

DEMOGRAPHIE

SOZIALE LAGE

LEBENSERWARTUNG

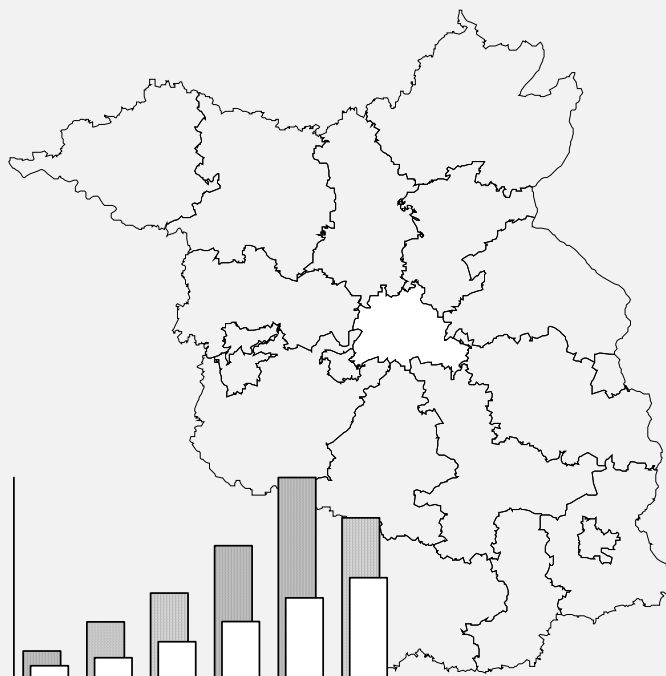
GESUNDHEITSRISIKEN

VORSORGE

MORBIDITÄT

PFLEGE

TODESURSACHEN



Zwei Geschlechter - zwei Gesundheit?

Bericht zur Gesundheit von Männern und
Frauen im Land Brandenburg

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Brandenburgischen Landesregierung herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bundes-, Landtags- und Kommunalwahlen sowie für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht so verwendet werden, dass es als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer einzelnen Mitglieder zu verwenden.

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	5
1	Zur Einleitung: Gender Mainstreaming und Gesundheitsberichterstattung	7
2	Der demographische Trend: die Gesellschaft wird älter	10
3	Soziale Rahmenbedingungen: Arbeit, Einkommen, Bildung	13
3.1	Arbeit	13
3.2	Arbeitslosigkeit	17
3.3	Einkommen und Einkommensarmut	19
3.4	Bildung	21
4	Gesundheitliche Basisdaten	23
4.1	Aus dem Mikrozensus: Wie Männer und Frauen selbst ihre Gesundheit einschätzen	23
4.2	Die Lebenserwartung von Männern und Frauen	25
4.3	Todesursachen: woran die Brandenburger/innen sterben	26
4.4	Vorzeitige Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre	27
	Exkurs: Wenn das Leben (scheinbar) nicht mehr lohnt - Selbsttötungen	30
4.5	Männer und Frauen im Krankenhaus	31
5	Einblicke: zwei Geschlechter, zwei Gesundheit?	34
5.1	Von Kindheit an	34
5.2	Arbeit und Gesundheit	37
5.2.1	„Arbeit gefährdet Ihre Gesundheit“? Arbeitsbelastungen und gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung	37
5.2.2	Gesundheitliche Beschwerden und Erkrankungen	42
5.3	Mitunter entscheiden Minuten - Herzinfarkt und koronare Herzkrankheit	47
5.4	Die große Angst: Krebs	52
5.5	Die Gesundheit in die eigene Hand nehmen: Aspekte des Gesundheitsverhaltens von Männern und Frauen	56
5.5.1	Tote und Verletzte im Straßenverkehr - Opfer riskanten Verhaltens	57
5.5.2	Wenn man(n) das Trinken nicht mehr lassen kann - Sucht bei Frauen und Männern	58
5.5.3	Bewegungsarmut, ungünstige Ernährung und Übergewicht	60
5.5.4	Medizin allein reicht nicht: Selbsthilfe	62
5.5.5	Früherkennung - bessere Heilungschancen	62
5.5.6	Impfungen: Prävention par Excellence	65
5.6	... bis ins hohe Alter: Pflege in Brandenburg	66
6	Anhang	70
7	Literatur	74

Vorwort



Liebe Leserinnen und Leser,

für viele von uns ist „gender mainstreaming“ ein merkwürdiges und unverständliches Wort. Dabei geht es um etwas ganz Selbstverständliches: Um die gleichrangige Berücksichtigung von Frauen und Männern in allen Bereichen der Politik. Das gilt ohne Abstriche auch für die Gesundheitspolitik – und zwar nicht nur aus Gründen der verfassungsrechtlich geforderten Gleichberechtigung von Frauen und Männern, sondern ganz pragmatisch auch im Hinblick auf die derzeit viel diskutierte Verbesserung der Versorgungsqualität. Leistungen des Gesundheitswesens müssen bedarfsgerecht sein, sie müssen der tatsächlichen gesundheitlichen Situation der Menschen angemessen sein. Unterschiede in der Gesundheit von Männern und Frauen, die vom Gesundheitswesen nicht erkannt und nicht berücksichtigt werden, führen zu einer nicht optimalen Versorgung, kosten unnötig Geld – und mitunter das Leben der Betroffenen. Es geht beim Thema „gender mainstreaming“ also um ganz handfeste Fragen der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.

Wenn man die Gesundheitspolitik und die Gesundheitsversorgung geschlechtersensibel ausrichten will, stößt man schnell auf zwei Hindernisse: Erstens wird die Brisanz dieses Themas für die Versorgungsqualität an vielen Stellen nach wie vor unterschätzt, zweitens fehlen für eine effiziente geschlechterspezifische Ausrichtung der Gesundheitsversorgung oft die notwendigen Informationen. Die Gesundheitsberichterstattung hat daher aus meiner Sicht hier eine mehrfache Funktion: Sie soll signalisieren, dass die Politik dieses Problem verstanden hat und aufgreifen will, sie soll über den vorhandenen Wissensstand informieren und sie soll zu einer gemeinsamen Anstrengung für eine bessere Gesundheitsversorgung motivieren.

Wir sind uns dabei bewusst, dass „gender mainstreaming“ in der Gesundheitspolitik keine einfache Sache ist und dass wir einen langen Weg vor uns haben. Wir wollen das uns Mögliche dazu beitragen und wir bieten allen, die daran mitwirken wollen, unsere Unterstützung an. Vielleicht können wir dann in ein oder zwei Jahren schon eine kleine Sammlung vorbildlicher Projekte und Maßnahmen aus Brandenburg vorlegen, die zu weiterer Nachahmung anregen. Ich wünsche daher diesem Bericht, dass er anregt, motiviert, vielleicht an der einen oder anderen Stelle auch einmal zornig macht und so mit streitbarem Elan dem Vorhaben „gender mainstreaming“ im Brandenburger Gesundheitswesen zum Erfolg verhilft.

Potsdam, Juni 2003

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Günter Baaske'.

Günter Baaske
Minister für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Frauen

1 Zur Einleitung: Gender Mainstreaming und Gesundheitsberichterstattung

„Männer und Frauen sind gleichberechtigt. Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin.“

Grundgesetz, Artikel 3 (2)

„Frauen und Männer sind gleichberechtigt. Das Land ist verpflichtet, für die Gleichstellung von Frau und Mann in Beruf, öffentlichem Leben, Bildung und Ausbildung, Familie sowie im Bereich der sozialen Sicherung durch wirksame Maßnahmen zu sorgen.“

Verfassung des Landes Brandenburg, Artikel 12 (3)

Gleichberechtigung von Männern und Frauen ist nicht nur eine Frage der formalen Gleichheit vor dem Gesetz, sondern auch eine auf den Alltag zielende Frage gleicher Lebenschancen, von der Bildung über den Arbeitsmarkt bis hin zur Gesundheit. Wenn sich nun der Staat in diesem Sinne die „tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern“ im Gesundheitsbereich zur Aufgabe macht, schließt dies ein, diese Thematik explizit als gesundheitspolitisches Problem zu benennen, an typischen Beispielen zu veranschaulichen und in die gesundheitspolitische Diskussion einzuführen. Ein Element dieses Prozesses ist die Berichterstattung zur Gesundheit von Männern und Frauen. Es geht also im Folgenden darum, Daten zur Gesundheit von Männern und Frauen zu präsentieren, auf potentielle gesundheitspolitische Handlungsfelder hinzuweisen und dazu nach Möglichkeit auch Wissen und Erkenntnisse für die Planung einer möglichst

guten und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung für Männer und Frauen, Jungen und Mädchen darzustellen.

Dieser Bericht handelt von der Gesundheit von Männer und Frauen - und das bedarf vielleicht vor dem Hintergrund der Geschichte der Gleichstellungspolitik einer kurzen Erläuterung. Durchsetzung von Gleichberechtigung heißt zum einen, gegen die Benachteiligung von Frauen und gegen das Nichtsichtbarwerden frauenspezifischer Probleme aktiv zu werden. „Frauen sind anders krank“ ist die prägnante Aussage (Maschewsky-Schneider 1997), mit der auf dieses Anliegen hingewiesen wird. Zum anderen ist Gesundheitspolitik gehalten, dem Auftrag des Grundgesetzes gemäß eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung für Frauen und Männer zu verfolgen. Ein solcher, auf beide Geschlechter gerichteter Politikansatz wird heute als „Gender Mainstreaming“ bezeichnet.

Politikziel Gender Mainstreaming

Eine vom Europäischen Rat eingesetzte Kommission hat 1998 den Begriff Gender Mainstreaming folgendermaßen definiert:

„Gender Mainstreaming ist die (Re-)Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung grundsatzpolitischer Prozesse, mit dem Ziel, eine geschlechterbezogene Sichtweise in alle politische Konzepte auf allen Ebenen und in allen Phasen durch alle normalerweise an politischen Entscheidungen beteiligten Akteure einzubringen“ (Council of Europe 1998, S. 14).

Mit dem Inkrafttreten des Amsterdamer Vertrages stellt Gender Mainstreaming eine rechtsverbindliche Handlungsmaxime für Politik und Verwaltung in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union dar (Artikel 3 Abs. 2 des EG-Vertrages). Auch das Land Brandenburg hat sich verpflichtet, Gender Mainstreaming als „Fach- und Gemeinschaftsaufgabe“ in allen Politikfeldern umzusetzen. Die Koalitionsvereinbarung zwischen SPD und CDU hat dieses Handlungsprinzip noch einmal bestätigt. In Umsetzung der Koalitionsvereinbarung ist Gender Mainstreaming ein Bestimmungselement des Leitbildes und der Arbeit des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen.

In der Gesundheitspolitik bzw. in der gesundheitlichen Versorgung waren geschlechterspezifische Aspekte lange weitgehend darauf beschränkt, dass es eine Frauenheilkunde gibt und dass manche Krankheiten typische Frauenkrankheiten und manche eben typische Männerkrankheiten sind. Erst im Zuge der Frauenbewegung wurden geschlechterspezifische Fragen der Gesundheit insgesamt stärker thematisiert und daraus neue Handlungsansätze, z.B. Frauengesundheitszentren und Frauengesundheitsnetzwerke entwickelt.

Wenn im Sinne von Gender Mainstreaming nun durchgehend alle Konzepte der Versorgung auf allen Ebenen und in allen Phasen auf ihre geschlechterspezifische Struktur hin betrachtet werden, zeigen sich schnell weiße Flecken auf der Landkarte. Was wissen wir eigentlich - bezogen auf das Land Brandenburg - über die unterschiedlichen Arbeitsbelastungen von Männern und Frauen, was über geschlechterspezifische Fragen der Versorgung von demenziell Erkrankten, was

über Unterschiede der Suchtgefährdung von Männern und Frauen und die Konsequenzen für die Prävention? Solche Erkenntnisse können im Wortsinne überlebenswichtig sein: wenn selbst unter Ärzten und Ärztinnen noch nicht immer bekannt ist, dass sich Herzinfarkte bei Frauen anders bemerkbar machen als bei Männern (deren Symptomatik als „typisch“ gilt), kostet das wertvolle Zeit bis zur richtigen Behandlung und damit nicht selten das Leben der betroffenen Frauen.

Dieser Bericht greift einige dieser Fragen auf. Er versucht dabei, nicht nur Unterschiede in den Krankheitsraten von Männern und Frauen zu beschreiben, sondern auch auf die Lebenslage von Männern und Frauen einzugehen, um so ein lebensweltbezogenes Verständnis von Gesundheit und Krankheit zu entwickeln (Ottawa Charta, WHO 1986). Die Gesundheit von Männern und Frauen ist schließlich nicht nur ein Produkt biologischer Unterschiede, sondern auch Folge gesellschaftlicher Rollenerwartungen und gesellschaftlich geprägter Verhaltenswei-

sen. Im Englischen wird dies auch sprachlich unterschieden: „sex“ und „gender“ bezeichnen das Geschlecht im biologischen und im sozialen Sinn.

Es geht also darum, wahrzunehmen, dass

- die gesundheitliche Lage von Frauen und Männern verschieden ist,
- Männer und Frauen hinsichtlich ihrer körperlich-biologischen Bedingungen nicht gleich sind,
- die gesundheitlich relevanten Arbeits- und Lebensbedingungen der Geschlechter nicht gleich sind,
- der geschlechtsspezifische Umgang mit Belastungen und gesundheitlichen Störungen von unterschiedlichen Sozialisationserfahrungen geprägt ist,
- Männer und Frauen im Gesundheitswesen nicht gleich behandelt werden und die Versorgungsangebote unterschiedlich in Anspruch nehmen,
- daher die Geschlechterspezifität ein strategisches Gestaltungsmerkmal aller Bereiche der Gesundheitspolitik sein muss.

(Vgl. auch BMFSFJ 2001, S. 7, Lange & Ziese 2002).

Die Gesundheitsberichterstattung kann dabei noch nicht zu allen relevanten Bereichen Daten zur Verfügung stellen. So fehlen z.B. für das Land Brandenburg insbesondere geschlechtsspezifische Daten zur ambulanten medizinischen Versorgung sowie Daten zur gesundheitsökonomischen Bewertung geschlechtsspezifischer Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gender Mainstreaming trägt somit dazu bei, Lücken sichtbar zu machen und entsprechenden Handlungsbedarf auch auf der Datenebene zu formulieren. Ebenso sind nicht für alle Themenfelder heute schon adäquate gesundheitspolitische Handlungsstrategien erkennbar. Aber eine intensivere Diskussion über Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen wird auch neue Handlungsmöglichkeiten sichtbar machen, vor allem, wenn sich daran viele Akteure beteiligen. Dazu will dieser Bericht ermuntern.

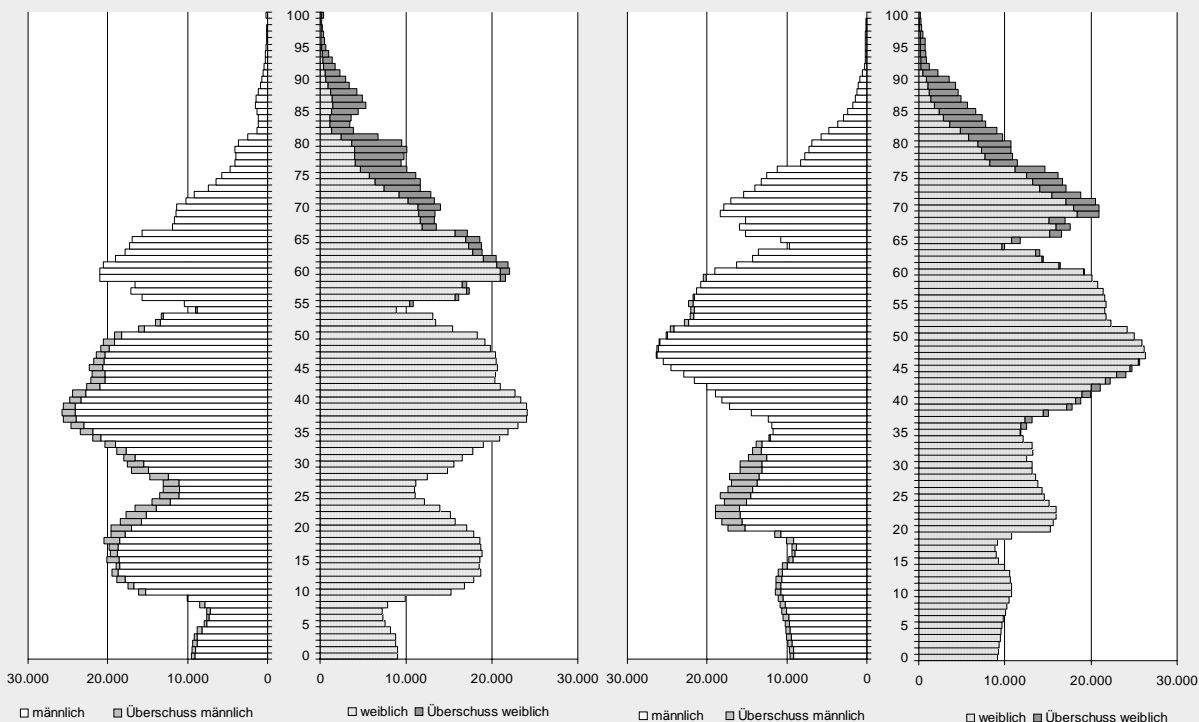
2 Der demographische Trend: die Gesellschaft wird älter

Es gibt mehr Frauen als Männer in Brandenburg. Mit der weiteren Alterung der Gesellschaft wird der Frauenanteil noch steigen, insbesondere wird die Zahl hochaltriger Frauen stark zunehmen. In der jungen Generation verlassen allerdings besonders viele Frauen das Land Brandenburg.

Von den derzeit ca. 2,6 Mio. Einwohner/innen Brandenburgs sind etwa 1,28 Mio. männlichen und etwa 1,32 Mio. weiblichen Geschlechts. Auf 100 Mädchen, die geboren werden, kommen 105 Jungen. Dass es trotz der höheren Geburtenzahl bei Jungen mehr Brandenburgerinnen als Brandenburger gibt, liegt an der höheren Sterblichkeit des männlichen Geschlechts über die gesamte Lebensspanne. Ab dem 6. Lebensjahrzehnt etwa sind die Frauen in der Mehrzahl (LDS 2002a) und unter den über 70-Jährigen sind mehr als dop-

pelt so viele Frauen als Männer. Die Zahl der allein lebenden Frauen steigt dementsprechend mit dem Alter ebenfalls steil an. Den Altersaufbau der Brandenburger Bevölkerung im Jahr 2000 und die Prognose für 2010 zeigt die Abbildung 1 (LDS/Landesumweltamt 2000). In den kommenden Jahren wird der Altersdurchschnitt der Brandenburger und Brandenburgerinnen weiter ansteigen, bedingt durch die niedrige Geburtenrate und die steigende Lebenserwartung; die Situation in den anderen Bundesländern ist ähnlich.

Die Brandenburger Bevölkerung im Jahr 2000 und im Jahr 2010



Quelle: LDS Brandenburg, Landesumweltamt

Abbildung 1

Tabelle 1

Durchschnittsalter der Brandenburger Männer und Frauen im Jahr 2000 und 2010			
	Männer	Frauen	insgesamt
2000	39,4	43,0	41,2
2010	43,4	46,7	45,1

Quelle: Bevölkerungsprognose des Landes Brandenburg, LDS/Landesumweltamt 2000, S. 37

Während im Jahr 2000 das Durchschnittsalter der Frauen bei 43,1 Jahren lag, werden für das Jahr 2010 schon 46,7 Jahre erwartet. Bei den Männern lag das Durchschnittsalter 2000 bei 39,4 Jahren, für 2010 werden 43,4 Jahre erwartet. Das heißt, dass das Durchschnittsalter jährlich um ca. 0,3 Jahre steigt und die Differenz zwischen Männern und Frauen gleich bleibt.

Im engeren Verflechtungsraum Brandenburgs, also der Berlin nahen Region, wird der Alterungsprozess weniger schnell vor sich gehen als im äußeren Entwicklungsraum. Dies gilt für beide Geschlechter. Die Ursachen hierfür liegen in den niedrigen Geburtenraten und Fortzügen jüngerer Menschen aus dem äußeren Entwicklungsraum.

Viele junge Frauen verlassen das Land

Seit 1992 hatte das Land Brandenburg insgesamt einen Wanderungsgewinn, also mehr Zu- als Fortzüge, zu verzeichnen. Für das Jahr 2001 gibt es einen leichten Überschuss der Fortzüge. Die negative Wanderungsbilanz gilt besonders für den äußeren Entwicklungsraum (LDS 2002a). Bei den Zu- und Fortzügen sind es vor allem die jüngeren Menschen, die das Geschehen im Volumen bestimmen.

Werden die Wanderungen nach Geschlecht betrachtet, zeigen sich beträchtliche Unterschiede für Männer und Frauen.

Seit 1997 haben zunehmend mehr junge Frauen und Männer (18 bis unter 25 Jahre) das Land Brandenburg verlassen, wobei der Wanderungssaldo (das Verhältnis von Fort- und Zuzügen) bei den jungen Frauen noch deutlich ungünstiger ausfällt (Abbildung 2). Im Jahr 2001 gab es bei den jungen Frauen fast 5.400 mehr

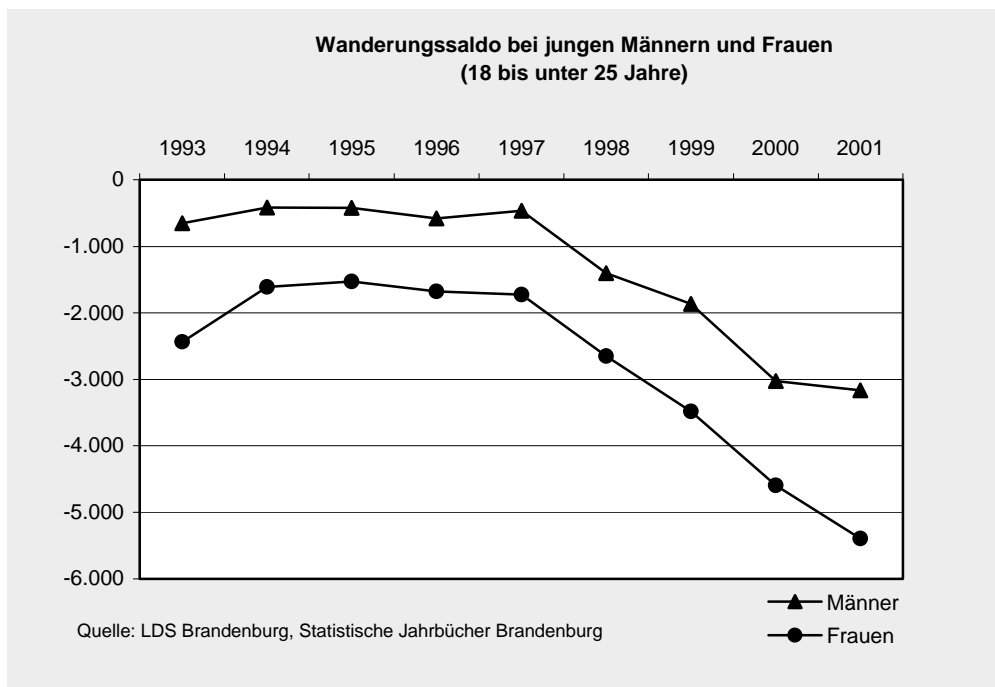


Abbildung 2

Fort- als Zuzüge, bei den jungen Männern lag der ebenfalls negative Saldo bei fast 3.200 (LDS 2002a). Die große Zahl an Fortzügen von jungen Frauen weist darauf hin, dass vor allem

die jungen Frauen im Land Brandenburg keine ausreichenden Zukunftsperspektiven sehen, insbesondere was die Arbeitsmarkt- und Bildungschancen betrifft.

3 Soziale Rahmenbedingungen: Arbeit, Einkommen, Bildung

In Brandenburg sind mehr Frauen mit Kindern berufstätig als im Bundesdurchschnitt. Die Arbeitslosigkeit von Männern und Frauen liegt bei über 18%. Männer arbeiten auch in Brandenburg kaum in Teilzeit. Bei der Sozialhilfe steigt der Anteil der allein erziehenden Mütter.

Die soziale Lage ist einer der wichtigsten Einflussfaktoren für die gesundheitliche Situation der Menschen, die sozial-epidemiologische Forschung hat dazu inzwischen vielfältige Belege zusammengetragen (vgl. z.B. Mielck 2000). Die Bedeutung der sozialen Lage für die Gesundheit zeigt sich dabei, wie z.B. auch der Gesundheitsbericht für Deutschland feststellt, sowohl beim Erkrankungsrisiko als auch bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens im Krankheitsfall (vgl. StBA 1998, S. 23). Im Allgemeinen gilt: je höher der Sozialstatus (Schulbildung, berufliche Position, Einkommen), desto günstiger sind die Chancen auf eine gute Gesundheit und desto höher ist die Lebenserwartung.

3.1 Arbeit

Erwerbsarbeit und Erwerbseinkommen sind in unserer Gesellschaft für die meisten Menschen von zentraler Bedeutung. Davon hängen viele Aspekte des Wohlstands, der Lebensführung, des Selbstwertgefühls, der Anerkennung von Leistungen, der sozialen Unterstützung und somit letztlich auch der Gesundheit ab. Dies gilt zunächst für Frauen und Männer gleichermaßen. Aber die Möglichkeiten für Frauen und Männer, am Erwerbsleben teilzunehmen, sind ungleich verteilt. Tendenziell übernehmen nach wie vor Männer die besser bezahlten Tätigkeiten, sie sind in den oberen beruflichen Statusgruppen stärker vertreten und sie arbeiten seltener in Teilzeit. Zugleich sind ganz überwiegend die Frauen für den Teil der gesellschaftlichen Arbeit zuständig, der nicht als Erwerbstätigkeit organisiert ist, d.h. für die Hausarbeit, die Kindererziehung und die

Pflege von Angehörigen. Dies beeinträchtigt wiederum die beruflichen Chancen von Frauen, die der Männer dagegen kaum.

In den neuen Bundesländern ist zudem die Arbeitsmarktsituation entscheidend vom wirtschaftlichen Strukturwandel seit der Wiedervereinigung geprägt worden, wiederum mit z.T. recht unterschiedlichen Folgen für Männer und Frauen. Darauf wird im Folgenden noch eingegangen.

Werden zunächst die Zahl der Erwerbspersonen betrachtet, also der Erwerbstätigen und der Erwerbslosen zusammen, so gab es im April 2001 ca. 1,4 Mio. Erwerbspersonen, davon waren ca. 746.000 Männer und ca. 658.000 Frauen (Mikrozensus 2000, Altersgruppe 15-65 Jahre). Auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter bezogen lag damit die Erwerbsquote der Männer bei 79,6%, die der Frauen bei 73,8%. Zum Vergleich: im Bundesdurchschnitt lag die Erwerbsquote der Männer bei 79,9%, die der Frauen bei 64%, d.h. der in der Erwerbsquote zum Ausdruck kommende Wunsch der Frauen, einer Arbeitstätigkeit nachgehen zu können, ist in Brandenburg deutlich höher als im Bundesdurchschnitt. Dies ist auch eine Folge der hohen Erwerbsbeteiligung von Frauen in der DDR, die zwar gegenwärtig mit zur hohen Arbeitslosigkeit beiträgt, aber mit Blick auf den in den nächsten Jahren aus demographischen Gründen zu erwartenden Arbeitskräftemangel zu einem Standortvorteil werden kann.

