindeutig belegbar ist.

Alle diese verschiedenen theoretischen Ansätze erklären jeweils nur bestimmte Aspekte einiger ausgewählter Erkrankungen und können nicht für sich in Anspruch nehmen, sich empirisch durch eine Vielzahl von Untersuchungen bewährt zu haben. Dennoch dürften sie eine brauchbare Grundlage für die weitere Suche in diese Richtung abgeben.

5.3.9 Bilanz

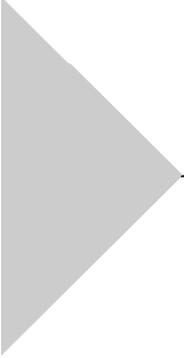
Die Sichtung der empirischen Daten zur quantitativen Verbreitung psychischer Krankheiten und psychosomatischer Störungen hat das erhebliche Ausmaß der Belastung der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen mit gesundheitlichen Problemen dieser Art belegt. Zwar liegt die Morbidität der Bevölkerung wegen psychischer Erkrankungen, gemessen an den verordneten Arbeitsunfähigkeiten und an den Krankenhausfällen, verglichen mit den besonders häufigen Krankheitsarten deutlich niedriger, doch haben unsere Daten gezeigt, dass die wahre Prävalenz für die quantitativ große Gruppe der gesellschaftlich weniger störenden, weil sozial weniger auffälligen Erkrankungen (z. B. neurotische und psychosomatische Erkrankungen) weit über der behandelten Prävalenz liegt. Um die wahre Prävalenz psychischer und psychosomatischer Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen angeben zu können, fehlen leider verlässliche Grundlagen, sodass hier nur Anhaltspunkte aus anderen Studien gegeben werden konnten.

Die Daten zur behandelten Prävalenz auf der Basis der Krankenhausfälle haben gezeigt, dass – bis auf einige wenige Diagnosegruppen (z. B. schizophrene Psychosen, Persönlichkeitsstörungen) – die Frauen durch im Krankenhaus zu behandelnde psychische und psychosomatische Probleme zum Teil sehr deutlich höher belastet waren als Männer, sodass sich die Frage stellt, wie diese Disparität zu erklären ist. Wie weiter oben dargelegt, geht dies teilweise auf geschlechtsspezifische Unterschiede im Umgang mit der Erkrankung, aber auch auf unterschiedliche Belastungen durch Lebenslagen und gesellschaftliche Erwartungen zurück, denen Frauen in vielen Fällen einfach nicht genügen können (z. B. Doppelbelastungen durch Familie und Beruf; starke, durch familiäre Arbeitsteilung bedingte Fixierung auf eine gesellschaftlich erheblich entwertete, aber stark fordernde Rolle wie die der Mutter von Kleinkindern; Belastungen durch die emotional-integrative Rolle der Ehefrau und Mutter, die angesichts prekärer werdender Ehe- und Familienverhältnisse (Scheidungsrate) weiter zunehmen; starke Forderung durch infolge der höheren Lebenserwartung immer häufiger werdende Pflegefälle in der Elterngeneration etc.). Daraus wird ersichtlich, dass sich die Prävalenzraten psychischer Erkrankungen bei Frauen vermutlich nur dann senken lassen, wenn eine ganze Fülle von Lebensbedingungen durch strukturelle Maßnahmen umfassender Art umgestaltet würde.

Aus dem Umstand, dass große Teile der Bevölkerung – hier allerdings insbesondere die Männer – trotz erheblicher Betroffenheit durch behandlungsbedürftige psychische und psychosomatische Erkrankungen nur selten ärztliche Behandlung suchen und noch seltener zur fachärztlichen Behandlung weiterverwiesen werden, folgt, dass in mehrfacher Hinsicht Aufklärung erforderlich ist. Die häufige Nichtinanspruchnahme ärztlicher Hilfe bei subjektiv wahrgenommener und/oder objektiv gegebener deutlicher psychischer Beeinträchtigung geht vermutlich auf die nach wie vor weit verbreitete Stigmatisierung psychischer Krankheiten und psychisch Kranker zurück. Das Bild des psychisch Kranken, das dem zu Grunde liegt, orientiert sich an dem Zerrbild des „gefährlichen Irren“, der in geschlossenen Anstalten weit weg vom Alltagsleben der „Normalen“ sein Leben fristet. Übersehen wird dabei, dass das Auftreten behandlungsbedürftiger psychischer Krisen inzwischen sehr häufig zum Bestandteil der „Normalbiographie“ des modernen Menschen geworden ist.

Literatur

- Brenner, M. H. (1979): Wirtschaftskrisen, Arbeitslosigkeit und psychische Erkrankung. München-Wien-Baltimore.
- Brücker, H. (1994): Sozialer Stress, Defensives Coping und Erosion der Kontrollüberzeugung. Münster 1994.
- Comer, R. J. (1995): Klinische Psychologie. Heidelberg-Berlin-Oxford.
- Davison, G. C.; Neale, J. M. (1996): Klinische Psychologie, 4., vollst. überarbeitete und aktualisierte Aufl. Weinheim.
- DeLongis, A.; Coyne, J. C.; Dakhof, D.; Folkman, S.; Lazarus, R. S. (1982): Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology* 1, S. 119 - 136.
- Dilling, H.; Weyerer, S.; Castell, R. (1984): Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung. Eine Felduntersuchung zur psychiatrischen Morbidität und zur Inanspruchnahme ärztlicher Institutionen in drei klein-städtisch-ländlichen Gemeinden des Landkreises Traunstein/Oberbayern. Stuttgart.
- Filipp, S.-H. (Hrsg.) (1981): Kritische Lebensereignisse. München.
- Keupp, H. (1999): Psychische Behinderung. in: Albrecht, G.; Groenemeyer, A.; Stallberg, F. (Hrsg.): *Handbuch Soziale Probleme*. Opladen-Wiesbaden, S. 609 - 631.
- Nestmann, F.; Schmerl, Ch. (1991): The lady is not burning - The gender paradox in prevention and social support. in: Albrecht, G.; Otto, H.-U. (Hrsg.): *Social prevention and the social sciences*. Berlin-New York, S. 217 - 234.
- Roxburgh, S. (1996): Gender differences in work and well-being: effects of exposure and vulnerability. *Journal of Health and Social Behavior*, S. 265 - 277.
- Saß, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M. (1996): *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen*. Göttingen.
- Scheff, Th. J. (1973): *Das Etikett „Geisteskrankheit“*. Soziale Interaktion und psychische Störung. Frankfurt/M.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1999): *Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1998*. Wiesbaden.
- Weyerer, S. (1995): Epidemiologie psychischer Störungen. in: Faust, V. (Hrsg.): *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung*. Stuttgart, S. 83 - 90.



6

Das Gesundheitswesen als sozialer Ort der Geschlechter

- 6.1 Frauen und Männer in Gesundheitsberufen**
- 6.2 Grenzen, Grenzüberschreitungen und sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz und im Gesundheitsbereich**

6.1 Frauen und Männer in Gesundheitsberufen

6.1.1 Einleitung

Der Gesundheitssektor zählt zu den Wirtschaftszweigen mit einer hohen beschäftigungspolitischen Bedeutung. Jeder neunte Erwerbstätige in der Bundesrepublik Deutschland ist in einer Einrichtung des Gesundheitswesens beschäftigt. Um so beachtlicher ist es, dass es gegenwärtig weder eine eindeutige Systematik hinsichtlich der Begriffe, Definitionen und Kategorisierungen der Berufe des Gesundheitswesens noch eine vollständige Statistik gibt.

Im Gesundheitsbericht des Bundes werden umfassende Ermittlungen über die Beschäftigungssituation im deutschen Gesundheitswesen dargestellt. Die wesentliche Datengrundlage bildet der Mikrozensus. Im Mikrozensus liegen vor allem Daten für die akademischen Berufe vor, für den überwiegenden Teil der Gesundheitsfachberufe ist die Datenlage jedoch unzureichend (BMA, 1994).

Viele Berufe im Gesundheitswesen und im sozialen Bereich sind sog. Frauenberufe. Frauen dominieren bei der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sowohl auf professioneller Ebene als auch im Laiensystem. Zwar greifen vereinzelt Gesundheitsberichte das Thema „Frauen und Gesundheit“ auf, allerdings wird dabei die Betrachtung vorrangig auf berufliche Belastungen von Frauen gelenkt (vgl. Erster Wiener Frauengesundheitsbericht, 1996). Detaillierte Informationen über die Geschlechterverteilung in den einzelnen Gesundheits- und sozialpflegerischen Berufen liegen jedoch bis auf wenige Ausnahmen – wie z. B. im Berliner Gesundheitsbericht 1994 oder in vereinzelt Studien (vgl. BASYS, o. J.; Meifort, 1996) – nicht vor.

Die Betrachtung und Beurteilung der Ausbildungs- und Beschäftigungsentwicklung unter geschlechtsspezifischen Aspekten sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich der gesundheitlichen Versorgung steht deshalb im Vordergrund dieses Berichtsteils. Mit diesem Beitrag, der die Situation der im Gesundheitswesen tätigen Frauen in den Mittelpunkt rückt, wird Neuland in der Gesundheitsberichterstattung für Frauen betreten.

6.1.2 Methodisches Vorgehen

Das vorliegende Berichtskapitel stellt die Entwicklung der Ausbildungs- und Beschäftigungssituation im Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen dar. Dabei werden die Daten unter besonderer Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Entwicklung in den einzelnen Berufsgruppen dargestellt. Allerdings liegen keine Daten über die Leitungsebenen vor, sodass eine differenzierte geschlechtsspezifische Betrachtung der Beschäftigungssituation nach Führungspositionen nicht möglich ist.

Begriffsdefinition: „Berufe des Gesundheitswesens“

Gegenwärtig werden zu den Berufen des Gesundheitswesens unterschiedliche Begriffe, Definitionen und Kategorisierungen verwendet bzw. Klassifizierungen vorgenommen. Dies führt dazu, dass Daten unterschiedlich erfasst und die Vergleichbarkeit eingeschränkt wird.

Generell sind die bundesgesetzlichen Regelungen der Gesundheitsberufe von den landesrechtlichen zu unterscheiden. Bundeseinheitlich geregelt sind:

- ▶ die akademischen Berufe (Ärztin/Arzt, Psychotherapeutin/Psychotherapeut, Zahnärztin/Zahnarzt, Apothekerin/Apotheker),
- ▶ die Pflegeberufe (Krankenschwester/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelferin/Krankenpflegehelfer, Hebamme/Entbindungspfleger) und
- ▶ die in traditioneller Terminologie (s. unten) sogenannten nicht-ärztlichen Heilberufe (Physiotherapeutin/Physiotherapeut, Masseurin und Medizinische Bademeisterin/Masseur und Medizinischer Bademeister, Ergotherapeutin/Ergotherapeut, Logopädin/Logopäde, Medizinisch-technische Assistentin/Medizinisch-technischer Assistent, Pharmazeutisch-technische Assistentin/Pharmazeutisch-technischer Assistent, Diätassistentin/Diätassistent, Orthoptistin/Orthoptist, Heilpraktikerin/Heilpraktiker).

Zu den landesrechtlich geregelten Gesundheits- und Sozialberufen in Nordrhein-Westfalen gehören die/der Altenpflegerin/Altenpfleger, Sozialmedizinische Assistentin/Sozialmedizinischer Assistent, Gesundheitsaufseherin/Gesundheitsaufseher und Desinfektorin/Desinfektor sowie Weiterbildungsordnungen für einige der bundesweit geregelten Berufe.

Die traditionellen berufsrechtlichen Begriffe „nichtärztliche Heilhilfsberufe“ oder „Heilberufe“ wurden durch die in jüngerer Zeit geprägten Fachtermini „nichtakademische Gesundheitsfachberufe“ und „akademische Gesundheitsfachberufe“ ersetzt (Bals, 1993). An dieser Begriffsverwendung orientiert sich die folgende Darstellung.

Analyse und Beurteilung bestehender Erhebungsroutinen (Datenbasis und Themeneingrenzung)

Dem vorliegenden Kapitel liegen im wesentlichen die Ergebnisse folgender (amtlicher) Statistiken und Sondererhebungen zugrunde:

- ▶ die Indikatoren des Länderindikatorensatzes (s. Anhang: Indikatoren 8.1, 8.4, 8.7 bis 8.11, 9.2 und 9.3),
- ▶ die Beschäftigtenstatistik,
- ▶ die Krankenhausstatistik (seit dem Jahre 1991),
- ▶ die Ärzte-, Zahnärzte- und Apothekerregister der zuständigen Kammern,
- ▶ Angaben des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) in Mainz,
- ▶ Sonderuntersuchungen zu den Arbeitslosen im Gesundheitswesen (Septembererhebung),
- ▶ die Statistik der Lehranstalten des Gesundheitswesens,
- ▶ die Pflegestatistik.

Die Daten der Ärzte-, Zahnärzte- und Apothekerkammern gelten auf Grund der bestehenden Meldepflicht als valide. Kammerangehörige müssen sich bei der zuständigen Kammer anmelden und ihr die gesetzlich geforderten Berechtigungsnachweise vorlegen.

Als problematisch bei der Auswertung erweisen sich die Beschäftigtenstatistik, die Arbeitslosenstatistik und die Pflegestatistik. In der Beschäftigtenstatistik, die alljährlich zum Stichtag 30.6. erhoben wird, liegen die Daten nicht für einzelne Berufsgruppen, sondern nur auf der

Ebene von Berufsordnungen aggregiert vor. Deshalb können Aussagen nur undifferenziert über die in der jeweiligen Berufsordnung subsummierten Berufe getroffen werden.

In der Arbeitslosenstatistik werden nur diejenigen Arbeitslosen erfasst, die sich auch tatsächlich beim Arbeitsamt arbeitslos melden, außerdem werden Arbeitslose nach dem sog. Zielberuf erfasst, das heißt: Statistisch erfasst wird die Berufsgruppe, die der zuletzt ausgeübten Berufstätigkeit der sich arbeitslos meldenden Person entspricht. Der zuletzt ausgeübte Beruf kann, muss aber nicht zwangsläufig mit der erlernten Qualifikation übereinstimmen.

Die Überwachung der Berufe des Gesundheitswesens ist im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst für die unteren Gesundheitsbehörden ab 1.1.1998 neu geregelt worden (ÖGDG/NW, 3. Abschnitt, Dienste der Qualitätssicherung: § 18 Erfassung und Überwachung der Berufe des Gesundheitswesens). Das Gesetz sieht in Abs. 1 vor, dass, *wer einen Beruf des Gesundheitswesens selbständig ausüben möchte oder Angehörige der Berufe des Gesundheitswesens beschäftigen will, die Aufnahme und die Beendigung dieser Tätigkeit der unteren Gesundheitsbehörde (Gesundheitsamt), in deren Bezirk die Tätigkeit ausgeübt wird, anzuzeigen hat*. Des Weiteren hat gemäß Abs. 2 die untere Gesundheitsbehörde *die Berechtigung zur Ausübung eines Berufes des Gesundheitswesens und zur Führung von Berufsbezeichnungen zu überwachen, soweit nicht andere Stellen zuständig sind*.

Zur Erfassung der in der Pflege tätigen Personen nach § 109 SGB XI wurde in zwei aufeinander folgenden Jahren ein Pilotverfahren auf freiwilliger Teilnehmebasis in Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Die erhobenen Daten können als repräsentativ angesehen werden, da 1997 insgesamt 46 Kommunen (85 %) und 1998 39 Kommunen (72 %) teilnahmen.

Angesichts der Vielzahl an Gesundheitsfachberufen ist in diesem Beitrag eine Beschränkung notwendig. Aus diesem Grund ist die Betrachtung auf die am höchsten besetzten Berufsgruppen der Beschäftigten des Gesundheitswesens eingeschränkt, das heißt auf die direkt in der ambulanten, stationären und teilstationären Versorgung Tätigen.

6.1.3 Geschlechtsspezifische Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen

Die folgende Darstellung und Auswertung von Daten zur Ausbildungs- und Beschäftigungssituation in den Gesundheitsfachberufen erfolgt unter besonderer Berücksichtigung der Entwicklung bei den weiblichen Beschäftigten und Auszubildenden bzw. Studierenden. Soweit möglich wird dabei auch die Geschlechterverteilung in verschiedenen Tätigkeitsfeldern einzelner Berufsgruppen betrachtet. Nicht im Beruf tätige Personen, wie zum Beispiel Ärzte im Ruhestand, wurden nicht berücksichtigt.

Akademische Berufe

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Nordrhein-Westfalen hat von 1985 (insgesamt 41 141) kontinuierlich zugenommen (vgl. Anhang: Ind. 8.1). 1998 waren insgesamt 61 311 Personen ärztlich tätig, darunter 20 690 Frauen (33,7 %) und 40 621 (66,3 %) Männer.

Für den Zeitraum von 1990 bis 1998 hat sich die Zahl der Ärztinnen, die im Krankenhaus, in freier Niederlassung oder in sonstiger ärztlicher Tätigkeit beschäftigt sind, kontinuierlich erhöht. Die Hälfte aller Ärztinnen sind in Nordrhein-Westfalen im Krankenhaus tätig, es folgt die Niederlassung mit 40 % aller berufstätigen Ärztinnen und der sonstige ärztliche Bereich mit über 10 %.

Im Krankenhausbereich sind rund 10 000 Ärztinnen und rund 20 000 Ärzte beschäftigt, so dass sich eine Relation von 1 Ärztin : 2 Ärzten ergibt. Diese Relation ist seit 1990 unverändert. Auch in der ärztlichen Niederlassung kommen auf 2 Ärzte eine Ärztin. Sonstige ärztliche Tätigkeit, wie z. B. im öffentlichen Dienst, wird dagegen häufiger von Ärztinnen (19 % aller berufstätigen Ärztinnen) als von Ärzten (12 % aller berufstätigen Ärzte) wahrgenommen.

Der Anteil der Ärztinnen hat sich im Zeitraum von 1990 bis 1998 verdoppelt, das trifft auch auf Ärztinnen im Krankenhaus und in der freien Praxis zu. Ärztinnen in sonstiger ärztlicher Tätigkeit sind seit 1990 fast um das Dreifache angestiegen. Der Anstieg bei den Ärzten beträgt demgegenüber im Zeitraum von 1990 bis 1998 nur 30 %.

Für die drei aufgeführten Tätigkeitsfelder von Ärztinnen und Ärzten lässt sich somit feststellen, dass sich in den Jahren 1985 - 1998

- ▶ die Zahl der Ärztinnen/Ärzte von 41 141 auf 61 311, also um 50 % erhöht hat, die Zahl der Ärztinnen jedoch überproportional um 110 % auf nunmehr 20 690 Ärztinnen gestiegen ist,
- ▶ die Zahl der Krankenhausärztinnen/-ärzte von 20 706 auf 29 967, also um 44 % erhöht hat, die Zahl der Ärztinnen jedoch überproportional um 94 % auf nunmehr 10 376 Ärztinnen gestiegen ist,
- ▶ die Zahl der Ärztinnen/Ärzte in freier Praxis von 16 568 auf 23 817, also um 44 % erhöht hat, die Zahl der Ärztinnen jedoch überproportional um 105 % auf nunmehr 6 374 Ärztinnen gestiegen ist,
- ▶ die Zahl der Ärztinnen/Ärzte in sonstiger ärztlicher Tätigkeit von 3 867 auf 7 527, also um 95 % erhöht hat, die Zahl der Ärztinnen jedoch überproportional um 188 % auf nunmehr 3 940 gestiegen ist.
- ▶ Ein Drittel aller Ärztinnen/Ärzte, auch der im Krankenhaus tätigen und niedergelassenen, sind Frauen.

Obwohl immer noch mehr Ärzte als Ärztinnen tätig sind, ist festzustellen, dass es von 1985 bis 1998 zu einem überdurchschnittlichen Anstieg von Ärztinnen in allen Arbeitsbereichen gekommen ist.

Eine tendenziell vergleichbare Entwicklung wie bei den Humanmedizinerinnen fand in der Beschäftigungssituation der Zahnmedizinerinnen statt. Im Betrachtungszeitraum von 1985 bis 1998 stieg die Zahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte stetig von 8 864 auf 12 234 an (vgl. Anhang: Ind. 8.4).

9 792 Zahnärztinnen und Zahnärzte praktizierten im Jahre 1998 in einer eigenen Praxis, das sind 80 % aller Zahnärzte. Die Zahl der niedergelassenen Zahnärzte übersteigt mit 7 392 die Zahl der niedergelassenen Zahnärztinnen (2 400) um mehr als das Dreifache. Eine vergleichsweise hohe Zahl an Zahnärztinnen (1 013) als auch an Zahnärzten (1 042) geht einer sonstigen zahnärztlichen Tätigkeit nach. 1997 betrug der Frauenanteil in diesem Beschäftigungsfeld 29 %, der Anteil der Männer 12 % mit sinkender Tendenz. Im Krankenhausbereich sind unter 4 % der Zahnärztinnen und Zahnärzte tätig, dies betrifft 130 Zahnärztinnen und 257 Zahnärzte.

Eine Gleichverteilung ist bei den Kieferorthopäden zu verzeichnen. 1998 praktizierten insgesamt 622 Kieferorthopäden in Nordrhein-Westfalen, darunter 309 Kieferorthopädinnen und 313 Kieferorthopäden.

Für die Zahnärztinnen/Zahnärzte lässt sich somit für den Zeitraum von 1985 bis 1998 feststellen, dass

- ▶ die Zahl der Zahnärzte von 1985 bis 1998 um 38 % angestiegen ist, davon ist im Jahre 1998 rund jeder dritte Zahnarzt weiblichen Geschlechts,
- ▶ eine zunehmende Zahl von Zahnärztinnen in sonstiger zahnärztlicher Tätigkeit (z. B. öffentlicher Dienst) arbeitet,
- ▶ jeder zweite Kieferorthopäde in Nordrhein-Westfalen weiblichen Geschlechts ist.

Die Zahl der Apothekerinnen und Apotheker stieg von 1985 bis 1998 um 2 521 (29 %) an (vgl. Anhang: Ind. 8.7). Hauptbeschäftigungsort der Apothekerinnen und Apotheker ist die öffentliche Apotheke. 91 % aller Apothekerinnen und 83 % aller Apotheker gingen 1998 dort einer Beschäftigung nach. Auf die Gesamtzahl der in öffentlichen Apotheken Beschäftigten bezogen ist der Frauenanteil mit 6 005 Apothekerinnen (61 %) fast doppelt so hoch wie der Männeranteil (39 %). In den Krankenhausapotheken hält sich die Geschlechterverteilung fast die Waage. Von den in sonstigen Bereichen Tätigen sind 40 % weiblichen und 60 % männlichen Geschlechts.

Für die Apothekerinnen/Apotheker lässt sich somit für den Zeitraum von 1985 - 1998 feststellen, dass

- ▶ die Zahl der Apothekerinnen/Apotheker von 1985 bis 1998 um 29 % angestiegen ist, davon sind fast 60 % Frauen,
- ▶ in den öffentlichen Apotheken im Jahre 1998 eine Relation von 2 Apothekerinnen : 1 Apotheker erreicht wurde,
- ▶ in sonstigen Bereichen doppelt so viel Apotheker tätig sind als Apothekerinnen, während in Krankenhausapotheken die Geschlechterrelation 1 : 1 beträgt.

Pflegeberufe im stationären Bereich

Die größte Berufsgruppe der im Krankenhaus Beschäftigten stellen die Pflegekräfte dar. Über die Krankenhausstatistik werden seit 1991 alljährlich zum Stichtag 31.12. statistische Informationen über das Pflegepersonal in den allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern erhoben. Um einen Überblick über die Gesamtzahl der Beschäftigten einer Berufsordnung im stationären und ambulanten Bereich zu bekommen, werden zusätzlich die Daten der Beschäftigtenstatistik mit herangezogen.

Das Krankenpflegepersonal ist von 1991 - 1997 nur geringfügig von 99 481 Personen auf 103 564 Personen, d. h. um 4 % angestiegen. Einem Zugang von 1991 bis 1995 folgt ein Rückgang, der mit der Reduzierung von Krankenhausbetten einhergeht. Für die vier Berufsgruppen, die zum Krankenpflegepersonal zählen, gibt es davon abweichende Entwicklungstrends.

Die Zahl der *Krankenschwestern/-pfleger* hat von 1991 bis 1995 stetig zugenommen und ist seit 1996 rückläufig. Im Betrachtungszeitraum von 1991 bis 1997 sind die Beschäftigungszahlen von 68 799 auf 74 776 (+9 %) angestiegen (vgl. Anhang: Ind. 8.8). Die Zahl der Krankenschwestern stieg um 5 255 Personen (9 %), die der Krankenpfleger um 722 (7 %). Die Geschlechterverteilung ist mit 84 % Frauen und nur 16 % Männer über mehrere Jahre konstant geblieben.

In der *Kinderkrankenpflege* waren in Nordrhein-Westfalen 1997 insgesamt 9 947 Pflegekräfte beschäftigt. Ähnlich wie in der Krankenpflege stieg die Zahl der Beschäftigten von 1991 bis 1996 und fällt 1997 wieder ab. Die Zahl der Kinderkrankenschwestern liegt dennoch im Jahre 1997 um 752 (+10 %) über der des Jahres 1991. Im selben Zeitraum erfolgte ein überproportionaler Anstieg der Kinderkrankenpfleger von 65 auf 116. Trotzdem bleibt die Kinderkrankenpflege eine berufliche Domäne der Frauen mit einem Frauenanteil von 99 %.

Ein gegenläufiger Trend zu den 3-jährigen Ausbildungsberufen in der Pflege zeichnet sich in der *Krankenpflegehilfe* ab. Die Zahl der Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer erreichte 1995 ihren Höchststand, fällt – den Gesamtzeitraum von 1991 bis 1997 (von 9 262 auf 8 178 Personen) betrachtet – um insgesamt 12 % ab. 1997 sind in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern 7 013 Krankenpflegehelferinnen (– 9 %) und 1 165 Krankenpflegehelfer (– 22 %) weniger beschäftigt als 1991. Gleichzeitig erhöht sich der Anteil von Frauen um 2 % auf nunmehr 86 % Krankenpflegerinnen in der Berufsgruppe.

Das *sonstige Krankenpflegepersonal*, meist handelt es sich um angelegerte Kräfte, betrifft 10 % des gesamten Pflegepersonals. Der Frauenanteil ist mit 7 774 Personen im Jahre 1997 (73 %) gegenüber dem Jahr 1991 um 5 % angestiegen; das bedeutet gleichzeitig, dass der Anteil dieser Berufsgruppe bei den Männern um 5 % auf nunmehr 27 % abgesunken ist.

Für die Berufsgruppen der Krankenpflege lässt sich für die Jahre 1991 - 1997 feststellen, dass

- ▶ seit dem Jahre 1996 ein Rückgang des Personals in Krankenhäusern für alle vier Berufsgruppen zu verzeichnen ist,
- ▶ der Anteil der Frauen in diesen durch schwere körperliche Arbeit und Schichtdienst geprägten Berufsgruppen bei durchschnittlich 85 % liegt,
- ▶ der Anteil der Frauen beim unqualifizierten „sonstigen Krankenpflegepersonal“ von 1991 - 1997 sogar angestiegen ist.

Eine weitere Berufsgruppe im Gesundheitswesen sind die *Hebammen*. Sie können freiberuflich oder im Angestelltenverhältnis in Krankenhäusern beschäftigt sein. Im Indikator 8.11 (s. Anhang) werden bis zum Jahr 1996 freiberufliche Hebammen und im Krankenhaus beschäftigte Hebammen zusammen erfasst, ab 1997 sind nur noch die Angaben aus der Krankenhausstatistik sowie der Lehranstaltenstatistik verfügbar.

Der Hebammenberuf ist in Nordrhein-Westfalen – mit Ausnahme von 1992, wo 2 Entbindungspfleger beschäftigt waren – ein ausschließlich von Frauen ausgeübter Beruf. Von 1985 bis 1996 stieg die Zahl der Hebammen von 1 608 auf 2 588 (+61 %) an. Damit ist gewährleistet, dass von Jahr zu Jahr mehr Hebammen bezogen auf die Zahl der Neugeborenen zur Verfügung stehen.

Diagnostisch-technische und therapeutisch-rehabilitative Gesundheitsfachberufe

Daten über die diagnostisch-technischen und therapeutisch-rehabilitativen Gesundheitsfachberufe werden für den Krankenhausbereich alljährlich als Personenstatistik erhoben, d. h. voll- und teilzeitbeschäftigte Personen werden addiert. Zur Ergänzung der Daten aus dem stationären Bereich werden die Daten aus der Beschäftigungsstatistik herangezogen, um die gesamte Beschäftigungssituation einschließlich des ambulanten Bereichs darstellen zu können.

Dies ist vor dem Hintergrund, dass in den vergangenen Jahren insbesondere in den therapeutischen Berufen (z. B. Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Ergotherapeutinnen/-therapeuten) mit zunehmender Tendenz freie Praxen eröffnet wurden, von besonderer Bedeutung.

Die Zahl der in Krankenhäusern tätigen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten stieg von 2 494 im Jahre 1993 auf 2 946 im Jahre 1997, d. h. um 452 (+18 %) an, verbunden mit einem Rückgang der Masseure und Medizinischen Bademeister. Auf 4 Physiotherapeutinnen im Krankenhausbereich kommt ein Physiotherapeut, sodass dieses Berufsbild durch einen hohen Frauenanteil geprägt ist, obwohl innerhalb der letzten Jahre die Zahl der Physiotherapeuten überproportional um 52 % (+198) angestiegen ist (vgl. Anhang: Ind. 8.9, Abb. 1a, 1b).

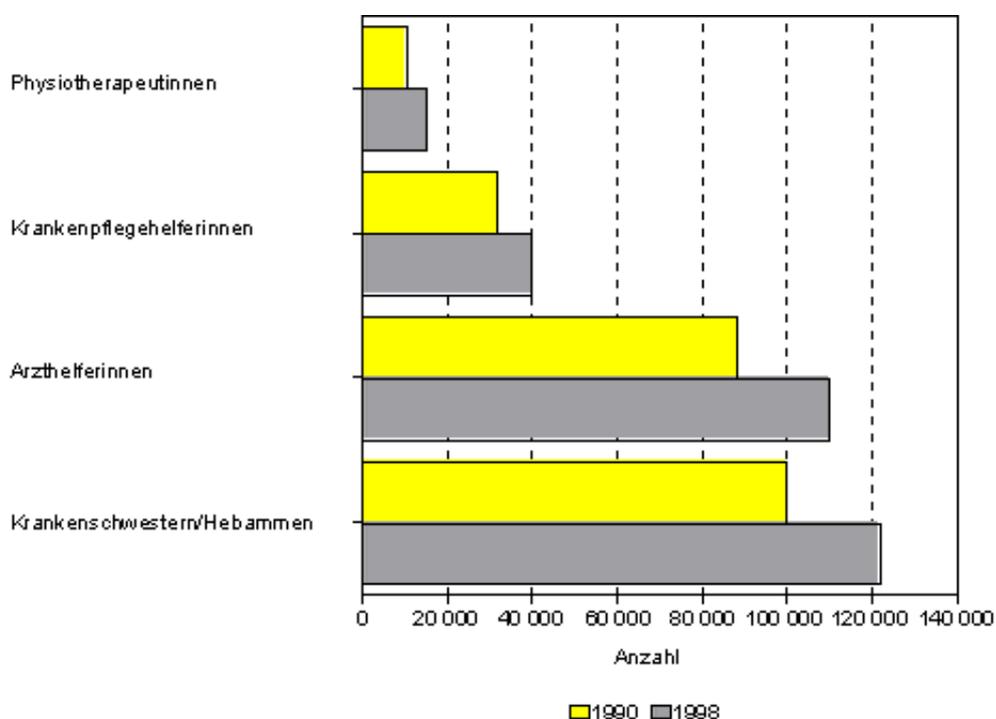


Abbildung 1a: Frauen in ausgewählten Gesundheitsfachberufen, Nordrhein-Westfalen, 1990 und 1998

Die Zahl der Masseure und Medizinischen Bademeister ist dagegen von 1 632 Berufsangehörigen im Jahre 1993 in Krankenhäusern bis zum Jahre 1997 auf 1 437 (- 195 bzw. 12 %) zurückgegangen. Betroffen sind davon zu zwei Dritteln männliche Beschäftigte, deren absolute Zahl sich um 130 (15 %) reduzierte.

In der Beschäftigtenstatistik sind Masseure und Krankengymnasten zusammen erfasst. Für 1998 werden insgesamt 20 583 Beschäftigte, darunter 15 109 weibliche und 5 474 männliche ausgewiesen. Davon arbeiten ca. 16 000 Physiotherapeuten, Masseure und Krankengymnasten im ambulanten Bereich und rund 4 500 im Krankenhausbereich. Die Zahl der weiblichen Beschäftigten ist seit 1990 kontinuierlich um 46 % angestiegen, während die Steigerungsrate bei männlichen Berufsangehörigen demgegenüber nur 32 % beträgt. Tendenziell hat im

Betrachtungszeitraum eine leichte Verschiebung der Frauen- und Männeranteile zugunsten des Männeranteils stattgefunden.

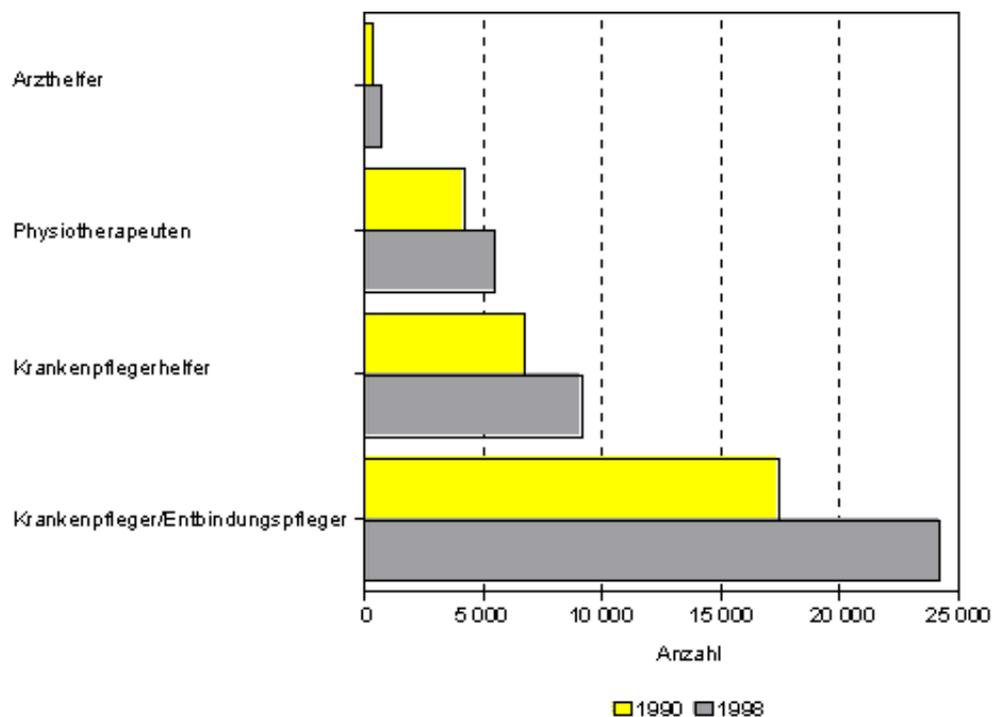


Abbildung 1b: Männer in ausgewählten Gesundheitsfachberufen, Nordrhein-Westfalen, 1990 und 1998

Die diagnostisch-technischen Assistentenberufe gelten als typische Frauenberufe. Der Frauenanteil liegt in den meisten Berufsgruppen über 95 %.

In den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern waren 1997 insgesamt 10 521 Assistentinnen und Assistenten angestellt. Mit 5 736 Personen bilden die Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistentinnen und -assistenten (MTL) die größte Berufsgruppe innerhalb der Assistentenberufe, die Medizinisch-technischen Assistentinnen und Assistenten (MTA) mit 1 131 Beschäftigten die kleinste (vgl. Anhang: Ind. 8.10).

Mit Ausnahme der MTA im Jahr 1997 weisen alle Assistentenberufe seit Mitte der 90er Jahre insgesamt betrachtet rückläufige Beschäftigtenzahlen im Krankenhausbereich auf. Die stärksten Rückgänge fanden von 1993 bis 1996 bei den MTA und den MTL (je - 5 %) statt. Bei den MTA stieg von 1996 nach 1997 die Zahl allerdings wieder an.

Die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen verlief in allen drei Berufsgruppen bei den Frauen gegenläufig zum Trend bei den Männern. Auf die Jahre 1993 bis 1997 bezogen nahm die Zahl der Medizinisch-technischen Assistentinnen bei einem Gesamtzuwachs um 10 % zu, die der Assistenten ging um 8 % zurück. Bei den MTL und Medizinisch-technischen Radiologie-Assistentinnen/-Assistenten (MTR) reduzierte sich während des Betrachtungszeitraums die Zahl der weiblichen Beschäftigten (- 5 % bzw. - 2 %), während die Zahl der männlichen Beschäftigten um 2 % (MTL) bzw. 19 % (MTR) stieg. Die absoluten Steigerungen bei den

männlichen Beschäftigten führten zu geringfügigen Verschiebungen innerhalb der Geschlechterverteilung. Der Frauenanteil liegt bei den MTA, MTL und MTR weiterhin bei etwa 95 %.

Für die Berufsgruppe der diagnostischen und therapeutischen Gesundheitsfachberufe lässt sich für die Jahre 1991 - 1997 feststellen, dass

- ▶ die Zahl der Physiotherapeutinnen/-therapeuten in den Jahren 1991 - 1997 auf 20 583 angestiegen ist, davon sind ca. 16 000 im ambulanten und 4 500 im stationären Bereich tätig,
- ▶ die Zahl der Masseurinnen/Masseur und medizinischen Bademeister/Bademeisterinnen in den vergangenen Jahren gesunken ist, dies betrifft in gleichem Maße Frauen und Männer,
- ▶ der Anteil der Physiotherapeutinnen von 1991 bis 1997 von 71 % auf 73 % leicht angestiegen ist,
- ▶ der Frauenanteil in den diagnostisch-technischen Gesundheitsfachberufen weiterhin bei 95 % liegt mit einem Trend geringfügig rückläufiger Beschäftigungszahlen.

Nichtärztliche Gesundheitsberufe im ambulanten Bereich

Arzt- und Zahnarthelferinnen

Arzt- und Zahnarztpraxen gehören zu den größten und wichtigsten Beschäftigungsbereichen für Angehörige der Gesundheitsfachberufe in der Primärversorgung. Arzt-, Zahnarzt- bzw. Sprechstundenhelferinnen sind typische Frauenberufe. Der Anteil weiblicher Beschäftigter liegt bei über 99 %.

In der Beschäftigtenstatistik werden für 1998 insgesamt 110 453 Personen unter der Berufsordnung Sprechstundenhelferinnen/-helfer subsummiert, darunter 697 Männer. Die Beschäftigtenzahl ist von 1990 bis 1996 stetig gestiegen und fällt seit 1997 geringfügig ab. Den Gesamtzeitraum von 1990 bis 1998 betrachtet erhöhte sich die Zahl der weiblichen Beschäftigten um 21 377 (+24 %), die der männlichen um 392 (+37 %) (Abb. 1a, 1b).

Krankenschwestern/Krankenpfleger und Hebammen

Die Beschäftigtenstatistik weist für Krankenschwestern/-pfleger und Hebammen für das Jahr 1998 insgesamt 145 891 Beschäftigte aus, darunter 121 716 Frauen (vgl. Abb. 1a, 1b). Gegenüber 1990 hat sich die Zahl der weiblichen Beschäftigten um 21 804 (+22 %) erhöht, die der männlichen um 6 773 (+39 %) und liegt damit deutlich über der durchschnittlichen Zuwachsrate von 24 % (28 577). Da der Männeranteil proportional stärker gestiegen ist als der Frauenanteil, fiel der Frauenanteil von 85 % in 1990 auf 83 %, der Männeranteil konnte dagegen auf einen Anteil von 17 % anwachsen. Rund 1/3 der männlichen Pflegekräfte und 40 % der weiblichen Pflegekräfte sind nicht im Krankenhaus tätig.

Hinzu kommen im Jahre 1998 durch die Beschäftigtenstatistik ausgewiesene 48 800 Helferinnen/Helfer in der Krankenpflege, deren Zahl seit dem Jahre 1990 um 27 % angestiegen ist. Da im Krankenhausbereich nur 8 000 Krankenpflegehelferinnen/-helfer tätig sind, ist der überwiegende Teil dieser Berufsgruppe ambulant tätig. Der für beide Geschlechter nachge-

wiesene Anstieg weist auf vielfältige Einsatzmöglichkeiten dieses Berufsbildes im ambulanten Gesundheitsbereich und im Pflegebereich hin.

Ambulante Pflege und Pflegeberufe

Zur Vorbereitung einer Bundesstatistik nach Inkrafttreten der Pflegeversicherung wurden in Nordrhein-Westfalen in den Jahren 1997 und 1998 Erhebungen durchgeführt, die erstmals einen umfassenden Überblick über die Beschäftigungssituation in der ambulanten Pflege gestatten.

Zum Stichtag 31.12.1997 wurden insgesamt 32 610 Personen erfasst – einschließlich Praktikanten und Zivildienstleistende, die in der ambulanten Pflege in 46 Kommunen Nordrhein-Westfalens tätig sind.

Der Frauenanteil aller in der ambulanten Pflege Tätigen (ohne Zivildienstleistende und ohne Praktikantinnen/Praktikanten) liegt mit 26 683 Frauen (86 %) weit über dem Männeranteil (4 288 Männer).

Die in der ambulanten Pflege am stärksten vertretene Berufsgruppe sind die Krankenpflegekräfte (vgl. Abbildung 2). Sie machten über ein Drittel aller in der ambulanten Pflege Beschäftigten aus. Die zweitgrößte Beschäftigtengruppe, insgesamt 5 485 bzw. 17 %, haben einen sonstigen Berufsabschluss (d. h. keinen Kranken- oder Altenpflegerabschluss). Bedingt durch die demographische Entwicklung und Alterung der Bevölkerung sowie die Einführung der Pflegeversicherung ist die Zahl der Altenpflegekräfte in den letzten Jahren stark angestiegen. Diese Entwicklung ist auch im ambulanten Pflegebereich nachweisbar. 1997 stellten im ambulanten Bereich der Pflege die Altenpflegekräfte mit einem Gesamtanteil von 11 % (3 969 Beschäftigte) die drittgrößte Beschäftigtengruppe. Über 11 % der Beschäftigten haben keinen Berufsabschluss. Der höchste Männeranteil an allen in der Pflege tätigen Berufsgruppen betrifft mit 1/3 die Gruppe „ohne Berufsabschluss“. 2 592 Beschäftigte haben einen sonstigen pflegerischen Abschluss, nahezu ebenso viele Beschäftigte (2 284) haben eine Qualifikation als Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehelfer. Das Geschlechterverhältnis für diese beiden letzten Berufsgruppen liegt mit 90 % und mehr Frauenanteil noch über den anderen Berufsgruppen.

Nur 115 Beschäftigte (0,4 % aller Beschäftigten) in der ambulanten Pflege verfügen über einen Hochschulabschluss. Der Frauenanteil beträgt 46 % und liegt deutlich unter den durchschnittlichen Geschlechterquoten in den Pflegeberufen. Somit zeichnet sich eine Tendenz analog zu den akademischen Gesundheitsberufen ab, bei denen das Geschlechterverhältnis eher ausgewogen ist (z. B. bei den Ärzten).

Von den 32 610 Beschäftigten in der ambulanten Pflege verfügen 2 710 über eine Zusatzqualifikation. Fast drei Viertel der Beschäftigten mit Zusatzqualifikation sind Frauen. Die meisten Beschäftigten haben eine Zusatzqualifikation für eine Leitungsfunktion. An erster Stelle steht sowohl bei den Frauen als auch den Männern die Qualifikation zur Pflegegruppenleitung/Stationsleitung, gefolgt von der Leitung ambulanter Pflegedienste und an dritter Stelle die Zusatzqualifikation zur Pflegedienstleitung. Ein weiterer Bereich, für den Beschäftigte in der ambulanten Pflege eine zusätzliche Qualifikation erworben haben, ist die Psychiatrie bzw. Gerontopsychiatrie. Im Bereich der sprachlichen Fortbildung sind die Frauen überrepräsentiert. Von den Beschäftigten, die Türkisch oder Serbokroatisch als Fremdsprache gelernt haben, sind 79 % Frauen. Dagegen qualifizieren sich Männer eher im Management-Bereich. Zwar sind 64 % der Beschäftigten mit einer Zusatzqualifikation im Sozialmanagement Frauen, dennoch

nimmt der Männeranteil mit 36 % den im Vergleich zum Stellenwert anderer Zusatzqualifikationen höchsten Rang ein.

Über ein Drittel aller Beschäftigten (38 %) gingen einer Vollzeitbeschäftigung und etwa ein weiteres Drittel der Beschäftigten (33 %) ging einer Teilzeitbeschäftigung bis zur Sozialversicherungsgrenze nach. Das letzte Drittel teilt sich etwa gleichmäßig in eine Teilzeitbeschäftigung über 50 % (16 % aller Beschäftigten) und eine Teilzeitbeschäftigung bis 50 % (13 % aller Beschäftigten) auf. 9 534 Frauen gingen einer Vollzeitbeschäftigung nach, weitere 8 850 Frauen einer Teilzeitbeschäftigung bis zur Sozialversicherungsgrenze. Der Frauenanteil bei den Teilzeitbeschäftigten liegt jedoch mit 92 % - 95 % weit über dem der Männer, für die diese Art der verkürzten Tätigkeit nur sehr selten in Frage kommt.

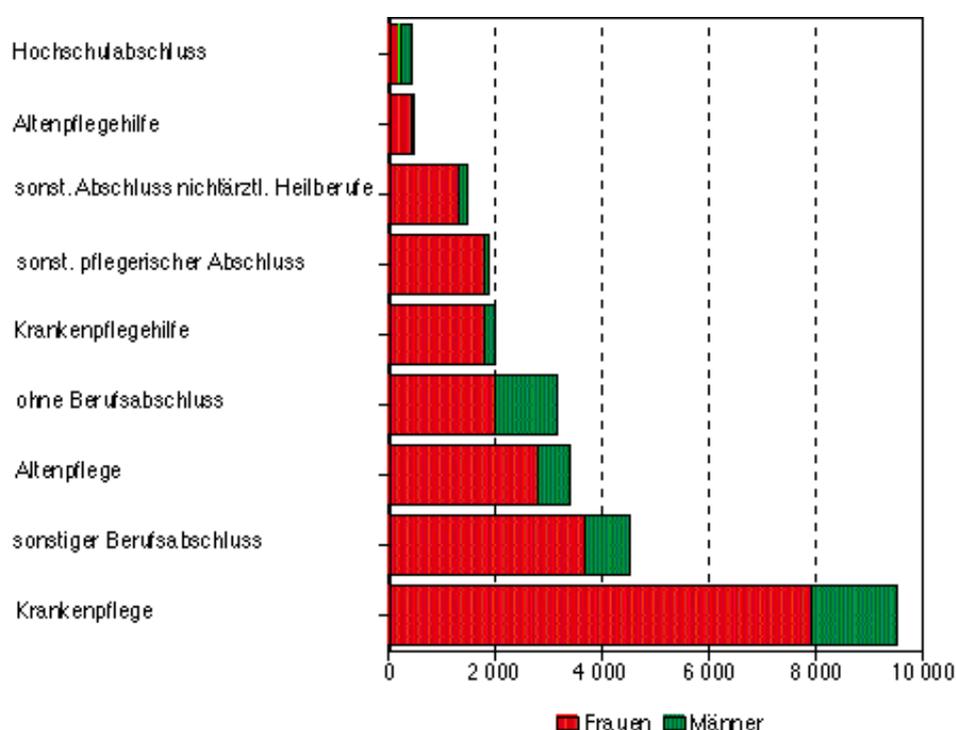


Abbildung 2: Beschäftigte in der ambulanten Pflege nach Berufsabschluss und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1997

Für die Pflegeberufe im ambulanten Bereich lässt sich für die Jahre von 1990 bis 1998 feststellen, dass

- ▶ die Zahl der Arzt- und Zahnarztthelferinnen bis zum Jahre 1996 stetig auf über 110 000 angestiegen und weiterhin mit 99 % Frauenanteil ein beliebter Frauenberuf geblieben ist,
- ▶ die Zahl der Krankenschwestern/-pfleger und Krankenpflegehelferinnen/-helfer auf über 200 000 gestiegen ist, von denen 30 % bis 40 % im ambulanten Bereich tätig sind (auch diese Berufsgruppe ist mit über 80 % Frauenanteil weiterhin ein von Frauen bevorzugter Beruf),

- ▶ seit Einführung der Pflegeversicherung die Zahl der in ambulanten Pflegediensten tätigen Personen erheblich angestiegen ist und der Frauenanteil der unterschiedlichen Berufsgruppen bei über 86 % liegt,
- ▶ nur 38 % der in der ambulanten Pflege tätigen Frauen einer Vollzeitbeschäftigung nachgingen, der Frauenanteil bei den Teilzeitbeschäftigten beträgt über 92 %,
- ▶ Teilzeittätigkeit in der ambulanten Pflege für viele Frauen eine Möglichkeit darstellt, berufliche und familiäre Belastung in Übereinstimmung zu bringen.

6.1.4 Ausbildungssituation im Gesundheitswesen

Die Arbeitsmarktentwicklung stellt wichtige Orientierungsgrößen für Ausbilder, Ausbildungsstätten, potenzielle Arbeitgeber sowie Studien- und Ausbildungsplatzsuchende dar. Die Darstellung und Bewertung der Studien- und Ausbildungssituation in den Gesundheitsfachberufen als Indiz für die eigene berufliche Planung – insbesondere bei Mädchen und Frauen – bzw. für die Rekrutierung von qualifizierten Nachwuchskräften für die Einrichtungen des Gesundheitswesens ist unverzichtbar.

Ausbildung und Auszubildende in den Gesundheitsfachberufen

Die Arzthelferinnen- und Krankenpflegeausbildung (s. Anhang: Ind. 9.1, Abb. 3, 4) sind die beliebtesten und am häufigsten gewählten Ausbildungen im Gesundheitswesen. An dritter und vierter Stelle stehen die Altenpflege und – fast ausschließlich von Frauen nachgefragt – der Beruf der Zahnarzthelferin (Abbildung 3).

Mit einer Ausnahme bei den Zahnarzthelferinnen ist die Zahl der Auszubildenden in den genannten Berufen allerdings in den letzten Jahren gesunken.

Im Vergleich zu 1990 reduzierte sich die Gesamtzahl der Auszubildenden in der Krankenpflege in 1998 um 7 %. Dabei verlief der Trend bei den weiblichen Auszubildenden gegenläufig zu dem der männlichen. Betrug 1990 das Verhältnis Schülerinnen zu Schülern noch etwa 80 : 20, lag es 1998 bei 75 : 25.

