

# **Verbundprojekt zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland**

**Untersuchung zur gesundheitlichen Situation  
von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme  
unter Berücksichtigung der unterschiedlichen  
Entwicklung in West- und Ostdeutschland**

im Auftrag des Bundesministeriums für  
Jugend, Familie, Senioren und Frauen

Berlin im Dezember 1999

# Verbundprojekt zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland

**Kurztitel:  
Verbundprojekt - Frauengesundheit in Deutschland**

**durchgeführt in wissenschaftlicher Kooperation der folgenden Institutionen:**

Humboldt-Universität zu Berlin  
Universitätsklinikum Charité  
Institut für Arbeits-, Sozialmedizin und Epidemiologie  
Dr. Jutta Begenau  
Dr. Daphne Hahn

Technische Universität Berlin  
Institut für Gesundheitswissenschaften  
Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider  
Dr. Antje Ducki  
Dipl. Soz. Wiss. Birgit Babitsch, MPH

Sozialwissenschaftliches Frauenforschungsinstitut  
an der Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung  
der Evangelischen Fachhochschule Freiburg  
Prof. Dr. Cornelia Helfferich  
Dipl. Soz. Anneliese Hendel-Kramer

Medizinische Fakultät der  
Otto von Guericke Universität Magdeburg  
Institut für Sozialmedizin  
Doz. Dr. Liselotte Hinze  
Dipl. Soz. Kathleen Tomaszewski

Forschungsinstitut Frau und Gesellschaft – IFG  
Hannover  
Prof. Dr. Carol Hagemann-White  
Dipl. Soz. Brigitte Hantsche

Dieser Bericht wurde erstellt unter Mitarbeit von:

Dipl.-Inform. Bammann, Karin	Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin
Dr. Berg, Giselinde	TU-Berlin, Institut für Ökologie und Biologie
Dr. Enders-Dräger, Uta	Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Frauenforschung e.V. (GSF e.V.), Frankfurt
Dr. Franke, Ursula	Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät, Sektion Medizinische Soziologie am Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Medizinische Informatik
Dr. Häußler-Sczepan, Monika	Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Frauenforschung e.V. (GSF e.V.), Frankfurt
Dipl. Ing. Hundertmark, Andreas	TU-Berlin, Institut für Gesundheitswissenschaften
MSP Kandt, Ingrid	Hamburg
Dipl. Päd. Krahe, Karin	Fachhochschule Frankfurt/Main, Fachbereich Sozialarbeit
Dr. Kühner, Helga	Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Frankfurt/Main, Psychotherapeutin in eigener Praxis
Dr. Lasch, Vera	Institut Frau und Gesellschaft gGmbH, Hannover
Dipl. Soz. Leopold, Beate	Universität Osnabrück, Fachbereich 03
Dr. Löwel, Hannelore	Forschungszentrum Umwelt und Gesundheit, München
Dr. Merfert, Antje Sabine	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Dr. Ndouma, Marguerite-Marie	Medizinische Fakultät der Otto von Guericke Universität Magdeburg, Institut für Sozialmedizin
Dr. Rieder, Kerstin	TU-Berlin, Arbeitspsychologie und Arbeitspädagogik
Dr. Sellach, Brigitte	Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Frauenforschung e.V. (GSF e.V.), Frankfurt
Prof. Dr. Tietze, Konrad	Berlin
Prof. Dr. Vogt, Irmgard	Fachhochschule Frankfurt/Main, Fachbereich Sozialarbeit

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b><i>Der Bericht im Überblick</i></b>	<b>7</b>
<b>1.1</b>	<b>Leitgedanken für die Berichterstattung zur Frauengesundheit</b>	<b>7</b>
<b>1.2</b>	<b>Perspektiven einer frauenfreundlichen Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung</b>	<b>14</b>
<b>1.3</b>	<b>Zusammenfassung der Ergebnisse</b>	<b>21</b>
1.3.1	Einleitung	21
1.3.2	Ausgewählte soziodemographische und sozioökonomische Indikatoren	22
1.3.3	Gesundheitsstatus	25
1.3.4	Gesundheitsbezogene Lebensweisen	30
1.3.5	Gewalt im Geschlechterverhältnis	33
1.3.6	Reproduktive Biographien - Reproduktive Gesundheit	36
1.3.7	Arbeit und Gesundheit	40
1.3.8	Gesundheit im mittleren Lebensalter	43
1.3.9	Frauen in besonderen Lebenslagen	47
1.3.10	Frauzentrierte Ansätze in der Gesundheitsförderung und der gesundheitlichen Versorgung	51
<b>2</b>	<b><i>Ausgewählte soziodemographische und sozioökonomische Indikatoren</i></b>	<b>55</b>
<b>2.1</b>	<b>Demographische Strukturdaten</b>	<b>56</b>
<b>2.2</b>	<b>Partnerschaft und Familie</b>	<b>58</b>
2.2.1	Heirats- und Scheidungsverhalten	59
2.2.2	Formen des Zusammenlebens	61
2.2.3	Kinder oder keine	66
2.2.4	Leben mit Kindern	68
<b>2.3</b>	<b>Soziale Lage</b>	<b>73</b>
2.3.1	Ausbildung und Qualifikation	74
2.3.2	Erwerbsarbeit	76
2.3.3	Familienarbeit	81
2.3.4	Einkommen - Armut	85
2.3.5	Wohnen	90
<b>3</b>	<b><i>Gesundheitsstatus</i></b>	<b>93</b>
<b>3.1</b>	<b>Lebenserwartung und Mortalität im Geschlechtervergleich</b>	<b>95</b>
3.1.1	Lebenserwartung und Sterblichkeit	95
3.1.2	Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen	99
3.1.3	Mütter- und Säuglingssterblichkeit	104
<b>3.2</b>	<b>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</b>	<b>109</b>
3.2.1	Bedeutung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen für die Frauengesundheit	109
3.2.2	Situation in Deutschland	113
3.2.3	Zusammenfassung und Schlußfolgerungen	121
<b>3.3</b>	<b>Brustkrebs</b>	<b>123</b>
3.3.1	Bedeutung des Brustkrebses für die Frauengesundheit	123
3.3.2	Stand der Forschung: Einflußfaktoren auf die Krankheit bei Frauen	123
3.3.3	Datenlage zum Brustkrebs in der Bundesrepublik Deutschland	127
3.3.4	Situation in Deutschland	128
3.3.5	Zusammenfassung	131
3.3.6	Schlußfolgerungen	131

<b>3.4</b>	<b>Gynäkologische Erkrankungen</b>	133
3.4.1	Einleitung	133
3.4.2	Gynäkologische Krankheiten im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen und in der Krankenhausbehandlung	136
3.4.3	Gynäkologische Beschwerdearten	145
3.4.4	Gynäkologische Operationen	148
3.4.5	Zusammenfassung und Schlußfolgerungen	152
<b>3.5</b>	<b>Mundgesundheit</b>	155
3.5.1	Bedeutung der Mundgesundheit	155
3.5.2	Stand der Forschung	155
3.5.3	Epidemiologische Daten zur Mundgesundheit der Frauen in Deutschland	159
<b>3.6</b>	<b>Sexuell übertragbare Krankheiten außer HIV</b>	169
3.6.1	Bedeutung der sexuell übertragbaren Krankheiten	169
3.6.2	Datenlage	170
3.6.3	Aktuelle Daten zu meldepflichtigen STD	170
3.6.4	Aktuelle Daten zu nicht meldepflichtigen STD	171
3.6.5	Zusammenfassung	171
<b>3.7</b>	<b>Suizid und Suizidversuch</b>	173
3.7.1	Bedeutung von Suizid und Suizidversuch	173
3.7.2	Stand der Forschung	173
3.7.3	Datenlage	174
3.7.4	Aktuelle Daten zum Suizid	174
3.7.5	Aktuelle Daten zum Suizidversuch	179
3.7.6	Zusammenfassung und Schlußfolgerungen	182
<b>4</b>	<b>Gesundheitsbezogene Lebensweisen</b>	185
<b>4.1</b>	<b>Gesundheitskonzepte und Gesundheitshandeln</b>	188
4.1.1	Einleitung	188
4.1.2	Subjektive Gesundheitskonzepte	188
4.1.3	Wohlbefinden	190
4.1.4	Gesundheitshandeln und Gesundheitsorientierungen	195
4.1.5	Zusammenfassung und Ausblick	198
<b>4.2</b>	<b>Alkoholkonsum</b>	199
4.2.1	Einleitung	199
4.2.2	Aktuelle Konsummuster	200
<b>4.3</b>	<b>Rauchen</b>	210
4.3.1	Frauen und Rauchen	210
4.3.2	Entwicklung des Rauchens bei Frauen in Deutschland	211
4.3.3	Determinanten des Rauchens	215
4.3.4	Soziale Lage	216
4.3.5	Soziales Umfeld, Lebenszufriedenheit und Gesundheit	217
4.3.6	Warum Frauen rauchen	217
4.3.7	Prävention und Gesundheitsförderung	218
4.3.8	Zusammenfassung und Schlußfolgerungen	219
<b>4.4</b>	<b>Gebrauch, Mißbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Medikamenten bei Frauen</b>	221
4.4.1	Einführung	221
4.4.2	Begriffsklärungen und Besonderheiten des Mißbrauchs und der Abhängigkeit von psychotropen Medikamenten	221
4.4.3	Ausmaß von Abhängigkeit und Mißbrauch psychotroper Medikamente bei Frauen	223
4.4.4	Untersuchungsergebnisse zum Gebrauch psychotroper Medikamente bei Frauen	224
4.4.5	Geschlechtsunterschiede im Gebrauch von psychotropen Medikamenten in der Kindheit und Jugend	232
4.4.6	Zusammenfassung	233

<b>4.5</b>	<b>Riskantes Verkehrsverhalten, häusliche Unfälle und Stürze</b>	235
4.5.1	Einleitung	235
4.5.2	Datenlage	235
4.5.3	Aktuelle Daten zu Verkehrsunfällen	236
4.5.4	Heim- und Freizeitunfälle	239
4.5.5	Stürze	241
4.5.6	Zusammenfassung	243
<b>5</b>	<b><i>Gewalt im Geschlechterverhältnis</i></b>	245
<b>5.1</b>	<b>Einleitung</b>	245
<b>5.2</b>	<b>Datenlage und Datenqualität</b>	250
<b>5.3</b>	<b>Vorkommen und Formen von Gewalt im Geschlechterverhältnis</b>	252
5.3.1	Gewalt im Geschlechterverhältnis: Erwachsene Frauen als Opfer	252
5.3.2	Gewalt im Geschlechter- und Generationenverhältnis	256
<b>5.4</b>	<b>Dynamik der Gewalt</b>	259
5.4.1	Auswirkungen auf die Gesundheit	259
5.4.2	Auswirkungen auf Hilfesuche und Anzeigebereitschaft	263
<b>5.5</b>	<b>Unterstützung und Hilfe</b>	265
<b>5.6</b>	<b>Schwierigkeiten der spezialisierten Hilfe professionalisierter „Gewaltarbeit“</b>	268
<b>5.7</b>	<b>Neue Ansätze zu interdisziplinärem Vorgehen und kommunale Strategien</b>	270
<b>5.8</b>	<b>Das Geschlechterverhältnis als Ort der Gewalt - Problematik der Polarisierung und Perspektiven</b>	272
<b>5.9</b>	<b>Forschungsbedarf</b>	273
<b>6</b>	<b><i>Reproduktive Biographien und Reproduktive Gesundheit</i></b>	275
<b>6.1</b>	<b>Erste Regelblutung und erster Geschlechtsverkehr</b>	276
6.1.1	Einleitung	276
6.1.2	Die erste Regelblutung: Alter und Erleben	278
6.1.3	Alter beim ersten Geschlechtsverkehr	279
6.1.4	Zusammenfassung	280
<b>6.2</b>	<b>Familienplanung und Kontrazeption</b>	281
6.2.1	Einleitung	281
6.2.2	Verhütung bei der Kohabitarche	282
6.2.3	Verhütung im Lebenslauf	287
6.2.4	Verfügbarkeit von Kontrazeptiva in Ost und West	291
6.2.5	Verträglichkeit und Nebenwirkungen von Kontrazeption	294
6.2.6	Sterilisation	296
6.2.7	„Planung“ von Kindern, Partnerschaften und Lebensformen	300
6.2.8	Zusammenfassung	312
<b>6.3</b>	<b>Schwangerschaftsabbruch</b>	314
6.3.1	Einleitung	314
6.3.2	Verbreitung und Hintergründe des Schwangerschaftsabbruches	315
6.3.3	Versorgung, Komplikationen und Verarbeitung	322
6.3.4	Rechtliche Regelungen und Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs	322
6.3.5	Zusammenfassung	324
<b>6.4</b>	<b>Fruchtbarkeitsstörungen</b>	326
6.4.1	Einleitung	326
6.4.2	Verbreitung und Ursachen von Fruchtbarkeitsstörungen	328
6.4.3	Versorgungsangebote	330
6.4.4	Inanspruchnahme und ihre Ergebnisse	334
6.4.5	Zusammenfassung	336

<b>6.5</b>	<b>Schwangerschaft und Geburt</b>	338
6.5.1	Einleitung	338
6.5.2	Schwangerschaft	339
6.5.3	Geburt	352
6.5.4	Komplikationen in der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes	357
6.5.5	Zusammenfassung	361
<b>7</b>	<b>Arbeit und Gesundheit</b>	365
<b>7.1</b>	<b>Spezifik weiblicher Arbeitsbelastungen und -ressourcen</b>	365
7.1.1	Theoretische Erklärungsmodelle	366
7.1.2	Inhaltlicher Aufbau des Kapitels und verwendete Daten	368
<b>7.2</b>	<b>Frauerwerbsarbeit und Gesundheit</b>	370
7.2.1	Belastungen und Ressourcen der Erwerbsarbeit	370
7.2.2	Erwerbsarbeitsbezogene Gesundheitsindikatoren	374
7.2.3	Zusammenfassung	384
<b>7.3</b>	<b>Belastungs- und Ressourcenkonstellationen in beispielhaften frauentypischen Berufsgruppen</b>	386
7.3.1	Einleitung	386
7.3.2	Büroarbeitskräfte	388
7.3.3	Reinigungsberufe	393
7.3.4	Warenkauffrauen/Verkauf	399
7.3.5	Sozialpflegerische Berufe	407
7.3.6	Gesundheitsdienste	414
7.3.7	Frauentypische Berufe im Vergleich	422
<b>7.4</b>	<b>Frauenarbeitslosigkeit und Gesundheit</b>	428
7.4.1	Gesundheitliche Belastungen durch Arbeitslosigkeit	428
7.4.2	Die gesundheitliche Situation arbeitsloser Frauen	429
7.4.3	Gesundheit arbeitsloser Frauen im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen	430
7.4.4	Gesundheit arbeitsloser Frauen im Vergleich zu arbeitslosen Männern	430
7.4.5	Auswirkungen der Arbeitslosigkeit von Frauen auf die Familie	432
7.4.6	Zusammenfassung und Schlußfolgerungen	433
<b>7.5</b>	<b>Haus- und Familienarbeit und ihre Auswirkungen auf Gesundheit</b>	435
7.5.1	Belastungen und Ressourcen der Haus- und Familienarbeit	436
7.5.2	Gesundheitliche Auswirkungen der Haus- und Familienarbeit	441
7.5.3	Zusammenfassung und Schlußfolgerung	445
<b>8</b>	<b>Gesundheit im mittleren Lebensalter</b>	447
<b>8.1</b>	<b>Einleitung</b>	447
<b>8.2</b>	<b>Stand der Forschung zur Gesundheit im mittleren Lebensalter</b>	448
8.2.1	Bestimmungsmerkmale des mittleren Lebensalters	448
8.2.2	Das mittlere Lebensalter aus der Perspektive der Frauengesundheitsforschung	448
8.2.3	Das mittlere Lebensalter aus psychosozialer Perspektive	449
8.2.4	Die psychosoziale Situation der Frauen in den neuen Bundesländern	450
8.2.5	Das mittlere Lebensalter aus medizinischer Perspektive	451
<b>8.3</b>	<b>Begründung und Struktur der empirischen Kapitel</b>	454
<b>8.4</b>	<b>Datenbasis</b>	455
<b>8.5</b>	<b>Gesundheit der ostdeutschen Frauen im mittleren Lebensalter in den achtziger Jahren</b>	457
8.5.1	Demographische und sozioökonomische Situation	457
8.5.2	Beschreibung der gesundheitlichen Lage	463
8.5.3	Gesundheitsbezogene Risiken und Ressourcen	474
8.5.4	Gesundheit im Klimakterium	476
8.5.5	Zusammenfassung	478

<b>8.6</b>	<b>Gesundheit der ostdeutschen Frauen im mittleren Lebensalter in den neunziger Jahren</b>	480
8.6.1	Demographische und sozioökonomische Situation	481
8.6.2	Beschreibung der gesundheitlichen Lage	484
8.6.3	Gesundheitsbezogene Risiken und Ressourcen	488
8.6.4	Zusammenfassung	500
<b>9</b>	<b><i>Frauen in besonderen sozialen und gesundheitlichen Lebenslagen</i></b>	<b>503</b>
<b>9.1</b>	<b>Frauen in besonderen sozialen Lebenslagen</b>	<b>506</b>
9.1.1	Wohnungs-/obdachlose Frauen	506
9.1.2	Prostituierte	510
<b>9.2</b>	<b>Frauen in besonderen gesundheitlichen Lebenslagen</b>	<b>515</b>
9.2.1	Frauen mit Behinderung	515
9.2.2	Frauen mit riskantem Alkoholkonsum und alkoholranke Frauen	531
9.2.3	Frauen, die illegale Drogen konsumieren	547
9.2.4	HIV-infizierte und AIDS-krankte Frauen	562
9.2.5	Frauen in stationärer psychiatrischer Behandlung	571
<b>10</b>	<b><i>Frauzentrierte Ansätze in der Gesundheitsförderung und in der gesundheitlichen Versorgung</i></b>	<b>579</b>
<b>10.1</b>	<b>Zur Entwicklung der Diskussion um eine bessere Prävention und Versorgung für Frauen</b>	<b>579</b>
10.1.1	Zur Begriffsklärung	580
10.1.2	Frauengesundheitsbewegungen als Hintergrund einer neuen Versorgungsdiskussion	581
<b>10.2</b>	<b>Die empirische Erhebung</b>	<b>586</b>
10.2.1	Zielsetzung und Methode	586
10.2.2	Spektrum der erfaßten Praxisansätze	590
10.2.3	Methodischer Zugang zur Identifizierung von „guter Praxis“	592
<b>10.3</b>	<b>Problemlagen und Praxiskonzepte</b>	<b>596</b>
10.3.1	Folgen sexueller Gewalt	599
10.3.2	Eßstörungen	604
10.3.3	Gynäkologische Beschwerden und Erkrankungen	612
<b>10.4</b>	<b>Ausgewählte Beispiele frauenzentrierter Praxis</b>	<b>619</b>
10.4.1	Praxisbeispiel: Die psychosomatische Station einer Klinik in Bielefeld	619
10.4.2	Praxisbeispiel: Die Frauenabteilung einer psychosomatischen Klinik	621
10.4.3	Praxisbeispiel: Ein therapeutisches Zentrum für Eßstörungen	624
10.4.4	Praxisbeispiel: Beratungsstelle mit Selbsthilfegruppen in Hannover	627
10.4.5	Praxisbeispiel: Frauenstation einer Rehabilitationsklinik in Bad Salzflun	629
10.4.6	Praxisbeispiel: Angeleitete Gruppe über Wechseljahre	635
<b>10.5</b>	<b>Erträge der empirischen Studie zu den Maßstäben für gute Praxis in der Gesundheitsförderung und Versorgung von Frauen</b>	<b>638</b>
10.5.1	Kriterien und Erfahrungswerte der Nutzerinnen	638
10.5.2	Leitgedanken einer frauenzentrierten Versorgung	646
10.5.3	Fazit	648
	<b>Bibliographie</b>	<b>651</b>
	<b>Übersicht über die Autorinnen der Teilkapitel</b>	



# 1 Der Bericht im Überblick

## 1.1 Leitgedanken für die Berichterstattung zur Frauengesundheit

Im Herbst 1996 wurde eine Gruppe von Wissenschaftlerinnen vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beauftragt, eine „Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland“, durchzuführen und darüber einen Bericht zu erstellen. Dem vorausgegangen war die Initiative des Regionalbüros Europa der Weltgesundheitsorganisation, die gesundheitliche Situation der Frauen in Europa zu verbessern. Die Mitgliedsländer wurden aufgefordert, zur gesundheitlichen Lage von Frauen Bericht zu erstatten, um den jeweils besonderen Versorgungsbedarf der Frauen bestimmen zu können.