Im Bundesvergleich: Hohe Erwerbsquote der Frauen in Brandenburg

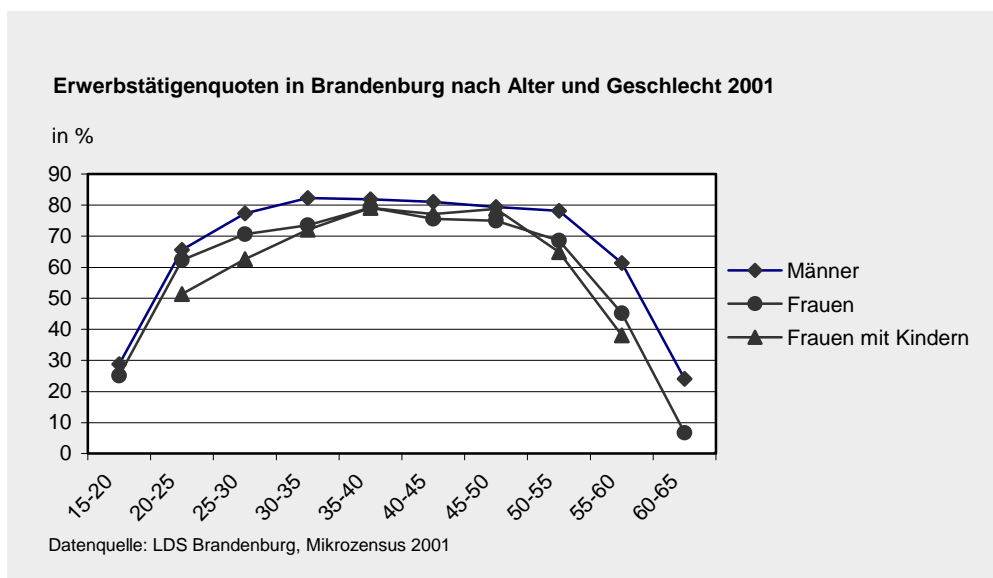


Abbildung 3

Als Erwerbstätige, also Personen, die tatsächlich einer Erwerbstätigkeit nachgehen, wurden im Mikrozensus 2001 in der Altersgruppe 15 bis 65 Jahre ca. 1,14 Mio. Brandenburger/innen gezählt. Darunter waren etwa 617.000 Männer und 520.000 Frauen, dabei über 290.000 Frauen mit Kindern. Die Erwerbstätigenquote der Männer betrug 65,8%, die der Frauen 58,4%.

Werden diese Daten nach Altersgruppen differenziert, ergeben sich einige aufschlussreiche Ergebnisse. Junge Frauen, insbesondere Mütter, starten etwas später ins Erwerbsleben als die Männer. Für viele Mütter mit kleinen Kindern ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf offensichtlich nach wie vor schwierig, während für junge Väter daraus in der Regel weniger Schwierigkeiten resultieren. Im mittleren Lebensalter gleicht sich die Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen mehr oder weniger an, dies gilt auch für Frauen mit Kindern. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass Frauen häufiger als Männer nur Teilzeittätigkeiten ausüben: 2001 waren in Brandenburg lediglich 4,4% der erwerbstätigen Männer in Teilzeit be-

schäftigt, bei den Frauen waren es dagegen 23,7%, also fast jede vierte erwerbstätige Frau (Mikrozensus 2001). Insgesamt waren etwa 82% der Teilzeitbeschäftigten in Brandenburg Frauen, dieses Verhältnis entspricht in etwa auch dem bundesdeutschen Durchschnitt (MASGF 2001b, S. 28).

In der zweiten Lebenshälfte scheiden die Frauen schneller aus der Erwerbstätigkeit aus als die Männer. Dies geschieht nicht immer freiwillig, hier spielt auch die höhere Arbeitslosigkeit älterer Frauen eine wesentliche Rolle; ältere Frauen werden noch stärker als ältere Männer aus dem Arbeitsmarkt gedrängt.

Eine besondere arbeitsmarktpolitische Zielgruppe stellen die Alleinerziehenden dar, ganz überwiegend sind dies alleinerziehende Frauen. In Brandenburg sind ca. 80.000 Alleinerziehende erwerbstätig (Mikrozensus 2001). Interessanterweise liegt die Erwerbstätigenquote von Alleinerziehenden in den alten Ländern etwas höher als in den neuen Ländern, während hier wiederum insgesamt mehr Mütter erwerbstätig sind. Es ist zu vermuten, dass dabei

eine ganze Reihe von Faktoren zusammenspielen. Ein Hinweis ergibt sich z.B. daraus, dass in den neuen Ländern 1998 fast 50% der allein erziehenden Frauen vollzeiterwerbstätig waren, in den alten Ländern dagegen mit knapp 30% erheblich weniger (StBA 1999). Die Vermutung liegt daher nahe, dass für Alleinerziehende in den neuen Ländern bei einem ohnehin geringeren Einkommensniveau eine Teilzeitbeschäftigung kein ausreichendes Einkommen mehr ermöglicht, so dass die Alleinerziehenden dann entweder vollzeiterwerbstätig sind oder zeitweise in die sozialen Sicherungssysteme (Arbeitslosigkeit, Sozialhilfe) abgedrängt werden. In den alten Ländern liegt der Anteil der teilzeitbeschäftigten Frauen an den erwerbstätigen Frauen mit 43,1% insgesamt wesentlich höher als in den neuen Ländern mit 24,4%. Die Teilzeitquote der Männer ist dagegen in den alten Ländern mit 5,3% ähnlich niedrig wie in den neuen Ländern mit 4,5% (Breiholz 2002, S. 570).

Wie zu erwarten, sind Frauen in der Regel umso seltener erwerbstätig, je mehr Kinder in der Familie sind. Dennoch sind selbst in Familien mit 3 Kindern inzwischen mehr als die Hälfte der Frauen erwerbstätig*.

Die Daten zur Erwerbsbeteiligung von Frauen werfen zugleich ein Schlaglicht auf den quantitativen Umfang der Doppelbelastung von Frauen durch Erwerbs- und Familienarbeit. Wie schon erwähnt, übernehmen nach wie vor im wesentlichen Frauen die Kindererziehung, die Pflege von kranken oder alten Angehörigen und die Hausarbeit (vgl. auch BMFSFJ 2001, S. 82 ff; Europäische Stiftung 2002, S. 40). Die Folgen für die erwerbstätigen Frauen sind sicher ambivalent - speziell über die gesundheitlichen Aspekte dieser Doppelbelastung liegen allerdings nur selektive und z.T. auch widersprüchliche Daten aus Studien vor. Entscheidend sind hier offensichtlich die konkreten Bedingungen der Erwerbs- und Familiensituation der Frauen.

Tabelle 2

Erwerbstätigenquoten von Frauen mit Kindern 2001				
	Alte Länder		Neue Länder	
ledige Kinder	alle Frauen mit Kindern	Alleinerziehende	alle Frauen mit Kindern	Alleinerziehende
1 Kind	65%	71%	71%	65%
2 Kinder	64%	69%	74%	64%
3 Kinder	53%	53%	59%	50%
4 Kinder	44%	48%	41%	-
5 und mehr Kinder	27%	-	-	-
insgesamt	62%	68%	71%	64%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2001

* Ein Vergleich der hier aufgeführten Erwerbstätigenquoten von Frauen mit Kindern mit der weiter oben genannten Erwerbstätigenquote von Frauen insgesamt ist nicht sinnvoll, da in die Berechnung der Erwerbstätigenquote der Frauen insgesamt auch Altersjahrgänge mit einer zwangsläufig geringen Erwerbsbeteiligung eingehen, z.B. befinden sich junge Frauen zwischen 15 und 20 Jahren oft noch in der schulischen Ausbildung. Diese Jahrgänge sind bei den Frauen mit Kindern nur marginal vertreten.

Ein wichtiger Aspekt bei der Analyse der Erwerbstätigkeit von Männern und Frauen unter gesundheitlichen Gesichtspunkten ist die Frage, in welchen Branchen Männer und Frauen tätig sind. Hier haben mit der Wiedervereinigung erhebliche Verschiebungen stattgefunden, so ist z.B. der Anteil der Frauen in vielen industriellen und handwerklichen Berufen sowie in der Landwirtschaft deutlich geringer geworden. In den Fertigungsberufen ging beispielsweise die Frauenbeschäftigung um über 50% zurück (vgl. auch BA 2000, S. 2369). Das heutige Bild zeigt Abbildung 4.

Während im Baugewerbe und z. T. auch im verarbeitenden Gewerbe die Männer dominieren, überwiegen im Dienstleistungsbereich eindeutig die Frauen. Diese Verteilung hat auch Folgen für die Arbeitsbelastungen, die für Männer und Frauen im Vordergrund stehen (siehe dazu ausführlicher Kapitel 5.2): Männer arbeiten häufiger in Berufen mit hohen körperlichen Belastungen, Frauen häufiger in Bereichen mit Belastungen aus sozialen Kontakten (Pflege, Kundenverkehr etc.), aber auch in Bereichen mit spezifischen körperlichen Belastungen (wiederum Pflege, Reinigungstätigkeiten etc.).

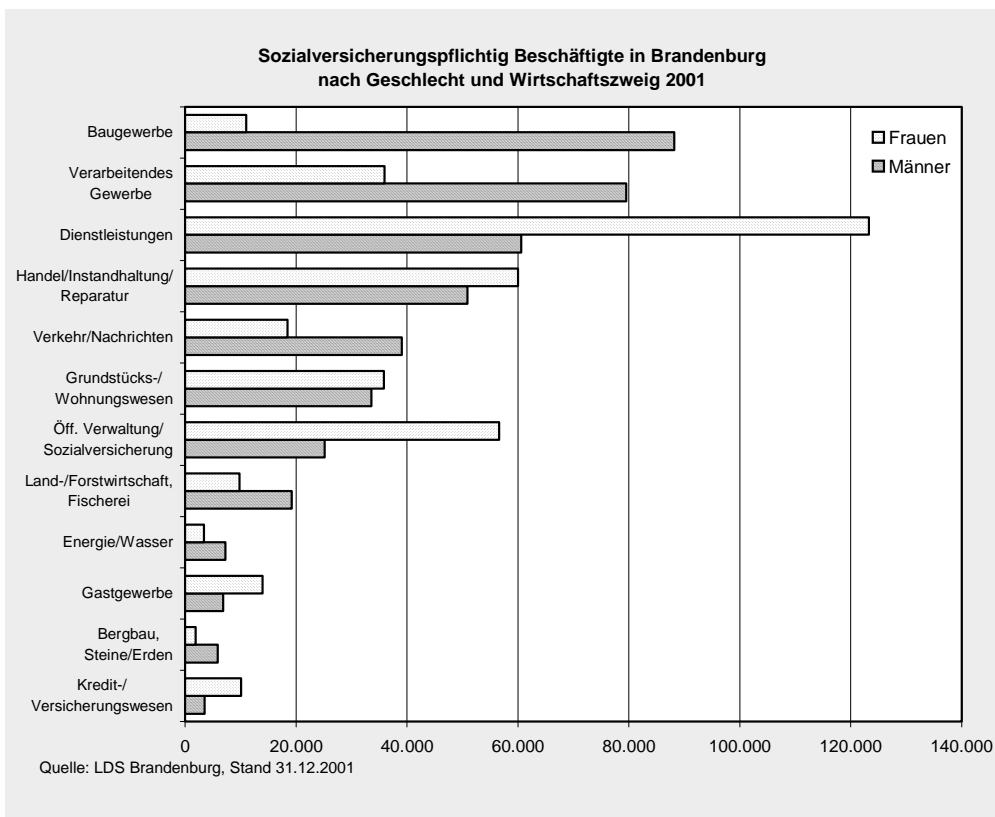


Abbildung 4

Tabelle 3

Arbeitslosenquoten nach Geschlecht im Land Brandenburg Dezember 1994 - 2001								
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
in %								
insgesamt	13,8	15,1	17,0	20,2	17,7	19,1	18,1	18,6
Männer	9,2	11,3	13,8	16,8	16,2	17,1	17,3	18,3
Frauen	18,8	19,1	20,4	23,9	19,3	21,2	18,8	18,9

Quelle: LDS Brandenburg

3.2 Arbeitslosigkeit

Hohe Arbeitslosenzahlen begleiten die soziale Entwicklung in den neuen Ländern seit Anfang der 90er Jahre. Im Dezember 2001 waren in Brandenburg 231.552 Menschen arbeitslos, davon 116.912 Männer und 114.640 Frauen. Die Arbeitslosenquote betrug damit, bezogen auf alle abhängig zivilen Erwerbspersonen, 18,6%, bei nur geringen Unterschieden zwischen den Geschlechtern. Letzteres war noch vor wenigen Jahren ganz anders, 1994 lag

z.B. die Arbeitslosenquote der Männer noch fast 10 Prozentpunkte unter derjenigen der Frauen.

Nach Altersgruppen betrachtet zeigt sich, dass junge Männer unter 30 Jahren stärker betroffen sind als Frauen der gleichen Altersgruppe. Dagegen sind später durchgehend die Frauen stärker betroffen, insbesondere in der Altersgruppe über 50 Jahren.

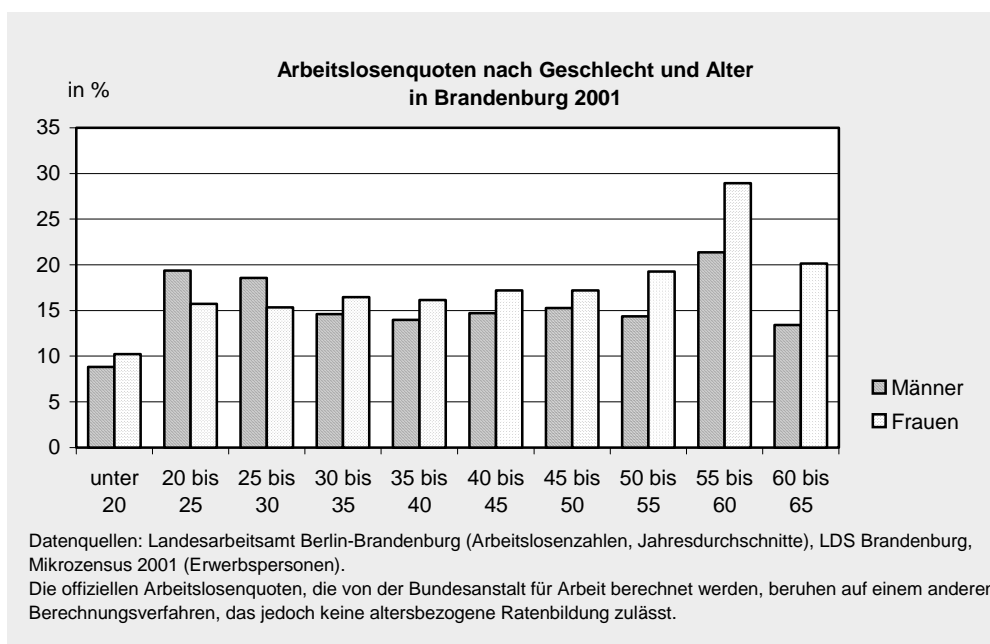


Abbildung 5

Gesundheit und Arbeitslosigkeit

Zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit bestehen zwar keine einfachen Ursache-Wirkungszusammenhänge, aber es ist davon auszugehen, dass Arbeitslosigkeit für die meisten Betroffenen einen psychosozialen Belastungsfaktor darstellt, wenn auch im Einzelfall entlastende Aspekte zu beobachten sind. Im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung fühlen sich Arbeitslose subjektiv weniger gesund, sie leiden vermehrt unter psychischen Beeinträchtigungen, Magen-Darm-Beschwerden oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Sie rauchen häufiger, trinken mehr Alkohol und haben einen höheren Schmerzmittelverbrauch als der Rest der Bevölkerung. Studien aus anderen Ländern weisen zudem auf eine erhöhte Sterblichkeit hin (StBA 1998, S. 116 ff.). Im Geschlechtervergleich wird gelegentlich darauf hingewiesen, Männer seien durch Arbeitslosigkeit gesundheitlich stärker beeinträchtigt als Frauen, weil Frauen aus Alternativrollen wie „Hausfrau“ und „Mutter“ positive Ressourcen mobilisieren könnten, die Männern nicht zur Verfügung stehen. Die Datenlage dazu ist aber mangelhaft (vgl. auch BMFFSJ 2001, S. 430 ff.).

Ein zweiter Aspekt zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Wer gesundheitlich beeinträchtigt ist, hat wiederum schlechtere Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Um neue Wege zu erproben, diesem Teufelskreis gegenzusteuern, hat das MASGF bereits vor einigen Jahren ein Modellprojekt „Arbeits- und Gesundheitsförderung in der Prignitz“ auf den Weg gebracht (v. Braunmühl 1999). Die Erfahrungen dieses Modellprojekts sollen nun auch für ein neues, über die Prignitz hinausgehendes Gemeinschaftsvorhaben mit den Krankenkassen sowie den Arbeits- und Sozialämtern genutzt werden.

Zum Stichtag 30.9.2000 waren dabei in Brandenburg gut 46% der arbeitslosen Frauen langzeitarbeitslos (also länger als 1 Jahr), bei den arbeitslosen Männern waren es „nur“ ca. 30%. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Langzeitarbeitslosigkeit sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen angestiegen (MASGF 2001b, S. 34).

In Brandenburg waren im Jahr 2001 ca. 42.000 Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen registriert, darunter etwa 23.200 Männer und etwa 18.800 Frauen. Etwas mehr als 6.000 Arbeitslose waren Schwerbehinderte, ca. 3.400 davon Männer und ca. 2.700 Frauen.

Durch sog. Arbeitsbeschaffungs- und Strukturanpassungsmaßnahmen (ABM, SAM) wird der Arbeitsmarkt in Brandenburg wie auch in den anderen neuen Ländern inzwischen nicht mehr in dem großen Umfang wie Anfang der 90er Jahre

entlastet. In ABM und SAM zusammen waren im Juli 2002 ca. 8% der Arbeitslosen, dabei waren die Frauen bei ABM etwas stärker vertreten, die Männer bei SAM. An beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen der Arbeitsverwaltung nahmen im Juli 2002 gut 21.000 Menschen teil, davon etwa die Hälfte Frauen (IAB 2002).

Differenziert nach Berufsgruppen kamen Ende 2001 die arbeitslosen Frauen vor allem aus den Verwaltungs- und Büroberufen, den kaufmännischen Berufen, den Reinigungsberufen und der Landwirtschaft. Bei den arbeitslosen Männern standen die Bauberufe mit großem Abstand an erster Stelle, gefolgt von der Berufsgruppe der Schlosser und Mechaniker, an dritter Stelle stehen die Ordnungs- und Sicherheitsberufe (LDS 2001b, S. 15). Dabei hängt das Risiko, arbeitslos zu werden, eng mit der Qualifikation zusammen. In den neuen Ländern betrug z.B. im Jahr

1998 die Arbeitslosenquote von Frauen ohne Ausbildung 55,4%, die der Frauen mit einer Lehre 23%, mit Fachschulabschluss 6,7%, mit Fachhochschulabschluss 3,2% und mit Hochschulabschluss 5,2% (BA 2000, S. 2373).

3.3 Einkommen und Einkommensarmut

Das Einkommen, über das die Menschen verfügen können, spielt für die Gesundheit in mehrfacher Hinsicht eine wichtige Rolle. So stellt das Einkommen einen wesentlichen Bestimmungsfaktor der sozialen Lage dar und beeinflusst so vermittelt über die davon abhängigen Lebensumstände die Gesundheit der Menschen: wer mehr verdient, kann sich z.B. eine Wohnung in besserer Lage, abseits von verkehrsreichen Straßen leisten, höherwertige Lebensmittel bezahlen usw. Das Einkommen ist aber auch ganz unmittelbar für den Zugang zu einer Reihe von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen relevant, die nicht vom Solidarsystem getragen werden, sei es der Wellness-Urlaub, seien es zusätzliche Pflegeleistungen im Alter.

In Brandenburg ist das Haushaltsnettoeinkommen für beide Geschlechter in den vergangenen Jahren deutlich und kontinuierlich gestiegen, von durchschnittlich 1.318 Euro im Jahr 1994 auf 1.544 Euro im Jahr 2000 (Mikrozensus 2000).

Für Brandenburg charakteristisch ist der Einkommensvorsprung des engeren Verflechtungsraumes um Berlin im Vergleich zum Landesdurchschnitt. Dort wurden 1999 pro Haushalt rd. 10% mehr Einkommen erzielt als im Landesdurchschnitt, im äußeren Entwicklungsraum dagegen 4% weniger als im Landesdurchschnitt.

Die Einkommen von Männern und Frauen unterscheiden sich, wie auch sonst in Deutschland, in Abhängigkeit von den Wirtschaftszweigen, in denen Männer und Frauen beschäftigt sind, vom beruflichen

Status der ausgeübten Tätigkeit, der Teilzeitquote, der Betroffenheit von Arbeitslosigkeit und einer Vielzahl weiterer Faktoren. Der Arbeitsmarkt ist nach wie vor geschlechtsspezifisch aufgeteilt, d.h. es gibt (häufig besser bezahlte) „Männerberufe“ und (häufig schlechter bezahlte) „Frauenberufe“. So konnten z.B. kaufmännische weibliche Angestellte im Jahr 2000 in Brandenburg nur 78% des Jahresgehaltes (brutto) ihrer männlichen Kollegen erzielen; Arbeiterinnen immerhin 83%.

Dem Mikrozensus 2001 zufolge - im Mikrozensus werden Einkünfte aller Art erfasst z.B. auch Renten - haben nur 12,7% der Männer ein Einkommen unter 511 Euro erzielt, bei den Frauen waren es dagegen 18,1%. Die Einkommensgruppe von 2.045 Euro und mehr erreichten 5,6% der Männer, aber nur 2,0% der Frauen.

Die Einkommensunterschiede im Erwerbsalter schlagen dann auch bei den späteren Rentenansprüchen zu Buche: die Regelaltersrente der Frauen erreichte 1998 in den alten Bundesländern nur 42% derjenigen der Männer, in den neuen Bundesländern etwa 54%, allerdings bei sinkender Tendenz.

Vor allem bei den jüngeren, gut ausgebildeten Frauen ist eine Angleichung der Einkommensverhältnisse an die der Männer festzustellen. Das Tempo der Angleichung war im langfristigen Trend dennoch eher gering: Die Unterschiede der Einkommen zwischen männlichen und weiblichen Angestellten betragen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 45% im Jahr 1957 und immerhin noch 29% im Jahr 2001.

Für viele Menschen ist es nicht möglich, durch ihre Arbeit ein ausreichendes Einkommen zu erzielen. Vor allem der gesellschaftliche und wirtschaftliche Wandel der vergangenen Jahre hat im Land Brandenburg immer mehr Personen von Sozialhilfe abhängig gemacht. Die Zahl der sozialhilfebeziehenden Menschen in

Brandenburg (Hilfe zum Lebensunterhalt) war zum Jahresende 2001 auf 65.861 gestiegen. Damit bezogen 2,53% der Bevölkerung Sozialhilfe. Der Frauenanteil unter den Sozialhilfeempfänger/innen liegt seit Jahren relativ konstant bei etwa 55%, d.h. Frauen sind leicht überproportional auf Sozialhilfe angewiesen.

Wird der Sozialhilfebedarf nach Altersgruppen betrachtet, so zeigt sich, dass vor allem Kinder unter 3 Jahren und jüngere Frauen stark betroffen sind.

ber ca. 13.000 im Jahr 1994. Der Anteil der Arbeitslosen an allen Sozialhilfeempfänger/innen ist in diesen Jahren von 31% auf 38,9% gestiegen. Unter den Sozialhilfeempfänger/innen, die dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung standen, waren im Jahr 2001 insgesamt 5.050 Personen, die wegen „häuslicher Bindung“, also Kinderbetreuung oder Pflege von Angehörigen, keiner Erwerbstätigkeit nachgehen können. Dabei handelt es sich fast ausschließlich um Frauen. Diese Gruppe macht unter allen sozialhilfeabhängigen Frauen inzwischen einen Anteil

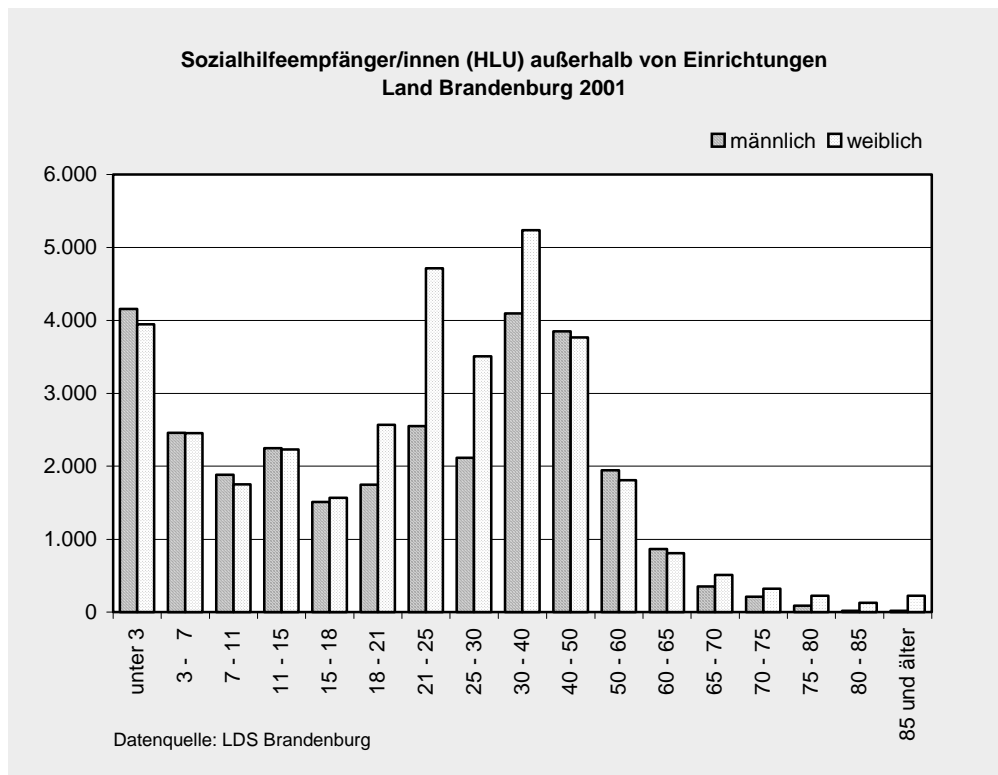


Abbildung 6

Über die Ursachen der Sozialhilfebedürftigkeit gibt die amtliche Statistik nur sehr eingeschränkt Aufschluss. Ein wichtiger Faktor ist sicher die hohe Arbeitslosigkeit in Brandenburg. Ende 2001 waren fast 26.000 sozialhilfebeziehende Menschen auch arbeitslos gemeldet, gegenü-

von ca. 14% aus. Probleme bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf schlagen sich somit auch in der Sozialhilfestatistik nieder.

Dies zeigt sich auch in einer Reihe weiterer Daten: so waren fast 22.000 Sozialhilfeempfänger/innen allein stehende Frauen

und deren Kinder. Die Zahl der sozialhilfeabhängigen allein stehenden Männer mit Kindern ist übrigens außerordentlich gering: es sind nur 611 Fälle. Nachdenklich muss auch stimmen, wenn bei 8.059 Sozialhilfeempfänger/innen, d.h. mehr als 12% aller Fälle, die Geburt eines Kindes als Ursache des Sozialhilfebezugs registriert werden muss. Die Geburt eines Kindes ist offensichtlich in nicht wenigen Fällen - zumindest vorübergehend - ein Armutsrisiko.

Armutsrisiko Kind?

Als ein weiteres Verarmungsrisiko gilt der Wandel der Lebensformen. Die Veränderung bzw. Auflösung traditioneller Formen des Zusammenlebens schlägt sich in einer Erosion der Sicherungsfunktion der Familie nieder und lässt den Einzelnen anfälliger gegenüber dem Auftreten allgemeiner Lebensrisiken werden. Trennung und Scheidung führen nicht selten bei den betroffenen Frauen zu Einkommensarmut, die in die Sozialhilfe führt. Ende 2001 waren 4.200 Personen, also 6,4% aller Sozialhilfeempfänger/innen, infolge von Trennung oder Scheidung in die Sozialhilfe geraten.

In der besonderen Betroffenheit von Alleinerziehenden und von Familien mit Kindern spiegeln sich gesellschaftliche Entwicklungen wider, auf die geeignete sozialpolitische Antworten noch ausstehen. Die Probleme reichen hier von den Beschäftigungsvorbehalten von Arbeitgebern gegenüber Frauen mit kleinen Kindern über die bereits angesprochene niedrige Teilzeitquote bis hin zur Ausdünnung des Netzes an Kindereinrichtungen infolge des Geburtenrückgangs nach 1989: gab es 1989 noch 4.909 Einrichtungen, waren es im September 2000 nur noch 1.872, mit entsprechenden Folgen für die Erreichbarkeit der Einrichtungen, vor allem im ländlichen Raum.