Die Zahl der in der Ausbildung befindlichen Arzthelferinnen ist von 1990 bis 1993 zunächst angestiegen, fällt seit 1994 jedoch ab. Mit 12 542 – zu über 99 % weiblichen – Auszubildenden entspricht die Auszubildendenzahl 1997 in etwa jener von 1990 (Abbildung 3).

Die Zahl der auszubildenden Zahnarzthelferinnen ist seit 1990 kontinuierlich angestiegen. Bis 1997 erhöhte sich die Gesamtzahl von 7 217 auf 9 407 Auszubildende (+30 %). Der Frauenanteil liegt bei fast 100 %.

Ein weiterer typischer Ausbildungsberuf für Mädchen bzw. Frauen ist die Kinderkrankenpflege. Durchschnittlich über 96 % der Auszubildenden sind weiblichen Geschlechts. 1998 befanden sich insgesamt 2 091 Personen in einer Ausbildung in der Kinderkrankenpflege. Gegenüber 1990 sind dies 302 weniger (– 13 %).

Die Zahl der Auszubildenden in der Krankenpflegehilfe unterlag in den 90er Jahren starken Schwankungen. Nach einem starken Anstieg von 1990 bis 1994 – die Gesamtzahl erhöhte sich auf 1 549 (+50 %) – ging ihre Zahl von 1994 bis 1998 bis auf 837 Auszubildende bei einem Frauenanteil von 80 % zurück.

Gegenüber 1990 ist die Zahl der auszubildenden Hebammen bis zum Jahre 1998 um über 60 % angestiegen. Die im Jahre 1997 erreichte Zahl von 446 auszubildenden Hebammen konnte im Jahr 1998 nicht mehr gehalten werden (432 Auszubildende).

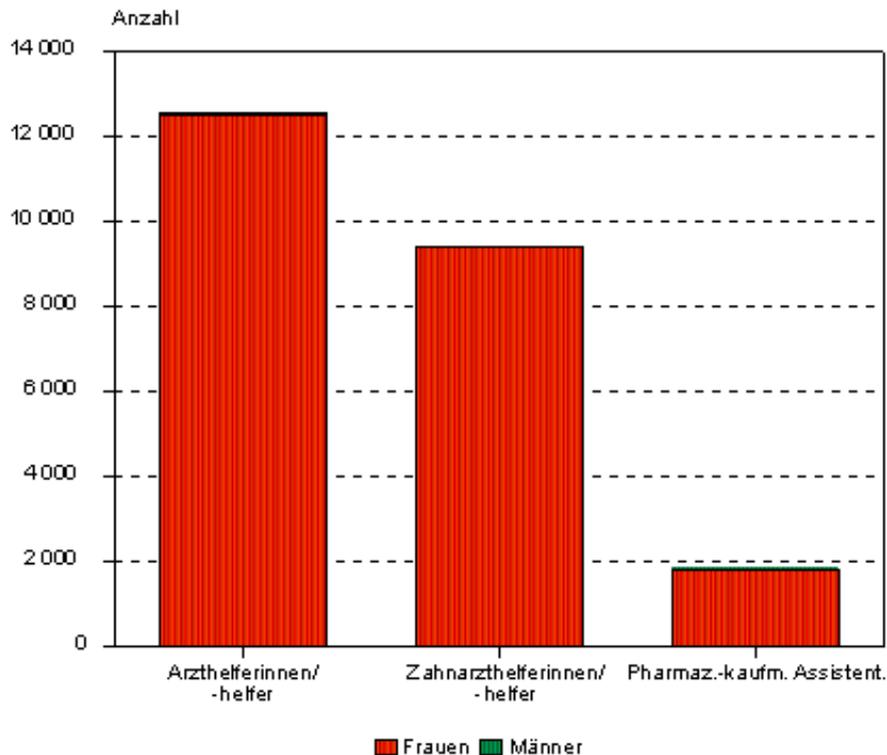


Abbildung 3: Auszubildende für Gesundheitsfachberufe in der Primärversorgung, Nordrhein-Westfalen, 1997

Die höchste Zuwachsrate ist bei den Auszubildenden in der Physiotherapie zu verzeichnen. Im Zeitraum von 1990 (1 268) bis 1998 (3 536) hat sich ihre Gesamtzahl fast verdreifacht. Gleichzeitig ist der Frauenanteil stetig zurückgegangen. 1990 betrug das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Auszubildenden in der Physiotherapie etwa 8 : 2, 1998 lediglich 7 : 3 (Abbildung 4).

Bei den angehenden Masseurinnen und Masseuren ging die Zahl der Auszubildenden seit 1992 zurück. Im Jahre 1998 befanden sich 283 Personen in diesem Ausbildungsgang. Von 1990 bis 1998 schwankte das Geschlechterverhältnis und erreichte im Jahre 1998 eine paritätische Verteilung von männlichen und weiblichen Auszubildenden.

In der Apotheke sind mit den Pharmazeutisch-technischen Assistentinnen und Assistenten (PTA) und den Pharmazeutisch-kaufmännischen Assistentinnen und Assistenten (PKA) zwei klassische Frauenberufe (Frauenanteil über 96 %) vertreten. In beiden Ausbildungsgängen ging die Zahl der Auszubildenden in den Jahren von 1990 bis 1997 um etwa 10 % zurück. Insgesamt befanden sich 1 829 PKA und 1 612 PTA im Jahre 1997 in der Ausbildung (Abbildung 3).

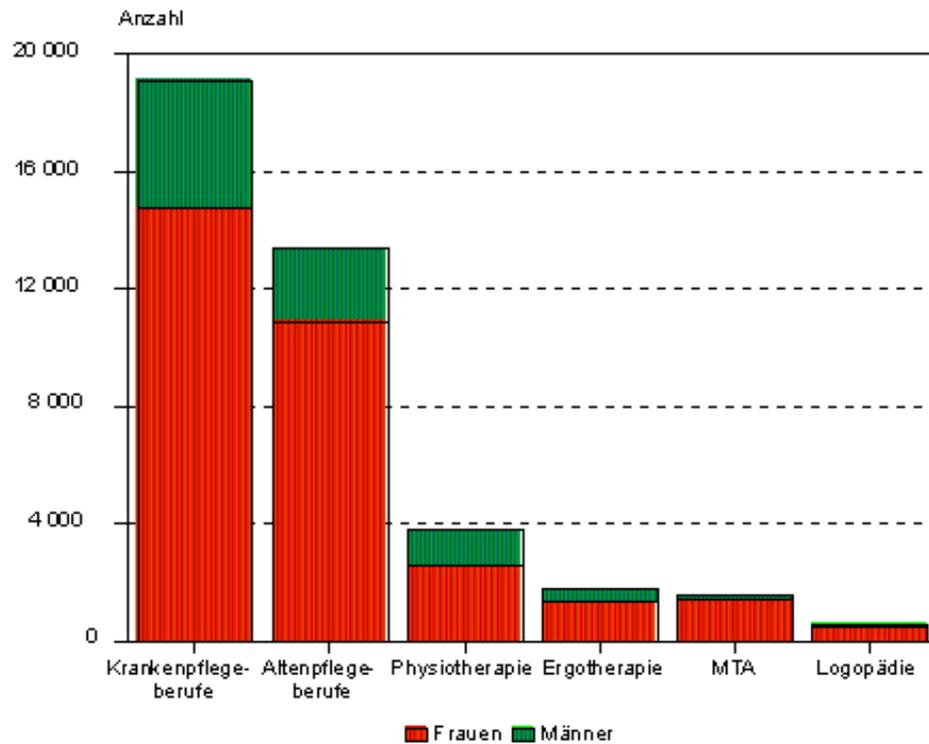


Abbildung 4: Auszubildende in ausgewählten Gesundheitsfachberufen, Nordrhein-Westfalen, 1998

Für die Auszubildenden in den Gesundheitsfachberufen lässt sich für die Jahre 1990 bis 1998 (für die Arzt- und Zahnarzthelferinnen/-helfer bis zum Jahre 1997) zusammenfassen, dass

- ▶ die häufigsten Ausbildungsberufe Krankenpflege, Arzthelferin/-helfer, Zahnarzthelferin/-helfer und Altenpflegerin/-pfleger durch einen über 80 % liegenden Frauenanteil geprägt sind, der sich in den Jahren 1990 bis 1998 mit Ausnahme der Krankenpflege nicht veränderte,
- ▶ ein Rückgang der Zahl der Auszubildenden mit Ausnahme der Physiotherapie zu beobachten ist, das betrifft vor allem sinkende Ausbildungszahlen ab 1996.

Lehrkräfte an den Schulen des Gesundheitswesens

Die Lehrkräfte an den Schulen des Gesundheitswesens werden alljährlich zum Stichtag 15.10. für die Statistik der Schulen des Gesundheitswesens erfasst. Zu den Schulen des Gesundheitswesens zählen die an Krankenhäuser angegliederten Kranken- und Kinderkrankenpflege-schulen, die Schulen für Krankenpflegehelfer und die Pflegevorschulen, außerdem die Fachseminare für Altenpflege und Fachseminare für Familienpflege/Dorfhilfe sowie die Hebammenlehranstalten, die Ausbildungsstätten für die diagnostisch-technischen (Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentinnen/-assistenten, Medizinisch-technische Radiologieassistentinnen/-assistenten, Assistentinnen/Assistenten in der Zytologie, Veterinärmedizinisch-technisch-

nische Assistentinnen/Assistenten) und therapeutisch-rehabilitativen Gesundheitsfachberufe (Physio- und Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Masseurinnen/Masseur, Logopädinnen/ Logopäden, Orthoptistinnen/Orthoptisten) und die Ausbildungsstätten für Diätassistentinnen/Diätassistenten und Pharmazeutisch-technische Assistentinnen/-Assistenten. Seit 1995 werden auch die Ausbildungsstätten für Rettungsassistentinnen/-assistenten in der Statistik ausgewiesen. Nicht erfasst sind die Lehrkräfte für die Ausbildungsgänge zur Arzthelferin/Arzthelfer und Zahnarzthelferin/Zahnarzthelfer sowie der Pharmazeutisch-technischen Assistentinnen/Assistenten. Die Lehrkräfte dieser drei Ausbildungsberufe sind an staatlichen Berufsschulen beschäftigt und werden dementsprechend über die amtliche Schulstatistik der berufsbildenden Schulen bzw. Berufsfachschulen erfasst.

An den Schulen des Gesundheitswesens waren 1998 insgesamt 16 495 Lehrkräfte, darunter 8 161 Frauen beschäftigt. Gegenüber 1990 entspricht dies einem Zuwachs um 6 067 Lehrkräfte (+58 %) (Abbildung 5). Während des Betrachtungszeitraums ist die Zahl der weiblichen Lehrkräfte in Relation zu den männlichen wesentlich stärker angewachsen. Seit 1997 ist die Zahl der männlichen Lehrkräfte sogar geringfügig rückläufig. Durch diese Entwicklungen bedingt gleichen sich die Geschlechterverhältnisse zunehmend an. Der Frauenanteil erhöhte sich von 1990 an kontinuierlich, sodass das Geschlechterverhältnis im Jahre 1998 ausgewogen war.

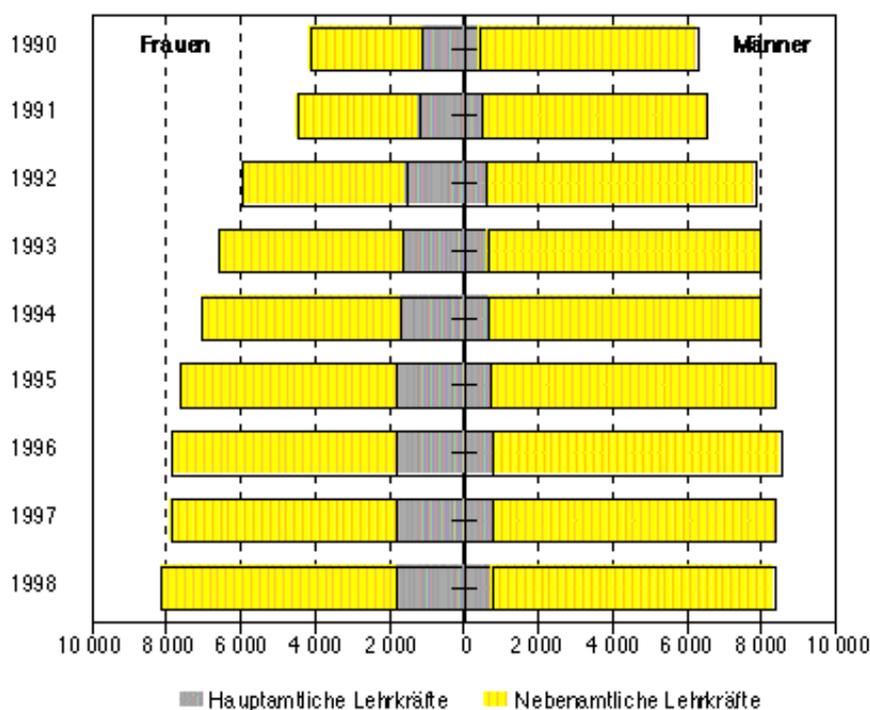


Abbildung 5: Haupt- und nebenamtliche Lehrkräfte in Schulen des Gesundheitswesens, Nordrhein-Westfalen, 1990 – 1998 (15.10. d. J.)

Von den insgesamt 16 495 im Jahr 1998 beschäftigten Lehrkräften waren 2 576 (16 %) hauptamtlich und 13 912 (84 %) nebenamtlich tätig (Abbildung 5). Bis zum Jahr 1998 erfolg-

te ein Rückgang hauptamtlich tätiger weiblicher Lehrkräfte auf 71 %, parallel dazu erhöhte sich der Anteil der nebenamtlich tätigen Frauen.

Die verschiedenen Schultypen lassen weitere Unterschiede in den Geschlechterverhältnissen erkennen. Generell ist 1998 der Anteil weiblicher Lehrkräfte in den Ausbildungsgängen Alten-, Familien- und Entbindungspflege, aber auch in den therapeutisch-rehabilitativen Ausbildungsgängen (Ergo- und Logotherapie) sowie bei den Pharmazeutisch-technischen Assistentinnen/-Assistenten am höchsten. In den Kranken- und Kinderkrankenpflegesschulen sowie den Ausbildungsgängen für Physiotherapeutinnen/-therapeuten und Masseurinnen/Masseure sowie Medizinisch-technische Radiologieassistentinnen/-assistenten dominieren – auch wenn sich die Geschlechterdifferenzen zunehmend verringern – die männlichen Lehrkräfte. Im Gegensatz zu den Kranken- und Kinderkrankenpflegesschulen hat in den Schulen für Krankenpflegehelferinnen/-helfer eine gegenläufige Entwicklung stattgefunden. Seit 1993 übersteigt der Anteil der weiblichen Lehrkräfte den der männlichen.

Für die Situation der Lehrkräfte an den Schulen des Gesundheitswesens lässt sich für den Zeitraum von 1990 - 1998 zusammenfassen, dass

- ▶ von den 16 495 im Jahre 1998 beschäftigten Lehrkräften 2 576 (16 %) hauptamtlich und 13 912 (84 %) nebenamtlich tätig waren (der Anteil der nebenamtlich beschäftigten weiblichen Lehrkräfte hat sich ständig erhöht),
- ▶ sich der Frauenanteil bei den Lehrkräften bis zum Jahre 1998 dem der Männer angeglichen hat, sodass gegenwärtig ein ausgewogenes Verhältnis besteht. Eine Ausnahme bilden die Kranken- und Kinderkrankenpflegesschulen und die Ausbildungsgänge zur/zu Physiotherapeutin/Physiotherapeuten.

Studierende der Pharmazie, Human- und Zahnmedizin einschließlich Approbationen

In der Ausbildung des medizinischen Nachwuchses zeichneten sich in den letzten 15 Jahren deutliche Veränderungen ab. Seit 1985 verringerte sich die Zahl der Medizinstudentinnen und -studenten in der Humanmedizin, die nach einem 4-semesterigen vorklinischen Studium die ärztliche Vorprüfung (Physikum) ablegten, mit wenigen Ausnahmen stetig (s. Anhang: Ind. 9.2). Bereits Anfang der 90er Jahre hatte sich ihre Zahl mehr als halbiert, gegenüber 1984 hatten 1997 54 % (– 1 275 Studentinnen und Studenten) weniger das Physikum absolviert. Ausgehend vom Höchststand bei den weiblichen Teilnehmern in 1985 (1 040), fiel ihr Anteil bis 1997 um 45 % auf 576 ab, der der männlichen von 1 356 im Jahre 1984 auf 493 im Jahre 1997, das entspricht einer Reduzierung um 863 (64 %). Die Geschlechterverteilung verschob sich in diesem Zeitraum allmählich zugunsten der Frauen. 1984 machten die Frauen 42 % der erfolgreichen Teilnehmer aus. In den folgenden Jahren glich sich die Erfolgsquote zunehmend an. Erstmals 1997 haben mit 54 Prozentanteilen mehr Frauen als Männer das Physikum bestanden.

Im Beobachtungszeitraum stieg die Zahl der Approbationen in der Humanmedizin noch leicht an. 1996 erhielten in Nordrhein-Westfalen 1 242 Ärztinnen und 1 513 Ärzte ihre Approbation (s. Anhang: Ind. 9.3). Während der Anteil der approbierten Frauen von 1990 bis 1996 um mehr als die Hälfte anstieg (von 806 auf 1 242), schwankte sie bei den Männern nur geringfügig um durchschnittlich 1 530. Betrug der Frauenanteil bei den Approbationen 1985 nur 31 %, stieg er 1991 bereits auf 42 % und erreichte 1997 einen Anteil von 45 %.

Somit haben die Karrierechancen von Ärztinnen durch den hohen Anteil bei den Studenten zugenommen, jedoch findet danach ein deutlicher Karriereknick statt. Die Promotionsquote der Frauen liegt nur noch bei ca. 30 %, die Habilitationsquote zwischen 4 % und 8 %. Die Habilitation ist noch keine Garantie für eine Karriere in der Medizin. Der Anteil an den C4-Professuren bei habilitierten Ärztinnen liegt bei 2 %. Auch außerhalb der Universität sind die Karrierechancen der Frauen bescheiden. 1990 betrug der Anteil der Frauen in leitenden Positionen in Krankenhäusern (weibliche Chefärzte) gerade 5 %. Daran hat sich in den letzten 10 Jahren wenig geändert. Der beobachtete geringe Anteil von Frauen als Chefärztinnen oder Professorinnen wird sich auch bei Erhöhung des Anteils von Ärztinnen bei den Approbationen nur allmählich ändern.

Eine ähnliche geschlechterspezifische Entwicklung wie bei den Humanmedizinerinnen ist bei den Approbationen in der Zahnmedizin nachweisbar (s. Anhang: Ind. 9.3). Zwar weisen die absoluten Zahlen der neu approbierten Zahnärztinnen und Zahnärzte keine stetige Entwicklung auf, tendenziell ist jedoch von einer Abnahme der Approbationen seit 1990 zu sprechen. Analog zur Entwicklung bei den Humanmedizinerinnen nimmt der Frauenanteil stetig zu. Während 1985 der Frauenanteil bei den zahnärztlichen Approbationen 20 % ausmachte, kletterte er über 31 % im Jahre 1991 auf 43 % im Jahr 1996. Damit gleicht sich die Zahl der weiblichen zunehmend der Zahl der männlichen Studienabsolventen an.

Vergleichsweise unspektakulärer verlief dagegen die Entwicklung der Prüflingszahlen in der Pharmazie. Die Teilnehmerzahlen am 1. Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung weisen eine große Schwankungsbreite auf (s. Anhang: Ind. 9.2). Im Durchschnitt sind drei Viertel der neu approbierten Apotheker Frauen (s. Anhang: Ind. 9.3). 1997 bestanden 128 Pharmaziestudentinnen und 37 -studenten in Nordrhein-Westfalen diese Prüfung. Die Zahl der Approbationen von Apothekern schwankt im Zeitraum von 1985 bis 1996 durchschnittlich um 360. Über drei Viertel der Approbierten sind Frauen. Im Gegensatz zur Zahn- und Humanmedizin lag der Frauenanteil bei den Pharmazeuten seit jeher über dem Männeranteil. Die Veränderungen fallen dementsprechend weniger gravierend aus als bei den Medizinerinnen. Der Frauenanteil bei den Apothekern erhöhte sich von 63 % im Jahre 1985 kontinuierlich auf 78 % im Jahre 1996.

Für die Jahre 1985 bis 1996/1997 ist festzustellen, dass

- ▶ sich die Zahl der Medizinstudentinnen/Medizinstudenten seit 1990 halbiert und die der Zahnmedizinstudentinnen/-studenten abgenommen hat sowie ein Anstieg des Frauenanteils in allen Studienrichtungen erfolgt ist,
- ▶ 50 % der Studienanfängerinnen und -anfänger für Humanmedizin und über 75 % der Studienanfängerinnen und -anfänger für Pharmazie Frauen sind,
- ▶ der Anteil der Frauen bei ärztlichen Approbationen auf 45 %, bei zahnärztlichen Approbationen auf 46 % und bei Approbationen für Apothekerinnen/Apotheker auf 75 % gestiegen ist,
- ▶ 30 % der Promotionen von Ärztinnen erreicht werden, jedoch nur 2 % aller C4-Professorenstellen in der Medizin in Nordrhein-Westfalen,
- ▶ nur 5 % der Chefarztstellen in Nordrhein-Westfalen von Frauen besetzt sind.

6.1.5 Arbeitslose in den Gesundheitsfachberufen

Entwicklung der Arbeitslosigkeit in den akademischen Gesundheitsfachberufen

Ende Juli 1999 waren in Nordrhein-Westfalen 2 148 Ärztinnen und Ärzte arbeitslos gemeldet. Obwohl die Zahl der arbeitslosen Ärzte seit 1998 in der Tendenz zurückgeht, ist die Arbeitslosenquote gegenüber Ende September 1990 um 40 % gestiegen. Der Anteil arbeitsloser Ärztinnen stieg im Vergleichszeitraum überproportional um 65 %. Von 10 arbeitslosen Ärzten waren 6 Frauen.

Bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten hat eine gegenläufige Entwicklung stattgefunden. Zwar stieg die Gesamtzahl arbeitslos gemeldeter Zahnärzte von Ende September 1990 bis Juli 1999 um 15 %, jedoch ging die Zahl arbeitsloser Zahnärztinnen zurück. Waren 1990 noch 58 % der arbeitslosen Zahnärzte weiblichen Geschlechts, hält sich 1999 die Zahl arbeitsloser Zahnärztinnen und Zahnärzte die Waage.

Im Juli 1999 waren insgesamt 247 Apothekerinnen und Apotheker arbeitslos gemeldet, darunter 3,7-mal mehr Frauen als Männer, was ungefähr der Frauenquote im pharmazeutischen Bereich entspricht. Seit Ende September 1990 ist der Anteil arbeitsloser Apothekerinnen um etwa 7 % gestiegen.

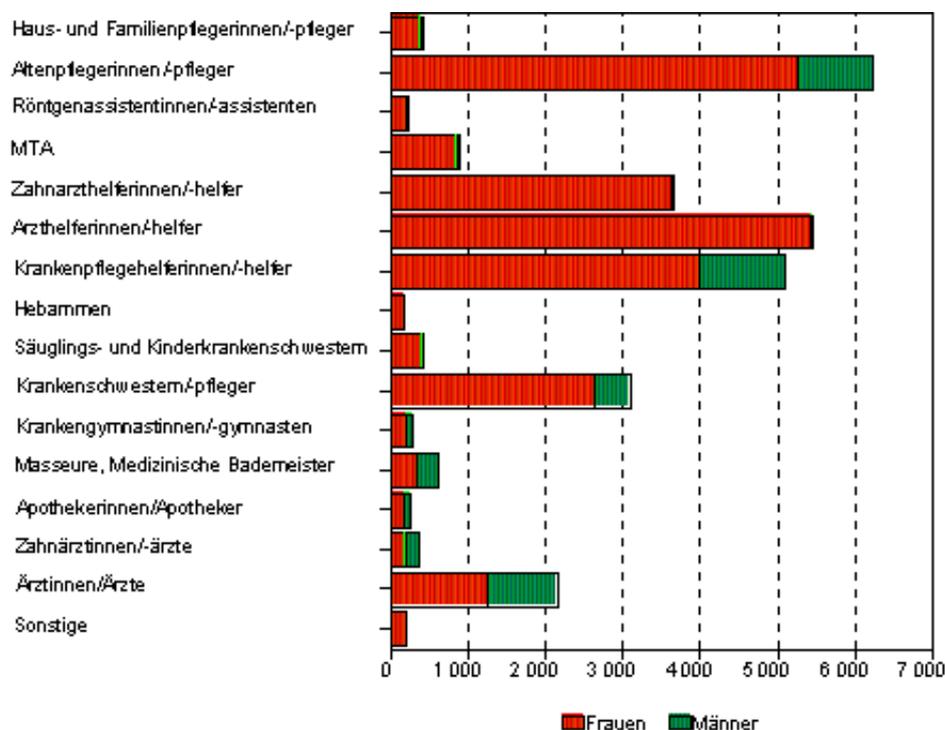


Abbildung 6: Arbeitslose in Gesundheitsfachberufen, Nordrhein-Westfalen, Juli 1999

Entwicklung der Arbeitslosigkeit in den nicht-akademischen Gesundheitsfachberufen

In Nordrhein-Westfalen waren Ende Juli 1999 insgesamt 3 085 Krankenschwestern und Krankenpfleger arbeitslos gemeldet (Abbildung 6). Gegenüber September 1995 sind dies 1 073 Pflegekräfte mehr. Ende September 1990 waren 91 % der arbeitslos gemeldeten Kräfte Krankenschwestern, 9 % Krankenpfleger. Im Juli 1999 reduzierte sich ihr Anteil auf 85 %. Zusätzlich waren insgesamt 415 Säuglings- und Kinderkrankenpflegekräfte arbeitslos gemeldet, darunter 408 Frauen (98 %). Ebenso wie bei den Pflegekräften war auch bei den Kinderkranken-schwestern die Zahl der arbeitslos Gemeldeten mit 228 Personen im September 1995 bedeutend geringer. Der Rückgang der Arbeitslosenzahlen kann neben demographischen Effekten mit dem erhöhten Personalbedarf und auf die vermehrte Einstellung bei Einführung der Pflegeversicherung zurückgeführt werden. Gegen den Trend verlief allerdings die Entwicklung der arbeitslosen Krankenpflegehelferinnen und -helfer. Ihre Zahl hat von 1990 an stetig zugenommen. Am Erhebungsstichtag Ende Juli 1999 waren 5 094 Krankenpflegehelferinnen und -helfer arbeitslos gemeldet, darunter 3 991 Frauen. Gegenüber September 1990 ist dies eine Steigerung um 67 %, wobei die Steigerungsrate der männlichen Berufsangehörigen mit 82 % höher liegt als die der weiblichen (64 %).

Beim Hebammenberuf, der ausschließlich von Frauen ausgeübt wird, sind auch die arbeitslos gemeldeten Berufsangehörigen immer Frauen. Die Zahl der arbeitslosen Hebammen in Nordrhein-Westfalen ist seit 1995 relativ konstant geblieben. Im Juli 1999 waren 170 arbeitslose Hebammen gemeldet.

Bei den therapeutisch-rehabilitativen Gesundheitsfachberufen entwickelte sich die Arbeitslosigkeit der Masseurinnen und Masseur gegenläufig zu der der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten. Einem Anstieg der Arbeitslosigkeit bei den Letztgenannten stand ein Sinken der arbeitslos gemeldeten Masseurinnen und Masseur gegenüber.

Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen stieg die Zahl der arbeitslos gemeldeten Zahnarzt-helferinnen in den Jahren 1990 bis 1999 am stärksten an. In diesem fast ausschließlich von Frauen ausgeübten Beruf waren im Juli 1999 doppelt so viele Arbeitslose (3 635) gemeldet wie im September 1990 (1 819). Bei den Arzthelferinnen stieg die Arbeitslosenzahl im Vergleichszeitraum um insgesamt 87 %. 1999 waren 5 441 arbeitslose Arzthelferinnen und -helfer in Nordrhein-Westfalen gemeldet.

Bei den Assistentenberufen fiel – analog zu den Pflegeberufen – die Zahl der Arbeitslosen von 1990 bis 1995 zunächst ab und steigt seitdem leicht wieder an. Zum Stichtag Juli 1999 lag die Zahl der arbeitslos gemeldeten Medizinisch-technischen Assistentinnen/Assistenten bei 896 (davon 94 % Frauen), die der arbeitslos gemeldeten Röntgenassistentinnen/-assistenten bei insgesamt 226 mit einem Frauenanteil von 89 %.

In den Jahren 1990 bis 1999 ist folgender Trend bei der Arbeitslosigkeit in Gesundheitsberufen zu verzeichnen:

- ▶ Die Arbeitslosigkeit betrifft seit 1990 in zunehmendem Maße auch Ärzte, Zahnärzte und Apotheker. Ärztinnen sind gegenüber Zahnärztinnen und Apothekerinnen in überproportionalem Maße arbeitslos.
- ▶ In Nordrhein-Westfalen waren im Juli 1999 insgesamt 26 608 Personen in Gesundheitsfachberufen arbeitslos gemeldet. Darunter befanden sich 6 220 Altenpflegerinnen/Altenpfleger, 5 441 Arzthelferinnen/Arzthelfer, 5 094 Krankenpflegehelfe-

rinnen/-helfer, 3 635 Zahnarthelferinnen/-helfer, 3 085 Krankenschwestern/-pfleger, 896 MTA, 415 Kinderkrankenpflegekräfte und 170 Hebammen.

- ▶ 23 773 der Arbeitslosen in Gesundheitsfachberufen waren Frauen. Entsprechend dem hohen Frauenanteil an den einzelnen Berufsgruppen lag der Anteil bei der Arbeitslosigkeit ebenfalls bei 90 %.

6.1.6 Neue Qualifikationsbedarfe und Qualifikationsmöglichkeiten im Gesundheitssektor

Die gesetzlichen Leitlinien „Prävention vor Therapie“, „Ambulant vor Stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“ sowie die demographische Entwicklung und Alterung der Gesellschaft als auch die Fortschritte insbesondere in der Medizintechnik stellen im ausklingenden Jahrtausend das Gesundheitswesen und seine Akteure vor neue Herausforderungen. Dieser strukturelle Wandel wird von der Forderung nach mehr Qualität, Wirtschaftlichkeit, Dienstleistungs- und Patientenorientierung begleitet (Wilm et al., 1999). Dies wiederum heißt für die im Gesundheitswesen professionell Tätigen, dass sie sich auf immer neue Qualifikationsanforderungen und neue Qualifizierungsfelder einstellen und sich in ihrem Beruf höher bzw. weiter qualifizieren müssen.

Akademische Studiengänge für Gesundheitsberufe

Um diesen neuen Anforderungen zu begegnen, ist es erforderlich, ein adäquates Angebot zur Qualifizierung bereitzustellen.

Seit Anfang der neunziger Jahre hat mit dem Aufbau von Pflege-Studiengängen auch in Deutschland die Akademisierung der Pflege Fuß gefasst. In Nordrhein-Westfalen besteht an sechs Standorten ein breites Studienangebot in den Fachrichtungen Pflege, Pflegemanagement, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft. An manchen Standorten besteht darüber hinaus die Möglichkeit zur Promotion (Tabelle 1).

Entwicklungen in der beruflichen Bildung (Modellprojekte)

Die veränderten beruflichen Anforderungen in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege haben auch Auswirkungen auf die Berufsausbildung. Um angehende Pflegekräfte auf die veränderten berufsspezifischen Anforderungen adäquat vorbereiten zu können, sind grundlegende Veränderungen der Ausbildungsinhalte und der Gestaltung der Ausbildung erforderlich.

Im November 1997 hat der Caritasverband für das Bistum Essen e. V. zusammen mit der Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen ein Modellprojekt „Gemeinsame (Grund-)Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege“ initiiert. Die Auszubildenden aller drei Ausbildungsgänge absolvieren die Grundausbildung (17 Monate) nach einem einheitlichen Curriculum. Nach der Grundausbildung entscheiden sie individuell, in welchem der drei Ausbildungsgänge sie ihre Ausbildung zum Abschluss führen. Die Auszubildenden haben damit die Möglichkeit, die endgültige Berufswahlentscheidung erst nach dem Kennenlernen der drei unterschiedlichen Pflegeberufe treffen zu müssen. Des Weiteren ist

Ziel des Modellprojektes, den Auszubildenden eine berufsübergreifende Qualifikationsbasis zu vermitteln, die ggf. einen späteren Berufswechsel erleichtert (Oelke et al., 1998).

| Standort | Studiengänge |
|---|--|
| Universität Bielefeld, Fak. für Gesundheitswissenschaften | Studienschwerpunkt Pflegewissenschaft im Postgraduierten-Studiengang Gesundheitswissenschaften |
| Fachhochschule Bielefeld | Pflegepädagogik |
| Evangelische Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe (Bochum) | Pflege |
| Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abt. Köln | Pflegeleitung Pflegemanagement Pflegepädagogik |
| Fachhochschule Münster | Pflegemanagement Pflegepädagogik |
| Universität Witten/Herdecke, Medizinische Fakultät, Institut für Pflegewissenschaft | Pflegewissenschaft |

Tabelle 1: Übersicht über die Pflegestudiengänge in Nordrhein-Westfalen

6.1.7 Gleichstellung von Frauen und Männern im Gesundheitswesen

Viele Gesundheitsfachberufe sind klassische Frauenberufe. Diese Aussage trifft auf die nicht-akademischen Berufe noch weitaus mehr zu als auf die akademischen Gesundheitsfachberufe. Der Hebammenberuf ist faktisch in Nordrhein-Westfalen gänzlich den Frauen vorbehalten, bei den Arzt- und Zahnarzhelferinnen/-helfern, in der Kinderkrankenpflege und bei den technisch-diagnostischen Assistenzberufen liegt der Frauenanteil bei bis zu 99 %. Frauen konnten im letzten Jahrzehnt in fast allen Gesundheitsfachberufen ihre Position weiter ausbauen. Dennoch bestehen beachtliche Geschlechterdifferenzen in Hinblick auf berufliche Positionen im Gesundheitssystem (Beschäftigungsverhältnis, -umfang). Generell gehen Frauen eher den weniger qualifizierten, helfenden und zuarbeitenden Beschäftigungen nach als Männer. Auch sind sie häufiger in den weniger status- und einkommensbegünstigten Tätigkeitsbereichen beschäftigt. Gesetze wie das „Gesetz zur Gleichstellung von Frauen und Männern für das Land Nordrhein-Westfalen und zur Änderung anderer Gesetze“ vom 9. Nov. 1999 sowie die Aufwertung von Pflegeberufen durch akademische Weiterqualifikation helfen, die Gleichberechtigung von Frau und Mann im Gesundheitswesen durchzusetzen.

Literatur

- Bals, T. (1993): Berufsbildung der Gesundheitsfachberufe. Einordnung – Strukturwandel – Reformansätze. Alsbach.
- BASYS (o. J.): Beschäftigte im Gesundheitswesen 1996. Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Augsburg.
- BMA (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung) (Hrsg.) (1994): Zur Situation und Entwicklung der Pflegeberufe in der Bundesrepublik Deutschland. IAB-Projekt 4-419V „Arbeitsmarkt für Pflegeberufe“. Nürnberg.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): Gesetz über ambulante Dienste, teilstationäre Einrichtungen und Heime für ältere, für volljährige pflegebedürftige und behinderte Menschen (Ambulante Dienste- und Heimgesetz) (Vorentwurf vom 21.03.1997).
- Meifort, B. (1997): Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Abteilung Frauenpolitik Berufsbildung (Hrsg.). Beschäftigung und Karrieremöglichkeiten von Frauen in der Altenpflege in der Bundesrepublik Deutschland. Materialien zur Frauenpolitik Nr. 60.
- Erster Wiener Frauengesundheitsbericht (1996): Erstellt durch das Ludwig Boltzmann-Institut für Gesundheitspsychologie der Frau im Auftrag der Magistratsabteilung 15 der Stadt Wien – Gesundheitswesen Referat III/1 – Gesundheitsberichterstattung. Wien.
- ÖGDG (Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst) (1997): Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen 58, S. 431 - 436.
- Oelke, U.; Wingenfeld, K.; Wlotzka, K. (1998): Bericht über die Phase der Konzipierung einer gemeinsamen Grundausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Im Auftrag des Caritasverbandes für das Bistum Essen e.V. Bielefeld.
- Wilm, B.; Meier, B.; Wolters, P. (1999): Qualifikationsanforderungen und neue Qualifizierungsfelder für Beschäftigte in der Gesundheitsregion Ostwestfalen-Lippe. G.I.B. Gesellschaft für innovative Beschäftigungsförderung (Hrsg.). Bielefeld.
- Gesetz zur Gleichstellung von Frauen und Männern für das Land Nordrhein-Westfalen und zur Änderung anderer Gesetze vom 9. November 1999. Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen (1999) Nr. 45, S. 590 ff.

6.2 Grenzen, Grenzüberschreitungen und sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz und im Gesundheitsbereich

6.2.1 Allgemein zur sexuellen Belästigung am Arbeitsplatz

Bei der sexuellen Belästigung am Arbeitsplatz handelt es sich um eine der mannigfaltigen Facetten sexualisierter Gewalt. Die Belästigungen sind unterschiedlich; sie reichen von zweideutigen Bemerkungen über das Aufhängen pornographischer Darstellungen bis zu unerwünschten Berührungen und sexuellen Übergriffen. Es handelt sich dabei nicht um bedauerliche Ausnahmereischeinungen. Sexuelle Belästigung gehört für viele Frauen zum Arbeitsalltag, ist eine Verletzung ihrer Würde und stellt eine enorme Einschränkung im Beruf und in der beruflichen und persönlichen Entwicklung von Frauen dar.

Eine bundesweite Untersuchung, die von der Sozialforschungsstelle Dortmund 1988 bis 1990 im Auftrag des damaligen Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit durchgeführt wurde, hat dies eindrucksvoll belegt (Holzbecher et al., 1997). Befragt wurden 4 200 Frauen:

- ▶ 72 % der befragten Frauen gaben an, mindestens einmal am Arbeitsplatz sexuell belästigt worden zu sein. Über die Hälfte der Frauen musste sich anzügliche Bemerkungen über ihre Figur und ihr Privatleben anhören. Jede dritte Befragte hatte unerwünschte Einladungen mit eindeutiger Absicht erhalten; ebenfalls jede Dritte kennt Pokneifen, Klapse sowie pornographische Bilder am Arbeitsplatz. Fast jede vierte Frau gab an, dass ihr an die Brust gefasst worden ist. 5 % der Frauen wurden berufliche Nachteile angedroht, falls sie sich sexuell verweigern. Unberücksichtigt blieben bei dieser Aufzählung die am häufigsten vorkommenden Formen sexueller Belästigungen wie anzügliche Witze, Hinterherpfeifen und taxierende Blicke.
- ▶ Sexuelle Belästigung hat für die Betroffenen meist weitreichende psychische und physische Auswirkungen. Typische Stresssymptome stellen sich ein; die Betroffenen nannten vor allem Schlafstörungen und allergische Reaktionen. Die Leistungsfähigkeit, Motivation und Arbeitszufriedenheit sinkt. Für manche Frauen wird der Druck und Dauerstress am Arbeitsplatz so unerträglich, dass sie es nicht mehr aushalten: Sie kündigen, obwohl kein neuer Arbeitsplatz in Sicht ist.
- ▶ Die meisten Belästigungsfälle werden entweder gar nicht erst bekannt oder aber – zulasten der Belästigten – unter den Teppich gekehrt. Selbst bei bewiesenen, schweren Übergriffen werden kaum notwendige Konsequenzen seitens des Arbeitgebers gezogen.
- ▶ Belästigte Frauen hingegen werden oftmals doppelt zu Opfern, insbesondere dann, wenn sie verlangen, dass der Täter zur Rechenschaft gezogen werden soll. Schuldzuschreibungen an das Opfer, Diffamierungen, Intrigen und Schikanen sind keine Seltenheit. Zwischen dem Ausmaß der sexuellen Belästigung und der Handlungsbereitschaft, Frauen im Betrieb zu helfen, klafft eine große Lücke.
- ▶ Bevorzugte Opfer sind unverheiratete Frauen zwischen 20 und 30 Jahren, die erst kürzere Zeit im Betrieb arbeiten. Häufig sind es Frauen ohne berufliche Qualifikation in untergeordneten Positionen, die wegen unsicheren Arbeitsverträgen (etwa Probezeit) Angst haben, sich gegen Übergriffe zu wehren. Aber auch Frauen auf mittlerer Hierarchieebene gaben unerwartet häufig an, auf ihrem Weg nach oben belästigt worden zu sein. Hier erfüllt die Belästigung eine besondere Aufgabe. Aufstiegsbereite Frauen sollen in ihrem Karrierewillen gebremst und auf weniger wichtige Positionen verwiesen werden. Es fand sich auch ein unerwarteter Typ von

Betroffenen: Die Frauen im Betrieb, die Kritik üben und sich nicht alles gefallen lassen.

- ▶ Belästigung findet im normalen Arbeitsalltag statt. Weder Nacht- oder Sonderschichten noch Fahrstühle oder Tiefgarage zeigen deutliche Belästigungsschwerpunkte. Einzige Ausnahmen sind Betriebsfeste, Kongresse und Dienstreisen.
- ▶ Belästiger sind ganz normale Männer. Zumeist verheiratet, gehören sie der Altersstufe zwischen 30 und 50 Jahren an und sind in ihrem Betrieb 10 Jahre oder länger beschäftigt. Bei 38 % der Belästiger handelt es sich um Kollegen, bei 21 % um Vorgesetzte und bei 14 % um Kunden, Klienten oder Patienten. Viele der Belästiger sind im Betrieb beliebt. Mit ihren Witzen sorgen sie für ein unterhaltsames Betriebsklima. Betroffene Frauen haben es dabei besonders schwer, sich zur Wehr zu setzen. In jedem dritten Fall ist der Belästiger für sein Fehlverhalten im Betrieb bereits bekannt, gleichwohl bleiben Konsequenzen aus.
- ▶ 53 % der Frauen geben als Folge der Belästigung berufliche oder gesundheitliche Nachteile an. Der Belästiger dagegen wurde lediglich in 6 % der Fälle verwarnt, zu 1 % versetzt und in 0,4 % kam es zu seiner Entlassung. Demgegenüber gaben 6 % der Frauen ihren Arbeitsplatz auf, weitere 3 % wurden versetzt, 2 % erhielten schlechtere Beurteilungen.
- ▶ Im Falle einer sexuellen Belästigung am Arbeitsplatz versuchen 51 % der Frauen, die Annäherungsversuche zu ignorieren und 46 % bemühen sich, die Belästiger zu meiden. Obwohl 70 % eine Beschwerde als erfolgreich einschätzen, gehen nur 9 % der belästigten Frauen diesen Weg.

Um vor sexueller Belästigung am Arbeitsplatz besser zu schützen, trat am 1. September 1994 das Bundesgesetz zum Schutz der Beschäftigten vor sexueller Belästigung am Arbeitsplatz (sog. Beschäftigtenschutzgesetz) in Kraft. Es enthält Schutzvorschriften gegen sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz für alle Beschäftigten im Öffentlichen Dienst und in der Privatwirtschaft.

6.2.2 Speziell zur sexuellen Belästigung im Gesundheitsbereich

Die Problematik von Grenzüberschreitungen und sexuellen Übergriffen im Gesundheitsbereich wird bei uns erst seit einigen Jahren öffentlich diskutiert, während es z. B. in den USA seit über 20 Jahren eine öffentliche Diskussion zu diesem Thema gibt. Sexuelle Belästigungen und Übergriffe gegenüber Patientinnen und Patienten zählen zu den „Tabu-Themen“, die durch hohe Dunkelziffern und weitgehenden Mangel an repräsentativen Studien gekennzeichnet sind. Der zur Zeit am besten untersuchte Teilbereich sind sexuelle Übergriffe in der Psychotherapie (Vogt/Arnold, 1993; Bachmann/Ziemert, 1995; Becker-Fischer et al., 1997). Ein weiterer Aspekt des Themas sind Vorfälle, bei denen medizinisches Personal sexueller Belästigung bzw. Nötigung durch Kolleginnen/Kollegen oder Patientinnen/Patienten ausgesetzt ist; hierzu liegen ebenfalls Untersuchungsergebnisse vor (Moscarello et al., 1994; Cook et al., 1996). Auch wenn die empirischen Grundlagen zur Zeit noch unbefriedigend sind, belegen die im Folgenden dargestellten Untersuchungsergebnisse, dass sexuelle Belästigungen und Übergriffe im Gesundheitsbereich ein ernst zu nehmendes Problem darstellen.

Rahmenbedingungen und Definitionen

In der Praxis hat man es im Gesundheitsbereich ständig mit Leiblichkeit, Geschlechtlichkeit und eben auch Sexualität zu tun. Dass sich Patientinnen und Patienten vor der Ärztin oder dem Arzt für die vorzunehmenden Untersuchungen entkleiden, ist nicht selbstverständlich, sondern das Ergebnis eines komplexen Regulierungs- und Erziehungsprozesses. Für beide Seiten musste ein Regelwerk erfunden werden, das die Präsentation des Leibes, seine Begutachtung in der Medizin und die Berührungen durch die Ärztin oder den Arzt von jedweder sexuellen Handlung abspaltete. Insgesamt ist der Prozess, Leiblichkeit von Geschlechtlichkeit/Sexualität zu trennen, sehr weit fortgeschritten. Die Grenze ist klar gezogen, und Grenzüberschreitungen bemerken wiederum beide Seiten sofort.

Grenzüberschreitungen sind zunächst einmal sehr subtil. Es handelt sich dabei nicht einfach um klar erkennbare, sexuelle Handlungen, sondern um kontextuelle Bedeutungsver-schiebungen: Die Atmosphäre in der Sprechstunde ändert sich; sie wird aufgeladen mit Erwartungen, Sehnsüchten und Wünschen, die unterschwellig in Szene gesetzt werden. Handlungen nehmen wieder Bedeutungen an, die sie in der sonstigen Interaktion auch haben können; Geschlechtlichkeit/Sexualität wird mitgedacht und findet Ausdruck in erotischen Signalen. Von außen betrachtet hat sich in der Begegnung z. B. zwischen Arzt und Patientin nichts verändert, aber die innere Struktur hat sich gewandelt. Die Rahmenbedingungen für sexuelle Handlungen bzw. sexuelle Ausbeutung sind geschaffen. Ob es dazu kommt, ist eine andere Sache.

Sexuelle Belästigungen am Arbeitsplatz zwischen Beschäftigten und durch Patienten

Grenzüberschreitungen und sexuelle Übergriffe im Gesundheitsbereich finden zwischen ganz unterschiedlichen Interaktionspartnerinnen und -partnern und in ganz verschiedenen Settings statt.

Zu differenzieren ist zwischen der Ebene der im Gesundheitsbereich Arbeitenden und der der Patientinnen und Patienten. Geht es um sexuelle Belästigung und sexuelle Übergriffe innerhalb des Personals z. B. einer Klinik, also zwischen Ärztinnen und Ärzten, Krankenschwestern und Pflegern, aber auch zwischen Ärzten und Krankenschwestern usw., dann bieten sich organisationstheoretische Überlegungen zum besseren Verständnis der Abläufe an.

Strukturelle Bedingungen, insbesondere stark ausgeprägte vertikale Hierarchien und strukturelle Diskriminierung, wie die Ausführung statusniedrigerer Arbeiten vor allem von Frauen, erleichtern sexuelle Belästigungen am Arbeitsplatz. Beides ist typisch für den Gesundheitsbereich. Wie aus einigen amerikanischen Studien hervorgeht, sind sexuelle Belästigungen von Kollegen gegenüber ihren Kolleginnen besonders häufig und besonders feindselig, wenn man es mit Arbeitsfeldern zu tun hat, die traditionell von Männern besetzt sind. In solchen Abteilungen oder Unternehmen herrscht eine maskuline Unternehmenskultur vor, die wiederum sexuelle Belästigungen begünstigt (Holzbecher, 1996).

Schon diese kurzen Ausführungen machen deutlich, dass der Gesundheitsbereich Bedingungen für sexuelle Belästigungen und sexuelle Übergriffe bietet. Allerdings liegen keine deutschen Studien vor, die sich speziell mit diesem Thema beschäftigen. Wir wissen also sehr wenig Verlässliches über sexuelle Belästigungen und sexuelle Übergriffe auf der Ebene der im Gesundheitsbereich Arbeitenden, über Häufigkeit und Formen solcher Belästigungen, über

strukturelle Auswirkungen und die Reaktionen der Beteiligten sowie über die subjektiv erlebten gesundheitlichen Folgen solcher Erfahrungen.

Es kommt auch vor, dass Ärztinnen und Krankenschwestern von männlichen Patienten sexuell belästigt werden. Dabei geht es zum Teil recht handfest zu: Patienten grabtschen nach den Ärztinnen oder Krankenschwestern, sie „präsentieren“ ihre Genitalien usw. (Phillips/Schneider, 1993). Offenbar schützt der mit dem Arztberuf verbundene soziale Status bzw. der berufliche Status der Krankenschwestern diese nicht vor sexuellen Belästigungen. Allerdings fehlen hier vergleichende Studien, die darauf angelegt sind, Ausmaß, Formen und Art der sexuellen Belästigungen von Ärztinnen und Ärzten, Krankenschwestern und Pflegern zu erfassen und zu analysieren.

Grenzverletzungen und sexuelle Übergriffe gegenüber der Klientel

Das klassische Setting, in dem sexuelle Beziehungen bzw. Übergriffe untersucht worden sind, ist das zwischen Ärzten/Pflegern und ihrer Klientel. Als exemplarisches Beispiel dienen hier Psychiaterinnen/Psychiater und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und ihr Umgang mit ihren Klientinnen und Klienten (Vogt/Arnold, 1993; Moggi, 1997). Sexuelle Beziehungen zur Klientel verstoßen gegen die in den Kammer- und Heilberufsgesetzen festgelegten Berufspflichten von Medizinerinnen; für Psychotherapeuten ist dies bisher in den Berufsordnungen der Berufsverbände geregelt. Seit 1997 steht „sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses“ unter Strafanndrohung (§ 174c). Die Rahmenbedingungen sind also klar: Sexuelle Handlungen haben im medizinisch-psychotherapeutischen Setting keinen Platz.

Mit der Neuformulierung des Strafrechts ist auch unstrittig, dass es Sache der Behandelnden ist, auf die Einhaltung der Rahmenbedingungen zu achten. Der sexuelle Missbrauch geht nach den Vorstellungen des Gesetzgebers gerade nicht von der Klientel aus, sondern von den Medizinerinnen, den Therapeuten oder den Beratern. Das Strafrecht verwahrt sich damit gegen die Ansicht einer etwaigen „Verführung“ durch die Klientel; es sieht nicht den Arzt oder Psychotherapeuten als Opfer, sondern als Täter. Abweichungen von diesem Schema müssen belegt und bewiesen werden.