Der Bedarf für eine systematische Frauengesundheitsberichterstattung war durch Übersichten und Expertisen bereits dokumentiert (Helfferich et al. 1995; Agenda „Frauen und Gesundheitswissenschaften“, 1994; Begenau et al. 1996) und mit der Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der SPD im Deutschen Bundestag (Deutscher Bundestag 1997) bekräftigt worden. Mit dem vorliegenden Bericht wird für die Bundesrepublik Deutschland ein wichtiger Schritt zur Entwicklung einer Berichterstattung zur Gesundheit von Frauen in Deutschland getan. Auch kann hiermit der Anschluß an Initiativen im europäischen und außereuropäischen Ausland hergestellt werden, wo bereits vergleichbare Berichte erstellt wurden.

Die Bedeutung einer frauenspezifischen Gesundheitsberichterstattung ergibt sich aus der spezifischen Situation von Frauen. Sie ist notwendig, weil:

- Frauen und Männer sich hinsichtlich der Krankheiten und gesundheitlichen Einschränkungen, unter denen sie leiden, unterscheiden;
- in den Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen und Männern unterschiedliche Faktoren wirksam sind, die ihre Gesundheit und ihre gesundheitsbezogene Lebensweise bestimmen; hierzu zählen die unterschiedliche Einbindung in Beruf und Familie und die Tätigkeit in unterschiedlichen Berufsfeldern;
- beide Geschlechter sich hinsichtlich körperlich-biologischer Bedingungen unterscheiden, die die Gesundheit beeinflussen; das umfaßt zum einen die reproduktive Gesundheit von Frauen, wie die Bereiche Schwangerschaft, Geburt, Klimakterium, aber auch Zusammenhänge zwischen z. B. hormonellen Faktoren und chronischen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Brustkrebs;
- Frauen und Männer auf dem Hintergrund unterschiedlicher Sozialisationserfahrungen und Lebensbedingungen in verschiedener Weise mit Gesundheit, Krankheit und Belastungen umgehen; Frauen scheinen z. B. sensibler auf körperliche und psychische

Beeinträchtigungen zu reagieren und haben ein ausgeprägteres Vorsorgedenken als Männer;

- Frauen und Männer im Gesundheitswesen unterschiedliche Versorgungsbereiche in Anspruch nehmen, und sie in der Versorgung von den Professionellen unterschiedlich wahrgenommen und behandelt werden; hier sei nur das Beispiel genannt, daß Frauen mehr psychotrope Medikamente verschrieben bekommen als Männer.

Mit dieser Sichtweise auf die Gesundheit von Frauen und Männern ergibt sich die Aufgabe, Gesundheitsberichterstattung neu zu überdenken und Leitgedanken für eine geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung zu entwickeln. Das bezieht sich zunächst einmal auf den Gesundheitsbegriff selbst. Der hier vorliegende Bericht orientiert sich nicht primär an einem medizinischen Krankheitskonzept, sondern an einem lebensweltbezogenen Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Dieses beinhaltet, die enge Beziehung zwischen den Arbeits- und Lebensbedingungen der Frauen, ihrem Gesundheitszustand und ihrem Versorgungsbedarf zum Kern der Untersuchung zu machen. Im Sinne der Ottawa Charta (WHO 1986) stehen Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung in sozialer Verantwortung. Es sollen die Stärken der Frauen und ihre Fähigkeiten, sich für ihre Gesundheitsbelange einzusetzen, im Mittelpunkt stehen. Ressourcen und Belastungen von Frauen bestimmen gemeinsam ihr Wohlbefinden, ihren Gesundheitszustand und ihre Gestaltungsfähigkeit.

Ein weiterer wichtiger Leitgedanke ist, daß bei der Darstellung von Daten und Ergebnissen zu spezifischen Krankheiten, die Bedeutung und Aussagefähigkeit der im Gesundheitswesen gestellten Diagnosen kritisch in Hinblick darauf zu betrachten sind, welche impliziten Vorurteile über Krankheiten bei Frauen dahinter stehen könnten. So wird z. B. in dem Kapitel zum Herzinfarkt diskutiert, ob die bei Frauen und Männern unterschiedlichen Krankheitssymptome beim Herzinfarkt eine mögliche Ursache für eine unzureichende Diagnostik des Herzinfarkts bei Frauen sein könnten. Die Praxis, Frauen gehäuft psychotrope Medikamente zu verschreiben, wird als geschlechtsspezifischer Zuschreibeprozess bzgl. psychischer Erkrankungen problematisiert. Gynäkologische Erkrankungen bei jungen Frauen können auch Ausdruck psychischer und sozialer Problemkonstellationen sein und sind deshalb in einem solchen Kontext zu untersuchen. Der gesundheitliche Versorgungsbedarf der Frauen ist deshalb unter Berücksichtigung solcher die Diagnosen und Behandlung beeinflussenden sozial und kulturell geformter Bedingungsfaktoren zu bestimmen.

Die heute geforderte Neuorientierung stellt dem Gesundheitswesen eine doppelte Aufgabe: Sie muß den schädlichen Auswirkungen noch unzureichender Gleichstellung zwischen den Geschlechtern auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Frauen gezielt begegnen und dabei erhöhte Aufmerksamkeit für frauenspezifische Benachteiligung und Bedürfnisse entwickeln; und sie muß lernen, die Bedeutung des Geschlechts systematisch für Frauen und für Männer zu berücksichtigen. Dabei geht es nicht in erster Linie um eine Ausweitung der Versorgungsleistungen, sondern es geht um ihren wirksamen

und zielgerechten Einsatz. Gesundheitsgefährdungen der Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen müssen identifiziert und die objektiven und subjektiven Ressourcen für Gesundheit durch gesundheitsförderliche Maßnahmen in Prävention, Therapie und Rehabilitation gestärkt werden. Frauengesundheitsberichterstattung ist damit eine originäre Aufgabe von Public Health.

Einen besonderen Schwerpunkt bilden in diesem Bericht die Darstellung der Lebensumstände der Frauen in den neuen Bundesländern sowie die Unterschiede und die Gemeinsamkeiten der gesundheitlichen Lage von Frauen in Ost- und Westdeutschland. An vielen Stellen dieses Berichtes wird dargestellt, mit welchen gesundheitlichen Vor- und Nachteilen der gesellschaftliche Wandel für die Frauen in Ostdeutschland verbunden war.

Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt für die Berichterstattung war die Frage, inwieweit verschiedene Sozial- und Lebenslagen von Frauen mit einem unterschiedlichen Gesundheitszustand und Gesundheitshandeln verbunden sind. Ein Zusammenhang von Armut und Gesundheit ist auch für Frauen erkennbar und eng mit den Belastungen und Ressourcen der jeweiligen Lebenswelt der Frauen verknüpft.

Die im Bericht aufgegriffenen Themen beziehen sich auf die spezifischen gesundheitlichen Bedingungen von Frauen. Dabei bilden diese Leitgedanken den theoretischen Hintergrund für die Darstellung. Es wurde der Stand des Wissens aufgearbeitet, und die Ergebnisse werden mit besonderem Bezug auf die Bundesrepublik Deutschland berichtet. Der daraus abzuleitende Handlungsbedarf wird beschrieben und wo nötig Forschungsdefizite und weiterer Forschungsbedarf aufgezeigt.

Für diesen Bericht wurden folgende Themenbereiche ausgewählt:

- soziodemographische und sozioökonomische Indikatoren der Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen in Familie und Beruf (Kapitel 2);
- Unterschiede im Gesundheitszustand von Frauen und Männern, bezogen auf das jeweils spezifische Todesursachenspektrum und in Hinblick auf für Frauen besonders relevante Erkrankungen (Kapitel 3);
- die gesundheitsbezogenen Lebensweisen von Frauen, ihre Vorstellungen von Gesundheit und ihr Gesundheitshandeln (Kapitel 4);
- Gewalt gegen Frauen (Kapitel 5);
- die reproduktive Gesundheit von Frauen im Lebensverlauf, wie z. B. Familienplanung, Kontrazeption, Schwangerschaft und Geburt (Kapitel 6);
- Frauenarbeit in Beruf und Familie und gesundheitliche Auswirkungen (Kapitel 7);

- Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter (Kapitel 8);
- Frauen in besonderen Lebenslagen, wie etwa Frauen mit Behinderungen oder drogenabhängige Frauen (Kapitel 9);
- frauenzentrierte Ansätze in der Gesundheitsförderung und der gesundheitlichen Versorgung (Kapitel 10).

Für die Auswahl dieser Bereiche wurde eine Reihe von Kriterien zugrunde gelegt. Der von der WHO 1994 herausgegebene Indikatorenkatalog für die Frauengesundheitsberichterstattung gab eine wichtige Orientierung, um internationale Vergleichbarkeit im europäischen Raum möglich zu machen. Diese Indikatoren waren jedoch für die lebensweltbezogene Ausrichtung des Berichts nicht ausreichend, so daß weiterhin querschnittliche Zugänge wie die Orientierung am Lebenslauf oder die Fokussierung auf die Ressourcen im Umgang mit einer Behinderung oder Krankheit gewählt wurden.

Entsprechend den WHO-Indikatoren werden in Kapitel 2 soziodemographische Indikatoren zu Partnerschaft und Familie, zur sozialen Lage von Frauen, zu Ausbildung und Beruf behandelt. Die hier präsentierten Daten beschreiben den Hintergrund der Lebensbedingungen von Frauen und bilden damit die Basis für alle folgenden Kapitel des Berichts. Ein Bezug zu Gesundheit wird in diesem Abschnitt noch nicht hergestellt.

In Kapitel 3 werden in enger Anknüpfung an den Gesundheitsbericht für Deutschland (StBA 1998a) Daten zur Lebenserwartung und Sterblichkeit im Geschlechter- und Ost-West-Vergleich dargestellt. Beispielhaft wurden einige Krankheiten ausgewählt, die für die Frauen von besonderer Bedeutung sind oder wo die Forschungslage auf einen besonderen Bedarf hinweist. Berichtet wird über Herz-Kreislauf-Krankheiten, Brustkrebs, erstmals auch über gynäkologische Erkrankungen, des weiteren über sexuell übertragbare Krankheiten, Mundgesundheit sowie Suizid und Suizidversuch. Die Abschnitte in Kapitel 3 konzentrieren sich auf die epidemiologische Datenlage, wobei auch sozialepidemiologische Daten mit berücksichtigt werden. In diesem Kapitel geht es also nicht um die Frage der medizinischen Behandlung, der Versorgung oder der Bewältigung von Krankheit, sondern um die Verbreitung dieser Krankheiten in der weiblichen Bevölkerung und die Bedingungsfaktoren sowie Risiken für diese Krankheiten.

Mit dieser Auswahl wird in keiner Weise der Anspruch auf Vollständigkeit im Hinblick auf die für Frauen relevanten Krankheiten erhoben. Von mindestens ebenso großer Bedeutung sind psychiatrische oder rheumatische Erkrankungen. Im Rahmen der für diesen Bericht zur Verfügung stehenden Kapazitäten mußte hier jedoch eine Einschränkung vorgenommen werden. Die Darstellung der beispielhaft für diesen Bericht ausgewählten Krankheiten kann jedoch zeigen, wie die Berichterstattung über für Frauen relevante Krankheiten gestaltet werden kann.

In Kapitel 4 wird die Frage aufgegriffen, welche besonderen Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit und gesunder Lebensweise Frauen haben, welche Körper- und

Selbstkonzepte dahinter stehen und wie diese in der Lebensgeschichte der Frauen entstanden sind. In einem ersten Schritt werden theoretische Modelle und Forschungsergebnisse zu geschlechtsspezifischen Gesundheitskonzepten und zum Gesundheitshandeln vorgestellt; im zweiten Schritt werden einzelne gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und Konsumgewohnheiten (Alkoholkonsum, Rauchen, Gebrauch, Mißbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Medikamenten sowie riskantes Verkehrsverhalten, häusliche Unfälle und Stürze) dargestellt, wobei die epidemiologische Datenlage berichtet und in ihrem Bezug zu den zuvor dargestellten Gesundheitskonzepten bewertet wird.

Das Thema „Gewalt im Geschlechterverhältnis“ (Kapitel 5) gehört zentral in eine Gesundheitsberichterstattung über Frauen. Es wird die epidemiologische Datenlage berichtet, die körperlichen und vor allem psychosozialen Folgen von Gewalterfahrungen beschrieben und die Versorgungssituation dargelegt.

Das Kapitel 6 ist ein wesentliches Kernstück eines auf Frauengesundheit orientierten Berichts. Es befaßt sich mit der reproduktiven Gesundheit von Frauen im Lebensverlauf. Die Darstellung folgt der Entwicklung weiblicher Fruchtbarkeit und behandelt wichtige Themen wie den Eintritt der ersten Regelblutung, das Familienplanungsverhalten und die Kontrazeption, Schwangerschaft und Geburt. Das Kapitel schließt das Thema Fruchtbarkeitsstörungen und eine kritische Diskussion der entsprechenden Versorgungsangebote ebenso ein wie Untersuchungen zum Kinderwunsch und die Darstellung der stationären Morbidität bei den Komplikationen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes.

Am lebensweltlichen Bezug des Berichtes orientiert sich auch das Kapitel 7 „Frauenarbeit und Gesundheit“. Dieses Thema wird erstmalig in einem europäischen Frauengesundheitsbericht umfassend dargestellt. Die doppelte Einbindung von Frauen in Beruf und Familie bildet den theoretischen Ausgangspunkt des Kapitels. Studienergebnisse zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Frauenarbeit in Beruf und Familie werden aufgegriffen und Indikatoren der berufsbezogenen Gesundheitsberichterstattung (Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten, Frühverrentung) sowohl im Geschlechtervergleich als auch für die fünf Berufe dargestellt, bei denen Frauen den höchsten Anteil einnehmen. Es wird untersucht, ob Arbeitslosigkeit auch bei Frauen mit einem höheren Gesundheitsrisiko verbunden ist. In einer umfassenden Bewertung des Stands der Forschung werden Zusammenhänge zwischen Haus- und Familienarbeit und Gesundheit von Frauen berichtet.

Im Kapitel 8 „Frauen im mittleren Lebensalter“ wird die Perspektive des Lebensverlaufs von Frauen mit der Sicht auf ihre spezifischen Arbeits- und Lebensbedingungen in dieser Phase miteinander verknüpft. Dabei stehen die Veränderungen der Situation von Frauen in den neuen Bundesländern nach der Wiedervereinigung und deren psychosoziale Auswirkungen im Vordergrund. Es kann aufgezeigt werden, wie in dieser Lebensphase Belastungen durch körperliche und hormonelle Veränderungen einerseits und

durch veränderte Anforderungen aus der äußeren Lebensumwelt andererseits eng miteinander verbunden sind und wie diese mit der Gesundheit von Frauen zusammenhängen.

In Kapitel 9 „Frauen in besonderen sozialen und gesundheitlichen Lebenslagen“ wird beschrieben, welche Auswirkungen besondere soziale und gesundheitliche Lebenssituationen auf Gesundheit und Krankheit haben. Für den Teil „Frauen in besonderen sozialen Lebenslagen“ wurden exemplarisch zwei Gruppen von Frauen ausgewählt: obdachlose Frauen und Prostituierte, die im Gesundheitswesen schlecht versorgt sind und unter sehr ungünstigen Lebensbedingungen leben. Der zweite Teil „Frauen in besonderen gesundheitlichen Lebenslagen“ zeigt, welche Auswirkungen Krankheit und Behinderung auf die Lebenssituation von Frauen haben, wie diese Frauen mit ihren gesundheitlichen Einschränkungen umgehen und welche Versorgungssituation für sie gegeben ist bzw. wo Defizite in der Versorgung liegen. Berichtet wird über Frauen mit Behinderungen, Frauen mit riskantem Alkoholkonsum, Frauen, die illegale Drogen konsumieren, AIDS kranke Frauen und Frauen in stationärer psychiatrischer Behandlung.

In Kapitel 10 „Frauenzentrierte Ansätze in der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Versorgung“ werden Ergebnisse einer zum Zweck dieser Berichterstattung durchgeführten empirischen Erhebung dargestellt. Ziel dieser Erhebung war es, herauszufinden, in welchen Gesundheitsfeldern es Praxisansätze gibt, die den besonderen Versorgungsbedarf von Frauen explizit zum Gegenstand haben. In ausgewählten Bereichen wurde untersucht, nach welchen Konzepten diese Einrichtungen arbeiten und welche Erfahrungen sie mit dieser Arbeit gemacht haben. Diese Studie hat insoweit exemplarischen Charakter, als es hier nicht darum gehen konnte, alle für die Frauen wichtigen Versorgungsbereiche umfassend, d. h. in Hinblick auf Prozeß-, Struktur- und Ergebnisqualität zu evaluieren. Vielmehr sollte gezeigt werden, daß derartige Ansätze bereits bestehen und nach welchen Kriterien solche Angebote zu strukturieren sind.

Der Bericht zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland umfaßt sehr viele Themenbereiche - aber er ist nicht umfassend. Zunächst einmal gab es die Vorgabe, daß dieser Bericht sich auf die erwachsenen Frauen, nicht auf Kinder und Jugendliche und nicht auf die alten Frauen konzentrieren sollte. Ein wichtiger Grund für die Aussparung einer Reihe von Themen war, daß in vielen Bereichen eine geschlechtsspezifische Forschung fehlt und deshalb nur unzureichend Daten und Forschungsergebnisse zur gesundheitlichen Situation von Frauen vorliegen. Das gilt besonders für einige Krankheitsbilder, für den Bereich der medizinischen Versorgung, für die Rehabilitation und für die Kosten und Leistungen im Gesundheitswesen. Weiterhin konnten wichtige Themen nicht aufgegriffen werden, weil sie im Rahmen der zur Verfügung stehenden Kapazitäten nicht zu bearbeiten waren. Ein dringender Bedarf zur Gesundheitsberichterstattung unter Berücksichtigung der Frauen, der hier nicht gedeckt werden konnte, besteht z. B. für die Migrantinnen oder zum Thema soziale und gesundheitliche Ungleichheit.

Trotz der Lückenhaftigkeit des vorliegenden Berichts kann jedoch anhand der ausgewählten Themen deutlich gemacht werden, mit welchen Konzepten und Herangehensweisen eine Berichterstattung zur gesundheitlichen Situation von Frauen zu arbeiten hat. Er hat damit Orientierungsfunktion für die Etablierung einer geschlechter-sensiblen Gesundheitsberichterstattung. Des Weiteren kann der Bericht für die dargestellten Themen aufzeigen, welche z. T. erheblichen Forschungsdefizite in Hinblick auf die Gesundheit der Frauen noch bestehen.

Der im Jahre 1998 erschienene Gesundheitsbericht für Deutschland (StBA 1998a) gibt einen umfassenden Überblick über den Gesundheitszustand und die Versorgung der Bevölkerung und über die Kosten und Leistungen im Gesundheitswesen. Über frauenspezifische Besonderheiten wurde dort jedoch nicht im Einzelnen berichtet. Der hier vorliegende Bericht zur gesundheitlichen Situation der Frauen in Deutschland ist deshalb als eine wichtige Ergänzung zu der bereits bestehenden Berichterstattung zu verstehen. Er erlaubt die vertiefende Bearbeitung solcher Themen, die für die Gesundheit von Frauen besonders wichtig sind. Es gibt aber auch einige enge Schnittstellen zum Gesundheitsbericht für Deutschland, nämlich da, wo Basisdaten zur gesundheitlichen Situation von Frauen und Männern präsentiert werden. Diese Schnittstellen sollen es den Leserinnen und Lesern erleichtern, die Bezüge zwischen den verschiedenen Berichten zu erkennen und die Ergebnisse aus beiden Berichten für ihre Arbeit nutzbar zu machen.

Zu der Entstehung dieses Berichts haben viele beigetragen: Sie haben Daten zur Verfügung gestellt, beratend zur Seite gestanden oder als Expertinnen Teilkapitel verfasst. Für diese Unterstützung möchten wir uns an dieser Stelle bedanken. Unser Dank geht auch an das Statistische Bundesamt, die Berufsgenossenschaften und viele andere, die die Erstellung des Berichts unterstützt und durch Datenzugänge und geschlechtsspezifische Sonderauswertungen für einige Kapitel eine wichtige Datengrundlage geschaffen haben. Ein Dankeschön auch an die Expertinnen und Experten, die ihr Wissen und ihre Erfahrungen für die Erhebung des frauenspezifischen Versorgungsangebots (Kapitel 10) zur Verfügung gestellt haben. Wir möchten uns ganz herzlich bei dem wissenschaftlichen Beirat des Projekts bedanken, mit dessen Unterstützung dieser Bericht ermöglicht wurde.