3.4 Bildung

Bildung ist, dies zeigen viele Studien, insbesondere für das gesundheitsbezogene Verhalten von großer Bedeutung, vom Nichtrauchen bis hin zur Inanspruchnahme von Präventionsangeboten. Darüber hinaus werden Einkommen, soziale Chancen und die Lebensperspektiven allgemein entscheidend durch die Bildung beeinflusst.

Bildung beginnt, das hat die Diskussion um die PISA-Studie noch einmal verdeutlicht, bereits vor der Schule. Die Situation in der vorschulischen Betreuung und Bildung ist in Brandenburg, aufbauend auf dem zu DDR-Zeiten praktisch flächendeckenden Angebot von Kinderkrippen und Kindergärten, hinsichtlich der Versorgungsgrade nach wie vor sehr gut. Für das Jahr 2000 betrug die Versorgungsquote im Krippenalter ca. 46% und im Kindergartenalter 93,3%. Auch im Hortalter ist die Versorgungsquote mit gut 38% deutlich höher als in den alten Bundesländern gewesen.

Das Angebot an Krippen, Kindergärten und Horten ist jedoch ebenso wie das an schulischen Bildungsmöglichkeiten vor dem Hintergrund des starken Rückgangs der Kinder und Jugendlichen zu sehen. Dadurch ist ein wohnortnahes Betreuungs- und Bildungsangebot immer schwerer aufrechtzuerhalten.

Eine Analyse der schulischen Bildung nach Geschlechtern zeigt, dass Mädchen und Jungen die Bildungschancen unterschiedlich nutzen. Zum Stichtag 18.09.2000 lag der Anteil der Schülerinnen insgesamt bei fast 50%, bei den Gymnasien und gymnasialen Oberstufen der Oberstufenzentren dagegen bei 58,7%. Mädchen sind hier also weit überrepräsentiert.

Zum Vergleich: in Deutschland beträgt diese Quote 54,2%. Dagegen sind Mädchen mit einem Anteil von 35,3% an den Förderschulen deutlich unterrepräsentiert,

was auf vielfältige Probleme der Gesundheit und der psychosozialen Entwicklung von Knaben hindeutet (LDS 2002a, S. 138, vgl. ausführlicher dazu auch Kapitel 5.1).

Ihren Bildungsvorteil können die Mädchen auch bis zu den Schulabschlüssen wahren. Am Ende des Schuljahres 1999/2000 erreichten die jungen Frauen einen Anteil von 60,6% an den Abschlüssen zur Hochschulreife bzw. Fachhochschulreife und einen Anteil von 52,3% an den Abschlüssen zur Fachoberschulreife. Die jungen Männer sind dagegen bei den Hauptschulabschlüssen mit einem Anteil von 61,6% stärker vertreten und stellen mit 70,6% auch den Hauptanteil bei denen, die ohne Hauptschulabschluss die Schule verließen (LDS 2002a, S. 146).

Dieser bereits seit längerem anhaltende Trend zu höheren Schulabschlüssen bei den jungen Frauen hat zur Folge, dass inzwischen unter den weiblichen Erwerbspersonen in Brandenburg der Anteil derjenigen mit Fachhochschul- bzw. Hochschulreife auf 18,6% und damit auf das gleiche Niveau wie bei den Männern gestiegen ist (LDS 2001b, S. 12f).

Unter den Studierenden im Wintersemester 2000/2001 haben die Frauen einen Anteil von knapp 50%, gegenüber Mitte der 90er Jahre ist dieser Anteil leicht zurückgegangen.

Bildungsbereitschaft und Bildungserfolg der Mädchen und jungen Frauen in Brandenburg sind somit sehr gut. Dies setzt sich jedoch nicht in gleichem Umfang in berufliche Chancen um. So liegt z.B. der Frauenanteil unter den Professor/innen in Brandenburg nur bei ca. 16% (LDS 2002a) - nur ein Beispiel für die Unterrepräsentanz von Frauen in Führungspositionen. Auch die Barrieren zwischen besser bezahlten „Männerberufen“ und schlechter bezahlten „Frauenberufen“ lassen sich offensichtlich allein mit einer guten Bildung nicht überwinden - die Verteilung der Geschlechter auf die Berufe ist über die Jahre hin recht stabil.

Für die Gesundheit der Geschlechter ist die Konsequenz aus alledem ambivalent: zum einen ist davon auszugehen, dass Frauen aus ihrem Bildungsvorteil auch einen gesundheitlichen Nutzen ziehen können. Dies zeigt sich z.B. in der Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten (vgl. Kapitel 5.5.5). Zum anderen gelangen Männer trotz einer - im Durchschnitt - geringeren Bildung dennoch eher in Berufe mit höherem Status und besserer Bezahlung, d.h. sie erreichen einen höheren Lebensstandard mit entsprechenden Chancen auch in gesundheitlicher Hinsicht.

4 Gesundheitliche Basisdaten

Gemessen an den Selbsteinschätzungen sind Frauen kränker als Männer, gemessen an sogenannten „harten Daten“ sind eher Männer das schwache Geschlecht: ihre Lebenserwartung liegt um sechs Jahre niedriger, vor dem 65 Lebensjahr sterben doppelt so viele Männer als Frauen, insbesondere Herz-Kreislauf-Krankheiten und Verletzungen im Zusammenhang mit Unfällen sind für die hohe und frühe Sterblichkeit der Brandenburger Männer verantwortlich.

4.1 Aus dem Mikrozensus: Wie Männer und Frauen selbst ihre Gesundheit einschätzen

Alle vier Jahre werden die Bürger und Bürgerinnen im Mikrozensus, einer bundesweiten, repräsentativen Befragung, danach gefragt, ob sie in den vergangenen vier Wochen krank

Ältere Frauen fühlen sich kränker als ältere Männer

oder unfallverletzt gewesen sind. Diese Frage bejahten in Brandenburg 1992 etwa 9% der befragten Männer und 11% der befragten Frauen (Abbildung 7; LDS 2002c, Daten aus dem Mikrozensus 1992, 1995, 1999). 1999 war der Anteil kranker Männer in der Selbstbeschreibung in Brandenburg

auf 11% angestiegen, bei den Frauen sogar auf 14%. Die Brandenburger Ergebnisse ähneln denen aus den anderen neuen Ländern. Vergleicht man das frühere Bundesgebiet und die neuen Länder

bei dieser Frage, besteht ein gegenläufiger Trend. In den alten Ländern sind die subjektiven Krankheits-

raten zwischen 1995 und 1999 zurückgegangen, in den neuen Ländern gestiegen. Im Geschlechtervergleich legen die Daten nahe, dass Frauen ihren Gesundheitszustand ungünstiger einschätzen als Männer. Dies gilt in besonderem Maße für die Brandenburger Frauen.

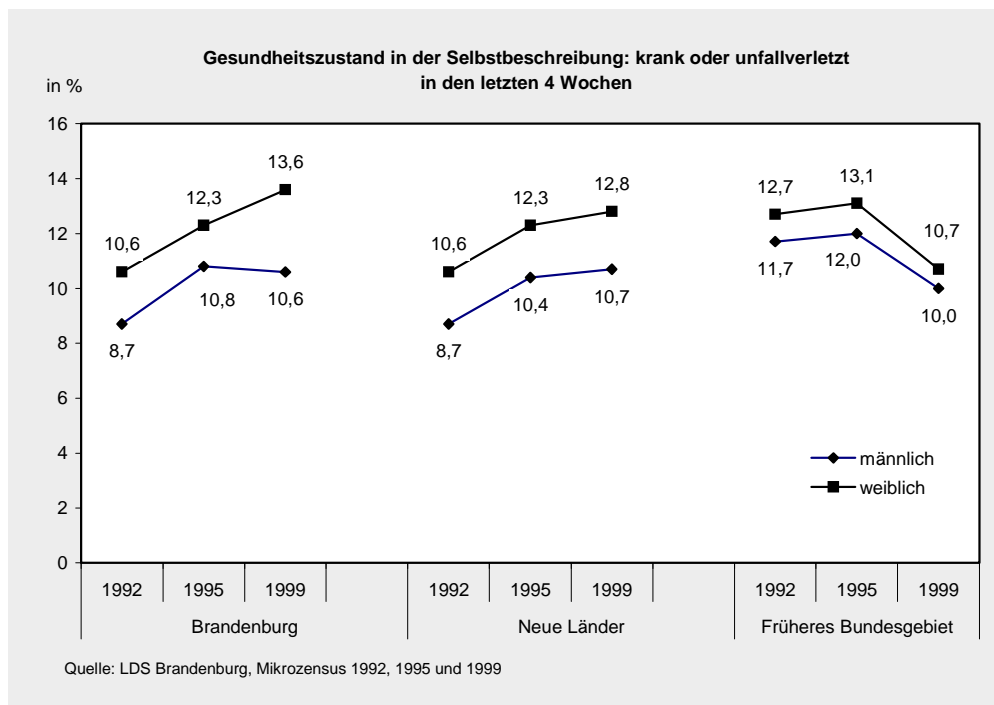


Abbildung 7

Dabei fallen die subjektiven Krankheitsraten umso höher aus, je älter die Befragten sind. Bis zum Alter von etwa 40 Jahren unterscheiden sich die Brandenburger

Männer und Frauen kaum voneinander. Ab etwa 70 Jahren schätzen Frauen ihren Gesundheitszustand deutlich ungünstiger ein.

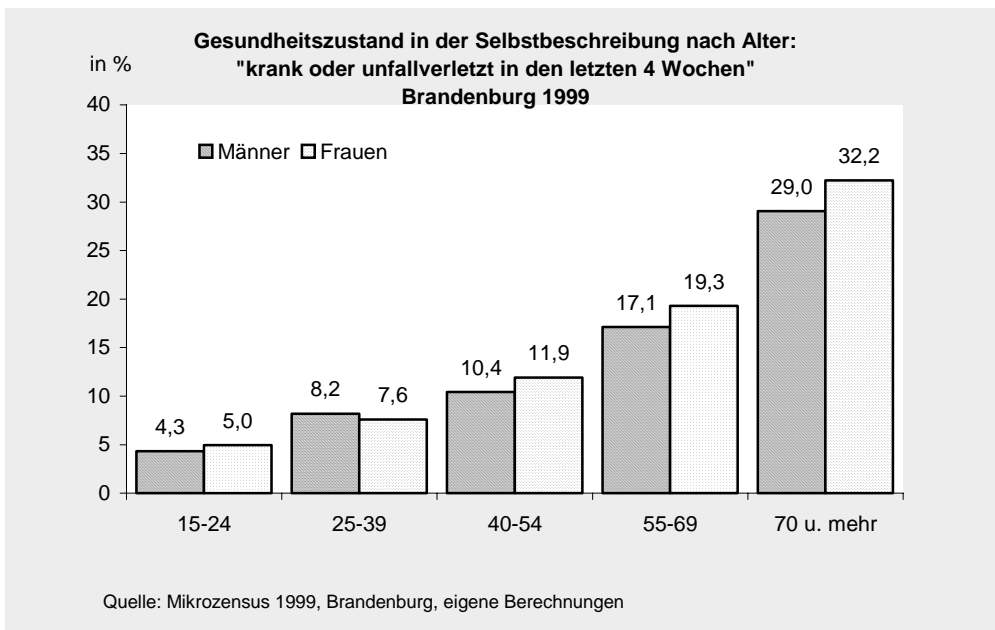


Abbildung 8

Aus solchen Ergebnissen lässt sich aber nicht einfach schließen, dass Männer gesünder als Frauen sind.

- Zum einen sind die Befragungsergebnisse im Mikrozensus Selbsteinschätzungen und keine medizinischen Diagnosen. Männer und Frauen unterscheiden sich in der Bereitschaft, sich selbst als krank zu betrachten. Frauen sind hierzu eher bereit. Vereinfacht gesagt, passt Kranksein für Männer nicht zu ihrer Geschlechtsrolle vom „starken Mann“.
- Zum anderen weisen manche Studien darauf hin, dass bei Berücksichtigung von sozialen Merkmalen (Bildung, Einkommen, Berufstätigkeit) in der Auswertung viele Geschlechtsunterschiede verschwinden (Sieverding 1998). So wird angenommen, dass Menschen mit einem höheren Sozialstatus vergleichsweise gesünder sind und sich selbst auch so sehen. Männer, die in den vergangenen Jahrzehnten z.B. vergleichsweise mehr Bildungschancen hatten, beschreiben sich daher als gesünder.

Eine eigene Datenanalyse mit den Brandenburger Daten des Mikrozensus 1999 stützt teilweise den zweiten Erklärungsansatz. Es gibt große Unterschiede in den subjektiven Krankheitsraten in Abhängigkeit von der Höhe des Schulabschlusses. Männer und Frauen mit niedriger Schulbildung (bis Volks- und Hauptschulabschluss) beschreiben sich mehr als doppelt so häufig als krank bzw. unfallverletzt als Männer und Frauen mit höherer Schulbildung (Abitur und Fachhochschulreife). Soziale Unterschiede scheinen - zumindest bei globalen Gesundheitsindikatoren - einen größeren Einfluss zu haben als Geschlechtsunterschiede.

4.2 Die Lebenserwartung von Männern und Frauen

Frauen hatten noch vor 150 Jahren gewöhnlich eine geringere Lebenserwartung als Männer, was vor allem durch die hohe Müttersterblichkeit verursacht wurde.

Inzwischen liegt die mittlere Lebenserwartung* der Frauen deutlich über der der Männer und diese Ungleichheit ist in den vergangenen Jahren nahezu unverändert geblieben (Abbildung 9).

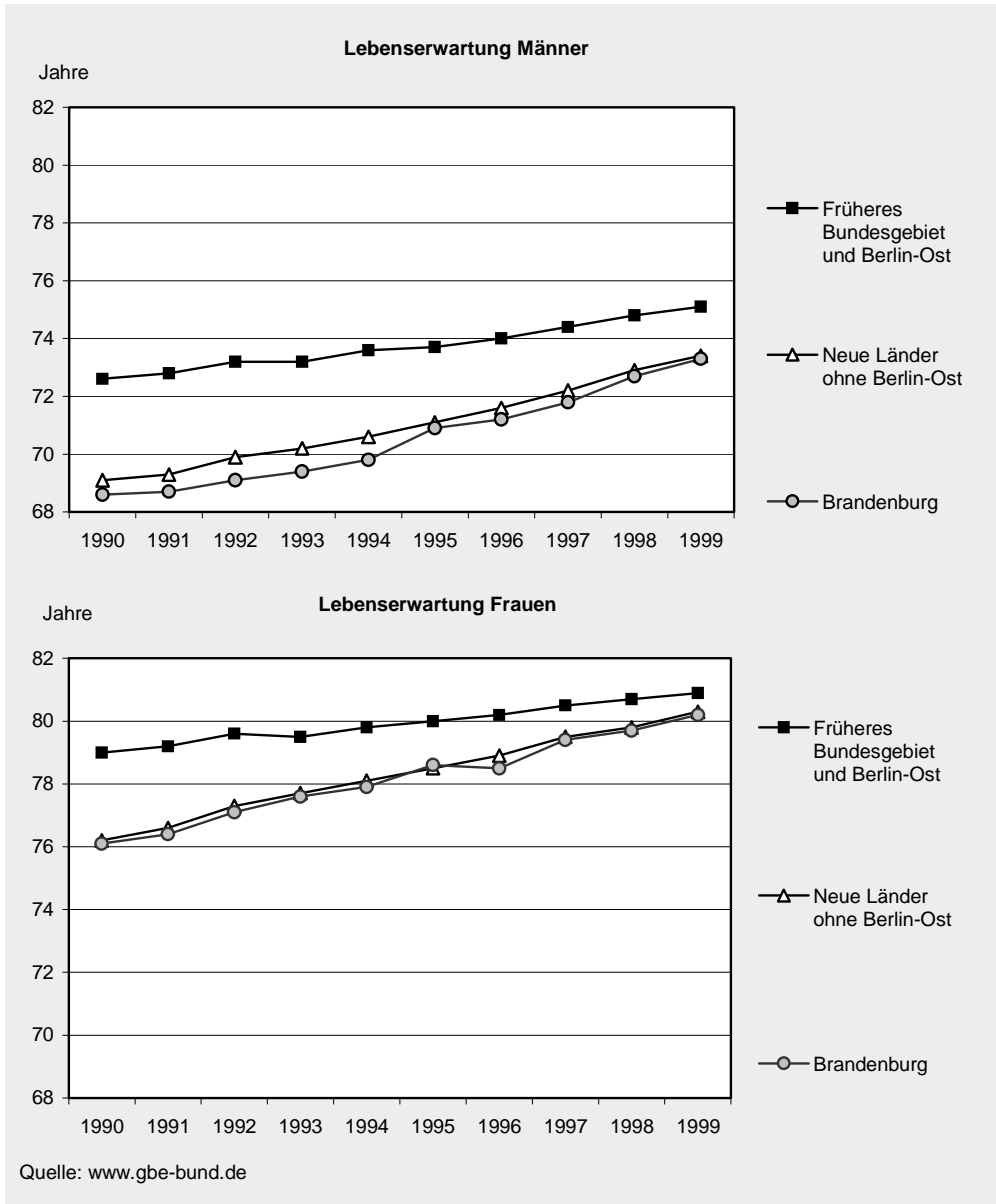


Abbildung 9

* Die mittlere Lebenserwartung ist ein grober Indikator für die Lebensbedingungen und die gesundheitliche Lage. Sie sagt aus, wie viele Lebensjahre ein neugeborenes Kind beim derzeitigen Sterberisiko der Bevölkerung erwarten kann.

Brandenburger Frauen haben eine um 6 Jahre höhere Lebenserwartung als die Männer und sie haben den Ost-West-Unterschied aufgeholt, Männer noch nicht

In ganz Deutschland wuchs in den 90er Jahren die Lebenserwartung weiter an, allerdings in den neuen Ländern schneller als in den alten Ländern (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de). Bei den Brandenburger Frauen lag 1999 die Lebenserwartung bei 80,2 Jahren (1999 alte Länder: 80,9 Jahre), bei den Brandenburger Männern wurden 73,3 Jahre verzeichnet (1999 alte Länder: 75,1 Jahre). Damit ist der Ost-West-Unterschied bei den Brandenburger Frauen nahezu ausgeglichen. Bei den Männern gibt es noch deutliche Unterschiede in allen neuen Ländern.

4.3 Todesursachen: woran die Brandenburger/innen sterben

Seuchen und Hunger, die in früheren Zeiten für den Tod vieler Menschen verantwortlich waren, spielen bei uns heute kaum mehr eine Rolle unter den Todesursachen: an infektiösen bzw. parasitären Krankheiten starben beispielsweise im Jahr 2001 in Brandenburg nur 173 Menschen - bei ca. 26.000 Gestorbenen insgesamt. Im Vordergrund stehen bei den Todesursachen heute in Deutschland insgesamt wie auch in Brandenburg mit großem Abstand die Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems und die bösartigen Neubildungen, gefolgt von Krankheiten des Verdauungssystems, den Verletzungen und Vergiftungen sowie den Krankheiten des Atmungssystems (vgl. Abbildung 10). Dabei liegen die Sterbeziffern in Brandenburg sowohl bei den Herz-Kreislaferkrankungen als

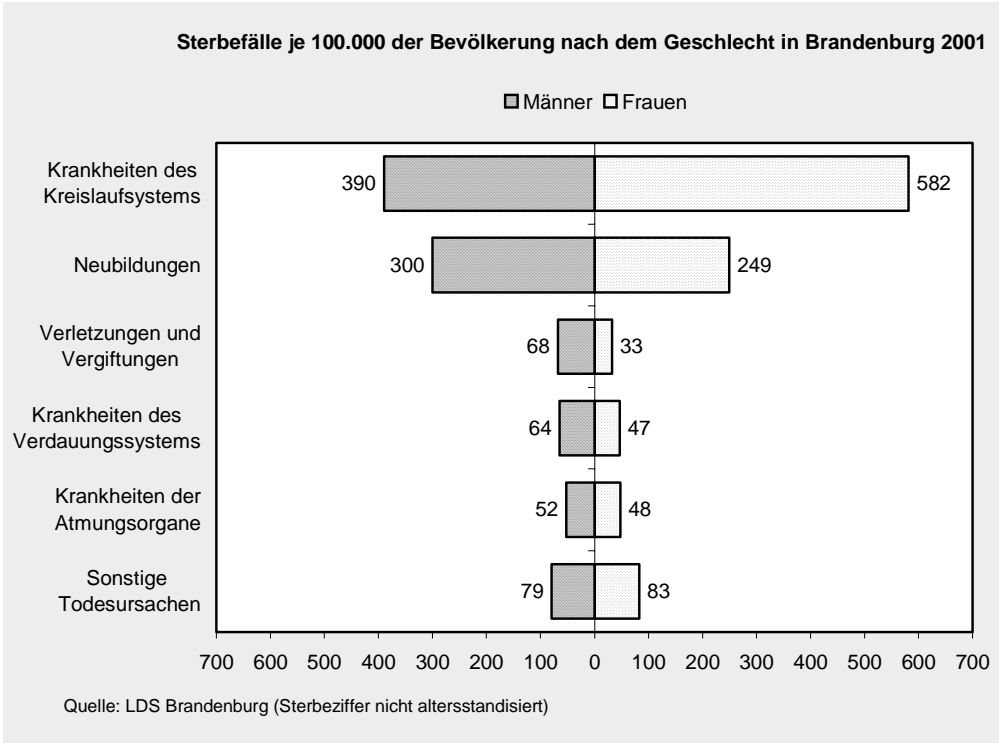


Abbildung 10

auch bei den bösartigen Neubildungen (für beide Geschlechter) über dem Bundesdurchschnitt.

Von den Herz-Kreislaferkrankungen sind Frauen stärker betroffen, von den bösartigen Neubildungen, den Krankheiten des Verdauungssystems und den Verletzungen und Vergiftungen dagegen Männer. Die hohen Raten an Todesfällen durch Herz-Kreislaferkrankungen bei den Frauen sind allerdings auch eine Folge dessen, dass die Frauen älter werden und Herz-Kreislaferkrankungen mit dem Alter stark zunehmen (etwas salopp formuliert: viele Todesfälle infolge von Herz-Kreislaferkrankungen sind ein Indikator für eine Bevölkerung mit hoher Lebenserwartung). Allerdings sind auch bei einer Altersstandardisierung, also dem Herausrechnen der Alterseffekte, Frauen stärker von Herz-Kreislaferkrankungen betroffen als Männer (siehe dazu auch Kapitel 5.3).

Werden die Herz-Kreislaferkrankungen weiter differenziert, so zeigt sich, dass beim Herzinfarkt die Verhältnisse zwischen den Geschlechtern umgekehrt sind, hier sind Männer häufiger betroffen.

Bei den bösartigen Neubildungen sind im Geschlechtervergleich die Karzinome der Atemwege, vor allem Bronchialkarzinome, von besonderer Bedeutung, weil hier das Rauchen eine wesentliche Rolle bei der Verursachung spielt. Männer sind bei den Bronchialkarzinomen wesentlich häufiger betroffen als Frauen, aber die Frauen holen auf.

4.4 Vorzeitige Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre

Wenn Menschen vor dem 65. Lebensjahr sterben, erscheint uns das im Allgemeinen als ungewöhnlich und „zu früh“. Sterbefälle bei Menschen in jüngeren und mittleren Jahren (unter 65 Jahren) werden in der Epidemiologie als „vorzeitige Sterblichkeit“ definiert. Herz-Kreislaferkrankungen, Neubildungen, aber auch Unfälle und Suizid sind dabei die häufigsten ursächlichen Krankheitsgruppen.

Die vorzeitige Sterblichkeit liegt bei Männern mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen (im Jahr 2000: 39,4 vs. 17,6 Gestorbene unter 65 Jahre je 10.000 der Bevölkerung).

Vor dem 65. Lebensjahr sterben doppelt so viele Männer wie Frauen

Gleichzeitig gibt es auch deutliche Unterschiede zwischen den Kreisen bzw. kreisfreien Städten Brandenburgs, was wiederum besonders für die Männer gilt (Abbildung 11). Des Weiteren liegen die Raten bei beiden Geschlechtern in den Randzonen des Landes fast ausnahmslos höher als in den berlinnahen Kreisen.

Worauf die Unterschiede in der vorzeitigen Sterblichkeit zurückgeführt werden können, ist nicht eindeutig zu bestimmen. Mögliche Ursachen sind soziale Faktoren und eine sozial unterschiedliche Entwicklung der Kreise, Unterschiede in der ärztlichen Versorgung sowie in der Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung. Größere regionale Differenzen in der Sterblichkeit bzw. Lebenserwartung wurden auch in der Gesundheitsberichterstattung von Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg nachgewiesen (MFJFG 2000; LGA BW 2001).

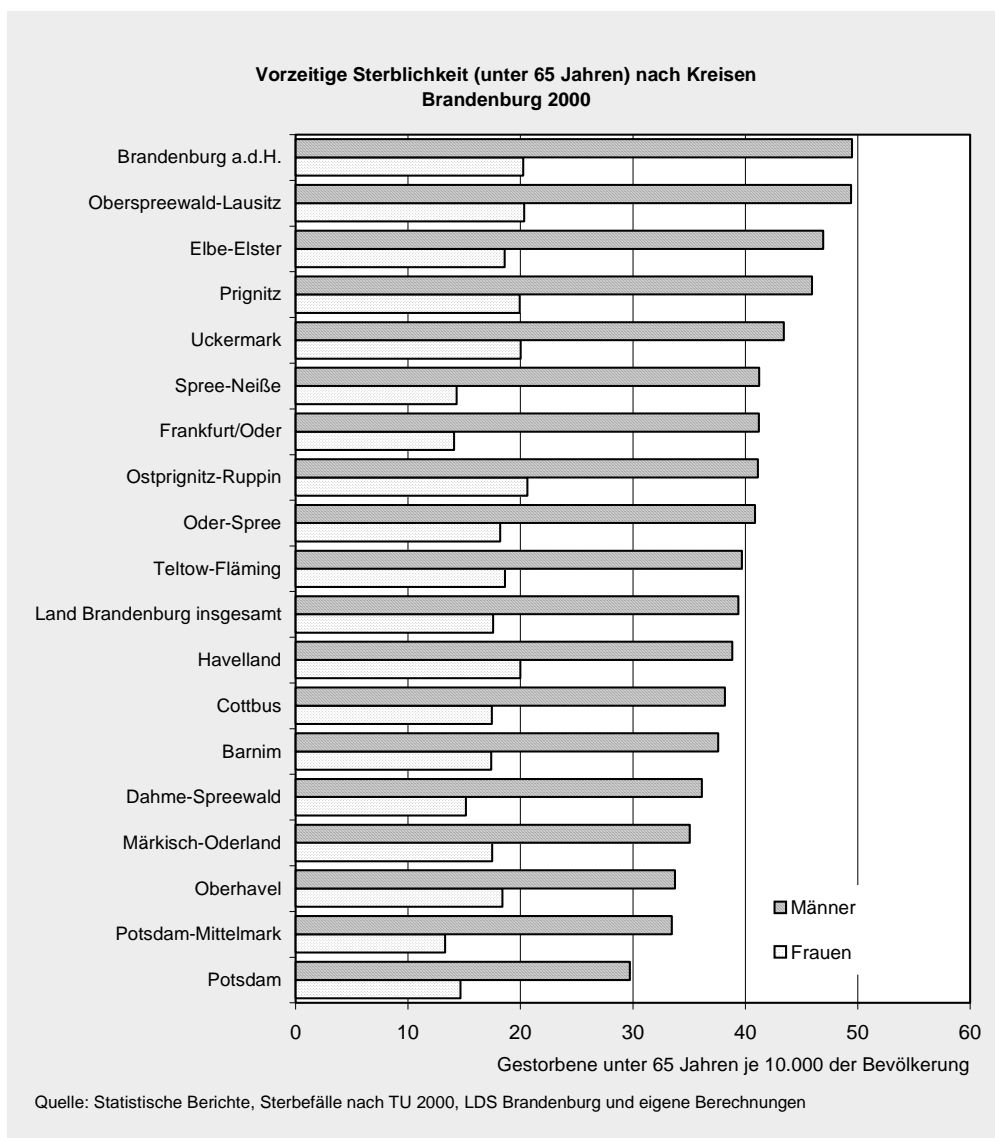


Abbildung 11

Todesfälle in den unteren und mittleren Altersgruppen sind für eine Bewertung des Gesundheitssystems und der Lebensverhältnisse besonders aufschlussreich. Dazu hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Indikator „Verlorene Lebensjahre“ empfohlen. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass die meisten Krankheiten gewöhnlich erst im höheren Alter zum Tod führen, Todesfälle unter 65 Jahren bei die-

sen Krankheiten demnach grundsätzlich vermeidbar sein sollten. Der Indikator „Verlorene Lebensjahre“ ergibt sich dann daraus, dass für alle vorher Gestorbenen die nicht gelebten Jahren aufsummiert werden. Dieses Konzept erlaubt also eine Bewertung einzelner Todesursachen unter dem Aspekt des Präventionspotenzials.