Untersuchungen zur Prävalenz von sexuellen Übergriffen in der Psychiatrie und Psychotherapie kommen zu einer Reihe von wichtigen Ergebnissen. Unabhängig von der Untersuchungsmethode hat man übereinstimmend festgestellt, dass Psychiater/Psychotherapeuten sehr viel häufiger sexuelle Kontakte zu ihrer Klientel aufnehmen als Psychiaterinnen/Psychotherapeutinnen. Gewöhnlich handelt es sich um heterosexuelle Beziehungen, in vergleichsweise wenigen Fällen um homosexuelle. Die Prävalenzraten streuen zwischen 12 % (Psychiater/Psychologen in den USA) in den späten 70er Jahren und 1 % bis 2 % Ende der 80er Jahre (Psychologen in den USA und Deutschland). Die Angaben für Psychiaterinnen/Psychologinnen variieren in allen Untersuchungen zwischen 3 % und 0 %. Allerdings werfen die Studien eine Reihe von methodischen Problemen auf, die die Reliabilität der Prävalenzmessungen in Frage stellen. Indirekte Befragungen weisen nämlich darauf hin, dass die Prävalenzraten wesentlich höher liegen, als hier angegeben. Es bedarf also weiterer Untersuchungen, um das Ausmaß des sexuellen Missbrauchs in der Psychiatrie und der Psychotherapie zuverlässig einschätzen zu können.

Wie einige Studien offenlegen (Stake/Oliver, 1991; Vogt et al., 1999), verändert sich das Verhalten der Behandelnden mit dem Geschlecht ihrer Patienten. Beispielsweise berühren Psy-

chotherapeutinnen ihre Klientinnen sehr viel häufiger als ihre Klienten. Psychotherapeuten berühren ebenfalls Klientinnen häufiger als ihre Klienten, doch ist die Situation grundsätzlich anders: Im ersten Fall handelt es sich um Berührungen unter Frauen, im zweiten Fall um solche zwischen Männern und Frauen. Psychotherapeutinnen weisen darauf hin, dass Klienten Berührungen z. B. als erotische Signale missverstehen könnten. Um das zu vermeiden, lassen sie sich gar nicht erst auf körperliche Berührungen ihrer Klienten ein. Psychotherapeuten haben solche Vorbehalte nicht. Ganz selbstverständlich setzen sie voraus, dass ihre Klientinnen die Berührungen richtig interpretieren als Gesten, die ihren Platz im therapeutischen Setting haben. Goffman hat im Zusammenhang mit seinen Studien zum Geschlechterverhältnis darauf hingewiesen, dass es ganz normal ist, wenn Männer Frauen „häufiger berühren als umgekehrt. Männer können nämlich offenbar davon ausgehen, dass ihre Übergriffe als schützend, scherzhaft oder unschuldig-zärtlich angesehen werden“ (Goffman, 1994). Frauen können das nicht; ihre Berührungen werden tatsächlich als Annäherungsversuche ausgelegt.

Kommt es im medizinischen Setting, in der Psychotherapie oder in der Beratung zu sexuellen Übergriffen gegenüber Klientinnen, dann sind diese die Leidtragenden. Sie profitieren nicht von der Behandlung, vielmehr nehmen die Symptome, wegen der sie überhaupt Hilfe gesucht haben, an Schwere zu, nicht selten machen sich neue Störungen bemerkbar (Moggi/Brodbeck, 1997). Dazu kommt eine profunde Angst vor Psychiatern/Psychotherapeuten/Beratern, die jede Folgebehandlung erschwert.

Sonderfall Pflege

Wer Kranke, Alte oder Behinderte pflegt, muss sie anfassen. Zu den elementaren Pflegeleistungen gehört die Körperpflege, die auch die Intimpflege einschließt. „Pfleger haben gelernt, diese manuellen Handlungen fachgerecht durchzuführen und dabei auf die Wahrung der Intimsphäre ihrer Patientinnen und Patienten zu achten“ (Kimmig-Pfeiffer, 1996). Sie haben jedoch nicht gelernt, über Geschlechtlichkeit in der Pflege zu reflektieren und mit ihrer Klientel darüber zu reden.

Die körperliche Nähe in der Pflege schafft Probleme. Patientinnen und Patienten reagieren auf Intimpflege mit der ganzen Bandbreite der Emotionen, die mit der Berührung des Körpers und der Genitalien verbunden sind. Die Pflegenden, die darauf trainiert sind, Sexualität in der Pflege aus dem Bewusstsein auszuklammern, nehmen die emotionalen Befindlichkeiten und Mitteilungen ihrer Klientel wahr, die sie ebenfalls emotional berühren. Sie pendeln zwischen den Gefühlen, von der Klientel angezogen oder abgestoßen zu sein. Da systematische Supervision fehlt und da über Sexualität im Kontext von Pflegeleistungen wenig gesprochen wird, müssen die Pflegenden mit diesen Gefühlen selbst fertig werden. Je nach Situation führt das zu Vermeidungshandlungen einschließlich unterschwelliger Bestrafungen der Klientel oder aber zu besonderen Gunstbeweisen. Hier werden Weichen gestellt für Grenzverletzungen sowie für sexuellen Missbrauch.

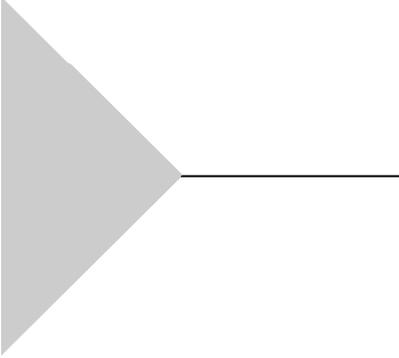
Wie prekär das Thema Sexualität für Pflegenden ist, belegen exemplarisch die Diskussionen im Behindertenbereich. Sehr wichtig für alle ist die Frage, wie Behinderte Sexualität leben sollen und welche Aufgaben die Pflegenden dabei haben. Die Positionen der Pflegenden schwanken dabei zwischen (passivem) Gewährenlassen und aktiver Unterdrückung. In jedem Fall werden sie selbst in Handlungszusammenhänge einbezogen, nehmen sie selbst Eingriffe in die Intimsphäre ihrer Klientel vor.

Erste Studien über sexuelle Übergriffe von Pflegenden gegenüber ihrer Klientel liegen mittlerweile ebenfalls vor. Moggi et al. (1994) konnten für den Psychatriebereich zeigen, dass 17 % der Pfleger und 10 % der Pflegerinnen sexuellen Kontakt zu ihrer Klientel gehabt haben. In der Mehrzahl der Fälle (75 %) kam es zu sexuellen Handlungen im Krankenhaus. Immerhin 38 % der Täterinnen und Täter gaben an, dass sie in einer ähnlichen Situation wiederum sexuellen Kontakt mit ihrer Klientel aufnehmen würden. Die Ergebnisse der Studie belegen noch einmal nachdrücklich die Brisanz des Themas Sexualität und Pflege.

Literatur

- Bachmann, K. M.; Ziemert, B. (1995): Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie. *Nervenarzt* 66, Nr. 7, S. 550 – 553.
- Becker-Fischer, M. (1997): Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie. Stuttgart: Kohlhammer. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 107.
- Cook, D. J.; Liutkus, J. F.; Risdon, C. I., et al. (1996): Residents experiences of abuse, discrimination and sexual harassment during residency training. *Canadian Medical Association Journal* 154, Nr. 11, S. 1657 - 1665.
- Goffman, E. (1994): Das Arrangement der Geschlechter. in: Goffman, I.: *Interaktion und Geschlecht*. Frankfurt, S. 105 - 158.
- Holzbecher, M. (1996): Sexuelle Belästigung am Arbeits- und Ausbildungsplatz. in: *Komitee Feministische Soziologie (Hrsg.): Sexualität Macht Organisation*. Chur, S. 91 - 108.
- Holzbecher, M.; Braszeit, A.; Müller, U.; Plogstedt, S. (1997): Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz. Schriftenreihe des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 141. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kimmig-Pfeiffer, A. (1996): Sexualität in der Pflege. *Dr. med. Mabuse* 21, S. 52 - 55.
- Kuhlmann, E. (1996): Sexuelle Belästigung von Frauen am Arbeitsplatz. *Zeitschrift für Frauenforschung* 14, S. 73 - 86.
- Moggi, F. (1997): Sexuelle Übergriffe in Beratung und Psychotherapie: Grundlagen über einen professionellen Kunstfehler. in: Amann, G.; Wipplinger, R. (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch*. Tübingen, S. 697 - 712.
- Moggi, F.; Bossi, J.; Bachmann, K. M. (1994): Sexuelle Kontakte zwischen Pflegepersonal und Patienten in psychiatrischen Kliniken. in: Bachmann, K. M.; Böker, W. (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie*. Bern, S. 73 - 90.
- Moggi, F.; Brodbeck, J. (1997): Risikofaktoren und Konsequenzen von sexuellen Übergriffen in Psychotherapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 26, S. 50 - 57.
- Moscarello, R.; Margittai, K. J.; Rossi, M. (1994): Differences in abuse reported by female and male Canadian medical students. *Canadian Medical Association Journal* 150, Nr. 3, S. 357 - 363, 371 - 381.
- Phillips, S. P.; Schneider, M. S. (1993): Sexual harassment of female doctors by patients. *New England Journal of Medicine* 329, S. 1036 - 1039.
- Stake, J. E.; Oliver, J. (1991): Sexual contact and touching between therapist and client: A survey of psychologists' attitudes and behavior. *Professional Psychology: Research and Practice* 22, S. 297 - 307.
- Vogt, I.; Arnold, E. (1993): *Sexuelle Übergriffe in der Therapie*. Tübingen.

Vogt, I.; Arnold, E.; Sonntag, U. (1999): Körperkontakte und sexuelle Kontakte im psychotherapeutischen Setting. Ergebnisse einer empirischen Studie. Report Psychologie (im Druck).



7 Kurzfassungen der Kapitel

- ▶ **Gesundheit und Geschlecht - eine empirische und theoretische Hinführung zum Thema**
- ▶ **Soziodemographische Situation von Frauen und Männern**
- ▶ **Die gesundheitliche Lage von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen**
- ▶ **Geschlechtsspezifische Differenzen bei Übergewicht**
- ▶ **Gesundheitsrisiken von Frauen in Erwerbsarbeit, Haus- und Familienarbeit**
- ▶ **Genuss, Sucht und Geschlecht**
- ▶ **Benachteiligte Frauengruppen in der Bevölkerung**
- ▶ **Gesundheitliche Probleme und medizinische Versorgung bei allein stehenden Wohnungslosen**
- ▶ **Geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiologischen Versorgung und Rehabilitation**
- ▶ **Krebserkrankungen bei Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen**
- ▶ **Psychische Erkrankungen und psychosomatische Störungen bei Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen**
- ▶ **Frauen und Männer in Gesundheitsberufen**
- ▶ **Grenzen, Grenzüberschreitungen und sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz und im Gesundheitsbereich**

Gesundheit und Geschlecht – eine empirische und theoretische Hinführung zum Thema

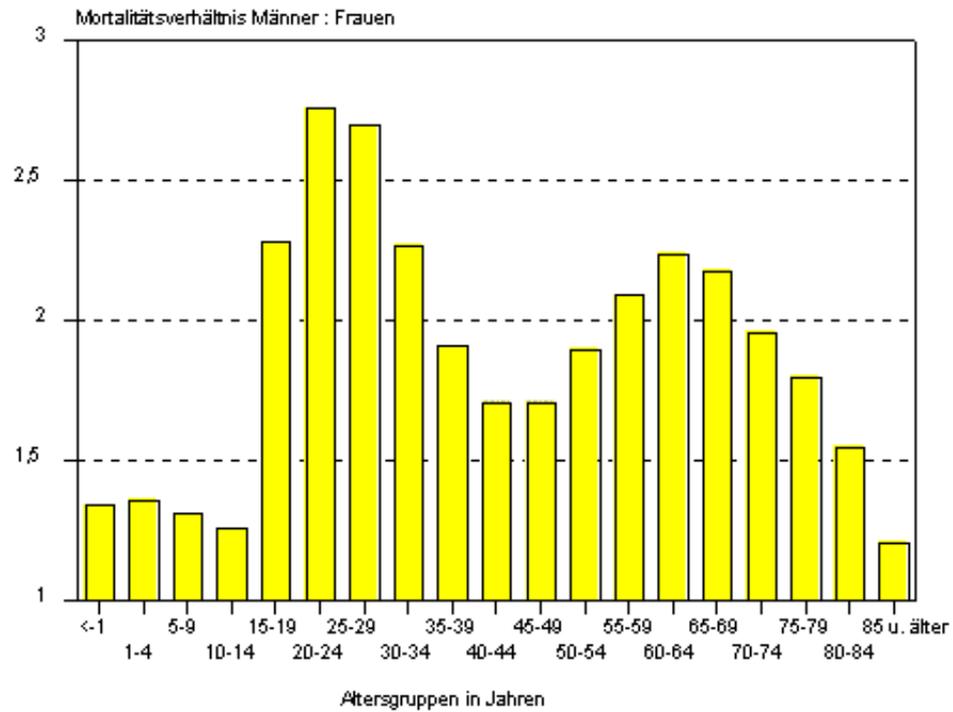
Bezüglich der gesundheitlichen Lage, dem gesundheitlichen Befinden und Verhalten sowie auch der medizinischen Versorgung gibt es bedeutsame Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Hierzu lässt sich eine Vielzahl empirischer Befunde anführen. Besonders im Kontext der Frauengesundheitsforschung, aber auch in anderen Fachdisziplinen, wurden daher in den letzten Jahrzehnten eine Reihe unterschiedlicher Theorieansätze zur Erklärung dieser geschlechtsspezifischen Muster und Unterschiede entwickelt.

Die unterschiedliche gesundheitliche Situation von Frauen und Männern lässt sich empirisch an der Lebenserwartung, der Sterblichkeit, dem Verteilungsmuster von Krankheiten aber auch an der subjektiven Befindlichkeit und an der Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems ablesen:

- ▶ Die *Lebenserwartung* der Männer ist gegenüber der der Frauen deutlich verkürzt. Aktuell beträgt die mittlere Lebenserwartung in Nordrhein-Westfalen knapp 74 Jahre für die Männer und 80 Jahre für die Frauen, das ist eine Differenz von 6 Jahren.
- ▶ Entsprechend der geringeren Lebenserwartung finden sich in allen Altersgruppen höhere *Sterblichkeitsraten* für die Männer (s. Abb.). Speziell in den Altersgruppen 15 bis 34 Jahre und 55 bis 69 Jahre liegt das Sterblichkeitsrisiko der Männer mehr als doppelt so hoch wie das der Frauen. Hauptursache hierfür ist bei den 15- bis 34-Jährigen die hohe Unfall- und Suizidrate bei den Männern.
- ▶ Im Gegensatz zu diesen Befunden steht die Tatsache, dass Frauen anscheinend häufiger unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden und ihren *Gesundheitszustand* als schlechter einschätzen als Männer. Hier gilt es allerdings zu differenzieren: Daten aus Nordrhein-Westfalen zeigen, dass die 25- bis 29-jährigen sowie die 40- bis 49-jährigen Frauen sogar zufriedener mit ihrem Gesundheitszustand sind als die entsprechende Männergruppe. Deutlich erhöht ist der Anteil psychosomatischer Beschwerden und Befindlichkeitsbeeinträchtigungen bei den Frauen. Hier sind allerdings auch Geschlechtsunterschiede bei der Wahrnehmungs- und Artikulationsfähigkeit von Beschwerden zu beachten.
- ▶ Bezüglich der *Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems* (Anzahl der Arztbesuche) zeigen sich bei den unter 50-Jährigen keine nennenswerten Geschlechtsunterschiede. Ab dieser Altersgrenze jedoch, wenn die körperlichen Beschwerden zunehmen und die Motivation zu einem Arztbesuch steigen sollte, gehen Männer wesentlich seltener als Frauen zum Arzt.

Erklärungsansätze für die beschriebenen geschlechtsspezifischen Unterschiede wurden von unterschiedlichen Fachdisziplinen (Medizin, Psychologie, Sozial- und Gesundheitswissenschaften) beigesteuert. Biologisch-medizinische Theorien betonen die Rolle biologisch-genetischer Faktoren wie hormonelle oder immunologische Unterschiede zwischen Frau und Mann, die z. B. für eine erhöhte Frühsterblichkeit bei Jungen und eine höhere Anfälligkeit für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern verantwortlich gemacht werden. Andere Forschungsansätze befassen sich mit den geschlechtsspezifischen Lebens- und Arbeitsbedingungen, die mit jeweils spezifischen Gesundheitsrisiken verbunden sind (berufsbedingte Noxenexposition etc.). Eine große Bedeutung wird ebenfalls dem gesundheitsrelevanten Verhalten zugewiesen, welches bei den Männern durch eine deutlich erhöhte Tendenz zu gesundheitsriskantem Verhalten (Trink- und Rauchgewohnheiten etc.) sowie verhaltensbedingten Todesfällen (Unfälle etc.) geprägt ist.

Die Frauengesundheitsforschung und andere interdisziplinär ausgerichtete Forschungsansätze kritisieren die beschränkte Aussagekraft solcher eher eindimensional konstruierter Erklärungsversuche und betonen die Notwendigkeit multifaktorieller Theoriemodelle. Sie bemühen sich auf der praktischen Ebene um den Aufbau spezieller Versorgungsangebote, die geschlechtsspezifische Diagnose- und Therapiekonzepte umsetzen.

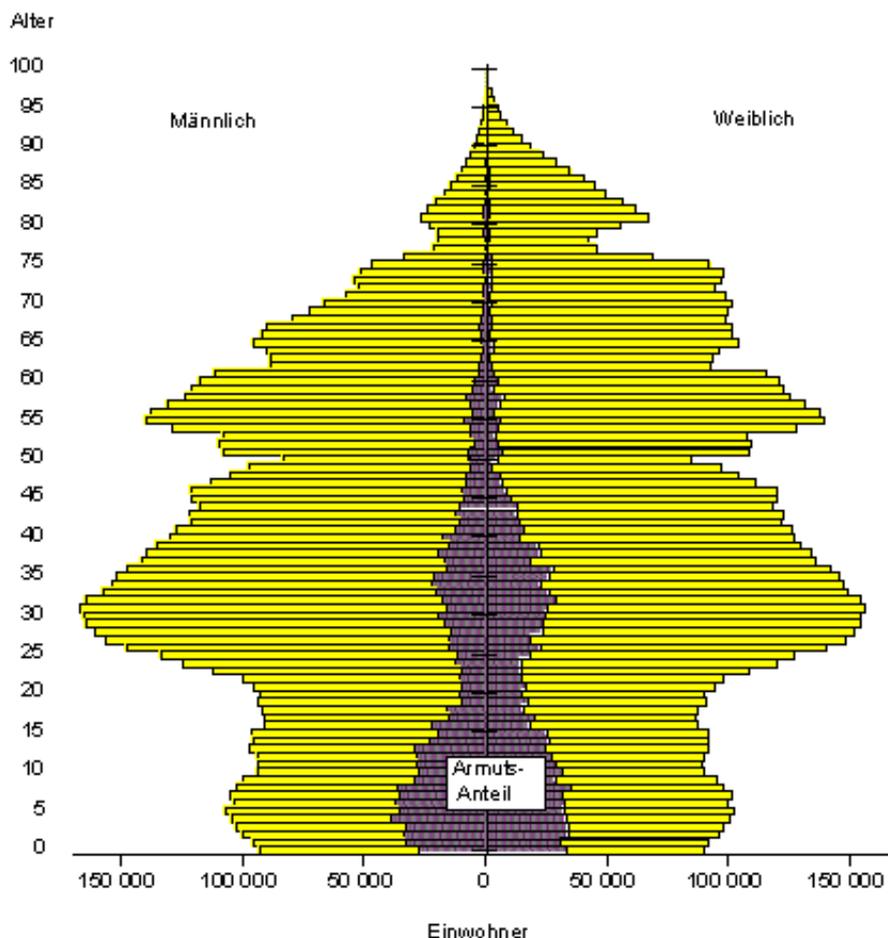


Altersspezifisches Verhältnis der Sterblichkeitsraten von Frauen und Männern, Nordrhein-Westfalen, 1997

Soziodemographische Situation von Frauen und Männern

Die Darstellung des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit ist ein wichtiges Thema der Gesundheitsberichterstattung. Auch bei einer weitgehenden Angleichung des Zugangs zu medizinischer Versorgung in unserer Gesellschaft gibt es eine sozial ungleiche Verteilung der Sterblichkeit und der Häufigkeit akuter und chronischer Erkrankungen.

Die sozialen Lebensbedingungen in den Kreisen und Städten Nordrhein-Westfalens unterscheiden sich zunehmend. Mit dieser sozialräumlichen Polarisierung verbunden finden wir auch regionale Unterschiede in der Lebenserwartung von Frauen und Männern: Bei einer Häufung von Merkmalen sozialer Benachteiligung verringert sich die Lebenserwartung von Frauen und Männern. Besondere Aufmerksamkeit ist in diesem Zusammenhang den Menschen zu widmen, die in „Armut“ leben. Damit sind Lebenslagen bezeichnet, in denen das in unserer Gesellschaft für angemessen gehaltene soziokulturelle Existenzminimum nicht mehr gewährleistet bzw. gefährdet ist (hier 50 %-Armutsschwelle entsprechend weniger als 937 DM Monatseinkommen). Dies betrifft zur Zeit 11,5 % der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Jede/r dritte dieser gut zwei Millionen Armen ist jünger als 15 Jahre (s. Abb.).



Die Bevölkerung insgesamt und unterhalb der 50 %-Armutsgrenze, Nordrhein-Westfalen, 1995

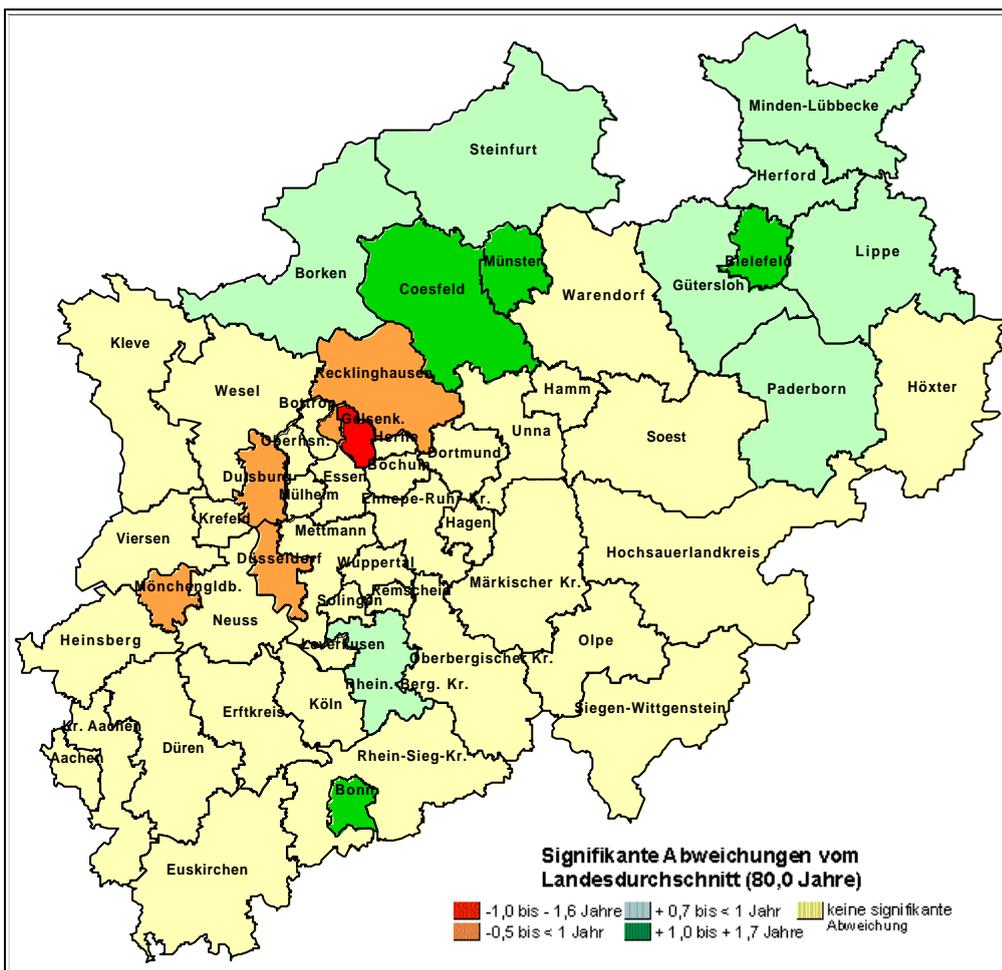
Frauen sind in benachteiligten sozialen Lagen überrepräsentiert; sie sind in ungleich höherem Maße als Männer durch Haus- und Familienarbeit belastet. Trotz inzwischen vollzogener Angleichung der allgemeinen und beruflichen Qualifikationsniveaus befinden sie sich in der Arbeitswelt häufiger in unteren Positionen und arbeiten für weniger Geld als Männer. Armut in Nordrhein-Westfalen betrifft heute in besonderem Maße Kinder und junge Frauen, und sie trifft unter den pluralisierten Lebensformen unserer modernen Gesellschaft besonders die Familien, in erster Linie allein erziehende Mütter mit ihren Kindern und kinderreiche Familien. Das bekannte Phänomen der Altersarmut von Frauen mit unzureichenden Sicherungsansprüchen tritt dahinter neuerdings deutlich zurück.

Die Regionen Nordrhein-Westfalens lassen sich anhand der Merkmale „Armut und soziale Spannung“ auf der einen Seite und „Modernität und Prosperität“ auf der anderen Seite beschreiben. Frauen in eher traditionellen Lebensformen finden wir vor allem in Teilen des Ruhrgebiets und ländlichen Kreisen an den Rändern von Nordrhein-Westfalen; dabei ist das Ausmaß von Armut und sozialer Benachteiligung in den ländlichen Gebieten deutlich geringer als im Ruhrgebiet. Auf der anderen Seite finden wir moderne Lebensformen (unter Einschluss verbreiteter Erwerbstätigkeit von Müttern) in den prosperierenden, familiengeprägten Zuwanderungsgebieten im „Speckgürtel“ der großen Städte und in den Dienstleistungszentren. Diese regionalen Strukturen der Lebenslagen und Lebensformen der Frauen und Männer in Nordrhein-Westfalen sind von Bedeutung für ihre Gesundheit. Die mittlere Lebenserwartung in den Kreisen und Städten wird positiv von „Modernität und Prosperität“ und negativ von „Armut und sozialer Desintegration“ beeinflusst. Eine niedrige Lebenserwartung in einer Region kann als deutlicher Indikator für ein hohes Armutsniveau gelten, andererseits findet man in den prosperierenden, sozial weniger belasteten Regionen des Landes durchgängig auch eine höhere Lebenserwartung.

Die gesundheitliche Lage von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen

Die gesundheitliche Lage der Menschen in Nordrhein-Westfalen wird bestimmt durch die erreichte hohe Lebenserwartung und eine überdurchschnittliche Lebensqualität. Nordrhein-Westfalen gehört zu den reichsten und fortschrittlichsten Regionen Europas. Dennoch bestehen weiterhin Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen einzelnen Stadt- und Landkreisen und für bestimmte benachteiligte Bevölkerungsgruppen, vor allem, wenn Qualität und Erreichbarkeit der medizinischen Versorgung einerseits und psychosoziale Belastungen andererseits berücksichtigt werden.

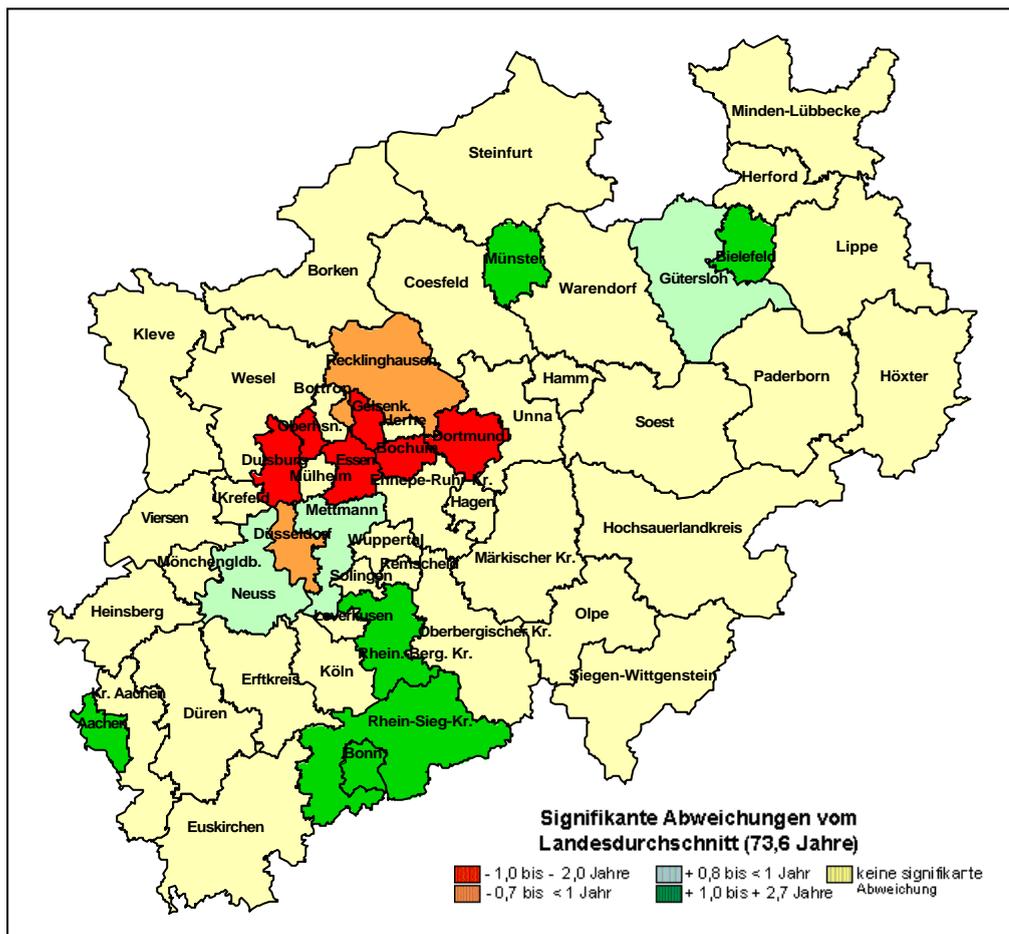
Frauen leben mit durchschnittlich 80 Jahren um 6,4 Jahre länger als Männer. Jedoch ist die Lebenserwartung in Nordrhein-Westfalen regional unterschiedlich verteilt. Bei den Männern beträgt die Differenz zwischen dem Kreis mit der niedrigsten Lebenserwartung und dem mit der höchsten nahezu 5 Jahre (s. Abbildungen).



Lebenserwartung von Frauen in Nordrhein-Westfalen, Mittelwert 1995 - 1997

Die größten krankheitsspezifischen Geschlechtsunterschiede in der Sterblichkeit finden sich für Herz-Kreislauf-Krankheiten, Unfälle, Drogentote und Suizid (etwa im Verhältnis von 1 Frau : 3 Männern). Insgesamt ist die Sterblichkeit in den 80er und 90er Jahren um etwa ein Viertel zurückgegangen; die größten Reduktionen finden sich bei den eher seltenen Todesur-

sachen AIDS, plötzlicher Kindstod und Müttersterblichkeit (mit nur noch ganz wenigen Fällen in den letzten Jahren). Allerdings ist die verringerte Sterblichkeit vielfach mit einer höheren Morbidität verbunden. Die Zahl der sogenannten „Verlorenen Lebensjahre“ bei unter 65-Jährigen ist ebenfalls mit – 9 % deutlich rückläufig. Angestiegen ist allerdings die Zahl der Todesfälle durch Lungenkrebs (Bronchialkarzinom) parallel mit dem steigenden Nikotinkonsum bei Frauen. Die relativ hohe Sterblichkeit an Brustkrebs konnte in den letzten zwei Jahrzehnten trotz medizinischer Fortschritte nicht entscheidend gesenkt werden.



Lebenserwartung von Männern in Nordrhein-Westfalen, Mittelwert 1995 - 1997

Fast 13 % aller Frauen werden während eines Jahreszeitraumes einmalig oder wiederholt im Krankenhaus stationär behandelt. Die gegenüber Männern etwas höhere Aufnahmequote ist vor allem bedingt durch Krebserkrankungen, Entbindungen sowie Schwangerschafts- bzw. Wochenbettkomplikationen. Eine große Bedeutung haben auch hormonelle Störungen sowohl vor wie nach dem Klimakterium.

Unbefriedigend ist nach wie vor für beide Geschlechter die Behandlungssituation bei erhöhten Blutdruck- und Blutfettwerten, die als wichtige Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gelten. Weder hat sich der Prozentsatz der diagnostizierten Patienten (Bekanntheits-

grad) noch der Anteil der erfolgreich Behandelten wesentlich verbessert. Dementsprechend ist die Zahl der Personen mit deutlich erhöhten Werten kaum zurückgegangen.

Sehr bedenklich ist die Zunahme des Rauchens bei Frauen bei weiter steigender Tendenz. Dagegen hat sich der Trend zu einer gesünderen Lebensweise in anderen Bereichen verfestigt: So werden weniger tierische Fette aufgenommen und die körperliche Aktivität nimmt vor allem bei Frauen nach eigenen Angaben zu. Dennoch hat sich der Anteil der Übergewichtigen nicht verringert, er ist im Gegenteil leicht angestiegen.

Über die gesundheitliche Lage benachteiligter und vulnerabler Gruppen in Nordrhein-Westfalen ist wenig bekannt. Hier ist in den nächsten Jahren eine wissenschaftliche und gesundheitspolitische Bestandsaufnahme und Ursachenanalyse einschließlich empirischer Erhebungen erforderlich.

Geschlechtsspezifische Differenzen bei Übergewicht

Übergewicht und Adipositas als gesteigerte Form des Übergewichts werden allgemein als ein vorrangiges Gesundheitsproblem für den einzelnen Menschen wie auch im Sinne von Public Health für die Gesellschaft und das Gesundheitswesen angesehen. Mit zunehmendem Ausmaß und zunehmender Dauer des Übergewichts steigt das Risiko für eine Reihe von Begleit- oder Folgeerkrankungen an; hierzu zählen u. a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der Typ II-Diabetes mellitus, der Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Gallensteinleiden sowie degenerative Erkrankungen des Skelettsystems. Man geht weiterhin von einer Verkürzung der Lebenserwartung und auch von einer Einschränkung der Lebensqualität bei Personen mit Adipositas aus, nicht zuletzt durch den zum Teil erheblichen psychosozialen Druck, dem die Betroffenen ausgesetzt sind. Trotzdem ist es in Deutschland über die letzten Jahrzehnte, wie in den anderen westlichen Industrienationen auch, zu einer kontinuierlichen Zunahme der Häufigkeit (Prävalenz) der Adipositas gekommen.

| Geographische Einheit | Jahr | Prävalenz der Adipositas in % | |
|-----------------------|------|-------------------------------|--------|
| | | Frauen | Männer |
| DDR | 1985 | 22,2 | 13,7 |
| | 1989 | 20,6 | 13,4 |
| Neue Bundesländer | 1992 | 26,8 | 20,5 |
| Alte Bundesländer | 1992 | 19,0 | 17,0 |

Prävalenz der Adipositas in Deutschland bei Personen im Alter von 25 - 65 bzw. 69 Jahren nach WHO

Diese Zunahme steht allerdings im Kontrast zu der gleichzeitig kontinuierlich ansteigenden Lebenserwartung. Besonders auffällig erscheint die Tatsache, dass einerseits die Prävalenz von Übergewicht/Adipositas bei Frauen deutlich höher ist als bei Männern – andererseits aber die mittlere Lebenserwartung der Männer um mehr als 6 Jahre hinter derjenigen der Frauen zurückliegt. Es ist daher notwendig, die Grenzwertfestlegungen für Normgewicht, Übergewicht und Fettsucht (Adipositas) auf ihren präventivmedizinischen Aussagewert zu überprüfen und das mit verschiedenen Graden von Adipositas verbundene Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko empirisch abzuschätzen.

Legt man die Kriterien der WHO zugrunde, so sind gegenwärtig in Deutschland jede vierte Frau und jeder fünfte Mann als adipös anzusehen. Viele Menschen, vor allem Frauen, haben aber bereits bei einem deutlich niedrigeren Gewicht das Gefühl, nicht mehr dem gesellschaftlichen Ideal und ihren eigenen Wunschkörper bezüglichen Erscheinungsbild und Attraktivität zu entsprechen. Dieser Konflikt äußert sich in verschiedenster Form von einfacher Frustration über die Einnahme nicht indizierter Medikamente bis hin zu schweren Verhaltensstörungen.

Betrachtet man neuere epidemiologische Erkenntnisse zum Risikofaktor Übergewicht wie die Düsseldorf Obesity Mortality Study (DOMS), so stellt sich die Frage, ob nicht viele adipöse Frauen und Männer durch diätetische, medikamentöse und chirurgische Behandlungsne-

benwirkungen und -risiken stärker gefährdet sind als durch ihr Körpergewicht. So fand die Studie, die innerhalb von 30 Jahren mehr als 6 000 Patientinnen und Patienten untersuchte, eine erheblich geringere Verkürzung der Lebenserwartung bei Adipositas als bisher angenommen. Substanzielle Erhöhungen des Mortalitätsrisikos ergaben sich erst bei extremen Übergewichtsformen, darüber hinaus wirkt sich die Höhe des Übergewichts bei Frauen deutlich weniger stark auf die Lebenserwartung aus als bei Männern. Es scheint daher geboten, eine Gewichtsreduktion bei adipösen Patientinnen und Patienten primär dann anzustreben, wenn nachweislich mit Adipositas assoziierte Erkrankungen wie ein Typ II-Diabetes mellitus, Bluthochdruck oder Fettstoffwechselstörungen bestehen.

Gesundheitsrisiken von Frauen in Erwerbsarbeit, Haus- und Familienarbeit

Arbeitsmedizinische Forschung ist in der Regel geschlechtsunspezifisch. Frauen werden häufig nur unter biologischen Aspekten, wie der Gefährdung einer Schwangerschaft, gesondert berücksichtigt. Frauenspezifische Belastungen und gesundheitliche Risiken entstehen aber nicht in erster Linie durch biologische Unterschiede, sondern insbesondere durch unterschiedliche Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen und Männern. Es existiert ein „geschlechtsspezifischer Arbeitsmarkt“, in dem Frauen überwiegend in niedrigeren Positionen mit geringerem Einkommen und mangelnden Aufstiegs- und Selbstverwirklichungschancen zu finden sind. Eine frauenspezifische Tätigkeitszuweisung findet sich auch innerhalb vieler Berufsgruppen. Aus dieser Segmentierung des Arbeitsmarktes erwachsen charakteristische Risiken für Frauen und Männer, die spezifisch untersucht und behoben werden müssen.

66 % der in Deutschland lebenden Frauen sind erwerbstätig. In Nordrhein-Westfalen stieg die Zahl der weiblichen Beschäftigten zwischen 1986 und 1998 um rund 280 000 (+13,5 %), während die Zahl männlicher Beschäftigter im gleichen Zeitraum um 87 000 abnahm (– 2,5 %). Dabei steigt der Trend zur Teilzeitbeschäftigung. Der Anteil der Teilzeitarbeit lag 1995 bei 11 %; 90 % der Teilzeitarbeitsplätze werden von Frauen eingenommen. Kinderbetreuung spielt hierbei eine wichtige Rolle: Nur 19 % der verheirateten und 30 % der allein erziehenden Mütter arbeiten Vollzeit.

| Wirtschaftszweig | Frauenanteil in Wirtschaftszweigen und Branchen | | | |
|--|---|------|------------|------|
| | 30.06.1991 | | 30.06.1998 | |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % |
| Gesundheits- und Veterinärwesen | 297 507 | 80,7 | 343 392 | 81,8 |
| Reinigung und Körperpflege | 79 432 | 79,2 | 76 694 | 75,8 |
| Gaststätten- u. Beherbergungsgewerbe | 132 235 | 68,1 | 157 078 | 67,2 |
| Einzelhandel | 333 016 | 66,5 | 315 116 | 64,6 |
| Nahrungs- und Genussmittel | 76 716 | 46,1 | 65 203 | 45,9 |
| Leder-, Textil-, Bekleidungsgewerbe | 73 810 | 56,5 | 38 531 | 50,2 |
| Deutsche Bundespost | 28 470 | 52,7 | 20 851 | 49,5 |
| Elektrotechnik (ohne ADV), Feinmechanik, EBM-Waren* | 141 783 | 32,5 | 110 402 | 30,2 |

* Eisen-, Blech-, Metallwaren

Anteil von Frauen in ausgewählten Wirtschaftszweigen in Nordrhein-Westfalen, 1991, 1998

Zu den Berufsgruppen mit besonders hohem Frauenanteil zählen die Reinigungsberufe (mehr als 100 000 beschäftigte Frauen in Nordrhein-Westfalen), Krankenpflegeberufe (120 000 weibliche Beschäftigte), Verkäuferinnen (227 000 Frauen) und Friseurinnen (30 000 Frauen). Gesundheitliche Belastungen, die sich in unterschiedlich hoher Ausprägung in jeder dieser Berufsgruppen finden, sind: hoher Zeitdruck, körperlich schwere Arbeiten mit hoher Bean-

spruchung des Bewegungsapparates, Kontakt mit hautreizenden oder allergenen Produkten (Reinigungschemikalien, Desinfektionsmittel, Kosmetika).

Unabhängig von der Frage, ob berufstätig oder nicht, sind Frauen in der Regel traditionell immer noch für die Haushaltsführung verantwortlich. Hausarbeit und Hausfrauenrolle bergen zahlreiche Belastungen und gesundheitliche Risiken. Dabei spielen die subjektive Einschätzung der Stressoren und die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten eine entscheidende Rolle hinsichtlich der Frage, wie stark Belastungen empfunden werden. Eine besondere Problematik der Hausfrauenrolle wird in der fortwährenden Verfügbarkeit gesehen, die die Einhaltung klar strukturierter Zeitrhythmen unmöglich macht, deshalb mit mangelnder Freizeit einhergeht und es so kaum erlaubt, eigene Bedürfnisstrukturen zu entwickeln. Hinzu kommt das Gefühl einer mangelnden Anerkennung der Hausfrauentätigkeit.

Generell scheint Berufstätigkeit den Gesundheitsstatus von Frauen eher positiv zu beeinflussen, obwohl viele berufstätige Frauen ihre Haushaltspflichten noch zusätzlich zu erledigen haben. Es wird vermutet, dass dieses auf bekannte protektive Faktoren von Berufstätigkeit zurückzuführen ist. Zu diesen Faktoren zählen unter anderem die Verwirklichung langfristiger Zielsetzungen, die Erweiterung der eigenen Handlungsfähigkeit und hohe berufliche Anforderungen, die langfristiges Planen und Verfolgen von Zielen ermöglichen. Belastende Arbeitsbedingungen, angelernte Tätigkeiten und Ungleichbehandlung schränken die Zufriedenheit mit der Berufstätigkeit für viele Frauen allerdings ein. Die Erhaltung und Erweiterung von Möglichkeiten befriedigender Berufstätigkeit für Frauen kann somit einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten.

Genuss, Sucht und Geschlecht

Stoffe mit einer direkten Wirkung auf die menschliche Psyche, psychotrope Substanzen wie Alkohol, Zigaretten oder illegale Drogen faszinieren Frauen und Männer, weil sie ein hohes Genusspotenzial haben. Was dabei als Genuss imponiert, ändert sich mit dem kulturellen Kontext. Ganz allgemein kann man sagen, dass Genuss als subjektiv befriedigende Veränderung in den Sinnesempfindungen, in der Stimmungslage, in der Wahrnehmung und in der Interaktion mit anderen erlebt wird. Genuss stellt sich im übrigen nicht einfach mit dem Konsum der Substanzen ein, sondern setzt hochkomplexe Sozialisations- und Lernprozesse voraus, die schicht-, milieu- und altersspezifisch sind. Ebenso unterscheiden sich die Geschlechter, wenn es um Genuss und Genussfähigkeit geht. Bezüglich der alkoholischen Getränke beispielsweise führt die geschlechtsspezifische Sozialisation Mädchen und Frauen eher zu „weichen“ Konsumformen, während Jungen und Männer „harte“ Konsumformen bevorzugen. Durch veränderte Normen haben heute beide Geschlechter mehr Freiheiten im Umgang mit psychotropen Substanzen. Die Angleichung der Konsumgewohnheiten bei beiden Geschlechtern äußert sich insbesondere in einer deutlich gestiegenen Bereitschaft zu riskanteren Konsumformen bei jungen Frauen.

Die wichtigsten Gruppen psychotroper Stoffe mit Abhängigkeitspotenzial sind Tabak, Alkohol, psychotrop wirkende Medikamente (insbesondere Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmittel) sowie illegale Drogen, zu denen neben anderen folgende Untergruppen gehören: Opiate, Kokain und Amphetamin, Designerdrogen wie Ecstasy sowie Cannabis. Pauschal betrachtet unterschätzt man oft das Abhängigkeitspotenzial der legalen Drogen, insbesondere des Tabaks, umgekehrt wird das von manchen illegalen Drogen überschätzt.

| Trinkmuster | Alkoholkonsum in % | |
|------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | Frauen | Männer |
| kein Alkoholkonsum | 25 | 15 |
| nicht-riskanter Konsum | 65 | 72 |
| | <i>(1 - 20 g/Tag)</i> | <i>(1 - 40 g/Tag)</i> |
| riskanter Konsum | 10 | 13 |
| | <i>(21 g/Tag u. mehr)</i> | <i>(41 g/Tag u. mehr)</i> |

Trinkmuster von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen, 1995 - 1997

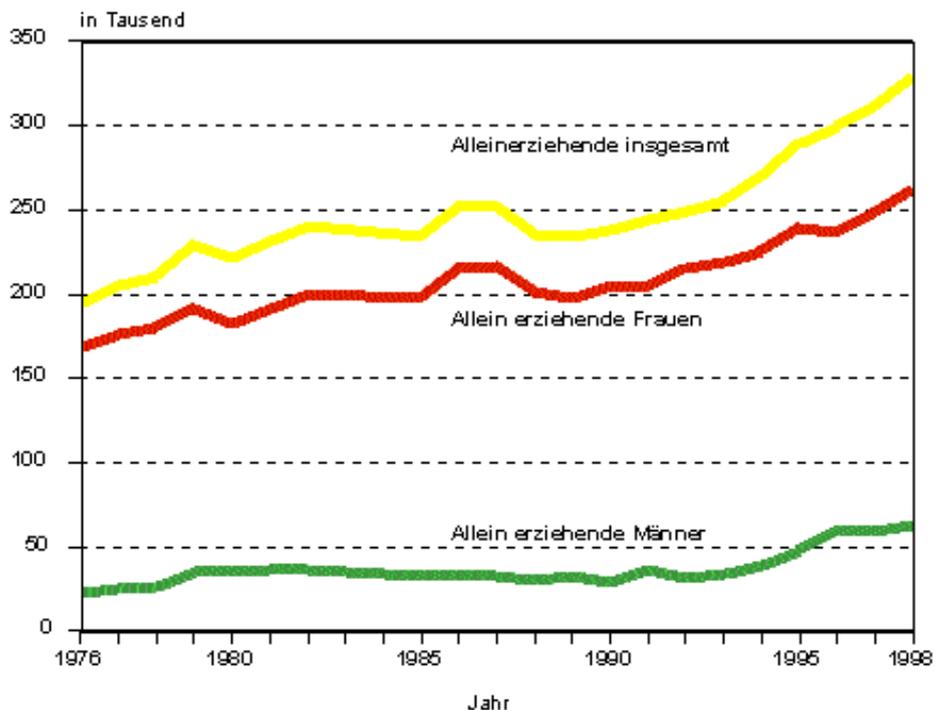
Geschlechtsspezifische Faktoren beeinflussen Suchtentstehung und Suchtverlauf: Frauen entwickeln andere Gebrauchs-, Missbrauchs- und Ausstiegsmuster als Männer. Wie die Forschung belegt, spielen bei der Entwicklung von Sucht bei Frauen neben anderem gesellschaftliche Benachteiligungen und damit verbundene Rollenkonflikte sowie Gewalterfahrungen eine zentrale Rolle.

In dem 1998 von der Landesregierung verabschiedeten Landesprogramm gegen Sucht, das auf den drei Säulen Prävention, Hilfen und Repression basiert, werden auf der Grundlage einer eingehenden Analyse der derzeitigen Situation im Suchtbereich der Handlungsbedarf und die konkreten Maßnahmen für erste Umsetzungsschritte beschrieben. Ziel des als Gemein-

schaftsinitiative angelegten suchtförmübergreifenden Programms ist insbesondere die Fortentwicklung und weitere Differenzierung der bestehenden Angebote im Bereich der Prävention und Hilfen in Nordrhein-Westfalen. Bei der Umsetzung und Fortschreibung des Programms wird den geschlechtsspezifischen Einflussfaktoren in besonderer Weise Rechnung getragen. Die Entwicklung frauenspezifischer Angebote hat im ersten Umsetzungsschritt Vorrang. Im Mittelpunkt stehen hierbei die stärkere Berücksichtigung frauenspezifischer Ansätze in der Suchtvorbeugung sowie Maßnahmen zur Intensivierung der frauenspezifischen Beratung in den Suchtberatungsstellen. Darüber hinaus sollen die ambulanten Hilfen, insbesondere für schwangere Frauen und Mütter, verbessert und bestehende Angebote der sozialen und beruflichen Eingliederung im Hinblick auf die Belange drogenabhängiger Frauen weiter differenziert werden.

Benachteiligte Frauengruppen in der Bevölkerung

Die soziale Schichtzugehörigkeit, charakterisiert durch Bildungsstand, Einkommen und beruflichen Status, hat Einfluss auf Gesundheit und Lebenserwartung. Gesundheitliche Ungleichheit ist dadurch gekennzeichnet, dass Angehörige der unteren sozialen Schichten eine höhere Sterblichkeit und damit eine geringere Lebenserwartung aufweisen, höhere Erkrankungsraten und häufiger subjektive Gesundheitsstörungen angeben als Angehörige der oberen sozialen Schichten. Während diese sozialen Differenzierungen für Männer stabil und ausgeprägt sind, gibt es wenig Untersuchungen, die gesundheitliche Ungleichheit für Frauen belegen und sich mit dem Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheitszustand befassen. Weiterhin sind soziale Faktoren der Familienstand, Kinder und Beschäftigungsstand. Zu benachteiligten („vulnerablen“) Frauengruppen zählen allein erziehende Mütter, ältere allein lebende Frauen mit niedrigem Einkommen, Sozialhilfeempfängerinnen, obdachlose Frauen und Migrantinnen mit niedriger Bildung und schlechten Sprachkenntnissen. Hinzu kommt häufig bei älteren ledigen und verwitweten Frauen sowie bei nichterwerbstätigen Alleinerziehenden die soziale Isolation.