Unser ganz besonderer Dank aber gilt dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, das uns über drei Projektjahre hinweg gestützt und gefördert hat.

Wir möchten mit diesem Bericht die für die Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung und die für die Frauenpolitik Verantwortlichen motivieren und dafür begeistern, ihre Aufgabenbereiche konsequent unter der Frage nach der Besonderheit und Unterschiedlichkeit von Frauen und Männern in der Entstehung, Bewältigung und Behandlung von Krankheit und Gesundheit zu betrachten. In diesem Sinne wünschen wir uns die bestmögliche Versorgung von Frauen und Arbeits- und Lebensbedingungen, die ihrer Gesundheit dienlich sind.

## **1.2 Perspektiven einer frauenfreundlichen Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung**

Aus den Ergebnissen des vorliegenden Berichts sind Schlußfolgerungen für die Umsetzung in Politik, die Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung und die gesundheitliche Versorgung zu ziehen. Aufgaben für die zukünftige Forschung und Gesundheitsberichterstattung sind aufzuzeigen. Die aus den Ergebnissen der Berichterstattung von den Wissenschaftlerinnen formulierten verbundenen Forderungen sind im Sinne eines Anstoßes zu einer breiten frauen- und gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland zu verstehen. Es werden öffentliche Kontroversen aufgegriffen und aus der Sicht einer engagierten Frauengesundheitspolitik Stellung bezogen - dabei stellen die Interessen, Bedürfnisse und der Bedarf von Frauen den Orientierungsmaßstab dar.

Die Ergebnisse des hier vorliegenden Berichts sollen eine öffentliche Diskussion zur Gesundheit von Frauen in Deutschland initiieren. Dazu sind Vorstellungen nötig, mittels welcher Zielvorgaben und mit welchen strukturellen und organisatorischen Mechanismen eine solche Diskussion geführt und eine Umsetzung gewährleistet werden kann.

### **Chancengleichheit und Gender Mainstreaming in der gesundheitlichen Versorgung**

Eine bessere, d. h. zielgerichtete, wirksame, qualitativ hochwertige und effiziente gesundheitliche Versorgung hat sich am Ziel der vollen Verwirklichung der Gleichberechtigung zu orientieren. „Gender Equality“ bedeutet, daß beide Geschlechter in allen Lebensbereichen gleiche Rechte, gleiche aktive Teilhabe und gleiche Entfaltung ihrer persönlichen Möglichkeiten erfahren. In der europäischen Diskussion wird heute erkannt, daß dieser Anspruch nur durch ein zweigleisiges Vorgehen eingelöst werden kann. Spezifische Maßnahmen und Programme, die einen Nachteilsausgleich für Frauen anstreben, müssen gestärkt und kontinuierlich weiterentwickelt werden, da nur so der strukturellen und historisch verankerten Ungleichheit entgegen gewirkt und ein ausreichendes Verständnis für geschlechtsspezifische Problemlagen erreicht werden kann. Darüber hinaus müssen jedoch die Erfahrungen und Erkenntnisse aus dieser Arbeit ins Zentrum der allgemeinen Gesundheitspolitik und gesundheitlichen Versorgung gelangen (gender mainstreaming). Als wichtiger Nebenerfolg solcher systematischen Berücksichtigung des Geschlechts in allen Versorgungs- und Lebensbereichen zeigte sich, daß auch geschlechtsspezifische, aber bislang eher vernachlässigte Belastungen und Ressourcen von Männern erkennbar werden.

Die umfassende Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen hat weiterhin zu berücksichtigen, daß soziale Ungleichheit ebenso wie ein Migrationsstatus Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit, auf die Lebenserwartung und auf die Inanspruchnahme von Hilfen hat. Deshalb ist eine gerechte und gleiche Verteilung der Chancen auf Gesundheit unter Frauen und eine Ausrichtung der Gesundheitsangebote auf unterschiedliche Interessen, Belastungen und Ressourcen von Frauen zu fordern. Die Barrieren, die in unterschiedlichsten Formen einem Zugang zu angemessener Versorgung entgegen



stehen, sind zu beseitigen.

Für die Forschung, die Berichterstattung und die Versorgung heißt das, zu untersuchen, welche unterschiedlichen, sozialen und biologischen Bedingungsbeziehungen bei Frauen und Männern wirksam sind, und welche Konsequenzen daraus zu ziehen sind. So ist danach zu fragen:

- in welcher Weise sozial-, familien- und arbeitsmarktpolitische Steuerungsmechanismen unterschiedliche Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen und Männern haben,
- in welcher Weise Programme zur Krankheitsprävention und zur lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung Frauen und Männer in unterschiedlicher Weise erreichen bzw. bei ihnen wirksam sind,
- ob diagnostische und therapeutische Verfahren in der Medizin geeignet sind, den Gesundheitszustand von Frauen und Männern in gleicher Weise und Qualität zu untersuchen und zu verbessern und ob bei der Entwicklung von Behandlungsleitlinien in der Medizin solche Erkenntnisse systematisch berücksichtigt werden,
- ob Versorgungsmodelle in der ambulanten, stationären oder rehabilitativen Versorgung dem spezifischen Bedarf von Frauen und Männern angemessen sind,
- ob in der Planung, dem Management und der Finanzierung von Versorgung der spezifische Bedarf von Frauen und Männern mit zum Entscheidungskriterium für die Allokation von Ressourcen herangezogen wird.

Es sind Leitfragen und Methoden zu entwickeln, nach denen politische Steuerungsmechanismen und gesundheitliche Versorgungskonzepte auf allen Ebenen der Planung, Entwicklung, Evaluierung und Implementation in Hinblick auf ihre geschlechtsspezifischen Wirkungen bewertet werden können. International entwickelte und erprobte Konzepte sollten dabei übernommen und eingesetzt werden.

### **Zielvorgaben für die Frauengesundheitspolitik und -versorgung**

Auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Gesundheitszustand der Bevölkerung, insbesondere unter Berücksichtigung des Frauengesundheitsberichts, sind Prioritäten und Ziele für eine Frauengesundheitspolitik und -versorgung zu formulieren. Dies kann nur in einem diskursiven Prozeß jeweils auf Bund-, Länder- und kommunaler Ebene geschehen. Im Ergebnis sollten Aufgaben auf allen Ebenen formuliert und durch eine konzertierte Gesamtpolitik - im Sinne des gender mainstreaming - verfolgt werden.

Um eine koordinierte Frauengesundheitspolitik in Deutschland zu entwickeln, müssen Instrumentarien geschaffen werden, die in der Lage sind, die wichtigen Akteure für die Gestaltung dieses Prozeß zu gewinnen und zu vernetzen. Entscheidungsträger sowie

Expertinnen und Experten, u. a. aus den Bereichen: Politik, Leistungsträger, Leistungserbringer, Verbände, Selbsthilfe, Wissenschaft sind in diesen Prozeß einzubeziehen.

### **Bildung von regionalen Netzwerken**

In einzelnen Bundesländern haben sich bereits professionelle Netzwerke zur Frauengesundheit konstituiert, deren Ziel es ist, Gesundheitsförderungs- und Versorgungsangebote für Frauen abzustimmen, Defizite aufzuzeigen und eine Verbesserung der Situation zu erreichen. Die Arbeit erfolgt nach prioritären Zielen, die gemeinsam erarbeitet werden. Derartige Netzwerke sollten zum Vorbild für andere Bundesländer genommen und dort - angepaßt an die jeweiligen regionalen Gegebenheiten - angeregt und unterstützt werden.

### **Gesundheitsförderung und Prävention**

Vorrangiges Ziel gesundheitlicher Versorgung ist die Verhütung von Krankheit und Förderung der Gesundheit. Dazu sind im Sinne der Verhältnisprävention strukturelle Rahmenbedingungen in den Arbeits- und Lebensbedingungen zu schaffen, die dem Erhalt der Gesundheit förderlich sind. Die subjektiven Ressourcen von Frauen sind zu stärken und ihr Gesundheitshandeln in einem ganzheitlich-salutogenetischen Verständnis zu befördern. Für beide Geschlechter gilt, daß sozialen Benachteiligungen in Gesundheit und Krankheit entgegen zu wirken ist.

Folgt man diesem salutogenetischen Ansatz, sind Gesundheit und Krankheit nicht ein striktes Gegensatzpaar und Gesundheitsförderung ist auch für ein erfülltes Leben von erkrankten Frauen wichtig. Für sie sind die äußeren Möglichkeiten zu schaffen und die Fähigkeiten zu stärken, Krankheit mitsamt ihren Folgen zu verarbeiten.

In der Gesundheitsförderung sind bereits Ansätze entstanden, die auf den spezifischen Bedarf von Frauen ausgerichtet sind und eine Orientierung für die nach dem § 20 SGB V zu entwickelnden Maßnahmen und Programme darstellen. Sie können Modellcharakter gewinnen, wo ihre Impulse auf breiter Ebene übernommen werden. Handlungsfelder, Leitlinien und Qualitätskriterien für Prävention und Gesundheitsförderung müssen künftig die Geschlechterperspektive systematisch mit berücksichtigen.

### **Reproduktive Gesundheit**

Gesundheitsförderung im salutogenetischen Sinne erstreckt sich auch auf den Bereich der reproduktiven Gesundheit. Dort bedeutet sie Schaffung von äußeren Rahmenbedingungen, Befähigung von Frauen und Zugang zu unabhängiger Information, Beratung und - wo notwendig kostenloser - Versorgung als Voraussetzung, die reproduktiven Rechte zu realisieren, Risiken zu minimieren und gewünschte Ereignisse zu erreichen. Eine unangemessene Medikalisierung der reproduktiven Gesundheit widerspricht dem Gedanken der Gesundheitsförderung in diesem Bereich.

### **Qualität in der Versorgung**

In den letzten Jahren haben sich in der Bundesrepublik vielfältige Praxisansätze zu einer bedürfnisgerechten Versorgung entwickelt, die bewußt auf die Lebenssituationen, die spezifischen Risiken und die Ressourcen von Frauen eingehen. Dies erfordert die Herstellung einer engeren Verknüpfung von medizinischer Versorgung und psychosozialer Beratung und Betreuung mit dem Ziel einer Verbesserung der gesundheitlichen und der sozialen Lage und der Herstellung von Schutz und Sicherheit für die Frauen. Dazu gehören u. a. Versorgungsangebote in Frauenräumen und durch Frauen (z. B. in der Pflege, Beratung oder Psychotherapie). Dies respektiert die Bedürfnisse der Frauen und ermöglicht, Erfahrungen anzusprechen, die einem betreuenden Mann gegenüber nicht angesprochen werden. Wo immer Gruppen von Frauen nicht von Regelangeboten der Versorgung erreicht werden, sind besondere, Vertrauen schaffende, akzeptierende und aufsuchende Angebote zu entwickeln.

Die Ansätze der bedürfnisgerechten Versorgung von Frauen sind jedoch oft vereinzelt und haben zu wenig Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch. Die Erträge ihrer Arbeit – ihre professionellen Methoden, ihre Erfahrungswerte und ihre innovativen Impulse – werden nur unzureichend im Gesundheitssystem zur Kenntnis genommen, fließen nicht in die Aus- und Fortbildung der medizinischen und gesundheitlichen Fachkräfte ein.

Es sollten Vernetzungsstellen geschaffen werden, um systematisch Informationen über diese Entwicklungen in der Praxis zu sammeln und zugänglich zu machen, Austausch und Weiterbildung zu fördern, Erträge der Praxis in der Fach- und gesundheitspolitischen Öffentlichkeit bekannt zu machen und Kooperation mit ausbildenden Institutionen – medizinische Fakultäten, Kliniken, psychotherapeutische Ausbildungsstätten, Krankenpflege- und Hebammenschulen u. a. m. – aufzubauen. Solche Stellen sollten in enger Zusammenarbeit mit engagierten Verbänden und Vereinen arbeiten. Sie können zudem initiativ werden, um erfolgreiche Ansätze und deren Erkenntnisse an den Universitäten und in den Fachgesellschaften bekannt zu machen oder unterstützend eine Art „Börse“ für innovative Ideen zu schaffen.

### **Selbsthilfe und Laienkompetenz**

Niedrigschwellige, aber professionell unterstützte Beratung und Selbsthilfe, präventive und Ressourcen mobilisierende Angebote sind für den Erhalt und die Förderung von Gesundheit, für die Krankheitsbewältigung und die Rehabilitation von großer Bedeutung. Ein Ausbau solcher Angebote könnte vielfach Patientinnenkarrieren vermeiden, die im doppelten Sinne – für die Patientin wie für die Solidargemeinschaft – hohe Kosten haben. Selbsthilfe und Laienkompetenz sind zudem wichtige Ressourcen bei dem Umgang mit Krankheitssymptomen und für das Leben mit gesundheitlichen Einschränkungen. Die Förderung solcher Ansätze kommt den Gesundheitsbedürfnissen von Frauen entgegen, wenn sie geschlechtsspezifische Aspekte bewußt integrieren, statt sie – wie bislang oft der Fall – vom Geschlecht abzusehen. Dabei muß differenziert auf die unterschiedlichen Situationen von Frauen eingegangen werden. Es ist davon auszugehen, daß die Entwicklung zu geschlechtssensibleren, lebenslagengerechten Angeboten in der gesundheitsförderlichen Versorgung auch Männern helfen wird, die mit ihren Geschlecht zusammenhängenden Risiken und Belastungen besser zu erkennen und zu bewältigen.

Besonders dringend wäre es erforderlich, eine Klärung mit den Krankenkassen und Kostenträgern herbeizuführen, damit geschlechtsspezifisch sensible Angebote im eher präventiven Bereich, in der Therapie und in der Selbsthilfe anerkannt werden und Sorge zu tragen, daß diese Angebote allen Versicherten zugänglich sind. Es darf nicht dabei bleiben, daß wegweisende, weithin anerkannte Praxisansätze – etwa in der ambulanten Behandlung und der therapeutisch gestützten Selbsthilfe bei Eßstörungen – nur solchen Betroffenen zugänglich sind, die sich den Luxus der Selbstzahler leisten können. Es ist dies auch wirtschaftlich nicht vertretbar, da die stationäre Behandlung nach einer Chronifizierung sehr viel teurer ist.

Allgemein muß die Bedeutung des Geschlechts für die Gesundheit institutionell anerkannt werden, indem die Versorgung mit Hilfen, die den Lebenskontext wahren und eine Reflexion geschlechtsrollenspezifischer Zwänge und Konflikte einbeziehen, finanziell gesichert wird.

### **Patientinnenrechte**

Die aktuelle Diskussion in der Versorgung erkennt zunehmend die Notwendigkeit genuiner informierter Zustimmung bei allen Behandlungsentscheidungen. Noch fehlt es dabei an einer ausreichenden Berücksichtigung geschlechtstypischer Lebensbedingungen, Belastungen und Ressourcen für die Informationsaufnahme und Entscheidungsfähigkeit. Zudem ist zu prüfen, welche Folgerungen aus einer geschlechtsdifferenzierenden Gesundheitsforschung für die Verankerung und Gewährleistung von Patientinnenrechten zu ziehen sind.

### **Verbesserung der Situation von chronisch kranken und behinderten Frauen**

Frauen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen, suchtkranke und HIV-

infizierte oder AIDS-kranke Frauen sind mit Diskriminierungen und Vorurteilen konfrontiert, die ihnen wichtige Lebenschancen – z. B. Mutterschaft – absprechen und sie sind doppelt - als Frau und als einschränkt und abhängig aufgrund der gesundheitlichen Situation - betroffen. Hier ist in einem umfassenderen Sinn an der Verbesserung der Situation zu arbeiten (z. B. mit Öffentlichkeitsarbeit) und dadurch Krankheitsbewältigung und Gesundheitsentwicklung zu fördern.

### **Bekämpfung von Gewalt im Geschlechterverhältnis**

Gewalt im Geschlechterverhältnis – ein wesentlicher Risikofaktor für die Gesundheit von Frauen – zu überwinden und deren Folgen zu heilen, muß als originäre Aufgabe von Public Health anerkannt werden. Spezialisierte Einrichtungen mit besonderen Kenntnissen der Problemkreise von Gewalt im Geschlechterverhältnis und sexueller Traumatisierung sind im Spektrum von offenen Beratungsstellen über geschützte Unterkünfte bis hin zur stationären Behandlung notwendig. Die dort tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter benötigen Wertschätzung ihrer Arbeit, Anerkennung ihrer Expertise und ökonomische Entlastung durch die Mitverantwortung des Gemeinwesens. Gleichzeitig ist die Regelversorgung – in Aus-, Fort- und Weiterbildung und Praxis - für das Gewaltproblem und das Problemfeld geschlechtsspezifischer Diskriminierung und Gewalt zu sensibilisieren; es sind Richtlinien für einen entsprechenden Umgang zu vermitteln.

### **Gleichberechtigung in der professionellen Arbeit**

Zur Verwirklichung der Gleichberechtigung im Gesundheitswesen gehört unabdingbar eine deutliche Stärkung der beruflichen Position von Frauen. Dies betrifft sowohl die Anerkennung der Leistungen der vorwiegend von Frauen getragenen Berufsgruppen und ihres Beitrags zur Förderung der Gesundheit, als auch die gleichberechtigte Teilhabe an Leitungs- und Entscheidungsfunktionen, die noch immer vorwiegend mit Männern besetzt sind. Eine gleichberechtigte Partnerschaft der Geschlechter in der beruflichen Arbeit im Gesundheitswesen vermag am ehesten eine Atmosphäre zu schaffen, die der geschlechtssensiblen Versorgung auf breiter Ebene förderlich ist.

### **Ausbildung in den Gesundheitsberufen**

Um eine dem Bedarf von Frauen angemessene gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten, sind die Beschäftigten im Gesundheitswesen für die Thematik zu sensibilisieren und zu qualifizieren. In die medizinische Aus- und Weiterbildung, die Ausbildung in der Pflege und aller anderen, in der Versorgung tätigen Berufsgruppen, sind Themen zur Frauengesundheit und zu einer geschlechtssensiblen Gesundheitsforschung und -versorgung mit einzubeziehen. Auch Beschäftigten in der Planung, dem Management und der Verwaltung im Gesundheitswesen sind Ausbildungsinhalte zu vermitteln, die auf den spezifischen Versorgungsbedarf von Frauen und auf Methoden einer geschlechtssensiblen Versorgungsplanung im Sinne des gender mainstreaming zielen.

### **Frauen- und geschlechtsspezifische Gesundheitsberichterstattung**

Die frauen- und geschlechtsspezifische Gesundheitsberichterstattung des Bundes, der Länder und der Kommunen sollte intensiviert werden. Auf Bundesebene ist die Gesundheitsberichterstattung fortzuschreiben, in dem in der Routineberichterstattung frauenspezifische Themen integriert und der Geschlechtervergleich systematisch verfolgt wird. Zu wichtigen Themen sind Spezialberichte zu erstellen. Wichtige Themen dafür sind: Gesundheit von Migrantinnen, soziale Ungleichheit und Gesundheit von Frauen, Frauen und Beruf, insbesondere in Gesundheitsberufen und der Pflege, gesundheitliche Belastungen und Ressourcen von Müttern, Muskel- und Skeletterkrankungen. Auf Länder- und kommunaler Ebene sollten Frauengesundheitsberichte bzw. Gesundheitsberichte im Geschlechtervergleich erstellt werden, die sich thematisch an einem jeweils vor Ort zu bestimmenden gesundheitspolitischen Bedarf orientieren.

### **Forschungsbedarf**

Um die im Frauengesundheitsbericht aufgezeigten Forschungsdefizite zu bearbeiten, sind strukturelle Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine effektive Umsetzung gewährleisten. Dazu gehören die Förderung von Studien zur Frauengesundheit, um die im Bericht zu den einzelnen Themenfeldern aufgeführten Forschungsdefizite zu beheben. Die Einrichtungen der Forschungsförderung sind aufgefordert, hierzu relevante Beiträge zu leisten.

Im Sinne einer *geschlechtssensiblen Forschungsmethodik* ist die Überprüfung aller gesundheitsrelevanten Wissenschaftsbereiche unter dem Gesichtspunkt geboten, ob die Geschlechterperspektive konsequent umgesetzt wurde. In Gesundheitsforschungsprogrammen ist die Geschlechterperspektive thematisch, konzeptionell und methodisch zu berücksichtigen. Forschungsverbände haben zukünftig darzustellen, in welcher Weise sie die Berücksichtigung der Geschlechterperspektive organisatorisch umsetzen. Standards einer *geschlechtssensiblen* Gesundheitsforschung sollten Begutachtungskriterium für die Bewilligung von Forschungsgeldern sein.