Tabelle 4

Verlorene Lebensjahre durch Tod unter 65 Jahren je 100.000 Einwohner in Brandenburg - altersstandardisiert - 1999 Neue Europastandardbevölkerung		
ICD 10	Männer	Frauen
Alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen (A00-T98)	4.582	1.940
darunter:		
Neubildungen (C00-D48)	846	615
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	695	288
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	496	153
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	1.590	394
Quelle: www.gbe-bund.de		

Bei den Brandenburger Männern ist die Summe verlorener Lebensjahre insgesamt mit über 4500 Jahren (je 100.000 der Bevölkerung) deutlich höher als bei den Frauen mit knapp 2000 Jahren (Tabelle 4).

Wie das Geschlechterverhältnis bei den verlorenen Lebensjahren in den häufigen Todesursachen aussieht, zeigt Abbildung 12.

In ganz Deutschland ist die Summe verlorener Lebensjahre bei Männern etwa 2-mal höher als bei Frauen. Auffällig sind bei den Männern in den neuen Ländern die vielen verlorenen Lebensjahre bei Verletzungen und Vergiftungen (bedingt vor allem durch Verkehrsunfälle) sowie bei den

Krankheiten des Verdauungssystems (bedingt vor allem durch Lebererkrankungen, also unter anderem durch Alkoholismus).

Daraus lässt sich folgern, dass hier ein großes Präventionspotenzial liegt. Dies gilt einerseits für den Ost-West-Unterschied und andererseits für den Geschlechtsunterschied. Eine bessere Prävention von Verkehrsunfällen und eine Intensivierung der Suchtprävention würde insbesondere Männern in den neuen Ländern zu einem längeren Leben verhelfen. Die Daten der Frauen können als Maßstab herangezogen werden - sie erlauben eine quantitative Bestimmung von Gesundheitszielen für Männer.

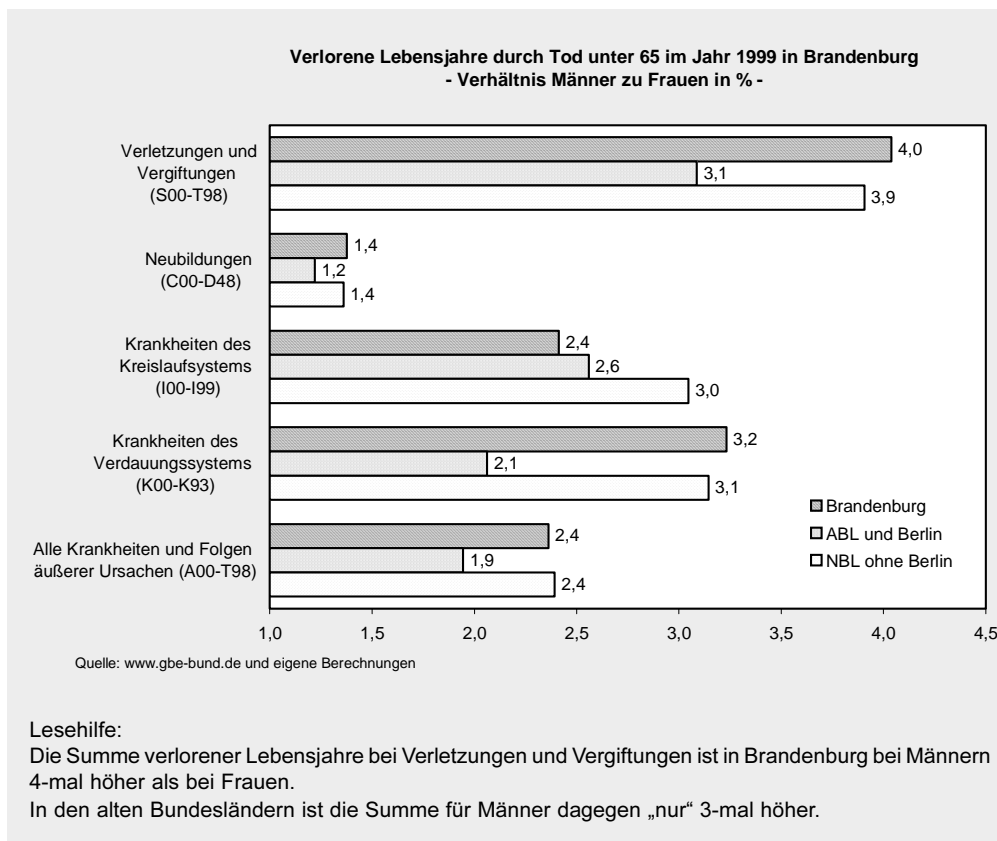


Abbildung 12

Exkurs: Wenn das Leben (scheinbar) nicht mehr lohnt - Selbsttötungen

Im Jahr 2001 gingen im Land Brandenburg 302 Sterbefälle bei Männern und 95 bei Frauen auf „vorsätzliche Selbstbeschädigung“ zurück (LDS 2002a, S. 108). Das heißt, Männer sterben mehr als 3-mal häufiger durch Selbsttötungen als Frauen. Es wird angenommen, dass insgesamt die Sterbefälle durch Selbsttötungen unterschätzt werden, weil vor allem in den Vergiftungen und Unfällen nicht erkannte Suizide enthalten sind (Statistisches Bundesamt 1998, S. 51). Nach Schätzungen kommt auf eine realisierte Selbsttötung ein Mehrfaches an Selbsttötungsversuchen. Bei den Selbsttötungsversuchen liegen die Raten bei jungen Menschen und bei Frau-

en höher als bei alten Menschen und bei Männern. Selbsttötungen sind dagegen im Alter um ein vielfaches häufiger als in jungen Jahren.

Die Zahl der Selbsttötungen ist bei Frauen in den letzten 10 Jahren stark zurückgegangen, etwas weniger stark auch bei den Männern. Die Suizid-Rate ist bei den Brandenburger Männern immer noch höher als bei den Männern im früheren Bundesgebiet. Bei den Frauen hat deutschlandweit eine Angleichung auf erfreulich niedrigem Niveau stattgefunden.

Der Suizid geht nur in seltenen Fällen auf eine freie und autonome Entscheidung zurück. Psychische Krankheiten, teilweise in

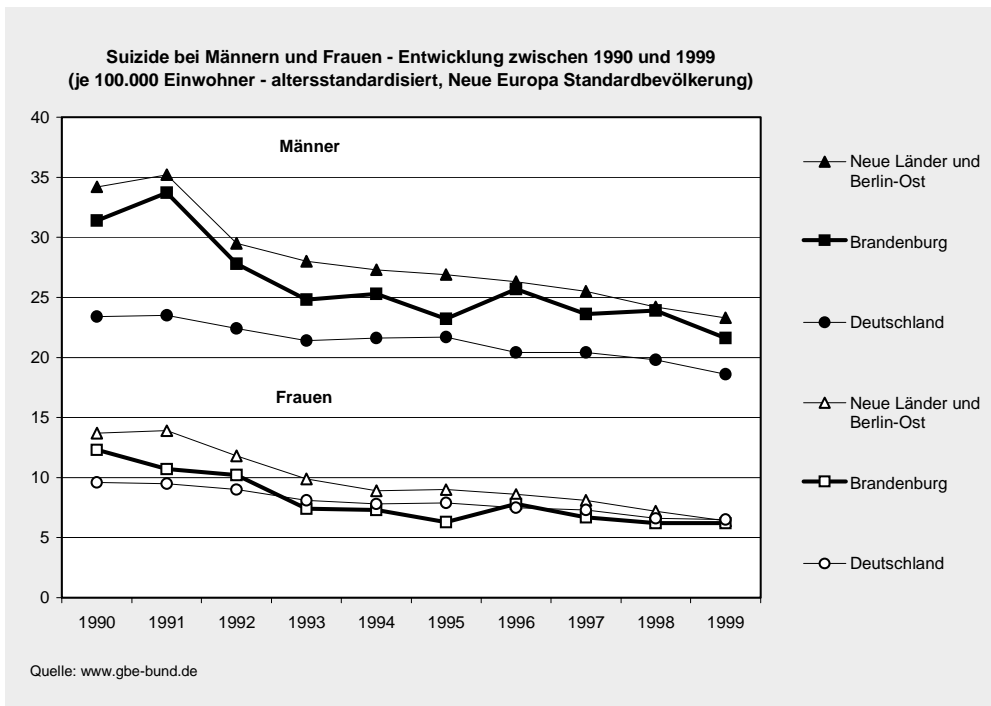


Abbildung 13

Kombination bzw. verstärkt durch soziale Krisen und Notlagen spielen eine wichtige Rolle. Möglicherweise bleiben bei Männern z.B. Depressionen als Auslöser für Selbstmorde häufiger unentdeckt. Von daher sind Präventionsprogramme vielversprechend, die öffentliche Aufklärungskampagnen, Netzwerke für junge Menschen, eine Unterstützung in Krisensituationen und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung beinhalten. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass von vollzogenen Selbstmorden vor allem Männer betroffen sind, sind Präventionsbemühungen geschlechtsspezifisch auszurichten.

Rückgang der Selbsttötungen in Brandenburg, vor allem bei Frauen

4.5 Männer und Frauen im Krankenhaus

Ausführliche Antworten auf die Frage, wie Krankheiten in der Bevölkerung nach Geschlechtern verteilt sind, finden sich nur vereinzelt in amtlichen Statistiken. Über Krankenhausdiagnosen (genauer: Entlassungsdiagnosen), die Anhaltspunkte für schwerere Krankheiten geben, gibt es allerdings Daten aus der amtlichen Statistik, die im Folgenden mit dem Schwerpunkt eines Geschlechtervergleiches dargestellt werden.

In Brandenburg liegen die Krankheitsfälle bei Männern und Frauen insgesamt etwas unter dem Bundesdurchschnitt (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2002, www.gbe-bund.de). 1999 wurden in Brandenburg 259.094 Krankheitsfälle bei der weiblichen Bevölkerung registriert. Bezogen auf die weibliche Bevölkerung waren dies knapp 20.000 Fälle pro 100.000 Einwohnerinnen. Bei den Männern waren es 217.261 Krankheits-

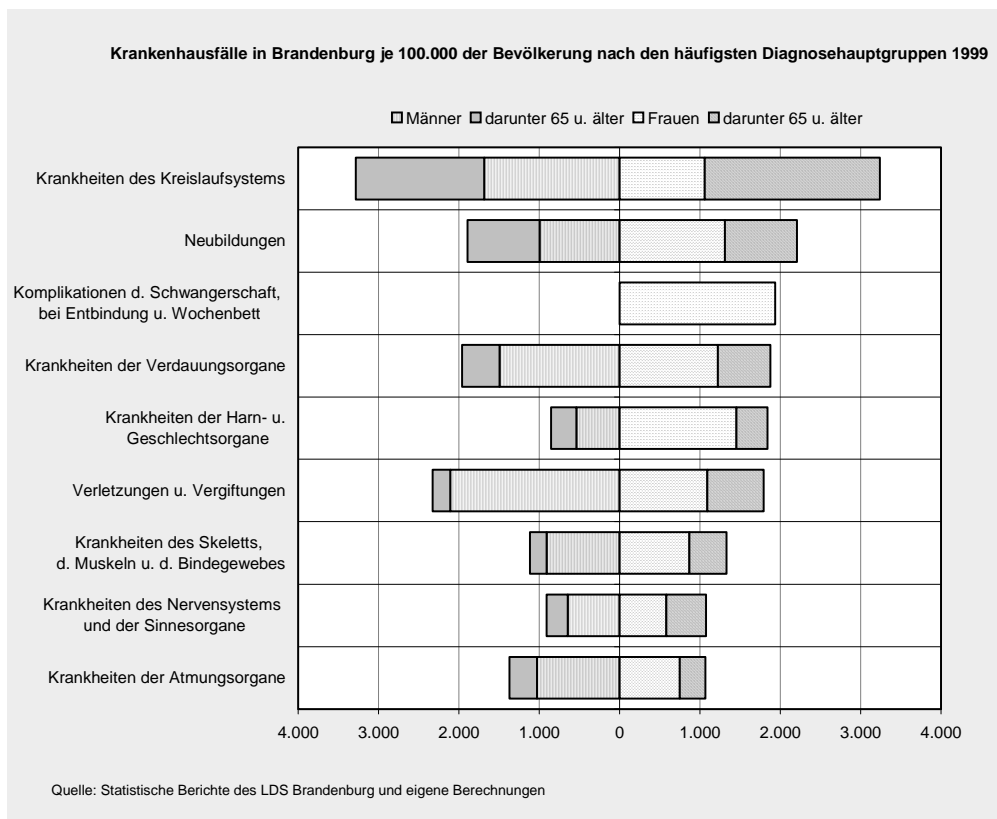


Abbildung 14

fälle, was knapp 17.000 Fälle pro 100.000 Einwohnern entspricht (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2002, www.gbe-bund.de).

Sowohl bei Frauen als auch bei Männern stehen Krankheiten des Kreislaufsystems an erster Stelle bei den Krankenhausfällen (jeweils über 3.000 Fälle je 100.000 Einwohner; Abbildung 14). Allerdings sind die behandelten Männer vergleichsweise jünger als die Frauen.

Die Diagnosegruppe Verletzungen und Vergiftungen steht bei Männern an zweiter Stelle, wobei hier fast ausschließlich die jüngeren und mittleren Jahrgänge (unter 65 Jahren) vertreten sind. Bei den Frauen stehen Verletzungen und Vergiftungen erst an sechster Stelle bei den Krankenhausfällen. Neubildungen sind bei den Frauen

die zweit häufigste Krankenhausdiagnose, gefolgt von „Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und Wochenbett“. Auf diese frauenspezifische Diagnosegruppe entfallen fast 2.000 Krankenhausfälle je 100.000 Fälle. Wenn diese Gruppe bei den Frauen nicht mitgezählt würde, wäre der Geschlechtsunterschied in der Gesamtzahl fast verschwunden. Über weitere Diagnosegruppen im Geschlechtervergleich informiert Abbildung 14.

Im Krankenhaus: wenig Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei den Fallzahlen insgesamt, aber deutliche Unterschiede bei einzelnen Diagnosen

Neben den Krankenhausfällen interessieren auch die Krankenhaustage, d.h. die durchschnittliche Verweildauer bei den häufigsten Diagnosehauptgruppen. Aus Abbildung 15 geht hervor, dass Frauen in den häufigsten Diagnosehauptgruppen im Durchschnitt länger als Männer im Krankenhaus sind. Bei Muskel-Skelett-Erkrankungen sind Frauen mit 13,6 Tagen durchschnittlich 2 Tage länger im Krankenhaus als Männer. Bei Krankhei-

ten des Kreislaufsystems sind es 12,2 Tage für die Frauen gegenüber 10,8 Tage bei den Männern. Und bei Verletzungen und Vergiftungen sind Frauen 2,4 Tage länger im Krankenhaus. Eine Erklärung für die unterschiedliche Verweildauer liegt darin, dass Frauen durchschnittlich älter sind, wenn sie im Krankenhaus stationär behandelt werden und von daher eine längere Verweildauer für die Genesung notwendig ist.

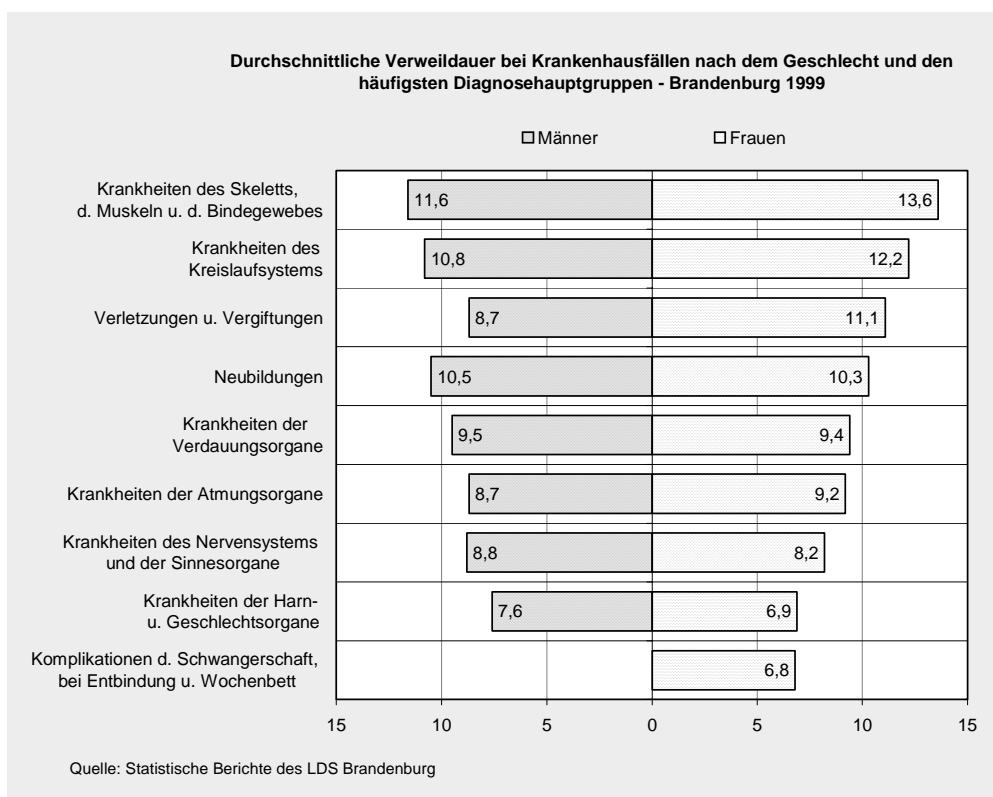


Abbildung 15

5 Einblicke: zwei Geschlechter, zwei Gesundheit?

In der Kindheit weisen Jungen mehr medizinisch relevante Befunde auf als Mädchen. Das zeigen regelmäßig die ärztlichen Reihenuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Kitas und Schulen. Im Jugendalter ist dieser Unterschied aber nicht mehr nachweisbar. Die Kinder- und Jugendärzte bzw. Kinder- und Jugendärztinnen konstatieren bei den Mädchen der 10. Klassen sogar mehr medizinisch relevante Befunde als bei den Jungen.

5.1 Von Kindheit an ...

Bei der Betrachtung der altersspezifischen Sterblichkeit zeigt sich von Beginn des werdenden Lebens an, dass das männliche Geschlecht das schwächere ist. Fehlgeburten sind häufiger männlich als weiblich. Von der Säuglingssterblichkeit, die insgesamt in den vergangenen Jahren in Brandenburg auf erfreulich niedrige Werte gesunken ist, sind regelmäßig mehr männliche als weibliche Säuglinge betroffen (1992 bis 2001: männlich 436, weiblich 299; LDS 2002a).

Auch bei schwereren Krankheiten sind in der Kindheit mehr Jungen als Mädchen betroffen. So zeigt sich in der Kranken-

hausdiagnosestatistik für die Altersgruppe bis 15 Jahren, dass Jungen insbesondere in Folge von Verletzungen/Vergiftungen und psychiatrischen Krankheiten deutlich häufiger stationär aufgenommen wurden als Mädchen (Abbildung 16).

Dass Jungen durch Verletzungen und Vergiftungen aufgrund von Unfällen mehr betroffen sind als Mädchen, zeigen auch die Daten aus den ärztlichen Einschulungsuntersuchungen in Brandenburg. Demnach hatten im Jahr 2001 ca. 16% der Jungen und ca. 12% der Mädchen bis zur Einschulung einen Unfall.

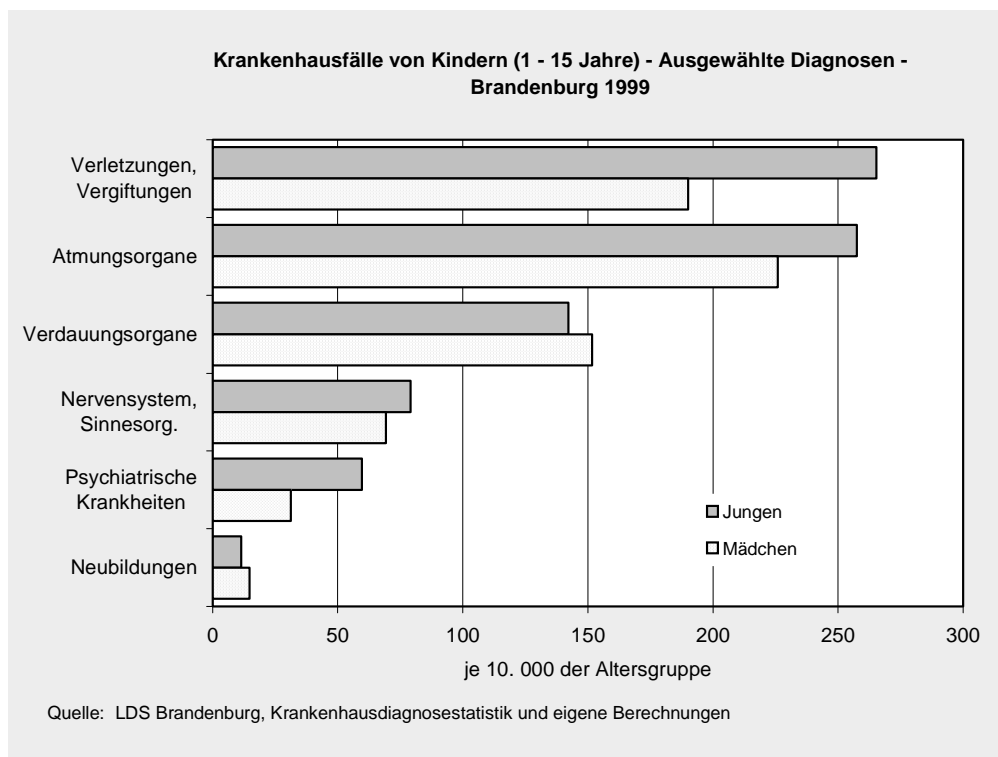


Abbildung 16

Im Land Brandenburg untersuchen Ärzte und Ärztinnen des ÖGD jährlich alle Kinder in Kitas, ebenso alle Kinder bei der Einschulung sowie Schüler und Schülerinnen der 10. Klassen. Da die ärztlichen Reihenuntersuchungen standardisiert durchgeführt und dokumentiert werden, liegt hiermit eine Datenquelle vor, die auch Aussagen über Unterschiede in der Gesundheit von Jungen und Mädchen ermöglicht.

So wurden bei den Kita-Kindern und den Einschüler/innen medizinisch relevante Befunde bei Jungen insgesamt häufiger festgestellt als bei Mädchen (Abbildung 17). Bei Jugendlichen (Schüler und Schülerinnen der 10. Klassen, also mehrheitlich 16-jährige Jugendliche) werden dagegen bei den Mädchen mehr medizinisch relevante Befunde verzeichnet.*

Bei den Kindern weisen Jungen mehr medizinisch relevante Befunde auf, bei den Jugendlichen sind es die Mädchen

Im Einzelnen sind Befunde, für die in der Entstehung ein enger Zusammenhang mit den sozialen Bedingungen in den Familien gesehen wird, in allen betrachteten Altersklassen besonders häufig bei Jungen zu finden (Sprach- und Sprechstörungen, intellektuelle Entwicklungsverzögerung, psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten; vgl. MASGF 1999a, 2001c). So ist beispielsweise der Bedarf an Sprachheilbehandlung bei Jungen signifikant größer als bei Mädchen.

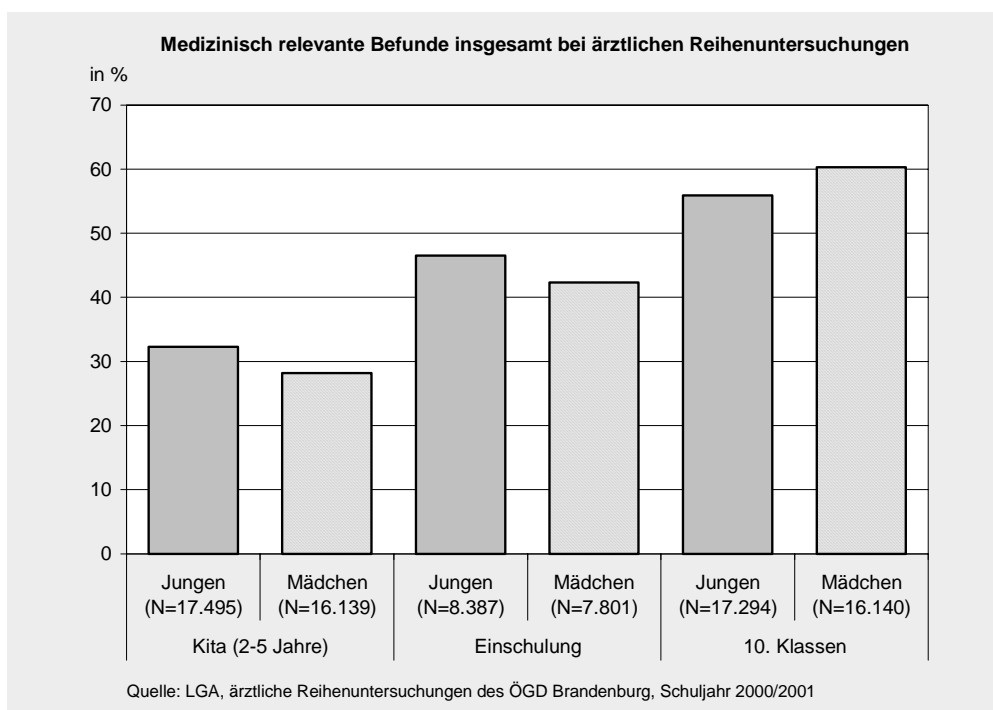


Abbildung 17

* Medizinisch relevante Befunde sind die Befunde, die ernstere Beeinträchtigungen für die Kinder bedeuten und bei denen ein medizinischer Handlungsbedarf besteht.

Eine gesundheitliche Benachteiligung der Jungen spiegelt sich auch in den Behindertenraten wider (Abbildung 18). In diesem Zusammenhang ist erwähnenswert, dass der Anteil der Jungen in Förderschulen 65% beträgt.

In der Zahngesundheit sind bei Karies Jungen in den unteren Altersgruppen belasteter als Mädchen. Ab ca. 11 Jahren verhält es sich umgekehrt. Der Wandel wird damit erklärt, dass Mädchen biologisch reifer sind als Jungen. Sie haben früher als Jungen ein bleibendes Gebiss, das dann wiederum früher den Risiken für Karies ausgesetzt ist.

Blickt man übergreifend auf die Faktoren, die mit Unterschieden in der Gesundheit zusammenhängen, wird die Bedeutung des Geschlechts relativiert. Hier ist der Sozialstatus (beispielsweise Schulbildung und Erwerbstätigkeit der Mütter und Väter) in den Herkunftsfamilien wesentlich wirksamer (MASGF 1999a). Allerdings ist in der Kindheit eine Risikogruppe auszumachen: Jungen aus sozial benachteiligten Familien sind auch gesundheitlich am stärksten benachteiligt.