Alleinerziehende mit Kindern unter 18 Jahren, Nordrhein-Westfalen, 1976 - 1998

In Nordrhein-Westfalen lebten im Jahre 1998 insgesamt 332 000 Alleinerziehende mit Kindern unter 18 Jahren, das entspricht 16 % aller Familien mit Kindern unter 18 Jahren. 80 % der Alleinerziehenden sind Frauen. Von 1990 bis 1998 erhöhte sich die Zahl allein erziehender Mütter um 25 % (s. Abb.). 50 % dieser Frauen sind im Alter von 30 bis 40 Jahren. In den 90er Jahren ist der Anteil Alleinerziehender mit Vorschulkindern um 25 % angestiegen. Im Jahre 1998 waren 10 % der allein erziehenden Mütter arbeitslos, es gibt jedoch auf Grund des Ausbaus von Betreuungsmöglichkeiten für Kinder einen Rückgang der Arbeitslosigkeit dieser Frauengruppe. Der Anteil teilzeitbeschäftigter Frauen ist in den 90er Jahren von 38 % auf 51 %

angestiegen. Dadurch bestehen bessere Möglichkeiten, Kinderbetreuung und Berufstätigkeit in Übereinstimmung zu bringen. Während einerseits das durchschnittliche Nettoeinkommen allein erziehender Frauen in NRW auf 1 800 DM und mehr angestiegen ist, bezogen 29 % allein erziehende Frauen Sozialhilfeunterstützung. 50 % der allein erziehenden Mütter bestreiten ihren Lebensunterhalt überwiegend aus eigener Erwerbstätigkeit. Allein erziehende Frauen schätzen ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter ein als verheiratete Mütter. Als häufige Symptome werden Schlaflosigkeit, Herzbeschwerden und Kreuz- oder Rückenschmerzen angegeben. Gesundheitsriskantes Verhalten Alleinstehender ist durch häufigeres Rauchen (50 %) gegenüber anderen Frauen (30 %), häufigere Einnahme psychotroper Substanzen, weniger sportliche Aktivitäten und geringere Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen charakterisiert.

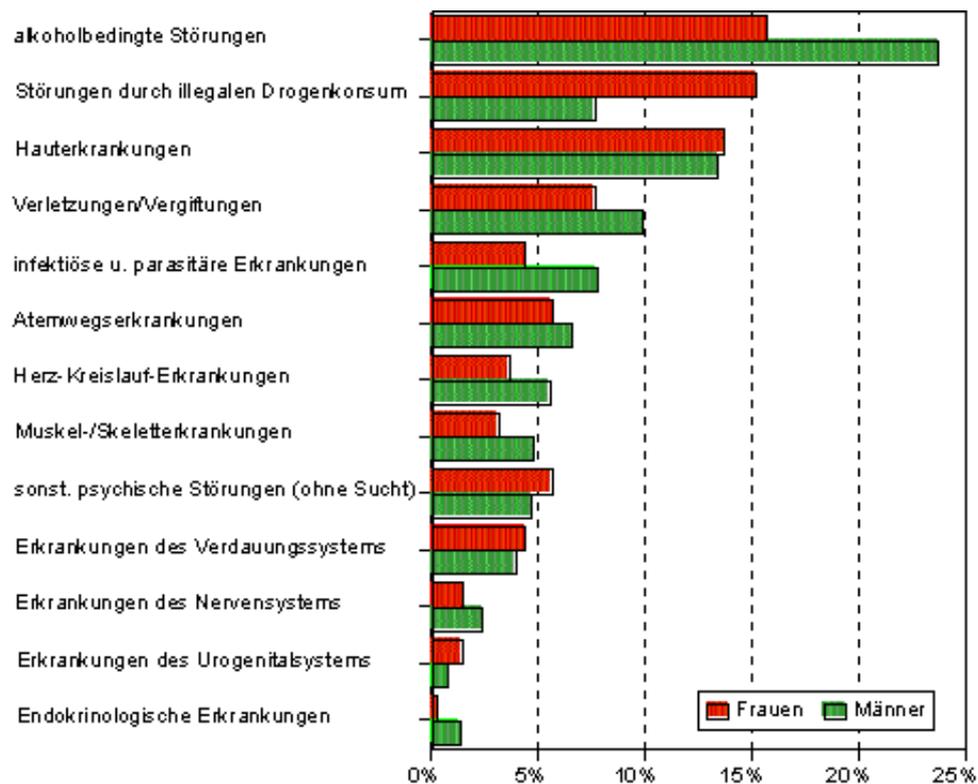
Einpersonenhaushalte sind in Nordrhein-Westfalen von 1,8 Millionen im Jahre 1976 auf 2,9 Millionen im Jahre 1998 angestiegen. Somit sind in Nordrhein-Westfalen 35 % aller Haushalte Einpersonenhaushalte. Zweipersonenhaushalte folgen erst an zweiter Stelle. 59 % der Einpersonenhaushalte sind durch Frauen vertreten, im Trend handelt es sich um eine Verringerung von weiblichen Einpersonenhaushalten. 54 % der Frauen in Einpersonenhaushalten sind Frauen über 65 Jahre. Während 30 % der allein lebenden ledigen Frauen unter 40 Jahren Hochschulabschluss und somit eine gesicherte soziale Grundlage haben, stellt sich die Situation bei älteren allein lebenden Frauen ungünstiger dar. Das durchschnittliche Monatseinkommen allein lebender Frauen liegt in Nordrhein-Westfalen 17 % unter dem allein lebender Männer. 40 % der allein lebenden älteren Frauen verfügten im Jahre 1997 monatlich über weniger als 1 800 DM, darunter 22 % mit einem monatlichen Einkommen von weniger als 1 400 DM. Besonders geringe Rente beziehen über 75-jährige Witwen. 12 % aller Alleinlebenden erhielten im Jahre 1997 in Nordrhein-Westfalen Wohngeld. Allein lebende Frauen ohne Berufsausbildung und mit einem Einkommen unterhalb der relativen Armutsgrenze weisen häufiger gesundheitsriskantes Verhalten auf und schätzen ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter als Frauen höherer sozialer Gruppen ein. Als häufigste Beschwerden werden „Mattigkeit und Schwächegefühl“ angegeben. Ca. 50 % dieser Frauengruppe fühlt sich durch gesundheitliche Einschränkungen im Alltag behindert.

Gesundheitliche Probleme und medizinische Versorgung bei allein stehenden Wohnungslosen

Die Zahl Wohnungsloser wird in Nordrhein-Westfalen auf 42 000 geschätzt, ca. 13 % bis 21 % davon sind Frauen, das entspricht 5 500 - 8 800. Auf der Grundlage von Studien der Ärztekammer Westfalen-Lippe in den Jahren 1996 und 1997 zur Wohnungslosigkeit in den Städten Bielefeld, Bochum, Dortmund und Münster wurde ein Durchschnittsalter weiblicher Wohnungsloser von 33,5 Jahren und männlicher Wohnungsloser von 40 Jahren ermittelt. Langzeitarbeitslosigkeit und geringe berufliche Qualifikation sind für jede dritte wohnungslose Frau und für jeden vierten wohnungslosen Mann die Ursache der Obdachlosigkeit. Weitere ursächliche Faktoren für Männer betreffen Haftstrafen oder arbeitsplatzbezogene Faktoren, für Frauen Auszug aus dem Elternhaus, Scheidung oder Gewalt des Partners.

Studien zur gesundheitlichen Lage Wohnungsloser wurden fast ausschließlich an Männern durchgeführt. Zwischenzeitlich ist der Anteil wohnungsloser Frauen derart angestiegen, dass erste Ergebnisse zu Erkrankungen und zur ärztlichen Versorgung über 143 Frauen in Nordrhein-Westfalen vorliegen. Dagegen liegen Untersuchungsergebnisse an 722 Männern vor.

Bei den diagnostizierten somatischen Erkrankungen (s. Abb.) gibt es nur geringfügige Krankheitsunterschiede, charakterisiert durch ein Überwiegen von Verletzungen, infektiösen und parasitären sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den Männern.



Anteile ausgewählter Krankheitsgruppen bei medizinischen Untersuchungen Wohnungsloser in Bielefeld, Bochum, Dortmund und Münster, 1996 - 1997

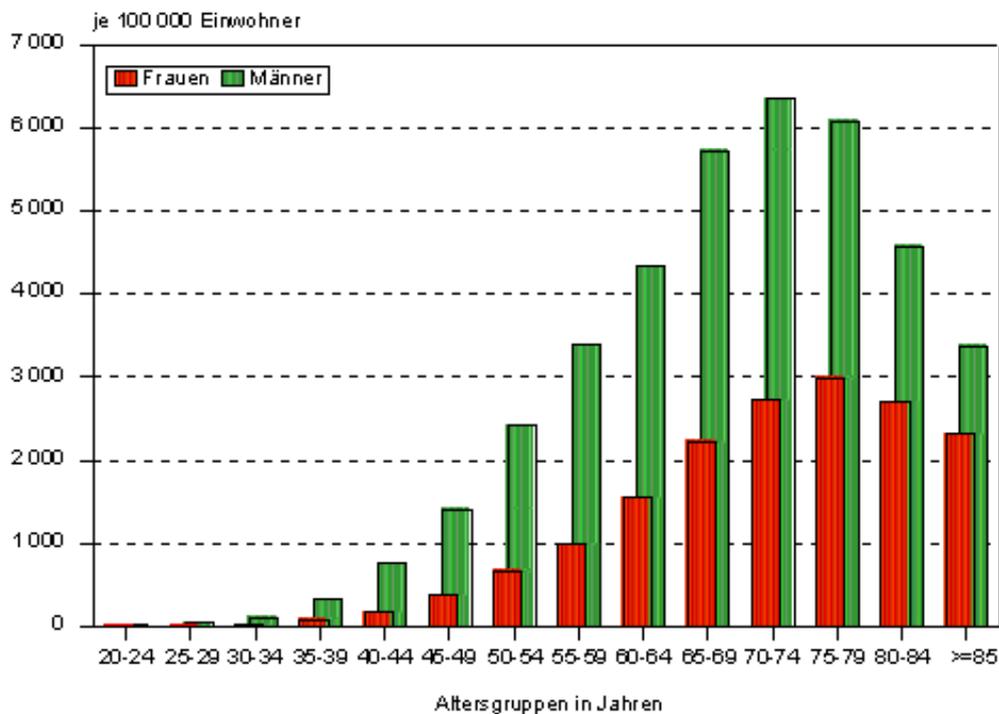
Alkoholerkrankungen wurden dagegen deutlich häufiger bei Männern, Störungen infolge illegalen Drogengebrauchs deutlich häufiger bei Frauen festgestellt. Frauen waren zudem häufiger als Männer durch schizophrene Störungen und Depressionen belastet. Wohnungslose sind

fortwährend der Witterung ausgesetzt, was vor allem zur Schädigung der Atemwege, der Haut und der Gelenke führt. Die Morbidität Wohnungsloser übertrifft die der Wohnbevölkerung um ein Vielfaches.

In den von der Ärztekammer Westfalen-Lippe durchgeführten Modellprojekten „Aufsuchende Gesundheitsfürsorge für Obdachlose“ wurden Mitte der 90er Jahre die ärztliche Inanspruchnahme und die Barrieren zum Aufsuchen von Gesundheitseinrichtungen untersucht. Es wurde festgestellt, dass geregelte Sprechstundenzeiten und die Vergabe von Behandlungsterminen im Kontrast zur entstrukturierten Lebensweise Wohnungsloser stehen. Mangelnde Möglichkeiten zur Hygiene und begrenzte Mobilität erschweren ebenfalls die Wahrnehmung ärztlicher Behandlungsangebote. Der Versicherungsstatus Obdachloser ist häufig ungeklärt, sodass Kostenübernahmebescheinigungen nach dem Bundessozialhilfegesetz eingebracht werden müssen, die den Zugang zur medizinischen Versorgung erschweren. Es bedarf vielmehr aufsuchender Hilfen und der Überwindung formaler Vorbedingungen sowie personeller Kontinuität von Behandlungsangeboten. In Köln wurde eines der ersten Versorgungsangebote für Wohnungslose in Deutschland gestartet, Mitte der 90er Jahre kamen Versorgungsangebote in Bielefeld, Bochum, Dortmund und Münster hinzu. Kriterien für die Akzeptanz sind niederschwellige Angebote, d. h. an keine Vorbedingungen geknüpfte Angebote und die Berücksichtigung spezifischer Bedingungen. Dazu gehören der Abbau von Hemmschwellen und der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu den Wohnungslosen. Für weibliche Wohnungslose ist der Einsatz von Ärztinnen und Krankenschwestern zu bevorzugen, um eine kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten. Ideal ist der Einsatz von mobilen Behandlungsfahrzeugen. Besonders gefragt sind die unteren Gesundheitsbehörden, die auf der Grundlage des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen im Benehmen mit den primär zuständigen Handlungsträgern eigene Dienste und Einrichtungen für die Versorgung Obdachloser vorhalten können.

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiologischen Versorgung und Rehabilitation

Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen nahezu die Hälfte aller Todesfälle, jeder fünfte dieser Todesfälle ist durch einen akuten Herzinfarkt bedingt. Das Erkrankungsrisiko steigt bei Frauen und Männern mit dem Alter an. Die Altersverteilung stationärer Behandlungen infolge von ischämischen Herzerkrankungen zeigt für alle Altersgruppen ein 1,5- bis 4,7faches Überwiegen der Männer (s. Abb.). Infolge verbesserter Behandlungsmöglichkeiten von Herzinfarkt und Koronararteriosklerose nimmt die Zahl chronisch kranker Herzpatientinnen und Herzpatienten stetig zu.



Krankenhausfälle infolge von ischämischen Herzkrankheiten nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1997

Der Behandlungsprozess wird in die Therapie im Akutkrankenhaus (Phase I), die kardiologische Anschlussrehabilitation (Phase II, Konvaleszenzphase) und die Langzeitrehabilitation am Wohnort (Phase III) gegliedert. Die strukturelle Vernetzung dieser drei Therapiephasen war in der Vergangenheit auf Grund unterschiedlicher Organisationen und Trägergruppen unzureichend entwickelt.

In der Akutversorgung wurden in den vergangenen 10 Jahren zunehmend invasive diagnostische und therapeutische Verfahren eingesetzt, die Steigerungsraten betragen z. B. bei Bypassoperationen über 300 %. Nordrhein-Westfalen liegt im Versorgungsangebot im Bundesvergleich bei den vier Bundesländern mit dem höchsten Versorgungsangebot.

Die stationäre Anschlussrehabilitation wird in Nordrhein-Westfalen in 16 spezialisierten Rehabilitationskliniken durchgeführt. In den letzten Jahren hat sich im Rahmen von Modellprojekten wie dem Kölner und Düsseldorfer Projekt die ambulante Rehabilitation entwickelt, die zunehmend bessere Erfolge bei der Rehabilitation verzeichnet.

Die Langzeitrehabilitation ist neben der Dauerbetreuung durch den niedergelassenen Arzt durch ambulante Herzgruppen geprägt, die durchschnittlich einmal pro Woche ein Trainingsprogramm zur Steigerung der körperlichen Fitness unter Leitung eines Sporttherapeuten absolvieren. In Nordrhein-Westfalen bestehen seit 1994 zusätzlich zu den gemischten Sportgruppen sechs vom Landessportbund organisierte Frauen-Sportgruppen mit einem spezifischen Angebot.

Die Erforschung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bezog sich bis in die 90er Jahre überwiegend auf Männer, geprägt durch die Annahme, dass Frauen weniger Herzinfarktgefährdet seien als Männer. Aus diesem Grunde sind auch Angaben zu geschlechtsspezifischen Versorgungsunterschieden in Nordrhein-Westfalen wie in der gesamten Bundesrepublik unzureichend. Für Deutschland wird eine deutlich geringere Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen durch Frauen festgestellt. In Nordrhein-Westfalen wurden im Jahre 1997 nur 18 % der Rehabilitationsmaßnahmen für alle kardiologischen Erkrankungen für Frauen erbracht, der Anteil der Rehabilitationsmaßnahmen für ischämische Herzerkrankungen für Frauen lag mit 12 % noch darunter. Das entspricht einem Verhältnis von sieben Rehabilitationsmaßnahmen für Männer zu einer Rehabilitationsmaßnahme für Frauen. In ambulanten Herzgruppen beträgt das Verhältnis 3 Männer : 1 Frau.

Der gesamte Bereich der Anpassung und Rehabilitation nach einem koronaren Akutereignis ist in geschlechtsspezifischer Hinsicht „unterforscht“. Bekannt ist, dass Frauen und Männer im Hinblick auf die Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen differieren. Warum solche Versorgungsunterschiede bestehen, ist bisher wissenschaftlich nicht eindeutig geklärt. Seit einigen Jahren wird über vergleichende epidemiologische Studien zur gesundheitlichen Versorgung versucht, Determinanten der Unterschiede in Qualität und vor allem Quantität der medizinischen Leistungen zu untersuchen. Dabei ist zu prüfen, ob primär ärztliches Entscheidungsverhalten über diagnostische und therapeutische Maßnahmen ausschlaggebend ist oder ob es vornehmlich die Patientinnen und Patienten selber sind, die durch ihre (geschlechts)spezifischen Erwartungen und Präferenzen oder durch den Einfluss ihrer unmittelbaren sozialen Umwelt für die zu erwartenden Unterschiede verantwortlich sind. Erste Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass Rehabilitationsprogramme deutlich individueller zugeschnitten werden müssten als das bisher der Fall gewesen ist.

Krebserkrankungen bei Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen

Jährlich sterben in Nordrhein-Westfalen etwa 24 000 Frauen und 25 000 Männer an Krebs. Nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist Krebs somit die zweithäufigste Todesursache. Aus der Todesursachenstatistik ist eine Stagnation bzw. ein leichter Rückgang der Krebssterblichkeit seit dem Jahr 1992 erkennbar.

Häufigste Krebserkrankungen sind in Nordrhein-Westfalen nach Angaben des Epidemiologischen Krebsregisters für den Regierungsbezirk Münster (1991 - 1995):

- ▶ bei Frauen: Brustkrebs (27 %), Darmkrebs (16 %) und Gebärmutterkrebs (8 %),
- ▶ bei Männern: Lungenkrebs (23 %), Darmkrebs (13,5 %) und Prostatakarzinom (12,5 %).

Das mittlere Erkrankungsalter liegt beim Brustkrebs der Frau zwar bei 63 Jahren, dennoch steigen die Erkrankungen bereits im Alter von 30 - 34 Jahren an. 35 % der Brustkrebserkrankungen betreffen Frauen, die jünger als 60 Jahre sind. Im Jahre 1997 zählte Brustkrebs in Nordrhein-Westfalen mit 41 Todesfällen bei Frauen im Alter von 20 - 34 Jahren bereits zu den häufigsten 10 Todesursachen in dieser Altersgruppe. Obwohl zunehmend mehr Frauen am Früherkennungsprogramm teilnehmen (im Jahre 1996 haben in Nordrhein-Westfalen knapp 3 Millionen Frauen teilgenommen), ist bisher ein nachgewiesener Erfolg, insbesondere ein Rückgang der Sterblichkeit infolge von Brustkrebs, ausgeblieben. Seit dem Jahr 1990 sind in Nordrhein-Westfalen die Neuerkrankungsraten für alle Altersgruppen angestiegen, die Fünf-Jahres-Überlebensrate ist auf 73 % angestiegen, die Sterbeziffern sind jedoch seit 1980 konstant geblieben. In Nordrhein-Westfalen entfallen gegenwärtig auf 100 Neuerkrankungen 44 Todesfälle. Gegenwärtig wird die Ausweitung des Angebotes zur Krebsfrüherkennung auf Mammographien diskutiert und in einzelnen Regionen in Deutschland modellhaft erprobt.

| Lokalisation | Frauen : Männer |
|------------------------------|-----------------|
| Atemwege | 1 : 4,9 |
| Harnblase | 1 : 2,6 |
| Niere | 1 : 1,5 |
| Morbus Hodgkin | 1 : 1,4 |
| Magen | 1 : 1,3 |
| Leukämie | 1 : 1,3 |
| Mastdarm | 1 : 1,2 |
| Non-Hodgkin-Lymphom | 1 : 1,1 |
| Bauchspeicheldrüse | 1 : 1 |
| Dickdarm | 1,2 : 1 |
| Melanom | 1,2 : 1 |
| insgesamt (ohne Haut) | 1 : 1,1 |

Geschlechtsverhältnis an bösartigen Neubildungen Erkrankter im Regierungsbezirk Münster in den Jahren 1991 bis 1995

Da Krebs überwiegend eine Krankheit des höheren Lebensalters ist, steigt bei wachsender Lebenserwartung die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu sterben, weiter an. Während bis Mitte der 70er Jahre das Rauchen, das als Hauptrisikofaktor für den Lungenkrebs gilt, vor allem durch Männer erfolgte, stieg mit dem Anteil rauchender Frauen auch deren Lungenkrebsrisiko, sodass die Relation der Sterblichkeit zwischen Männern und Frauen von 10 : 1 auf gegenwärtig 4 : 1 gesunken ist. Eine Abnahme des Anteils von Rauchern führt seit 1990 auch zu einem Rückgang an Lungenkrebssterbefällen bei Männern, der Anstieg von Raucherinnen von 19 % auf 28 % (von 1978 bis 1998) erhöht dagegen die Lungenkrebssterberaten bei Frauen in Nordrhein-Westfalen. Es wird mit einem weiteren Anstieg von Lungenkrebssterbefällen in Nordrhein-Westfalen gerechnet.

Während die Krebssterblichkeit infolge von Brust- und Darmkrebs bei Frauen und infolge von Prostata- und Darmkrebs bei Männern im wesentlichen unverändert blieb, hat sich die Magenkrebssterblichkeit bei Frauen und Männern in den letzten 20 Jahren halbiert.

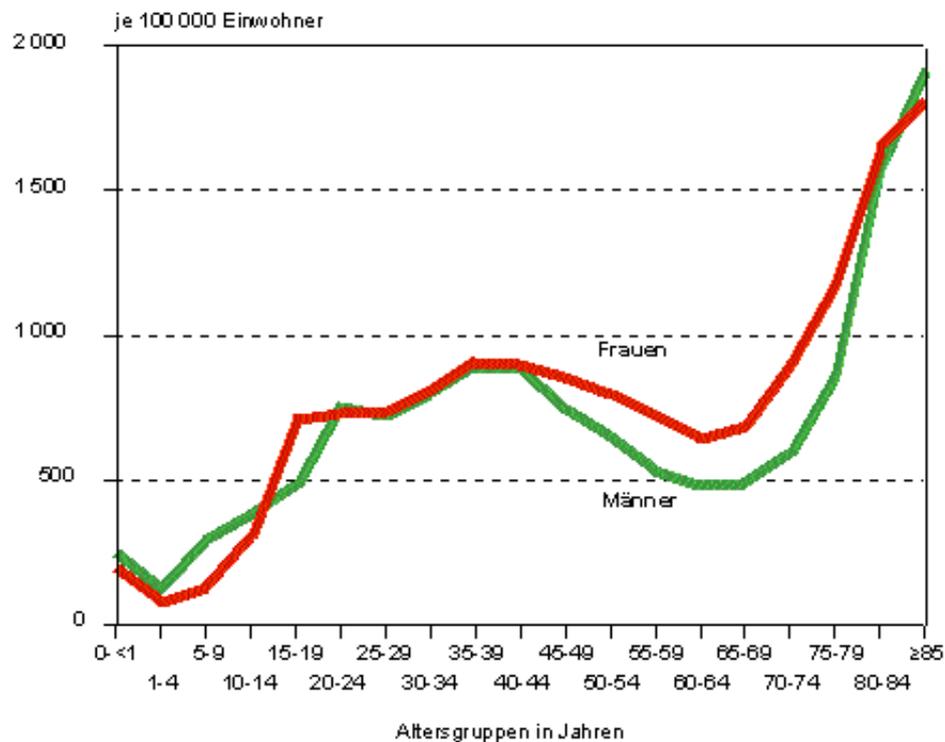
Die Mehrheit der an Krebs erkrankten Personen überleben den Zeitpunkt der Diagnose und Behandlung um viele Jahre. Die Diagnose „Krebs“, die Therapie und die Sorge um einen Rückfall belasten das Leben vieler Betroffener. Der Dialog mit anderen Betroffenen hat sich als wirksame psychosoziale Hilfe erwiesen. In den letzten 20 Jahren hat sich die Selbsthilfebewegung als neue Säule im System der Gesundheitsversorgung entwickelt. In Nordrhein-Westfalen wird die Zahl der Selbsthilfegruppen auf über 12 000 geschätzt, ca. 180 000 Personen engagieren sich in Selbsthilfegruppen. Im Jahre 1999 befassten sich 203 Selbsthilfegruppen in Nordrhein-Westfalen mit Folgen von Krebserkrankungen, darunter befanden sich 70 Gruppen der Frauenselbsthilfe nach Krebs e. V.

Psychische Erkrankungen und psychosomatische Störungen bei Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen

Psychische Erkrankungen und psychosomatische Störungen können zu schweren Beeinträchtigungen des seelischen und körperlichen Befindens führen, wodurch zudem die Teilnahme am allgemeinen gesellschaftlichen Leben erschwert sein kann. Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer psychischen Symptomatik zu erkranken, trifft etwa jeden vierten Erwachsenen. Da von vielen Betroffenen die Behandlung entsprechender Beschwerden vermieden oder hinausgezögert wird, ist von einer höheren Erkrankungszahl auszugehen, als durch statistische Angaben ausgewiesen wird.

Die Arbeitsunfähigkeit infolge von psychischen Erkrankungen, einschließlich der Suchterkrankungen, beträgt bei Männern 4,3 % aller Versicherten, bei Frauen 5,1 %. In allen Altersgruppen sind die Anteile der Arbeitsunfähigkeit durch psychische Erkrankungen bei Frauen höher als bei Männern. Die höchste Arbeitsunfähigkeitsrate liegt bei Frauen und bei Männern bei den 35- bis 39-Jährigen.

Die stationären Behandlungsfälle reflektieren schwere Krankheitsverläufe. In den 90er Jahren ist eine Zunahme der stationären Behandlungshäufigkeit zu verzeichnen. Das erste Behandlungsmaximum liegt bei den 35- bis 44-Jährigen (ohne Suchtkrankheiten) (s. Abb.). Der erneute Anstieg stationärer Behandlungen in höheren Altersgruppen ist auf gerontopsychiatrische Erkrankungen zurückzuführen. Stationäre Behandlungen infolge von Neurosen sind bei Frauen fast doppelt so häufig wie bei Männern.



Altersspezifische Krankenhausfälle infolge psychischer Krankheiten, ohne Suchtkrankheiten, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1997

Vorzeitige Verrentungen aufgrund psychischer Erkrankungen nahmen bei Frauen und Männern in den 90er Jahren deutlich zu. Frauen sind von der vorzeitigen Verrentung stärker betroffen als Männer.

Die Krankenhausbehandlungshäufigkeit ist in Nordrhein-Westfalen durch starke Unterschiede zwischen den Kreisen geprägt. Die stationäre Behandlungsrate ist für Betroffene in den kreisfreien Städten höher als in den Landkreisen. Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass die Zahl stationärer Behandlungsfälle mit höherer Einwohnerzahl zunimmt. Soziale Kriterien wie Quote der Wohngeldempfänger und Höhe des verfügbaren Einkommens weisen Korrelationen zur Höhe der stationären Behandlungshäufigkeit auf, Frauen sind stärker von sozialen Kriterien betroffen.

Untersuchungen zur Inanspruchnahme von fachärztlicher Hilfe zeigen, dass psychisch Erkrankte, wenn sie nicht gleichzeitig eine somatische Krankheit „vorweisen“ können, nur selten ärztliche Versorgung in Anspruch nehmen. Berichtete Daten weisen darauf hin, dass Männer mit psychischen Erkrankungen noch deutlich schwerer den Weg zu ärztlicher Behandlung finden.

Als mögliche verursachende Faktoren für einen Teil der psychischen Erkrankungen wurden z. B. Stress und belastende Lebensereignisse ermittelt. Mögliche Ursachen hierfür sind Doppelbelastungen durch Beruf und Familie, Pflege von Angehörigen und gesellschaftliche Erwartungen an die Rolle der Frau. Männer erhalten von sozialen Netzwerken mehr Unterstützung als Frauen. Daraus resultiert wiederum, dass Frauen häufiger den niedergelassenen Arzt aufsuchen oder zur stationären Behandlung eingewiesen werden.

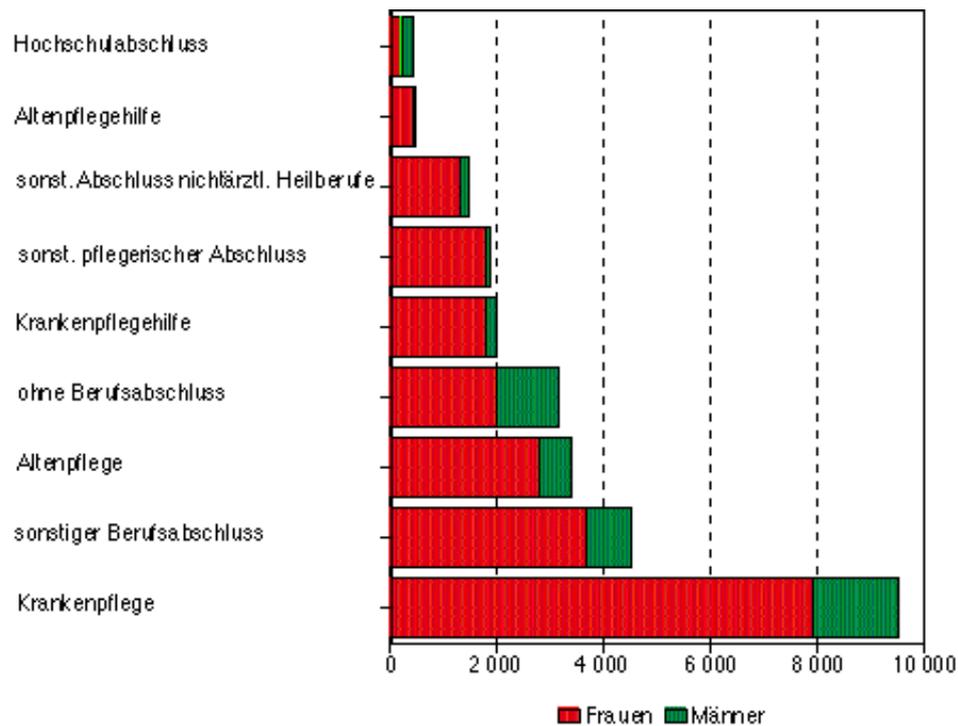
Die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen hat sich in den vergangenen Jahren kontinuierlich verbessert. Im Bereich der Krankenhausversorgung hat sich z. B. die Zahl der psychiatrischen Tageskliniken von 1990 bis 1999 von 70 auf 123 nahezu verdoppelt. Die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Psychiatrie und Neurologie sowie die Zahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hat sich deutlich erhöht. Dennoch gibt es hinsichtlich der Angebote in der ambulanten ärztlichen Versorgung Unterschiede zwischen den kreisfreien Städten und Kreisen.

Frauen und Männer in Gesundheitsberufen

Der Gesundheitssektor zählt zu den Wirtschaftszweigen mit einer hohen beschäftigungspolitischen Bedeutung. Jeder neunte Erwerbstätige in der Bundesrepublik Deutschland ist in einer Einrichtung des Gesundheitswesens beschäftigt. Viele Berufe im Gesundheitswesen und im sozialen Bereich sind sog. Frauenberufe. Frauen dominieren bei der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sowohl auf professionaler Ebene als auch im Laiensystem. Zu den Gesundheitsberufen zählen die akademischen Heilberufe und nicht-ärztliche Heilhilfsberufe.

Für die akademischen Heilberufe zeichnet sich seit dem Jahr 1985 für Nordrhein-Westfalen ab, dass

- ▶ sich die Zahl der Ärztinnen überproportional gegenüber den Männern auf nunmehr fast 21 000 erhöht hat, das betrifft den Krankenhausbereich, Ärztinnen in freier Praxis und insbesondere Ärztinnen in sonstiger ärztlicher Tätigkeit,
- ▶ bis zum Jahr 1998 der Anteil der Ärztinnen wie auch der Zahnärztinnen an allen Ärzten bzw. Zahnärzten auf 33 % angestiegen ist,
- ▶ bis zum Jahr 1998 der Anteil der Apothekerinnen gegenüber den Apothekern auf über 60 % angestiegen ist.



Beschäftigte in der ambulanten Pflege nach Berufsabschluss und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1997

Für die Pflegeberufe zeichnet sich im Zeitraum von 1991 - 1997 ein wechselnder Trend mit teilweise rückgängigen Beschäftigtenzahlen ab. Es lassen sich darüber hinaus folgende Aussagen treffen:

- ▶ Das Verhältnis Krankenschwestern/Krankenpfleger in Krankenhäusern ist mit 84 % : 16 % seit Jahren konstant, seit 1996 sind die Personalzahlen in diesem Bereich rückgängig.
- ▶ Diagnostisch-technische Assistentenberufe gelten mit ca. 95 % Frauenanteil als typische Frauenberufe. Rückgänge der Beschäftigtenzahlen betreffen vor allem Medizinisch-technische und Laborassistentinnen/-assistenten.
- ▶ Die Arzt- und Zahnarthelferinnen zählen mit 99 % Frauenanteil zu den größten und wichtigsten Beschäftigungsbereichen für Frauen im Gesundheitswesen. Im Jahre 1998 waren knapp 110 000 Sprechstundenhelferinnen und 697 Sprechstundenhelfer tätig.
- ▶ In der ambulanten Pflege (Erhebung in 46 von 54 Kommunen des Landes Nordrhein-Westfalen) waren am 31.12.1997 rund 33 000 Personen inkl. Zivildienstleistende und Praktikanten tätig (s. Abb.). Der Frauenanteil überwiegt auch hier mit 86 % (27 000) Frauen.

Die Ausbildung zur Arzthelferin und Krankenschwester zählt zu den beliebtesten und am häufigsten gewählten Berufen für junge Frauen, gefolgt von der Altenpflegerin und der Zahnarthelferin. An den Schulen des Gesundheitswesens konnte seit dem Jahr 1990 die Zahl der Lehrkräfte erhöht werden, gegenwärtig ist die Relation zwischen weiblichen und männlichen Lehrkräften ausgewogen (50 % : 50 %).

Von Arbeitslosigkeit waren Ende Juli 1999 2 148 Ärztinnen und Ärzte in Nordrhein-Westfalen betroffen. Von je 10 arbeitslosen Ärzten waren 6 Frauen, bei arbeitslosen Zahnärztinnen und Zahnärzten liegt dieses Verhältnis bei 1 : 1. Die Zahl arbeitsloser Krankenschwestern und -pfleger betrug 3 085 mit einem Frauenanteil von 91 %. Ein besonderer Anstieg der Arbeitslosigkeit ist bei Arzthelferinnen und Zahnarthelferinnen von 1990 bis 1997 um 87 % zu verzeichnen, die Zahl der arbeitslosen Arzthelferinnen und Arzthelfer betrug im September 1999 insgesamt 5 441 Personen.

Frauen konnten im letzten Jahrzehnt in fast allen Gesundheitsberufen ihre Position weiter ausbauen, vor allem in den akademischen Berufen. Erstmals haben im Jahre 1997 mehr Frauen (54 %) als Männer das Physikum bestanden, der Anteil der Frauen an ärztlichen Approbationen und Promotionen betrug 30 %. Nur 2 % der C 4-Professuren in der Medizin und 5 % der Chefarztposten in Krankenhäusern sind durch Frauen besetzt.

Generell gehen Frauen eher den weniger qualifizierten, helfenden und zuarbeitenden Beschäftigungen nach als Männer. Das Gesetz zur Gleichstellung von Frauen und Männern für das Land Nordrhein-Westfalen sowie die Aufwertung von Pflegeberufen durch akademische Weiterqualifikation unterstützen die Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frau und Mann im Gesundheitswesen.

Grenzen, Grenzüberschreitungen und sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz und im Gesundheitsbereich

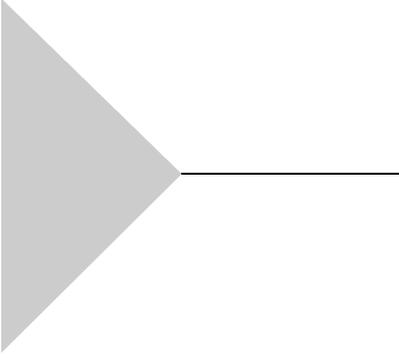
Bei der sexuellen Belästigung am Arbeitsplatz handelt es sich um eine der mannigfaltigen Facetten sexualisierter Gewalt. Sexuelle Belästigung gehört für viele Frauen zum Arbeitsalltag, ist eine Verletzung ihrer Würde und stellt eine enorme Einschränkung im Beruf und in der beruflichen und persönlichen Entwicklung der Frauen dar. Aus einer Studie, an der 4 200 Frauen teilnahmen, geht hervor, dass 72 % der befragten Frauen angaben, mindestens einmal am Arbeitsplatz sexuell belästigt worden zu sein. Sexuelle Belästigung hat für die Betroffenen meist weitreichende psychische und physische Auswirkungen. Typische Stresssymptome können sich einstellen; genannt werden vor allem Schlafstörungen und allergische Reaktionen. Leistungsfähigkeit, Motivation und Arbeitszufriedenheit sinken. So gibt jede zweite belästigte Frau berufliche und gesundheitliche Nachteile an.

Die Problematik von Grenzüberschreitungen und sexuellen Übergriffen im Gesundheitsbereich wird in Deutschland erst seit einigen Jahren verstärkt in der Öffentlichkeit diskutiert, da sexueller Missbrauch bisher zu den „Tabu-Themen“ gezählt wird. Bis auf einige Untersuchungen von sexuellen Übergriffen in der Psychotherapie gibt es wenig verlässliche Aussagen.

Im Gesundheitsbereich und in der Pflege hat man es ständig mit Leiblichkeit, Geschlechtlichkeit und Sexualität zu tun. Dabei werden unter sexueller Belästigung Wünsche oder Anforderungen nach Sexualität verstanden, für die – soweit es um die Ebene der im Gesundheitsbereich Tätigen geht – berufliche Vorteile und im Falle der Verweigerung – berufliche Nachteile angekündigt werden können. Sexuelle Übergriffe setzen Sexualität unter Ungleichen voraus. In der Regel sind die Opfer der sexuellen Übergriffe statusniedrigere Personen, meistens Frauen, gelegentlich auch Männer.

Es werden sexuelle Übergriffe zwischen der Ebene der im Gesundheitsbereich Tätigen und der der Patientinnen und Patienten unterschieden. Der Gesundheitsbereich schafft besonders günstige Bedingungen für sexuelle Belästigungen und Übergriffe, die jedoch auf Grund fehlender repräsentativer Studien gegenwärtig nicht quantifiziert werden können. Dagegen ist der sexuelle Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses am Beispiel der Psychiaterinnen/Psychiater und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten untersucht worden. Mit der Neuformulierung des Strafrechts ist unstrittig, dass es Sache der Behandelnden ist, auf die Einhaltung der Rahmenbedingungen zu achten. Sexueller Missbrauch geht per definitionem nicht von der Klientel aus, sondern von den Medizinern, den Therapeuten und Beratern. Übereinstimmend wurde in Untersuchungen festgestellt, dass Psychiater und Psychotherapeuten sehr viel häufiger sexuelle Kontakte zu ihrer weiblichen Klientel aufnehmen als Psychiaterinnen und Psychotherapeutinnen zu ihrer männlichen Klientel. Leidtragende sexueller Übergriffe sind überwiegend die Patientinnen. Sie profitieren nicht von der Behandlung, vielmehr können die Krankheitssymptome zunehmen bzw. neue Störungen auftreten.

Ein besonderes Thema stellen gegenwärtig auch sexuelle Übergriffe in der Pflege dar. Ca. 75 % aller sexuellen Übergriffe in der Pflege erfolgen im Krankenhaus.



8 Anhänge

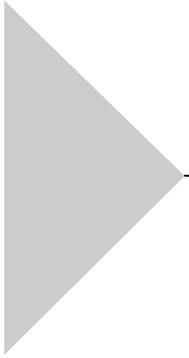
**Anhang 1:
Gesundheitsindikatoren zu den Kapiteln**

**Anhang 2:
Verzeichnis der mitwirkenden Expertinnen und
Experten**

**Anhang 3:
Publikationen zur Gesundheitsberichterstattung
NRW**

**Anhang 4:
Table of contents in English**

**Anhang 5:
Zeichenerklärung und Abkürzungen**



Anhang 1

Gesundheitsindikatoren zu den Kapiteln

Gesundheitsindikatoren zu den Kapiteln

- 2.2 Bevölkerungszahl 1995, Prognosen der Bevölkerungsentwicklung, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 1996 - 2015 (Kap. 2.2)
- 2.3 Ausgewählte Strukturmerkmale der Bevölkerung: Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 31.12.1997 (Kap. 2.2)
- 2.4 Ausgewählte Strukturmerkmale der Bevölkerung: Anteil von Altersgruppen an der Bevölkerung in Prozent, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 31.12.1997 (Kap. 2.2)
- 2.6 Generatives Verhalten, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 1996 - 1998 (Kap. 2.2)
- 2.8 Empfänger laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen nach dem Bundessozialhilfegesetz und Leistungsbezieher nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 31.12.1997 (Kap. 2.2)
- 2.9 Arbeitslose und Arbeitslosenquote, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 30.09.1998 (Kap. 2.2)
- 2.10 Erwerbstätigenquote, Nordrhein-Westfalen nach Regionen, 1998 (Kap. 2.2)
- 2.11 (ehemaliger Indikator) Zahl der Ehescheidungen und dadurch betroffenen minderjährigen Kinder, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 1991, 1992 (Kap. 2.2)
- 2.11 Alleinerziehende mit Kindern, Nordrhein-Westfalen, 1990 - 1998 (April) (Kap. 4.1)
- 2.15 Wanderungen je 1 000 Einwohner, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 1998 (Kap. 2.2)
- 2.19 Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte einschließlich der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 1996 (Kap. 2.2)
- 3.1 Geschlechtsspezifische Sterblichkeit, Nordrhein-Westfalen, 1980 - 1997 (Kap. 2.3)
- 3.1a Geschlechtsspezifische Sterblichkeit der unter 65-Jährigen, Nordrhein-Westfalen, 1980 - 1997 (Kap. 2.3)
- 3.2 Alters- und geschlechtsspezifische Sterblichkeit, je 100 000 Einwohner, Trend 1985, 1990 - 1997 (Kap. 2.1)

- 3.7 Geschlechtsspezifische Lebenserwartung Nordrhein-Westfalen, 1970/72, 1986/88 (Kap. 2.1)
- 3.7a Geschlechtsspezifische, mittlere Lebenserwartung, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Mittelwert 1995 - 1997 (Kap. 2.1, 2.3)
- 3.8 Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen in Nordrhein-Westfalen, 1997 (Kap. 2.3)
- 3.9 Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen je 100 000 Einwohner, 1980, 1985, 1990 - 1997 (ergänzt) (Kap. 2.3)
- 3.11a Mortalität nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1997 (Kap. 2.3)
- 3.48 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1997 (Kap. 2.3)
- 3.75 Krankenhausfälle nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1997 (Kap. 2.3)
- 3.80 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, darunter infolge von psychischen Erkrankungen (ICD 290 - 319), Nordrhein-Westfalen nach Regierungsbezirken, 1997 (Kap. 5.3)
- 3.86 Altersspezifische Krankenhausfälle infolge psychischer Krankheiten (ICD 290 - 319) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1997 (Kap. 5.3)
- 3.87a Anzahl verordneter Arbeitsunfähigkeiten, darunter wegen psychischer Krankheiten (ICD 290-319) bei AOK-Pflichtversicherten, Rheinland, 1996 (Kap. 5.3)
- 3.93 Altersspezifische Krankenhausfälle infolge von endogenen Psychosen (ICD 295 - 296) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1997 (Kap. 5.3)
- 4.5 Abgerechnete Krebs-Früherkennungs-Untersuchungen bei Männern, Nordrhein-Westfalen, 1989 - 1998 (Kap. 5.2)
- 4.6 Abgerechnete Krebs-Früherkennungs-Untersuchungen bei Frauen, Nordrhein-Westfalen, 1989 - 1998 (Kap. 5.2)
- 4.21 Beschwerdeindex der befragten Männer und Frauen, Nordrhein-Westfalen, (Klassen der v. Zerssen-Beschwerdenliste) (Kap. 2.1)
- 4.22 Eigenbewertung des Gesundheitszustands bei Frauen und Männern, Nordrhein-Westfalen (Kap. 2.1)

- 4.31 Rauchverhalten von Männern und Frauen, Nordrhein-Westfalen (Kap. 2.1)
- 4.32 Anteil der Raucher an den Befragten (gruppiert nach der Anzahl der pro Tag gerauchten Zigaretten) (Kap. 2.1)
- 4.33 Durchschnittlicher täglicher Alkoholgenuss der Befragten in Gramm, Nordrhein-Westfalen (Kap. 2.1)
- 4.34 Anteil von übergewichtigen Männern und Frauen Nordrhein-Westfalen, (Body Mass Index ≥ 29 kg/qm) (Kap. 2.1)
- 7.21 Medizinische und sonstige Leistungen der Rentenversicherung zur Rehabilitation nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht (unter 65 Jahre), Nordrhein-Westfalen, 1997 (Kap. 2.3)
- 8.1 Ärztinnen und Ärzte nach Art der Tätigkeit, Nordrhein-Westfalen, 1985, 1990, 1992 - 1998 (31.12. d. J.) (Kap. 6.1)
- 8.4 Zahnärztinnen und Zahnärzte nach Art der Tätigkeit, Nordrhein-Westfalen, 1985, 1990, 1992 - 1998 (31.12. d. J.) (Kap. 6.1)
- 8.7 Apothekerinnen und Apotheker sowie pharmazeutisches und nichtpharmazeutisches Personal, Nordrhein-Westfalen, 1985, 1990, 1992 - 1998 (31.12. d. J.) (Kap. 6.1)
- 8.8 Berufe der Krankenpflege in Krankenhäusern, Nordrhein-Westfalen, 1991 - 1997 (31.12. d. J.) (Kap. 6.1)
- 8.9 Medizinisch-therapeutisches Personal in Krankenhäusern, Nordrhein-Westfalen, 1993 - 1997 (31.12. d. J.) (Kap. 6.1)
- 8.10 Technisch-diagnostisches Personal in Krankenhäusern, Nordrhein-Westfalen, 1993 - 1997 (31.12. d. J.) (Kap. 6.1)
- 8.11 Berufstätige Hebammen, Nordrhein-Westfalen, 1980, 1985 - 1989, 1991 - 1997 (31.12. d. J.) (Kap. 6.1)
- 9.1 Auszubildende in Gesundheitsfachberufen nach Schultyp, Nordrhein-Westfalen, 15.10.1998 (Kap. 6.1)
- 9.2 Teilnehmerzahl bei Prüfungen in ausgewählten Studiengängen der Heilberufe, Nordrhein-Westfalen, 1984 - 1997 (Kap. 6.1)
- 9.3 Erteilte Approbationen an Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Tierärzte, Nordrhein-Westfalen, 1990 - 1996 (Kap. 6.1)