Um eine geschlechtssensible Forschung und Wissenschaft langfristig durchzusetzen, ist bei Stellen für Hochschullehrende an den Universitäten und Universitätskliniken und in leitenden Funktionen der Forschung der Anteil an Frauen zu erhöhen. Zentrale Begutachtungs- und Beratungsgremien sind paritätisch mit Frauen zu besetzen. Über die Ergebnisse der Umsetzung dieser Forderungen ist Bericht zu erstatten.

## **1.3 Zusammenfassung der Ergebnisse**

### **1.3.1 Einleitung**

Im folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse des Berichts für jedes Kapitel zusammenfassend dargestellt. Dazu wird das theoretische Konzept, das dem jeweiligen Kapitel zugrunde lag, skizziert, die bearbeiteten Themen aufgelistet und für jeden Themenbereich eine kurze Zusammenfassung gegeben. Wichtige Versorgungsdefizite werden aufgezeigt und gegebenenfalls Empfehlungen für eine Verbesserung der Situation ausgesprochen. Um den Rahmen der Zusammenfassungen nicht zu sprengen, werden der Stand der Forschung, die bei der Bearbeitung zugrunde gelegten Datenquellen, die Begründung des Versorgungsbedarfs und die aus dem Stand der Wissenschaft erkennbaren Forschungsdefizite hier nicht berichtet. Diese Informationen finden sich jedoch alle in den ausführlichen Berichtskapiteln.

Mit der vorliegenden Zusammenfassung soll das Interesse der Leserinnen und Leser geweckt werden, sich genauer mit den Einzelthemen des Berichts zu befassen, dort nachzulesen und sich mit den Konzepten und berichteten Studienergebnissen vertraut zu machen. Für diejenigen, die einen ersten Einstieg in die Frauengesundheitsberichterstattung finden möchten, gibt sie einen knappen und informativen Überblick.

### ***1.3.2 Ausgewählte soziodemographische und sozioökonomische Indikatoren***

In Kapitel 2.1 wird zunächst ein Überblick über Umfang und Struktur der Bevölkerung in Deutschland gegeben. Danach werden, ausgehend von der bekannten Tatsache, daß Gesundheit, Morbidität und Mortalität in vielfachen Zusammenhängen mit Indikatoren der sozialen Lage stehen, in den Kapiteln 2.2 und 2.3 soziodemographische Grundlagen dargestellt, auf die in anderen Teilen dieses Berichtes unter gesundheitlichen Aspekten zurückgegriffen wird. Besonderes Augenmerk wird zum einen auf geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf die soziale Lage gelegt, zum anderen auf immer noch bestehende Unterschiede in der Lebenssituation und im Verhalten der Frauen in den alten und in den neuen Bundesländern. Die Auswahl der dargestellten Indikatoren orientiert sich an einem frauenspezifischen Ansatz der Gesundheitsberichterstattung, der berücksichtigt, daß die Gesundheit von Frauen im Alltag entsteht, dieser vielfach durch familiäre und berufliche Aufgaben geprägt ist und daß Gesundheit und Lebensbedingungen nach sozialen Gruppen und nach einzelnen Lebensphasen differieren. Lebensentwürfe und Handlungsoptionen von Frauen waren in den letzten Jahrzehnten entscheidenden Veränderungen unterworfen, daher werden bei einigen Indikatoren Betrachtungen im Zeittrend angestellt.

Präsentiert werden überwiegend Daten der amtlichen Statistik, die über den jährlichen Mikrozensus und über andere in regelmäßigen Abständen durchgeführte Repräsentativerhebungen gewonnen werden.

Die Bevölkerung - dies ist ein Charakteristikum aller westlichen Industrienationen - wird immer älter. Ältere Menschen und insbesondere ältere Frauen, die zahlenmäßig die älteren Männer übertreffen, stellen einen beachtlichen Teil der Bevölkerung dar. 1950 betrug der Anteil der über 60jährigen Frauen an der Gesamtbevölkerung 15,2 %, bis 1999\* war er auf 26,4 % gestiegen, d. h. 1999 war jede vierte Person in Deutschland 60 Jahre alt oder älter und weiblich. Der demographische Alterungsprozeß der Bevölkerung hat Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens.

Das andere auffallende Phänomen ist, daß insgesamt weniger Frauen Mütter werden und daß sie die Kinder in höherem Alter bekommen. Frauen, die sich für die Mutterschaft entscheiden, favorisieren jedoch nach wie vor ein Familienmodell mit zwei Kindern. Die Geburtenziffern sind seit 1960 sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern gesunken, wobei sie in letzteren nach der Wende mit 5,1 Geburten je 1.000 Personen einen dramatischen Tiefstand erreichten. 1999 lagen die Geburtenziffern in Westdeutschland bei 9,9 je 1.000 Personen, in Ostdeutschland bei 7,0. Es wird ein weiterer Anstieg der Zahl kinderloser Frauen prognostiziert. Für die Geburtskohorte von 1965 werden 32,1 % kinderlose Frauen geschätzt.

---

\* Für die Kurzfassung wurden im Gegensatz zum Hauptteil Daten von 1999 verwendet.



Die genannten demographischen Entwicklungen beeinflussen die Struktur der Privathaushalte und damit das Vorhandensein von primären sozialen Netzwerken. Die Häufigkeit von Privathaushalten mit zwei und mehr Generationen nimmt ab, die der Privathaushalte mit einer Generation (Ehepaare ohne Kinder) und der Einpersonenhaushalte nimmt zu. Einpersonenhaushalte sind zu 58 % Frauenhaushalte. Die Situation alleinlebender Frauen und Männer unterscheidet sich. 1999 waren 48,6 % der alleinlebenden Frauen verwitwet und älter als 55 Jahre - diese Kombination traf nur auf 12,6 % der alleinlebenden Männer zu; 34,6 % der alleinlebenden Männer waren ledig und unter 35 Jahren - diese Kombination traf nur auf 17 % der Frauenhaushalte zu.

Trotz der Pluralisierung von Lebensformen, der sinkenden Heiratsneigung und der steigenden Ehescheidungszißern ist in Deutschland die Ehe noch immer die häufigste Form des Zusammenlebens. 1999 lebten 56,8 % der erwachsenen Frauen in ehelichen, 5,9 % in nichtehelichen Lebensgemeinschaften, 5,7 % waren alleinerziehend und 22,6 % lebten in Einpersonenhaushalten. Lebensphasenspezifisch betrachtet zeigen sich Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern. Im Westen bleiben die jungen Frauen länger im elterlichen Haushalt und wechseln anschließend, bevor sie heiraten, häufiger in Einpersonenhaushalte. Im Osten leben die Frauen häufiger in nichtehelichen Lebensgemeinschaften, Eheschließung und Familiengründung erfolgt in jüngerem Alter und damit korrespondierend setzt die nachelterliche Phase früher ein.

1999 gab es in Deutschland 9,3 Millionen Familien mit minderjährigen Kindern. Davon waren 79,1 % Ehepaare mit minderjährigen Kindern, 5,9 % nichteheliche Lebensgemeinschaften und 15,0 % Familien von überwiegend weiblichen Alleinerziehenden. Die Anteile der nichtehelichen Lebensgemeinschaften und der Alleinerziehenden sind im Osten bedeutend höher als im Westen. Einer der wesentlichsten Unterschiede im generativen Verhalten der Frauen in den beiden Landesteilen liegt in der mit 49,9 % dreimal so hohen Quote der nichtehelich geborenen Kinder im Osten.

Weibliche Lebensverläufe sind häufig durch Brüche gekennzeichnet: So ist das Aufgeben oder die zeitweilige Unterbrechung der eigenen Berufstätigkeit zugunsten der Kinderbetreuung charakteristisch für die Erwerbsbiographien von Frauen. Optionen stehen häufig in Konkurrenz zueinander und getroffene Entscheidungen haben weitreichende Konsequenzen auf andere Lebensbereiche. Für die Bewältigung der Probleme der Vereinbarkeit von Beruf und Familie sind familienpolitische Maßnahmen wie Erziehungsurlaub und die Bereitstellung von öffentlichen Einrichtungen zur Kinderbetreuung von Bedeutung. Untersuchungsergebnisse zeigen jedoch, daß weibliche Erwerbsverläufe nach einem Erziehungsurlaub oft nicht erfolgreich und nur mit erheblichen Nachteilen fortgesetzt werden können.

Die Biographien von Frauen werden in nahezu allen Lebensphasen von den Erwartungen der Partner, der Kinder und alter, pflegebedürftiger Eltern sowie Angehöriger strukturiert. Verschiedene Untersuchungen zeigen, daß sich an der geschlechtsspezifischen familiären Arbeitsteilung bisher wenig geändert hat. Als für den Haushalt und die

häusliche Erziehung Verantwortliche leisten die Frauen, selbst in Familien, in denen beide Partner erwerbstätig sind, den Hauptteil an unbezahlter, sozial wenig anerkannter und oft unsichtbarer Arbeit. Weibliche Familienmitglieder übernehmen auch zum größten Teil die Pflege alter und kranker Angehöriger. Diese Aufgabe setzt oftmals dann ein, wenn die Kinder aus dem Haus sind.

Geschlecht ist noch immer verbunden mit spezifischen Benachteiligungen. Die Dynamik geschlechtsspezifischer sozialer Ungleichheit entwickelt sich entlang der Indikatoren Bildung/Qualifikation, Stellung im Erwerbsleben und Einkommen.

Mädchen haben heute eine durchschnittlich bessere schulische Allgemeinbildung als Jungen. Diese setzt sich jedoch nicht in einer entsprechenden Berufsausbildung fort. Noch immer übersteigt auch in jüngeren Altersgruppen der Anteil der Frauen ohne Berufsausbildung den der Männer, und 24 % der Männer aber nur 12 % der Frauen haben eine höhere Berufsausbildung als den Abschluß einer Lehre (StBA 1998c: 46).

Im April 1999 lag die Erwerbsquote der Frauen in den alten Bundesländern bei 61,7 %, in den neuen Ländern bei 73,0 % (Mikrozensus 1999). Die Höhe der Erwerbsbeteiligung von Müttern wird vom familienbiographischen Kontext geprägt: Je jünger die Kinder um so geringer ist die Erwerbsquote der Mütter. Erwerbstätige Frauen sind vor allem im Dienstleistungssektor beschäftigt, in Führungspositionen sind sie ausgesprochen selten. Bei den teilzeit und geringfügig Beschäftigten stellen sie die überwiegenden Anteile.

Die Erwerbssituation wirkt sich auf die Einkommensverhältnisse von Frauen aus. Sowohl ihre Einkünfte aus Erwerbstätigkeit als auch ihre Altersrenten liegen durchschnittlich unter denen der Männer. Ein Vergleich der Äquivalenzeinkommen unterschiedlicher Haushaltstypen zeigt zudem, daß Haushalte mit Kindern über weniger Geld verfügen als solche ohne Kinder. Ein Licht auf die Einkommensverhältnisse werfen auch die Sozialhilfequoten. 1997 erhielten in Deutschland 3,5 % der Bevölkerung Sozialhilfe. Der Frauenanteil lag über dem der Männer. Auch die weiblichen Armutsraten liegen über den männlichen.

Bei den Indikatoren der sozialen Lage fallen die alleinerziehenden Mütter als besonders benachteiligte Gruppe auf. Sie verfügen mit Abstand über die geringsten finanziellen Mittel, sie haben im Vergleich zu anderen Gruppen die höchste Sozialhilfequote und - nach der 50 %-Armutsgrenze berechnet - dramatisch hohe Armutsquoten. Außerdem weisen sie unter allen Haushaltstypen die höchste Mietbelastung auf.

### 1.3.3 Gesundheitsstatus

In diesem Kapitel wird ein Überblick zur gesundheitlichen Situation von Frauen und zu bestimmten Aspekten von Männern gegeben, um darauf aufbauend Schwerpunkte in der Krankheitsverhütung und der Versorgung benennen zu können. Dabei konzentriert sich der Berichtsteil auf einige ausgewählte Themen. Das sind erstens Basisdaten zur Sterblichkeit, die die grundlegenden Unterschiede zwischen Frauen und Männern kennzeichnen. Des Weiteren werden einige Krankheiten ausgewählt, die für die Gesundheit der Frauen von besonderer Bedeutung sind, oder wo die Forschungslage auf einen besonderen Bedarf hinweist. Folgende Themen wurden ausgewählt:

- die Lebenserwartung von Frauen und Männern und die Besonderheiten und Unterschiede bei den Todesursachen (Kapitel 3.1.1 und 3.1.2),
- die Säuglings- und Müttersterblichkeit (Kapitel 3.1.3),
- ausgewählte Krankheiten, wie Herz-Kreislauf-Krankheiten (Kapitel 3.2) und Brustkrebs (Kapitel 3.3). Erstmals werden in der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland auch gynäkologische Erkrankungen (Kapitel 3.4) berichtet. Es findet sich ein Abschnitt zu den sexuell übertragbaren Krankheiten außer HIV (Kapitel 3.6) und zum Suizid und Suizidversuch (Kapitel 3.7). Im Unterkapitel „Mundgesundheit,“ (Kapitel 3.5) wird ein neuer und für die Frauengesundheit sehr wichtiger Aspekt aufgegriffen.

#### Lebenserwartung und Sterblichkeit

In den vergangenen drei Jahrzehnten nahm die *Lebenserwartung* kontinuierlich zu und die *Sterblichkeit* ab. Frauen in der Bundesrepublik haben heute eine Lebenserwartung von 79,8 und Männer von 73,3 Jahren. Im Verlauf der 90er Jahre haben sich die Differenzen in der Lebenserwartung und der Sterblichkeit zwischen Ost und West verringert. Ungeachtet dieses positiven Trends sind in den neuen Bundesländern die Unterschiede der Lebenserwartung von Frauen und Männern mit 7,4 im Verhältnis zu 6,2 Jahren größer als in den alten Bundesländern. Auch die Mütter- und Säuglingssterblichkeit ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gesunken und hat sich mit 5,5 Gestorbenen je 1.000 Lebendgeborenen auf ein auch im internationalen Vergleich niedriges Niveau eingepegelt.

Die gesamte Sterblichkeit wird vom Mortalitätsgeschehen in den oberen Altersgruppen dominiert; sie liegt für die über 79jährigen um den Faktor 10-15 über dem Gesamtdurchschnitt. Zu dieser Altersgruppe gehörten 1995 rund 60 % der gestorbenen Frauen aber nur etwa 32 % der gestorbenen Männer.

Die Frühsterblichkeit - hier definiert als Verstorbene unter 65 Jahren - wird bei den Frauen vornehmlich durch die Krebserkrankungen (44 % aller Todesursachen bei den Frauen unter 65 Jahren), hier insbesondere den Brustkrebs (12,1 %), verursacht, wäh-

rend es bei den Männern der Herzinfarkt (11,4 %), Lungenkrebs (8,6 %) und unnatürliche Todesursachen (13,9 %), insbesondere tödliche KFZ-Unfälle, sind.

### **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

Die *Herz-Kreislauf-Krankheiten* (HKK) bei Frauen sind in der Wissenschaft und in der medizinischen Versorgung lange nicht beachtet worden, obwohl sie im Alter 52,9 % aller Todesursachen ausmachen. Mit der Zunahme der Lebenserwartung der Frauen steigt auch die absolute Zahl der HKK-Todesfälle. Dies führt zu einem ansteigenden Bedarf an medizinischer und pflegerischer Betreuung insbesondere im höheren Lebensalter. Das mit dem Alter zunehmende Herzinfarktrisiko der Frauen ist in allen Altersgruppen niedriger als bei den Männern; der Abstand zu den Männern wird allerdings mit dem Alter geringer.

Die Herzinfarktsterblichkeit und die -erkrankungsrate ist in den vergangenen 10 Jahren bei den Männern, in geringerem Maße auch bei den Frauen, zurückgegangen; bei jüngeren Frauen ist jedoch eine erhebliche Zunahme der Herzinfarktmorbidität zu beobachten, die mit der Zunahme des Zigarettenrauchens korreliert ist. Das Herzinfarktrisiko bei Frauen wird oft unterschätzt, weil die frauentypische Beschwerdesymptomatik (Übelkeit/Erbrechen, Rückenschmerzen) häufiger als bei Männern an andere Krankheiten denken läßt. Aus den USA waren in den vergangenen Jahren Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Frauen und Männern mit Verdacht auf Herzinfarkt berichtet worden. Für die Bundesrepublik Deutschland konnte demgegenüber gezeigt werden, daß sich bei den 25-74jährigen Krankenhauspatientinnen mit Herzinfarkt die stark modernisierte Akutbehandlung und die 28-Tage-Letalität nicht (mehr) von den Männern unterscheidet.

Die Aufklärung der Bevölkerung zu den frauenspezifischen Besonderheiten der HKK muß in die Praxis umgesetzt werden. Weiterhin sollte die Gesundheitspolitik über eine stärker auf die Prävention chronischer Krankheiten gerichtete Neuorientierung der Gesundheitsdienste nachdenken.

### **Brustkrebs**

*Brustkrebs* ist die häufigste Krebserkrankung und die häufigste Krebstodesursache bei Frauen. Insbesondere die Erkrankungsraten aber auch die Sterbefälle stiegen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in Deutschland an. Bei der Sterblichkeit ist seit den 70er Jahre keine Steigerung mehr erkennbar. Zwischen Ost- und Westdeutschland besteht ein deutliches Gefälle. Noch immer sind für die alten Bundesländer höhere Erkrankungs- und Sterberaten zu verzeichnen. Anerkannte Faktoren, die zur Entstehung eines Mamma-Karzinoms beitragen können, sind eine familiäre Brustkrebsvorgeschichte, reproduktive und hormonelle Faktoren sowie vermutlich die Ernährungsweise. Weitere Zusammenhänge werden hinsichtlich des Alkoholkonsums, der Strahlenexposition und Einflüssen durch chemische Verbindungen, die in das Hormonsystem eingreifen, diskutiert.

Insgesamt gesehen besteht in Hinblick auf die Ätiologie des Mamma-Karzinoms noch ein großer Forschungsbedarf. Das betrifft auch den Einfluß psychosozialer Faktoren auf die Entstehung von Brustkrebs. Weiterhin fehlen Erkenntnisse zur Frage, wie Frauen mit der Erkrankung umgehen und sie verarbeiten. Hierfür bedarf es neben weiterer Studien auch eine breite Öffentlichkeitsarbeit zur Enttabuisierung der Krankheit sowie ihrer Folgen. Die in Deutschland im Aufbau befindlichen Krebsregister bieten eine Basis für eine Verbesserung der Forschung zu Verbreitung, Risiken und zur Effektivität von Früherkennungsprogrammen.

Die Wirksamkeit von Früherkennungsprogrammen bei Brustkrebs für Heilungs- und Überlebenschancen steht außer Frage. Bei der Mammographie kommt es zum einen auf die Einhaltung entsprechender Qualitätsmaßstäbe an, zum anderen müssen ihre Vor- und Nachteile gegeneinander abgewogen werden. Frauen sollten ihre Entscheidung zur Teilnahme an einem Mammographiescreening immer in Kenntnis der Risiken und des Nutzens fällen können und individuell entscheiden, ob und welche Methoden der Früherkennung sie anwenden wollen.

### **Gynäkologische Erkrankungen**

Die *gynäkologischen Krankheiten* spielen bisher in der Gesundheitsberichterstattung kaum eine Rolle. Mit dem vorliegenden Abschnitt soll begonnen werden, diese Lücke zu schließen. Im Zentrum stehen die vor allem gutartigen gynäkologischen Erkrankungen. Sie werden über die folgenden Teilmorbiditäten beschrieben:

- gynäkologische Erkrankungen, die mit ärztlich bescheinigter Arbeitsunfähigkeit einhergehen
- gynäkologische Erkrankungen, die mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sind
- selbst berichtete gynäkologische Beschwerden
- operative Eingriffe, die mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden waren

Mit den dabei verwendeten Daten des Statistischen Bundesamtes (der KG8-Statistik 1993 und der Krankenhausstatistik 1996) stehen epidemiologische Basisdaten zur Verfügung. Sie lassen Aussagen zur Bedeutung der Gynäkologie insgesamt und zu einzelnen Diagnosen zu und vermögen einen Einblick in alterstypische gynäkologische Risiken zu geben. Für die gynäkologischen Operationen konnten vor allem die Ergebnisse eines von 1992-1996 durchgeführten Qualitätssicherungsprojekts in der operativen Gynäkologie genutzt werden. Auf die Frage, wie oft Frauen in der Lebensspanne gynäkologische Beschwerden haben, gibt eine weitere Einzelstudie erste Antworten.