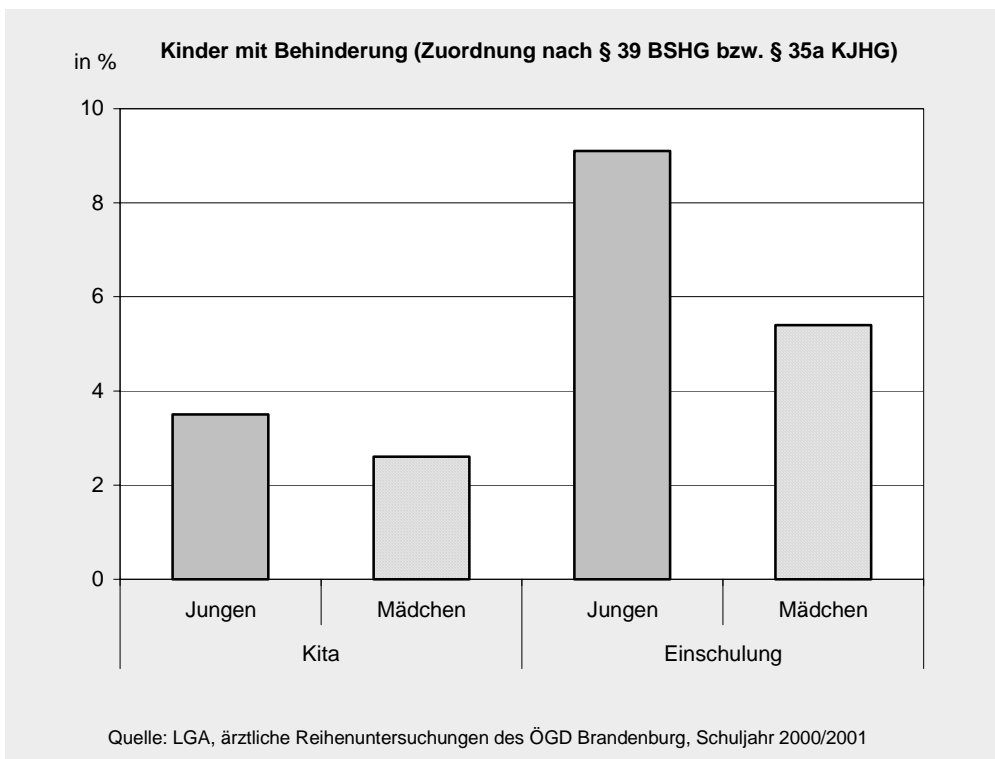


Abbildung 18

5.2 Arbeit und Gesundheit

Männer sind stärker als Frauen von körperlichen Arbeitsbelastungen betroffen. Der Krankenstand der Frauen liegt etwas über dem der Männer. Im Vordergrund stehen Muskel-Skeletterkrankungen und Atemwegserkrankungen, bei den Männern zudem unfallbedingte Verletzungen. Männer erleiden 3- bis 4-mal mehr Arbeitsunfälle als Frauen.

5.2.1 „Arbeit gefährdet Ihre Gesundheit“? Arbeitsbelastungen und gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung

Die meisten Menschen verbringen täglich viele Stunden am Arbeitsplatz. Ihre Gesundheit hängt daher nicht zuletzt davon ab, welche Arbeitsbedingungen sie vorfinden, welche Möglichkeiten der Prävention und des Belastungsausgleichs es gibt und - last not least - auch davon, wie sie selbst mit ihrer Gesundheit am Arbeitsplatz umgehen.

Die Arbeitsbedingungen für Männer und Frauen sind nicht gleich. Einige Unterschiede wurden schon in Kapitel 3.1 deutlich: in manchen Branchen sind Frauen überproportional stark vertreten, in manchen Branchen Männer - mit entsprechenden branchentypischen Arbeitsbelastungen. Des Weiteren sind Frauen häufiger in den unteren beruflichen Statusgruppen vertreten. Das bedeutet z.B., dass die soziale Anerkennung für ihre Tätigkeiten oft geringer ist, dass sie nur über eingeschränkte Handlungsspielräume verfügen und dass sie dort insgesamt auch weniger Chancen zur persönlichen Entfaltung vorfinden.

Solche aus der Struktur der Erwerbstätigkeit resultierenden Unterschiede zwischen den Geschlechtern spiegeln sich z.T. auch in Belastungsanalysen wider. Eine bevölkerungsrepräsentative objektive Erfassung von Arbeitsbedingungen (z.B. technische Messung von Lärmpegeln etc.) nach dem Geschlecht der betroffe-

nen Beschäftigten gibt es zwar nicht. Es stehen aber Befragungsdaten zur Verfügung, d.h. die subjektive Einschätzung der Arbeitsbedingungen durch die Beschäftigten selbst. Dazu werden hier zunächst einige Ergebnisse einer großen Befragung von Arbeitnehmer/innen durch das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) und das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) Ende der 90er Jahre vorgestellt.

In den letzten Jahren ist das Thema „Psychische Belastungen“ immer mehr in den Mittelpunkt der Diskussion gerückt. So sieht z.B. die vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Mai 2001 ausgerichtete „Initiative für eine neue Qualität der Arbeit“ hierin einen ihrer inhaltlichen Schwerpunkte und auch in der Mitteilung der Europäischen Kommission über die neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz wird die Verhütung von Stress als eines der Ziele genannt (Europäische Agentur 2002). Der Grund für diese hohe Aufmerksamkeit liegt darin, dass nach Auffassung praktisch aller Expert/innen psychische Belastungen am Arbeitsplatz in der Vergangenheit stetig zugenommen haben und inzwischen wesentlich zum Entstehen von Herz-Kreislaufkrankungen, Muskel-Skeletterkrankungen und vielen anderen Beschwerden mit psychosomatischen Anteilen beitragen. Auch die Beschäftigten selbst bestätigen die Zunahme psychischer Belastungen: In der BIBB/IAB-Befragung haben mehr als 40% der Frauen und Männer in Brandenburg angegeben, dass Stress und Arbeitsdruck in den letzten 2 Jahren zugenommen haben, in etwa der gleichen Größenordnung gaben dies auch die Beschäftigten in Deutschland insgesamt an.

Stress am Arbeitsplatz nimmt zu

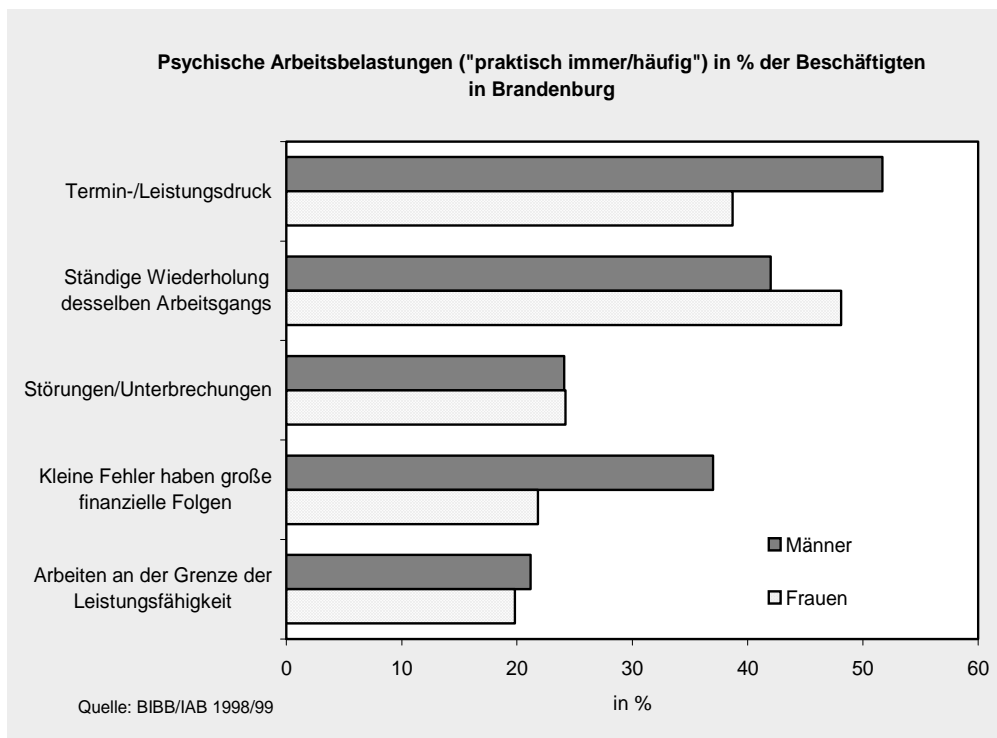


Abbildung 19

Das Spektrum der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz reicht von umgebungsbezogenen Belastungen (z.B. Lärm als Stressor), über aufgabenbezogene Faktoren (z.B. Zeitdruck, Störungen, Monotonie), soziale Faktoren (Führungsstil, Mobbing, sexuelle Belästigung), Aspekten der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bis hin zur Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes. Häufig wirken mehrere solcher Belastungsfaktoren zusammen mit schwer einschätzbaren kumulativen Wirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass manche Arbeitsbedingungen erst vor dem Hintergrund bestimmter persönlicher Gegebenheiten zur Belastung werden: so können z.B. Tätigkeiten mit hohen geistigen Anforderungen einerseits zur Persönlichkeitsentfaltung beitragen, sie können anderer-

seits bei unzureichend qualifizierten Beschäftigten aber auch zu einer Überforderung werden.

Der BIBB/IAB-Studie zufolge fühlen sich sowohl Männer als auch Frauen in Brandenburg in hohem Maße psychischen Belastungen ausgesetzt: Wenn ein Fünftel der Beschäftigten angibt, praktisch immer an den Grenzen der eigenen Leistungsfähigkeit zu arbeiten, ist dies ein ernstes Warnsignal im Hinblick auf drohende psychosomatische Erkrankungen. Dabei treten bei den Männern etwas häufiger Belastungen im Zusammenhang mit einer hohen Verantwortung für das Arbeitsergebnis auf, bei den Frauen etwas häufiger Monotoniebelastungen, sicher auch ein Ausdruck unterschiedlicher Beschäftigungsstrukturen von Männern und Frauen.

Seit einigen Jahren wird in den Medien, aber auch in der Fachöffentlichkeit, verstärkt über „Mobbing“ diskutiert. Darunter ist feindseliges Verhalten (Intrigen, Schikanen) unter den Beschäftigten bzw. zwischen Vorgesetzten und Mitarbeiter/innen zu verstehen. Als Ursachen für Mobbing werden häufig der gestiegene Leistungsdruck und die Arbeitsplatzunsicherheit genannt. Mobbing kann daher als destruktive kollektive Bewältigungsform von Stress betrachtet werden. Seit kurzem liegen für Deutschland erste Daten vor, demnach wären ca. 2,7% der Beschäftigten von Mobbing betroffen, Frauen mit 3,5% etwas stärker als Männer mit 2% (BAUA 2002). Dagegen stellen gute kollegiale Beziehungen eine wichtige gesundheitsförderliche Ressource dar: soziale Unterstützung am Arbeitsplatz hilft, mit Belastungen besser zurechtzukommen. Vor diesem Hintergrund muss es bedenklich stimmen, wenn in der BIBB/IAB-Studie 22% der Beschäftigten in den neuen Ländern angaben, der Zusammenhalt unter den Kolleg/innen hätte in den letzten beiden Jahren abgenommen (alte Länder: 15%).

Ein weiterer Belastungsfaktor im Zusammenhang mit sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz resultiert aus dem Zwang, bei manchen Tätigkeiten die eigene Emotionalität zu instrumentalisieren, sich also z.B. stets freundlich, einfühlend oder gesprächsbereit zu geben, unabhängig davon, wie man (oder frau) sich wirklich fühlt. Für Tätigkeiten im Verkauf oder in sozialen Tätigkeitsfeldern, also klassischen Frauenarbeitsplätzen, ist dies oft unabdingbar. Dazu gibt es aus der BIBB/IAB-Befragung wie auch aus anderen bevölkerungsrepräsentativen Studien jedoch keine Daten (vgl. auch Ducki 2000, S. 11).

Psychische Belastungen ergeben sich des Weiteren aus den Anforderungen, die an die zeitliche und räumliche Flexibilität der Beschäftigten gestellt werden. Diese An-

forderungen sind in den vergangenen Jahren insgesamt deutlich gestiegen. Dahinter steht ein Bündel von Faktoren, angefangen von veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Unternehmen (kürzere Lieferfristen, zeitliche Auslastung teurer Anlagen, Ausweitung von Ladenöffnungszeiten etc.) bis hin zu den Folgen der anhaltenden Massenarbeitslosigkeit und den daraus resultierenden Zwängen für die Beschäftigten, auch weiter entfernte Arbeitsmöglichkeiten anzunehmen. Vor allem die Flexibilisierung der Arbeitszeiten kann zwar gesundheitliche Vorteile mit sich bringen, wenn die Beschäftigten über die notwendige „Zeitsouveränität“ verfügen, also selbst bestimmen können, wann und wie viel sie arbeiten wollen. Dies ist aber bei der Mehrzahl der Beschäftigten nicht der Fall, ihre Arbeitszeiten werden vor allem durch die Flexibilitätsbedürfnisse der Unternehmen bestimmt. Insgesamt muss davon ausgegangen werden, dass die zeitliche und räumliche Flexibilisierung der Arbeitsverhältnisse gesundheitlich für die meisten Betroffenen eher negative Folgen hat. Abgesehen von den gesundheitlichen Belastungen, die z.B. mit Schichtarbeit und Nachtarbeit einhergehen, sind solche Arbeitsbedingungen auch ausgesprochen ungünstig für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und führen zu zusätzlichen Belastungen in der privaten Lebenssphäre. Die Landesregierung versucht daher, mit geeigneten Maßnahmen Arbeitsorganisationsmodelle zu fördern und bekannt zu machen, die unter Berücksichtigung der Flexibilitätsbedürfnisse von Unternehmen zugleich mehr Zeitsouveränität für die Beschäftigten ermöglichen. Beispiele dafür sind die Kampagne „Moderne Arbeitszeiten für Brandenburg“ oder der Ideenwettbewerb „Chancen für Familie und Erwerbstätigkeit“. Auch in der Landesverwaltung selbst werden neue Arbeitszeitmodelle erprobt.

Unregelmäßige Arbeitszeiten belasten Familien

Werden die zeitlichen und örtlichen Flexibilitätsanforderungen an die Beschäftigten in Brandenburg nach Geschlecht betrachtet, so zeigt sich: Frauen arbeiten häufiger in Wechselschicht und an Samstagen (Verkaufspersonal, Pflegetätigkeiten), Männer müssen häufiger den Einsatzort, z.B. die Baustelle, wechseln.

beurteilungen aus rechtlichen und sachlichen Gründen bisher auf Landesebene nicht zusammengeführt werden können.

Eine generelle Abnahme körperlicher Belastungen durch den Trend zur Dienstleistungsgesellschaft, wie dies gelegentlich von Medien berichtet wird, lässt sich we-

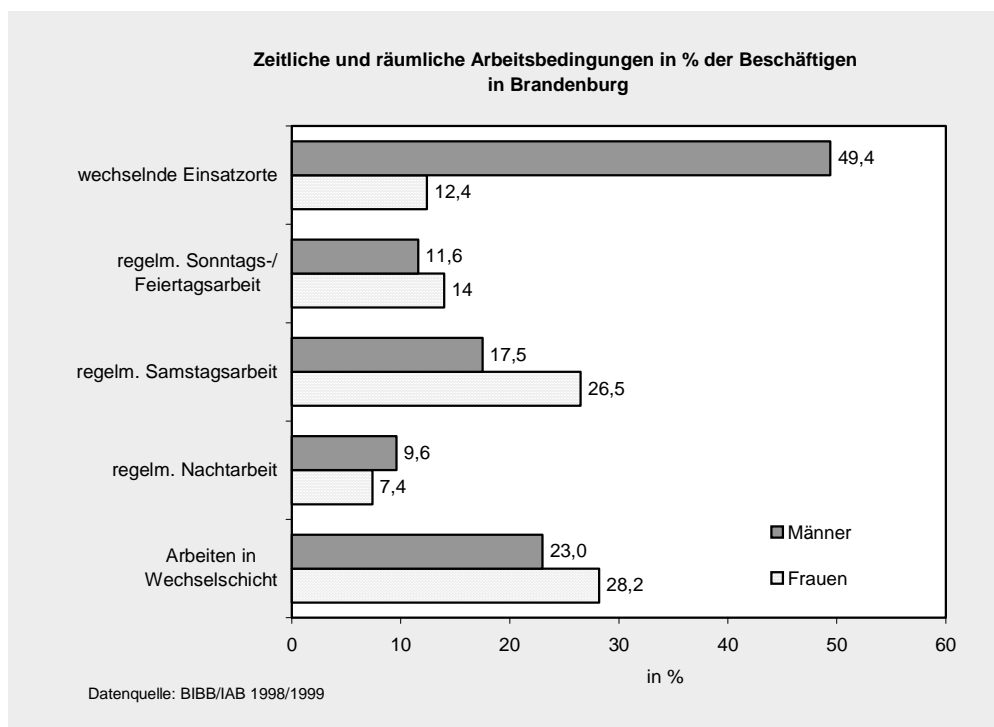


Abbildung 20

Mehr Aufmerksamkeit für psychische Belastungen in der Arbeit war einerseits überfällig (vgl. auch MASGF 1998, S. 41 f) und der Handlungsbedarf auf der betrieblichen wie auf der überbetrieblichen Ebene ist unabweisbar. Auf der anderen Seite darf aber nicht übersehen werden, dass die „alten“ körperlichen Belastungen nach wie vor da sind und auch hier nicht alle Arbeitsschutzfragen befriedigend gelöst sind. Zudem fehlen auch hier fundierte Daten zur objektiven Belastungssituation, da die betrieblichen Gefährdungs-

der aus den BIBB/IAB-Befragungen noch aus europäischen Befragungen (z.B. Europäische Stiftung 2002, S. 10) ableiten. Eine besondere Situation besteht allerdings in den neuen Bundesländern, hier ist es infolge des wirtschaftlichen Strukturwandels seit Anfang der 90er Jahre tatsächlich zu einem Rückgang körperlicher Belastungen und einer Angleichung an die Situation in den alten Ländern gekommen.

Aus der BIBB/IAB-Befragung ergibt sich für die wichtigsten körperlichen Belastungsfaktoren der Beschäftigten in Brandenburg folgendes Bild:

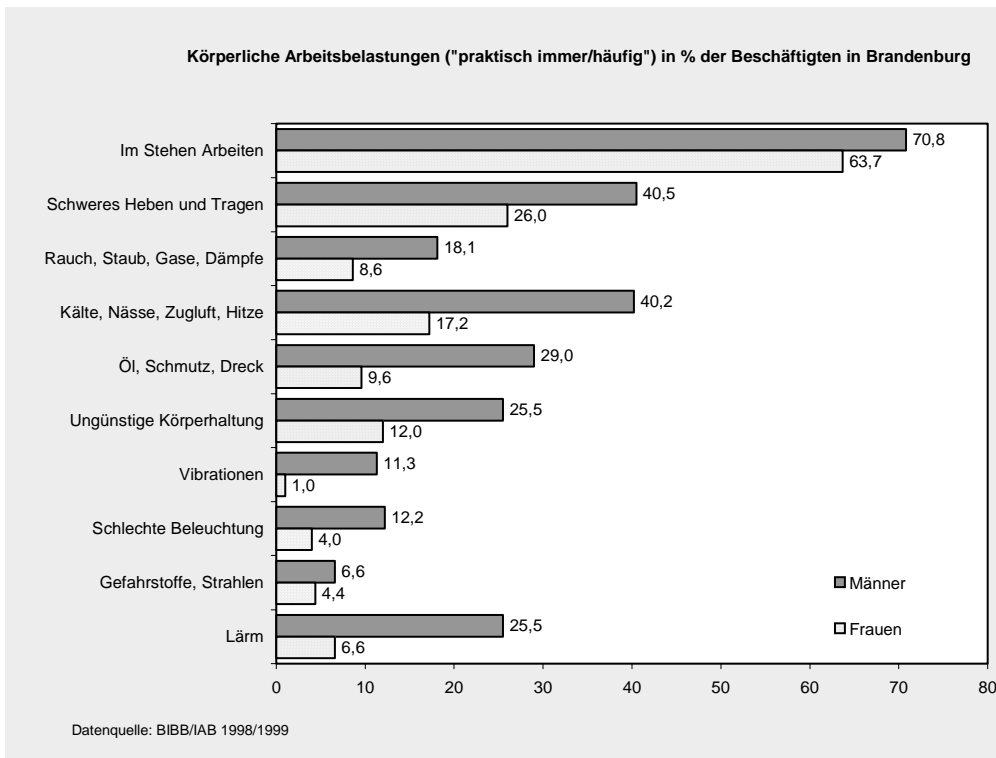


Abbildung 21

Körperliche Belastungen: Männer stärker betroffen

Es bestätigt sich, dass weit mehr Männer als Frauen an Arbeitsplätzen mit hohen körperlichen Belastungen arbeiten. Dies gilt sowohl für Umgebungsbelastungen (durch Lärm, Hitze, Kälte oder Gefahrstoffe) als auch für einseitige Belastungen des Muskel-Skelett-Systems, z.B. durch schweres Heben und Tragen. Darin kommt, wie bereits erwähnt, die Dominanz von Männern in Branchen wie dem Baugewerbe zum Ausdruck (allerdings gibt es auch klassische „Frauenberufe“ mit hohen körperlichen Belastungen, z.B. in der Kranken- und Altenpflege oder im Reinigungsgewerbe). Die hohen Raten betroffener

Arbeitnehmer/innen machen deutlich, dass es für technische bzw. ergonomische Ansätze der gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung nach wie vor einen dringenden Bedarf gibt. Die Landesregierung hat daher diese Thematik zu einem Schwerpunkt ihres Förderprogramms SIGAT („Sicherheitsgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen und Technologien“) gemacht und unterstützt dabei insbesondere kleinere und mittlere Betriebe.

Von Arbeitsunfällen sind Männer wesentlich häufiger betroffen als Frauen, was vor allem auf die Überrepräsentanz von Männern in unfallträchtigen Branchen zurückzuführen ist, vermutlich aber auch auf verhaltensbedingte Unterschiede im Umgang mit unfallträchtigen Situationen:

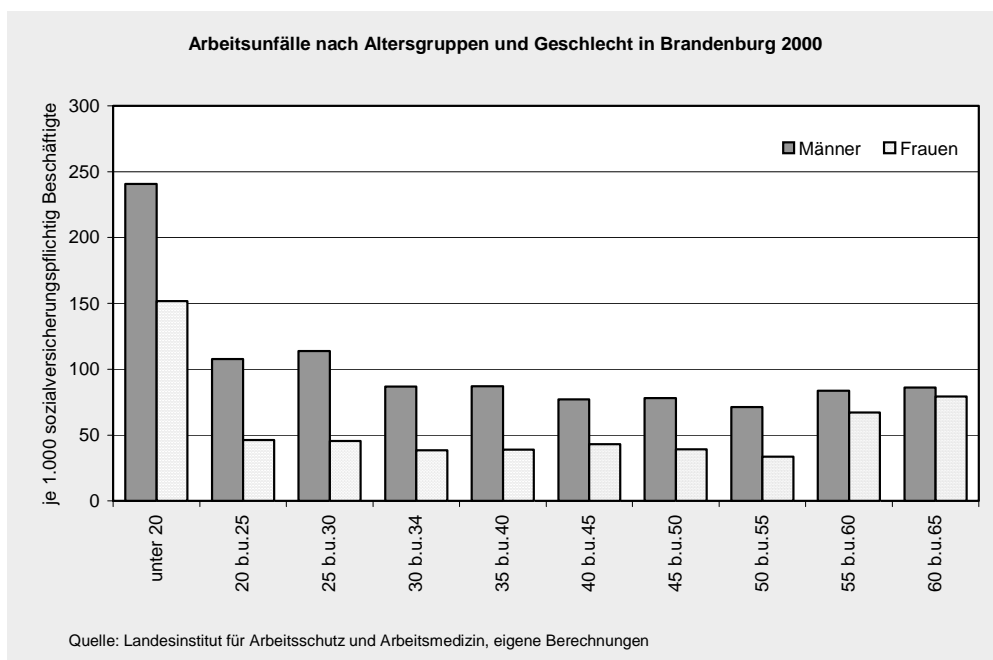


Abbildung 22

In praktisch allen Altersklassen haben Männer mehr Arbeitsunfälle als Frauen. In der Altersgruppe der über 55-Jährigen scheint das Verhältnis zwar ausgeglichener, dahinter steht vermutlich aber eine statistische Verzerrung durch den starken Rückgang der Frauenerwerbstätigkeit in dieser Altersgruppe.

5.2.2 Gesundheitliche Beschwerden und Erkrankungen

Belastungen und gesundheitliche Beschwerden bzw. Erkrankungen stehen in keinem einfachen Ursache-Wirkungszusammenhang. Ob etwas überhaupt als Belastung empfunden wird und wie sich das gesundheitlich auswirkt, hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab, nicht zuletzt vom subjektiven Umgang mit den jeweiligen Arbeitsbedingungen und mit ersten auftretenden Beschwerden. Umgekehrt haben Krankheiten bekanntlich viele Ursachen, die Arbeitswelt ist davon nur eine. Die folgenden Darstellungen sollen somit zunächst einmal nur den Gesund-

heitszustand der Beschäftigten beschreiben, unabhängig davon, welchen Einfluss die Arbeitsbedingungen darauf gehabt haben könnten.

In der BIBB/IAB-Studie wurde danach gefragt, ob bei oder unmittelbar nach der Arbeit gesundheitliche Beschwerden auftreten. Dabei haben etwa zwei Fünftel der Befragten angegeben, beschwerdefrei zu sein. Etwa 35% litten unter Rückenschmerzen, etwa 27% unter Nacken- und Schulterschmerzen und jeweils ca. 15% unter Schmerzen in den Beinen und Füßen sowie unter Kopfschmerzen. Dabei sind zwischen den Geschlechtern deutliche Unterschiede zu verzeichnen: Frauen klagen deutlich häufiger als Männer über gesundheitliche Beschwerden im Zusammenhang mit der Arbeit. Hier spielen wiederum insbesondere die unterschiedlichen Tätigkeiten von Männern und Frauen eine wichtige Rolle. So dürften z.B. die häufigeren Klagen der Männer über Schmerzen in den Knien durch gelenkbelastende Tätigkeiten in vielen Bau-

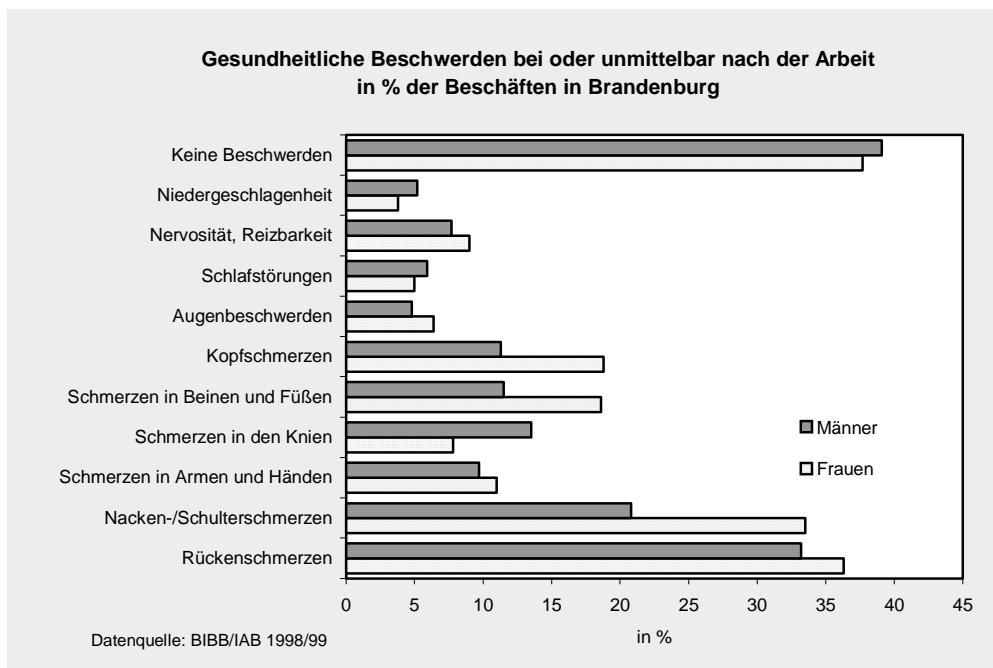


Abbildung 23

berufen bedingt sein, während Nacken-/Schulterschmerzen sowie Kopfschmerzen typische „Bürobeschwerden“ sind.

Eine weitere Datenquelle zur Gesundheit der Beschäftigten stellen die Arbeitsunfähigkeitsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Die Daten der verschiedenen Kassenarten werden aber länderbezogen nicht zusammengeführt, so dass für Brandenburg Zahlen wie der Krankenstand für Männer und Frauen insgesamt oder die geschlechtsspezifischen Ausfalltage infolge von Muskel-

Skeletterkrankungen nicht vorliegen. Im Folgenden werden hier vor allem Daten der AOK zugrunde gelegt.