**Indikator
2.2**
Bevölkerungszahl 1995, Prognosen der Bevölkerungsentwicklung, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 1996 - 2015

| Lfd. Nr. | Verwaltungsbezirk | Bevölkerung | Bevölkerung | Veränderung | dar.: ältere Menschen 65 u.m.J. | |
|-----------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|--|---------------------|
| | | 1.1.1995 Ausgangs- jahr | 1.1.2015 Prognose- jahr | vom 1.1.1995 bis zum 1.1.2015 in % | Bevölkerung am 1.1.2015 Prognosejahr | Veränderung in % |
| | Kreisfreie Städte | | | | | |
| 1 | Düsseldorf | 572 638 | 559 750 | - 2,3 | 108 586 | + 9,6 |
| 2 | Duisburg | 536 106 | 508 811 | - 5,1 | 95 381 | + 4,1 |
| 3 | Essen | 617 955 | 538 633 | - 12,8 | 120 975 | + 4,8 |
| 4 | Krefeld | 249 662 | 251 465 | + 0,7 | 47 268 | + 19,1 |
| 5 | Mönchengladbach | 266 073 | 279 063 | + 4,9 | 50 605 | + 18,9 |
| 6 | Mülheim a. d. Ruhr | 176 513 | 160 782 | - 8,9 | 38 339 | + 14,5 |
| 7 | Oberhausen | 225 443 | 206 661 | - 8,3 | 40 637 | + 9,5 |
| 8 | Remscheid | 123 069 | 119 971 | - 2,5 | 23 273 | + 12,6 |
| 9 | Solingen | 165 973 | 165 425 | - 0,3 | 32 825 | + 15,1 |
| 10 | Wuppertal | 383 776 | 376 100 | - 2,0 | 70 620 | + 7,5 |
| | Kreise | | | | | |
| 11 | Kleve | 284 448 | 302 269 | + 6,3 | 55 390 | + 31,0 |
| 12 | Mettmann | 504 838 | 500 669 | - 0,8 | 108 176 | + 46,4 |
| 13 | Neuss | 432 932 | 446 216 | + 3,1 | 87 934 | + 49,5 |
| 14 | Viersen | 285 338 | 308 615 | + 8,2 | 57 568 | + 35,1 |
| 15 | Wesel | 462 588 | 472 456 | + 2,1 | 92 933 | + 40,3 |
| 16 | Reg.-Bez. Düsseldorf | 5 287 352 | 5 196 906 | - 1,7 | 1 030 513 | + 20,1 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | |
| 17 | Aachen | 247 113 | 254 597 | + 3,0 | 42 550 | + 13,8 |
| 18 | Bonn | 293 072 | 307 237 | + 4,8 | 54 433 | + 10,0 |
| 19 | Köln | 963 817 | 975 418 | + 1,2 | 168 196 | + 15,4 |
| 20 | Leverkusen | 161 832 | 150 816 | - 6,8 | 31 571 | + 24,3 |
| | Kreise | | | | | |
| 21 | Aachen | 301 352 | 308 413 | + 2,3 | 56 890 | + 22,1 |
| 22 | Düren | 256 310 | 272 917 | + 6,5 | 49 186 | + 31,3 |
| 23 | Erftkreis | 438 760 | 469 911 | + 7,1 | 89 873 | + 50,8 |
| 24 | Euskirchen | 180 447 | 199 130 | + 10,4 | 37 845 | + 36,6 |
| 25 | Heinsberg | 235 241 | 252 573 | + 7,4 | 44 899 | + 33,8 |
| 26 | Oberbergischer Kreis | 277 444 | 286 107 | + 3,1 | 54 713 | + 28,4 |
| 27 | Rhein.Berg. Kreis | 268 042 | 280 414 | + 4,6 | 58 445 | + 42,9 |
| 28 | Rhein-Sieg-Kreis | 538 610 | 607 425 | + 12,8 | 114 592 | + 53,0 |
| 29 | Reg.-Bez. Köln | 4 162 040 | 4 364 944 | + 4,9 | 803 190 | + 29,3 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | |
| 30 | Bottrop | 119 669 | 114 961 | - 3,9 | 22 360 | + 15,1 |
| 31 | Gelsenkirchen | 293 542 | 271 564 | - 7,5 | 50 965 | - 4,5 |
| 32 | Münster | 264 887 | 268 988 | + 1,5 | 46 729 | + 18,7 |

noch: Indikator 2.2

| Lfd. Nr. | Verwaltungsbezirk | Bevölkerung | Bevölkerung | Veränderung vom 1.1.1995 bis zum 1.1.2015 in % | dar.: ältere Menschen 65 u.m.J. | |
|-----------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--|---------------------|
| | | 1.1.1995 Ausgangs- jahr | 1.1.2015 Prognose- jahr | | Bevölkerung am 1.1.2015 Prognosejahr | Veränderung in % |
| | Kreise | | | | | |
| 33 | Borken | 338 350 | 368 856 | + 9,0 | 60 451 | + 42,8 |
| 34 | Coesfeld | 198 896 | 223 757 | + 12,5 | 39 355 | + 54,2 |
| 35 | Recklinghausen | 661 915 | 640 011 | - 3,3 | 126 035 | + 20,2 |
| 36 | Steinfurt | 410 975 | 441 798 | + 7,5 | 79 377 | + 42,4 |
| 37 | Warendorf | 270 043 | 278 747 | + 3,2 | 51 471 | + 36,0 |
| 38 | Reg.-Bez. Münster | 2 558 277 | 2 608 662 | + 2,0 | 476 737 | + 26,0 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | |
| 39 | Bielefeld | 324 067 | 326 923 | + 0,9 | 63 125 | + 9,7 |
| | Kreise | | | | | |
| 40 | Gütersloh | 324 333 | 351 974 | + 8,5 | 63 790 | + 41,3 |
| 41 | Herford | 248 334 | 255 391 | + 2,8 | 52 258 | + 20,2 |
| 42 | Höxter | 153 379 | 162 150 | + 5,7 | 30 223 | + 21,9 |
| 43 | Lippe | 356 427 | 386 066 | + 8,3 | 75 838 | + 22,4 |
| 44 | Minden-Lübbecke | 311 963 | 330 311 | + 5,9 | 65 004 | + 18,6 |
| 45 | Paderborn | 272 571 | 307 503 | + 12,8 | 49 132 | + 37,7 |
| 46 | Reg.-Bez. Detmold | 1 991 074 | 2 120 316 | + 6,5 | 399 372 | + 23,5 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | |
| 47 | Bochum | 401 129 | 366 355 | - 8,7 | 74 483 | + 6,4 |
| 48 | Dortmund | 600 918 | 553 903 | - 7,8 | 110 259 | + 7,9 |
| 49 | Hagen | 213 747 | 193 416 | - 9,5 | 39 190 | + 4,1 |
| 50 | Hamm | 184 020 | 169 164 | - 8,1 | 32 325 | + 12,7 |
| 51 | Herne | 180 029 | 166 049 | - 7,8 | 32 128 | - 0,2 |
| | Kreise | | | | | |
| 52 | Ennepe-Ruhr-Kreis | 352 622 | 341 056 | - 3,3 | 71 386 | + 18,7 |
| 53 | Hochsauerlandkreis | 281 304 | 288 065 | + 2,4 | 54 811 | + 22,5 |
| 54 | Märkischer Kreis | 455 310 | 461 769 | + 1,4 | 85 540 | + 23,8 |
| 55 | Olpe | 136 927 | 144 674 | + 5,7 | 25 077 | + 31,2 |
| 56 | Siegen-Wittgenstein | 298 602 | 300 976 | + 0,8 | 57 225 | + 24,9 |
| 57 | Soest | 294 829 | 297 236 | + 0,8 | 59 582 | + 33,7 |
| 58 | Unna | 417 899 | 428 151 | + 2,5 | 81 678 | + 31,1 |
| 59 | Reg.-Bez. Arnsberg | 3 817 336 | 3 710 835 | - 2,8 | 723 690 | + 17,4 |
| 60 | Nordrhein-Westfalen | 17 816 079 | 18 001 673 | + 1,0 | 3 433 505 | + 22,7 |

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Bevölkerungsprognose

**Indikator
2.3**
**Ausgewählte Strukturmerkmale der Bevölkerung: Altersgruppen, Nordrhein-
Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 31.12.1997**

| Lfd. Nr. | Verwaltungsbezirk | Kinder (0 - 14 Jahre) | | Personen im er- werbsfähigen Alter (15 - 64 Jahre) | | ältere Menschen (65 und mehr J.) | | Hochbetagte (80 und mehr J.) | |
|-------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------|--|------------------|-------------------------------------|-----------------|---------------------------------|-----------------|
| | | insges. | dar.: weibl. | insges. | dar.: weibl. | insges. | dar.: weibl. | insges. | dar.: weibl. |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | | | |
| 1 | Düsseldorf | 74 124 | 36 303 | 397 622 | 201 835 | 99 223 | 64 197 | 24 620 | 18 546 |
| 2 | Duisburg | 81 979 | 39 929 | 352 944 | 173 446 | 94 139 | 58 810 | 19 707 | 14 891 |
| 3 | Essen | 86 638 | 42 191 | 406 073 | 202 282 | 116 021 | 74 169 | 28 013 | 21 383 |
| 4 | Krefeld | 37 921 | 18 640 | 167 150 | 82 405 | 40 535 | 25 594 | 9 875 | 7 307 |
| 5 | Mönchengladbach | 42 976 | 20 945 | 180 107 | 90 067 | 43 422 | 27 588 | 9 893 | 7 481 |
| 6 | Mülheim a. d. Ruhr | 24 505 | 12 049 | 116 671 | 58 765 | 34 331 | 21 393 | 7 950 | 5 946 |
| 7 | Oberhausen | 34 426 | 16 526 | 150 579 | 74 717 | 38 394 | 24 117 | 7 843 | 6 054 |
| 8 | Remscheid | 19 978 | 9 832 | 79 938 | 39 644 | 20 723 | 13 230 | 5 058 | 3 829 |
| 9 | Solingen | 26 177 | 12 761 | 110 142 | 54 704 | 28 674 | 18 406 | 7 064 | 5 388 |
| 10 | Wuppertal | 57 034 | 27 737 | 254 332 | 126 295 | 65 327 | 42 270 | 16 392 | 12 389 |
| | Kreise | | | | | | | | |
| 11 | Kleve | 53 581 | 26 193 | 194 907 | 94 580 | 44 500 | 27 555 | 9 991 | 7 344 |
| 12 | Mettmann | 78 877 | 38 490 | 347 575 | 174 023 | 78 343 | 48 105 | 18 217 | 13 573 |
| 13 | Neuss | 72 100 | 35 416 | 305 123 | 151 325 | 63 794 | 38 537 | 12 868 | 9 453 |
| 14 | Viersen | 51 084 | 24 838 | 198 364 | 97 927 | 44 528 | 27 600 | 9 908 | 7 499 |
| 15 | Wesel | 79 695 | 38 808 | 318 535 | 158 069 | 71 750 | 43 358 | 14 128 | 10 551 |
| 16 | Reg.-Bez. Düsseldorf | 821 095 | 400 658 | 3 580 062 | 1 780 084 | 883 704 | 554 929 | 201 527 | 151 634 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | | | |
| 17 | Aachen | 34 285 | 16 863 | 173 706 | 82 407 | 37 978 | 24 113 | 9 741 | 7 298 |
| 18 | Bonn | 44 185 | 21 221 | 210 661 | 106 762 | 49 995 | 32 086 | 13 515 | 9 665 |
| 19 | Köln | 137 140 | 66 424 | 679 066 | 338 048 | 148 105 | 93 455 | 34 367 | 25 383 |
| 20 | Leverkusen | 24 572 | 12 029 | 111 029 | 55 131 | 26 697 | 16 309 | 5 729 | 4 269 |
| | Kreise | | | | | | | | |
| 21 | Aachen | 51 567 | 24 995 | 203 265 | 100 445 | 49 233 | 30 053 | 9 525 | 7 176 |
| 22 | Düren | 45 640 | 22 096 | 176 612 | 85 963 | 39 600 | 24 150 | 7 846 | 5 804 |
| 23 | Erfdkreis | 71 610 | 34 915 | 312 317 | 154 113 | 63 883 | 38 525 | 12 432 | 9 059 |
| 24 | Euskirchen | 32 338 | 15 761 | 123 647 | 60 353 | 29 087 | 17 751 | 6 340 | 4 615 |
| 25 | Heinsberg | 44 978 | 22 031 | 162 484 | 79 782 | 36 334 | 21 717 | 7 003 | 5 147 |
| 26 | Oberbergischer Kreis | 52 794 | 25 916 | 186 653 | 92 348 | 44 473 | 27 726 | 10 416 | 7 642 |
| 27 | Rhein.Berg. Kreis | 44 735 | 21 961 | 184 871 | 92 402 | 43 062 | 26 116 | 9 834 | 7 169 |
| 28 | Rhein-Sieg-Kreis | 97 543 | 47 337 | 382 539 | 190 031 | 79 219 | 47 964 | 17 965 | 12 941 |
| 29 | Reg.-Bez. Köln | 681 387 | 331 549 | 2 906 850 | 1 437 785 | 647 666 | 399 965 | 144 713 | 106 168 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | | | |
| 30 | Bottrop | 19 354 | 9 380 | 81 556 | 40 586 | 20 655 | 12 843 | 3 850 | 2 938 |
| 31 | Gelsenkirchen | 44 629 | 21 656 | 188 047 | 93 089 | 53 756 | 34 223 | 11 213 | 8 595 |
| 32 | Münster | 37 357 | 18 305 | 187 521 | 96 917 | 40 260 | 25 900 | 10 343 | 7 577 |

noch: Indikator 2.3

| Lfd. Nr. | Verwaltungsbezirk | Kinder (0 - 14 Jahre) | | Personen im erwerbsfähigen Alter (15 - 64 Jahre) | | ältere Menschen (65 und mehr J.) | | Hochbetagte (80 und mehr J.) | |
|-----------|----------------------------|-----------------------|------------------|--|------------------|----------------------------------|------------------|------------------------------|----------------|
| | | insges. | dar.: weibl. | insges. | dar.: weibl. | insges. | dar.: weibl. | insges. | dar.: weibl. |
| | Kreise | | | | | | | | |
| 33 | Borken | 71 660 | 34 836 | 232 323 | 112 676 | 45 920 | 28 097 | 9 721 | 7 159 |
| 34 | Coesfeld | 41 512 | 20 231 | 138 888 | 68 511 | 27 697 | 17 462 | 6 253 | 4 748 |
| 35 | Recklinghausen | 109 051 | 52 932 | 442 881 | 219 427 | 110 377 | 67 906 | 21 716 | 16 476 |
| 36 | Steinfurt | 81 336 | 39 348 | 284 236 | 138 406 | 60 290 | 37 430 | 13 518 | 9 882 |
| 37 | Warendorf | 51 225 | 24 980 | 184 234 | 89 958 | 40 350 | 25 205 | 8 805 | 6 573 |
| 38 | Reg.-Bez. Münster | 456 124 | 221 668 | 1 739 686 | 859 570 | 399 305 | 249 066 | 85 419 | 63 948 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | | | |
| 39 | Bielefeld | 49 048 | 23 959 | 215 549 | 108 524 | 58 626 | 37 235 | 15 415 | 11 345 |
| | Kreise | | | | | | | | |
| 40 | Gütersloh | 62 958 | 30 518 | 226 307 | 111 146 | 48 032 | 29 881 | 11 577 | 8 569 |
| 41 | Herford | 42 682 | 20 978 | 164 952 | 81 995 | 45 421 | 28 653 | 11 491 | 8 564 |
| 42 | Höxter | 28 556 | 13 885 | 101 069 | 48 928 | 25 603 | 16 095 | 5 999 | 4 352 |
| 43 | Lippe | 64 616 | 31 678 | 235 320 | 116 711 | 63 598 | 40 152 | 16 283 | 11 898 |
| 44 | Minden-Lübbecke | 56 038 | 27 245 | 207 461 | 101 871 | 56 332 | 35 635 | 14 000 | 10 447 |
| 45 | Paderborn | 54 238 | 26 486 | 191 444 | 93 531 | 38 057 | 24 020 | 8 506 | 6 355 |
| 46 | Reg.-Bez. Detmold | 358 136 | 174 749 | 1 342 102 | 662 706 | 335 669 | 211 671 | 83 271 | 61 530 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | | | |
| 47 | Bochum | 54 038 | 26 436 | 270 446 | 132 763 | 71 353 | 45 327 | 15 697 | 12 062 |
| 48 | Dortmund | 87 760 | 43 145 | 402 596 | 197 732 | 104 510 | 65 756 | 22 780 | 17 199 |
| 49 | Hagen | 32 759 | 16 077 | 138 135 | 68 490 | 38 133 | 24 282 | 8 777 | 6 664 |
| 50 | Hamm | 30 768 | 14 995 | 121 116 | 59 416 | 29 310 | 18 157 | 6 138 | 4 592 |
| 51 | Herne | 26 256 | 12 840 | 118 924 | 57 778 | 32 683 | 20 718 | 6 924 | 5 289 |
| | Kreise | | | | | | | | |
| 52 | Ennepe-Ruhr-Kreis | 53 188 | 25 950 | 236 395 | 117 764 | 61 865 | 38 787 | 14 553 | 10 934 |
| 53 | Hochsauerlandkreis | 50 987 | 24 600 | 186 589 | 90 716 | 46 788 | 28 892 | 10 488 | 7 654 |
| 54 | Märkischer Kreis | 80 533 | 39 381 | 308 000 | 150 977 | 71 470 | 44 955 | 16 487 | 12 409 |
| 55 | Olpe | 25 935 | 12 649 | 93 135 | 44 573 | 20 198 | 12 499 | 4 341 | 3 240 |
| 56 | Siegen-Wittgenstein | 50 676 | 24 628 | 200 567 | 97 169 | 47 622 | 29 678 | 10 397 | 7 683 |
| 57 | Soest | 54 139 | 26 599 | 201 912 | 98 672 | 46 848 | 29 399 | 11 040 | 8 223 |
| 58 | Unna | 72 252 | 35 384 | 288 614 | 142 663 | 66 201 | 40 859 | 13 734 | 10 305 |
| 59 | Reg.-Bez. Arnsberg | 619 291 | 302 684 | 2 566 429 | 1 258 713 | 636 981 | 399 309 | 141 356 | 106 254 |
| 60 | Nordrhein-Westfalen | 2 936 033 | 1 431 308 | 12 135 129 | 5 998 858 | 2 903 325 | 1 814 940 | 656 286 | 489 534 |

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Wanderungsstatistik

**Indikator
2.4**

Ausgewählte Strukturmerkmale der Bevölkerung: Anteil von Altersgruppen an der Bevölkerung in Prozent, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 31.12.1997

| Lfd. Nr. | Verwaltungsbezirk | Anteil der Altersgruppe in % | | | | Anteil der weibl. Bevölkerung in den einzelnen Altersgruppen in % | | | |
|-----------|-----------------------------|------------------------------|---------------|----------------|----------------|---|---------------|----------------|----------------|
| | | 0 - 14 Jahre | 15 - 64 Jahre | 65 u. m. Jahre | 80 u. m. Jahre | 0 - 14 Jahre | 15 - 64 Jahre | 65 u. m. Jahre | 80 u. m. Jahre |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | | | |
| 1 | Düsseldorf | 13,0 | 69,6 | 17,4 | 4,3 | 49,0 | 50,8 | 64,7 | 75,3 |
| 2 | Duisburg | 15,5 | 66,7 | 17,8 | 3,7 | 48,7 | 49,1 | 62,5 | 75,6 |
| 3 | Essen | 14,2 | 66,7 | 19,1 | 4,6 | 48,7 | 49,8 | 63,9 | 76,3 |
| 4 | Krefeld | 15,4 | 68,1 | 16,5 | 4,0 | 49,2 | 49,3 | 63,1 | 74,0 |
| 5 | Mönchengladbach | 16,1 | 67,6 | 16,3 | 3,7 | 48,7 | 50,0 | 63,5 | 75,6 |
| 6 | Mülheim a. d. Ruhr | 14,0 | 66,5 | 19,6 | 4,5 | 49,2 | 50,4 | 62,3 | 74,8 |
| 7 | Oberhausen | 15,4 | 67,4 | 17,2 | 3,5 | 48,0 | 49,6 | 62,8 | 77,2 |
| 8 | Remscheid | 16,6 | 66,3 | 17,2 | 4,2 | 49,2 | 49,6 | 63,8 | 75,7 |
| 9 | Solingen | 15,9 | 66,8 | 17,4 | 4,3 | 48,7 | 49,7 | 64,2 | 76,3 |
| 10 | Wuppertal | 15,1 | 67,5 | 17,3 | 4,4 | 48,6 | 49,7 | 64,7 | 75,6 |
| | Kreise | | | | | | | | |
| 11 | Kleve | 18,3 | 66,5 | 15,2 | 3,4 | 48,9 | 48,5 | 61,9 | 73,5 |
| 12 | Mettmann | 15,6 | 68,9 | 15,5 | 3,6 | 48,8 | 50,1 | 61,4 | 74,5 |
| 13 | Neuss | 16,3 | 69,2 | 14,5 | 2,9 | 49,1 | 49,6 | 60,4 | 73,5 |
| 14 | Viersen | 17,4 | 67,5 | 15,1 | 3,4 | 48,6 | 49,4 | 62,0 | 75,7 |
| 15 | Wesel | 17,0 | 67,8 | 15,3 | 3,0 | 48,7 | 49,6 | 60,4 | 74,7 |
| 16 | Reg.-Bez. Düsseldorf | 15,5 | 67,7 | 16,7 | 3,8 | 48,8 | 49,7 | 62,8 | 75,2 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | | | |
| 17 | Aachen | 13,9 | 70,6 | 15,4 | 4,0 | 49,2 | 47,4 | 63,5 | 74,9 |
| 18 | Bonn | 14,5 | 69,1 | 16,4 | 4,4 | 48,0 | 50,7 | 64,2 | 71,5 |
| 19 | Köln | 14,2 | 70,4 | 15,4 | 3,6 | 48,4 | 49,8 | 63,1 | 73,9 |
| 20 | Leverkusen | 15,1 | 68,4 | 16,4 | 3,5 | 49,0 | 49,7 | 61,1 | 74,5 |
| | Kreise | | | | | | | | |
| 21 | Aachen | 17,0 | 66,8 | 16,2 | 3,1 | 48,5 | 49,4 | 61,0 | 75,3 |
| 22 | Düren | 17,4 | 67,4 | 15,1 | 3,0 | 48,4 | 48,7 | 61,0 | 74,0 |
| 23 | Erftkreis | 16,0 | 69,7 | 14,3 | 2,8 | 48,8 | 49,3 | 60,3 | 72,9 |
| 24 | Euskirchen | 17,5 | 66,8 | 15,7 | 3,4 | 48,7 | 48,8 | 61,0 | 72,8 |
| 25 | Heinsberg | 18,4 | 66,6 | 14,9 | 2,9 | 49,0 | 49,1 | 59,8 | 73,5 |
| 26 | Oberbergischer Kreis | 18,6 | 65,7 | 15,7 | 3,7 | 49,1 | 49,5 | 62,3 | 73,4 |
| 27 | Rhein.Berg. Kreis | 16,4 | 67,8 | 15,8 | 3,6 | 49,1 | 50,0 | 60,6 | 72,9 |
| 28 | Rhein-Sieg-Kreis | 17,4 | 68,4 | 14,2 | 3,2 | 48,5 | 49,7 | 60,5 | 72,0 |
| 29 | Reg.-Bez. Köln | 16,1 | 68,6 | 15,3 | 3,4 | 48,7 | 49,5 | 61,8 | 73,4 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | | | |
| 30 | Bottrop | 15,9 | 67,1 | 17,0 | 3,2 | 48,5 | 49,8 | 62,2 | 76,3 |
| 31 | Gelsenkirchen | 15,6 | 65,7 | 18,8 | 3,9 | 48,5 | 49,5 | 63,7 | 76,7 |
| 32 | Münster | 14,1 | 70,7 | 15,2 | 3,9 | 49,0 | 51,7 | 64,3 | 73,3 |

noch: Indikator 2.4

| Lfd. Nr. | Verwaltungsbezirk | Anteil der Altersgruppe in % | | | | Anteil der weibl. Bevölkerung in den einzelnen Altersgruppen in % | | | |
|-----------|----------------------------|------------------------------|---------------|----------------|----------------|---|---------------|----------------|----------------|
| | | 0 - 14 Jahre | 15 - 64 Jahre | 65 u. m. Jahre | 80 u. m. Jahre | 0 - 14 Jahre | 15 - 64 Jahre | 65 u. m. Jahre | 80 u. m. Jahre |
| | Kreise | | | | | | | | |
| 33 | Borken | 20,5 | 66,4 | 13,1 | 2,8 | 48,6 | 48,5 | 61,2 | 73,6 |
| 34 | Coesfeld | 19,9 | 66,7 | 13,3 | 3,0 | 48,7 | 49,3 | 63,0 | 75,9 |
| 35 | Recklinghausen | 16,5 | 66,9 | 16,7 | 3,3 | 48,5 | 49,5 | 61,5 | 75,9 |
| 36 | Steinfurt | 19,1 | 66,7 | 14,2 | 3,2 | 48,4 | 48,7 | 62,1 | 73,1 |
| 37 | Warendorf | 18,6 | 66,8 | 14,6 | 3,2 | 48,8 | 48,8 | 62,5 | 74,7 |
| 38 | Reg.-Bez. Münster | 17,6 | 67,0 | 15,4 | 3,3 | 48,6 | 49,4 | 62,4 | 74,9 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | | | |
| 39 | Bielefeld | 15,2 | 66,7 | 18,1 | 4,8 | 48,8 | 50,3 | 63,5 | 73,6 |
| | Kreise | | | | | | | | |
| 40 | Gütersloh | 18,7 | 67,1 | 14,2 | 3,4 | 48,5 | 49,1 | 62,2 | 74,0 |
| 41 | Herford | 16,9 | 65,2 | 17,9 | 4,5 | 49,1 | 49,7 | 63,1 | 74,5 |
| 42 | Höxter | 18,4 | 65,1 | 16,5 | 3,9 | 48,6 | 48,4 | 62,9 | 72,5 |
| 43 | Lippe | 17,8 | 64,7 | 17,5 | 4,5 | 49,0 | 49,6 | 63,1 | 73,1 |
| 44 | Minden-Lübbecke | 17,5 | 64,9 | 17,6 | 4,4 | 48,6 | 49,1 | 63,3 | 74,6 |
| 45 | Paderborn | 19,1 | 67,5 | 13,4 | 3,0 | 48,8 | 48,9 | 63,1 | 74,7 |
| 46 | Reg.-Bez. Detmold | 17,6 | 65,9 | 16,5 | 4,1 | 48,8 | 49,4 | 63,1 | 73,9 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | | | |
| 47 | Bochum | 13,7 | 68,3 | 18,0 | 4,0 | 48,9 | 49,1 | 63,5 | 76,8 |
| 48 | Dortmund | 14,8 | 67,7 | 17,6 | 3,8 | 49,2 | 49,1 | 62,9 | 75,5 |
| 49 | Hagen | 15,7 | 66,1 | 18,2 | 4,2 | 49,1 | 49,6 | 63,7 | 75,9 |
| 50 | Hamm | 17,0 | 66,8 | 16,2 | 3,4 | 48,7 | 49,1 | 61,9 | 74,8 |
| 51 | Herne | 14,8 | 66,9 | 18,4 | 3,9 | 48,9 | 48,6 | 63,4 | 76,4 |
| | Kreise | | | | | | | | |
| 52 | Ennepe-Ruhr-Kreis | 15,1 | 67,3 | 17,6 | 4,1 | 48,8 | 49,8 | 62,7 | 75,1 |
| 53 | Hochsauerlandkreis | 17,9 | 65,6 | 16,5 | 3,7 | 48,2 | 48,6 | 61,8 | 73,0 |
| 54 | Märkischer Kreis | 17,5 | 67,0 | 15,5 | 3,6 | 48,9 | 49,0 | 62,9 | 75,3 |
| 55 | Olpe | 18,6 | 66,9 | 14,5 | 3,1 | 48,8 | 47,9 | 61,9 | 74,6 |
| 56 | Siegen-Wittgenstein | 17,0 | 67,1 | 15,9 | 3,5 | 48,6 | 48,4 | 62,3 | 73,9 |
| 57 | Soest | 17,9 | 66,7 | 15,5 | 3,6 | 49,1 | 48,9 | 62,8 | 74,5 |
| 58 | Unna | 16,9 | 67,6 | 15,5 | 3,2 | 49,0 | 49,4 | 61,7 | 75,0 |
| 59 | Reg.-Bez. Arnsberg | 16,2 | 67,1 | 16,7 | 3,7 | 48,9 | 49,0 | 62,7 | 75,2 |
| 60 | Nordrhein-Westfalen | 16,3 | 67,5 | 16,2 | 3,7 | 48,7 | 49,4 | 62,5 | 74,6 |

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Wanderungsstatistik

**Indikator
2.6**
Generatives Verhalten, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 1996 - 1998

| Lfd. Nr. | Verwaltungsbezirk | Lebendgeborene | | | | | |
|-----------|-----------------------------|----------------|---------------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|---------------------------------|
| | | 1996 | | 1997 | | 1998 | |
| | | insges. | je 1 000 Frauen zw. 15 u. 44 J. | insges. | je 1 000 Frauen zw. 15 u. 44 J. | insges. | je 1 000 Frauen zw. 15 u. 44 J. |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | |
| 1 | Düsseldorf | 5 517 | 45,3 | 5 578 | 45,8 | 5 306 | 43,7 |
| 2 | Duisburg | 5 540 | 51,4 | 5 449 | 51,2 | 5 220 | 50,0 |
| 3 | Essen | 5 649 | 46,5 | 5 598 | 46,6 | 5 311 | 44,8 |
| 4 | Krefeld | 2 464 | 48,0 | 2 486 | 49,2 | 2 274 | 45,7 |
| 5 | Mönchengladbach | 2 833 | 50,2 | 2 941 | 52,6 | 2 729 | 49,5 |
| 6 | Mülheim a. d. Ruhr | 1 625 | 47,7 | 1 576 | 46,7 | 1 490 | 44,6 |
| 7 | Oberhausen | 2 168 | 47,1 | 2 104 | 46,1 | 2 034 | 45,1 |
| 8 | Remscheid | 1 207 | 50,7 | 1 265 | 53,8 | 1 193 | 51,4 |
| 9 | Solingen | 1 661 | 50,1 | 1 730 | 52,4 | 1 617 | 49,1 |
| 10 | Wuppertal | 3 546 | 45,6 | 3 795 | 49,4 | 3 557 | 47,0 |
| | Kreise | | | | | | |
| 11 | Kleve | 3 205 | 54,3 | 3 141 | 52,9 | 3 051 | 51,3 |
| 12 | Mettmann | 4 938 | 48,5 | 4 912 | 48,6 | 4 759 | 47,2 |
| 13 | Neuss | 4 608 | 50,7 | 4 708 | 51,9 | 4 462 | 49,3 |
| 14 | Viersen | 3 124 | 52,8 | 2 974 | 49,9 | 2 950 | 49,1 |
| 15 | Wesel | 4 594 | 47,3 | 4 531 | 46,8 | 4 400 | 45,6 |
| 16 | Reg.-Bez. Düsseldorf | 52 679 | 48,7 | 52 788 | 49,1 | 50 353 | 47,2 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | |
| 17 | Aachen | 2 602 | 47,7 | 2 536 | 46,9 | 2 440 | 45,7 |
| 18 | Bonn | 3 176 | 47,2 | 3 231 | 46,5 | 3 163 | 45,5 |
| 19 | Köln | 10 372 | 48,6 | 10 442 | 49,0 | 10 043 | 47,2 |
| 20 | Leverkusen | 1 538 | 46,9 | 1 626 | 49,7 | 1 472 | 45,5 |
| | Kreise | | | | | | |
| 21 | Aachen | 3 318 | 53,6 | 3 298 | 53,4 | 3 307 | 53,7 |
| 22 | Düren | 2 779 | 51,7 | 2 868 | 53,3 | 2 747 | 51,0 |
| 23 | Erfthkreis | 4 520 | 48,1 | 4 597 | 48,9 | 4 421 | 47,2 |
| 24 | Euskirchen | 1 894 | 50,3 | 2 069 | 54,9 | 1 949 | 51,6 |
| 25 | Heinsberg | 2 614 | 52,2 | 2 638 | 52,3 | 2 528 | 49,9 |
| 26 | Oberbergischer Kreis | 3 126 | 54,0 | 3 271 | 56,4 | 3 104 | 53,3 |
| 27 | Rhein.Berg. Kreis | 2 778 | 51,0 | 2 863 | 52,4 | 2 729 | 49,9 |
| 28 | Rhein-Sieg-Kreis | 5 823 | 50,6 | 6 125 | 52,8 | 5 882 | 50,2 |
| 29 | Reg.-Bez. Köln | 44 540 | 49,9 | 45 564 | 50,9 | 43 785 | 48,9 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | |
| 30 | Bottrop | 1 133 | 45,6 | 1 191 | 48,0 | 1 088 | 44,2 |
| 31 | Gelsenkirchen | 2 808 | 47,7 | 2 879 | 49,6 | 2 710 | 47,4 |
| 32 | Münster | 2 913 | 43,2 | 2 840 | 42,3 | 2 826 | 42,5 |

noch: Indikator 2.6

| Lfd. Nr. | Verwaltungsbezirk | Lebendgeborene | | | | | |
|-----------|----------------------------|----------------|---------------------------------|----------------|---------------------------------|----------------|---------------------------------|
| | | 1996 | | 1997 | | 1998 | |
| | | insges. | je 1 000 Frauen zw. 15 u. 44 J. | insges. | je 1 000 Frauen zw. 15 u. 44 J. | insges. | je 1 000 Frauen zw. 15 u. 44 J. |
| | Kreise | | | | | | |
| 33 | Borken | 4 538 | 61,3 | 4 516 | 60,6 | 4 334 | 58,0 |
| 34 | Coesfeld | 2 572 | 57,9 | 2 511 | 56,1 | 2 539 | 56,4 |
| 35 | Recklinghausen | 6 705 | 49,1 | 6 680 | 49,3 | 6 377 | 47,5 |
| 36 | Steinfurt | 5 027 | 56,4 | 5 362 | 59,8 | 5 034 | 56,0 |
| 37 | Warendorf | 3 155 | 55,0 | 3 145 | 54,8 | 3 181 | 55,5 |
| 38 | Reg.-Bez. Münster | 28 851 | 52,2 | 29 124 | 52,8 | 28 089 | 51,1 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | |
| 39 | Bielefeld | 3 417 | 50,1 | 3 578 | 52,6 | 3 358 | 49,6 |
| | Kreise | | | | | | |
| 40 | Gütersloh | 4 004 | 56,9 | 4 220 | 59,4 | 4 028 | 56,4 |
| 41 | Herford | 2 711 | 53,9 | 2 839 | 56,2 | 2 634 | 52,2 |
| 42 | Höxter | 1 706 | 54,1 | 1 778 | 56,5 | 1 700 | 54,3 |
| 43 | Lippe | 4 092 | 56,6 | 4 182 | 57,8 | 3 949 | 54,6 |
| 44 | Minden-Lübbecke | 3 591 | 56,6 | 3 511 | 55,2 | 3 370 | 52,9 |
| 45 | Paderborn | 3 566 | 57,1 | 3 498 | 55,7 | 3 412 | 54,1 |
| 46 | Reg.-Bez. Detmold | 23 087 | 55,1 | 23 606 | 56,2 | 22 451 | 53,5 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | |
| 47 | Bochum | 3 487 | 42,1 | 3 477 | 42,4 | 3 246 | 40,1 |
| 48 | Dortmund | 6 039 | 49,9 | 5 970 | 49,9 | 5 660 | 47,9 |
| 49 | Hagen | 2 155 | 51,9 | 2 148 | 52,3 | 2 068 | 51,1 |
| 50 | Hamm | 2 071 | 54,9 | 2 006 | 54,1 | 2 016 | 55,1 |
| 51 | Herne | 1 718 | 47,8 | 1 635 | 46,0 | 1 662 | 47,3 |
| | Kreise | | | | | | |
| 52 | Ennepe-Ruhr-Kreis | 3 301 | 46,9 | 3 355 | 47,9 | 3 119 | 44,8 |
| 53 | Hochsauerlandkreis | 3 256 | 56,6 | 3 208 | 55,9 | 3 105 | 54,6 |
| 54 | Märkischer Kreis | 4 927 | 53,1 | 4 933 | 53,3 | 4 669 | 50,6 |
| 55 | Olpe | 1 592 | 55,2 | 1 585 | 54,8 | 1 602 | 55,2 |
| 56 | Siegen-Wittgenstein | 3 135 | 51,4 | 3 099 | 51,1 | 2 994 | 49,7 |
| 57 | Soest | 3 202 | 51,2 | 3 367 | 53,7 | 3 233 | 51,6 |
| 58 | Unna | 4 453 | 50,3 | 4 521 | 51,1 | 4 235 | 48,0 |
| 59 | Reg.-Bez. Arnsberg | 39 336 | 50,4 | 39 304 | 50,6 | 37 609 | 48,8 |
| 60 | Nordrhein-Westfalen | 188 493 | 50,6 | 190 386 | 51,2 | 182 287 | 49,2 |

Datenquelle:

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Fortschreibung d. Bevölkerungsstandes, Geburtenstatistik

**Indikator
2.8**
Empfänger laufender Hilfe z. Lebensunterhalt außerhalb v. Einrichtungen nach dem Bundessozialhilfegesetz und Leistungsbezieher nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 31.12.1997

| Lfd. Nr. | Verwaltungsbezirk | Empfänger laufender Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz | | | | | |
|-----------|-----------------------------|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | männlich | je 1 000 Einw. | weiblich | je 1 000 Einw. | insgesamt | je 1 000 Einw. |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | |
| 1 | Düsseldorf | 10 532 | 39,2 | 13 437 | 44,4 | 23 969 | 42,0 |
| 2 | Duisburg | 10 181 | 39,6 | 15 873 | 58,3 | 26 054 | 49,2 |
| 3 | Essen | 14 570 | 50,2 | 20 787 | 65,2 | 35 357 | 58,1 |
| 4 | Krefeld | 6 610 | 55,6 | 9 101 | 71,9 | 15 711 | 64,0 |
| 5 | Mönchengladbach | 7 225 | 56,5 | 10 108 | 72,9 | 17 333 | 65,0 |
| 6 | Mülheim a. d. Ruhr | 2 381 | 28,6 | 3 576 | 38,8 | 5 957 | 33,9 |
| 7 | Oberhausen | 4 070 | 37,7 | 6 048 | 52,4 | 10 118 | 45,3 |
| 8 | Remscheid | 2 109 | 36,4 | 2 901 | 46,3 | 5 010 | 41,5 |
| 9 | Solingen | 1 502 | 19,0 | 2 278 | 26,5 | 3 780 | 22,9 |
| 10 | Wuppertal | 7 767 | 43,1 | 10 697 | 54,5 | 18 464 | 49,0 |
| | Kreise | | | | | | |
| 11 | Kleve | 2 688 | 18,6 | 4 147 | 28,0 | 6 835 | 23,3 |
| 12 | Mettmann | 5 605 | 23,0 | 8 323 | 31,9 | 13 928 | 27,6 |
| 13 | Neuss | 4 269 | 19,8 | 5 884 | 26,1 | 10 153 | 23,0 |
| 14 | Viersen | 2 491 | 17,3 | 3 520 | 23,4 | 6 011 | 20,4 |
| 15 | Wesel | 5 666 | 24,7 | 8 206 | 34,2 | 13 872 | 29,5 |
| 16 | Reg.-Bez. Düsseldorf | 87 666 | 34,4 | 124 886 | 45,7 | 212 552 | 40,2 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | |
| 17 | Aachen | 6 041 | 49,3 | 7 679 | 62,2 | 13 720 | 55,8 |
| 18 | Bonn | 4 712 | 32,5 | 5 901 | 36,9 | 10 613 | 34,8 |
| 19 | Köln | 23 334 | 50,0 | 30 561 | 61,4 | 53 895 | 55,9 |
| 20 | Leverkusen | 1 988 | 25,2 | 2 838 | 34,0 | 4 826 | 29,7 |
| | Kreise | | | | | | |
| 21 | Aachen | 6 056 | 40,8 | 8 299 | 53,4 | 14 355 | 47,2 |
| 22 | Düren | 4 396 | 33,9 | 5 787 | 43,8 | 10 183 | 38,9 |
| 23 | Erftkreis | 7 943 | 36,1 | 10 291 | 45,2 | 18 234 | 40,7 |
| 24 | Euskirchen | 1 993 | 21,9 | 2 903 | 30,9 | 4 896 | 26,5 |
| 25 | Heinsberg | 3 724 | 31,0 | 5 280 | 42,7 | 9 004 | 36,9 |
| 26 | Oberbergischer Kreis | 2 981 | 21,6 | 3 834 | 26,3 | 6 815 | 24,0 |
| 27 | Rhein.-Berg. Kreis | 3 217 | 24,3 | 4 463 | 31,8 | 7 680 | 28,2 |
| 28 | Rhein-Sieg-Kreis | 5 220 | 19,1 | 6 910 | 24,2 | 12 130 | 21,7 |
| 29 | Reg.-Bez. Köln | 71 605 | 34,6 | 94 746 | 43,7 | 166 351 | 39,3 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | |
| 30 | Bottrop | 1 626 | 27,7 | 2 356 | 37,5 | 3 982 | 32,8 |
| 31 | Gelsenkirchen | 6 939 | 50,5 | 10 052 | 67,5 | 16 991 | 59,3 |
| 32 | Münster | 4 571 | 36,9 | 5 901 | 41,8 | 10 472 | 39,5 |

| Leistungsbezieher nach dem Asylbewerberleistungsgesetz | | | | | | Leistungs-empfänger zusammen | | Verwaltungsbezirk | Lfd Nr. |
|--|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|------------------------------|----------------|---------------------------------|-----------|
| männl. | je 1 000 Einw. | weibl. | je 1 000 Einw. | insges. | je 1 000 Einw. | insges. | je 1 000 Einw. | | |
| 180 | 0,7 | 128 | 0,4 | 308 | 0,5 | 24 277 | 42,5 | Kreisfreie Städte Düsseldorf | 1 |
| 1 933 | 7,5 | 1 744 | 6,4 | 3 677 | 7,0 | 29 731 | 56,2 | Duisburg | 2 |
| 3 101 | 10,7 | 2 280 | 7,2 | 5 381 | 8,8 | 40 738 | 66,9 | Essen | 3 |
| 992 | 8,3 | 799 | 6,3 | 1 791 | 7,3 | 17 502 | 71,3 | Krefeld | 4 |
| 679 | 5,3 | 511 | 3,7 | 1 190 | 4,5 | 18 523 | 69,5 | Mönchengladbach | 5 |
| 888 | 10,7 | 781 | 8,5 | 1 669 | 9,5 | 7 626 | 43,5 | Mülheim a. d. Ruhr | 6 |
| 912 | 8,4 | 586 | 5,1 | 1 498 | 6,7 | 11 616 | 52,0 | Oberhausen | 7 |
| 561 | 9,7 | 494 | 7,9 | 1 055 | 8,7 | 6 065 | 50,3 | Remscheid | 8 |
| 458 | 5,8 | 446 | 5,2 | 904 | 5,5 | 4 684 | 28,4 | Solingen | 9 |
| 2 059 | 11,4 | 1 666 | 8,5 | 3 725 | 9,9 | 22 189 | 58,9 | Wuppertal | 10 |
| | | | | | | | | Kreise | |
| 1 392 | 9,6 | 964 | 6,5 | 2 356 | 8,0 | 9 191 | 31,4 | Kleve | 11 |
| 2 000 | 8,2 | 1 557 | 6,0 | 3 557 | 7,0 | 17 485 | 34,6 | Mettmann | 12 |
| 1 531 | 7,1 | 1 038 | 4,6 | 2 569 | 5,8 | 12 722 | 28,8 | Neuss | 13 |
| 1 014 | 7,1 | 509 | 3,4 | 1 523 | 5,2 | 7 534 | 25,6 | Viersen | 14 |
| 2 269 | 9,9 | 1 532 | 6,4 | 3 801 | 8,1 | 17 673 | 37,6 | Wesel | 15 |
| 19 969 | 7,8 | 15 035 | 5,5 | 35 004 | 6,6 | 247 556 | 46,8 | Reg.-Bez. Düsseldorf | 16 |
| | | | | | | | | Kreisfreie Städte | |
| 836 | 6,8 | 770 | 6,2 | 1 606 | 6,5 | 15 326 | 62,3 | Aachen | 17 |
| 756 | 5,2 | 706 | 4,4 | 1 462 | 4,8 | 12 075 | 39,6 | Bonn | 18 |
| 2 160 | 4,6 | 1 833 | 3,7 | 3 993 | 4,1 | 57 888 | 60,0 | Köln | 19 |
| 306 | 3,9 | 266 | 3,2 | 572 | 3,5 | 5 398 | 33,3 | Leverkusen | 20 |
| | | | | | | | | Kreise | |
| 1 868 | 12,6 | 1 375 | 8,8 | 3 243 | 10,7 | 17 598 | 57,9 | Aachen | 21 |
| 1 141 | 8,8 | 914 | 6,9 | 2 055 | 7,8 | 12 238 | 46,7 | Düren | 22 |
| 1 753 | 8,0 | 1 436 | 6,3 | 3 189 | 7,1 | 21 423 | 47,8 | Erfktkreis | 23 |
| 622 | 6,8 | 549 | 5,8 | 1 171 | 6,3 | 6 067 | 32,8 | Euskirchen | 24 |
| 860 | 7,2 | 620 | 5,0 | 1 480 | 6,1 | 10 484 | 43,0 | Heinsberg | 25 |
| 1 262 | 9,1 | 773 | 5,3 | 2 035 | 7,2 | 8 850 | 31,2 | Oberbergischer Kreis | 26 |
| 1 166 | 8,8 | 1 030 | 7,3 | 2 196 | 8,1 | 9 876 | 36,2 | Rhein.-Berg. Kreis | 27 |
| 1 741 | 6,4 | 1 250 | 4,4 | 2 991 | 5,3 | 15 121 | 27,0 | Rhein-Sieg-Kreis | 28 |
| 14 471 | 7,0 | 11 522 | 5,3 | 25 993 | 6,1 | 192 344 | 45,4 | Reg.-Bez. Köln | 29 |
| | | | | | | | | Kreisfreie Städte | |
| 504 | 8,6 | 396 | 6,3 | 900 | 7,4 | 4 882 | 40,2 | Bottrop | 30 |
| 1 292 | 9,4 | 1 216 | 8,2 | 2 508 | 8,8 | 19 499 | 68,1 | Gelsenkirchen | 31 |
| 789 | 6,4 | 728 | 5,2 | 1 517 | 5,7 | 11 989 | 45,2 | Münster | 32 |

noch: Indikator 2.8

| Lfd. Nr. | Verwaltungsbezirk | Empfänger laufender Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz | | | | | |
|-------------|--------------------------------|---|-------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|
| | | männlich | je 1 000 Einw. | weiblich | je 1 000 Einw. | insgesamt | je 1 000 Einw. |
| 33 | Kreise Borken | 3 651 | 20,9 | 5 034 | 28,7 | 8 685 | 24,8 |
| 34 | Coesfeld | 1 935 | 19,0 | 2 865 | 27,0 | 4 800 | 23,1 |
| 35 | Recklinghausen | 11 385 | 35,4 | 16 637 | 48,9 | 28 022 | 42,3 |
| 36 | Steinfurt | 5 036 | 23,9 | 6 658 | 30,9 | 11 694 | 27,5 |
| 37 | Warendorf | 2 902 | 21,4 | 4 186 | 29,9 | 7 088 | 25,7 |
| 38 | Reg.-Bez. Münster | 38 045 | 30,1 | 53 689 | 40,4 | 91 734 | 35,3 |
| 39 | Kreisfreie Städte Bielefeld | 6 484 | 42,2 | 8 137 | 47,9 | 14 621 | 45,2 |
| 40 | Kreise Gütersloh | 3 602 | 21,7 | 5 007 | 29,2 | 8 609 | 25,5 |
| 41 | Herford | 2 485 | 20,5 | 3 308 | 25,1 | 5 793 | 22,9 |
| 42 | Höxter | 1 529 | 20,0 | 2 066 | 26,2 | 3 595 | 23,2 |
| 43 | Lippe | 4 048 | 23,1 | 5 227 | 27,7 | 9 275 | 25,5 |
| 44 | Minden-Lübbecke | 3 496 | 22,5 | 4 572 | 27,8 | 8 068 | 25,2 |
| 45 | Paderborn | 4 785 | 34,3 | 6 186 | 42,9 | 10 971 | 38,7 |
| 46 | Reg.-Bez. Detmold | 26 429 | 26,8 | 34 503 | 32,9 | 60 932 | 29,9 |
| 47 | Kreisfreie Städte Bochum | 5 394 | 28,2 | 7 964 | 38,9 | 13 358 | 33,7 |
| 48 | Dortmund | 17 211 | 59,7 | 22 971 | 74,9 | 40 182 | 67,5 |
| 49 | Hagen | 3 598 | 35,9 | 5 183 | 47,6 | 8 781 | 42,0 |
| 50 | Hamm | 3 230 | 36,4 | 4 385 | 47,4 | 7 615 | 42,0 |
| 51 | Herne | 3 294 | 38,1 | 4 903 | 53,7 | 8 197 | 46,1 |
| 52 | Kreise Ennepe-Ruhr-Kreis | 4 344 | 25,7 | 5 913 | 32,4 | 10 257 | 29,2 |
| 53 | Hochsauerlandkreis | 4 891 | 34,9 | 6 362 | 44,1 | 11 253 | 39,6 |
| 54 | Märkischer Kreis | 8 760 | 39,0 | 12 196 | 51,8 | 20 956 | 45,6 |
| 55 | Olpe | 673 | 9,7 | 1 031 | 14,8 | 1 704 | 12,2 |
| 56 | Siegen-Wittgenstein | 3 986 | 27,0 | 5 714 | 37,7 | 9 700 | 32,5 |
| 57 | Soest | 4 907 | 33,1 | 6 941 | 44,9 | 11 848 | 39,1 |
| 58 | Unna | 8 402 | 40,4 | 11 294 | 51,6 | 19 696 | 46,1 |
| 59 | Reg.-Bez. Arnsberg | 68 690 | 36,9 | 94 857 | 48,4 | 163 547 | 42,8 |
| 60 | Nordrhein-Westfalen | 292 435 | 33,5 | 402 681 | 43,6 | 695 116 | 38,7 |

Datenquelle:

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Statistik der Sozialhilfe, Asylbewerberleistungsstatistik

| Leistungsbezieher nach dem Asylbewerberleistungsgesetz | | | | | | Leistungs-empfänger zusammen | | Verwaltungsbezirk | Lfd. Nr. |
|--|----------------|---------------|----------------|----------------|----------------|------------------------------|----------------|----------------------------|-----------|
| männl. | je 1 000 Einw. | weibl. | je 1 000 Einw. | insges. | je 1 000 Einw. | insges. | je 1 000 Einw. | | |
| 2 207 | 12,7 | 1 765 | 10,1 | 3 972 | 11,4 | 12 657 | 36,2 | Kreise | |
| 1 362 | 13,4 | 1 135 | 10,7 | 2 497 | 12,0 | 7 297 | 35,1 | Borken | 33 |
| 3 555 | 11,0 | 2 880 | 8,5 | 6 435 | 9,7 | 34 457 | 52,0 | Coesfeld | 34 |
| 3 028 | 14,4 | 2 417 | 11,2 | 5 445 | 12,8 | 17 139 | 40,2 | Recklinghausen | 35 |
| 1 175 | 8,7 | 714 | 5,1 | 1 889 | 6,8 | 8 977 | 32,5 | Steinfurt | 36 |
| | | | | | | | | Warendorf | 37 |
| 13 912 | 11,0 | 11 251 | 8,5 | 25 163 | 9,7 | 116 897 | 45,0 | Reg.-Bez. Münster | 38 |
| 880 | 5,7 | 833 | 4,9 | 1 713 | 5,3 | 16 334 | 50,5 | Kreisfreie Städte | |
| | | | | | | | | Bielefeld | 39 |
| 1 266 | 7,6 | 948 | 5,5 | 2 214 | 6,6 | 10 823 | 32,1 | Kreise | |
| 775 | 6,4 | 665 | 5,1 | 1 440 | 5,7 | 7 233 | 28,6 | Gütersloh | 40 |
| 778 | 10,2 | 509 | 6,5 | 1 287 | 8,3 | 4 882 | 31,5 | Herford | 41 |
| 1 659 | 9,5 | 1 259 | 6,7 | 2 918 | 8,0 | 12 193 | 33,5 | Höxter | 42 |
| 1 216 | 7,8 | 975 | 5,9 | 2 191 | 6,9 | 10 259 | 32,1 | Lippe | 43 |
| 1 052 | 7,5 | 714 | 5,0 | 1 766 | 6,2 | 12 737 | 44,9 | Minden-Lübbecke | 44 |
| | | | | | | | | Paderborn | 45 |
| 7 626 | 7,7 | 5 903 | 5,6 | 13 529 | 6,6 | 74 461 | 36,6 | Reg.-Bez. Detmold | 46 |
| 2 255 | 11,8 | 1 943 | 9,5 | 4 198 | 10,6 | 17 556 | 44,4 | Kreisfreie Städte | |
| 794 | 2,8 | 664 | 2,2 | 1 458 | 2,5 | 41 640 | 70,0 | Bochum | 47 |
| 877 | 8,8 | 700 | 6,4 | 1 577 | 7,5 | 10 358 | 49,6 | Dortmund | 48 |
| 545 | 6,1 | 493 | 5,3 | 1 038 | 5,7 | 8 653 | 47,8 | Hagen | 49 |
| 537 | 6,2 | 354 | 3,9 | 891 | 5,0 | 9 088 | 51,1 | Hamm | 50 |
| | | | | | | | | Herne | 51 |
| 1 460 | 8,6 | 1 264 | 6,9 | 2 724 | 7,8 | 12 981 | 36,9 | Kreise | |
| 3 898 | 27,8 | 2 118 | 14,7 | 6 016 | 21,2 | 17 269 | 60,7 | Ennepe-Ruhr-Kreis | 52 |
| 2 721 | 12,1 | 2 000 | 8,5 | 4 721 | 10,3 | 25 677 | 55,8 | Hochsauerlandkreis | 53 |
| 487 | 7,0 | 279 | 4,0 | 766 | 5,5 | 2 470 | 17,7 | Märkischer Kreis | 54 |
| 867 | 5,9 | 645 | 4,3 | 1 512 | 5,1 | 11 212 | 37,5 | Olpe | 55 |
| 1 762 | 11,9 | 1 281 | 8,3 | 3 043 | 10,0 | 14 891 | 49,2 | Siegen-Wittgenstein | 56 |
| 2 510 | 12,1 | 1 798 | 8,2 | 4 308 | 10,1 | 24 004 | 56,2 | Soest | 57 |
| | | | | | | | | Unna | 58 |
| 18 713 | 10,0 | 13 539 | 6,9 | 32 252 | 8,4 | 195 799 | 51,2 | Reg.-Bez. Arnsberg | 59 |
| 74 691 | 8,6 | 57 250 | 6,2 | 131 941 | 7,3 | 827 057 | 46,0 | Nordrhein-Westfalen | 60 |