Ein Vergleich der in der ICD 9 unterschiedenen 19 Krankheitsarten plaziert die Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane an die sechste Stelle für Frauen in der Krank-

schreibung und an fünfte Stelle in der Krankenhausbehandlung. Auf der Ebene der Einzeldiagnosen standen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen die Entzündungen an den Eierstöcken, den Eileitern und dem Becken an erster Stelle. In der stationären Behandlung waren es - die im gynäkologischen AU-Geschehen zweitplazierten - Menstruationsstörungen, sonstige abnorme Blutungen aus dem weiblichen Genitaltrakt bzw. klimakterische und postklimakterische Störungen, die das Geschehen anführten.

Gynäkologischen Krankheiten sind im Lebensverlauf der Frauen häufig mit erheblichen körperlichen Beschwerden und Beeinträchtigungen verbunden. Z. B. gaben Frauen unter 25 Jahren gehäuft chronische Unterbauchschmerzen an. Insgesamt steigen die chronischen Beschwerden mit dem Alter an.

Der Abschnitt ‚gynäkologische Operationen‘ - so defizitär er auch bleibt - erhellt eine weitere wichtige Dimension gynäkologischen Krankseins: In mehr als der Hälfte (60-80%) aller Krankenhausfälle erfolgte ein operativer Eingriff. Diese sind für die Frauen in der Regel mit seelischen, körperlichen und sozialen Belastungen verbunden. Besonders belastend wird es, wenn der Eingriff mit einem Organverlust einhergeht, wie dies bei der Hysterektomie (Gebärmutterentfernung) oder auch der Entfernung der Eierstöcke der Fall ist. Wie viele Frauen davon betroffenen sind, dazu gibt es auch heute noch keine verlässlichen Daten. Die Qualitätssicherungsstudie gibt nur ein Rankingergebnis an, demzufolge die Hysterektomie gegenwärtig die vierthäufigste Operation ist. Vor ihr liegen die Ausschabungen und die Brusttumorextirpation (gutartig) und hinter ihr, an zehnter Stelle, steht die Konisation.

Zu den Indikationen, die zur Entfernung der Gebärmutter oder der Eileiter führen, zur Radikalität des Operierens oder auch dem befundlosen Organverlust, einer für Frauen besonders dramatischen Situation, fehlen die Daten. Hier besteht noch ein erheblicher Forschungsbedarf.

### **Mundgesundheit**

Es bestehen deutliche Unterschiede in der *Mundgesundheit* von Frauen und Männern. So haben Frauen eine höhere Anzahl fehlender oder gefüllter Zähne als Männer, jedoch ist ihr Gebiß häufiger saniert und prothetisch versorgt. Frauen haben ein besseres Mundhygieneverhalten als Männer. Veränderungen im Hormonstatus können bei ihnen, insbesondere während der Schwangerschaft und im Klimakterium, zu Mundunbehagen, Mißempfindungen und pathogenen Störungen in der Mundschleimhaut führen. Ähnliche Auswirkungen auf den Mundbereich hat die Langzeiteinnahme von Hormonen.

Während sich die regionalen Unterschiede in der oralen Gesundheit zwischen den alten und den neuen Bundesländern durch die Angleichung der Versorgungsstrukturen und der Behandlungskonzepte weitgehend angeglichen haben, sind die Geschlechterdifferenzen im Zeitreihenvergleich erhalten geblieben.

In der zahnmedizinischen Praxis ist durch die demographischen Veränderungen und durch ein anderes Inanspruchnahmeverhalten bei Frauen ein höherer Behandlungsbedarf bei Erkrankungen des Zahnhalteapparates sowie an zahnprothetischen Rehabilitationsleistungen zu erwarten.

Ein günstiger Zeitpunkt, den Frauen Risiken für die Zahn- und Mundgesundheit bewußt zu machen, ist die Schwangerschaft. Frauen sind in dieser Periode für Präventivmaßnahmen besonders motiviert. In der zahnmedizinischen Praxis und Prävention sind die spezifischen Gesundheitsrisiken, aber auch die präventiven Gesundheitsressourcen der Frauen sensibler wahrzunehmen und für eine effektive Therapie und Prävention zu nutzen. Dazu bedarf es einer gezielten Aus- und Fortbildung der Zahnärztinnen und Zahnärzte.

### **Suizid und Suizidversuch**

Der Abschnitt zu *Suizid und Suizidversuch* zeigt geschlechts- und altersspezifische Muster. Die registrierten Suizide werden zu über zwei Dritteln von Männern, die Suizidversuche zu ca. 60 % von Frauen unternommen. Die Suizidziffern steigen bei Frauen (und Männern) mit zunehmendem Alter, wohingegen bei Suizidversuchen die entgegengesetzte Tendenz besteht: Jüngere Frauen versuchen sich häufiger das Leben zu nehmen als ältere.

Bestimmte psychische, körperliche und Suchterkrankungen gelten als Risiken für die Suizidsterblichkeit. Im psychosozialen Kontext fällt auf, daß ledige und geschiedene Frauen häufiger suizidale Handlungen unternehmen als verheiratete. Die Bedeutung körperlicher und sexualisierter Gewalt für selbstdestruktive Akte von Frauen wurde in mehreren Studien belegt. Suizidales Verhalten von Frauen wurde als eigenständiger Bereich selten wissenschaftlich untersucht. Forschungsbedarf besteht bezüglich der psychosozialen Hintergründe und der Folgen der geschlechts- und altersspezifisch unterschiedlichen Prävalenzen von Suizid und Suizidversuch.

Im Hinblick auf Hilfen für suizidgefährdete Menschen gibt es in Deutschland kein länderübergreifendes Versorgungskonzept. Auf regionaler Ebene sind jedoch Einrichtungen wie z. B. die Telefonseelsorge aktiv. Wünschenswert wäre eine gemeindenahe Beratung und Krisenintervention und eine enge regionale Vernetzung verschiedener psychosozialer Einrichtungen mit den Institutionen des Rettungswesens.

### **1.3.4 Gesundheitsbezogene Lebensweisen**

Im Kapitel „Gesundheitsbezogene Lebensweisen“ werden ausgewählte Aspekte gesundheitsbezogener Lebensweisen dargestellt. Dazu zählen neben dem konkreten Gesundheitshandeln und Gesundheitsverhalten auch Vorstellungen über Gesundheit. Im ersten Teil des Kapitels (Kapitel 4.1) wird der Schwerpunkt auf die Frage gelegt, welche subjektiven Vorstellungen Frauen von Gesundheit haben. Im zweiten Teil (Kapitel 4.2 – 4.5) werden auf der Ebene des konkreten Handelns Daten zu ausgewählten Aspekten des Gesundheitshandelns und -verhaltens berichtet. Allen Kapiteln liegen aus einer geschlechterdifferenzierenden Perspektive Aspekte der sozialen Lage sowie ein positives Verständnis von Gesundheit zugrunde. Die Auswahl der Themen konzentriert sich auf Schwerpunkte, für die repräsentative Daten vorliegen und die eine besondere Bedeutung für die Gesundheit von Frauen haben. Es handelt sich um:

- Gesundheitskonzepte und Gesundheitshandeln (Kapitel 4.1),
- Alkoholkonsum (Kapitel 4.2),
- Rauchen (Kapitel 4.3),
- Gebrauch und Mißbrauch von psychotropen Medikamenten (Kapitel 4.4),
- riskantes Verkehrsverhalten, Heim- und Freizeitunfälle sowie Stürze (Kapitel 4.5).

Im folgenden sollen einige Hauptergebnisse der einzelnen Abschnitte zusammenfassend dargestellt werden.

#### **Gesundheitskonzepte und Gesundheitshandeln**

Im ersten Teil, dem Abschnitt *Gesundheitskonzepte und Gesundheitshandeln*, liegt das Augenmerk auf den Vorstellungen von Gesundheit. Das Kapitel enthält Aussagen zu den subjektiven Gesundheitskonzepten von Frauen: dem Wohlbefinden, dem Gesundheitshandeln sowie der Gesundheitsorientierung, die jeweils in Verbindung mit sozialen Indikatoren dargestellt werden. Mittels subjektiver Indikatoren wird ein differenziertes Bild der gesundheitlichen Situation von Frauen in den alten und in den neuen Bundesländern gezeigt. Für nahezu alle Indikatoren läßt sich der Zusammenhang zwischen sozialer Lebenslage und Gesundheit nachweisen. Frauen mit geringerer Bildung und niedriger Sozialschichtzugehörigkeit geben ein geringeres körperliches wie psychisches Wohlbefinden an. Die Auswertungen der subjektiven Gesundheitseinschätzung im Kontext mit sozialen Faktoren zeigte auch unterschiedliche Muster, wenn die Ost-West-Perspektive einbezogen wird. Die Ergebnisse der ausgewerteten Untersuchungen weisen auf eine deutlich schlechtere gesundheitliche Situation der ostdeutschen Frauen hin. Die vorhandenen Daten erlauben jedoch keine Aussagen über Zusammenhänge zwischen Gesundheitszustand und Gesundheitshandeln. Hierzu wären Daten einer Längsschnitt-



studie erforderlich, die umfangreiche Aspekte von Gesundheit und Lebenslagen untersucht.

### **Alkoholkonsum**

Zu den in diesem Kapitel dargestellten praktischen Aspekten des Gesundheitshandelns zählt der *Alkoholkonsum*. Der Alkohol wird in seinen nicht riskanten, kulturell in den Alltag integrierten mäßigen aber auch regelmäßigen Konsumgewohnheiten dargestellt. Bei Jugendlichen zeigt sich bei einer differenzierten Betrachtung des Alkoholkonsums beispielsweise nach der Zahl der Rauscherlebnisse, daß Mädchen im Vergleich mit Jungen weniger und vorsichtiger Alkohol konsumieren. Dieser Unterschied bleibt bei den Erwachsenen bestehen. Männer trinken mehr und häufiger Alkohol als Frauen, wobei Frauen häufiger Wein und Sekt konsumieren, während Männer eher Bier und Spirituosen präferieren. Der höhere Konsum von Alkohol durch Männer ist von unkritischeren Einstellungen zum Alkohol begleitet. Frauen bewerten sowohl mäßigen Alkoholkonsum als auch Trunkenheit kritischer als Männer. Frauen trinken mit zunehmendem Alter weniger Alkohol. Es existieren statistische Zusammenhänge zwischen Familienstand, Bildung, Art der Erwerbstätigkeit und Konsummenge. Allerdings bleibt unklar, ob bestimmte Lebenslagen Ursache oder Folge des Alkoholkonsums sind. Wünschenswert sind auch hier Längsschnittdaten, die eine genauere Analyse der Konsummotive und –gründe von Frauen sowie die sozialen Kontexte, in denen sie entstehen, erlauben würden.

### **Rauchen**

Im Abschnitt *Rauchen* wird gezeigt, daß in den vergangenen Jahrzehnten der Anteil von Frauen, die rauchen, kontinuierlich zunahm. Rauchen ist mit erheblichen gesundheitlichen Risiken für Frauen verbunden. Es wird davon ausgegangen, daß das Rauchen der bedeutendste Risikofaktor für die wichtigsten chronischen Erkrankungen wie kardiovaskuläre Erkrankungen, Lungenkrebs, chronische Bronchitis, aber auch Krebse des Mund- und Rachenraumes ist. Im Jahr 1995 rauchten in der Bundesrepublik Deutschland bei den über 15jährigen 20 % der Frauen im Westen und 19,4 % der Frauen im Osten. Ob Frauen rauchen oder nicht, hängt stark von sozialen Faktoren ab. Höhere Raten haben arbeitslose Frauen, Frauen, die unter der Armutsgrenze leben sowie Sozialhilfeempfängerinnen; ebenso auch Frauen mit niedriger Schulbildung. Berufsspezifische Analysen zeigten vor allem bei jüngeren Frauen, die in einfachen Dienstleistungsberufen tätig sind oder manuelle Tätigkeiten ausüben einen hohen Anteil an Raucherinnen, während Frauen in akademischen Berufen und in Führungspositionen niedrige Raten aufweisen.

Untersuchungsergebnisse wiesen die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen zur Reduzierung des Rauchens nach. Diese sollten zum einen besonders auf Mädchen und junge Frauen ausgerichtet sein und sie darin bestärken, gar nicht erst mit dem Rauchen zu beginnen. Zum anderen sollten sie sich auf Frauen mit niedriger Schulbildung und aus unteren sozialen Gruppen konzentrieren. Die Ansätze zur Prävention und Gesundheitsförderung sind durch geeignete strukturelle Maßnahmen zu flankieren.

### **Gebrauch, Mißbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Medikamenten**

Im Abschnitt *Gebrauch, Mißbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Medikamenten* bei Frauen wird dargestellt, daß psychotrope Medikamente frauenspezifische Suchtmittel sind. Bei den Erwachsenen nehmen Frauen ab 20 Jahren mehr Schmerzmittel und Antidepressiva als Männer ein; ab 30 Jahren benutzen sie mehr Beruhigungs- und Schlafmittel und ab 40 mehr Neuroleptika. Die Gebrauchsdaten von psychotropen Medikamenten steigen mit dem Alter kontinuierlich an. Schätzungen gehen von ca. 2 Mio. Frauen und Männern aus, die von ärztlich verschriebenen Medikamenten abhängig sind. Die Mehrzahl der Medikamentenabhängigen sind ältere und alte Frauen. Die meisten Langzeitnutzerinnen von Beruhigungs- und Schlafmitteln steigern die Dosis über die Jahre nicht und sind sich des Abhängigkeitsrisikos nicht bewußt. Eine lange Medikamentenkarriere erschwert die Behandlung der Sucht und ihrer im Laufe der Zeit chronifizierten gesundheitlichen Beschwerden und psychosozialen Belastungen wie Angststörungen und Depressionen. Erforderlich sind spezielle Angebote zur Behandlung medikamentenabhängiger Frauen, die die Möglichkeit eine fachgerechten längerfristigen Einzelbehandlung beinhalten sowie Programme zur Prävention von Medikamentenabhängigkeit.

### **Riskantes Verkehrsverhalten, häusliche Unfälle und Stürze**

Der Abschnitt *riskantes Verkehrsverhalten, häusliche Unfälle und Stürze* zeigt, daß es auch hier geschlechts- und lebensphasenspezifische Schwerpunkte gibt. Das Risiko, im Straßenverkehr tödlich zu verunglücken, ist für Frauen bedeutend geringer als für Männer. Kfz-Verkehrsunfälle und deren Folgen betreffen überwiegend Frauen im jungen Erwachsenenalter. Sie sind bei den 15-19jährigen die häufigste Todesursache. Die quantitative Bedeutung der Unfälle bei der Hausarbeit und das gesundheitliche Risiko, das für Frauen in diesem Bereich liegt, wird oft unterschätzt. Die Hausunfälle einschließlich der tödlichen kommen bei Frauen häufiger vor als bei Männern. Folgeschwere Hausunfälle betreffen vor allem ältere Frauen. Stürze als die bedeutendste Ursache von Haus- und Freizeitunfällen sind ein typisches Risiko der betagten und hochbetagten Frauen.

### 1.3.5 Gewalt im Geschlechterverhältnis

Gewalterfahrungen haben schwerwiegende Folgen für die Gesundheit von Frauen und können erhebliche Gesundheitsbelastungen nach sich ziehen. Dennoch wird in der Gesundheitsforschung und -berichterstattung dieser Problembereich nicht in dem Maß beachtet, wie es seiner Bedeutung entspricht. In der Gesundheitsversorgung werden Gewalterfahrungen als Ursachen für gesundheitliche Beschwerden häufig nicht erkannt und entsprechend werden die Beschwerden nicht angemessen behandelt.

Ein Verantwortungsbewußtsein der Gesellschaft gegenüber der lange Zeit als „privat“ betrachteten Gewalt gegen Frauen und Mädchen ist relativ neu; es entstand in den alten Bundesländern durch die Frauenbewegung der 70er Jahre. Systematische Erkenntnisse wurden erst nach und nach möglich und sind heute noch lückenhaft. In Frauenhäusern und Notruf-Projekten, die Schutz und Beratung boten, wurde ein breites Spektrum verschiedener Gewaltformen erkennbar. Deutlich wurde auch, daß Frauen häufig unter anhaltender Gewalt leiden und der Übergriff, der eine Frau zum Aufsuchen von Hilfsangeboten veranlaßt, selten ein singuläres Ereignis in ihrem Leben war.

Im Zuge der öffentlichen Diskussion verbesserte sich der Umgang von Polizei und Justiz mit Betroffenen. Rechtliche Veränderungen in der Bundesrepublik Deutschland, wie die Familienrechtsreform 1977 und die Abschaffung der ehelichen Ausnahme bei Vergewaltigung im Jahre 1997, ermutigten Frauen, Übergriffe nicht mehr hinzunehmen. Bei der rechtlichen Bewertung von Körperverletzung kann heute die besondere Situation der mit einem gewalttätigen Partner zusammenlebenden Frau anerkannt werden.

Epidemiologische Studien zur Prävalenz von sexueller oder häuslicher Gewalt gibt es in der Bundesrepublik Deutschland bislang nicht; erste Hinweise liegen nur als Nebenprodukt anderer Untersuchungen vor. Die existierenden - unzureichenden - Daten sind mit besonderen methodischen und forschungsethischen Erhebungshindernissen verbunden, so daß derzeit nur Mindestschätzungen und keine Trendaussagen aus Zeitreihen möglich sind.

Körperliche Gewalt in engen sozialen Beziehungen ist häufig und kommt in allen sozialen Schichten vor. Eine repräsentative Umfrage ergab 1992, daß über 18 % aller 16-60jährigen Frauen und 15 % bis 18 % der Männer (Ost resp. West) physische Übergriffe in der Familie oder im Haushalt erlebt hatten. Bei Männern betrifft dies vor allem die 16-20jährigen, hingegen sind Frauen im Alter zwischen 30 und 50 Jahren am häufigsten betroffen. Frauen erfahren schwere physische Gewalt in Haushalt oder Familie häufiger als Männer, besonders in den alten Bundesländern: dies betraf bei der Umfrage 4 % der Frauen im Osten und 6 % im Westen.

Angaben zur Prävalenz sexueller Gewalt schwanken mit der Definition der Weite der einbezogenen Übergriffe und sind daher selten vergleichbar. Sexuelle Nötigung und Vergewaltigung werden zumeist nicht von völlig Fremden ausgeübt, sondern durch Männer, denen die betreffende Frau persönlich bekannt ist. In einer Befragung, in der

eine enge juristische Definition von sexueller Gewalt zugrunde gelegt worden war, gaben 8,5 % aller Frauen an, daß sie nach dem 18. Lebensjahr vergewaltigt worden waren, wobei zwei Drittel aller Vergewaltigungen im familiären Nahbereich stattfanden.

Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend werden meist durch rückblickende Angaben von Erwachsenen erhoben. Nach der Umfrage 1992 erinnert sich über 10 % der Bevölkerung an körperliche Gewaltformen, die als Mißhandlung einzustufen sind, wobei männliche Kinder etwas stärker betroffen sind. Mädchen sind hingegen im Verhältnis dreimal häufiger von sexueller Gewalt betroffen.

Allerdings werden gerade Frauen, die massive oder häufige Gewalt erleiden (z. B. Prostituierte, Drogen- oder Alkoholabhängige, und auch Frauen, die in der Ehe ständig der Mißhandlung ausgesetzt sind), von repräsentativen Befragungen selten erfaßt. So teilen Frauen, die ihren Lebensunterhalt durch Prostitution verdienen, sehr viel häufiger als in allgemeinen Umfragen Erlebnisse sexueller Gewalt in der Kindheit mit. Etwa zur Hälfte werden sie außerdem im Laufe ihrer Tätigkeit Opfer von physischer und/oder sexueller Gewalt.

Die Folgen erfahrener Gewalt sind umso gravierender, je länger die Betroffenen darüber schweigen müssen. Scham, Schuldgefühle, Angst vor dem Täter und Angst davor, auf Unglauben, Schuldzuweisungen und Abwertung zu stoßen, erschweren es Mädchen und Frauen, sich jemandem anzuvertrauen. Die Schwierigkeiten der Hilfesuche gehören zu der Dynamik der Gewalt dazu.