Der Krankenstand der Männer und Frauen in Brandenburg ist demnach in den letzten Jahren etwas angestiegen. Anders als in den alten Bundesländern liegt der Krankenstand in Brandenburg (und ebenso in den anderen neuen Bundesländern) bei den Frauen über dem der Männer, vermutlich eine Auswirkung der Beschäftigtenstruktur und der Arbeitsmarktsituation in Brandenburg.

Tabelle 5

Krankenstand in Brandenburg					
	1997	1998	1999 in %	2000	2001
insgesamt	5,3	5,3	5,4	5,6	5,6
Frauen	5,6	5,6	5,7	5,8	5,5
Männer	5,1	5,2	5,3	5,6	5,7

Datenquelle: AOK 2001, eigene Berechnungen; Berechnungsbasis: AU-Tage pro 100 Versichertenjahre.
Versichertenjahre sind eine Standardisierungsgröße, „100 Versichertenjahre“ können hier wie „100 ganzjährig Versicherte“ gelesen werden.

Werden die Arbeitsunfähigkeitstage nach Diagnosen differenziert, so zeigt sich, dass bei beiden Geschlechtern die Muskel-Skeletterkrankungen mit Abstand an erster Stelle stehen, gefolgt von den Verletzungen (bei den Männern) bzw. den Atemwegserkrankungen. Das ist im Bundesvergleich kein untypisches Bild. Dass Männer mehr Krankentage infolge von Verletzungen haben, liegt vor allem an der größeren Anzahl der Unfälle und darunter auch der Arbeitsunfälle bei den Männern, dies ist also zum Teil auch auf arbeitsbedingte Faktoren zurückzuführen. Auffällig ist die hohe Zahl psychischer Er-

Krankenstand der Frauen höher

krankungen bei den Frauen, die hier schon die vierthäufigste Diagnose stellen. Psychische Erkrankungen nehmen bei praktisch allen Kassenarten seit Jahren stetig zu. Eine Studie der DAK weist zudem darauf hin, dass psychische Erkrankungen in Brandenburg zwar noch einen geringeren Anteil am Krankenstand haben als in den alten Bundesländern, dass hierfür aber möglicherweise Aspekte des Versorgungssystems und seiner Inanspruchnahme verantwortlich sind, also u.U. ein Nachhol-effekt zu erwarten ist (DAK 2002, S. 24 f).

Nach den Daten aus dem Bundes-Gesundheitssurvey von 1998 können wir annehmen, dass etwa 14% der Männer und 23% der Frauen eine psychische Störung (affektive, somatoforme und Angststörungen) aufweisen (Wittchen et al. 1999). Frauen sind damit signifikant häufiger betroffen als Männer. Die Gründe für diese Geschlechtsunterschiede, die auch für neurotische und psychosomatische Störungen berichtet werden, sind nicht geklärt. Vermutungen sind: Frauen sind im Zusammenhang mit Kindern mehr Stress ausgesetzt, das Leben verläuft diskontinuierlicher und Frauen werden öfter unter-, aber auch überfordert (Becker & Minsel 1986).

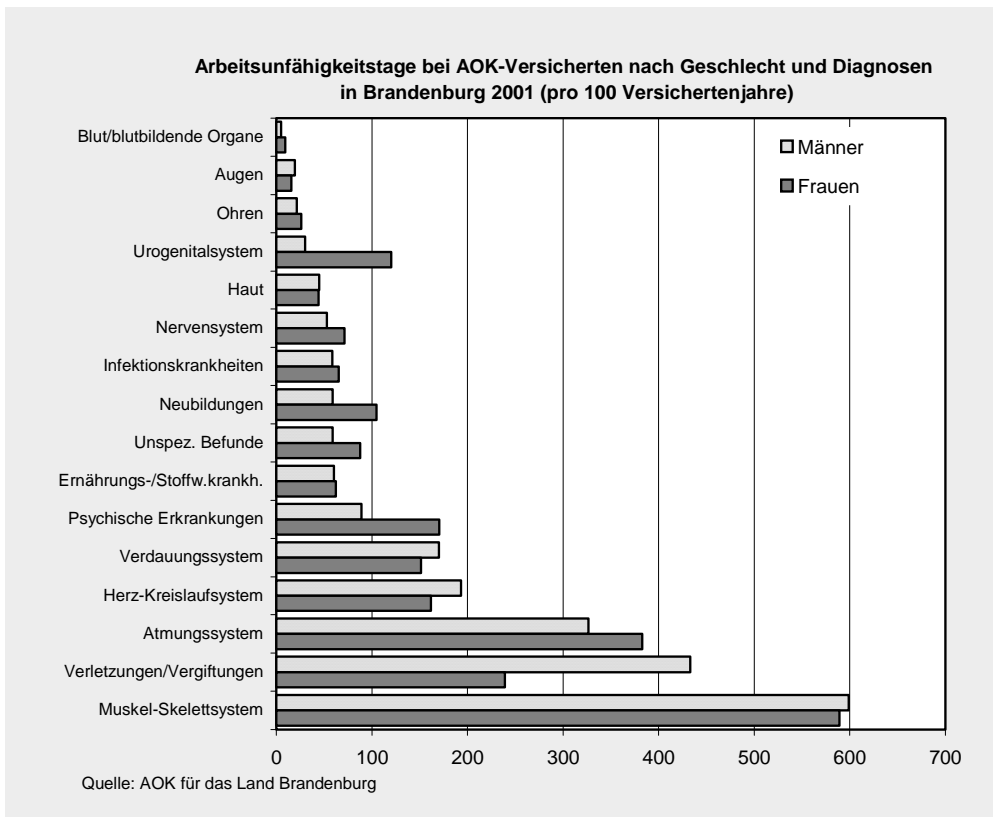


Abbildung 24

Die Arbeitsunfähigkeitstage der AOK-Versicherten liegen, bedingt durch die unterschiedliche Versichertenstruktur, deutlich über denen anderer Krankenkassen. Bei einzelnen Diagnosen (Muskel-Skeletterkrankungen, Verletzungen, etc.) sind die AU-Tage der AOK-Versicherten mehr als 50% höher als bei den BKK-Versicherten oder DAK-Versicherten (BKK 2002, DAK 2002). Dies schränkt die Aussagekraft differenzierterer Analysen mit Kassendaten

auf Länderebene gegenwärtig stark ein, z.B. insbesondere für Krankenstandsvergleiche zwischen Branchen, aber auch für viele geschlechtsspezifische Analysen. Eine kassenartenübergreifende Datenzusammenführung auf Länderebene wäre daher dringend notwendig.

Krankenstand und Arbeitsbedingungen

Genauere Analysen dazu, in welchem Umfang der Krankenstand arbeitsbedingt ist, liegen nicht vor. Es wird davon ausgegangen, dass der arbeitsbedingte Anteil je nach Diagnosegruppe sehr unterschiedlich ist. Man schätzt z.B. den Anteil bei den Herz-Kreislaufkrankungen auf bis zu 50% (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) und bei den Muskel-Skeletterkrankungen auf bis zu 30% (Nordischer Rat). Bei anderen Diagnosegruppen, z.B. den bösartigen Neubildungen oder den Erkrankungen des Nervensystems, wird von weit geringeren arbeitsbedingten Anteilen ausgegangen. Auf der anderen Seite spiegelt der Krankenstand aber auch nicht die gesamten gesundheitlichen Folgen der Arbeit wider: manche arbeitsbedingte Erkrankungen (z.B. Hauterkrankungen) werden ohne Krankschreibung behandelt - und nicht wenige arbeits(mit-)bedingte Erkrankungen treten erst im Rentenalter auf.

Eine eindeutige Verursachung durch die Arbeit ist nur bei den so genannten „Berufskrankheiten“ nachgewiesen, deren Behandlung und Entschädigung versicherungsrechtlich gesondert geregelt ist. Die zweifelsfreie berufliche Verursachung gehört hier zu den Anerkennungsvoraussetzungen. Im Jahr 2000 wurden ca. 250 Berufskrankheiten bestätigt, die Betroffenen waren ganz überwiegend Männer. Eine relevante Ausnahme, bei der die Frauen in der Mehrzahl sind, ist die BK-Ziffer 5101 (Haut).

Abschließend soll noch ein Blick auf das Ende des Erwerbslebens geworfen werden. Im Jahr 2001 gingen in Brandenburg etwas mehr als 7.000 Menschen krankheitsbedingt vorzeitig in Rente, darunter waren gut 4.000 Männer und 3.000 Frauen. Die Zahlen sind seit Jahren rückläufig.

Psychische Erkrankungen machen demnach ein Drittel aller Diagnosen bei den krankheitsbedingten Frühverrentungen bei den Frauen aus, bei den Männern mehr als ein Fünftel. Der Anteil der psychischen Erkrankungen an den Frühverrentungen ist bei den beiden Geschlechtern in den letzten Jahren gestiegen. Auffällig ist des Weiteren, dass weitaus mehr Männer als Frauen infolge von Herz-Kreislaufkrankungen frühverrentet werden. Haupt-

Tabelle 6

Anteil einzelner Diagnosen an den Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Brandenburg 2001	Männer	Frauen
	in %	
Muskel-Skeletterkrankungen	22,5	24,2
Psychische Erkrankungen	21,7	30,1
Krankheiten des Kreislaufsystems	18,5	8,2
Neubildungen	13,4	16,9
Krankheiten des Nervensystems	5,2	5,7

Datenquelle: VDR 2001, eigene Berechnungen

ursache sind hier ischämische Herzkrankheiten (z.B. Herzinfarkte) und Erkrankungen der Hirngefäße (z.B. Schlaganfälle). Die Konsequenzen, die sich aus einer solchen geschlechtsspezifischen Analyse des Themas „Arbeit und Gesundheit“ ergeben, weisen zum einen in Richtung Chancengleichheit für Männer und Frauen auf dem Arbeitsmarkt. Viele geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Arbeitsbelastungen hängen eng mit der Struktur der Erwerbstätigkeit von Männern und Frauen zusammen. Maßnahmen der Landesregierung zur Förderung und Qualifizierung der Frauenerwerbstätigkeit sowie zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie (für Frauen und Männer gleichermaßen) sind daher auch unter gesundheitspolitischen Aspekten sinnvoll. Zum anderen wird aber auch im Arbeitsschutzsystem selbst bzw. in den Arbeitswissenschaften darüber nachzudenken sein, ob Vorschriften, Normen und Grenzwerte dem Grundgedanken des Gender Mainstreaming immer ausreichend Rechnung tragen. So sind z.B. viele Normen aus der Untersuchung männlicher Personen gewonnen worden. Nur selten, z.B. bei den Empfehlungen für das Heben und Tragen von Lasten, sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern berücksichtigt worden. Und last not least soll auf einen dritten Aspekt hingewiesen werden: Vieles im Bereich Arbeit und Gesundheit ist für beide Geschlechter gleichermaßen verbesserungsbedürftig. So müssen insbesondere geeignete Präventionsansätze im Bereich der psychischen Arbeitsbelastungen ausgebaut werden. Dass nur etwas mehr als 5% der Brandenburger/innen in der BIBB/IAB-Studie angaben, schon an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung teilgenommen zu haben, während mehr als 85% angaben, so etwas gäbe es in ihrem Betrieb nicht, zeigt, dass es hier noch gemeinsamer Anstrengungen aller Akteure bedarf.

5.3 Mitunter entscheiden Minuten - Herzinfarkt und koronare Herzkrankheit

Der Herzinfarkt ist die häufigste Todesursache in den westlichen Industriestaaten. Etwa 21 Prozent der Deutschen versterben an akuten oder chronischen Folgen einer koronaren Herzerkrankung (KHK). Nach Berechnungen des Deutschen Herzzentrums erleiden Männer häufiger einen Herzinfarkt, aber Frauen sterben öfter daran.

In den neuen Bundesländern ist die Zahl der Menschen, die einen Herzinfarkt überlebt haben, in den 90er Jahren stärker gestiegen als in den alten Ländern. Die bessere medizinische Versorgung und die Angleichung der Lebensverhältnisse wirken sich positiv aus (Statistisches Bundesamt 1998). Dennoch liegen die Brandenburger Sterberaten bei akutem Myokardinfarkt vergleichsweise hoch. Expert/innen geben dafür folgende Hinweise:

- Der Zeitraum zwischen dem Einsetzen erster Symptome und dem Behandlungsbeginn im Krankenhaus ist in Brandenburg deutlich länger als in den alten Bundesländern (220 vs. 180 min).
- Rund 16% der Patienten und Patientinnen kommen nicht über das Rettungswesen in das Krankenhaus.
- Betroffene sind vor allem Menschen mit Hochrisiko-Vorerkrankungen, die nicht ausreichend therapiert bzw. medikamentös eingestellt sind.
- Bisher wurde kein effektives Präventionsprogramm gegen Herzinfarkt entwickelt.

Akutereignis: Herzinfarkt

Das Herz sorgt als „Druck- und Saugpumpe“ für den Blutkreislauf im menschlichen Körper. Kommt es - zum Beispiel durch ein Blutgerinnsel (Thrombose) - zu einem Verschluss einer Herzkranzarterie, so wird ein Teil des Herzmuskels nicht mehr mit Sauerstoff versorgt. Für das betroffene Gewebe können die Folgen dramatisch sein: Je nach Schweregrad der Ischämie hat es eine Überlebenszeit von 20 Minuten bis zu wenigen Stunden. Stirbt ein Teil des Herzmuskels ab, so wird vom Myokardinfarkt gesprochen - landläufig Herzinfarkt. Entscheidend für die Überlebenschancen und eine erfolgreiche Therapie ist die schnelle medizinische Versorgung. Ziel der Akutbehandlung ist es, das verschlossene Gefäß schnellstmöglich zu öffnen, damit das betroffene Herzmuskelgewebe wieder mit Blut versorgt werden kann. Bei 80 bis 90 Prozent der Patienten und Patientinnen bestehen innerhalb der ersten Stunde nach Infarktbeginn gute medizinische Behandlungschancen. Nach sechs Stunden sinken die Erfolgsaussichten deutlich. Allerdings: Ein Viertel der Patienten und Patientinnen verstirbt bereits auf dem Weg ins Krankenhaus, weitere 20 Prozent innerhalb der ersten 24 Stunden.

Männer sind häufiger betroffen als Frauen: Bundesweit erlitten 1999 knapp 150.000 Männer und rund 130.000 Frauen einen Herzinfarkt. In Brandenburg verstarben im Jahr 2000 insgesamt 1.618 Männer und 1.351 Frauen am akuten Myokardinfarkt. Das ist ein leichter Rückgang gegenüber dem Vorjahr (1.638 bzw. 1.413 Todesfälle) und setzt eine seit Mitte der neunziger Jahre sichtbare Tendenz fort.

Die Statistik der stationär behandelten Herz-Kreislaferkrankungen (1993/1999) zeigt für das Land Brandenburg deutliche Steigerungen, jedoch eine leichte Abnahme der Fälle von akutem Herzinfarkt bei Männern. Bei Frauen dagegen stieg auch die Zahl der Akutbehandlungen leicht an.

Männer häufiger betroffen

Tabelle 7

Stationär behandelte Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Brandenburg 1993 und 1999						
	Männlich			Weiblich		
	1993	1999	Veränderung	1993	1999	Veränderung
	Fallzahl		in %	Fallzahl		in %
Bluthochdruckkrankheiten	1.502	2.570	71%	2.823	4.741	68%
Ischämische Herzkrankheiten	8.331	15.331	84%	7.627	8.872	16%
darunter:						
Akuter Herzinfarkt	2.688	2.504	-7%	1.577	1.687	7%
Angina Pectoris	1.566	3.291	110%	1.234	2.188	77%
Sonstige Formen	3.894	9.355	140%	4.722	4.925	4%
Herzrhythmusstörungen	2.193	4.650	112%	2.901	5.179	79%
Herzinsuffizienz	2.047	3.166	55%	2.682	4.620	72%
Hirngefäßserkrankungen/Hirnblutung	3.772	6.164	63%	5.149	8.458	64%
Herz-Kreislaferkrankungen	25.326	41.953	66%	29.683	42.623	44%

Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, LDS Brandenburg und eigene Berechnungen

Tabelle 8

Geschlechts- und altersspezifische Häufigkeit der Krankenhausbehandlung wegen akuten Herzinfarktes in Brandenburg (einschließlich Sterbefälle, ohne Stundenfälle)							
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Frauen im Alter							
von ... bis unter ... Jahren							
35-65	388	401	408	384	382	434	382
65-75	437	523	554	499	538	515	437
75 und älter	748	783	870	845	832	871	862
Männer im Alter							
von ... bis unter ... Jahren							
35-65	1.465	1.510	1.560	1.420	1.298	1.360	1.234
65-75	684	781	743	711	721	769	735
75 und älter	507	461	499	492	520	527	507
Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, LDS Brandenburg							

Nach Altersgruppen differenziert zeigt sich, dass Männer nicht nur häufiger, sondern vor allem wesentlich früher als Frauen einen Herzinfarkt erleiden. Über die Hälfte der Betroffenen ist jünger als 65 Jahre. Das durchschnittliche Sterbealter am Myokardinfarkt liegt für Frauen bei 79 Jahren, für Männer dagegen bereits bei 70,7 Jahren.

Risikofaktoren

Die Daten scheinen auf den ersten Blick das Klischee von der „Managerkrankheit“ zu bestätigen: In den „besten Jahren“ zahlen aktive Männer den Preis für Stress,

ungesunde Ernährung und wenig Bewegung. Tatsächlich ist das Spektrum der Risikofaktoren jedoch wesentlich breiter und erfasst beileibe nicht nur „Manager“. Sozialepidemiologische Analysen zeigen zum Beispiel, dass von der so genannten „Managerkrankheit“ Menschen mit geringer Bildung und niedrigem Einkommen stärker betroffen sind. Sie sind weniger als Menschen mit Hochschulbildung und gutem Einkommen in der Lage, ein Problembewusstsein und Vorbeugestrategien zu entwickeln. In Studien wurde ein doppelt so hohes Risiko für koronare Herzerkrankungen für Angehörige unterer sozialer Schichten festgestellt.

Biomedizinische Risikofaktoren

- Störungen des Fettstoffwechsels,
- Diabetes mellitus,
- Übergewicht,
- Bewegungsmangel,
- Rauchen.

Sie stehen meist im Zusammenhang mit psychischen und sozialen Faktoren.

Soziale Risikofaktoren

- Stress, ständige Überlastung und Überforderung,
- Psychisch belastende berufliche Situationen,
- das Wegbrechen sozialer Netze und familiärer Bindungen.

Frauen und Herz-Kreislaufkrankungen

Der weibliche Hormonhaushalt bildet einen sog. natürlichen Schutz vor dem Herzinfarkt bis zur Menopause. Das Risiko für eine Erkrankung steigt demnach mit Beginn der Wechseljahre. Allerdings nimmt die Zahl der Infarktpatientinnen unter 50 Jahren stetig zu, wofür Fachleute die Zunahme des Rauchens verantwortlich machen. Als Risikofaktoren treten gegenwärtig bei Frauen überproportional häufig Bluthochdruck, Übergewicht und Diabetes mellitus in Erscheinung. Bei Männern sind es überhöhter Cholesterinspiegel und Tabakkonsum (BMFSFJ 2001).

Es erleiden zwar weniger Frauen einen Herzinfarkt als Männer - aber sie sterben häufiger daran. Dieser Widerspruch ist nicht allein auf das im Durchschnitt höhere Alter der Infarktpatientinnen zurückzuführen, denn auch beim Vergleich gleichaltriger Infarktpatient/innen ist die Sterblichkeit der Frauen höher (Herzzentrum 2002).

Frauen und Männer, die unter schlechten sozialen Bedingungen leben, haben ein doppelt so hohes Herzinfarkt-Risiko

Fachleute nennen mehrere Gründe für die hohe Zahl tödlich verlaufender Herzinfarkte bei Frauen:

- Die in der Bevölkerung als typisch bekannten Symptome für einen Infarkt - Schmerzen in der linken Brusthälfte, die bis in den linken Arm ausstrahlen - treten bei Frauen oft nicht auf. Sie klagen vielmehr über Übelkeit und häufiges Erbrechen, Schmerzen im Schulterbereich oder in den Kiefern.
- Frauen kommen nach einem Infarkt durchschnittlich eine Stunde später als Männer ins Krankenhaus. Sie nehmen die Symptome anders wahr, erfüllen oft noch andere Verpflichtungen, bevor sie sich an den Arzt wenden. In dem höheren Alter, in dem der Infarkt eintritt, leben Frauen zudem meist allein, während für Männer oft Angehörige den Notarzt rufen.
- Ältere Herzinfarktpatient/innen werden offenbar nicht so intensiv behandelt wie jüngere Patienten und Patientinnen, da möglicherweise falsche Vorstellungen über die Prognose bei älteren Infarktpatient/innen existieren.

Schlussfolgernd lässt sich die Forderung erheben, der Spezifik der Geschlechter bei den koronaren Herzerkrankungen und dem akuten Myokardinfarkt generell mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Die Forschung, die ärztliche Aus- und Fortbildung und die Allgemeinbildung der Bevölkerung weisen hier deutliche Defizite auf.

Konsequenzen

Die in der Reform des Risikostrukturgleichs der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Disease Management Programme sind darauf ausgerichtet, Patienten und Patientinnen besser zum Umgang mit ihrer Erkrankung zu befähigen. Sie sehen die Einführung evidenzbasierter Leitlinien u.a. für Bluthochdruck und koronare Herzerkrankungen vor. Bluthochdruck (Hypertonie) ist ein wesentlicher Risikofaktor der koronaren Herzerkrankungen. Aber nur 48 Prozent der Männer und Frauen mit Hypertonie kennen ihre Diagnose. Und nur 60 Prozent der untersuchten Hypertoniker/innen werden adäquat medikamentös behandelt - eine Quelle für weitere koronare Herzerkrankungen und Herzinfarkte (Sachverständigenrat 2001). Um die angestrebten Effekte zu sichern, sollten geschlechterspezifische Aspekte in diesen Programmen berücksichtigt werden.

Die Verbesserung von Angeboten der wohnortnahen ambulanten Rehabilitation, die generell erforderlich ist, muss ebenfalls von vornherein auf die differenzierten Bedürfnisse von KHK- und Infarkt-Patientinnen bzw. -Patienten ausgerichtet werden. Hier ist ein Konzept erforderlich, das stationäre und ambulante Rehabilitation miteinander verknüpft.

Für das Qualitätsmanagement in der Kardiologie ist eine aussagekräftige Datenbasis erforderlich. Bisher existieren vor allem regionale Register für Herz-Kreislauf-erkrankungen, darunter eines mit den Daten von 26 Kliniken im Land Brandenburg.

Um die Transparenz für Entscheidungen zu erhöhen, empfiehlt der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen die Zusammenführung der vorhandenen Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Krankenkasse und der Register.

Herzinfarkt-Register sind notwendig, um Schwächen und Defizite in der gesamten Versorgungskette - von der Prävention über die Akutversorgung bis zur Rehabilitation - erkennen zu können. Bislang beteiligen sich 26 Brandenburger Kliniken an einem Modellversuch der Brandenburgischen Arbeitsgemeinschaft Kardiologie

1994 betragen die Kosten für die Behandlung koronarer Herzerkrankungen rund 14,9 Mrd. DM (7,5 Mrd. Euro). Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen schätzt, dass allein durch eine Änderung der Lebensweise sich diese Kosten um 20 bis 30 Prozent reduzieren lassen. Vor diesem Hintergrund geht es darum, gezielt auf Veränderungen in der Lebensweise hinzuwirken, um die o. g. Risikofaktoren zu minimieren. Eine wichtige Rolle spielen hierbei Prävention und Gesundheitsförderung, die in einer Weise zu gestalten sind, die Männer und Frauen gleichermaßen erreicht.

Wie oben dargestellt, werden die Symptome eines akuten Herzinfarkts bei Männern und Frauen häufig unterschiedlich wahrgenommen und erkannt. Auch gibt es mit Blick auf das schnelle Einleiten von medizinischen Hilfsmaßnahmen Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Aus diesem Grunde besteht eine gesundheitspolitische Zielstellung in einer geschlechtsspezifischen Aufklärung über Symptome und anzuwendende Behand-

lungsmethoden. Dies gilt sowohl für potentiell Betroffene als auch für die Hilfleistenden.

Auch die Inanspruchnahme von Angeboten der Rehabilitation und Nachsorge nach einem akuten Ereignis ist auf mögliche Geschlechtsunterschiede zu überprüfen. Eine Studie aus Nordrhein-Westfalen weist einen entsprechenden Handlungsbedarf aus - allerdings ist diese These für das Land Brandenburg zunächst zu überprüfen.

5.4 Die große Angst: Krebs

Krebserkrankungen stehen nach den Herz-Kreislaufkrankungen an der zweiten Stelle der Todesursachenstatistik in Deutschland, bei Frauen im Alter von 40 bis 60 Jahren sogar ganz oben. Nach

Schätzungen von Expert/innen wird in 10 bis 15 Jahren Krebs an die erste Stelle der Todesursachen treten (Tumorzentrum Land Brandenburg 2001). Diese Einschätzung wird mit der steigenden Lebenserwartung begründet, denn für viele Tumore gibt es einen Zusammenhang von Fallhäufigkeit und Lebensalter.

Das Alter und das Geschlecht sind die wichtigsten Einflussgrößen für die meisten Krebsarten. Krebserkrankungen treten bei Männern und Frauen sehr häufig an Geschlechtsorganen auf - bei Frauen sind Gebärmutter, Eierstock und Brustdrüsen in über 40% aller Fälle Primärsitz aller bösartiger Neubildungen, beim Mann wird die Prostata häufig betroffen. Männer und Frauen sind aber auch von Krebs anderer Organe in unterschiedlichem Ausmaß betroffen.

Krebsregister: Informationen zur Versorgungsplanung

Brandenburg hat als einziges Bundesland ein flächendeckendes klinisches Verlaufsregister, dessen Daten mit einem bevölkerungsbezogenen Register (dem „Gemeinsamen Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen“) abgeglichen werden. Das bevölkerungsbezogene Register erfasst Patienten und Patientinnen nach Alter, Geschlecht, Wohnort und nach weiteren Angaben, die für eine Feststellung von Krebsursachen aussagefähig sind. In dem verlaufsbezogenen klinischen Register werden die Behandlungsdaten erfasst. Daraus lässt sich ablesen, welche Ergebnisse mit welchen Therapien an welchem Behandlungsort erzielt worden sind. Ohne klinische Krebsregister ist Qualitätsmanagement in der onkologischen Versorgung nicht möglich. Der Sachbericht Onkologie 2000 (Tumorzentrum Land Brandenburg 2001) geht davon aus, dass knapp 90 Prozent aller Tumorneuerkrankungen in Brandenburg im Jahr 2000 statistisch erfasst worden sind.

Geschlechtsspezifische Risiken

Im Land Brandenburg wurden im Jahr 2001 bei Frauen 4.074 und bei Männern 4.575 Neuerkrankungen an Krebs festgestellt. Männer sind mit 357,3 Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner häufiger betroffen als Frauen mit 310,4 Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner (Tumorzentrum Land Brandenburg 2002, S. 80). Bei einzelnen Krebsformen ist das Erkrankungsrisiko jedoch geschlechtsspezifisch unterschiedlich hoch (Tabelle 9).