**Indikator
2.9**
Arbeitslose und Arbeitslosenquote, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 30.09.1998

| Lfd. Nr. | Verwaltungsbezirk | Arbeitslose insgesamt | | | | | | Dar.: Langzeitarbeitslose* | |
|-----------|-----------------------------|-----------------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------------------|------------|
| | | männlich | in %** | weiblich | in %** | insges. | in %** | insges. | in %** |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | | | |
| 1 | Düsseldorf | 18 937 | 13,8 | 12 906 | 10,7 | 31 843 | 12,3 | 14 038 | 5,4 |
| 2 | Duisburg | 20 431 | 16,0 | 13 194 | 15,5 | 33 625 | 15,8 | 15 369 | 7,2 |
| 3 | Essen | 20 638 | 14,7 | 11 958 | 11,1 | 32 596 | 13,2 | 13 566 | 5,5 |
| 4 | Krefeld | 8 404 | 14,9 | 6 030 | 14,2 | 14 434 | 14,6 | 6 628 | 6,7 |
| 5 | Mönchengladbach | 8 612 | 13,7 | 6 052 | 12,7 | 14 664 | 13,3 | 5 720 | 5,2 |
| 6 | Mülheim a. d. Ruhr | 4 634 | 11,7 | 2 943 | 9,6 | 7 577 | 10,8 | 3 046 | 4,3 |
| 7 | Oberhausen | 7 777 | 14,5 | 4 915 | 13,2 | 12 692 | 14,0 | 5 510 | 6,1 |
| 8 | Remscheid | 2 604 | 8,5 | 2 571 | 11,3 | 5 175 | 9,7 | 2 155 | 4,1 |
| 9 | Solingen | 3 627 | 9,4 | 3 021 | 9,6 | 6 648 | 9,5 | 2 468 | 3,5 |
| 10 | Wuppertal | 9 891 | 11,4 | 8 524 | 11,9 | 18 415 | 11,6 | 8 113 | 5,1 |
| | Kreise | | | | | | | | |
| 11 | Kleve | 6 223 | 9,4 | 4 830 | 10,7 | 11 053 | 9,9 | 4 548 | 4,1 |
| 12 | Mettmann | 9 602 | 7,9 | 8 556 | 8,8 | 18 158 | 8,3 | 7 397 | 3,4 |
| 13 | Neuss | 9 294 | 8,7 | 7 101 | 8,9 | 16 395 | 8,8 | 6 401 | 3,4 |
| 14 | Viersen | 5 947 | 8,7 | 5 519 | 10,7 | 11 466 | 9,5 | 4 869 | 4,0 |
| 15 | Wesel | 11 633 | 10,7 | 8 284 | 11,2 | 19 917 | 10,9 | 8 718 | 4,8 |
| 16 | Reg.-Bez. Düsseldorf | 148 254 | 11,9 | 106 404 | 11,3 | 254 658 | 11,6 | 108 546 | 5,0 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | | | |
| 17 | Aachen | 7 589 | 14,4 | 5 565 | 12,9 | 13 154 | 13,7 | 5 688 | 5,9 |
| 18 | Bonn | 5 626 | 8,8 | 4 089 | 6,8 | 9 715 | 7,9 | 2 987 | 2,4 |
| 19 | Köln | 35 193 | 15,5 | 22 944 | 12,2 | 58 137 | 14,0 | 22 623 | 5,5 |
| 20 | Leverkusen | 4 856 | 11,9 | 3 551 | 12,0 | 8 407 | 11,9 | 3 884 | 5,5 |
| | Kreise | | | | | | | | |
| 21 | Aachen | 7 983 | 11,4 | 6 185 | 12,5 | 14 168 | 11,8 | 6 506 | 5,4 |
| 22 | Düren | 5 337 | 8,9 | 4 564 | 10,9 | 9 901 | 9,7 | 4 053 | 4,0 |
| 23 | Erftkreis | 9 395 | 8,9 | 6 175 | 8,2 | 15 570 | 8,6 | 5 502 | 3,0 |
| 24 | Euskirchen | 3 131 | 7,4 | 2 535 | 8,6 | 5 666 | 7,9 | 1 841 | 2,6 |
| 25 | Heinsberg | 5 980 | 11,0 | 4 805 | 13,5 | 10 785 | 12,0 | 4 856 | 5,4 |
| 26 | Oberbergischer Kreis | 5 419 | 8,2 | 5 513 | 11,4 | 10 932 | 9,5 | 4 227 | 3,7 |
| 27 | Rhein.Berg. Kreis | 5 308 | 8,4 | 4 877 | 9,8 | 10 185 | 9,0 | 4 196 | 3,7 |
| 28 | Rhein-Sieg-Kreis | 9 659 | 7,7 | 7 875 | 7,8 | 17 534 | 7,7 | 6 309 | 2,8 |
| 29 | Reg.-Bez. Köln | 105 476 | 10,8 | 78 678 | 10,5 | 184 154 | 10,7 | 72 672 | 4,2 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | | | |
| 30 | Bottrop | 3 880 | 13,7 | 2 718 | 14,1 | 6 598 | 13,9 | 3 134 | 6,6 |
| 31 | Gelsenkirchen | 11 840 | 17,9 | 7 742 | 17,4 | 19 582 | 17,7 | 8 676 | 7,8 |
| 32 | Münster | 5 963 | 10,6 | 4 343 | 8,2 | 10 306 | 9,4 | 2 769 | 2,5 |

noch: Indikator 2.9

| Lfd. Nr. | Verwaltungsbezirk | Arbeitslose insgesamt | | | | | | Dar.: Langzeit-arbeitslose* | |
|-----------|----------------------------|-----------------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|-----------------------------|------------|
| | | männlich | in %** | weiblich | in %** | insges. | in %** | insges. | in %** |
| | Kreise | | | | | | | | |
| 33 | Borken | 5 764 | 7,0 | 5 780 | 10,6 | 11 544 | 8,5 | 4 091 | 3,0 |
| 34 | Coesfeld | 3 306 | 6,9 | 2 876 | 8,3 | 6 182 | 7,5 | 2 063 | 2,5 |
| 35 | Recklinghausen | 20 777 | 13,4 | 15 127 | 14,5 | 35 904 | 13,8 | 16 068 | 6,2 |
| 36 | Steinfurt | 6 722 | 6,9 | 6 650 | 9,4 | 13 372 | 7,9 | 4 383 | 2,6 |
| 37 | Warendorf | 4 398 | 6,7 | 4 630 | 10,1 | 9 028 | 8,1 | 2 996 | 2,7 |
| 38 | Reg.-Bez. Münster | 62 650 | 10,5 | 49 866 | 11,7 | 112 516 | 11,0 | 44 180 | 4,3 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | | | |
| 39 | Bielefeld | 9 510 | 12,9 | 8 238 | 12,8 | 17 748 | 12,8 | 7 052 | 5,1 |
| | Kreise | | | | | | | | |
| 40 | Gütersloh | 5 863 | 6,9 | 5 822 | 9,2 | 11 685 | 7,9 | 4 750 | 3,2 |
| 41 | Herford | 4 815 | 8,0 | 4 965 | 9,9 | 9 780 | 8,9 | 3 867 | 3,5 |
| 42 | Höxter | 2 692 | 7,6 | 2 529 | 10,4 | 5 221 | 8,8 | 1 746 | 2,9 |
| 43 | Lippe | 6 638 | 8,0 | 6 686 | 10,1 | 13 324 | 8,9 | 4 676 | 3,1 |
| 44 | Minden-Lübbecke | 6 224 | 8,4 | 6 346 | 10,7 | 12 570 | 9,4 | 4 761 | 3,6 |
| 45 | Paderborn | 5 676 | 8,4 | 5 966 | 12,2 | 11 642 | 10,0 | 3 841 | 3,3 |
| 46 | Reg.-Bez. Detmold | 41 418 | 8,7 | 40 552 | 10,8 | 81 970 | 9,6 | 30 693 | 3,6 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | | | |
| 47 | Bochum | 12 523 | 13,8 | 8 699 | 12,7 | 21 222 | 13,4 | 9 579 | 6,0 |
| 48 | Dortmund | 24 477 | 17,8 | 14 972 | 14,6 | 39 449 | 16,4 | 18 664 | 7,8 |
| 49 | Hagen | 6 385 | 12,6 | 4 956 | 13,1 | 11 341 | 12,8 | 4 960 | 5,6 |
| 50 | Hamm | 5 363 | 12,8 | 4 410 | 14,6 | 9 773 | 13,6 | 3 796 | 5,3 |
| 51 | Herne | 6 202 | 15,4 | 4 428 | 16,1 | 10 630 | 15,7 | 4 634 | 6,9 |
| | Kreise | | | | | | | | |
| 52 | Ennepe-Ruhr-Kreis | 8 846 | 10,8 | 7 411 | 11,6 | 16 257 | 11,2 | 7 117 | 4,9 |
| 53 | Hochsauerlandkreis | 4 455 | 6,5 | 4 394 | 9,5 | 8 849 | 7,7 | 2 995 | 2,6 |
| 54 | Märkischer Kreis | 9 609 | 8,7 | 9 400 | 11,2 | 19 009 | 9,7 | 8 051 | 4,1 |
| 55 | Olpe | 2 099 | 5,9 | 2 217 | 10,0 | 4 316 | 7,5 | 1 588 | 2,8 |
| 56 | Siegen-Wittgenstein | 6 232 | 8,7 | 5 064 | 10,4 | 11 296 | 9,4 | 4 721 | 3,9 |
| 57 | Soest | 5 398 | 7,7 | 5 294 | 10,2 | 10 692 | 8,8 | 3 382 | 2,8 |
| 58 | Unna | 11 974 | 12,3 | 9 701 | 13,7 | 21 675 | 12,9 | 9 458 | 5,6 |
| 59 | Reg.-Bez. Arnsberg | 103 563 | 11,6 | 80 946 | 12,4 | 184 509 | 11,9 | 78 945 | 5,1 |
| 60 | Nordrhein-Westfalen | 461 361 | 11,0 | 356 446 | 11,3 | 817 807 | 11,1 | 335 036 | 4,6 |

Datenquelle:
Landesarbeitsamt NRW:
Statistik der Arbeitsvermittlung

* ein Jahr und mehr arbeitslos
** in % der abhängigen
Erwerbspersonen

**Indikator
2.10**
Erwerbstätigenquote¹, Nordrhein-Westfalen nach Regionen, 1998

| Lfd. Nr. | Regionen (Mikrozensus) | Erwerbstätige* | | davon: | | | |
|-------------|--|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|
| | | | | Frauen | | Männer | |
| | | insgesamt in 1 000 | Quote in % | insgesamt in 1 000 | Quote in % | insgesamt in 1 000 | Quote in % |
| 1 | Krfr. Stadt Krefeld u. Kreis Kleve | 222 | 41,3 | 89 | 32,4 | 133 | 50,5 |
| 2 | Kreis Wesel | 183 | 38,8 | 69 | 28,6 | 114 | 49,5 |
| 3 | Krfr. Stadt Duisburg | 188 | 35,6 | 71 | 26,1 | 117 | 45,6 |
| 4 | Krfr. Städte Mülheim a. d. Ruhr, Oberhausen | 152 | 38,2 | 63 | 30,3 | 89 | 46,8 |
| 5 | Krfr. Stadt Essen | 248 | 40,8 | 106 | 33,3 | 142 | 49,0 |
| 6 | Krfr. Stadt Mönchengladbach und Kreis Viersen | 239 | 42,6 | 97 | 33,6 | 142 | 52,1 |
| 7 | Kreis Neuss | 183 | 41,5 | 73 | 32,2 | 110 | 51,1 |
| 8 | Krfr. Stadt Düsseldorf | 251 | 44,0 | 110 | 36,5 | 141 | 52,5 |
| 9 | Kreis Mettmann | 219 | 43,3 | 91 | 34,9 | 128 | 52,4 |
| 10 | Krfr. Stadt Wuppertal | 157 | 41,9 | 66 | 33,5 | 92 | 50,9 |
| 11 | Krfr. Städte Remscheid, Solingen | 127 | 44,5 | 54 | 36,0 | 74 | 53,8 |
| | Reg.Bez. Düsseldorf | 2 169 | 41,1 | 887 | 32,5 | 1 281 | 50,3 |
| 12 | Krfr. Stadt Aachen u. Kreis Aachen | 218 | 39,7 | 86 | 31,0 | 132 | 48,6 |
| 13 | Kreise Düren, Heinsberg | 196 | 38,7 | 72 | 28,1 | 124 | 49,5 |
| 14 | Erftkreis, Kreis Euskirchen | 269 | 42,4 | 103 | 32,1 | 165 | 53,0 |
| 15 | Krfr. Stadt Köln | 427 | 44,3 | 180 | 36,3 | 246 | 52,8 |
| 16 | Krfr. Stadt Leverkusen, und Rhein.-Berg.-Kreis, Oberbergischer Kreis | 301 | 41,8 | 122 | 33,0 | 178 | 51,0 |
| 17 | Krfr. Stadt Bonn | 137 | 45,0 | 60 | 37,5 | 77 | 53,4 |
| 18 | Rhein-Sieg-Kreis | 243 | 43,3 | 100 | 35,0 | 143 | 51,8 |
| | Reg.-Bez. Köln | 1 790 | 42,2 | 724 | 33,4 | 1 065 | 51,5 |

noch: Indikator 2.10

| Lfd. Nr. | Regionen (Mikrozensus) | Erwerbstätige* | | davon: | | | |
|-------------|---|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|
| | | | | Frauen | | Männer | |
| | | insgesamt in 1 000 | Quote in % | insgesamt in 1 000 | Quote in % | insgesamt in 1 000 | Quote in % |
| 19 | Kreise Borken, Steinfurt | 337 | 43,3 | 134 | 34,3 | 202 | 52,4 |
| 20 | Krfr. Stadt Münster und Kreise Coesfeld, Warendorf | 327 | 43,6 | 138 | 35,5 | 189 | 52,4 |
| 21 | Krfr. Stadt Bottrop und Kreis Recklinghausen | 294 | 37,5 | 115 | 28,6 | 179 | 47,1 |
| 22 | Krfr. Stadt Gelsenkirchen | 104 | 36,5 | 41 | 27,6 | 63 | 46,1 |
| | Reg.-Bez. Münster | 1 062 | 40,5 | 428 | 40,5 | 634 | 40,5 |
| 23 | Krfr. Stadt Bielefeld | 139 | 42,9 | 61 | 35,7 | 78 | 50,9 |
| 24 | Kreise Gütersloh, Herford | 265 | 44,8 | 110 | 36,4 | 154 | 53,7 |
| 25 | Kreise Minden-Lübbecke, Lippe | 284 | 41,5 | 121 | 34,2 | 163 | 49,4 |
| 26 | Kreise Höxter, Paderborn | 176 | 40,1 | 68 | 30,3 | 109 | 50,3 |
| | Reg.-Bez. Detmold | 863 | 42,4 | 359 | 34,2 | 504 | 51,1 |
| 27 | Krfr. Städte Herne, Bochum | 216 | 37,8 | 89 | 30,3 | 127 | 45,8 |
| 28 | Krfr. Stadt Dortmund | 217 | 36,5 | 91 | 29,8 | 126 | 43,6 |
| 29 | Krfr. Stadt Hamm und Kreis Unna | 234 | 38,5 | 94 | 30,2 | 140 | 47,3 |
| 30 | Kreis Soest, Hochsauerlandkreis | 253 | 43,0 | 102 | 34,1 | 151 | 52,2 |
| 31 | Krfr. Stadt Hagen und Ennepe-Ruhr-Kreis | 228 | 40,7 | 92 | 31,5 | 136 | 50,7 |
| 32 | Märkischer Kreis | 199 | 43,2 | 80 | 34,0 | 119 | 52,8 |
| 34 | Kreise Siegen-Wittgenstein, Olpe | 176 | 40,1 | 69 | 31,4 | 106 | 49,0 |
| | Reg.-Bez. Arnsberg | 1 522 | 39,8 | 617 | 31,5 | 905 | 48,6 |
| | Nordrhein-Westfalen | 7 405 | 41,2 | 3 016 | 32,6 | 4 389 | 50,3 |

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Mikrozensus

¹ Erwerbstätigenquote in bezug auf die
Gesamtbevölkerung
* Mikrozensus-Auswertungstabellen enthalten
Rundungsdifferenzen

**Indikator
2.11**
**Zahl der Ehescheidungen und dadurch betroffene minderjährige Kinder,
Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 1991, 1992**

| Lfd. Nr. | Verwaltungsbezirk | 1991 | | | | 1992 | | | |
|-------------|----------------------------|----------------|-------------------|---------------------------------------|-------------------|----------------|-------------------|---------------------------------------|-------------------|
| | | Ehescheidungen | | betroffene minderjährige Kinder | | Ehescheidungen | | betroffene minderjährige Kinder | |
| | | insges. | je 10 000 Ehen | insges. | je 10 000 Ehen | insges. | je 10 000 Ehen | insges. | je 10 000 Ehen |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | | | |
| 1 | Düsseldorf | 1 381 | 107,1 | 740 | 57,4 | 1 353 | 105,4 | 767 | 59,7 |
| 2 | Duisburg | 1 263 | 95,9 | 888 | 67,4 | 1 238 | 94,3 | 835 | 63,6 |
| 3 | Essen | 1 373 | 89,9 | 913 | 59,8 | 1 397 | 91,7 | 989 | 64,9 |
| 4 | Krefeld | 614 | 106,1 | 335 | 57,9 | 614 | 105,4 | 368 | 63,2 |
| 5 | Mönchengladbach | 597 | 93,1 | 383 | 59,8 | 571 | 88,2 | 362 | 55,9 |
| 6 | Mülheim a. d. Ruhr | 355 | 78,0 | 239 | 52,5 | 346 | 76,2 | 245 | 54,0 |
| 7 | Oberhausen | 536 | 94,5 | 409 | 72,1 | 487 | 85,7 | 384 | 67,6 |
| 8 | Remscheid | 266 | 85,8 | 190 | 61,3 | 273 | 87,9 | 174 | 56,0 |
| 9 | Solingen | 435 | 106,4 | 273 | 66,8 | 395 | 96,5 | 289 | 70,6 |
| 10 | Wuppertal | 936 | 101,6 | 636 | 69,1 | 925 | 100,1 | 620 | 67,1 |
| | Kreise | | | | | | | | |
| 11 | Kleve | 574 | 84,3 | 475 | 69,8 | 568 | 82,2 | 466 | 67,5 |
| 12 | Mettmann | 1 165 | 90,8 | 721 | 56,2 | 1 117 | 86,3 | 752 | 58,1 |
| 13 | Neuss | 1 025 | 92,6 | 726 | 65,6 | 890 | 79,7 | 590 | 52,8 |
| 14 | Viersen | 515 | 72,8 | 407 | 57,5 | 478 | 66,7 | 312 | 43,5 |
| 15 | Wesel | 952 | 81,3 | 708 | 60,5 | 886 | 74,8 | 601 | 50,7 |
| 16 | Reg.Bez. Düsseldorf | 11 987 | 92,5 | 8 043 | 62,0 | 11 538 | 88,6 | 7 754 | 59,6 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | | | |
| 17 | Aachen | 390 | 73,4 | 282 | 53,0 | 397 | 74,5 | 291 | 54,6 |
| 18 | Bonn | 597 | 92,4 | 334 | 51,7 | 765 | 118,2 | 472 | 72,9 |
| 19 | Köln | 2 484 | 114,6 | 1 356 | 62,5 | 2 431 | 112,5 | 1 368 | 63,3 |
| 20 | Leverkusen | 402 | 98,0 | 221 | 53,9 | 395 | 96,0 | 242 | 58,8 |
| | Kreise | | | | | | | | |
| 21 | Aachen | 865 | 113,3 | 627 | 82,1 | 762 | 99,5 | 577 | 75,4 |
| 22 | Düren | 549 | 86,2 | 342 | 53,7 | 632 | 98,2 | 480 | 74,6 |
| 23 | Erfthkreis | 852 | 76,5 | 587 | 52,7 | 914 | 81,2 | 686 | 60,9 |
| 24 | Euskirchen | 403 | 91,4 | 309 | 70,1 | 350 | 78,2 | 296 | 66,1 |
| 25 | Heinsberg | 523 | 88,5 | 451 | 76,3 | 470 | 78,4 | 361 | 60,2 |
| 26 | Oberbergischer Kreis | 479 | 72,0 | 346 | 52,0 | 506 | 74,7 | 382 | 56,4 |
| 27 | Rhein.Berg. Kreis | 381 | 56,0 | 273 | 40,1 | 413 | 60,1 | 284 | 41,3 |
| 28 | Rhein-Sieg-Kreis | 1 089 | 83,3 | 724 | 55,4 | 1 167 | 87,6 | 870 | 65,3 |
| 29 | Reg.-Bez. Köln | 9 014 | 90,5 | 5 852 | 58,8 | 9 202 | 91,7 | 6 309 | 62,9 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | | | | |
| 30 | Bottrop | 249 | 80,9 | 164 | 53,3 | 276 | 89,5 | 195 | 63,3 |
| 31 | Gelsenkirchen | 639 | 88,8 | 435 | 60,4 | 594 | 82,5 | 375 | 52,1 |
| 32 | Münster | 542 | 101,0 | 409 | 76,2 | 542 | 100,5 | 452 | 83,8 |

noch: Indikator 2.11

| Lfd. Nr. | Verwaltungsbezirk | 1991 | | | | 1992 | | | |
|-----------|-------------------------------|----------------|----------------|---------------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------------------------|----------------|
| | | Ehescheidungen | | betroffene minderjährige Kinder | | Ehescheidungen | | betroffene minderjährige Kinder | |
| | | insges. | je 10 000 Ehen | insges. | je 10 000 Ehen | insges. | je 10 000 Ehen | insges. | je 10 000 Ehen |
| 33 | Kreise Borken | 461 | 57,3 | 432 | 53,7 | 432 | 52,9 | 423 | 51,8 |
| 34 | Coesfeld | 267 | 57,9 | 226 | 49,0 | 264 | 55,9 | 253 | 53,6 |
| 35 | Recklinghausen | 1 515 | 90,2 | 1 163 | 69,2 | 1 396 | 82,9 | 1 081 | 64,2 |
| 36 | Steinfurt | 569 | 58,5 | 467 | 48,0 | 585 | 59,2 | 512 | 51,8 |
| 37 | Warendorf | 408 | 63,9 | 349 | 54,7 | 374 | 57,6 | 325 | 50,0 |
| 38 | Reg.-Bez. Münster | 4 650 | 76,0 | 3 645 | 59,6 | 4 463 | 72,2 | 3 616 | 58,5 |
| 39 | Kreisfreie Stadt Bielefeld | 631 | 84,2 | 444 | 59,3 | 683 | 90,9 | 424 | 56,5 |
| 40 | Kreise Gütersloh | 467 | 61,2 | 366 | 48,0 | 467 | 60,0 | 398 | 51,2 |
| 41 | Herford | 447 | 73,1 | 329 | 53,8 | 441 | 71,4 | 374 | 60,5 |
| 42 | Höxter | 172 | 47,8 | 154 | 42,8 | 183 | 49,9 | 153 | 41,8 |
| 43 | Lippe | 596 | 70,4 | 478 | 56,4 | 605 | 70,5 | 505 | 58,8 |
| 44 | Minden-Lübbecke | 538 | 72,4 | 394 | 53,0 | 510 | 67,8 | 415 | 55,2 |
| 45 | Paderborn | 410 | 68,7 | 342 | 57,3 | 366 | 59,6 | 347 | 56,6 |
| 46 | Reg.-Bez. Detmold | 3 261 | 69,8 | 2 507 | 53,7 | 3 255 | 68,7 | 2 616 | 55,2 |
| 47 | Kreisfreie Städte Bochum | 853 | 86,6 | 609 | 61,8 | 809 | 82,2 | 604 | 61,4 |
| 48 | Dortmund | 1 445 | 99,8 | 970 | 67,0 | 1 315 | 91,1 | 914 | 63,3 |
| 49 | Hagen | 497 | 93,3 | 331 | 62,1 | 473 | 88,8 | 333 | 62,5 |
| 50 | Hamm | 333 | 72,9 | 294 | 64,4 | 351 | 76,0 | 251 | 54,3 |
| 51 | Herne | 343 | 77,4 | 242 | 54,6 | 313 | 70,5 | 215 | 48,4 |
| 52 | Kreise Ennepe-Ruhr-Kreis | 777 | 86,8 | 517 | 57,8 | 677 | 75,4 | 488 | 54,3 |
| 53 | Hochsauerlandkreis | 418 | 62,3 | 371 | 55,3 | 385 | 56,6 | 315 | 46,3 |
| 54 | Märkischer Kreis | 946 | 83,9 | 760 | 67,4 | 887 | 78,1 | 688 | 60,6 |
| 55 | Olpe | 213 | 63,8 | 203 | 60,8 | 219 | 64,7 | 181 | 53,5 |
| 56 | Siegen-Wittgenstein | 663 | 90,6 | 507 | 69,3 | 579 | 78,3 | 444 | 60,0 |
| 57 | Soest | 483 | 71,1 | 361 | 53,2 | 444 | 64,3 | 295 | 42,7 |
| 58 | Unna | 870 | 81,8 | 713 | 67,1 | 817 | 76,5 | 675 | 63,2 |
| 59 | Reg.-Bez. Arnsberg | 7 841 | 83,7 | 5 878 | 62,8 | 7 269 | 77,2 | 5 403 | 57,4 |
| 60 | Nordrhein-Westfalen | 36 753 | 85,3 | 25 925 | 60,2 | 35 727 | 82,4 | 25 698 | 59,2 |

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Rechtskräftige Urteile in Ehesachen

**Indikator
2.11**

Alleinerziehende mit Kindern, Nordrhein-Westfalen, 1990 - 1998 (April)

| Jahr | Alleinerziehende | | Darunter: | | | |
|----------|------------------|-------------------------|---|-------------------------|--|-------------------------|
| | insgesamt | darunter: erwerbslos | Alleinerziehende mit Kindern im Alter bis 5 Jahren | | Alleinerziehende mit Kindern im Alter von 6 bis 17 Jahren | |
| | | | insgesamt | darunter: erwerbslos | insgesamt | darunter: erwerbslos |
| in 1 000 | | | | | | |
| 1990 | 241 | 34 | 80 | 13 | 184 | 24 |
| 1991 | 247 | 27 | 84 | (9) | 186 | 19 |
| 1992* | 253 | 26 | 85 | (9) | 191 | 19 |
| 1993 | 259 | 29 | 88 | (9) | 193 | 21 |
| 1994 | 272 | 31 | 97 | 12 | 202 | 22 |
| 1995 | 294 | 30 | 106 | 11 | 217 | 23 |
| 1996 | 303 | 29 | 106 | 11 | 228 | 22 |
| 1997 | 314 | 35 | 110 | 13 | 237 | 25 |
| 1998 | 332 | 38 | 114 | 13 | 248 | 28 |

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW
Mikrozensus

* Mai

**Indikator
2.15**
**Wanderungen je 1 000 Einwohner, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungs-
bezirken, 1998**

| Lfd. Nr. | Verwaltungsbezirk | Zuzüge | | Fortzüge | | Saldo je 1 000 Einw. |
|-------------|----------------------------|----------------|-----------------------|----------------|-----------------------|-------------------------|
| | | Anzahl | je 1 000 Einwohner | Anzahl | je 1 000 Einwohner | |
| | Kreisfreie Städte | | | | | |
| 1 | Düsseldorf | 29 304 | 51,4 | 30 443 | 53,4 | - 2,0 |
| 2 | Duisburg | 16 160 | 30,7 | 21 007 | 39,9 | - 9,2 |
| 3 | Essen | 16 354 | 27,0 | 19 442 | 32,1 | - 5,1 |
| 4 | Krefeld | 7 979 | 32,6 | 9 750 | 39,9 | - 7,2 |
| 5 | Mönchengladbach | 8 710 | 32,8 | 10 277 | 38,7 | - 5,9 |
| 6 | Mülheim a. d. Ruhr | 5 958 | 34,0 | 6 184 | 35,3 | - 1,3 |
| 7 | Oberhausen | 7 572 | 34,0 | 8 052 | 36,1 | - 2,2 |
| 8 | Remscheid | 3 637 | 30,3 | 4 398 | 36,6 | - 6,3 |
| 9 | Solingen | 5 840 | 35,4 | 5 238 | 31,7 | + 3,6 |
| 10 | Wuppertal | 11 748 | 31,4 | 15 327 | 40,9 | - 9,6 |
| | Kreise | | | | | |
| 11 | Kleve | 15 421 | 52,4 | 13 243 | 45,0 | + 7,4 |
| 12 | Mettmann | 25 832 | 51,1 | 24 480 | 48,4 | + 2,7 |
| 13 | Neuss | 22 093 | 50,0 | 21 269 | 48,2 | + 1,9 |
| 14 | Viersen | 16 795 | 56,8 | 13 690 | 46,3 | + 10,5 |
| 15 | Wesel | 22 869 | 48,6 | 20 824 | 44,2 | + 4,3 |
| 16 | Reg.Bez. Düsseldorf | 216 272 | 41,0 | 223 624 | 42,4 | - 1,4 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | |
| 17 | Aachen | 12 456 | 50,8 | 14 000 | 57,1 | - 6,3 |
| 18 | Bonn | 20 610 | 67,6 | 21 063 | 69,1 | - 1,5 |
| 19 | Köln | 45 067 | 46,8 | 47 217 | 49,0 | - 2,2 |
| 20 | Leverkusen | 6 879 | 42,5 | 7 647 | 47,3 | - 4,7 |
| | Kreise | | | | | |
| 21 | Aachen | 15 194 | 49,9 | 14 410 | 47,3 | + 2,6 |
| 22 | Düren | 18 110 | 68,9 | 16 373 | 62,3 | + 6,6 |
| 23 | Erfthkreis | 27 294 | 60,8 | 25 716 | 57,3 | + 3,5 |
| 24 | Euskirchen | 11 280 | 60,7 | 9 881 | 53,2 | + 7,5 |
| 25 | Heinsberg | 14 478 | 59,1 | 12 483 | 51,0 | + 8,1 |
| 26 | Oberbergischer Kreis | 17 589 | 61,8 | 16 351 | 57,5 | + 4,4 |
| 27 | Rhein.-Berg. Kreis | 16 265 | 59,5 | 14 749 | 53,9 | + 5,5 |
| 28 | Rhein-Sieg-Kreis | 40 098 | 71,2 | 33 826 | 60,1 | + 11,1 |
| 29 | Reg.-Bez. Köln | 245 320 | 57,8 | 233 716 | 55,1 | + 2,7 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | |
| 30 | Bottrop | 3 843 | 31,6 | 3 857 | 31,8 | - 0,1 |
| 31 | Gelsenkirchen | 8 308 | 29,1 | 9 631 | 33,8 | - 4,6 |
| 32 | Münster | 14 947 | 56,4 | 16 074 | 60,7 | - 4,3 |

noch: Indikator 2.15

| Lfd. Nr. | Verwaltungsbezirk | Zuzüge | | Fortzüge | | Saldo je 1 000 Einw. |
|-----------|-----------------------------|----------------|--------------------|----------------|--------------------|----------------------|
| | | Anzahl | je 1 000 Einwohner | Anzahl | je 1 000 Einwohner | |
| | Kreise | | | | | |
| 33 | Borken | 15 525 | 44,2 | 13 826 | 39,3 | + 4,8 |
| 34 | Coesfeld | 10 406 | 49,7 | 8 970 | 42,9 | + 6,9 |
| 35 | Recklinghausen | 27 884 | 42,1 | 28 327 | 42,8 | - 0,7 |
| 36 | Steinfurt | 19 051 | 44,6 | 17 097 | 40,0 | + 4,6 |
| 37 | Warendorf | 11 130 | 40,3 | 10 799 | 39,1 | + 1,2 |
| 38 | Reg.-Bez. Münster | 111 094 | 42,8 | 108 581 | 41,8 | + 1,0 |
| | Kreisfreie Stadt | | | | | |
| 39 | Bielefeld | 12 761 | 39,6 | 13 788 | 42,8 | - 3,2 |
| | Kreise | | | | | |
| 40 | Gütersloh | 16 938 | 50,0 | 15 270 | 45,1 | + 4,9 |
| 41 | Herford | 13 363 | 52,8 | 13 064 | 51,6 | + 1,2 |
| 42 | Höxter | 6 297 | 40,6 | 6 557 | 42,3 | - 1,7 |
| 43 | Lippe | 20 819 | 57,2 | 19 816 | 54,4 | + 2,8 |
| 44 | Minden-Lübbecke | 19 269 | 60,1 | 17 708 | 55,3 | + 4,9 |
| 45 | Paderborn | 14 794 | 52,0 | 14 000 | 49,2 | + 2,8 |
| 46 | Reg.-Bez. Detmold | 104 241 | 51,1 | 100 203 | 49,2 | + 2,0 |
| | Kreisfreie Städte | | | | | |
| 47 | Bochum | 13 351 | 33,8 | 14 498 | 36,7 | - 2,9 |
| 48 | Dortmund | 18 310 | 30,9 | 20 250 | 34,1 | - 3,3 |
| 49 | Hagen | 6 116 | 29,4 | 7 563 | 36,3 | - 7,0 |
| 50 | Hamm | 6 688 | 37,0 | 7 308 | 40,4 | - 3,4 |
| 51 | Herne | 5 386 | 30,4 | 6 022 | 34,0 | - 3,6 |
| | Kreise | | | | | |
| 52 | Ennepe-Ruhr-Kreis | 16 479 | 46,9 | 16 129 | 45,9 | + 1,0 |
| 53 | Hochsauerlandkreis | 10 899 | 38,4 | 11 584 | 40,8 | - 2,4 |
| 54 | Märkischer Kreis | 22 923 | 49,8 | 22 509 | 48,9 | + 0,9 |
| 55 | Olpe | 6 785 | 48,5 | 6 135 | 43,9 | + 4,7 |
| 56 | Siegen-Wittgenstein | 14 936 | 50,1 | 15 885 | 53,2 | - 3,2 |
| 57 | Soest | 15 556 | 51,2 | 13 897 | 45,8 | + 5,5 |
| 58 | Unna | 45 459 | 106,3 | 44 022 | 102,9 | + 3,4 |
| 59 | Reg.-Bez. Arnsberg | 182 888 | 47,9 | 185 802 | 48,7 | - 0,8 |
| 60 | Nordrhein-Westfalen* | 859 815 | 47,8 | 851 926 | 47,4 | + 0,4 |

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Wanderungsstatistik,
eigene Berechnung

* Binnen- und Außenwanderung

**Indikator
2.19**
Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte einschließlich der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 1996

| Lfd. Nr. | Verwaltungsbezirk | Verfügbares Einkommen | | | |
|-----------|-----------------------------|----------------------------|---------------|------------------|------------------|
| | | insgesamt (in 1 000 DM) | je Einwohner | | |
| | | | DM | Landeswert = 100 | Bundeswert = 100 |
| | Kreisfreie Städte | | | | |
| 1 | Düsseldorf | 22 707 893 | 39 764 | 133,2 | 136,8 |
| 2 | Duisburg | 13 485 371 | 25 256 | 84,6 | 86,9 |
| 3 | Essen | 20 234 005 | 33 022 | 110,6 | 113,6 |
| 4 | Krefeld | 7 757 173 | 31 197 | 104,5 | 107,4 |
| 5 | Mönchengladbach | 8 175 030 | 30 638 | 102,6 | 105,4 |
| 6 | Mülheim a. d. Ruhr | 6 259 949 | 35 547 | 119,1 | 122,3 |
| 7 | Oberhausen | 5 754 850 | 25 659 | 86,0 | 88,3 |
| 8 | Remscheid | 4 172 122 | 34 236 | 114,7 | 117,8 |
| 9 | Solingen | 5 333 991 | 32 238 | 108,0 | 110,9 |
| 10 | Wuppertal | 12 513 051 | 32 869 | 110,1 | 113,1 |
| | Kreise | | | | |
| 11 | Kleve | 7 844 383 | 27 098 | 90,8 | 93,3 |
| 12 | Mettmann | 17 536 077 | 34 765 | 116,5 | 119,6 |
| 13 | Neuss | 14 132 209 | 32 307 | 108,2 | 111,2 |
| 14 | Viersen | 8 444 368 | 29 174 | 97,7 | 100,4 |
| 15 | Wesel | 12 618 657 | 27 051 | 90,6 | 93,1 |
| 16 | Reg.-Bez. Düsseldorf | 166 969 126 | 31 570 | 105,8 | 108,6 |
| | Kreisfreie Städte | | | | |
| 17 | Aachen | 7 738 643 | 31 229 | 104,6 | 107,5 |
| 18 | Bonn | 10 119 981 | 33 945 | 113,7 | 116,8 |
| 19 | Köln | 32 083 184 | 33 257 | 114,4 | 114,4 |
| 20 | Leverkusen | 4 986 400 | 30 681 | 102,8 | 105,6 |
| | Kreise | | | | |
| 21 | Aachen | 7 899 514 | 26 111 | 87,5 | 89,9 |
| 22 | Düren | 7 188 469 | 27 731 | 92,9 | 95,4 |
| 23 | Erftkreis | 12 700 228 | 28 646 | 96,0 | 98,6 |
| 24 | Euskirchen | 4 819 766 | 26 375 | 88,4 | 90,8 |
| 25 | Heinsberg | 5 850 783 | 24 387 | 81,7 | 83,9 |
| 26 | Oberbergischer Kreis | 8 172 031 | 29 028 | 97,2 | 99,9 |
| 27 | Rhein.-Berg. Kreis | 9 358 744 | 34 657 | 116,1 | 119,3 |
| 28 | Rhein-Sieg-Kreis | 15 882 483 | 28 952 | 97,0 | 99,6 |
| 29 | Reg.-Bez. Köln | 126 800 225 | 30 183 | 101,1 | 103,9 |
| | Kreisfreie Städte | | | | |
| 30 | Bottrop | 3 187 320 | 26 329 | 88,2 | 90,6 |
| 31 | Gelsenkirchen | 7 459 279 | 25 727 | 86,2 | 88,5 |
| 32 | Münster | 8 692 662 | 32 795 | 109,9 | 112,9 |

noch: Indikator 2.19

| Lfd. Nr. | Verwaltungsbezirk | Verfügbares Einkommen | | | |
|-------------|----------------------------|----------------------------|---------------|------------------|------------------|
| | | insgesamt (in 1 000 DM) | je Einwohner | | |
| | | | DM | Landeswert = 100 | Bundeswert = 100 |
| | Kreise | | | | |
| 33 | Borken | 8 821 011 | 25 593 | 85,7 | 88,1 |
| 34 | Coesfeld | 5 392 261 | 26 433 | 88,5 | 91,0 |
| 35 | Recklinghausen | 17 622 554 | 26 602 | 89,1 | 91,5 |
| 36 | Steinfurt | 10 621 210 | 25 382 | 85,0 | 87,3 |
| 37 | Warendorf | 7 623 270 | 27 893 | 93,4 | 96,0 |
| 38 | Reg.-Bez. Münster | 69 419 568 | 26 918 | 90,2 | 92,6 |
| | Kreisfreie Städte | | | | |
| 39 | Bielefeld | 10 675 766 | 32 960 | 110,7 | 113,4 |
| | Kreise | | | | |
| 40 | Gütersloh | 10 722 604 | 32 532 | 109,0 | 112,0 |
| 41 | Herford | 8 152 574 | 32 419 | 108,6 | 111,6 |
| 42 | Höxter | 3 918 530 | 25 326 | 84,8 | 87,2 |
| 43 | Lippe | 10 580 392 | 29 299 | 98,1 | 100,8 |
| 44 | Minden-Lübbecke | 9 109 000 | 28 741 | 96,3 | 98,9 |
| 45 | Paderborn | 7 413 247 | 26 501 | 88,8 | 91,2 |
| 46 | Reg.-Bez. Detmold | 60 622 112 | 30 025 | 100,6 | 103,3 |
| | Kreisfreie Städte | | | | |
| 47 | Bochum | 11 260 324 | 28 196 | 94,4 | 97,0 |
| 48 | Dortmund | 16 744 751 | 28 004 | 93,8 | 96,4 |
| 49 | Hagen | 6 293 065 | 29 771 | 99,7 | 102,5 |
| 50 | Hamm | 4 641 930 | 25 376 | 85,0 | 87,3 |
| 51 | Herne | 4 515 581 | 25 188 | 84,4 | 86,7 |
| | Kreise | | | | |
| 52 | Ennepe-Ruhr-Kreis | 11 211 961 | 31 890 | 106,8 | 109,7 |
| 53 | Hochsauerlandkreis | 8 273 778 | 29 116 | 97,5 | 100,2 |
| 54 | Märkischer Kreis | 14 838 135 | 32 337 | 108,3 | 111,3 |
| 55 | Olpe | 4 316 235 | 31 203 | 104,5 | 107,4 |
| 56 | Siegen-Wittgenstein | 9 040 106 | 30 213 | 101,2 | 104,0 |
| 57 | Soest | 8 689 802 | 28 990 | 97,1 | 99,8 |
| 58 | Unna | 11 137 755 | 26 335 | 88,2 | 90,6 |
| 59 | Reg.-Bez. Arnsberg | 110 963 424 | 29 005 | 97,2 | 99,8 |
| 60 | Nordrhein-Westfalen | 534 744 456 | 29 853 | 100 | 102,7 |

Datenquelle:

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Volkswirtschaftl. Gesamtrechnung der Länder

**Indikator
3.1**

Geschlechtsspezifische Sterblichkeit, Nordrhein-Westfalen, 1980 - 1997

| Jahr | Sterbefälle | | | | standardisiert an Europabevölkerung neu | | standardisiert an Europabevölkerung alt | |
|------|-------------|----------|------------------|----------|---|----------|---|----------|
| | insgesamt | | je 100 000 Einw. | | männlich | weiblich | männlich | weiblich |
| | männlich | weiblich | männlich | weiblich | | | | |
| 1980 | 96 311 | 98 894 | 1 183,0 | 1 111,7 | 1 270,0 | 1 157,0 | 1 328,8 | 783,9 |
| 1981 | 96 438 | 100 335 | 1 182,2 | 1 128,1 | 1 259,8 | 1 150,3 | 1 319,1 | 775,6 |
| 1982 | 94 846 | 100 198 | 1 166,7 | 1 129,2 | 1 229,6 | 1 120,4 | 1 286,3 | 756,2 |
| 1983 | 94 304 | 100 601 | 1 168,6 | 1 139,5 | 1 214,7 | 1 103,2 | 1 270,0 | 743,3 |
| 1984 | 91 433 | 97 082 | 1 143,0 | 1 107,0 | 1 168,8 | 1 039,3 | 1 223,0 | 700,6 |
| 1985 | 91 835 | 99 326 | 1 153,7 | 1 138,0 | 1 157,5 | 1 037,4 | 1 211,8 | 698,3 |
| 1986 | 90 730 | 100 700 | 1 139,9 | 1 155,5 | 1 131,6 | 1 030,3 | 1 185,3 | 691,8 |
| 1987 | 88 814 | 96 751 | 1 110,7 | 1 110,4 | 1 091,6 | 967,2 | 1 144,6 | 651,9 |
| 1988 | 88 740 | 98 247 | 1 100,3 | 1 123,6 | 1 074,6 | 959,8 | 1 127,5 | 646,7 |
| 1989 | 89 304 | 100 774 | 1 093,9 | 1 141,9 | 1 063,5 | 961,6 | 1 115,4 | 645,8 |
| 1990 | 90 295 | 102 822 | 1 088,3 | 1 151,5 | 1 055,3 | 959,1 | 1 107,1 | 641,1 |
| 1991 | 90 283 | 102 524 | 1 073,0 | 1 137,3 | 1 037,3 | 939,1 | 1 087,1 | 628,6 |
| 1992 | 88 313 | 100 492 | 1 037,6 | 1 106,4 | 1 000,4 | 906,0 | 1 047,5 | 607,1 |
| 1993 | 90 147 | 104 520 | 1 050,1 | 1 144,3 | 1 007,5 | 928,0 | 1 056,1 | 620,8 |
| 1994 | 89 530 | 103 139 | 1 038,2 | 1 125,5 | 979,8 | 900,5 | 1 028,7 | 604,3 |
| 1995 | 90 053 | 103 023 | 1 039,7 | 1 120,7 | 967,1 | 883,7 | 1 014,8 | 591,9 |
| 1996 | 90 518 | 104 030 | 1 040,5 | 1 128,3 | 953,7 | 879,6 | 1 001,3 | 587,1 |
| 1997 | 88 747 | 101 199 | 1 017,5 | 1 095,4 | 920,7 | 849,3 | 966,4 | 567,3 |

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Statistik der Sterbefälle

**Indikator
3.1a**

Geschlechtsspezifische Sterblichkeit der unter 65jährigen, Nordrhein-Westfalen, 1980 - 1997

| Jahr | Sterbefälle | | | | Standardisiert an Europabevölkerung neu | | Standardisiert an Europabevölkerung alt | |
|------|-------------|----------|------------------------------------|----------|---|----------|---|----------|
| | insgesamt | | je 100 000 der unter 65jährigen | | männlich | weiblich | männlich | weiblich |
| | männlich | weiblich | männlich | weiblich | | | | |
| 1980 | 29 333 | 16 892 | 404,6 | 232,3 | 442,6 | 234,1 | 467,8 | 235,1 |
| 1981 | 29 393 | 16 810 | 403,6 | 231,1 | 430,0 | 227,9 | 454,4 | 228,6 |
| 1982 | 29 343 | 16 822 | 403,1 | 231,3 | 415,7 | 222,0 | 439,2 | 222,3 |
| 1983 | 29 853 | 16 786 | 412,0 | 231,5 | 410,6 | 216,7 | 433,6 | 216,6 |
| 1984 | 29 436 | 16 134 | 409,3 | 224,1 | 397,0 | 205,3 | 419,5 | 205,0 |
| 1985 | 29 324 | 16 119 | 410,1 | 225,7 | 388,2 | 204,4 | 410,6 | 204,3 |
| 1986 | 28 569 | 15 549 | 400,2 | 219,1 | 374,6 | 198,5 | 396,0 | 198,4 |
| 1987 | 28 307 | 14 802 | 395,3 | 209,4 | 363,6 | 189,1 | 384,1 | 188,8 |
| 1988 | 28 538 | 14 673 | 395,5 | 207,4 | 356,9 | 187,6 | 377,1 | 187,0 |
| 1989 | 28 568 | 14 485 | 391,5 | 203,1 | 348,7 | 184,2 | 367,9 | 183,6 |
| 1990 | 29 097 | 14 314 | 392,0 | 198,5 | 346,3 | 180,8 | 364,9 | 180,1 |
| 1991 | 29 464 | 14 365 | 391,8 | 197,4 | 344,8 | 180,2 | 362,4 | 179,4 |
| 1992 | 28 966 | 13 985 | 381,6 | 190,8 | 335,5 | 175,2 | 352,4 | 174,2 |
| 1993 | 28 568 | 14 144 | 374,3 | 192,1 | 329,8 | 176,5 | 346,7 | 175,4 |
| 1994 | 28 245 | 13 835 | 369,9 | 187,5 | 325,2 | 171,8 | 341,9 | 171,1 |
| 1995 | 27 783 | 13 692 | 363,7 | 185,2 | 318,7 | 168,9 | 334,9 | 168,0 |
| 1996 | 27 365 | 13 398 | 357,9 | 180,8 | 311,3 | 163,6 | 327,6 | 162,9 |
| 1997 | 26 719 | 13 233 | 349,5 | 178,2 | 301,4 | 159,7 | 317,3 | 159,5 |

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Statistik der Sterbefälle

**Indikator
3.2**

**Alters- und geschlechtsspezifische Sterblichkeit, je 100 000 Einwohner,
Nordrhein-Westfalen, 1985, 1990 - 1997**

| Alter von ... bis ... Jahren | 1985 | | 1990 | | 1991 | | 1992 | | 1993 | |
|------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | m | w | m | w | m | w | m | w | m | w |
| 0 - 1 | 1 164,9 | 899,8 | 907,1 | 669,3 | 849,8 | 646,2 | 781,4 | 595,3 | 695,8 | 534,3 |
| 1 - 4 | 44,5 | 45,3 | 39,0 | 35,1 | 47,0 | 35,7 | 35,4 | 32,3 | 36,2 | 29,2 |
| 5 - 9 | 24,6 | 19,9 | 25,1 | 17,9 | 19,4 | 18,8 | 14,4 | 14,5 | 19,4 | 15,1 |
| 10 - 14 | 25,8 | 13,9 | 20,2 | 13,4 | 19,6 | 14,0 | 20,6 | 13,1 | 15,8 | 16,5 |
| 15 - 19 | 63,3 | 27,0 | 58,9 | 20,5 | 53,6 | 26,3 | 56,0 | 26,2 | 52,2 | 24,4 |
| 20 - 24 | 90,8 | 32,2 | 86,3 | 35,0 | 93,5 | 30,3 | 83,2 | 32,7 | 85,0 | 31,1 |
| 25 - 29 | 98,0 | 47,0 | 92,8 | 37,2 | 102,5 | 39,6 | 99,8 | 37,7 | 88,2 | 39,4 |
| 30 - 34 | 126,6 | 68,9 | 119,5 | 54,7 | 127,4 | 59,3 | 130,3 | 54,7 | 118,5 | 57,0 |
| 35 - 39 | 175,1 | 99,3 | 169,8 | 100,0 | 182,0 | 85,8 | 179,3 | 92,2 | 169,0 | 95,1 |
| 40 - 44 | 274,3 | 158,4 | 250,2 | 156,5 | 256,8 | 151,8 | 261,0 | 161,3 | 267,1 | 160,0 |
| 45 - 49 | 488,7 | 248,2 | 430,7 | 236,1 | 426,1 | 231,1 | 408,3 | 228,2 | 411,0 | 238,7 |
| 50 - 54 | 837,8 | 403,4 | 703,1 | 330,5 | 692,6 | 351,2 | 681,6 | 324,6 | 681,0 | 337,4 |
| 55 - 59 | 1 371,7 | 619,7 | 1 203,5 | 553,1 | 1 144,6 | 531,0 | 1 112,8 | 525,8 | 1 094,8 | 520,9 |
| 60 - 64 | 2 147,8 | 986,0 | 1 972,8 | 880,8 | 1 983,4 | 892,8 | 1 934,3 | 858,4 | 1 919,4 | 869,5 |
| 65 - 69 | 3 434,6 | 1 583,9 | 3 161,1 | 1 494,7 | 3 030,5 | 1 471,0 | 2 943,6 | 1 367,0 | 2 948,3 | 1 396,6 |
| 70 - 74 | 5 650,9 | 2 774,8 | 4 960,6 | 2 468,2 | 4 777,4 | 2 365,1 | 4 570,3 | 2 361,8 | 4 782,9 | 2 427,5 |
| 75 - 79 | 9 249,5 | 4 996,6 | 8 062,2 | 4 560,7 | 7 963,9 | 4 475,7 | 7 829,0 | 4 337,1 | 8 000,9 | 4 437,0 |
| 80 - 84 | 13 976,4 | 9 094,8 | 12 891,3 | 8 201,6 | 12 719,7 | 8 052,0 | 11 928,0 | 7 737,6 | 11 967,3 | 7 851,2 |
| 85 u. m. | 21 473,4 | 17 906,8 | 21 691,0 | 17 380,7 | 21 350,0 | 16 907,4 | 20 317,9 | 16 244,9 | 20 635,9 | 16 868,0 |
| Insgesamt | 1 153,7 | 1 138,0 | 1 088,3 | 1 151,5 | 1 073,0 | 1 137,3 | 1 037,6 | 1 106,4 | 1 050,1 | 1 144,3 |
| Insgesamt (m/w) | 1 145,5 | | 1 121,1 | | 1 106,2 | | 1 073,1 | | 1 098,7 | |