Bei Mißhandlung gibt es typische Verletzungen, hinzu kommen oft psychosomatische Beschwerden, Schlaflosigkeit, extreme Angst und Schreckhaftigkeit. Als (auch Langzeit-)Folgen von Inzest werden u. a. Eßstörungen, Suizidalität, körperliche Symptome wie Kopfschmerzen, Zittern, Atembeklemmungen, Durchfall und Unterleibsbeschwerden beschrieben. Symptomaten dieser Art, wie auch Drogen-, Medikamenten und Alkoholprobleme, werden heute auf die zugrundeliegenden Erfahrungen bezogen und im Zusammenhang mit Überlebens-, Anpassungs- und Verarbeitungsstrategien gesehen. Hier wird an die Erkenntnisse zu „Post-traumatischen Belastungsstörungen“ (PTSD) bei Folteropfern angeknüpft.

Gewalterfahrungen haben vielfältige Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl und auf soziale Beziehungen in Kindheit und Jugend, auf die Entwicklung eines gesunden Körpergefühls, auf die Zuversicht in das eigene Recht auf sexuelle Selbstbestimmung und, vermittelt über diese Faktoren, auf die Gefahr, erneut von sexueller Gewalt betroffen zu sein. Männer scheinen teilweise sexuelle Gewalterfahrung auf dem Wege eigener Gewalttätigkeit zu bewältigen, während bei Frauen die Somatisierung oder die Entstehung psychosomatischer Leiden häufiger ist.

Spezifische Hilfeeinrichtungen sind heute als unverzichtbarer Bestandteil des Systems gesundheitlicher Versorgung zu betrachten.

- Sie durchbrechen die Isolation betroffener Frauen durch öffentliche Benennung des Problems und machen es ihnen dadurch möglich, Hilfe zu suchen.
- Sie bieten den Frauen unbürokratische und kompetente Hilfe, die ihre Angst vor weiterer Gewalt ernst nimmt.
- Sie schaffen Kenntnisse über das Ausmaß und die Natur der Probleme und stellen fachliche Expertise zur Verfügung.

Die wichtigsten spezifischen Einrichtungen sind Notrufe für vergewaltigte Frauen, Beratungsstellen gegen sexuellen Mißbrauch und Frauenhäuser. Im europäischen Vergleich hat die Bundesrepublik ein relativ dichtes Netz von Frauenhäusern. Diese Angebote sind allerdings unzureichend ausgestattet und die Finanzierung muß stets neu beantragt werden. Der äußere Rahmen engt die Möglichkeiten ein, Genesung zu fördern oder Gesundheitsverhalten zu unterstützen. Die Projekte benötigen eine Wertschätzung und Stärkung ihrer Arbeit, Anerkennung ihrer Expertise und ökonomische Entlastung durch die Mitverantwortung des Gemeinwesens.

Auffällig schwach verglichen mit anderen Ländern sind die Ansätze im Gesundheitswesen selbst. Von der Verankerung des Themas an den medizinischen Fakultäten ist die Bundesrepublik allem Anschein nach weit entfernt.

Um den Schäden an der Gesundheit insbesondere von Frauen zu begegnen, muß früher, breiter und wirksamer eingesetzt werden. Angeregt durch ausländische Modelle sind viele Arbeitskreise und Projekte entstanden, die inter-institutionelle Zusammenarbeit erproben, um den Opfern besser zu helfen und dem Gewaltverhalten der Täter adäquat zu begegnen. Der Abbau von Gewalt im Geschlechterverhältnis wird so als Aufgabe des Gemeinwesens erkannt und die Lösung praktischer Probleme ins Zentrum gestellt.

In den Kooperations- und Interventionsprojekten ist das Gesundheitswesen bislang nur vereinzelt vertreten. Dabei hat die gesundheitliche Versorgung, wie Erfahrungen im Ausland belegen, besondere Chancen eines frühzeitigen und präventiven Erstkontaktes, ihr kommt ebenso die Aufgabe zu, bei der Bewältigung erlittener Gewalt zu helfen. Grundlegend dafür, daß das Gesundheitswesen seine Verantwortung gegenüber den Opfern wahrnehmen kann, sind Wissen um die Gefährlichkeit und die Verbreitung dieser Gewalt, die fachliche Qualifikation zur Differentialdiagnose und die Befähigung, adäquat auf die betroffenen Mädchen und Frauen einzugehen. Je nachdem, ob es sich um aktuelle oder vergangene Gewalterfahrungen handelt und von welcher Art diese waren oder sind, stellt dies andere Anforderungen an ärztliche, pflegerische, psychologische und geburtshilfliche Fachkräfte. Qualitativ hochwertiges Informationsmaterial - z. B. über Mißhandlungsverletzungen - und kurze, handlungsorientierte Fortbildungen könnten bedeutende Verbesserungen ermöglichen. Gewalt im Geschlechterverhältnis wirksam zu begegnen ist eine originäre Aufgabe von Public Health.

### **1.3.6 Reproduktive Biographien - Reproduktive Gesundheit**

Mit dem Berichtsteil „Reproduktive Biographien und reproduktive Gesundheit“ wird eine der Forderungen der WHO an eine Frauengesundheitsberichterstattung umgesetzt. Unter „reproduktiver Biographie“ wird der biographische Ablauf aufeinanderfolgender Ereignisse mit reproduktiver Bedeutung wie Menarche, Kontrazeption, Schwangerschaft und Geburt etc. gefaßt. Diese biographischen Ereignisse werden in den Kontext weiblicher Lebenswelten und Lebensweisen eingeordnet. Hinter dem Begriff „reproduktive Gesundheit“ steht ein Konzept, daß es erlaubt, natürliche Phasen und Prozesse als solche zu beschreiben und sie insbesondere mit dem Blickpunkt auf die Erhaltung von Gesundheit sowie die dafür erforderlichen Bedingungen darzustellen. Das Kapitel zeigt Trends und Muster hinsichtlich der reproduktiven Biographien auf, mit Unterschieden sowohl zwischen den neuen und den alten Bundesländern als auch zwischen unterschiedlichen sozialen Gruppen.

Die Darstellung konzentriert sich auf ausgewählte Bereiche der reproduktiven Gesundheit, während andere Aspekte wie gynäkologische Morbidität, sexuell übertragbare Krankheiten, Brustkrebs sowie Müttersterblichkeit in Kapitel 3 unter epidemiologischer Perspektive beschrieben werden. Die Daten für dieses Kapitel wurden aus sehr heterogenen Quellen zusammengestellt und bieten einen breitangelegten Überblick zu den ausgewählten Themenbereichen. Dazu zählen Hintergrundinformationen, die sowohl rechtliche Regelungen als auch historisch bedeutsame Entwicklungen umfassen .

Das Kapitel gliedert sich in die Abschnitte:

- Erste Regelblutung und erster Geschlechtsverkehr (Kapitel 6.1),
- Familienplanung und Kontrazeption (Kapitel 6.2),
- Schwangerschaftsabbruch (Kapitel 6.3),
- Fruchtbarkeitsstörungen (Kapitel 6.4),
- Schwangerschaft und Geburt (Kapitel 6.5).

#### **Erste Regelblutung und erster Geschlechtsverkehr**

Das Kapitel *erste Regelblutung und erster Geschlechtsverkehr* zeigt, daß Mädchen heute im Durchschnitt mit 12,9 Jahren ihre erste Regelblutung bekommen. Im Schnitt etwa drei Jahre später haben sie das erste Mal mit einem Jungen Geschlechtsverkehr. Bildungsunterschiede haben ihren Einfluß auf das Menarche- sowie Kohabitarchalter weitgehend verloren. Bezogen auf das Alter beim ersten Verkehr unterscheiden sich auch Jungen und Mädchen heute nicht mehr voneinander. Untersuchungen ergaben, daß Mädchen heute zwar auf die erste Regel vorbereitet sind, aber nur ein Drittel der Mädchen die Menarche als normal und natürlich erlebt.

## Familienplanung

*Familienplanung* bedeutet in einem weit gefaßten Sinn die Gestaltung des Lebens in Beziehungsmustern mit und ohne Kinder. Für das reproduktive Recht, die Zahl der Kinder frei und informiert selbst zu bestimmen, ist der Zugang zu sicheren und nicht- gesundheitsschädigenden Methoden der Empfängnisverhütung von besonderer Bedeutung. Ebenso wichtig ist die Frage, wie Vorstellungen von Partnerschaft und Lebensformen in dem vorhandenen gesellschaftlichen Rahmen verwirklicht werden können. Während sich der Kinderwunsch lange Zeit wenig veränderte, ging die realisierte Kinderzahl immer mehr zurück. Kinderlosigkeit nimmt zu, was zu einem großen Teil auf ein Aufschieben - und dann Aufheben - eines Kinderwunsches zurückgeführt wird. Die Kinder, die geboren wurden, waren nur zu etwa 60 % auch auf diesen Zeitpunkt hin geplant.

Junge Frauen schützten sich heute in neun von zehn Fällen beim ersten Geschlechtsverkehr vor einer ungewollten Schwangerschaft. Beim zweiten Mal ist die Verhütung sogar noch verbreiteter. Beim ersten Mal wird das Kondom am häufigsten verwendet. Im weiteren Verlauf sexueller Beziehungen wird es rasch durch die Pille als bevorzugtes Mittel abgelöst. Aktuell verwenden von den Frauen, die verhüten, etwa die Hälfte bis zwei Drittel die Pille. Fast alle Frauen haben jemals in ihrem Leben Erfahrungen mit der Pille gemacht. Die Spirale nutzt etwa ein Zehntel, „weiche“ Verhütungsmittel wie z. B. Diaphragma oder Temperatur- und Schleimbeobachtungsmethode werden häufiger in den alten Bundesländern und vor allem von Frauen aus höheren Bildungsgruppen angewandt. Mit dem Alter der Frauen nimmt die Beliebtheit der Pille ab und die Spirale oder eine Sterilisation gewinnen für die Verhütung an Bedeutung. Frauen müssen zwischen der Sicherheit und der gesundheitlichen Verträglichkeit von Verhütungsmitteln abwägen. Die Untersuchungen zu Nebenwirkungen zeigen, daß gerade die sicheren Mittel gesundheitlich nicht in jedem Fall unbedenklich sind.

## Schwangerschaftsabbruch

Für die reproduktive Gesundheit von Frauen wird neben der Verfügbarkeit von verträglichen Verhütungsmethoden der Zugang zu nicht gesundheitsschädlichen *Schwangerschaftsabbrüchen* gefordert, da auch Kontrazeptiva nur einen Teil der ungeplanten und ungewollten Schwangerschaften verhindern können. Im Bundesgebiet ist ein Schwangerschaftsabbruch nach § 218 StGB rechtswidrig, aber unter bestimmten Voraussetzungen straffrei. 1999 wurden in Deutschland 130.471 Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt. Nach der amtlichen Statistik und den Ergebnissen von Studien gibt es zwei große Gruppen von abbrechenden Frauen: junge, unverheiratete, kinderlose Frauen und (ältere) verheiratete Frauen, die bereits (mehrere) Kinder haben. Die subjektiven Gründe für Schwangerschaftsabbrüche sind vielschichtig und reichen von der Verarbeitung von Trennungserlebnissen bis zu ungesicherter finanzieller Situation.

Rechtssprechung und Versorgung sind nicht systematisch an dem Ziel ausgerichtet, die gesundheitlichen Belastungen von Frauen möglichst gering zu halten (z. B. in dem darauf hingewirkt wird, daß Schwangerschaftsabbrüche möglichst früh durchgeführt wer-

den). Der hohe medizinische Standard ermöglicht dennoch im Vergleich mit anderen Ländern sichere Abbrüche mit einer niedrigen Komplikationsrate.

### **Fruchtbarkeitsstörungen**

Fruchtbarkeit im Sinne der Fähigkeit, sich fortzupflanzen, ist ein wesentliches Element menschlichen Lebens, sowohl individuell als auch in sozialer wie ökonomischer Hinsicht. Studien aus industrialisierten Ländern, die *Fruchtbarkeitsstörungen* untersuchen, gehen davon aus, daß etwa 15 % aller Paare die Erfahrung von einer Phase verminderter Unfruchtbarkeit machen. Je nach Länge dieser Phase, Kinderwunsch, Alter der Frau und Nähe zu entsprechenden Angeboten wird medizinische Hilfe gesucht. In den vergangenen Jahren wurden immer neue Techniken bereitgestellt. Die enorme Technikentwicklung im Umfeld der In-vitro-Fertilisation (IVF) ist noch keineswegs an einem Endpunkt angelangt. Bei der mittlerweile am häufigsten angewandten Technik, der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI), werden in beträchtlichem Umfang gesunde Frauen zu Patientinnen, um im Fall männlicher Unfruchtbarkeit die Chancen für ein genetisch eigenes Kind zu eröffnen. Bisher werden die Ergebnisse der Behandlung nur unzureichend erfaßt. Forschungsbedarf besteht hier vor allem hinsichtlich der Langzeitfolgen dieser Behandlung sowohl bei den Frauen als auch bei den Kindern sowie hinsichtlich der Bewältigungsprozesse ohne medizinische Behandlung bzw. während und nach einer Behandlung.

### **Schwangerschaft und Geburt**

Für den Verlauf und Ausgang einer *Schwangerschaft* sind eine Reihe Faktoren wie rechtliche Regelungen, soziale Unterstützungsleistungen oder gesundheitliche Versorgung relevant. In Deutschland ist die Mütter- und Säuglingssterblichkeit sehr gering. Untersuchungen zeigen die große Bedeutung sozialer Faktoren für Verlauf und Ausgang von Schwangerschaften auf. Hier müssen zunehmend auch Versorgungsangebote zielgruppenspezifisch ansetzen. Dies trifft ebenso auf die Bereitschaft zum Stillen zu: Besonders für junge Frauen sowie Frauen mit geringer schulischer Bildung und beruflicher Qualifikation müssen entsprechende Aufklärungs- und Beratungsangebote bereit gestellt werden.

Typisch für die Bundesrepublik ist die hohe Zahl der als Risiko eingeordneten Schwangerschaften, wobei internationale Vergleiche zeigen, daß die hier verankerte Form der Schwangerschaftskontrolle nicht zu einer herausragenden Reduzierung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit führte. Die Ergebnisse und Entwicklungen zeigen im Vergleich mit anderen industrialisierten Staaten, daß ein geringeres Maß an apparativ-technischer Versorgung und ein nichtpathologischer Umgang nicht gleichzeitig von einem Anstieg der Mütter- und Säuglingssterblichkeit begleitet sein muß. Die Auswertung von Daten zur stationären Morbidität zeigt, daß es häufig in Verbindung mit einer Schwangerschaft zu einer Klinikeinweisung kommt. Die Krankheitsartengruppe X. (Komplikationen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes) nimmt den höchsten Anteil an der stationären Morbidität ein, wobei nach den Schwangerschaftskomplikatio-



nen an zweiter Stelle die Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane folgen. Besonders häufig werden Komplikationen in Verbindung mit einer Schwangerschaft im Krankenhaus behandelt.

In den vergangenen Jahren haben vor allem hinsichtlich der Entbindungsmöglichkeit Veränderungen stattgefunden, wobei in Großstädten wie Berlin und Hamburg der Anteil von Frauen allmählich steigt, der außerhalb von Kliniken entbindet. Nach wie vor jedoch kommen die meisten Kinder in Kliniken zur Welt.

Untersuchungen zeigen, daß besonders junge Frauen und Frauen mit niedrigem Bildungsstand weniger und kürzer stillen.

### **1.3.7 Arbeit und Gesundheit**

Die Verbindung von Beruf und Familie ist heute für Frauen die vorherrschende Lebensform - auch wenn hiermit immer noch erhöhte Anforderungen in der Organisation des Alltags und in der gesellschaftlichen Anerkennung verbunden sind. In den alten Bundesländern sind 56 %, in den neuen sogar 74 % der verheirateten Mütter mit Kindern unter 18 Jahren erwerbstätig; bei den Alleinerziehenden sind es 65 % bzw. 63 %. Für Mütter mit Kindern ist Teilzeitarbeit ein Weg, Beruf und Familie miteinander zu verbinden. Mehr als zwei Drittel der erwerbstätigen Frauen mit Kindern in den alten Ländern waren teilzeit-erwerbstätig, in den neuen Ländern war das allerdings nur ein Drittel.

Für Frauen stellen Beruf und Familie nicht nur zwei Lebens-, sondern vor allem zwei Arbeitsbereiche dar, die sehr unterschiedlich organisiert und strukturiert sind und jeweils verschiedene, z. T. widersprüchliche Anforderungen an die Frauen stellen. Gleichzeitig sind beide Bereiche voneinander abhängig und ergänzen sich wechselseitig.

Die Art und die Rahmenbedingungen der Erwerbsarbeit bestimmen maßgeblich Struktur, Aufgabenzuschnitte und Bedingungen der Haus- und Familienarbeit, die wiederum mit unterschiedlichen Spielräumen versehen sind. Durch festgelegte Arbeitszeiten oder extreme Arbeitsformen wie Schichtarbeit kann der zeitliche Rahmen für die Haus- und Familienarbeit sehr eng gesteckt sein. Ein geringes Einkommen und restriktive Arbeitsbedingungen schränken auch die Spielräume der Haus- und Familienarbeit ein.

Nur das Ineinandergreifen der verschiedenen Einzelmaßnahmen kann langfristig dazu führen, daß sich die in der Koordination von Beruf und Familie liegenden gesundheitsförderlichen Potentiale und Ressourcen auch entfalten können. Maßnahmen der Bundesregierung können in vielfältiger Weise die rechtlichen Grundlagen schaffen, um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für beide Geschlechter zu erleichtern.

Unter dem Stichwort 'Doppelbelastung' wurde in der Forschung lange Zeit der Blick auf die belastenden Anteile der zu erbringenden Koordinierungsleistungen von erwerbstätigen Frauen mit Familie gerichtet. Gleichzeitig kann aber angenommen werden, daß in der Haus- und Familienarbeit und in der Kombination und Koordination der verschiedenen Lebensbereiche gesundheitliche Ressourcen liegen, die sich unter bestimmten Bedingungen positiv auf die Gesundheit von Frauen und ihre persönliche Weiterentwicklung auswirken können. Durch das Überwechseln von einem Lebensbereich in den anderen können sich mehr Variationsvielfalt, mehr Spielräume, Ausweich- und Kompensationsmöglichkeiten, sowie Möglichkeiten der Identitätsbildung und Sinngebung ergeben.

Das Kapitel zu Beruf und Familie befaßt sich - ausgehend von diesem Belastungs-Ressourcen-Konzept - mit den gesundheitlichen Auswirkungen dieser Lebensbereiche von Frauen auf ihre Gesundheit, ihr Wohlbefinden und ihr Gesundheitshandeln. Dabei werden folgende Themen bearbeitet:

- Aufarbeitung des Stands der Forschung zu Belastungen und Ressourcen der Erwerbs- und Familienarbeit von Frauen (Kapitel 7.1);
- Ergebnisse zu ausgewählten Gesundheitsindikatoren der Erwerbsarbeit von Frauen: Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten, krankheitsbedingte Frühverrentung (Kapitel 7.2);
- Belastungen und Ressourcen von Frauen in den fünf wichtigsten frauentypischen Berufsgruppen: Büroarbeit, Reinigungsberufe, Warenkaufleute, Sozialpflegerische Berufe, Gesundheitsdienstberufe (Kapitel 7.3);
- Frauenarbeitslosigkeit und Gesundheit (Kapitel 7.4).
- Haus- und Familienarbeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit (7.5).

Die Ergebnisse zeigen Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den beruflichen Belastungen bei Männern und Frauen. Hohes Arbeitstempo und Zeitdruck werden von Frauen und Männern in Ost- und Westdeutschland als Hauptbelastungsquelle angegeben. Frauen geben unangenehme körperliche Beanspruchungen als wichtigen Belastungsfaktor an.

Hinsichtlich der *Arbeitsunfähigkeit* aufgrund von Krankheit zeigen sich Unterschiede in den alten und neuen Bundesländern. In den alten Bundesländern sind Frauen seltener arbeitsunfähig gemeldet als Männer, in den neuen Bundesländern liegt ihre Arbeitsunfähigkeit etwas über der der Männer. Als mögliche Gründe für die geringere Arbeitsunfähigkeit der Frauen in den alten Bundesländern wurde u. a. auf den hohen Anteil an Teilzeitarbeit bei Frauen hingewiesen. Des weiteren ist ein sogenannter „healthy-worker-Effekt“ nicht auszuschließen. Das bedeutet, daß Frauen, wenn sie bereits gesundheitliche Einschränkungen erlitten haben, eher als Männer aus dem Erwerbsleben ausscheiden und sich in den familiären Rahmen zurückziehen.