Tabelle 9

Geschlechterverhältnis an bösartigen Neubildungen Erkrankter in Brandenburg 2001 (ohne Neubildungen an Geschlechtsorganen Prostata, Brust, Gebärmutter)			
Betroffene Organe	Frauen je 100.000	Männer je 100.000	Frauen : Männer
Lunge	13,5	60,6	1 : 4,5
Kolon/Rektum	48,5	55,7	1 : 1,2
Harnblase	10,6	32,9	1 : 3,1
Niere	14,6	23,2	1 : 1,6
Leukämie	12,7	14,2	1 : 1,1
Magen	13,9	17,1	1 : 1,2

Quelle: Tumorzentrum Land Brandenburg 2002

Lungenkrebs: bald keine „Männerkrankheit“ mehr

Die unterschiedlichen Fallzahlen von Frauen und Männern sind beim Lungenkrebs (Bronchialkarzinom) besonders auffällig. Dreimal so viele Männer wie Frauen sind betroffen. Der Geschlechtsunterschied wird auf den früher geringeren Anteil an Raucherinnen zurückgeführt. Aber Frauen „holen auf“. Laut Mikrozensus 1999 rauchen 35% der Männer und 20% der Frauen (vgl. Kap. 5.5.2). Bei Jugendlichen rauchen bereits mehr Frauen als Männer. Bei keiner anderen Krebsart ist der Auslöser so klar wie beim Lungenkrebs das Rauchen. Es ist deshalb absehbar, dass Frauen häufiger am Bronchialkarzinom erkranken werden. Ihr prozentualer Anteil an den Neuerkrankungen in Brandenburg stieg bereits von weniger als 15 Prozent (1994) auf über 20 Prozent im Jahr 2000

(Tumorzentrum Land Brandenburg 2001, S. 49). Brandenburg folgt damit der allgemein in Deutschland beobachteten Entwicklung.

Dickdarmkrebs: ein vermeidbarer Krebs für beide Geschlechter

Im Jahr 2001 wurden in Brandenburg insgesamt 1.349 Neuerkrankungen an einem kolorektalen Karzinom, also einer Krebserkrankung des Dickdarms oder des

Mastdarms, gemeldet (Frauen: 636 Neuerkrankungen, 48,5 Fälle je 100.000; Männer: 713 Neuerkrankungen; 55,7 Fälle je 100.000; Tumorzentrum Land Brandenburg 2002, S. 80). Im gleichen Zeitraum verstarben 281 Männer und 333 Frauen an Dickdarmkrebs (LDS 2002 S. 98).

Seit Oktober 2002 übernehmen die Krankenkassen die Kosten für eine Koloskopie ab dem 56. Lebensjahr und eine zweite im Abstand von zehn Jahren. Bei dieser Darmspiegelung können auch Vorformen des Krebses, so genannte Polypen, erkannt und in vielen Fällen gleich während der Untersuchung entfernt werden.

Beim Geschlechtervergleich fallen Männer nicht nur dadurch auf, dass sie einen höheren Anteil an der Fallzahl haben und im Schnitt in jüngeren Jahren erkranken. Sie nutzen auch die bisher schon als Kassen-

leistung angebotene Stuhluntersuchung auf okkultes Blut noch weniger als die Frauen. Bundesweit nahmen 35 Prozent der Frauen und 18 Prozent der Männer über 50 Jahre teil. Frauen werden häufig vom Gynäkologen zu dieser Vorsorgeuntersuchung geschickt, lautet die Annahme (Riemann & Classen 2002). Die wichtigsten Risikofaktoren sind eine ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel.

Brustkrebs: ein frauenspezifischer Handlungsschwerpunkt

Das Mammakarzinom (Brustkrebs) ist bei Frauen die mit Abstand häufigste Krebserkrankung. Im Jahr 2001 wurden in Brandenburg 1.258 Neuerkrankungen und 504 Todesfälle gezählt (Tumorzentrum Land Brandenburg 2002, LDS 2002). Brustkrebs kann bereits bei Frauen ab dem 20. Lebensjahr auftreten und ist - bei insgesamt geringer Sterberate im mittleren Alter - die häufigste Todesursache bei Frauen zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr. Eine rechtzeitige Behandlung des Mammakarzinoms ist erfolgversprechend. Im Anfangsstadium festgestellt und therapiert sind 93 Prozent der betroffenen Frauen fünf Jahre nach der Diagnose noch am Leben.

Die Erkrankungs- und Mortalitätsraten signalisieren einen unmittelbaren Handlungsbedarf. Es wird insbesondere deutlich, dass moderne Methoden der Früherkennung unter sorgfältiger Risiko-Nutzen-Abwägung unabdingbar sind. Die Früherkennung ist Voraussetzung für gute Heilungschancen unter Erhalt der Lebensqualität. Sie ist damit ein vorrangiges Gesundheitsziel in der frauenspezifischen Gesundheitsversorgung. Als medizinisches Qualitätskriterium gilt es, mindestens 10% aller Mammakarzinome in einem Stadium zu diagnostizieren, in dem der Krebs noch nicht nach innen wächst (Cis = Carzinoma in situ). In Brandenburg werden durchschnittlich 5,2 Prozent der gemeldeten Mammakarzino-

me im Stadium Cis diagnostiziert. In keiner der fünf onkologischen Versorgungsregionen konnte der geforderte Wert erreicht werden. Dabei schwankt der Anteil der erkannten Cis-Stadien im Verlauf der letzten Jahre erheblich, ohne dass ein Trend zum Positiven erkennbar ist (Tumorzentrum Land Brandenburg 2002, S. 127).

Die Projektgruppe „Brustkrebs“ der Qualitätskonferenz Onkologie (s.u.) will in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Radiologen sowie dem Berufsverband der Gynäkologen die Brustkrebsfrüherkennung verbessern. Die meisten Veränderungen der Brust, von denen vier Fünftel gutartig sind, werden von den Frauen selbst festgestellt. Frauen hierzu kompetent zu machen, ist eines der Ziele der Landesarbeitsgemeinschaft Onkologische Versorgung (LAGO). In dem von der LAGO durchgeführten Projekt VENUS werden durch Vorträge, einen Videofilm und durch Übung an einem Modell Techniken zur Selbstuntersuchung der Brust vermittelt. Die Selbstuntersuchung soll nicht die regelmäßige Vorsorgeuntersuchung beim Frauenarzt ersetzen, die in Brandenburg überdurchschnittlich gut wahrgenommen wird, sondern ist vielmehr eine wirkungsvolle Ergänzung. Ein zweites wichtiges Ziel in der Früherkennung ist die Einführung eines qualitätsgesicherten Mammagraphiescreenings in Brandenburg (s.u.).

Neben der Früherkennung sind die vollständige Entfernung des Tumors und die Entnahme von Lymphknotengewebe wichtige Qualitätskriterien. Auch das dazu vorgegebene Qualitätsziel von 95 Prozent wurde in keiner onkologischen Versorgungsregion erreicht. Die Bandbreite schwankt zwischen 93,3 Prozent in Cottbus und 86,5 Prozent in Schwedt. Des Weiteren kommen brusterhaltende Operationsmethoden noch nicht oft genug zum Einsatz. Der Erhalt der Brust ist in Abhängigkeit von der Lage und Größe des Tumors und der Konstitution der Patientin möglich. Das Qualitätsziel liegt hier bei 60

Prozent. Dieses Ziel ist in Brandenburg trotz Fortschritten in den letzten Jahren ebenfalls noch nicht erreicht.

Fazit

Heute ist Krebs in vielen Fällen, rechtzeitig erkannt, behandelbar und kein Todesurteil mehr, wie es im Alltagsbewusstsein häufig noch scheint. Jedoch erfordert die Volkskrankheit Krebs von unserem Gesundheitswesen verstärkte Anstrengungen.

gen. Auf Initiative des Landes Brandenburg beteiligen sich seit 1999 Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung, Landesärztekammer, Landeskrankengesellschaft und der Verein „Tumorzentrum Land Brandenburg e.V.“ unter Vorsitz des Gesundheitsministeriums an einer Qualitätskonferenz Onkologie. Ziel der Qualitätskonferenz ist die Analyse und Verbesserung der Versorgungsqualität der Tumorkranken sowie eine Intensivierung von Früherkennungsmaßnahmen. Im Dezem-

Gesundheitsziel „Brustkrebs“

In Deutschland entwickelt das Forum „gesundheitsziele.de“ mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit nationale Gesundheitsziele. Bezüglich des Zielthemas Brustkrebs wurden folgende Ziele erarbeitet:

1. Risikofaktoren/Primärprävention: Das Auftreten der Brustkrebsneuerkrankungen (Inzidenz) ist reduziert.
2. Diagnostik, Therapie, Nachsorge: Für Patientinnen ist eine qualitativ hochwertige und evidenzbasierte Versorgung (Diagnostik, Therapie, Nachsorge) flächendeckend und strukturiert gewährleistet.
3. Information der Nicht-Betroffenen und der Patientinnen: Das Wissen über die Erkrankung ist bei den Nicht-Betroffenen und Patientinnen verbessert. Verständliche, evidenzbasierte, einheitliche, neutrale und umfassende Informationen sind für potentielle und tatsächliche Betroffene so wie auch für deren Angehörige vorhanden.
4. Einbindung der Patientinnen in die Therapieentscheidung/Patientenrechte: Die Patientin ist über vorhandene Therapieoptionen informiert und Partnerin im medizinischen Entscheidungsprozess (shared decision making).
5. Psychosoziale und psychoonkologische Betreuung der Patientinnen: Die Lebensqualität der Patientinnen ist durch eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte psychosoziale Betreuung und ggf. psychoonkologische/psychotherapeutische Behandlung verbessert.
6. Rehabilitation: Möglichst viele Patientinnen mit Mammakarzinom haben die Möglichkeit, an flexibilisierten Angeboten in der Rehabilitation teilzunehmen.
7. Register: Klinische Krebsregister werden in ausreichender Zahl und voll funktionsfähig geführt und genutzt. In den Ländern werden flächendeckend bevölkerungsbezogene und vollzählige Krebsregister geführt.
8. Forschung: Es bestehen verbesserte Erkenntnisse über die verursachenden Faktoren für Brustkrebs und ihre Zusammenhänge (vgl. auch Ziel Primärprävention/Risikofaktoren). Die Versorgungsforschung ist als kontinuierliche Begleitmaßnahme einer ständigen Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Diagnostik, Therapie und Nachsorge inkl. Rehabilitation etabliert. Therapiestudien werden in adäquatem Umfang durchgeführt, finanziert und von den Patientinnen angenommen.

ber 2000 beschloss die Qualitätskonferenz Onkologie die beiden Handlungsschwerpunkte Darmkrebs und Brustkrebs. Beide Krebsformen lassen sich im Frühstadium diagnostizieren und rechtzeitig erkannt auch erfolversprechend behandeln.

Die auf Bundesebene entwickelten Gesundheitsziele müssen auf Landesebene umgesetzt werden. Das flächendeckende klinische Verlaufsregister und die Qualitätskonferenz Onkologie in Brandenburg bieten hierfür gute Voraussetzungen. Die an der Qualitätskonferenz Onkologie beteiligten Partner wollen an dem „Brandenburger Bündnis gegen Brustkrebs“ mitwirken, um u.a. einem Gesundheitszieleprozess zum Thema Brustkrebs zu Erfolg zu verhelfen. Dabei stehen zwei Teilziele im Vordergrund: die Einführung eines Früherkennungsprogramms einschließlich eines qualitätsgesicherten Mammographiescreenings sowie die Einführung und vertragliche Absicherung eines strukturierten Behandlungsprogramms für Brustkrebs (DMP) im Land Brandenburg.

Auch beim Thema Darmkrebs wird es in den kommenden Jahren darum gehen, die Früherkennung zu fördern. Die Qualitätskonferenz Onkologie hat einen Gesundheitszieleprozess zum Thema Darmkrebs beschlossen: In den nächsten 10 Jahren soll die Erkrankungs- und Todesrate auf unter 50% der bisherigen Rate gesenkt werden. Um dieses ehrgeizige Ziel zu erreichen, sollen Angebot und Nachfrage der Früherkennungskoloskopie gesteigert werden. Diese Untersuchung ist seit 2002 eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

5.5 Die Gesundheit in die eigene Hand nehmen: Aspekte des Gesundheitsverhaltens von Männern und Frauen

Brandenburg hat überdurchschnittlich viele Verkehrstote. Vor allem junge Männer riskieren ihr Leben auf den Straßen. Immer mehr Frauen rauchen - und sie beginnen in immer früherem Lebensalter. Übergewichtig sind in Brandenburg ca. 14% der Männer und Frauen, die Raten steigen in der zweiten Lebenshälfte stark an. Früherkennungsuntersuchungen werden von Männern kaum wahrgenommen.

Die Menschen tragen auch durch ihren Lebensstil und ihr Verhalten im Alltag dazu bei, dass ihre Gesundheit erhalten bleibt oder gefährdet wird, dass gesundheitliche Risiken eingegangen oder gemieden werden, dass Krankheiten in einem frühen Stadium erkannt und behandelt werden oder eine Erkennung eher verschleppt wird.

Wenn hier von der Bedeutung des Gesundheitsverhaltens die Rede ist, soll jedoch nicht der Eindruck entstehen, jede/r sei allein für seine Gesundheit verantwortlich. Sicherlich tragen Männer wie Frauen für die eigene Gesundheit Verantwortung, aber sie tun dies immer im Kontext ihrer konkreten Lebensverhältnisse, die ihnen mal mehr und mal weniger Ressourcen, Handlungsfreiheit und Gestaltungsmöglichkeiten bieten und die von ihnen auch ein gesellschaftlich geprägtes Rollenverhalten verlangen. So ist z.B. bekannt, dass Männer häufiger erste Anzeichen einer Überlastung oder einer beginnenden Erkrankung nicht ernst nehmen, „weil man als Mann nicht wehleidig ist“. Männlichkeits- und Weiblichkeitsnormen spielen also im Umgang mit der eigenen Gesundheit eine wichtige Rolle.

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse zum Gesundheitsverhalten bei Männern und Frauen werden daher, wenn möglich, auch im Zusammenhang mit weiteren sozialen und demographischen Merkmalen dargestellt.

5.5.1 Tote und Verletzte im Straßenverkehr - Opfer riskanten Verhaltens

In den vergangenen Jahren ist die Zahl der Verkehrstoten in Brandenburg zurückgegangen, nachdem Anfang der 90er Jahre ein starker Anstieg zu verzeichnen war (2001 ist die Zahl allerdings erstmals wieder gestiegen). Von diesem Rückgang profitieren vor allem Männer, denn sie sind überproportional häufig in schwere Verkehrsunfälle verwickelt. Selbst wenn im Geschlechtervergleich die jährlich gefahrenen Kilometer berücksichtigt werden (und dabei entfällt ein größerer Anteil auf Männer), ist nach Schätzungen von Expert/innen das Risiko für Männer um 50% größer, in einen tödlichen Unfall verwickelt zu werden (Holte 2000).

Im Jahr 2001 wurden im Bundesdurchschnitt 8 Menschen je 100.000 Einwohner im Straßenverkehr getötet. Weit über diesem Durchschnitt lagen die Werte in Mecklenburg-Vorpommern mit 17 und Brandenburg mit 14, weit darunter die

Stadtstaaten Hamburg mit 3, Berlin mit 2 und Bremen mit 3 Getöteten je 100.000 (Statistisches Bundesamt 2002; eigene Berechnungen).

Die Verkehrsunfallstatistik weist aus, dass insbesondere unter den jüngeren Jahrgängen, d.h. genauer unter den 6- bis 25-Jährigen die meisten Unfälle mit Verletzten und Toten vorkommen, wobei insbesondere das männliche Geschlecht auffällt. Dass Männer häufiger als Frauen bei Verkehrsunfällen ums Leben kommen, wird auf eine erhöhte Risikobereitschaft der Männer zurückgeführt. Hierzu zählen (Holte 2000; Statistisches Bundesamt 2001b):

- Alkoholkonsum und Autofahren - an Unfällen mit Alkohol sind Männer relativ häufiger beteiligt,
- überhöhte Geschwindigkeit - bei Männern werden überproportional häufig Geschwindigkeitsüberschreitungen registriert,

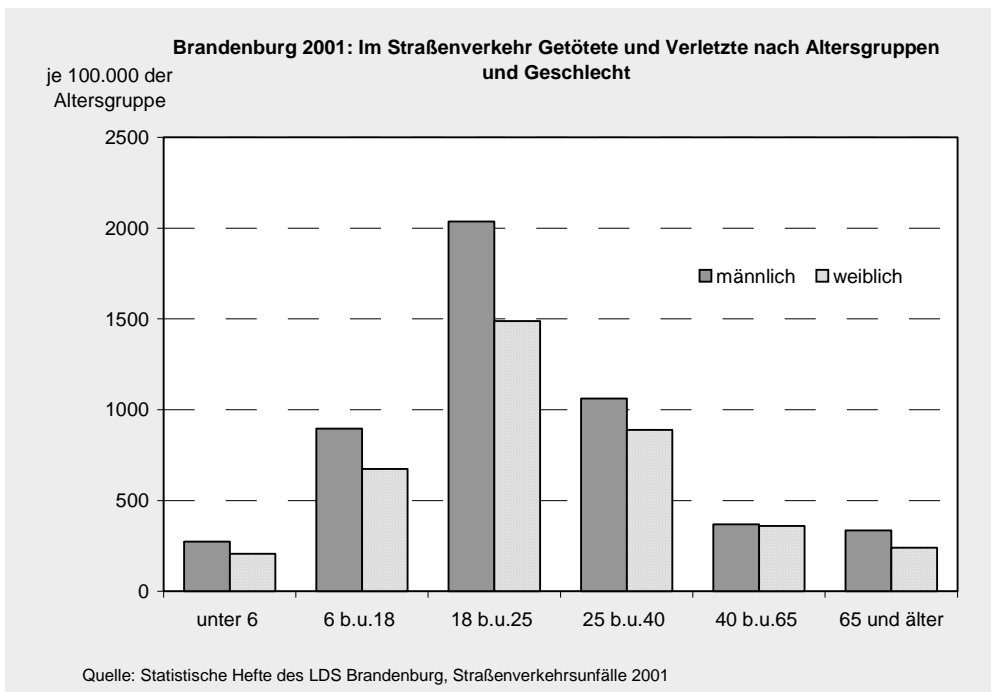


Abbildung 25

- geringere Anschallquote - diese ist insbesondere bei jungen Männern, die tödlich verunglücken, niedriger.

*Junge Männer in Brandenburg:
Hochrisikogruppe für Verkehrsunfälle*

Nach den Ergebnissen einer repräsentativen Jugendbefragung in Brandenburg sind „verkehrsdelinquente Verhaltensweisen kein bloßes Randphänomen unter Jugendlichen“ (Krampe & Sachse 2001). Genauer muss man sagen: unter männlichen Jugendlichen. 30% der jungen Männer gaben an, im vergangenen Jahr mehr als drei mal ohne Führerschein gefahren zu sein (junge Frauen: 8%) und 5% der jungen Männer gestanden ein, mindestens dreimal unter Alkoholeinfluss gefahren zu sein (junge Frauen: 0,5%).

5.5.2 Wenn man(n) das Trinken nicht mehr lassen kann - Sucht bei Frauen und Männern

Vom Genuss über die Gewohnheit zur Suchtkrankheit - die Entstehung einer Suchtkrankheit ist ein komplexer Prozess, in dem gesellschaftliche Normen und Wertvorstellungen, Tradition, individuelle Lebenssituationen, Gruppenverhalten und auch das Geschlecht eine Rolle spielen. Generell scheinen Männer von Suchtproblemen mehr betroffen als Frauen. Allerdings wird diskutiert, ob seit einigen Jahren in den jüngeren Jahrgängen eine Angleichung der Gefährdungslagen stattfindet.

Suchtprobleme treffen nicht nur Einzelne, sondern auch Partner und Partnerinnen, Familien und Freunde und schließlich die Gemeinschaft insgesamt. Die höchsten Suchtraten finden sich gewöhnlich in Gebieten mit hoher Arbeitslosenquote und hoher Wohndichte (John 1998). Für die Gesundheit der Bevölkerung haben die Substanzgruppen Tabak, Alkohol und psy-

chisch verändernde Medikamente die größte Bedeutung. Illegale Drogen wie Cannabis, Kokain und Designerdrogen sind in der Erwachsenenbevölkerung eher unbedeutend. Auch bei jungen Menschen reichen sie derzeit bei weitem nicht an das zerstörerische Potenzial der Volksdrogen heran.

Alkohol

Unter den legalen Drogen gilt Alkohol als besonders riskant, wenn das Ausmaß des Alkoholproblems und die zerstörerischen Folgen für die Betroffenen und ihr Umfeld betrachtet werden. In allen Altersklassen leben mehr Frauen abstinent als Männer. Das trifft sowohl in den alten als auch in den neuen Ländern zu. Frauen in den neuen Ländern trinken zwar häufiger Alkohol als Frauen in den alten Ländern, aber sie trinken seltener riskante Mengen. In den letzten Jahrzehnten hat es insgesamt einen Rückgang des Alkoholkonsums gegeben (Statistisches Bundesamt 1998).

Auf der Grundlage des Drogen- und Suchtberichts der Bundesregierung 2002 (www.bmggesund.de) ist für Brandenburg zu schätzen, dass etwa 23.000 Frauen und 34.000 Männer in der Altersgruppe der 18- bis 59-Jährigen missbräuchlichen Alkoholkonsum betreiben. Weiterhin sind danach rund 14.000 Frauen und 21.000 Männer behandlungsbedürftig abhängig. Das brandenburgische „Landesprogramm gegen Sucht“ (MASGF 2001d) schlussfolgert, dass etwa 12% der Bevölkerung unseres Bundeslandes alkoholgefährdet sind. Bedenklich ist das sinkende Einstiegsalter: 5.000 der 14- und 15-Jährigen trinken regelmäßig Alkohol, bei 900 liegt manifester Alkoholmissbrauch vor. Soziale Probleme, vor allem die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit, erhöhen dabei das Risiko von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit.

Rauchen

Wegen der Verbreitung des Konsums ist das Rauchen aus gesundheitlicher Sicht das größte Problem im Drogen- und Suchtbereich. Rauchen gilt unumstritten als ein großer Risikofaktor für Herz-Kreislauf-erkrankungen und Lungenkrebs. Nach den Ergebnissen des Mikrozensus 1999 beschreiben sich 35% der Männer und 20% der Frauen im Land Brandenburg als regelmäßige Raucher. Damit befindet sich Brandenburg bei den Raucherraten im oberen Viertel der deutschen Länder (Dittrich 2001). In den vergangenen Jahrzehnten hat sich der Tabakkonsum in Abhängigkeit von der sozialen Lage unterschiedlich entwickelt. Menschen mit eher niedriger Schulbildung rauchen häufiger als solche mit mittlerer und höherer Schulbildung. Nach den Ergebnissen des Mikrozensus Brandenburg rauchen über 60%

der arbeitslosen Männer, aber nur knapp 40% der arbeitslosen Frauen (Abbildung 26).

Gewohnheitsmäßiges Rauchen beginnt überwiegend im Jugendalter. Ein Hinauszögern des Einstiegs hat daher ein enormes präventives Potenzial. Dass Kampagnen zur Prävention und Förderung des Nichttrinkens und -rauchens notwendig sind, steht außer Frage. Ob sie aber auch geschlechterspezifisch konzipiert sein sollten, ist offen. Für eine Antwort fehlen empirische Belege, obwohl es geschlechtsspezifische Anlässe des „Aufhörens“ gibt (bei Frauen z.B. die Schwangerschaft), die systematischer zumindest für die Sekundärprävention genutzt werden könnten. Sicher aber ist, dass ein Setting-Ansatz in der Prävention sinnvoll ist. Dies wird im Land Brandenburg in verschiedenen Projekten an Schulen verfolgt, z.B. in der Nichtraucher-Aktion „Be smart, don't start“.

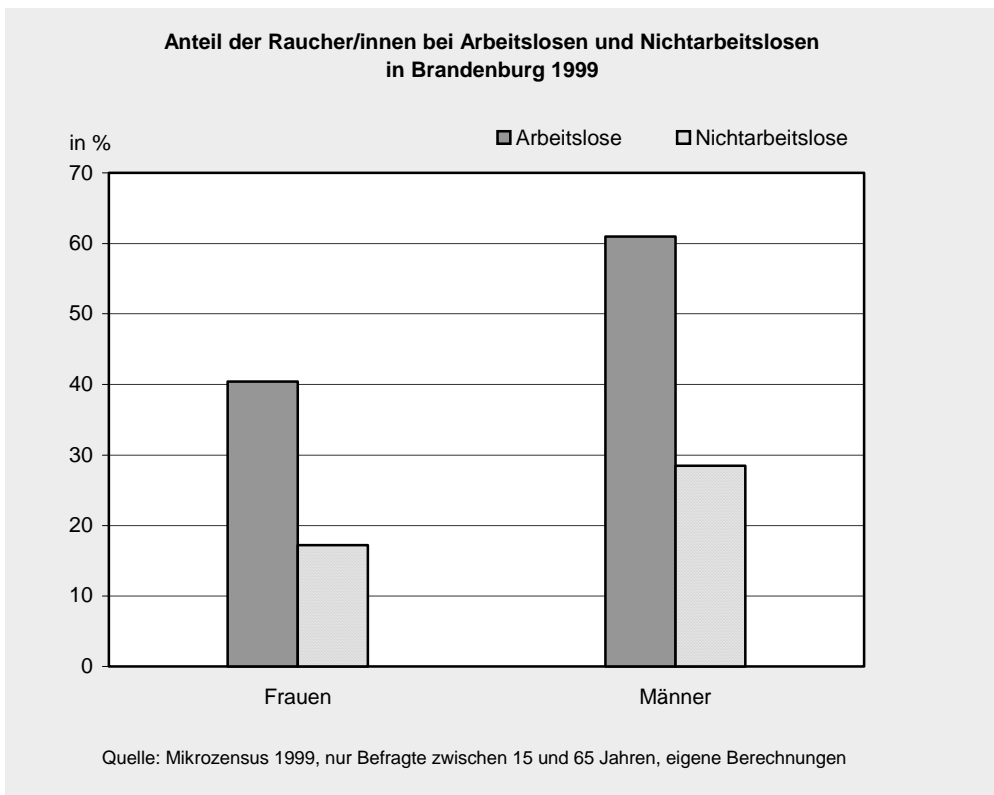


Abbildung 26

Medikamentenabhängigkeit

Psychopharmaka sind frauentypische Suchtmittel. Der Gebrauch ist vergleichsweise sozial unauffällig und Psychopharmaka werden meist nicht in Gesellschaft konsumiert. Allerdings ist die Trennlinie zur medizinisch indizierten und verordneten Einnahme nicht leicht zu ziehen. Ebenso unterscheiden sich die kritischen Medikamente im Suchtpotenzial wesentlich voneinander und reichen von Schmerzmitteln über Beruhigungs- und Schlafmittel bis hin zu Antidepressiva. Sicher ist, dass Frauen, und darunter besonders älteren Frauen, wesentlich mehr Psychopharmaka verordnet werden als Männern. Das wirkliche Ausmaß der Medikamentenabhängigkeit ist schwer zu erfassen, da sich nur ein kleiner Teil der Betroffenen in Behandlung begibt. Das Landesprogramm gegen Sucht geht von rund 35.000 Medikamentenabhängigen im Land Brandenburg aus, darunter viele Frauen und ältere Menschen.

Prävention und Hilfsangebote

Mit 28 ambulanten Suchtberatungsstellen und über 800 speziellen Entzugs- und Entwöhnungsplätzen hat Brandenburg ein funktionierendes Suchthilfesystem. Verschiedenste Institutionen bieten vielfältige Präventionsangebote (vgl. auch MASGF 2001e). Es kommt darauf an, den Zugang zu Vorbeugungs- und Betreuungsmaßnahmen zu erleichtern.

Eine ausführliche Übersicht über das Hilfesystem für Suchtkranke im Land Brandenburg gibt das bereits erwähnte Landesprogramm gegen Sucht. Es stellt als einen Mangel fest, dass die Angebote wenig zielgruppengerecht konzipiert sind. Das gilt in besonderem Maße für die spezifischen Probleme der gefährdeten und betroffenen Frauen. Zwar existieren hier vereinzelte Angebote, die von Frauen selbst geschaffen worden sind. Sie können aber die Lücke nicht schließen.

Lediglich in der stationären Entwöhnung werden Frauen nach speziellen Therapien behandelt.

Das bestehende Defizit gilt es trotz finanzieller Engpässe zu beseitigen. Denn eine vorrangig auf die Symptome und Bedürfnisse der Männer ausgerichtete Strategie der Suchthilfe schließt automatisch viele Frauen vom Erfolg aus. In der Suchtpolitik des Landes sollte künftig sowohl bei der Prävention als auch bei der Suchtkrankenhilfe stärker die Spezifik der Geschlechter berücksichtigt werden. Dazu ist es zunächst wichtig, die Datenbasis nach den Geschlechtern differenziert zu verbessern. Die Landessuchtkonferenz als Steuerungs- und Entwicklungsinstrument widmet sich gegenwärtig diesem Thema.