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Statistik der Sterbefälle

| 1994 | | 1995 | | 1996 | | 1997 | | Alter von ... bis ... Jahren |
|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------------------------|
| m | w | m | w | m | w | m | w | |
| 620,3 | 547,9 | 648,2 | 494,7 | 606,8 | 439,9 | 628,5 | 468,8 | 0 - 1 |
| 33,6 | 28,2 | 30,8 | 25,8 | 27,8 | 20,8 | 30,9 | 22,8 | 1 - 4 |
| 18,6 | 10,8 | 16,9 | 12,8 | 15,5 | 10,8 | 15,3 | 11,7 | 5 - 9 |
| 20,7 | 11,5 | 21,1 | 11,4 | 15,9 | 12,8 | 15,2 | 12,1 | 10 - 14 |
| 46,1 | 23,4 | 57,0 | 26,3 | 54,0 | 25,8 | 55,0 | 24,1 | 15 - 19 |
| 89,3 | 32,3 | 83,7 | 32,9 | 81,2 | 30,3 | 76,1 | 27,6 | 20 - 24 |
| 84,9 | 32,9 | 89,9 | 37,5 | 82,3 | 33,8 | 86,7 | 32,1 | 25 - 29 |
| 119,5 | 56,3 | 119,3 | 53,9 | 112,6 | 55,4 | 101,8 | 44,9 | 30 - 34 |
| 172,6 | 91,7 | 167,3 | 81,3 | 161,6 | 80,8 | 157,5 | 82,3 | 35 - 39 |
| 262,0 | 151,2 | 278,2 | 151,1 | 265,4 | 151,1 | 241,4 | 141,4 | 40 - 44 |
| 420,5 | 231,4 | 411,5 | 224,5 | 417,0 | 229,6 | 393,6 | 230,8 | 45 - 49 |
| 680,7 | 357,0 | 652,6 | 352,3 | 663,6 | 350,1 | 654,1 | 344,2 | 50 - 54 |
| 1 077,4 | 495,6 | 1 052,7 | 495,2 | 1 032,3 | 479,2 | 1 003,0 | 480,4 | 55 - 59 |
| 1 871,6 | 842,9 | 1 796,2 | 828,2 | 1 748,0 | 785,9 | 1 691,5 | 753,7 | 60 - 64 |
| 2 891,3 | 1 353,9 | 2 920,6 | 1 352,8 | 2 874,8 | 1 348,6 | 2 808,3 | 1 288,6 | 65 - 69 |
| 4 705,7 | 2 468,0 | 4 555,2 | 2 325,6 | 4 532,4 | 2 293,7 | 4 264,9 | 2 179,2 | 70 - 74 |
| 7 314,7 | 4 243,7 | 7 217,7 | 4 099,5 | 7 083,4 | 3 969,0 | 6 787,5 | 3 768,3 | 75 - 79 |
| 11 875,5 | 7 492,7 | 11 739,0 | 7 518,3 | 11 813,0 | 7 542,9 | 11 480,8 | 7 384,5 | 80 - 84 |
| 20 250,8 | 16 399,3 | 20 149,3 | 16 131,3 | 19 892,9 | 16 450,2 | 19 314,8 | 15 915,3 | 85 u. m. |
| 1 038,2 | 1 125,5 | 1 039,7 | 1 120,7 | 1 040,5 | 1 128,3 | 1 017,5 | 1 095,4 | Insgesamt |
| 1 083,2 | | 1 081,4 | | 1 085,7 | | 1 057,6 | | Insgesamt (m/w) |

**Indikator
3.7**

**Geschlechtsspezifische mittlere Lebenserwartung, Nordrhein-Westfalen,
1970/72, 1986/88**

| Vollendetes Altersjahr | 1970/72 | | 1986/88 | |
|---------------------------|----------|----------|----------|----------|
| | männlich | weiblich | männlich | weiblich |
| 0 | 66,89 | 73,46 | 71,76 | 78,41 |
| 1 | 67,79 | 74,03 | 71,54 | 78,03 |
| 5 | 64,07 | 70,27 | 67,67 | 74,15 |
| 10 | 59,27 | 65,41 | 62,76 | 69,22 |
| 15 | 54,41 | 60,51 | 57,83 | 64,26 |
| 20 | 49,74 | 55,67 | 52,98 | 59,34 |
| 25 | 45,12 | 50,83 | 48,21 | 54,44 |
| 30 | 40,43 | 45,99 | 43,42 | 49,55 |
| 35 | 35,75 | 41,18 | 38,65 | 44,69 |
| 40 | 31,14 | 36,46 | 33,95 | 39,89 |
| 45 | 26,96 | 31,84 | 29,35 | 35,17 |
| 50 | 22,43 | 27,36 | 24,95 | 30,56 |
| 55 | 18,43 | 23,05 | 20,81 | 26,08 |
| 60 | 14,77 | 18,88 | 17,01 | 21,77 |
| 65 | 11,60 | 14,97 | 13,57 | 17,69 |
| 70 | 9,00 | 11,47 | 10,54 | 13,89 |
| 75 | 6,96 | 8,50 | 7,98 | 10,49 |
| 80 | 5,29 | 6,12 | 5,95 | 7,62 |
| 85 | 3,95 | 4,38 | 4,39 | 5,38 |

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Allgemeine Sterbetafeln

**Indikator
3.7a**
**Geschlechtsspezifische, mittlere Lebenserwartung, Nordrhein-Westfalen
nach Verwaltungsbezirken, Mittelwert 1995 - 1997**

| Lfd. Nr. | Verwaltungsbezirk | Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren | | Abweichung vom Landesdurchschnitt in Jahren | |
|-------------|-----------------------------|--|--------------|--|---------------|
| | | Männer | Frauen | Männer | Frauen |
| | Kreisfreie Städte | | | | |
| 1 | Düsseldorf | 72,84 | 79,37 | - 0,81 | - 0,67 |
| 2 | Duisburg | 72,36 | 79,36 | - 1,29 | - 0,68 |
| 3 | Essen | 72,42 | 80,06 | - 1,20 | + 0,02 |
| 4 | Krefeld | 73,92 | 80,37 | + 0,27 | + 0,33 |
| 5 | Mönchengladbach | 72,77 | 79,31 | - 0,87 | - 0,72 |
| 6 | Mülheim a. d. Ruhr | 73,49 | 80,11 | - 0,15 | + 0,08 |
| 7 | Oberhausen | 72,18 | 79,39 | - 1,46 | - 0,65 |
| 8 | Remscheid | 72,75 | 79,81 | - 0,89 | - 0,23 |
| 9 | Solingen | 73,76 | 80,15 | + 0,12 | + 0,11 |
| 10 | Wuppertal | 73,48 | 79,63 | - 0,16 | - 0,41 |
| | Kreise | | | | |
| 11 | Kleve | 73,45 | 79,62 | - 0,20 | - 0,41 |
| 12 | Mettmann | 74,52 | 80,20 | + 0,88 | + 0,16 |
| 13 | Neuss | 74,51 | 80,36 | + 0,86 | + 0,32 |
| 14 | Viersen | 74,16 | 79,53 | + 0,52 | - 0,50 |
| 15 | Wesel | 73,86 | 79,72 | + 0,22 | - 0,32 |
| 16 | Reg.-Bez. Düsseldorf | 73,33 | 79,79 | - 0,31 | - 0,25 |
| | Kreisfreie Städte | | | | |
| 17 | Aachen | 74,83 | 80,42 | + 1,18 | + 0,38 |
| 18 | Bonn | 76,33 | 81,39 | + 2,69 | + 1,35 |
| 19 | Köln | 73,51 | 79,65 | - 0,13 | - 0,38 |
| 20 | Leverkusen | 74,26 | 79,76 | + 0,62 | - 0,28 |
| | Kreise | | | | |
| 21 | Aachen | 73,21 | 79,76 | - 0,43 | - 0,27 |
| 22 | Düren | 73,62 | 79,33 | - 0,02 | - 0,71 |
| 23 | Erfthkreis | 74,26 | 79,49 | + 0,61 | - 0,55 |
| 24 | Euskirchen | 73,59 | 79,22 | - 0,05 | - 0,82 |
| 25 | Heinsberg | 73,64 | 79,71 | - 0,01 | - 0,33 |
| 26 | Oberbergischer Kreis | 74,02 | 80,05 | + 0,38 | + 0,02 |
| 27 | Rhein.-Berg. Kreis | 75,18 | 80,79 | + 1,53 | + 0,75 |
| 28 | Rhein-Sieg-Kreis | 74,71 | 80,12 | + 1,07 | + 0,08 |
| 29 | Reg.-Bez. Köln | 74,17 | 79,95 | + 0,52 | - 0,08 |
| | Kreisfreie Städte | | | | |
| 30 | Bottrop | 72,73 | 80,02 | - 0,91 | - 0,02 |
| 31 | Gelsenkirchen | 71,64 | 78,42 | - 2,01 | - 1,61 |
| 32 | Münster | 75,17 | 81,71 | + 1,52 | + 1,68 |

noch: Indikator 3.7a

| Lfd. Nr. | Verwaltungsbezirk | Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren | | Abweichung vom Landesdurchschnitt in Jahren | |
|-----------|----------------------------|---|--------------|---|---------------|
| | | Männer | Frauen | Männer | Frauen |
| | Kreise | | | | |
| 33 | Borken | 74,28 | 80,69 | + 0,63 | + 0,65 |
| 34 | Coesfeld | 74,43 | 81,27 | + 0,79 | + 1,23 |
| 35 | Recklinghausen | 72,91 | 79,54 | - 0,74 | - 0,50 |
| 36 | Steinfurt | 74,35 | 80,95 | + 0,70 | + 0,91 |
| 37 | Warendorf | 74,30 | 80,22 | + 0,66 | + 0,18 |
| 38 | Reg.-Bez. Münster | 73,57 | 80,18 | - 0,07 | + 0,14 |
| | Kreisfreie Städte | | | | |
| 39 | Bielefeld | 74,71 | 81,31 | + 1,07 | + 1,28 |
| | Kreise | | | | |
| 40 | Gütersloh | 74,48 | 80,98 | + 0,84 | + 0,94 |
| 41 | Herford | 74,36 | 80,87 | + 0,72 | + 0,83 |
| 42 | Höxter | 74,24 | 80,49 | + 0,60 | + 0,45 |
| 43 | Lippe | 74,43 | 81,02 | + 0,78 | + 0,98 |
| 44 | Minden-Lübbecke | 73,65 | 80,88 | + 0,01 | + 0,84 |
| 45 | Paderborn | 74,17 | 80,77 | + 0,53 | + 0,73 |
| 46 | Reg.-Bez. Detmold | 74,31 | 80,96 | + 0,66 | + 0,92 |
| | Kreisfreie Städte | | | | |
| 47 | Bochum | 72,50 | 79,66 | - 1,15 | - 0,38 |
| 48 | Dortmund | 72,61 | 79,61 | - 1,03 | - 0,43 |
| 49 | Hagen | 73,22 | 80,58 | - 0,43 | + 0,54 |
| 50 | Hamm | 72,68 | 78,86 | - 0,96 | - 0,17 |
| 51 | Herne | 72,96 | 79,50 | - 0,68 | - 0,54 |
| | Kreise | | | | |
| 52 | Ennepe-Ruhr-Kreis | 73,40 | 80,20 | - 0,24 | + 0,17 |
| 53 | Hochsauerlandkreis | 74,33 | 80,44 | + 0,69 | + 0,40 |
| 54 | Märkischer Kreis | 73,54 | 79,81 | - 0,11 | - 0,23 |
| 55 | Olpe | 74,17 | 80,57 | + 0,53 | + 0,53 |
| 56 | Siegen-Wittgenstein | 74,07 | 80,34 | + 0,42 | + 0,30 |
| 57 | Soest | 73,46 | 79,48 | - 0,18 | - 0,56 |
| 58 | Unna | 73,39 | 79,77 | - 0,25 | - 0,27 |
| 59 | Reg.-Bez. Arnsberg | 73,26 | 79,91 | - 0,39 | - 0,13 |
| 60 | Nordrhein-Westfalen | 73,64 | 80,04 | 0,00 | 0,00 |

Datenquelle:

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Statistik der Sterbefälle, eigene Berechnungen

**Indikator
3.8**

Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen in Nordrhein-Westfalen, 1997

| Todesursache | ICD 9 | Sterbefälle | | | | | | | |
|--|----------|-------------|---------|--|--------|-------------------------|-------|---|-------|
| | | insgesamt | | darunter: im Alter von unter 65 Jahren | | | | standardisiert an Europabevölkerung neu | |
| | | | | Anzahl | | je 100 000 Einwohner | | | |
| | | m | w | m | w | m | w | m | w |
| alle Todesursachen | 001-999 | 88 747 | 101 199 | 26 719 | 13 233 | 349,5 | 178,2 | 301,4 | 159,7 |
| darunter: Bösartige Neubildungen | 140-208 | 24 655 | 22 971 | 8 118 | 5 626 | 106,2 | 75,8 | 88,6 | 66,4 |
| Krankheiten des Kreislaufsystems | 390-459 | 40 587 | 56 839 | 8 321 | 3 106 | 108,8 | 41,8 | 90,9 | 36,8 |
| Krankheiten der Atmungsorgane | 460-519 | 6 172 | 5 119 | 944 | 425 | 12,3 | 5,7 | 10,3 | 5,1 |
| Krankheiten der Verdauungsorgane | 520-579 | 3 873 | 3 956 | 1 698 | 867 | 22,2 | 11,7 | 18,8 | 10,2 |
| Unfälle darunter: | E800-949 | 1 627 | 1 192 | 1 156 | 328 | 15,1 | 4,4 | 15,1 | 4,4 |
| häusliche Unfälle | | 368 | 717 | 126 | 56 | 1,6 | 0,8 | 1,5 | 0,7 |
| Drogentodesfälle darunter: | 303-305 | 1 501 | 445 | 1 176 | 315 | 15,4 | 4,2 | 13,5 | 3,8 |
| Alkohol- abhängigkeit | 303 | 1 268 | 415 | 946 | 287 | 12,4 | 3,9 | 10,6 | 3,4 |
| Medikamenten- und Drogenab- hängigkeit | 304 | 228 | 26 | 226 | 25 | 3,0 | 0,3 | 2,8 | 0,4 |
| Drogen- und Medikamenten- mißbrauch ohne Abhängigkeit | 305 | 5 | 4 | 4 | 3 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Suizid | E950-959 | 1 412 | 549 | 1 093 | 355 | 14,3 | 4,8 | 13,2 | 4,4 |
| AIDS | 042-044 | 154 | 28 | 145 | 26 | 1,9 | 0,4 | 1,7 | 0,3 |

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Todesursachenstatistik

**Indikator
3.9**
Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen je 100 000 Einwohner, altersstandardisiert an der europäischen Standardbevölkerung (neu), Nordrhein-Westfalen, 1980, 1985, 1990 - 1997

| Todesursache | ICD 9 | Geschlecht | Alter | 1980 | 1985 | 1990 | 1991 | 1992 |
|--|------------|------------|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| AIDS | 042 - 044 | m | alle Altersgruppen | • | • | 2,7 | 3,4 | 3,8 |
| | | w | | • | • | 0,2 | 0,3 | 0,4 |
| Lungenkrebs | 162 | m | 35 - 64 | 82,1 | 86,2 | 86,2 | 85,2 | 82,7 |
| | | w | 35 - 64 | 11,0 | 13,2 | 16,2 | 18,6 | 17,7 |
| Melanom | 172 | m | 35 - 64 | 2,5 | 2,2 | 2,7 | 2,8 | 3,4 |
| | | w | 35 - 64 | 1,7 | 1,8 | 2,2 | 2,0 | 2,5 |
| Brustkrebs | 174 | w | 35 - 64 | 46,2 | 48,8 | 46,9 | 44,1 | 47,9 |
| Drogentodesfälle | 303 - 305 | m | alle Altersgruppen | 8,8 | 8,3 | 10,4 | 12,5 | 13,5 |
| | | w | | 2,6 | 2,3 | 2,8 | 3,3 | 3,7 |
| Herzinfarkt | 410 | m | 35 - 64 | 176,1 | 144,6 | 100,8 | 95,3 | 88,6 |
| | | w | 35 - 64 | 40,0 | 35,0 | 23,7 | 23,1 | 21,4 |
| | | | 55 - 74 | 205,6 | 173,6 | 125,4 | 120,7 | 116,1 |
| Chron. Leberkrankheit und -zirrhose | 571 | m | 35 - 64 | 56,4 | 43,7 | 39,1 | 38,2 | 39,7 |
| Plötzlicher Kindstod* | 798 | m | 0 - <1 | 2,3 | 2,8 | 2,9 | 2,8 | 1,7 |
| | | w | 0 - <1 | 1,8 | 2,1 | 2,0 | 1,6 | 1,2 |
| Kfz-Unfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs | E810 - 825 | m | 0 - 14 | 10,5 | 4,7 | 3,6 | 4,0 | 2,5 |
| | | | 15 - 29 | 38,1 | 19,3 | 21,7 | 21,9 | 19,0 |
| | | | 65 u. mehr | 34,9 | 21,2 | 18,1 | 17,2 | 15,6 |
| | | w | 0 - 14 | 6,9 | 4,4 | 2,0 | 2,1 | 2,1 |
| | | | 15 - 29 | 9,4 | 6,1 | 4,7 | 5,0 | 4,6 |
| | | | 65 u. mehr | 17,7 | 10,4 | 8,7 | 8,3 | 7,3 |
| Suizid | E950 - 959 | m | 15 - 29 | 18,9 | 21,3 | 12,8 | 13,4 | 13,8 |
| | | | 30 - 64 | 29,7 | 31,1 | 21,2 | 22,4 | 22,5 |
| | | | 65 u. mehr | 47,1 | 44,9 | 39,0 | 35,8 | 41,5 |
| | | w | 15 - 29 | 6,1 | 5,3 | 3,5 | 3,9 | 3,4 |
| | | | 30 - 64 | 15,2 | 13,3 | 7,4 | 8,3 | 8,1 |
| | | | 65 u. mehr | 20,0 | 19,2 | 12,7 | 13,8 | 13,6 |
| Häuslicher Unfall** | | w | 65 u. mehr | • | • | 65,4 | 79,4 | 66,7 |

Datenquelle:
LDS NRW: Todesursachenstatistik

| 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | Alter | Ge- schlecht | ICD 9 | Todesursache |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------|------------|--|
| 4,2 0,4 | 4,3 0,5 | 4,5 0,7 | 3,0 0,6 | 1,6 0,3 | alle Alters- gruppen | m w | 042 - 044 | AIDS |
| 80,7 19,1 | 77,3 20,2 | 75,5 19,1 | 74,8 20,8 | 71,7 20,8 | 35 - 64 35 - 64 | m w | 162 | Lungenkrebs |
| 2,5 2,0 | 3,1 2,2 | 3,0 1,6 | 2,2 1,8 | 2,7 1,5 | 35 - 64 35 - 64 | m w | 172 | Melanom |
| 46,5 | 43,3 | 42,7 | 46,2 | 41,4 | 35 - 64 | w | 174 | Brustkrebs |
| 13,6 4,0 | 15,3 4,2 | 15,2 4,4 | 15,7 4,1 | 15,3 4,3 | alle Alters- gruppen | m w | 303 - 305 | Drogentodesfälle |
| 87,2 22,9 116,2 | 83,8 22,0 111,3 | 77,0 20,5 108,7 | 78,8 21,5 104,8 | 77,9 21,8 103,5 | 35 - 64 35 - 64 55 - 74 | m w | 410 | Herzinfarkt |
| 37,2 | 36,0 | 32,9 | 31,9 | 31,6 | 35 - 64 | m | 571 | Chron. Leberkrank- heit und -zirrhose |
| 1,6 1,0 | 1,6 1,2 | 1,8 1,2 | 1,6 1,2 | 1,7 1,1 | 0 - <1 0 - <1 | m w | 798 | Plötzlicher Kindstod* |
| 3,3 19,5 16,5 | 3,3 18,2 14,8 | 2,7 19,1 11,9 | 2,5 16,2 10,3 | 1,5 18,3 11,2 | 0 - 14 15 - 29 65 u. mehr | m | E810 - 825 | Kfz-Unfälle inner- halb und außer- halb des Verkehrs |
| 1,2 5,2 7,3 | 1,9 4,1 7,2 | 1,7 4,9 6,8 | 1,1 4,2 5,3 | 1,3 4,4 5,5 | 0 - 14 15 - 29 65 u. mehr | w | | |
| 12,1 19,9 37,2 | 13,2 20,2 33,4 | 13,6 21,2 33,9 | 13,3 18,9 29,6 | 11,8 19,9 30,7 | 15 - 29 30 - 64 65 u. mehr | m | E950 - 959 | Suizid |
| 3,7 6,7 12,5 | 3,9 6,8 12,2 | 3,1 6,9 11,9 | 3,3 5,9 11,0 | 3,6 6,6 10,3 | 15 - 29 30 - 64 65 u. mehr | w | | |
| 54,3 | 40,3 | 40,1 | 37,9 | 32,2 | 65 u. mehr | w | | Häuslicher Unfall** |

* je 1 000 Lebendgeborene

** Berechnung wird erst ab 1990 berücksichtigt

**Indikator
3.11a**
**Mortalität nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen,
1997**

| Hauptgruppen der ICD-9 | Sterbefälle | | | | | |
|--|---------------|---------------------|----------------|---------------------|----------------|---------------------|
| | männlich | | weiblich | | insgesamt | |
| | insg. | je 100 000 Einw. | insg. | je 100 000 Einw. | insg. | je 100 000 Einw. |
| I. Infektiöse und parasitäre Krankheiten | 1 035 | 11,9 | 1 073 | 11,6 | 2 108 | 11,7 |
| II. Neubildungen | 24 792 | 284,3 | 23 158 | 250,7 | 47 950 | 267,0 |
| III. Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen im Immunitätssystem | 1 078 | 12,4 | 1 899 | 20,6 | 2 977 | 16,6 |
| IV. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe | 101 | 1,2 | 146 | 1,6 | 247 | 1,4 |
| V. Psychiatrische Krankheiten | 1 639 | 18,8 | 725 | 7,9 | 2 364 | 13,2 |
| VI. Krankheiten des Nervensystem und der Sinnesorgane | 1 507 | 17,3 | 1 886 | 20,4 | 3 393 | 18,9 |
| VII. Krankheiten des Kreislaufsystems | 40 587 | 465,3 | 56 839 | 615,2 | 97 426 | 542,4 |
| VIII. Krankheiten der Atmungsorgane | 6 172 | 70,8 | 5 119 | 55,4 | 11 291 | 62,9 |
| IX. Krankheiten der Verdauungsorgane | 3 873 | 44,4 | 3 956 | 42,8 | 7 829 | 43,6 |
| X. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane | 766 | 8,8 | 1 099 | 11,9 | 1 865 | 10,4 |
| XI. Komplikationen d. Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett | x | x | 6 | 0,0 | 6 | 0,0 |
| XII. Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes | 11 | 0,1 | 59 | 0,6 | 70 | 0,4 |
| XIII. Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes | 12 | 0,1 | 36 | 0,4 | 48 | 0,3 |
| XIV. Kongenitale Anomalien | 244 | 2,8 | 187 | 2,0 | 431 | 2,4 |
| XV. Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben | 215 | 2,5 | 155 | 1,7 | 370 | 2,1 |
| XVI. Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen | 3 502 | 40,2 | 3 021 | 32,7 | 6 523 | 36,3 |
| XVII. Verletzungen und Vergiftungen | 3 213 | 36,8 | 1 835 | 19,9 | 5 048 | 28,1 |
| Insgesamt | 88 747 | 1 017,5 | 101 199 | 1 095,4 | 189 946 | 1 057,6 |
| standardisiert an Europabevölkerung (neu) | X | 920,7 | X | 849,3 | X | 876,2 |

Datenquelle:

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:

Todesursachenstatistik

**Indikator
3.48**

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1997

| Hauptgruppen der ICD-9 | Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit | | | | | |
|--|---|------------------------|---------------|------------------------|---------------|------------------------|
| | männlich | | weiblich | | insgesamt | |
| | insg. | je 100 000 aktiv Vers. | insg. | je 100 000 aktiv Vers. | insg. | je 100 000 aktiv Vers. |
| I. Infektiöse und parasitäre Krankheiten | 555 | 13,2 | 80 | 2,8 | 635 | 9,0 |
| II. Neubildungen | 3 394 | 81,0 | 2 336 | 80,6 | 5 730 | 80,8 |
| III. Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen im Immunitätssystem | 734 | 17,5 | 291 | 10,0 | 1 025 | 14,5 |
| IV. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe | 41 | 1,0 | 27 | 0,9 | 68 | 1,0 |
| V. Psychiatrische Krankheiten | 4 921 | 117,4 | 4 375 | 150,9 | 9 296 | 131,1 |
| VI. Krankheiten des Nervensystem und der Sinnesorgane | 1 888 | 45,0 | 1 283 | 44,3 | 3 171 | 44,7 |
| VII. Krankheiten des Kreislaufsystems | 7 283 | 173,7 | 1 736 | 59,9 | 9 019 | 127,2 |
| VIII. Krankheiten der Atmungsorgane | 1 464 | 34,9 | 502 | 17,3 | 1 966 | 27,7 |
| IX. Krankheiten der Verdauungsorgane | 695 | 16,6 | 336 | 11,6 | 1 031 | 14,5 |
| X. Krankheiten der Ham- und Geschlechtsorgane | 282 | 6,7 | 136 | 4,7 | 418 | 5,9 |
| XI. Komplikationen d. Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett | – | – | 3 | 0,1 | 3 | 0,0 |
| XII. Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes | 99 | 2,4 | 75 | 2,6 | 174 | 2,5 |
| XIII. Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes | 9 544 | 227,7 | 4 591 | 158,4 | 14 135 | 199,3 |
| XIV. Kongenitale Anomalien | 168 | 4,0 | 116 | 4,0 | 284 | 4,0 |
| XV. Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben | 17 | 0,4 | 5 | 0,2 | 22 | 0,3 |
| XVI. Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen | 744 | 17,8 | 173 | 6,0 | 917 | 12,9 |
| XVII. Verletzungen und Vergiftungen | 843 | 20,1 | 225 | 7,8 | 1 068 | 15,1 |
| Nicht zuordenbare Fälle | 316 | 7,5 | 340 | 11,7 | 656 | 9,3 |
| Insgesamt | 32 988 | 786,9 | 16 630 | 573,7 | 49 618 | 699,7 |

Datenquelle:
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:
Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

**Indikator
3.75**
Krankenhausfälle nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen¹, 1997

| Hauptgruppen der ICD-9 | Krankenhausfälle | | | | | |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | männlich* | | weiblich* | | zusammen* | |
| | insg. | je 100 000 Einw. | insg. | je 100 000 Einw. | insg. | je 100 000 Einw. |
| I. Infektiöse und parasitäre Krankheiten | 35 752 | 409,90 | 35 380 | 382,96 | 71 132 | 396,04 |
| II. Neubildungen | 178 373 | 2 045,08 | 220 901 | 2 391,08 | 399 274 | 2 223,03 |
| III. Endokrinopathien, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankh. sowie Störungen im Immunitätssystem | 35 543 | 407,51 | 68 227 | 738,50 | 103 770 | 577,76 |
| IV. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe | 8 293 | 95,08 | 12 867 | 139,28 | 21 160 | 117,81 |
| V. Psychiatrische Krankheiten | 109 108 | 1 250,95 | 88 904 | 962,32 | 198 012 | 1 102,47 |
| VI. Krankheiten des Nervensystem und der Sinnesorgane | 93 221 | 1 068,80 | 122 173 | 1 322,43 | 215 394 | 1 199,24 |
| VII. Krankheiten des Kreislaufsystems | 324 458 | 3 719,98 | 286 877 | 3 105,22 | 611 335 | 3 403,71 |
| VIII. Krankheiten der Atmungsorgane | 128 702 | 1 475,60 | 106 328 | 1 150,92 | 235 030 | 1 308,57 |
| IX. Krankheiten der Verdauungsorgane | 169 344 | 1 941,56 | 175 340 | 1 897,92 | 344 684 | 1 919,09 |
| X. Krankheiten der Ham- und Geschlechtsorgane | 80 250 | 920,08 | 147 528 | 1 596,88 | 227 778 | 1 268,19 |
| XI. Komplikationen d. Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett | x | x | 261 142 | 2 826,66 | x | x |
| XII. Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes | 28 730 | 329,40 | 26 551 | 287,39 | 55 281 | 307,79 |
| XIII. Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes | 115 606 | 1 325,45 | 138 591 | 1 500,14 | 254 197 | 1 415,28 |
| XIV. Kongenitale Anomalien | 14 552 | 166,84 | 11 085 | 119,99 | 25 637 | 142,74 |
| XV. Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung i.d. Perinatalzeit haben | 14 008 | 160,60 | 11 863 | 128,41 | 25 871 | 144,04 |
| XVI. Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen | 74 752 | 857,05 | 76 025 | 822,91 | 150 777 | 839,48 |
| XVII. Verletzungen und Vergiftungen | 180 931 | 2 074,41 | 175 397 | 1 898,54 | 356 328 | 1 983,92 |
| V-Klassifikation/unbekannt | 12 239 | 140,32 | 21 353 | 231,13 | 33 592 | 187,03 |
| Insgesamt | 1 603 862 | 18 388,62 | 1 986 532 | 21 502,66 | 3 590 394 | 19 990,12 |

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Krankenhausdiagnosestatistik

¹ Wohnbevölkerung
* ohne Stundentfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht

**Indikator
3.80**

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, darunter infolge von psychischen Erkrankungen (ICD 290 - 319), Nordrhein-Westfalen nach Regierungsbezirken, 1997

| Regierungsbezirk des Wohnortes des Renten- empfängers | Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit | | | darunter: | | | | | |
|--|---|---------------|---------------|---|--------------|--------------|---|--------------|--------------|
| | | | | infolge von psychischen. Erkrankg. (ICD 290-319) | | | Zugänge je 100 000 aktiv Versicherte | | |
| | Männer | Frauen | insg. | Männer | Frauen | zus. | Männer | Frauen | insg. |
| Düsseldorf | 8 863 | 4 393 | 13 256 | 1 269 | 1 061 | 2 330 | 101,5 | 122,1 | 109,9 |
| Köln | 7 349 | 3 884 | 11 233 | 1 341 | 1 254 | 2 595 | 139,4 | 182,8 | 157,5 |
| Münster | 5 309 | 2 430 | 7 739 | 708 | 607 | 1 315 | 118,6 | 153,8 | 132,6 |
| Detmold | 3 795 | 2 107 | 5 902 | 513 | 500 | 1 013 | 106,0 | 143,9 | 121,8 |
| Arnsberg | 7 672 | 3 816 | 11 488 | 1 090 | 953 | 2 043 | 121,3 | 158,4 | 136,2 |
| NRW | 32 988 | 16 630 | 49 618 | 4 921 | 4 375 | 9 296 | 117,4 | 150,9 | 131,1 |

Datenquelle:
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:
Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung

**Indikator
3.86**

Altersspezifische Krankenhausfälle infolge psychischer Krankheiten (ICD 290 - 319) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen¹, 1997

| Alter von ... bis ... Jahren | Männer | | Frauen | | Insgesamt | |
|--|----------------|-------------------------|---------------|-------------------------|----------------|-------------------------|
| | Anzahl* | je 100 000 Einwohner | Anzahl* | je 100 000 Einwohner | Anzahl* | je 100 000 Einwohner |
| 0 - <1 | 277 | 285,38 | 211 | 228,97 | 488 | 257,89 |
| 1 - 4 | 580 | 148,14 | 368 | 98,81 | 948 | 124,09 |
| 5 - 9 | 1 655 | 313,62 | 756 | 150,43 | 2 411 | 234,01 |
| 10 - 14 | 2 103 | 432,33 | 1 631 | 353,13 | 3 734 | 393,75 |
| 15 - 19 | 3 647 | 765,95 | 4 036 | 892,40 | 7 683 | 827,54 |
| 20 - 24 | 7 217 | 1 463,58 | 4 811 | 999,12 | 12 028 | 1 234,09 |
| 25 - 29 | 10 646 | 1 512,47 | 6 442 | 961,48 | 17 088 | 1 243,76 |
| 30 - 34 | 14 136 | 1 721,71 | 8 416 | 1 092,52 | 22 552 | 1 417,13 |
| 35 - 39 | 15 535 | 2 089,08 | 9 086 | 1 275,50 | 24 621 | 1 691,02 |
| 40 - 44 | 13 605 | 2 111,89 | 8 411 | 1 330,62 | 22 016 | 1 724,93 |
| 45 - 49 | 10 613 | 1 817,57 | 7 052 | 1 215,31 | 17 665 | 1 517,36 |
| 50 - 54 | 7 141 | 1 425,82 | 5 574 | 1 115,44 | 12 715 | 1 270,79 |
| 55 - 59 | 7 110 | 1 104,04 | 6 039 | 935,23 | 13 149 | 1 019,50 |
| 60 - 64 | 4 741 | 891,94 | 4 367 | 791,79 | 9 108 | 840,93 |
| 65 - 69 | 3 195 | 734,56 | 3 842 | 787,23 | 7 037 | 762,40 |
| 70 - 74 | 2 185 | 734,62 | 4 636 | 976,87 | 6 821 | 883,52 |
| 75 - 79 | 1 661 | 954,70 | 4 371 | 1 242,17 | 6 032 | 1 147,04 |
| 80 - 84 | 1 614 | 1 654,91 | 4 239 | 1 692,24 | 5 853 | 1 681,70 |
| 85 und mehr | 1 447 | 1 979,07 | 4 616 | 1 856,25 | 6 063 | 1 884,08 |
| Insgesamt | 109 108 | 1 250,95 | 88 904 | 962,32 | 198 012 | 1 102,47 |
| standard. an Europabev. neu | x | 1 207,56 | x | 921,56 | x | 1 062,87 |

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Krankenhausdiagnosestatistik

¹ Wohnbevölkerung
* ohne Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem
Wohnsitz bzw. Geschlecht

**Indikator
3.87a**

Anzahl verordneter Arbeitsunfähigkeiten, darunter wegen psychischer Krankheiten (ICD 290-319) bei AOK-Pflichtversicherten, Rheinland, 1996

| Alter von ... bis ... Jahren | AU-Fälle insgesamt | | darunter: AU-Fälle ICD 290-319 | | Anteil in Prozent | |
|---------------------------------|--------------------|----------------|--------------------------------|---------------|-------------------|------------|
| | männlich | weiblich | männlich | weiblich | männlich | weiblich |
| 15 - 19 | 30 814 | 14 420 | 303 | 256 | 1,0 | 1,8 |
| 20 - 24 | 99 795 | 50 713 | 1 966 | 1 313 | 2,0 | 2,6 |
| 25 - 29 | 161 887 | 66 387 | 4 569 | 2 304 | 2,8 | 3,5 |
| 30 - 34 | 177 437 | 64 915 | 6 042 | 2 795 | 3,4 | 4,3 |
| 35 - 39 | 144 700 | 63 739 | 5 739 | 3 004 | 4,0 | 4,7 |
| 40 - 44 | 111 556 | 60 560 | 4 523 | 2 769 | 4,1 | 4,6 |
| 45 - 49 | 95 929 | 57 301 | 3 330 | 2 558 | 3,5 | 4,5 |
| 50 - 54 | 83 086 | 46 960 | 2 368 | 1 949 | 2,9 | 4,2 |
| 55 - 59 | 104 791 | 53 436 | 2 547 | 2 015 | 2,4 | 3,8 |
| 60 - 64 | 37 175 | 12 272 | 799 | 462 | 2,1 | 3,8 |
| Insgesamt | 1 047 170 | 490 703 | 32 186 | 19 425 | 3,1 | 4,0 |

| Alter von ... bis ... Jahren | Fälle je 100 000 Pflichtversicherte | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|------------------|--------------------------------|----------------|
| | AU-Fälle insgesamt | | darunter: AU-Fälle ICD 290-319 | |
| | männlich | weiblich | männlich | weiblich |
| 15 - 19 | 202 151,8 | 162 040,7 | 1 987,8 | 2 876,7 |
| 20 - 24 | 176 002,2 | 154 579,8 | 3 467,3 | 4 002,2 |
| 25 - 29 | 153 181,7 | 126 976,3 | 4 323,3 | 4 406,8 |
| 30 - 34 | 147 520,0 | 123 031,3 | 5 023,3 | 5 297,3 |
| 35 - 39 | 138 979,6 | 126 949,9 | 5 512,1 | 5 983,1 |
| 40 - 44 | 130 273,7 | 127 977,0 | 5 281,9 | 5 851,5 |
| 45 - 49 | 125 449,9 | 130 791,4 | 4 354,8 | 5 838,7 |
| 50 - 54 | 127 083,6 | 133 155,6 | 3 622,0 | 5 526,4 |
| 55 - 59 | 123 768,4 | 124 356,5 | 3 008,3 | 4 689,3 |
| 60 - 64 | 118 807,9 | 104 692,0 | 2 553,5 | 3 941,3 |
| Insgesamt | 140 473,2 | 129 798,1 | 4 317,6 | 5 138,2 |

Datenquelle:
AOK Rheinland:
Arbeitsunfähigkeitsstatistik

**Indikator
3.93**
Altersspezifische Krankenhausfälle infolge von endogenen Psychosen (ICD 295 - 296) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen¹, 1997

| Alter von ... bis ... Jahren | Männer | | Frauen | | Insgesamt | |
|--|---------------|-------------------------|---------------|-------------------------|---------------|-------------------------|
| | Anzahl* | je 100 000 Einwohner | Anzahl* | je 100 000 Einwohner | Anzahl* | je 100 000 Einwohner |
| 0 - <1 | (3) | (3,09) | (2) | (2,17) | (5) | (2,64) |
| 1 - 4 | – | – | 1 | 0,27 | 1 | 0,13 |
| 5 - 9 | 5 | 0,95 | 1 | 0,20 | 6 | 0,58 |
| 10 - 14 | 10 | 2,06 | 25 | 5,41 | 35 | 3,69 |
| 15 - 19 | 509 | 106,90 | 338 | 74,74 | 847 | 91,23 |
| 20 - 24 | 1 634 | 331,37 | 885 | 183,79 | 2 519 | 258,45 |
| 25 - 29 | 2 440 | 346,65 | 1 692 | 252,53 | 4 132 | 300,75 |
| 30 - 34 | 3 095 | 376,96 | 2 669 | 346,47 | 5 764 | 362,20 |
| 35 - 39 | 2 932 | 394,28 | 2 834 | 397,84 | 5 766 | 396,02 |
| 40 - 44 | 2 395 | 371,77 | 2 444 | 386,64 | 4 839 | 379,13 |
| 45 - 49 | 1 701 | 291,31 | 2 249 | 387,58 | 3 950 | 339,29 |
| 50 - 54 | 1 218 | 243,19 | 1 770 | 354,20 | 2 988 | 298,63 |
| 55 - 59 | 1 333 | 206,99 | 2 323 | 359,75 | 3 656 | 283,47 |
| 60 - 64 | 963 | 181,17 | 1 819 | 329,81 | 2 782 | 256,86 |
| 65 - 69 | 685 | 157,49 | 1 597 | 327,23 | 2 282 | 247,24 |
| 70 - 74 | 405 | 136,17 | 1 754 | 369,59 | 2 159 | 279,66 |
| 75 - 79 | 193 | 110,93 | 1 138 | 323,40 | 1 331 | 253,10 |
| 80 - 84 | 123 | 126,12 | 641 | 255,89 | 764 | 219,51 |
| 85 und mehr | 55 | 75,22 | 330 | 132,70 | 385 | 119,64 |
| Insgesamt | 19 699 | 225,85 | 24 512 | 265,32 | 44 211 | 246,15 |
| standard. an Europabev. neu | x | 215,65 | x | 246,61 | x | 231,40 |

Datenquelle:

 Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Krankenhausdiagnosestatistik

¹ Wohnbevölkerung

 * ohne Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem
Wohnsitz bzw. Geschlecht

 () Aussagewert eingeschränkt, da der Zahlenwert
Fehler aufweisen kann

**Indikator
4.5**

Abgerechnete Krebs-Früherkennungs-Untersuchungen bei Männern¹, Nordrhein-Westfalen, 1989 - 1998

| Jahr | Nordrhein | | Westfalen-Lippe | | Nordrhein-Westfalen | |
|------|-----------|-----------------------------|-----------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| | insgesamt | Veränderung z. Vorjahr in % | insgesamt | Veränderung z. Vorjahr in % | insgesamt | Veränderung z. Vorjahr in % |
| 1989 | 176 018 | • | 149 636 | • | 325 654 | • |
| 1990 | 155 287 | - 11,8 | 106 941 | - 28,5 | 262 228 | - 19,5 |
| 1991 | 168 372 | 8,4 | 117 902 | 10,2 | 286 274 | 9,2 |
| 1992 | 172 683 | 2,6 | 119 508 | 1,4 | 292 191 | 2,1 |
| 1993 | 173 595 | 0,5 | 120 445 | 0,8 | 294 040 | 0,6 |
| 1994 | 158 718 | - 8,6 | 105 193 | - 12,7 | 263 911 | - 10,2 |
| 1995 | 142 271 | - 10,4 | 100 204 | - 4,7 | 242 475 | - 8,1 |
| 1996 | 185 219 | 30,2 | 113 686 | 13,5 | 298 905 | 23,3 |
| 1997 | 177 388 | - 4,2 | 114 096 | 0,4 | 291 484 | - 2,5 |
| 1998 | 164 123 | - 7,5 | 100 908 | - 11,6 | 265 031 | - 9,1 |

Datenquelle:
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein,
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe:
Statistik der Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen

¹ GKV ohne Privatkassen

**Indikator
4.6**

Abgerechnete Krebs-Früherkennungs-Untersuchungen bei Frauen¹, Nordrhein-Westfalen, 1989 - 1998

| Jahr | Nordrhein | | Westfalen-Lippe | | Nordrhein-Westfalen | |
|------|-----------|-----------------------------|-----------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| | insgesamt | Veränderung z. Vorjahr in % | insgesamt | Veränderung z. Vorjahr in % | insgesamt | Veränderung z. Vorjahr in % |
| 1989 | 1 067 997 | • | 852 169 | • | 1 920 166 | • |
| 1990 | 1 053 996 | - 1,3 | 831 791 | - 2,4 | 1 885 787 | - 1,8 |
| 1991 | 1 082 388 | 2,7 | 855 936 | 2,9 | 1 938 324 | 2,8 |
| 1992 | 1 138 644 | 5,2 | 912 961 | 6,7 | 2 051 605 | 5,8 |
| 1993 | 1 166 656 | 2,5 | 947 100 | 3,7 | 2 113 756 | 3,0 |
| 1994 | 1 359 436 | 16,5 | 1 055 077 | 11,4 | 2 414 513 | 14,2 |
| 1995 | 1 276 191 | - 6,1 | 1 182 624 | 12,1 | 2 458 815 | 1,8 |
| 1996 | 1 740 763 | 36,4 | 1 390 271 | 17,6 | 3 131 034 | 27,3 |
| 1997 | 1 749 225 | 0,5 | 1 417 605 | 2,0 | 3 166 830 | 1,1 |
| 1998 | 1 706 333 | - 2,5 | 1 356 250 | - 4,3 | 3 062 583 | - 3,3 |

Datenquelle:
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein,
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe:
Statistik der Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen

¹ GKV ohne Privatkassen

**Indikator
4.21**

**Beschwerdenindex der befragten Männer und Frauen, Nordrhein-Westfalen,
1991 (Klassen der v. Zerßen-Beschwerdenliste)**

| Altersgruppen in Jahren | % der Befragten | | | | | |
|----------------------------|-----------------|--------------|-------------|-------------|--------------|-------------|
| | Männer | | | Frauen | | |
| | unauffällig | Grenzbereich | auffällig | unauffällig | Grenzbereich | auffällig |
| 25 - 29 | 76,2 | 9,7 | 14,1 | 65,5 | 16,3 | 18,2 |
| 30 - 39 | 77,8 | 11,3 | 10,9 | 65,1 | 19,5 | 15,4 |
| 40 - 49 | 66,6 | 16,7 | 16,7 | 64,2 | 15,6 | 20,2 |
| 50 - 59 | 55,1 | 19,4 | 25,5 | 44,7 | 17,0 | 38,3 |
| 60 - 69 | 60,0 | 13,8 | 26,2 | 54,1 | 14,4 | 31,5 |
| 25 - 69 | 66,8 | 14,7 | 18,5 | 58,2 | 16,6 | 25,2 |

Datenquelle:
Nationaler Untersuchungssurvey 1991
Teilstichprobe Nordrhein-Westfalen

**Indikator
4.22**

**Eigenbewertung des Gesundheitszustandes bei Männern und Frauen,
Nordrhein-Westfalen, 1991**

| Altersgruppen in Jahren | % der Befragten | | | | | |
|----------------------------|-----------------|------------------------|--------------------------|--------------|------------------------|--------------------------|
| | Männer | | | Frauen | | |
| | sehr gut/gut | zufrieden- stellend | weniger gut/ schlecht | sehr gut/gut | zufrieden- stellend | weniger gut/ schlecht |
| 25 - 29 | 56,0 | 33,8 | 10,2 | 67,4 | 18,7 | 13,9 |
| 30 - 39 | 54,9 | 36,7 | 8,4 | 47,5 | 37,4 | 15,1 |
| 40 - 49 | 40,0 | 46,3 | 13,7 | 48,4 | 39,7 | 11,9 |
| 50 - 59 | 29,1 | 43,8 | 27,1 | 26,9 | 50,2 | 22,9 |
| 60 - 69 | 27,6 | 50,5 | 21,9 | 18,9 | 51,7 | 29,4 |
| 25 - 69 | 41,3 | 42,3 | 16,4 | 39,8 | 41,3 | 18,9 |

Datenquelle:
Nationaler Untersuchungssurvey 1991
Teilstichprobe Nordrhein-Westfalen

**Indikator
4.31**

Rauchverhalten von Männern und Frauen, Nordrhein-Westfalen, 1991

| Altersgruppen in Jahren | % der Befragten | | | | | |
|----------------------------|--------------------|--------------------|--------------|--------------------|--------------------|--------------|
| | Männer | | | Frauen | | |
| | rauche zur Zeit | früher geraucht | nie geraucht | rauche zur Zeit | früher geraucht | nie geraucht |
| 25 - 29 | 44,4 | 21,0 | 34,6 | 48,1 | 13,7 | 38,2 |
| 30 - 39 | 50,5 | 26,0 | 23,5 | 48,6 | 21,8 | 29,6 |
| 40 - 49 | 51,1 | 27,5 | 21,4 | 41,1 | 22,2 | 36,7 |
| 50 - 59 | 33,9 | 38,3 | 27,8 | 24,2 | 13,7 | 62,1 |
| 60 - 69 | 28,3 | 63,0 | 8,7 | 16,9 | 20,9 | 62,2 |
| 25 - 69 | 42,6 | 34,0 | 23,4 | 34,9 | 18,9 | 46,2 |

Datenquelle:
Nationaler Untersuchungssurvey 1991
Teilstichprobe Nordrhein-Westfalen

**Indikator
4.32**

Anteil der Raucher an den Befragten (gruppiert nach der Anzahl der pro Tag gerauchten Zigaretten), Nordrhein-Westfalen, 1991

| Altersgruppen in Jahren | Anzahl der pro Tag gerauchten Zigaretten | | | | | |
|----------------------------|--|-------------|------------|-------------|-------------|------------|
| | Männer | | | Frauen | | |
| | < 20 | 20 - 29 | >= 30 | < 20 | 20 - 29 | >= 30 |
| 25 - 29 | 11,1 | 20,5 | 12,9 | 28,7 | 13,3 | 5,2 |
| 30 - 39 | 19,5 | 20,5 | 7,9 | 29,3 | 12,7 | 6,6 |
| 40 - 49 | 11,7 | 19,7 | 14,0 | 16,5 | 17,8 | 5,9 |
| 50 - 59 | 14,8 | 10,4 | 3,8 | 13,7 | 6,5 | 4,1 |
| 60 - 69 | 11,4 | 9,5 | 2,5 | 14,8 | 1,5 | 0,6 |
| 25 - 69 | 14,1 | 16,3 | 8,3 | 19,9 | 10,3 | 4,5 |

Datenquelle:
Nationaler Untersuchungssurvey 1991
Teilstichprobe Nordrhein-Westfalen

**Indikator
4.33**

**Durchschnittlicher täglicher Alkoholgenuß der Befragten in Gramm,
Nordrhein-Westfalen, 1991**

| Altersgruppen in Jahren | Alkohol in Gramm pro Tag nach Konsumanteilen der Getränke | | | | | |
|----------------------------|---|----------|-------------|----------|-----------|-------------|
| | Männer | | | Frauen | | |
| | Bier | Wein | Spirituosen | Bier | Wein | Spirituosen |
| 25 - 29 | 16 | 6 | 2 | 3 | 9 | 1 |
| 30 - 39 | 16 | 9 | 2 | 3 | 11 | 1 |
| 40 - 49 | 16 | 10 | 3 | 5 | 14 | 2 |
| 50 - 59 | 14 | 9 | 3 | 3 | 10 | 2 |
| 60 - 69 | 12 | 8 | 4 | 1 | 9 | 2 |
| 25 - 69 | 15 | 9 | 3 | 3 | 11 | 2 |