Frauen weisen deutlich weniger *Arbeitsunfälle* auf als Männer, was vor allem mit der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung in Verbindung gebracht werden kann, da Männer häufiger risikoreiche Arbeitstätigkeiten ausüben als Frauen.

*Berufskrankheiten* kommen sehr viel häufiger bei Männern vor als bei Frauen. Dies bezieht sich sowohl auf die Verdachtsanzeigen als auch auf anerkannte Berufskrankheiten. Auch wenn man die Berufskrankheiten auf die Erwerbstätigenzahlen bezieht, ist für Männer bei den Verdachtsanzeigen der relative Anteil dreimal so groß wie für Frauen und bei den Anerkennungen liegt der Anteil erheblich über dem der Frauen.

Bei den krankheitsbedingten *Frühverrentungen* weisen Frauen zwar eine geringere absolute Zahl auf als Männer, bezogen auf die Erwerbstätigenzahlen zeigt sich jedoch, daß Frauen häufiger krankheitsbedingt frühverrentet werden als Männer. Über die Gründe

für diese Geschlechterunterschiede können lediglich Vermutungen angestellt werden, da eine Ursachenforschung zu diesen Fragen derzeit nicht existiert.

Der Vergleich der fünf *Berufsgruppen* ergab, daß sich der höchste Anteil an Berufskrankheiten bei den Frauen in Gesundheitsdienstberufen findet, der niedrigste bei den Büroarbeitskräften. Haut- und Infektionskrankheiten sind die wichtigsten Diagnosen bei den anerkannten Berufskrankheiten der Frauen. Die höchste Rate bei den Arbeitsunfällen haben Frauen in Reinigungsberufen und Warenkaufleute, während sie bei den Büroarbeitskräften erwartbar am niedrigsten liegt. Frühverrentungen fallen vor allem auf die Reinigungsberufe und Warenkaufleute.

Es konnte auch gezeigt werden, daß die Gesundheit von Frauen durch *Arbeitslosigkeit* nachhaltig beeinträchtigt werden kann. Arbeitslose weisen gegenüber Erwerbstätigen einen schlechteren psychischen Gesundheitszustand auf. Dies trifft in gleicher Weise für Männer und für Frauen zu. Arbeitslose Frauen schätzen ihre Gesundheit im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen schlechter ein, geben einen höheren Beschwerdestatus an und sind unzufriedener mit ihrem Leben. In dem Maße, in dem Erwerbstätigkeit fester Bestandteil der weiblichen Normalbiographie wird, steigen auch die wahrgenommenen Nachteile, die sich aus dem Verlust des Arbeitsplatzes ergeben; dies geht aus den Studien zur Arbeitslosigkeit von Frauen in den neuen Bundesländern deutlich hervor.

Die Analyse von gesundheitlichen Belastungen sowie Ressourcen der *Haus- und Familienarbeit* avancierte erst in jüngster Zeit zum Gegenstand arbeitswissenschaftlicher Forschungen. Haus- und Familienarbeit unterliegt einer klaren geschlechtsspezifischen Aufteilung; reproduktive Arbeit ist noch immer überwiegend Frauenarbeit. Die vorliegenden Untersuchungen ermittelten der Haus- und Familienarbeit immanente gesundheitsfördernde sowie -belastende Effekte, die jedoch ähnlich der Berufsarbeit, in einen komplexen Zusammenhang mit weiteren Faktoren eingebettet sind. Einerseits schafft die strukturelle Eigenart der Haus- und Familienarbeit Bedingungen, die potentiell eher gesundheitsabträgliche Folgen haben wie soziale Isolation, geringe zeitliche Spielräume, hoher Anteil an Routinetätigkeiten, ständige Verfügbarkeit, materielle Abhängigkeit etc.. Andererseits sind der Haus- und Familienarbeit auch positive, gesundheitszuträgliche Potentiale, wie das Erleben von Autonomie, selbstbestimmter Freiräume in der Arbeitsgestaltung und der Erfahrbarkeit ganzheitlicher Arbeitsvollzüge immanent.

Insgesamt zeigt sich ein erhebliches theoretisches und methodisches Forschungsdefizit hinsichtlich der Besonderheiten des Belastungs- und Krankheitsgeschehens bei Frauen. Verbunden mit einer geschlechterinsensiblen epidemiologischen Datendokumentation lassen sich derzeit nur mit Einschränkungen wissenschaftlich fundierte Aussagen hinsichtlich Gemeinsamkeiten und Unterschieden im arbeitsbedingten Krankheitsgeschehen von Frauen und Männern treffen.

### ***1.3.8 Gesundheit im mittleren Lebensalter***

In Kapitel 8 wird die gesundheitliche Situation von Frauen im mittleren Lebensalter fokussiert auf Ostdeutschland beschrieben. Diese Zielgruppe wurde exemplarisch für das mittlere Lebensalter ausgewählt, weil sie durch die Systemtransformation besonders tiefgreifenden Veränderungen in wichtigen Lebensbereichen ausgesetzt war.

Dem empirischen Teil des Kapitels ist ein theoretischer Abschnitt vorangestellt, der den aktuellen Stand der unterschiedlichen Betrachtungsweisen dieser Lebensphase aus der Sicht der Frauengesundheitsforschung und der psychosozialen sowie medizinischen Perspektive aufzeigt. Als eine wichtige Erkenntnis ist daraus abzuleiten, daß es gegenwärtig noch keine befriedigende Definition gibt, die die zahlreichen Facetten der Gesundheit in dieser Lebensphase komplex erfaßt. So wird die Gesundheit der Frau im mittleren Lebensalter immer noch am häufigsten aus der medizinischen Perspektive über das Klimakterium als eine Zeit der Rückbildung, der Defekte, der Ausfallerscheinungen, des Hormonmangels definiert und für behandlungsbedürftig erklärt.

Die gesundheitliche Situation der Frauen im mittleren Lebensalter ist aber nicht allein auf das Klimakterium zu reduzieren. Vielmehr können Frauen in diesem Lebensabschnitt neben den hormonellen Veränderungen eine Reihe von psychosozialen Umbrüchen in zentralen Lebensbereichen wie der Familie, der Partnerschaft, der Sexualität oder der Berufstätigkeit erleben, die zusammen mit den Wechseljahren und anderen gesundheitlichen Erscheinungen des allgemeinen Alterns zeitgleich auftreten und eigenständig oder in ihrer Überlagerung gesundheitsgefährdend und krankheitsauslösend wirken.

Von der Frauengesundheitsforschung wird daher eine Sichtweise des mittleren Lebensalters unter Berücksichtigung der individuellen psychischen und sozialen Lebenssituation der Frau eingefordert. Im Gegensatz zur Medikalisierung und Pathologisierung der Wechseljahre durch die Medizin wird von ihr die hormonelle Umstellung als eine natürliche Phase im Leben der Frau bewertet, die bestimmte biopsychosoziale Anpassungsleistungen verlangt, die aber von der Mehrheit der Frauen gesundheitlich gut kompensiert werden, wenn genügend individuelle und soziale Ressourcen zur Verfügung stehen. Immer häufiger wird daher auch auf Gewinne und Potentiale dieser Lebensphase hingewiesen, die z. B. in der Befreiung von Verhütungsaufgaben und von Betreuungs- und Fürsorgepflichten für die Kinder bestehen können. Es wird der Gewinn von größeren Freiräumen zur Selbstgestaltung hervorgehoben. Danach ist das mittlere Lebensalter von den Frauen auch als Chance zu begreifen, für sich neue Ziele und Lebensinhalte zu definieren.

Aus medizinischer Sicht werden auftretende Beschwerden in diesem Lebensabschnitt bevorzugt mit Hormonpräparaten behandelt. Daneben gewinnt immer mehr die postmenopausale Hormongabe zur Prophylaxe von chronischen Alterserkrankungen (wie z. B.

Osteoporose, Herz-Kreislauf-Krankheiten und Morbus-Alzheimer) an Bedeutung und auch an Akzeptanz bei den Frauen.

Der empirische Teil des Kapitels 8 ist in zwei Abschnitte gegliedert, von dem der erste den Zeitraum der 80er Jahre in der DDR behandelt und der zweite Abschnitt die Zeit nach der Vereinigung in den neuen Bundesländern der 90er Jahre zum Inhalt hat. Da Frauen ihre mittlere Lebensphase immer auch unter ganz konkreten gesellschaftlichen und historischen Rahmenbedingungen erleben, die für die Gesundheit bedeutsam sind, werden zuerst in beiden Abschnitten diese Bedingungen beschrieben, beginnend mit der soziodemographischen und sozioökonomischen Situation, weiterführend mit den gesetzlichen und strukturellen Voraussetzungen zur Vereinbarung von Berufstätigkeit und Familie bis hin zur Darstellung einiger Formen der gesundheitlichen Versorgung. Daran schließt die Beschreibung der gesundheitlichen Lage unter Einbeziehung des Klimakteriums an. Im zweiten Abschnitt (90er Jahre) wird zusätzlich bei Teilmorbiditäten ein Vergleich zwischen gleichaltrigen Frauen aus den neuen und den alten Bundesländern vorgenommen.

Mit dieser Darstellungsweise soll veranschaulicht werden, unter welchen sozialen und medizinisch versorgungswirksamen Verhältnissen die Frauen im mittleren Alter in der DDR gelebt haben und mit welchen Veränderungen sie nach der Vereinigung in Ostdeutschland konfrontiert worden sind. Sie soll zugleich dem Verständnis für die anders verlaufene Sozialisation ostdeutscher Frauen in dieser Generation dienen. Die gesundheitliche Lage der Frauen im mittleren Lebensalter wird anhand der Lebenserwartung, der Mortalität, der stationären, ambulanten und arbeitsbezogenen Teilmorbiditäten beschrieben.

Die Datenbasis für das mittlere Lebensalter ist weder auf der Ebene der Versorgungsdaten noch von der empirischen Seite her zufriedenstellend. Diese Aussage gilt für die DDR noch im verstärkten Maße. Lediglich die stationäre Morbidität wurde über die Krankenblattdokumentation in der DDR gut erfaßt. Die Mehrheit der amtlich vorliegenden Routinedaten und Daten aus bevölkerungsbezogenen Studien ist nicht explizit auf das mittlere Lebensalter zugeschnitten, sondern mußten dafür erst aufbereitet werden. Ebenso ist eine Vergleichbarkeit der vor und nach der Wende verfügbaren Daten nicht unbedingt gegeben.

Wie die soziodemographischen und sozioökonomischen Ergebnisanalysen ausweisen, war das Leben der Frau im mittleren Lebensalter in der DDR durch die Kombination von kontinuierlicher Berufstätigkeit und Mutterschaft geprägt. Die Rahmenbedingungen für die Vereinbarung von Beruf und Familie waren hinsichtlich der Kinderbetreuung gut, bzgl. der Arbeitszeit aber wenig flexibel. Teilzeitarbeit und Verlegung der Arbeitszeit blieben eingeschränkt. Diese Generation von Frauen hatte bereits mehrheitlich eine abgeschlossene berufliche Ausbildung, oftmals berufsbegleitend, erworben und die Erwerbsbeteiligung als Wert verinnerlicht. Obwohl zahlreiche Randbedingungen die Vereinbarung von Beruf und Familie in der DDR erleichterten, wurde den Frauen auch hier

die Verantwortung für die Familienarbeit zugewiesen, so daß Mehrfachbelastungen nicht ausblieben. Nach dem Systemzusammenbruch traf die Frauen dieser Altersgruppe die Umstrukturierung auf dem Arbeitsmarkt besonders hart. Sie wurden bei unverändert hoher Motivation zur Berufstätigkeit in großem Maße arbeitslos oder unfreiwillig in den Vorruhestand gedrängt. Damit waren für sie nicht nur finanzielle Einbußen verbunden, sondern es traten auch Werteverluste, Aufgabe der ökonomischen Selbständigkeit und der Verlust von sozialer Integration ein.

Aber auch Frauen, die dem Arbeitsmarkt durchgehend oder mit Unterbrechung zur Verfügung standen, haben Veränderungen erfahren. So ist ihre Erwerbsarbeit von einer hohen Mobilität gekennzeichnet, die in vielen Fällen mit einer Dequalifikation verbunden ist. Im Zeitverlauf (1990 bis 1998) haben sich die Erwerbslosenquoten der Frauen im mittleren Lebensalter verdoppelt. Hier wirken sich die Sonderregelungen des vorgezogenen Ruhestandes und des Altersübergangsgeldes aus, die bis zum Jahre 1993 noch den 55- bis 60jährigen Frauen die Arbeitslosigkeit ersparten und ihnen eine gewisse finanzielle Absicherung garantierten. Für die nachrückende Frauengeneration verschärft sich dagegen die Situation.

Den Einschränkungen in den materiellen und psychosozialen Ressourcen stehen aber auch mit der Vereinigung eingetretene Gewinne in wichtigen Lebensbereichen gegenüber. Dazu zählen die Verbesserung des Wohnkomforts, der Dienstleistungen, die erweiterten Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten sowie Verbesserungen in der medizinischen Versorgung. Die Bilanz von Belastungen und Potentialen zeigt für verschiedene Gruppen und für einzelne Frauen dieses Alters durchaus unterschiedliche Wirkungen auf die Lebenslage und kann somit auch zu differenzierten Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Frauen führen.

Die Analyse der amtlichen Gesundheitsdaten im Zeitverlauf läßt auch bei den Frauen im Osten eine Verbesserung erkennen. Die fernere Lebenserwartung konnte im Zeitraum von 1990 bis 1997 erhöht und die Sterblichkeit gesenkt werden: ein Trend, der sich auch schon im Verlauf der 80er Jahre in der DDR abzeichnete. Damit haben sich wichtige Gesundheitsparameter von ostdeutschen Frauen an die der westdeutschen Frauen ange nähert.

Die durch die Veränderung der Arbeits- und Lebensbedingungen entstandenen neuen Belastungen werden an den negativeren Bewertungen der subjektiven Gesundheit und der größeren Unzufriedenheit in wichtigen Lebensbereichen wie dem Beruf und der finanzielle Situation erkennbar. Die empirischen Untersuchungsergebnisse weisen eine deutliche Zunahme der negativen Einschätzung des Gesundheitszustandes bei berufstätigen Frauen mit Sorge um den Arbeitsplatz und bei langzeitarbeitslosen Frauen aus. Frauen im Vorruhestand hingegen geben im Vergleich mit arbeitslosen Frauen bessere, gegenüber berufstätigen Frauen aber schlechtere Gesundheitsurteile ab.

Hier bieten sich Ansatzpunkte für die medizinische Versorgung und Prävention an. Eine

besondere Bedeutung kommt dabei der ärztlichen Betreuung in der Sprechstunde zu. Die Ärztin bzw. der Arzt sollte offen für die Symptome und Auswirkungen des sozialen Umfeldes sein und insbesondere bei Frauen im Stadium bevorstehender oder drohender Entlassung und bei arbeitslosen Frauen der sozialen Anamnese und dem Gespräch große Aufmerksamkeit beimessen. Dabei sind die Selbsthilfepotentiale der Frauen zu stärken und es sollten ihnen Kontakte zu Beratungsstellen, Arbeitslosenhilfetreffs sowie zu Gruppen der Gesundheitsförderung und Prävention empfohlen und erleichtert werden. Außerhalb des medizinischen Versorgungssystem sind dafür in den neuen Bundesländern verstärkt Beratungs- und Informationseinrichtungen (z.B. Frauengesundheitszentren) zu schaffen. Potentiale, die bei diesen Frauen gegeben sind, sollten auch für soziale und ehrenamtliche Aufgaben nutzbar gemacht werden. Initiativen zur Gründung von Selbsthilfegruppen sind zu fördern.

Über die Ostspezifik hinausgehend belegen die Berichtsergebnisse, daß für Frauen allgemein das mittlere Lebensalter ein Schnittpunkt ist, an dem sich wichtige Gesundheitsparameter verändern. So nimmt in diesem Zeitraum die Zufriedenheit mit der allgemeinen Gesundheit ab, und die Selbsturteile über den Gesundheitszustand verändern sich von den guten zu den schlechteren Einschätzungen. Allgemeine Beschwerden, die auf psychosomatische Störungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen durch das Klimakterium hindeuten und chronische Erkrankungen nehmen zu. Dies führt zu einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Dienste und zu einem häufigeren Arzneimittelkonsum.

Für Frauen in dieser Lebenssituation sind Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu entwickeln, die sich nicht ausschließlich am medizinischen Krankheits- und Risikomodelle des Klimakteriums orientieren, sondern sich auf die psychosozialen Gesundheitsbedürfnisse dieser Zielgruppe ausrichten und auch die Wertvorstellungen und Sichtweisen der betroffenen Frauen über diese Umstellungsphase einbeziehen. Ein gestärktes Selbstvertrauen und Selbstbewußtsein, vermehrte körperliche Aktivitäten, das Vorhandensein von sozialen Netzen, eine harmonische Partnerschaft und eine befriedigende Berufstätigkeit sowie soziale Sicherheit in Gegenwart und Zukunft haben sich als gute Prädiktoren für eine erfolgreiche gesundheitliche Bewältigung von Krisen im Klimakterium erwiesen.



### ***1.3.9 Frauen in besonderen Lebenslagen***

Kapitel 9 ist in zwei thematische Bereiche gegliedert. Zum einen wird auf die Situation von Frauen in besonderen sozialen Lebenslagen (Kapitel 9.1), zum anderen auf die von Frauen in besonderen gesundheitlichen Lebenslagen eingegangen (Kapitel 9.2). Die Lebenslagen und nicht Krankheiten stehen im Mittelpunkt des Kapitels.

Insgesamt lassen sich in der Vorgeschichte, im Leben und Alltag typische Ressourcen, Belastungen und Bewältigungsmuster der Frauen zeigen. Darauf bezogen, die Besonderheiten der Lebenssituation berücksichtigend, lassen sich die Bedarfe an angemessener Hilfe und Unterstützung bestimmen. Ein Teil der betrachteten gesundheitlichen Einschränkungen resultiert aus benachteiligten Lebenslagen oder entsteht im Zusammenhang mit der Verarbeitung negativer Erfahrungen. Umgekehrt führen diese Einschränkungen zu Benachteiligungen und verengen die Veränderbarkeit von persönlichen Verhältnissen durch soziale Ausgrenzungen und negative Reaktionen im Umfeld. Hier lassen sich Anknüpfungspunkte für ressourcenorientierte, am lebensphasenspezifischen Bedarf ausgerichtete und das Leben mit gesundheitlichen Einschränkungen als Leistung würdigende Angebote finden.

Exemplarisch für die ungenügende medizinische Versorgung benachteiligter Gruppen wird in Kapitel 9.1 die Situation von wohnungs-/obdachlosen Frauen und von Prostituierten dargestellt. Beide Gruppen sind zwar aufgrund ihrer sozialen Lebenslage besonderen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt, zur medizinischen Versorgung haben sie jedoch nur eingeschränkten Zugang. Für wohnungs- und obdachlose Frauen ist der Weg zu ärztlicher Behandlung mit hohem persönlichen Aufwand verbunden. Ihr schlechter somatischer Gesundheitszustand und die hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen stehen im Kontrast zu den geringen Raten der Inanspruchnahme und weisen auf spezifische Lücken im Versorgungssystem hin. Insbesondere fehlen im niedrigschwelligen Bereich der Wohnungslosenhilfe vernetzte Einrichtungen, die auf die Bedürfnisse von Frauen zugeschnitten sind.

Als Prostituierte tätige Frauen sind gesundheitlichen Belastungen in ihrer Vorgeschichte und im Ausüben ihrer professionellen Tätigkeit ausgesetzt, aber aufgrund der höchst-richterlich postulierten Sittenwidrigkeit ihrer Tätigkeit vom legalen Zugang zur gesetzlichen Kranken- und Sozialversicherung und zu privaten Krankenversicherern ausgeschlossen. Ein erheblicher Teil der Prostituierten hat daher keine Absicherung für den Krankheitsfall und nur die wenigstens verfügen über ausreichende finanzielle Mittel, um eine (längere) Krankheit auskurieren zu können.

In Kapitel 9.2 stehen Frauen, die mit bestimmten, Einschränkungen, Behinderungen, Diagnosen oder Krankheiten leben, im Vordergrund. Ausgewählt wurden:

- Frauen mit Behinderung (insbesondere auch aufgrund chronischer Erkrankungen);
- Frauen mit riskantem Alkoholkonsum und alkoholabhängige Frauen,

- Konsumentinnen und/oder Abhängige von illegalen Drogen,
- HIV-infizierte und an AIDS erkrankte Frauen,
- Frauen in stationärer Behandlung in der Psychiatrie.

Für diese Frauen werden die Bedeutung der Einschränkung im Lebenslauf und die Wechselwirkung zwischen gesundheitlicher Entwicklung und beruflicher und privater Situation mit Ressourcen und Belastungen dargestellt. Die Daten wurden aus einer Vielzahl von heterogenen Quellen zusammengetragen. Soweit die empirische Datenlage trägt, wird ein Eindruck davon vermittelt, wie die Bewältigung des Alltags unter der Bedingung von Einschränkungen und die Bewältigung der Einschränkung unter der Bedingung des Alltags zusammenhängt. Bei Frauen in stationärer psychiatrischer Behandlung steht in besonderer Weise ihre Situation in einer Institution im Vordergrund.

Es zeigen sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede bezogen auf die verschiedenen Formen von gesundheitlichen Einschränkungen. Bei substanzabhängigen Frauen (Alkohol, illegale Drogen) und bei Frauen in der stationären Psychiatrie finden sich in der Vorgeschichte so häufig Gewalterfahrungen - vor allem Mißhandlungen und Mißbrauchserfahrungen in der Kindheit -, daß die gesundheitlichen Probleme im Kontext der Verarbeitung traumatisierender Erlebnisse gesehen werden müssen. Aufgrund der gesundheitlichen Lage wiederum sind diese Frauen in höherem Maß erneuten Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter ausgesetzt. Für Frauen mit geistiger Behinderung und behinderte Frauen, die in Einrichtungen leben, sind Gewalterfahrungen nicht in dem Maß ursächlich für die gesundheitliche Lage, aber ihre Einschränkungen erhöhen das Risiko, Opfer sexualisierter Gewalt zu werden. HIV-infizierten und AIDS-kranken Frauen drohen vor allem Diskriminierung, Isolierung und Ausgrenzungen.

Treten Einschränkungen später im weiblichen Lebenslauf ein - dies trifft auf Untergruppen der Alkoholabhängigen, der HIV-Infizierten und der Frauen mit Behinderung zu - ist die Schul- und Berufsausbildung wenig davon beeinflusst. Opiatabhängige Frauen und in jungen Jahren behinderte Frauen sind dagegen auch in diesem Bereich benachteiligt. Im Erwerbsleben zeigt sich dann eine Kumulation der Benachteiligungen als Frau und als gesundheitlich Eingeschränkte. Bei Frauen mit Behinderung sind die diskontinuierlichen, nicht nur durch z. B. Erziehungsurlaub, sondern auch durch Phasen geringer Leistungsfähigkeit unterbrochenen Berufsbiographien, deutlich zu erkennen. Gemeinsam ist Frauen in stark belasteten gesundheitlichen Lebenslagen, daß sie häufiger erwerbslos und in der beruflichen Rehabilitation verglichen mit Männern unterrepräsentiert sind. Die doppelte Benachteiligung führt zu einer unzureichenden finanziellen Absicherung, und die Entwicklung und Verschlechterung der gesundheitlichen Lage kann mit drohender oder manifester Verarmung einhergehen.

Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderung (in Abhängigkeit vom Alter, in dem die Behinderung eintrat), Frauen mit Alkoholproblemen und Konsumentinnen illegaler

Drogen sind häufiger ledig und geschieden als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt. Belastungen im familiären Bereich verschlechtern die gesundheitliche Lage, gesundheitliche Probleme belasten die familiären Beziehungen. Der Anteil der Frauen mit Kindern ist in den beschriebenen Lebenslagen sehr unterschiedlich. Opiatabhängige Frauen haben seltener Kinder als Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen, die nicht in Einrichtungen leben. Geistig behinderten Frauen und Frauen, die in Einrichtungen leben, wird eine Mutterschaft verwehrt. Mutterschaft ist ebenfalls ein schwieriges Thema für HIV-infizierte und AIDS-krankte Frauen. Alkohol- und opiatabhängige Frauen sind, wenn sie Kinder haben, mit dem Sorgerechtsentzug konfrontiert.

Soziale Netze haben als Unterstützung für alle Frauen eine große Bedeutung. Die Möglichkeit, die sozialen Kontakte aufzubauen und zu nutzen, ist aber sehr unterschiedlich. Frauen mit Behinderung können weniger auf Hilfe der Verwandtschaft rechnen als andere auf Hilfe angewiesene Gruppen; bei alkoholkranken Frauen wird beschrieben, wie die sozialen Netze ausdünnen und HIV-infizierte Frauen sind von einer gesellschaftliche Ausgrenzung bedroht. Für alle Frauen in belasteten gesundheitlichen Lagen läßt sich eine Kumulation dahingehend beschreiben, daß diejenigen, die am meisten Hilfe benötigen, über die geringsten Ressourcen verfügen.

Frauen in besonderen gesundheitlichen Lebenslagen nutzen personen- und alltagsnahe Unterstützung stärker als Männer. Dies betrifft z. B. die Präferenz von Selbsthilfeangeboten im Bereich der Alkoholabhängigkeit. Allerdings sind die professionellen Angebote oft nicht oder kaum auf die Lebenslagen der Frauen eingestellt. Die Analyse der stationären Psychiatrie zeigt das besonders deutlich, es gilt aber ebenso für die berufliche Rehabilitation von Frauen mit Behinderung oder für allgemeine Suchtkliniken.

Deutliche Mängel sind im Bereich der Versorgung zu verzeichnen. Die Regelversorgung berücksichtigt weder die besonderen Belastungen, noch die besonderen Ressourcen von Frauen. Da zu wenig Wissen über frauenspezifische Belange existiert, bleiben Ansatzpunkte ungenutzt und Interventionen sind mitunter kontraproduktiv. Im Bereich der Alkoholabhängigkeit werden z. B. die Möglichkeiten, die der Kontakt der Frauen zur medizinischen Versorgung (die sie wegen anderer Gesundheitsprobleme aufsuchen) bietet, zu wenig für eine frühzeitige Diagnose und Hilfe genutzt; wenn statt dessen Medikamente verschrieben werden, wird eine Doppelabhängigkeit gefördert.

Insgesamt lassen sich in der Vorgeschichte, im Leben und Alltag typische Ressourcen, Belastungen und Bewältigungsmuster der Frauen zeigen, die eine Bestimmung der Bedarfe an angemessener Hilfe und Unterstützung, jeweils bezogen auf die spezifischen Besonderheiten der Lebenssituation, ermöglicht. Ein Teil der betrachteten gesundheitlichen Einschränkungen resultiert aus benachteiligten Lebenslagen oder entsteht im Zusammenhang mit der Verarbeitung negativer Erfahrungen. Umgekehrt führen diese Einschränkungen zu Benachteiligungen und verengen die Veränderbarkeit von persönlichen Verhältnissen durch soziale Ausgrenzungen und negative Reaktionen im Umfeld. Aus der Wechselwirkung zwischen (schwierigen) Lebenslagen, Krankheiten und Einschrän-

kungen mitsamt den sozialen Folgen wie Stigmatisierung, Ausgrenzung und Diskriminierung ergibt sich auch, daß der Bedarf an Unterstützung nicht auf die Frage einer medizinischen Behandlung reduziert werden kann.

Unter dieser Perspektive sind Frauen nicht nur Objekte medizinischer Definition und Therapie. Im Kontext der gesamten weiblichen Lebenslage können Versorgungskonzepte entwickelt werden, die Lebensweisen und Bewältigungskompetenzen einbeziehen und die in den Prozeß der wechselseitigen Beeinträchtigung der sozialen und der gesundheitlichen Aspekte eingreifen. Hier lassen sich Anknüpfungspunkte für ressourcenorientierte und am lebensphasenspezifischen Bedarf ausgerichtete frauenspezifische Angebote finden. Gesundheit statt Krankheit kann so Bezugspunkt von Versorgung werden: Das Leben mit einer gesundheitlichen Einschränkung ist nicht nur Problem und Kostenfaktor, sondern auch eine Leistung, und es besteht immer die Möglichkeit, Gesundheitspotentiale zu entwickeln.

### ***1.3.10 Frauenzentrierte Ansätze in der Gesundheitsförderung und der gesundheitlichen Versorgung***

Für diesen Berichtsteil wurde eine eigene empirische Erhebung durchgeführt, die den Fragen nachging: In welchen Gesundheitsfeldern gibt es Praxisansätze mit dem Anspruch, dem Bedarf von Frauen an gesundheitlicher Beratung und Versorgung besser als bisher gerecht zu werden, und auf welche Bedürfnislagen reagieren sie? Mit welchen Konzepten und Erfahrungen wird gearbeitet? Welche Bedürfnisse artikulieren Frauen an Versorgung und nach welchen Kriterien bewerten Nutzerinnen frauenzentrierte Ansätze?

Da das Feld in der Untersuchung erst erschlossen werden mußte, wurde die Erhebung mehrstufig angelegt.

1. Um die Breite der existierenden Ansätze zu erfassen wurde ein Kurzfragebogen gestreut, der sowohl selbstorganisierte Ansätze als auch Ansätze im Bereich der Kassenleistungen erfaßte.
2. Die Rückmeldungen wurden als Datenpool für eine Auswahl und eingehende Befragung von 46 Expertinnen genommen, die exemplarisch ausgewählt wurden, da ihr Feld und das dort repräsentierte Gesundheitsproblem ein für Frauengesundheit bedeutsames – stark diskutiertes und/oder epidemiologisch relevantes Thema - darstellt, in dem bereits erfahrungsgesättigte Ansätze existieren.
3. In ausgewählten, über die Expertinnen ermittelten Einrichtungen wurden zehn Gruppengespräche mit Nutzerinnen geführt. Für die ausführliche Expertinnenbefragung und die Nutzerinnenbefragung wurden solche Einrichtungen ausgewählt, in denen sich Versorgungsketten in einem Feld abbilden, oder durch die Wahl der Einrichtung oder Selbsthilfegruppe bereits ein Versorgungsdefizit zum Ausdruck kommt.

Es kann nicht überraschen, daß der größere Teil der erfaßten frauenzentrierten Angebote eher im Umfeld als im Versorgungssystem selbst angesiedelt ist, insbesondere in der Gesundheitsbildung, der Beratung und der Gesundheitsförderung, mit z. T. fließenden Übergängen zu der Unterstützung von Selbsthilfegruppen. Unter diesen Ansätzen gibt es einen gut entwickelten Informationsaustausch mit z. T. organisierten regionalen Netzwerken. Es gibt aber auch vielfältige innovative oder spezifisch auf den Bedarf von Frauen ausgerichtete Ansätze innerhalb der gesundheitlichen Regelversorgung und im Bereich der Kassenleistungen; auf diese war das Hauptaugenmerk der Untersuchung gerichtet. Sie sind teilweise verstreut zu finden, als punktuelle Angebote (z. B. Ärztin, Therapeutin, Heilpraktikerin) ohne Einbindung in ein größeres Umfeld. Ein regelmäßiger Austausch über Konzepte und Maßstäbe einer den Bedürfnissen von Frauen entsprechenden Praxis wird, so zeigen die Interviews, vermißt; am ehesten scheint es in der Psychotherapie, der Psychosomatik und der Rehabilitation Rahmenbedingungen zu geben, die dafür genutzt werden. Lediglich beim Müttergenesungswerk kann von einem

Träger gesprochen werden, der konzeptionell die Sensibilität für geschlechtsspezifische Lebens- und Problemlagen im Programm vertritt. Allgemein ist festzustellen, daß solche Sensibilität in erster Linie durch engagierte Einzelpersonen in die reguläre gesundheitliche Versorgung Eingang findet.

Als inhaltliche Felder, in denen eine spezifisch auf Frauen ausgerichtete Versorgung entstanden ist, stellten sich in dem Erhebungsmaterial heraus: Langzeitwirkungen sexueller Gewalt; Eßstörungen, gynäkologische und onkologische Rehabilitation, insbesondere nach Operationen; Erschöpfungssyndrom; Depression; Wechseljahre/Klimakterium. Aus der Untersuchung ausgeklammert wurden die Frauengesundheitszentren sowie die Bereiche der Sucht, der Schwangerschaft und Geburt und der Krisenintervention und Hilfe nach sexueller bzw. häuslicher Gewalt, da hierzu empirische Studien vorliegen, die in die entsprechenden Kapitel dieses Berichts einfließen.

Um beschreiben zu können, was ein frauenzentrierter Zugang für die praktische Arbeit heißt, wurden elf Versorgungsangebote unterschiedlichen Typs anhand von Expertinnengesprächen unter Einbeziehung verschiedener Berufsgruppen eingehend untersucht: drei Stationen in Rehabilitationskliniken, zwei Selbsthilfeorganisationen, zwei Müttergenesungskurheime, zwei niedergelassene ärztliche Praxen und zwei ambulante Psychotherapiezentren. Die berichteten Herangehensweisen und Erfahrungen wurden ausgewertet und verglichen; einige Einrichtungen werden im Kapitel 10 als Beispiele guter Praxis vorgestellt.

Zwar sind die Konzepte frauenzentrierter Versorgung jeweils auf die spezifischen Krankheiten oder Problemlagen ihrer Zielgruppen ausgerichtet, dennoch waren gemeinsame Elemente erkennbar. Diese lassen sich allgemein in drei Dimensionen zusammenfassen; betont werden ein differenziertes Verständnis für die Lebenssituation von Frauen; eine Haltung von Wertschätzung für Frauen und Respekt für deren Entscheidungen; und das Streben nach Stärkung von deren Ressourcen, Selbstheilungs- und Selbsthilfepotentialen.

Zentral ist durchweg ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis, das den Körper im Kontext sozialer und psychischer Beziehungen, das Psychische wiederum in sozialen und körperlichen Bezügen sieht. Geschlechtsspezifisch wird diese Sicht durch eine kritische Reflexion auf die gesellschaftlichen Bedingungen der Lebenswege von Frauen und auf deren typische Konflikte und Problemlagen; dies wird auch je nach Kontext (z. B. im Osten und im Westen) unterschiedlich ausgeführt. Schambesetzte und oft verschwiegene Erfahrungen wie sexuelle Gewalt, gestörtes Eßverhalten, Inkontinenz werden schon im Versorgungsangebot (z. B. Klinikprospekt, Thema der Selbsthilfe) ausgesprochen, um Frauen eine Mitteilung zu erleichtern; zudem wird ihnen grundsätzlich die Möglichkeit geboten, ausschließlich unter Frauen über solche Themen zu sprechen oder auch von Frauen behandelt zu werden.

Als wesentliche Beeinträchtigung der Gesundheit werden Erfahrungen der Abwertung und Abhängigkeit als Frau gesehen, weshalb die bewußte Umbewertung von weiblichen Lebensphasen und Lebensleistungen sowie der für Frauen geltenden Normen (etwa Schönheitsnormen oder Normen für die gute Mutter, die nicht krank werden darf) meist zum therapeutischen Prozeß gehört. Dabei gilt oft die Arbeit in Frauengruppen als eine sehr wichtige Arbeitsform. Daß die maßgebliche Autorität (z. B. Ärztin, Therapeutin) selbst eine Frau ist und dies auch einbringt, kann die Glaubwürdigkeit solcher Umbewertung der Normen unterstützen, bringt jedoch auch Konflikte mit sich; Prozesse der reflexiven Selbstevaluation (etwa zum eigenen Frauenbild, zur Qualität der Teamarbeit, zur Vertrauensgewinnung bei Patientinnen mit eher konventionellen Erwartungen) erweisen sich als notwendig. Deutlich treten bei den Expertinnen Einfühlung und Verständnis für die Belastungen und Ressourcen hervor, deren Bedeutung für die Entstehung von gesundheitlichen Problemen von Frauen sowie für die Förderung der Heilung im jeweiligen Handlungsfeld konkret erläutert wird.

Die Ansätze frauenzentrierter Versorgung können ferner als klientenzentriert und auf Kompetenzstärkung angelegt bezeichnet werden. Wesentlich ist ihnen, daß Frauen ihre eigenen Erwartungen und Bedürfnisse im Zuge einer kommunikativen Erörterung von Behandlungsstrategien formulieren und Entscheidungsmöglichkeiten wahrnehmen: Sie betonen z. B., daß Frauen ausführlich und in für sie verständlicher Sprache informiert werden, daß sie die Themen bestimmen, die Therapieziele erarbeiten sollen. Der Betonung des Gesprächs entspricht ein Bemühen, um den Abbau von starren Hierarchien, ohne sachlich begründete Unterschiede (z. B. zwischen Ärztin und Patientin, aber auch innerhalb des Teams in der Klinik), zu überdecken.

Bislang ist sehr wenig über die Sichtweise von Frauen bekannt, die als Nutzerinnen oder Patientinnen die Angebote frauenzentrierter Versorgung aufsuchen. In Gruppengesprächen (mit insgesamt 55 Frauen) wurde untersucht, welche Kriterien Frauen für eine gute, ihrer Situation als Frauen angemessene gesundheitliche Versorgung haben. Die Zusammensetzung der Gruppen berücksichtigte unterschiedliche Gesundheitsprobleme und Praxisbereiche.

Die Analyse der Gespräche ergab, daß zwar die Maßstäbe für gute Versorgung nicht an das Geschlecht gebunden sind, Frauen fühlen sich jedoch im Vergleich zu Männern in der gesellschaftlichen Akzeptanz und Wertschätzung, in ihren Möglichkeiten zur Selbstsorge für Gesundheit und auch im System der Gesundheitsversorgung vielfach benachteiligt und erleben daher frauenzentrierte Ansätze als eine Stärkung ihrer eigenen Möglichkeiten, Gesundheit wiederherzustellen oder zu erhalten.

Generell wird ein Bedürfnis nach Information, Heilmethoden und Umgangsweisen zum Ausdruck gebracht, die die ganze Person ansprechen, wobei kontrovers diskutiert wurde, ob diese eher bei Frauen zu finden sind, oder ob ein männlicher Arzt ebenso für die Situation von Frauen ansprechbar sein kann. Vielfach schilderten die Teilnehmerinnen ihre Ansprüche vor dem Hintergrund von negativen Kontrasterfahrungen in der zuvor

erfahrenen Versorgung: daß die Medizin nur die organische Erkrankung sieht und "den Körper repariert", aber mit komplexen Problemen oder mit Gefühlen und Ängsten überfordert ist; daß Frauen mit ihren Symptomen nicht ernstgenommen wurden, oder daß diese medikamentös unterdrückt werden sollten, daß Behandlung unter Zeitdruck geschieht und Information oft cursorisch oder unverständlich ausfällt, so daß keine echte eigene Entscheidungsfindung möglich ist; daß sie in ihrem Alltag als Mütter nicht wahrgenommen bzw. darauf keine Rücksicht genommen wird.

In der empirischen Erhebung hat sich als bedeutendes Problem herausgestellt, daß Frauen oft Entscheidungen über Operationen und andere invasive Behandlungen treffen, ohne die Begründung für den ihnen angeratenen Eingriff verstanden und ohne die Folgewirkung ausreichend erfaßt zu haben. Besonders dann, wenn Angst vor Krebs im Spiel ist, werden Entscheidungen unter hohem, in der Sache meist nicht notwendigem Zeitdruck getroffen. Eine ruhige Besinnung, eine Beratung im Kreise des eigenen sozialen Netzes oder gar das Einholen einer zweiten Meinung kann so nicht stattfinden. Um so schwerwiegender sind die psychosozialen Belastungen nach der Behandlung, deren Aufarbeitung und Bewältigung Aufgabe der frauenzentrierten Versorgung wird.

Damit spiegelt sich in den Gruppengesprächen eine gesellschaftlich weithin artikulierte Kritik am Gesundheitswesen, die keineswegs neu ist, aber insofern neue Akzente enthält, als die gewünschten Veränderungen (mehr Zeit, mehr kommunikative Fähigkeiten, mehr Kompetenz in Psychosomatik, höhere Bewertung von Prävention, und Stärkung der Selbsthilfe) unter dem Aspekt der Gleichberechtigung gesehen werden. Nur so, das wäre ein Fazit aus den Gruppengesprächen, kommen geschlechtsspezifische Bedingungen von Krankheit und Heilung zum Tragen.

Deutlich wird schließlich, daß nicht wenige Frauen es als wohltuend, hilfreich oder sogar essentiell wichtig empfinden, mit bestimmten gesundheitlichen Problemen oder ihnen sehr nahe gehenden Krisen eine Versorgung durch Frauen zu erfahren. Die Wahlmöglichkeit in Beratung, Behandlung oder Therapie, sich einer Person des eigenen Geschlechts anvertrauen zu können, wird sowohl von Expertinnen wie auch von Nutzerinnen als ein legitimer Anspruch im Sinne von Patientinnenrechten vertreten.