Datenquelle:
Nationaler Untersuchungssurvey 1991
Teilstichprobe Nordrhein-Westfalen

Indikator
4.34

Anteil von übergewichtigen Männern und Frauen, Nordrhein-Westfalen, 1991,
(Body-Mass-Index ≥ 29 kg/qm)

| Altersgruppen in Jahren | % der Untersuchten | |
|----------------------------|--------------------|-------------|
| | Männer | Frauen |
| 25 - 29 | 8,6 | 10,1 |
| 30 - 39 | 12,0 | 12,5 |
| 40 - 49 | 17,1 | 21,2 |
| 50 - 59 | 22,8 | 36,6 |
| 60 - 69 | 20,7 | 34,5 |
| 25 - 69 | 16,6 | 24,0 |

Datenquelle:
Nationaler Untersuchungssurvey 1991
Teilstichprobe Nordrhein-Westfalen

**Indikator
7.21**

Medizinische und sonstige Leistungen der Rentenversicherung zur Rehabilitation nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht (unter 65 Jahre), Nordrhein-Westfalen, 1997

| Hauptgruppen der ICD-9 | Medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation | | | | | |
|--|---|------------------------------|---------------|------------------------------|----------------|------------------------------|
| | männlich | | weiblich | | zusammen | |
| | insg. | je 100 000 aktiv Versicherte | insg. | je 100 000 aktiv Versicherte | insg. | je 100 000 aktiv Versicherte |
| I. Infektiöse und parasitäre Krankheiten | 210 | 5,0 | 129 | 4,5 | 339 | 4,8 |
| II. Neubildungen | 3 887 | 92,9 | 4 195 | 145,1 | 8 082 | 114,2 |
| III. Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen im Immunitätssystem | 1 857 | 44,4 | 1 035 | 35,8 | 2 892 | 40,9 |
| IV. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe | 22 | 0,5 | 15 | 0,5 | 37 | 0,5 |
| V. Psychiatrische Krankheiten | 11 999 | 286,6 | 9 926 | 343,3 | 21 925 | 309,8 |
| VI. Krankheiten des Nervensystem und der Sinnesorgane | 1 275 | 30,5 | 1 003 | 34,7 | 2 278 | 32,2 |
| VII. Krankheiten des Kreislaufsystems | 12 560 | 300,0 | 3 104 | 107,3 | 15 664 | 221,3 |
| VIII. Krankheiten der Atmungsorgane | 3 108 | 74,2 | 2 460 | 85,1 | 5 568 | 78,7 |
| IX. Krankheiten der Verdauungsorgane | 1 255 | 30,0 | 851 | 29,4 | 2 106 | 29,8 |
| X. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane | 172 | 4,1 | 267 | 9,2 | 439 | 6,2 |
| XI. Komplikationen d. Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett | – | – | 3 | 0,1 | 3 | 0,0 |
| XII. Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes | 759 | 18,1 | 663 | 22,9 | 1 422 | 20,1 |
| XIII. Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes | 25 309 | 604,6 | 17 135 | 592,5 | 42 444 | 599,7 |
| XIV. Kongenitale Anomalien | 208 | 5,0 | 290 | 10,0 | 498 | 7,0 |
| XV. Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben | 12 | 0,3 | 8 | 0,3 | 20 | 0,3 |
| XVI. Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen | 298 | 7,1 | 230 | 8,0 | 528 | 7,5 |
| XVII. Verletzungen und Vergiftungen | 1 307 | 31,2 | 664 | 23,0 | 1 971 | 27,9 |
| Nicht zuordenbare Fälle | 5 808 | 138,7 | 4 489 | 155,2 | 10 297 | 145,5 |
| Insgesamt | 70 046 | 1 673,2 | 46 467 | 1 606,9 | 116 513 | 1 646,1 |

Datenquelle:
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:
Statistik der Rehabilitationsmaßnahmen

**Indikator
8.1****

**Ärztinnen und Ärzte nach Art der Tätigkeit, Nordrhein-Westfalen, 1985, 1990,
1992 - 1998 (31.12. d. J.)**

| Jahr | Insgesamt | Davon | | | | | | nachrichtl.: |
|----------|-----------|-----------------|------|------------------|------|------------------------------|------|-----------------------|
| | | im Krankenhaus* | | in freier Praxis | | sonstige ärztliche Tätigkeit | | Ärzte im Praktikum |
| | | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl |
| Zusammen | | | | | | | | |
| 1985 | 41 141 | 20 706 | 50,3 | 16 568 | 40,3 | 3 867 | 9,4 | — |
| 1990 | 49 984 | 25 960 | 51,9 | 18 454 | 36,9 | 5 570 | 11,1 | 3 704 |
| 1992 | 53 985 | 28 178 | 52,2 | 19 857 | 36,8 | 5 950 | 11,0 | 4 376 |
| 1993 | 55 697 | 28 361 | 50,9 | 21 589 | 38,8 | 5 747 | 10,3 | 4 638 |
| 1994 | 57 076 | 29 074 | 50,9 | 22 053 | 38,6 | 5 949 | 10,4 | 4 751 |
| 1995 | 58 464 | 29 824 | 51,0 | 22 426 | 38,4 | 6 214 | 10,6 | 4 580 |
| 1996 | 59 720 | 30 617 | 51,3 | 22 801 | 38,2 | 6 302 | 10,6 | 4 517 |
| 1997 | 60 488 | 29 685 | 49,1 | 23 181 | 38,3 | 7 622 | 12,6 | 4 188 |
| 1998 | 61 311 | 29 967 | 48,9 | 23 817 | 38,8 | 7 527 | 12,3 | 3 930 |
| Männlich | | | | | | | | |
| 1985 | 31 300 | 15 344 | 49,0 | 13 457 | 43,0 | 2 499 | 8,0 | — |
| 1990 | 35 612 | 17 896 | 50,3 | 14 625 | 41,1 | 3 091 | 8,7 | 2 043 |
| 1992 | 37 627 | 18 873 | 50,2 | 15 526 | 41,3 | 3 228 | 8,6 | 2 385 |
| 1993 | 38 409 | 18 852 | 49,1 | 16 485 | 42,9 | 3 072 | 8,0 | 2 539 |
| 1994 | 38 886 | 19 076 | 49,1 | 16 730 | 43,0 | 3 080 | 7,9 | 2 521 |
| 1995 | 39 524 | 19 414 | 49,1 | 16 915 | 42,8 | 3 195 | 8,1 | 2 437 |
| 1996 | 40 091 | 19 797 | 49,4 | 17 079 | 42,6 | 3 215 | 8,0 | 2 430 |
| 1997 | 40 385 | 19 475 | 48,2 | 17 255 | 42,7 | 3 655 | 9,1 | 2 225 |
| 1998 | 40 621 | 19 591 | 48,2 | 17 443 | 42,9 | 3 587 | 8,8 | 2 105 |
| Weiblich | | | | | | | | |
| 1985 | 9 841 | 5 362 | 54,5 | 3 111 | 31,6 | 1 368 | 13,9 | — |
| 1990 | 14 372 | 8 064 | 56,1 | 3 829 | 26,6 | 2 479 | 17,2 | 1 661 |
| 1992 | 16 358 | 9 305 | 56,9 | 4 331 | 26,5 | 2 722 | 16,6 | 1 991 |
| 1993 | 17 288 | 9 509 | 55,0 | 5 104 | 29,5 | 2 675 | 15,5 | 2 099 |
| 1994 | 18 190 | 9 998 | 55,0 | 5 323 | 29,3 | 2 869 | 15,8 | 2 230 |
| 1995 | 18 940 | 10 410 | 55,0 | 5 511 | 29,1 | 3 019 | 15,9 | 2 143 |
| 1996 | 19 629 | 10 820 | 55,1 | 5 722 | 29,2 | 3 087 | 15,7 | 2 087 |
| 1997 | 20 103 | 10 210 | 50,8 | 5 926 | 29,5 | 3 967 | 19,7 | 1 963 |
| 1998 | 20 690 | 10 376 | 50,1 | 6 374 | 30,8 | 3 940 | 19,0 | 1 825 |

Datenquelle:

Ärztelkammer Nordrhein,

Ärztelkammer Westfalen-Lippe:

Ärztelregister Nordrhein und Westfalen-Lippe

* einschl. Rehabilitationseinrichtungen

** Fassung ohne nichtberufstätige Ärzte

**Indikator
8.4***

**Zahnärztinnen und Zahnärzte nach Art der Tätigkeit, Nordrhein-Westfalen,
1985, 1990, 1992 - 1998 (31.12. d. J.)**

| Jahr | Insgesamt | Davon | | | | | | Darunter Kieferortho- päd(-inn)en |
|----------|-----------|----------------|-----|------------------|------|-------------------------------------|------|---|
| | | im Krankenhaus | | in freier Praxis | | sonstige zahnärztliche Tätigkeit | | |
| | | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | |
| Zusammen | | | | | | | | |
| 1985 | 8 864 | • | x | 7 116 | 80,3 | • | x | 329 |
| 1990 | 10 182 | • | x | 8 058 | 79,1 | • | x | 429 |
| 1992 | 10 764 | • | x | 8 559 | 79,5 | • | x | 409 |
| 1993 | 11 150 | • | x | 9 142 | 82,0 | • | x | 436 |
| 1994 | 11 447 | • | x | 9 258 | 80,9 | 2 036 | 17,8 | • |
| 1995 | 11 918 | 388 | 3,3 | 9 423 | 79,1 | 2 107 | 17,7 | 502 |
| 1996 | 11 963 | 377 | 3,2 | 9 498 | 79,4 | 2 088 | 17,5 | 568 |
| 1997 | 12 190 | 389 | 3,2 | 9 726 | 79,8 | 2 075 | 17,0 | 595 |
| 1998 | 12 234 | 387 | 3,2 | 9 792 | 80,0 | 2 055 | 16,8 | 622 |
| Männlich | | | | | | | | |
| 1985 | • | • | x | • | x | • | x | • |
| 1990 | • | • | x | • | x | • | x | • |
| 1992 | • | • | x | • | x | • | x | • |
| 1993 | • | • | x | • | x | • | x | • |
| 1994 | • | • | x | • | x | • | x | • |
| 1995 | • | • | x | • | x | • | x | • |
| 1996 | 8 653 | 264 | 3,1 | 7 245 | 83,7 | 1 144 | 13,2 | 280 |
| 1997 | 8 708 | 262 | 3,0 | 7 357 | 84,5 | 1 089 | 12,5 | 298 |
| 1998 | 8 691 | 257 | 3,0 | 7 392 | 85,1 | 1 042 | 12,0 | 313 |
| Weiblich | | | | | | | | |
| 1985 | • | • | x | • | x | • | x | • |
| 1990 | • | • | x | • | x | • | x | • |
| 1992 | • | • | x | • | x | • | x | • |
| 1993 | • | • | x | • | x | • | x | • |
| 1994 | • | • | x | • | x | • | x | • |
| 1995 | • | • | x | • | x | • | x | • |
| 1996 | 3 310 | 113 | 3,4 | 2 253 | 68,1 | 944 | 28,5 | 288 |
| 1997 | 3 482 | 127 | 3,6 | 2 369 | 68,0 | 986 | 28,3 | 297 |
| 1998 | 3 543 | 130 | 3,7 | 2 400 | 67,7 | 1 013 | 28,6 | 309 |

Datenquelle:

Zahnärztekammer Nordrhein,
Zahnärztekammer Westfalen-Lippe:
Zahnärzteregeister Nordrhein,
Zahnärzteregeister Westfalen-Lippe

* Fassung ohne nichtberufstätige Zahnärzte

**Indikator
8.7***

Apothekerinnen und Apotheker sowie pharmazeutisches und nichtpharmazeutisches Personal, Nordrhein-Westfalen, 1985, 1990, 1992 - 1998 (31.12. d. J.)

| Jahr | Insgesamt | Davon | | | | | | sonstiges Personal in Apotheken |
|----------|-----------|--------------------------|-----|---------------------------|------|------------------------|------|---------------------------------|
| | | in Krankenhaus-apotheken | | in öffentlichen Apotheken | | in sonstigen Bereichen | | |
| | | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % | |
| Zusammen | | | | | | | | |
| 1985 | 8 748 | 253 | 2,9 | 8 005 | 91,5 | 490 | 5,6 | 16 979 |
| 1990 | 9 850 | 418 | 4,2 | 8 764 | 89,0 | 668 | 6,8 | 17 516 |
| 1992 | 10 279 | 455 | 4,4 | 9 125 | 88,8 | 699 | 6,8 | 16 860 |
| 1993 | 10 445 | 459 | 4,4 | 9 221 | 88,3 | 765 | 7,3 | 16 976 |
| 1994 | 10 451 | 453 | 4,3 | 9 188 | 87,9 | 810 | 7,8 | 16 528 |
| 1995 | 10 767 | 468 | 4,3 | 9 370 | 87,0 | 929 | 8,6 | 16 940 |
| 1996 | 10 927 | 460 | 4,2 | 9 512 | 87,1 | 955 | 8,7 | 16 909 |
| 1997 | 11 051 | 458 | 4,1 | 9 634 | 87,2 | 959 | 8,7 | 17 605 |
| 1998 | 11 269 | 458 | 4,1 | 9 847 | 87,4 | 964 | 8,6 | 17 106 |
| Männlich | | | | | | | | |
| 1985 | • | • | x | • | x | • | x | • |
| 1990 | • | • | x | • | x | • | x | • |
| 1992 | • | • | x | • | x | • | x | • |
| 1993 | • | • | x | • | x | • | x | • |
| 1994 | • | • | x | • | x | • | x | • |
| 1995 | • | • | x | • | x | • | x | • |
| 1996 | 4 680 | 213 | 4,6 | 3 884 | 83,0 | 583 | 12,5 | • |
| 1997 | 4 654 | 220 | 4,7 | 3 856 | 82,9 | 578 | 12,4 | • |
| 1998 | 4 637 | 218 | 4,7 | 3 842 | 82,9 | 577 | 12,4 | • |
| Weiblich | | | | | | | | |
| 1985 | • | • | x | • | x | • | x | • |
| 1990 | • | • | x | • | x | • | x | • |
| 1992 | • | • | x | • | x | • | x | • |
| 1993 | • | • | x | • | x | • | x | • |
| 1994 | • | • | x | • | x | • | x | • |
| 1995 | • | • | x | • | x | • | x | • |
| 1996 | 6 247 | 247 | 4,0 | 5 628 | 90,1 | 372 | 6,0 | • |
| 1997 | 6 397 | 238 | 3,7 | 5 778 | 90,3 | 381 | 6,0 | • |
| 1998 | 6 632 | 240 | 3,6 | 6 005 | 90,5 | 387 | 5,8 | • |

Datenquelle:
Apothekerkammer Nordrhein,
Apothekerkammer Westfalen-Lippe:
Statistik über Beschäftigte in Apotheken

* Fassung für die Publikation geändert

**Indikator
8.8***

**Berufe der Krankenpflege in Krankenhäusern, Nordrhein-Westfalen,
1991-1997 (31.12. d. J.)**

| Berufsgruppen | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 |
|--|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Zusammen | | | | | | | |
| Krankenschwestern/-pfleger | 68 799 | 71 565 | 72 223 | 73 762 | 76 071 | 75 866 | 74 776 |
| Kinderkrankenschwestern/-pfleger | 9 022 | 9 285 | 9 301 | 9 716 | 10 014 | 10 082 | 9 947 |
| Krankenpflegehelferinnen/-helfer | 9 262 | 9 429 | 9 278 | 9 258 | 10 172 | 9 185 | 8 178 |
| Sonstiges Krankenpflegepersonal | 12 398 | 13 456 | 12 210 | 12 333 | 12 863 | 12 064 | 10 663 |
| Krankenpflegepersonal insgesamt | 99 481 | 103 735 | 103 012 | 105 069 | 109 120 | 107 197 | 103 564 |
| Männlich | | | | | | | |
| Krankenpfleger | 10 997 | 11 061 | 11 171 | 11 627 | 11 937 | 12 046 | 11 719 |
| Kinderkrankenpfleger | 65 | 84 | 63 | 94 | 110 | 108 | 116 |
| Krankenpflegehelfer | 1 497 | 1 524 | 1 393 | 1 379 | 1 639 | 1 364 | 1 165 |
| Sonstiges Krankenpflegepersonal | 3 935 | 4 177 | 3 701 | 3 828 | 3 869 | 3 428 | 2 889 |
| Krankenpflegepersonal insgesamt | 16 494 | 16 846 | 16 328 | 16 928 | 17 555 | 16 946 | 15 889 |
| Weiblich | | | | | | | |
| Krankenschwestern | 57 802 | 60 504 | 61 052 | 62 135 | 64 134 | 63 820 | 63 057 |
| Kinderkrankenschwestern | 8 957 | 9 201 | 9 238 | 9 622 | 9 904 | 9 974 | 9 831 |
| Krankenpflegehelferinnen | 7 765 | 7 905 | 7 885 | 7 879 | 8 533 | 7 821 | 7 013 |
| Sonstiges Krankenpflegepersonal | 8 463 | 9 279 | 8 509 | 8 505 | 8 994 | 8 636 | 7 774 |
| Krankenpflegepersonal insgesamt | 82 987 | 86 889 | 86 684 | 88 141 | 91 565 | 90 251 | 87 675 |

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Krankenhausstatistik

* Fassung für die Publikation geändert

**Indikator
8.9*****
Medizinisch-therapeutisches Personal in Krankenhäusern, Nordrhein-Westfalen, 1993 - 1997 (31.12. d. J.)

| Berufsgruppen | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| Zusammen | | | | | |
| Ergotherapeutinnen/-therapeuten* | 1 356 | 1 504 | 1 542 | 1 473 | 1 475 |
| Diätassistentinnen/-assistenten | 957 | 941 | 1 003 | 928 | 931 |
| Heilpädagoginnen/-pädagogen | 99 | 108 | 137 | 143 | 153 |
| Krankengymnastinnen/-gymnasten** | 2 494 | 2 584 | 2 668 | 2 804 | 2 946 |
| Logopädinnen/Logopäden | 186 | 204 | 244 | 224 | 224 |
| Masseurinnen/Masseur und medizinische Bademeister | 1 632 | 1 615 | 1 562 | 1 480 | 1 437 |
| Psychologinnen/Psychologen | 898 | 951 | 999 | 962 | 879 |
| Sozialarbeiterinnen/-arbeiter | 1 200 | 1 285 | 965 | 1 259 | 1 237 |
| Männlich | | | | | |
| Ergotherapeuten* | 477 | 523 | 565 | 510 | 508 |
| Diätassistenten | 20 | 20 | 18 | 20 | 15 |
| Heilpädagogen | 18 | 20 | 26 | 23 | 29 |
| Krankengymnasten** | 379 | 415 | 464 | 540 | 577 |
| Logopäden | 28 | 24 | 30 | 28 | 30 |
| Masseur und medizinische Bademeister | 850 | 845 | 820 | 752 | 720 |
| Psychologen | 440 | 461 | 466 | 445 | 403 |
| Sozialarbeiter | 409 | 432 | 298 | 411 | 387 |
| Weiblich | | | | | |
| Ergotherapeutinnen* | 879 | 981 | 977 | 963 | 967 |
| Diätassistentinnen | 937 | 921 | 985 | 908 | 916 |
| Heilpädagoginnen | 81 | 88 | 111 | 120 | 124 |
| Krankengymnastinnen** | 2 115 | 2 169 | 2 204 | 2 264 | 2 369 |
| Logopädinnen | 158 | 180 | 214 | 196 | 194 |
| Masseurinnen und medizinische Bademeisterinnen | 782 | 770 | 742 | 728 | 717 |
| Psychologinnen | 458 | 490 | 533 | 517 | 476 |
| Sozialarbeiterinnen | 791 | 853 | 667 | 848 | 850 |

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Krankenhausstatistik

* früher: Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutinnen/
-therapeuten

** heute: Physiotherapeutinnen/
-therapeuten

*** Fassung für die Publikation geändert

**Indikator
8.10***

Technisch-diagnostisches Personal in Krankenhäusern, Nordrhein-Westfalen, 1993 - 1997 (31.12. d. J.)

| Berufsgruppen | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| Zusammen | | | | | |
| Audiometristinnen/Audiometristen | • | • | • | • | • |
| Medizinisch-technische Assistentinnen/Assistenten | 1 033 | 971 | 918 | 978 | 1 131 |
| Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentinnen/-assistenten | 6 024 | 6 093 | 6 050 | 5 985 | 5 736 |
| Medizinisch-technische Radiologieassistentinnen/-assistenten | 3 614 | 3 584 | 3 707 | 3 649 | 3 586 |
| Orthoptistinnen/Orthoptisten | • | • | • | • | • |
| Zytologieassistentinnen/-assistenten | 40 | 38 | 50 | 30 | 68 |
| Männlich | | | | | |
| Audiometristen | • | • | • | • | • |
| Medizinisch-technische Assistenten | 50 | 43 | 39 | 43 | 46 |
| Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten | 204 | 207 | 215 | 217 | 207 |
| Medizinisch-technische Radiologieassistenten | 235 | 252 | 269 | 272 | 279 |
| Orthoptisten | • | • | • | • | • |
| Zytologieassistenten | 2 | 2 | 5 | 2 | 8 |
| Weiblich | | | | | |
| Audiometristinnen | • | • | • | • | • |
| Medizinisch-technische Assistentinnen | 983 | 928 | 879 | 935 | 1 085 |
| Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentinnen | 5 820 | 5 886 | 5 835 | 5 768 | 5 529 |
| Medizinisch-technische Radiologieassistentinnen | 3 379 | 3 332 | 3 438 | 3 377 | 3 307 |
| Orthoptistinnen | • | • | • | • | • |
| Zytologieassistentinnen | 38 | 36 | 45 | 28 | 60 |

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Krankenhausstatistik

* Fassung für die Publikation geändert

**Indikator
8.11**

**Berufstätige Hebammen, Nordrhein-Westfalen, 1980, 1985 - 1989, 1991 - 1997
(31.12. d. J.)**

| Jahr | Ausgebildete Hebammen | | In Ausbildung befindliche Hebammen |
|------|-----------------------|--------------------------|------------------------------------|
| | Anzahl | je 10 000 Lebendgeborene | Anzahl |
| 1980 | 1 491 | 88 | 179 |
| 1985 | 1 608 | 101 | 252 |
| 1986 | 1 650 | 96 | 262 |
| 1987 | 1 723 | 97 | 275 |
| 1988 | 1 797 | 97 | 284 |
| 1989 | 1 883 | 101 | 317 |
| 1991 | 2 026 | 102 | 109 |
| 1992 | 2 235 | 114 | 65 |
| 1993 | 2 407 | 124 | 64 |
| 1994 | 2 496 | 134 | 66 |
| 1995 | 2 515 | 138 | 59 |
| 1996 | 2 588 | 137 | 85 |
| 1997 | 2 250* | 118 | 446** |

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Jahresgesundheitsbericht NRW,
Statistik der Berufe des Gesundheitswesens

* Krankenhausstatistik
** Lehranstaltenstatistik

**Indikator
9.1**

Auszubildende in Gesundheitsfachberufen nach Schultyp, Nordrhein-Westfalen, 15.10.1998

| Schultyp | Auszubildende | | | | |
|---|---------------|--------------|------------------------------|---------------|---------------|
| | Insgesamt | Ausländer | Davon im ... Ausbildungsjahr | | |
| | | | 1. | 2. | 3. |
| Krankenpflegeschule | 16 190 | 1 406 | 5 600 | 4 994 | 5 596 |
| Kinderkrankenpflegeschule | 2 091 | 79 | 740 | 686 | 665 |
| Schule für | | | | | |
| Krankenpflegehelfer(Innen) | 837 | 125 | 717 | 96 | 24 |
| Hebammen Entbindungspfleger | 432 | 13 | 134 | 130 | 168 |
| Medizinisch-Technische Laboratoriumsassistenten | 1 013 | 124 | 409 | 306 | 298 |
| Medizinisch-Technische Radiologieassistenten | 566 | 52 | 226 | 166 | 174 |
| Physiotherapeuten | 3 536 | 154 | 1 272 | 1 146 | 1 118 |
| Masseure/ Medizinische Bademeister | 283 | 22 | 150 | 121 | 12 |
| Orthoptisten | 37 | 1 | 15 | – | 22 |
| Diätassistenten | 356 | 14 | 151 | 127 | 78 |
| Ergotherapeuten | 1 768 | 20 | 634 | 596 | 538 |
| Logopäden | 588 | 13 | 189 | 213 | 186 |
| Pharmazeutisch-Technische Assistenten | 1 712 | 192 | 940 | 733 | 39 |
| Rettungsassistenten | 940 | 12 | 798 | 102 | 40 |
| Pflegevorschule | 266 | 38 | 150 | 116 | – |
| Lehranstalt für Veterinärmedizinisch- Technische Assistenten | 12 | – | 12 | – | – |
| Fachseminar für | | | | | |
| Altenpflege | 12 679 | 1 000 | 3 789 | 3 956 | 4 934 |
| Familienpflege, Dorfhelfer | 715 | 33 | 316 | 222 | 177 |
| Insgesamt | 44 021 | 3 298 | 16 242 | 13 710 | 14 069 |

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik:
Lehranstaltenstatistik

**Indikator
9.2**

Teilnehmerzahl bei Prüfungen in ausgewählten Studiengängen der Heilberufe, Nordrhein-Westfalen, 1984 - 1997

| Jahr | Ärztliche Vorprüfung 4. Semester | | 1. Abschnitt d. Pharmazeutischen Prüfung 4. Semester | |
|------|-------------------------------------|--------------|---|--------------|
| | insgesamt | dar.: weibl. | insgesamt | dar.: weibl. |
| 1984 | 2 344 | 988 | 134 | 100 |
| 1985 | 2 238 | 1 040 | 137 | 99 |
| 1986 | 2 148 | 1 002 | 132 | 87 |
| 1987 | 2 181 | 1 001 | 134 | 109 |
| 1988 | 2 173 | 938 | 121 | 92 |
| 1989 | 2 095 | 972 | 130 | 94 |
| 1990 | 1 701 | 774 | 169 | 127 |
| 1991 | 1 552 | 721 | 226 | 165 |
| 1992 | 1 204 | 507 | 205 | 158 |
| 1993 | 1 139 | 551 | 200 | 162 |
| 1994 | 1 209 | 586 | 197 | 150 |
| 1995 | 1 123 | 554 | 222 | 169 |
| 1996 | 1 118 | 554 | 179 | 98 |
| 1997 | 1 069 | 576 | 165 | 128 |

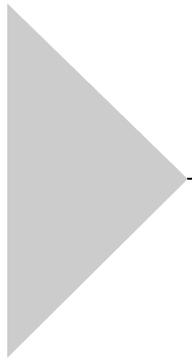
Datenquelle:
 Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen, Mainz
 Gesamtteilnehmerstatistik der ärztlichen Vorprüfung und des
 1. Abschnittes der pharmazeutischen Prüfung

**Indikator
9.3**

**Erteilte Approbationen an Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Tierärzte,
Nordrhein-Westfalen, 1990 - 1996**

| | Anzahl | | | | | | |
|-------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 |
| Ärzte insges. | 2 354 | 2 688 | 2 658 | 2 819 | 2 688 | 2 837 | 2 755 |
| davon: | | | | | | | |
| männlich | 1 548 | 1 568 | 1 438 | 1 571 | 1 501 | 1 549 | 1 513 |
| weiblich | 806 | 1 120 | 1 220 | 1 248 | 1 187 | 1 288 | 1 242 |
| darunter: | | | | | | | |
| Ausländer insges. | 158 | 160 | 198 | 172 | 161 | 163 | 123 |
| Zahnärzte insges. | 669 | 462 | 500 | 538 | 518 | 406 | 421 |
| davon: | | | | | | | |
| männlich | 428 | 320 | 332 | 343 | 330 | 248 | 240 |
| weiblich | 241 | 142 | 168 | 195 | 188 | 158 | 181 |
| darunter: | | | | | | | |
| Ausländer insges. | 42 | 42 | 63 | 63 | 58 | 31 | 27 |
| Apotheker insges. | 401 | 398 | 412 | 345 | 370 | 321 | 336 |
| davon: | | | | | | | |
| männlich | 122 | 79 | 109 | 86 | 94 | 91 | 75 |
| weiblich | 279 | 319 | 303 | 259 | 276 | 230 | 261 |
| darunter: | | | | | | | |
| Ausländer insges. | 25 | 1 | 4 | 2 | 10 | 9 | 8 |
| Tierärzte insges. | 24 | 22 | 52 | 33 | 45 | 25 | 34 |
| davon: | | | | | | | |
| männlich | 14 | 17 | 41 | 24 | 33 | 17 | 25 |
| weiblich | 10 | 5 | 11 | 9 | 12 | 8 | 9 |
| darunter: | | | | | | | |
| Ausländer insges. | 7 | 7 | 16 | 16 | 19 | 6 | 16 |

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Statistik der Berufe des Gesundheitswesens



Anhang 2

Verzeichnis der mitwirkenden Expertinnen und Experten

Verzeichnis der mitwirkenden Expertinnen und Experten

- | | | |
|-----|---|---|
| 1.1 | Entwicklungen, Ziele und Konzept des Landes zur geschlechtsspezifischen Darstellung der Gesundheit von Frauen und Männern | Dr. Gabriele Rössler Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen |
| 2.1 | Gesundheit und Geschlecht - eine empirische und theoretische Hinführung zum Thema | PD Dr. Petra Kolip Institut für Sozial- und Präventivmedizin an der Universität Zürich Prof. Dr. Marlene Stein-Hilbers † Universität Bielefeld Interdisziplinäres Frauenforschungszentrum |
| 2.2 | Soziodemographische Situation von Frauen und Männern | Prof. Dr. Klaus Peter Strohmeier Ruhr-Universität Bochum Fakultät für Sozialwissenschaft |
| 2.3 | Die gesundheitliche Lage von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen | Prof. Dr. Ulrich Laaser Universität Bielefeld Institut für Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik Dr. Jürgen Breckenkamp Universität Bielefeld Institut für Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik |
| 3.1 | Geschlechtsspezifische Differenzen bei Übergewicht | Prof. Dr. Michael Berger Klinikum Düsseldorf Abt. für Stoffwechselkrankheiten und Ernährung der Heinrich-Heine-Universität |
| 3.2 | Gesundheitsrisiken von Frauen in Erwerbsarbeit, Haus- und Familienarbeit | Dr. Adriane-Bettina Kobusch Universität Bielefeld Oberstufenkolleg |
| 3.3 | Genuss, Sucht und Geschlecht | Prof. Dr. Irmgard Vogt Institut für Gesundheits- und Frauenförderung Frankfurt |

- | | | |
|-----|--|--|
| 4.1 | Benachteiligte Frauengruppen in der Bevölkerung | <p>Prof. Dr. Ulrich Laaser Universität Bielefeld Institut für Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik</p> <p>Katrin Nink, MPH Verbraucherzentrale NRW Bereich Spezielle Verbrauchertemen</p> <p>Dipl.-Biol. Ulrike Wolf, MPH Stadtverwaltung Detmold Projekt Gesunde Stadt Detmold</p> |
| 4.2 | Gesundheitliche Probleme und medizinische Versorgung bei allein stehenden Wohnungslosen | <p>Dr. Michael Schwarzenau Ärztammer Westfalen-Lippe</p> <p>Dipl. Soz.arb. Wilfried Kunstmann Universität Witten-Herdecke Fak. für Medizin, Bereich Sozial- und Allgemeinmedizin</p> |
| 5.1 | Geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiologischen Versorgung und Rehabilitation | <p>Dr. Gesine Grande Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften</p> <p>Dr. Anja Leppin Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften</p> <p>PD Dr. Hermann Mannebach Herz- und Diabeteszentrum Bad Oeynhausen</p> |
| 5.2 | Krebserkrankungen bei Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen | <p>Dr. Martin Lehnert Epidemiologisches Krebsregister für den Regierungsbezirk Münster</p> |
| 5.3 | Psychische Erkrankungen und psychosomatische Störungen bei Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen | <p>Prof. Dr. Günter Albrecht Universität Bielefeld Fakultät für Soziologie</p> |

6.1 Frauen und Männer in Gesundheitsberufen

Dr. Paul Wolters
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Karin Wlotzka
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften

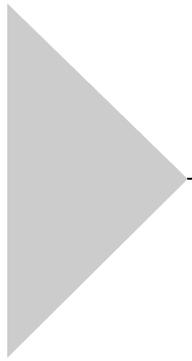
6.2 Grenzen, Grenzüberschreitungen und sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz und im Gesundheitsbereich

Prof. Dr. Irmgard Vogt
Institut für Gesundheits- und Frauenförderung Frankfurt

Christa Grosser
Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW, Abt. Frauen

Koordination:

Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW
Dr. Gabriele Rössler
PD Dr. Doris Bardehle
Rolf Annuß



Anhang 3

**Publikationen zur Gesundheitsberichterstattung
Nordrhein-Westfalen**

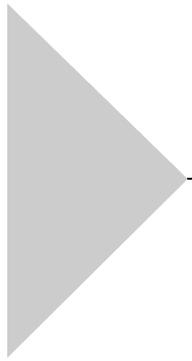
Publikationsverzeichnis

- IGES (Hrsg.)
Konzeption und statistische Materialien
Landesgesundheitsbericht Nordrhein-Westfalen.
Bielefeld: IDIS 1987
Gesundheitsberichterstattung Band 1
- IDIS (Hrsg.)
Pilotkapitel.
Landesgesundheitsbericht Nordrhein-Westfalen.
Bielefeld: IDIS 1988
Gesundheitsberichterstattung Band 2
- Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und
Soziales NRW (Hrsg.)
Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990.
Bielefeld: IDIS 1991
- IDIS (Hrsg.)
Ausbau der Gesundheitsstatistik in Nordrhein-
Westfalen.
Ausgewählte Beispiele.
Bielefeld: IDIS 1993
Gesundheitsberichterstattung Mai 1993
- IDIS (Hrsg.)
Examples for a Unified National and
International Data Set at Regional Level in
North Rhine-Westphalia.
HFA 2000 of the WHO.
Regions for Health - Network of the WHO.
ENS CARE Statistics Pilot of the WHO/EC.
Bielefeld: IDIS 1993
Gesundheitsberichterstattung Band 3/1993
- Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und
Soziales NRW (Hrsg.)
Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1994.
Bielefeld: IDIS 1995
- IDIS (Hrsg.)
Beispiele für einen vereinheitlichten nationalen
und internationalen Datensatz für die kom-
munale Gesundheitsberichterstattung in
Nordrhein-Westfalen.
Bielefeld: IDIS 1993
Gesundheitsberichterstattung Band 4/1993
- IDIS (Hrsg.)
Bevölkerung und bevölkerungsspezifische
Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens
in Nordrhein-Westfalen.
Themenfeld 2 des Indikatorenansatzes für
den Gesundheitsrahmenbericht der Länder.
Bielefeld: IDIS 1994
Gesundheitsberichterstattung Band 5/1994

| | |
|--|---|
| IDIS (Hrsg.) | Gesundheitsverhalten und gesundheitliche Risiken der Bevölkerung des Landes Nordrhein-Westfalen. Nationaler Untersuchungssurvey 1991 Teilstichprobe Nordrhein-Westfalen. Bielefeld: IDIS 1994 Gesundheitsberichterstattung Band 6/1994 |
| Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, NRW (Hrsg.) | Atlas zur Krebssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: MAGS 1994 |
| Iögd (Hrsg.) | ENS CARE Health Statistics der EU/WHO. Beteiligung des Landes Nordrhein-Westfalen. Bielefeld: Iögd 1995 Gesundheitsberichterstattung Band 7/1995 |
| Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, NRW (Hrsg.) | Gesundheit der Kinder in Nordrhein-Westfalen - Bericht der Landesregierung - Düsseldorf: MAGS 1995 |
| Iögd (Hrsg.) | Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens. Themenfeld 3 des Indikatorenansatzes für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder. Bielefeld: Iögd 1996 Gesundheitsberichterstattung Band 8/1996 |
| Iögd (Hrsg.) | Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen. Fortschreibung des Themenfeldes 2 des Indikatorenansatzes für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder. Bielefeld: Iögd 1997 Gesundheitsberichterstattung Band 9/1997 |
| Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, NRW (Hrsg.) | Kinder und Jugendliche in Nordrhein-Westfalen. Situation von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen und Entwicklung auf dem Gebiet der Jugendhilfe. 6. Jugendbericht. Düsseldorf: MAGS 1997 |
| Iögd (Hrsg.) | Zur gesundheitlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen. Teil 1: Expertenbericht zu den Themenfeldern 6 - 11 des GMK-Indikatorenansatzes. Bielefeld: Iögd 1999 Gesundheitsberichterstattung Band 10/1999 (in Vorbereitung) |

lög (Hrsg.)

**Zur gesundheitlichen Versorgung in
Nordrhein-Westfalen.
Teil 2: Indikatoren der Themenfelder 6 - 11 des
GMK-Indikatorensatzes.
Bielefeld: lög 1999
Gesundheitsberichterstattung Band 11/1999
(in Vorbereitung)**



Anhang 4

Table of contents in English

Table of contents in English

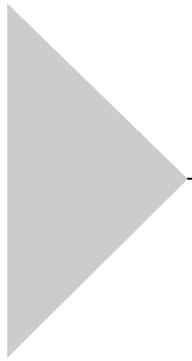
| | |
|--|-----------|
| The health of women and men in North Rhine-Westphalia State Health Report 2000 | 1 |
| Contents | 3 |
| Foreword of the Minister of Women, Youth, Family and Health of the State of North Rhine-Westphalia | 11 |
| 1. Introduction | 15 |
| 1.1 Developments, objectives and concept of the state with regard to the gender-specific description of the health of women and men | 17 |
| 1.1.1 Objective of a gender-specific description of the situation in health and health care | 17 |
| 1.1.2 Reporting on women's health: development and examples | 18 |
| 1.1.3 Reporting on the health status of men and their situation in health care | 20 |
| 1.1.4 Concept of a gender-specific health monitoring scheme for North Rhine-Westphalia | 21 |
| 1.1.5 Prospects for NRW's health monitoring scheme | 24 |
| 2. Health has a gender | 27 |
| 2.1 Health and gender - an empirical and theoretical introduction to the issue | 29 |
| 2.1.1 Empirical findings on gender-specific mortality, morbidity and demand for health services | 29 |
| 2.1.2 Explanation efforts | 36 |
| 2.1.3 Gender as a structural category: somatic cultures of women and men | 41 |
| 2.1.4 Consequences for health care and prevention | 43 |
| 2.1.5 Outlook: critical assessment of the data sources and indicators and standards of future gender- specific health monitoring activities | 45 |
| 2.2 The socio-demographic situation of women and men | 48 |
| 2.2.1 Introduction | 48 |
| 2.2.2 Social status and health | 48 |
| 2.2.3 The social situation of women and men in North Rhine-Westphalia: an overview | 51 |

| | | |
|------------|---|------------|
| 2.2.4 | Poverty structures in North Rhine-Westphalia | 53 |
| 2.2.5 | Regional structures of the situation and ways of life of women in North Rhine-Westphalia | 59 |
| 2.2.6 | Summary | 63 |
| 2.3 | The health status of women and men in North Rhine-Westphalia | 66 |
| 2.3.1 | Mortality | 66 |
| 2.3.2 | Morbidity | 75 |
| 2.3.3 | Ways of life | 80 |
| 2.3.4 | Assessment | 87 |
| 2.3.5 | Conclusions and priorities | 88 |
| 3. | World of life and health | 91 |
| 3.1 | Gender-specific differences with regard to overweight | 93 |
| 3.1.1 | Overweight and obesity as a health problem | 93 |
| 3.1.2 | “Body image”, eating disorders and associated medication - gender-specific characteristics | 95 |
| 3.1.3 | Description of gender-related mortality with regard to overweight/obesity in North Rhine-Westphalia | 97 |
| 3.1.4 | Evidence of age- and gender-related need for treatment in case of overweight and obesity | 100 |
| 3.2 | Health risks of working women and of those engaged in domestic and family work | 102 |
| 3.2.1 | The present job situation of women | 102 |
| 3.2.2 | Health risks in specific careers for women | 103 |
| 3.2.3 | Health risks as a consequence of domestic and family work | 117 |
| 3.2.4 | Conclusion | 121 |
| 3.3 | Consumption, addiction and gender | 123 |
| 3.3.1 | From consumption to addiction | 123 |
| 3.3.2 | Understanding addiction | 124 |
| 3.3.3 | Epidemiology: use, abuse, addiction | 126 |
| 3.3.4 | Pregnancy and parenthood | 131 |
| 3.3.5 | Violence | 132 |
| 3.3.6 | Consulting, care, treatment of addiction, self-healing and self-help measures | 133 |

| | |
|---|------------|
| 4. Specific target groups | 137 |
| 4.1 Disadvantaged women groups in the population | 139 |
| 4.1.1 Definitions and present situation in research | 139 |
| 4.1.2 The social status and its impact on health and health-related behaviour of women | 142 |
| 4.1.3 The social status of selected groups of socially disadvantaged women | 143 |
| 4.1.4 The health status of single mothers and women living alone | 152 |
| 4.1.5 Conclusions and outlook | 158 |
| 4.2 Health problems and the situation in health care of single homeless persons | 160 |
| 4.2.1 The health status of single homeless persons | 160 |
| 4.2.2 Factors of health care deficits among homeless women and men | 166 |
| 4.2.3 Requirements for adequate health care for homeless women and men | 170 |
| 4.2.4 Problem-adequate treatment services: development trends in North Rhine-Westphalia | 170 |
| 4.2.5 New tasks in health care | 175 |
| 4.2.6 Prerequisites for improving health care for single homeless persons | 176 |
| | 22 |
| 5. Gender-specific aspects of selected frequent diseases and in health care | 179 |
| 5.1 Gender-specific differences in cardiological care and rehabilitation | 181 |
| 5.1.1 Coronary heart disease: incidence and mortality | 181 |
| 5.1.2 The rehabilitation process and health care structures in North Rhine-Westphalia | 184 |
| 5.1.3 Gender-specific aspects of diagnostics and acute-medical interventions | 186 |
| 5.1.4 Gender-specific use of rehabilitation services and differences in the success of rehabilitation | 188 |
| 5.1.5 Deficits in research | 192 |
| 5.1.6 New German research projects | 195 |
| 5.2 Cancer diseases in women and men in North Rhine-Westphalia | 198 |
| 5.2.1 Introduction: gender specificity of cancer | 198 |
| 5.2.2 Is the cancer risk increasing? | 200 |
| 5.2.3 Smoking and lung cancer - women are catching up | 203 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 5.2.4 | Cancer incidence rates | 205 |
| 5.2.5 | Surviving and healing | 208 |
| 5.2.6 | Early detection | 209 |
| 5.2.7 | Self-help measures following cancer | 212 |
| 5.3 | Mental illnesses and psychosomatic disorders in women and men in North Rhine-Westphalia | 216 |
| 5.3.1 | Significance of mental illnesses | 261 |
| 5.3.2 | Attested forms of disablement due to mental illnesses | 217 |
| 5.3.3 | Hospital cases as a result of mental illnesses | 218 |
| 5.3.4 | Incidence of invalidity due to mental illnesses | 219 |
| 5.3.5 | Gender disparities for diagnosis-specific rates of hospital cases at the level of districts and self-administered cities in North Rhine-Westphalia | 220 |
| 5.3.6 | Gender-specific use of medical, psychiatric and psychotherapeutic services | 221 |
| 5.3.7 | Health care structures for mentally ill patients in North Rhine-Westphalia | 223 |
| 5.3.8 | Explanations given by social scientists on mental illnesses with regard to gender-related aspects | 224 |
| 5.3.9 | Concluding remarks | 226 |
| 6. | The health care system as a social setting for the genders | 229 |
| 6.1 | Women and men in health care professions | 231 |
| 6.1.1 | Introduction | 231 |
| 6.1.2 | Methodology | 231 |
| 6.1.3 | Gender-specific occupational development in the health sector | 233 |
| 6.1.4 | Training situation in the health care sector | 242 |
| 6.1.5 | Unemployment in the health professions | 248 |
| 6.1.6 | Need for new qualifications and qualification chances in the health care sector | 250 |
| 6.1.7 | Gender equality in the health care sector | 251 |
| 6.2 | Limits, violation of limits and sexual harassment at work and in the health care sector | 253 |
| 6.2.1 | General aspects on sexual harassment at work | 253 |
| 6.2.2 | Specific aspects on sexual harassment in the health sector | 254 |

| | |
|--|------------|
| 7. Abstracts of the chapters | 261 |
| 8. Appendices | 289 |
| Appendix 1: Health indicators of the chapters | 291 |
| Appendix 2: List of experts involved | 355 |
| Appendix 3: Publications on health monitoring activities in NRW | 361 |
| Appendix 4: Table of contents in English | 367 |
| Appendix 5: Explanation of symbols and abbreviations | 375 |



Anhang 5

Zeichenerklärung und Abkürzungen

Zeichenerklärung und Abkürzungen

1. Zeichen

| | |
|----|-------------------------------|
| • | Zahlenwert unbekannt |
| x | Aussage nicht sinnvoll |
| - | nichts vorhanden (genau null) |
| > | größer |
| >= | größer gleich |
| < | kleiner |
| <= | kleiner gleich |
| § | Paragraph |
| % | Prozent |
| ‰ | Promille |

2. Abkürzungen

| | |
|-----------|--|
| ABM | Arbeitsbeschaffungsmaßnahme |
| ACVB | Aortokoronarer Venenbypass |
| AIDS | Acquired Immune Deficiency Syndrome (Erworbenes Immundefekt-Syndrom) |
| ÄKWL | Ärztammer Westfalen-Lippe |
| AOK | Allgemeine Ortskrankenkasse |
| AU-Fälle | Arbeitsunfähigkeits-Fälle |
| a.v.E. | außerhalb von Einrichtungen |
| BAG | Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. |
| BK | Berufsklasse |
| BMA | Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung |
| BMI | Body Mass Index |
| BSHG | Bundessozialhilfegesetz |
| BtMG | Betäubungsmittelgesetz |
| CASS | Coronary Artery Surgery Study |
| ChemG | Chemikaliengesetz |
| dar. | darunter |
| d. J. | des Jahres |
| DGPR | Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen |
| DHP | Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie |
| DWA | Dokumentationssystem wohnungslose Alleinstehende |
| EBM-Waren | Eisen-, Blech-, Metallwaren |
| EG | Europäische Gemeinschaft |
| einschl. | einschließlich |
| Einw. | Einwohner |
| FGZ | Frauengesundheitszentrum |
| GBE | Gesundheitsberichterstattung |
| GBK | Gesellschaft zur Bekämpfung von Krebskrankheiten |
| GISS | Bremer Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung |

| | |
|-----------|---|
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| GMV | geschlechtsabhängiges Mortalitätsverhältnis |
| GRV | gesetzliche Rentenversicherung |
| HDL | High Density Lipoprotein |
| HLM | Herz-Lungen-Maschine |
| HLU | Hilfe zum Lebensunterhalt |
| HOLS | Herzinfarkt Ostwestfalen Studie |
| HV | Haushaltsvorstand |
| ICD-9 | International Classification of Diseases, 9. Revision |
| ICD-10 | International Classification of Diseases, 10. Revision |
| IMPP | Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen |
| Ind. | Indikator |
| inkl. | inklusive |
| J. | Jahre |
| KHK | Koronare Herzkrankheit |
| KVNO | Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein |
| LDL | Low Density Lipoprotein |
| LDS | Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik |
| LKK | Landwirtschaftliche Krankenkasse |
| LMBG | Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz |
| Iögd | Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen |
| LSB | Landessportbund |
| MAGS | Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW |
| MFJFG | Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW |
| mmHG | Millimeter der Quecksilbersäule |
| MTA | Medizinisch-technische Assistentinnen/Assistenten |
| MTL | Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentinnen/-assistenten |
| MTR | Medizinisch-technische Radiologie-Assistentinnen/Assistenten |
| n / a | keine Angaben |
| n = | Größe der Stichprobe bzw. der Untersuchungsgruppe |
| NAS | Neonatales Abstinenzsyndrom |
| NIH | National Institutes of Health |
| NRW | Nordrhein-Westfalen |
| NUS | Nationaler Untersuchungssurvey |
| m | männlich |
| o. J. | ohne Jahr |
| ÖGD | Öffentlicher Gesundheitsdienst |
| ÖGDG | Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst |
| PKA | Pharmazeutisch-kaufmännische Assistentinnen/Assistenten |
| PTA | Pharmazeutisch-technische Assistentinnen/Assistenten |
| PTCA | Perkutane transluminale koronare Angioplastie |
| Reg.-Bez. | Regierungsbezirk |
| RVO | Reichsversicherungsordnung |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| SMR | standardized mortality ratio, standardisierter Mortalitätsindex |
| SOEP | Sozioökonomischer Panel |

| | |
|----------|---|
| TRGS | Technische Regeln für Gefahrstoffe |
| TÜV | Technischer Überwachungsverein |
| u. m. J. | und mehr Jahre |
| u. U. | unter Umständen |
| VDR | Verband Deutscher Rentenversicherungsträger |
| Vers. | Versicherte |
| vs. | versus |
| WHO | World Health Organization |
| ZNS | Zentralnervensystem |

3. Für die Abbildungen verwendete Abkürzungen für die Kreise in Nordrhein-Westfalen (Kfz-Kennzeichen)

| | |
|-----|---------------------------------|
| AC | Aachen, Kreis und Aachen, Stadt |
| BI | Bielefeld |
| BM | Erftkreis (Bergheim) |
| BN | Bonn |
| BO | Bochum |
| BOR | Borken |
| BOT | Bottrop |
| COE | Coesfeld |
| D | Düsseldorf |
| DN | Düren |
| DO | Dortmund |
| DU | Duisburg |
| E | Essen |
| EN | Ennepe-Ruhr-Kreis |
| ERK | Erkelenz |
| EU | Euskirchen |
| GE | Gelsenkirchen |
| GL | Rhein-Bergischer Kreis |
| GM | Oberbergischer Kreis |
| GT | Gütersloh |
| HA | Hagen |
| HAM | Hamm |
| HER | Herne |
| HF | Herford |
| HS | Heinsberg |
| HSK | Hochsauerlandkreis |
| HX | Höxter |
| K | Köln |
| KLE | Kleve |
| KR | Krefeld |
| LEV | Leverkusen |
| LIP | Lippe |
| ME | Mettmann |

| | |
|-----|---------------------|
| MG | Mönchengladbach |
| MH | Mülheim a. d. Ruhr |
| MI | Minden-Lübbecke |
| MK | Märkischer Kreis |
| MS | Münster |
| NE | Neuss |
| OB | Oberhausen |
| OE | Olpe |
| PB | Paderborn |
| RE | Recklinghausen |
| RS | Remscheid |
| SG | Solingen |
| SI | Siegen-Wittgenstein |
| SO | Soest |
| ST | Steinfurt |
| SU | Rhein-Sieg-Kreis |
| UN | Unna |
| VIE | Viersen |
| W | Wuppertal |
| WAF | Warendorf |
| WES | Wesel |