5.5.3 Bewegungsarmut, ungünstige Ernährung und Übergewicht

Über das Bewegungs- und Ernährungsverhalten der Menschen in Brandenburg liegen keine repräsentativen Daten vor. Nach den Ergebnissen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 ist aber davon auszugehen, dass sich auch die Brandenburger und Brandenburgerinnen zu wenig bewegen, um z.B. wirksam Herz-Kreislauf-erkrankungen vorzubeugen (Mensink 1999). Befragungsergebnisse legen nahe, dass das Bewegungsdefizit bei Frauen ausgeprägter ist als bei Männern. Die Geschlechtsunterschiede gelten für die jüngeren Jahrgänge.

Auch was die Ernährung angeht, ist anzunehmen, dass sich die Brandenburger und Brandenburgerinnen nicht wesentlich vom Bundesdurchschnitt bzw. vom Durchschnitt in den neuen Ländern unterscheiden (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2001). „Die Ernährung in Deutschland ist immer noch gekennzeichnet durch eine Überversorgung und durch einen zu hohen Anteil an Fett und Alkohol. Dies führt zusammen mit einer zu geringen körperlichen Aktivität dazu, dass Übergewicht

immer noch ein großes gesundheitliches Problem darstellt“ (Mensink, Thamm & Haas 1999).

Stark übergewichtig bzw. adipös sind nach den Daten des Mikrozensus 1999 insgesamt jeweils etwa 14% der Brandenburger Männer und Frauen. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen sind die meisten stark Übergewichtigen in der Altersgruppe zwischen 55 und 70 Jahren zu finden.

*Wichtige Präventionsziele:
Mehr Bewegung und eine gesündere
Ernährung für Frauen und Männer*

Die Förderung eines gesundheitsgerechten Ernährungs- und Bewegungsverhaltens ist ein klassisches Feld für die Verhaltensprävention, insbesondere in

Form von Gesundheitskursen. Frauen nehmen mehr als Männer an Gesundheitskursen teil (Sieverding 1998). Dies gilt für alle Bereiche, die nach § 20 SGB V auch als Präventionsmaßnahmen von den gesetzlichen Krankenkassen gefördert werden sollen. Aber auch in Volkshochschulen und ähnlichen Einrichtungen zeigt sich regelmäßig, dass mehr Frauen als Männer dabei sind, wenn es um gesunde Ernährung, Bewegung, Nicht-Rauchen und Stressbewältigung geht. Es ist zu vermuten, dass dahinter - neben anderen Faktoren - auch ein geschlechtsspezifisches Rollenverhalten zum Tragen kommt. Ansätze der Gesundheitsförderung, die die Verhaltensprävention in die Betriebe tragen und dort zudem auch auf die Arbeitsbedingungen eingehen können, haben deutlich bessere Chancen, Männer zu erreichen als andere Kursangebote.

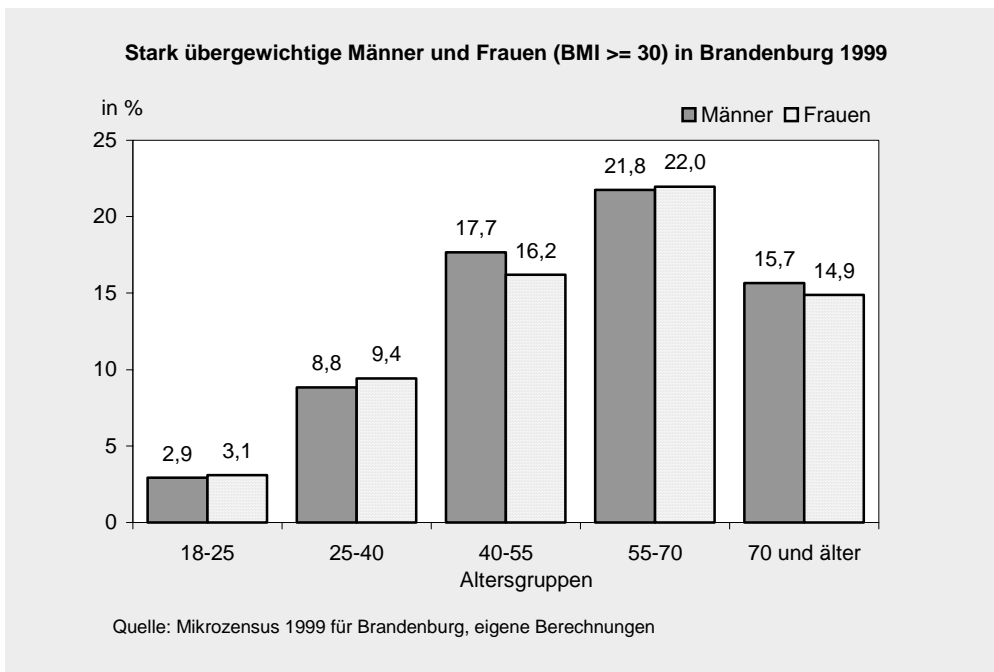


Abbildung 27

5.5.4 Medizin allein reicht nicht: Selbsthilfe

Für den Erhalt und die Förderung von Gesundheit, für die Krankheitsbewältigung und die Rehabilitation sind Laienkompetenz (in den Familien) und Selbsthilfe von großer Bedeutung. Selbsthilfegruppen können dann eine wertvolle Hilfe sein, wenn sie niedrigschwellig angeboten werden, professionell unterstützt sind und Beratung zur Selbsthilfe anbieten. Teilweise sind die Ansätze zur Selbsthilfe explizit geschlechtsorientiert (z.B. Selbsthilfegruppe Wechseljahre), teilweise auch geschlechterübergreifend (z.B. Selbsthilfegruppen von Eltern mit aufmerksamkeitsgestörten bzw. hyperaktiven Kindern).

Im Land Brandenburg gibt es schätzungsweise mehr als 1.200 Selbsthilfegruppen zu den verschiedensten gesundheitlichen Problembereichen. Bei der Zusammensetzung der Selbsthilfegruppen nach Geschlecht zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den Gesundheitskursen: Acht von zehn Mitgliedern von Selbsthilfegruppen sind nach Angaben der Landsarbeitsgemeinschaft für Selbsthilfeförderung Brandenburg Frauen. Die Förderung der Selbsthilfe kommt gleichermaßen den Gesundheitsbedürfnissen von Frauen und Männern entgegen. Von daher sind insbesondere Anstrengungen zu unternehmen, für Männer den Zugang zur Selbsthilfe zu erleichtern.

*Gesundheitliche Selbsthilfe:
Nachholbedarf für Männer*

5.5.5 Früherkennung - bessere Heilungschancen

Früherkennungsuntersuchungen sollen Krankheiten und Behinderungen in einem frühen Stadium entdecken, um eine medizinische Behandlung rechtzeitig einleiten zu können. Vor allem bei Krebs kann Früherkennung zur Verlängerung des Lebens bei gleichzeitig verbesserter Lebensqualität beitragen. In der gesetzlichen Krankenversicherung haben Frauen ab dem 20. Lebensjahr und Männer ab dem 45. Lebensjahr einen Anspruch auf eine jährliche Krebsfrüherkennungsuntersuchung. Dazu kommt noch das Angebot, ab dem 36. Lebensjahr alle zwei Jahre eine Gesundheitsuntersuchung („check up“) machen zu lassen.

Für den vorliegenden Bericht konnten Daten der KV Brandenburg ausgewertet werden. Wir beschränken uns hierbei auf Krebsfrüherkennungsuntersuchungen; die Daten zur Gesundheitsuntersuchung („check up“) sind für eine geschlechtsspezifische Auswertung nicht geeignet.

Im Jahr 2001 wurden demnach in Brandenburg insgesamt 571.142 Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen durchgeführt (Angaben über Untersuchungen, die über die KV Brandenburg abgerechnet wurden). Darunter waren 479.276 Untersuchungen an Frauen und 91.866 Untersuchungen an Männern.

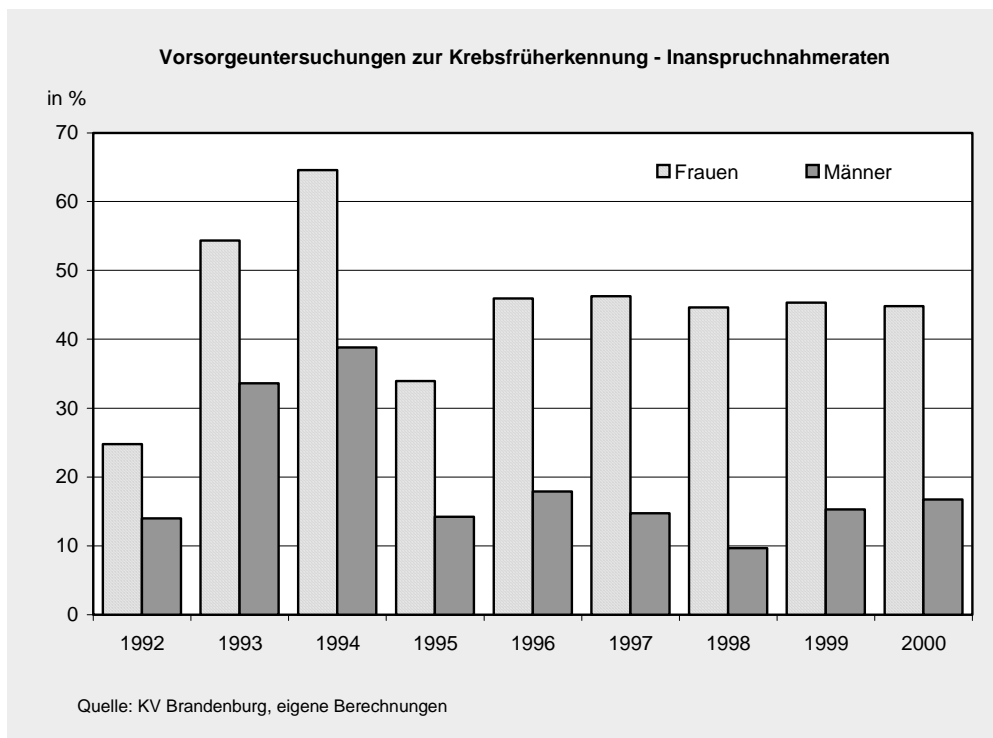


Abbildung 28

Bezogen auf die anspruchsberechtigten Altersgruppen zeigt sich, dass Frauen die Untersuchungen wesentlich häufiger in Anspruch nehmen als Männer. Bei den Frauen liegt die Rate der Inanspruchnahme seit Jahren bei etwa 45%, bei Männern ist in den letzten Jahren eine Steigerung zu verzeichnen, im Jahr 2000 waren es aber trotzdem nur 17% (Abbildung 28).

Vergleicht man diese Daten mit den Ergebnissen des Bundes-Gesundheits-surveys 1998 (Kahl, Hölling & Kamtsiuris 1999), so zeigt sich - auch wenn die Berechnungsbasis etwas unterschiedlich ist - dass die Brandenburger Frauen gesundheitsbewusster als der Bundesdurchschnitt sind, die Brandenburger Männer sind dagegen weniger gesundheitsbewusst als der Bundesdurchschnitt.

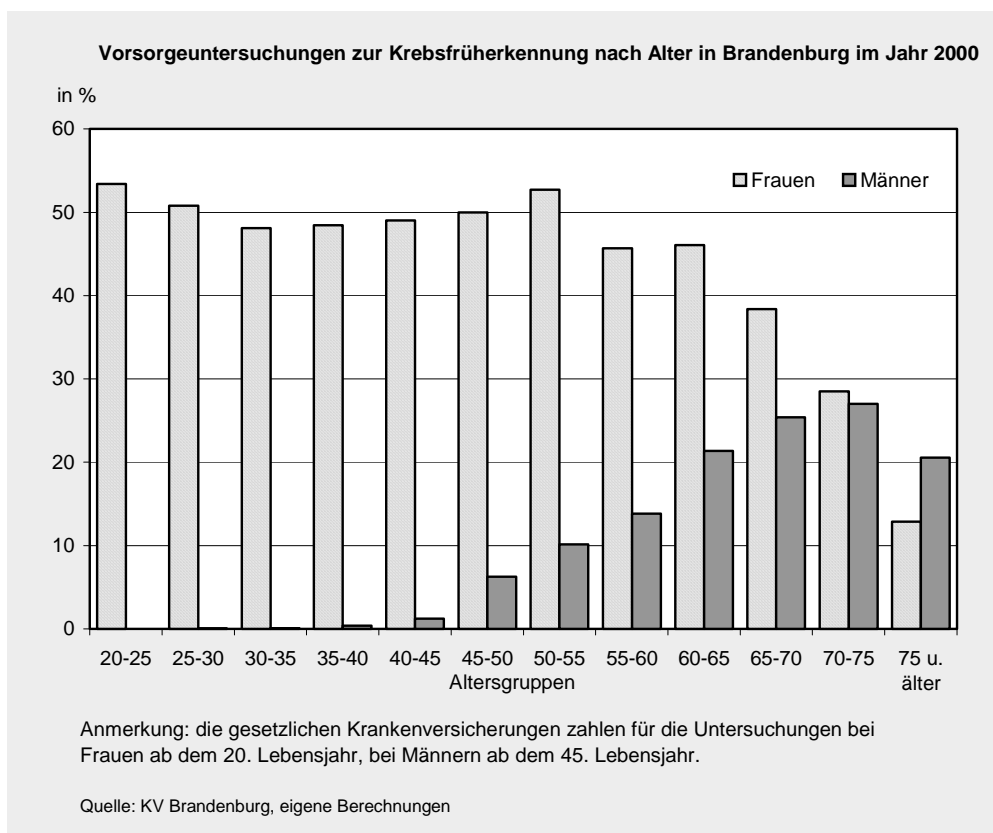


Abbildung 29

Ein Vergleich der Inanspruchnahme in verschiedenen Altersgruppen zeigt, dass etwa die Hälfte der Frauen vom 3. Lebensjahrzehnt bis zum 7. Lebensjahrzehnt die Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch nehmen. Männer, die ab dem 45. Lebensjahr einen Anspruch auf eine jährliche Früherkennungsuntersuchung haben, nutzen dieses Angebot kaum. So nehmen nur etwa 10% der 50- bis 55-Jährigen dieses Angebot an. Die höchste Inanspruchnahmerate findet sich bei den 70- bis 75-Jährigen mit knapp 30%.

Die Teilnehmeraten sind insgesamt unbefriedigend, dies gilt insbesondere für die Männer. Im Kontext des Gesundheitsverhaltens von Männern, das nach wie vor

durch ein männliches Rollen-Stereotyp geprägt ist, mag das Ergebnis zwar nicht überraschen, aber es macht deutlich, dass vermehrte Anstrengungen nötig sind, jüngere Männer durch Aufklärung zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen zu bewegen. Thematisch geht es hier insbesondere um die Untersuchungen zur Früherkennung von Prostata-, Haut- und Darmkrebs.

Vorsorgeuntersuchungen zur Krebsfrüherkennung: große Defizite bei Männern

5.5.6 Impfungen: Prävention par Excellence

Impfen ist das Mittel der Wahl, um verschiedene Infektionskrankheiten schon in der Kindheit zu verhüten. Zu den aktuellen impfpräventablen Krankheiten gehören Mumps, Masern, Röteln (MMR), Keuchhusten, HiB (Hämophilus influenzae b; eine bakterielle Hirnhautentzündung), Diphtherie, Polio, Tetanus und Hepatitis B. Das Land Brandenburg hat in den vergangenen 10 Jahren große Anstrengungen unternommen, um hohe Impfraten für die genannten Krankheiten zu erreichen. Im Ländervergleich steht Brandenburg vergleichsweise gut da (MASGF 1999b). Allerdings sind weiterhin Anstrengungen notwendig, um den erreichten Stand zu halten und weiter zu verbessern. Dies gilt insbesondere für Auffrischimpfungen für

Im Impfschutz kein Unterschied zwischen Jungen und Mädchen. Die Rötelnimpfung bildet eine Ausnahme

die Hepatitis B-Impfung, die zweite Impfung gegen MMR bzw. Auffrischimpfungen gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis.

Eine Analyse der Impfraten nach Geschlecht zeigt bei den Kindern und Jugendlichen keine wesentlichen Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen. Eine Ausnahme macht aber der Impfstatus bei Röteln im Jugendalter (Abbildung 30): 2001 hatten 61% der Schülerinnen in den 10. Klassen einen vollständigen Impfschutz, bestehend aus zwei Impfungen. Demgegenüber lag die Rate bei den Schülern bei nur 45%. Die bessere Durchimpfung der Mädchen gegen Röteln rührt wahrscheinlich von der Empfehlung einer dritten Rötelnimpfung für Mädchen im Impfkalendar bis 1997 her (Empfehlungen der Ständigen Impfkommission, STIKO, am Robert Koch-Institut). Es ist damit zu

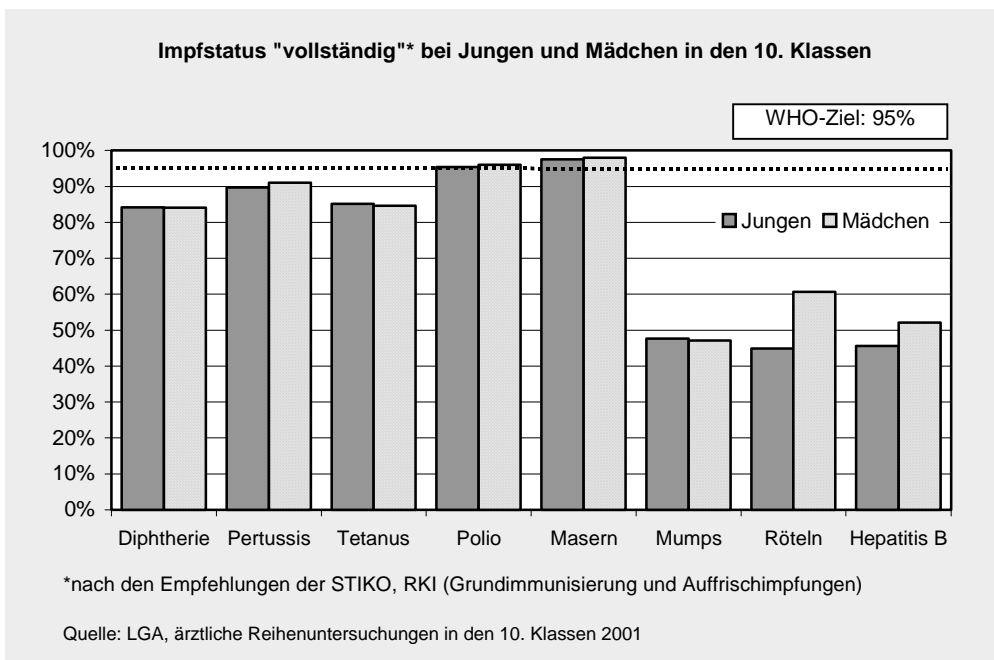


Abbildung 30

rechnen, dass dieser Geschlechtsunterschied in den nächsten Jahren schwindet, denn seit Anfang 1998 werden einheitlich für Jungen und Mädchen zwei Impfungen gegen MMR empfohlen.

Gripeschutzimpfung: Jede/r zweite über 60 Jahre ist geimpft

Grundsätzlich wird für Menschen ab 60 Jahren und für Risikogruppen die Gripeschutzimpfung empfohlen. 49% der Brandenburger Männer und 50% der Brandenburger Frauen in der Altersgruppe über 60 Jahre folgen dieser Empfehlung nach den Daten des Mikrozensus (1999, eigene Berechnungen). Nach einer Empfehlung des Robert Koch-Instituts sollte diese Rate jedoch in den nächsten Jahren auf mindestens 70% erhöht werden (RKI 2002, S. 322).

5.6 ... bis ins hohe Alter: Pflege in Brandenburg

Frauen sind stärker als Männer auf die Pflegeversicherung angewiesen: etwa 70% der Pflegeversicherungsfälle sind Frauen. Und: Pflege ist Frauenarbeit. Mehr als 80% des Pflegepersonals ist weiblich.

Die Lebenserwartung der Brandenburger/innen ist, wie in Kapitel 4.2 bereits dargestellt, in den vergangenen Jahren stetig gestiegen, allein in der letzten Dekade um ca. 4 Jahre. Dies ist einerseits ein Ausdruck gestiegener Lebensqualität und besserer Gesundheit, andererseits nimmt damit auch der Anteil älterer und kränkerer Menschen zu. Sind gegenwärtig 15% der Bevölkerung in Brandenburg 65 Jahre und älter, werden es 2015 über 22% sein. Diese Altersgruppe umfasst dann über 570.000 Menschen. Dabei entwickelt sich

die Situation regional unterschiedlich. So wird im Jahr 2015 der Anteil derer, die 65 Jahre und älter sind, im äußeren Entwicklungsraum mit 23,3% deutlich höher liegen als im engeren Verflechtungsraum mit 20,9%.

Der ganz überwiegende Teil der älteren Menschen lebt zwar selbständig und ist - altersentsprechend - mehr oder weniger gesund. Subjektiv fühlen sich alte Menschen heute sogar gesünder als vor 20 Jahren (BMFSFJ 2002, S. 145 ff). Dennoch nehmen mit dem Alter gesundheitliche Beschwerden zu. So steigt ab der Altersgruppe der 45- bis 50-Jährigen der Arzneimittelverbrauch steil an und erreicht in der Altersgruppe der über 80-Jährigen die sechs- bis zehnfache Menge im Vergleich mit den unter 40-Jährigen (ebenda, S. 140). So treten beispielsweise Herzkrankungen, Krebserkrankungen, Muskel-Skeletterkrankungen (auch infolge von Stürzen), neurologische Erkrankungen (z.B. Schlaganfälle) und psychiatrische Erkrankungen (vor allem Demenz und Depressionen) mit zunehmendem Alter immer häufiger auf und verlaufen auch ungünstiger als in früheren Lebensjahren. Viele der älteren Menschen leiden unter mehreren Krankheiten gleichzeitig. Insbesondere Hochaltrigkeit ist daher nicht selten auch mit Pflegebedürftigkeit verbunden. Anders als noch vor wenigen Jahren führt Pflegebedürftigkeit heute nicht mehr fast zwangsläufig in die Sozialhilfe. Die von der Pflegeversicherung (Sozialgesetzbuch XI) seit April 1995 übernommenen Leistungen der ambulanten, teilstationären und Kurzzeitpflege bzw. seit Juli 1996 auch der stationären Pflege gewährleisten nun eine Basissicherung und haben die Fallzahlen an pflegebedingter Sozialhilfe auf weniger als 20% des Bestands von 1994 verringert. Es zeichnet sich jedoch ein unerwartet hoher Dauerbestand an ergänzendem Sozialhilfebedarf bei der Pflege ab.

Sozialhilfe und Pflegeleistungen

Bis zur Einführung der Pflegeversicherung mussten die Pflegekosten oft von der Sozialhilfe („Hilfe in besonderen Lebenslagen“) getragen werden. Frauen waren dabei wesentlich häufiger auf diese Hilfeart angewiesen: aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung sind sie im Alter häufiger allein stehend und infolgedessen eher auf außerfamiliäre Hilfe angewiesen. Zudem haben sie häufig geringere Rentenansprüche als Männer. Mit der weitgehenden Übernahme der Pflegekosten durch die Pflegeversicherung haben sich bei der Hilfe in besonderen Lebenslagen die Proportionen zwischen den Geschlechtern bei den alten Menschen deutlich verschoben, so dass hier nun Männer überwiegen.

Daten zur Pflegeversicherung liegen erst seit 1999 vor. 1999 gab es in Brandenburg 64.340 Empfänger/innen von Pflegeversicherungsleistungen, im Jahr 2001 waren es bereits 67.821, das sind 2,6% Brandenburger/innen. Fast 70% davon sind Frauen (46.587). Der Frauenanteil an den ambulanten Pflegefällen betrug 73,4%, an den stationären Pflegefällen 77,7% und an den Pflegegeldempfänger/innen 61,4%. Zwar erhalten zu einem geringen Teil auch jüngere Personen Pflegeleistungen, aber die überwiegende Mehrheit, nämlich fast 84% der Pflegeleistungsempfänger/innen, sind über 60 Jahre alt.

Die Leistungen der Pflegeversicherungen sind nach Pflegestufen eingeteilt, d.h. nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit. Die Pflegestufe 1 mit dem geringsten Pflegebedarf hatten 32.317 Personen, darunter 10.160 Männer und 22.157 Frauen. In der Pflegestufe 2 waren es 26.242 Personen (8.166 Männer, 18.076 Frauen) und in der Pflegestufe 3 waren es 9.150 Personen (2.873 Männer, 6.277 Frauen). In allen drei Pflegestufen ist der Anteil der Frauen in etwa gleich hoch.

Pflege: doppelte Benachteiligung der Frauen

Tabelle 10

Leistungsempfänger/innen nach dem Pflegeversicherungsgesetz in Brandenburg									
Stand 15.12.2001									
	insgesamt		davon						
		ambulante Pflege	stationäre Pflege				Pflegegeld		
			insgesamt	davon					
				vollstationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	Tagespflege	Nachtpflege		
Männer	21.234	4.637	3.784	3.509	92	177	6	12.813	
Frauen	46.587	12.994	13.209	12.435	315	456	3	20.384	
insgesamt	67.821	17.631	16.993	15.944	407	633	9	33.197	

Datenquelle: LDS Brandenburg

Pflegearbeit

Die Pflege alter Menschen ist eine körperlich und psychisch hoch belastende Arbeit. Heben und Tragen, Schichtarbeit, Zeitdruck, Ängste, Scham und eine emotionale Dauerbeanspruchung im Umgang mit den alten Menschen prägen den Berufsalltag der Pflegekräfte. Zudem sind Bezahlung und soziales Ansehen wie in vielen „Frauenberufen“ gering. Auf der anderen Seite ist professionelle Pflegearbeit jedoch eine Tätigkeit, zu der hohe Qualifikation, Verantwortung und Kreativität gehören. Eine bedarfsgerechte Pflege, bei der dann auch auf die besonderen Belange z.B. von älteren Frauen eingegangen werden kann, hängt nicht zuletzt davon ab, ob die Pflegekräfte dafür die notwendige Zeit haben, auf die Organisation ihrer Arbeit Einfluss nehmen können, ausreichend qualifiziert sind, sich fortbilden können, Supervision bekommen und ihnen berufliche Entwicklungsmöglichkeiten eröffnet werden. Der Handlungsbedarf ist - in ganz Deutschland - in dieser Hinsicht enorm.

Betrachtet man speziell den Pflegebedarf der Hochaltrigen, so zeigt sich, dass bei den über 85 Jahre alten Menschen 55% Pflegeversicherungsleistungen in Anspruch nehmen müssen, bei den über 90-Jährigen sogar 68%.

Pflegeversicherungsleistungen werden insgesamt doppelt so häufig von Frauen als von Männern in Anspruch genommen. Darin spiegelt sich neben der demografischen Situation an sich auch wider, dass viele der alten pflegebedürftigen Männer auf das familiäre Pflegepotenzial ihrer zumeist jüngeren Frauen (und der Töchter) vertrauen können. Es wird geschätzt, dass in der familiären Pflege etwa 80% der Pflegepersonen Frauen sind. Frauen sind hier also doppelt benachteiligt: sie übernehmen die hochbelastende Pflege ihrer Angehörigen, so lange sie noch selbst gesund sind - und wenn sie später selbst auf Hilfe angewiesen sind, müssen sie die oft unzureichenden Leistungen des Versorgungssystems in Anspruch nehmen. Mehr noch: auch bezahlte Pflegearbeit ist wiederum eine Domäne der Frauen. 2001 betrug in Brandenburg der Anteil der Frauen am Pflegepersonal im ambulanten Bereich 93,4%, im stationären Bereich 86,8%.

Exkurs: Pflege und Altersdemenz

Der Bevölkerungsprognose für Brandenburg zufolge ist davon auszugehen, dass die Zahl der Menschen, die älter als 80 Jahre sind, bis 2015 um 90% ansteigt. Dies wird zu einer Verschärfung der Pflegesituation führen, weil diese Gruppe den höchsten Anteil Pflegebedürftiger stellt. Ein besonderes Problem stellen dabei die Demenzerkrankungen dar. Ihre Häufigkeit nimmt mit dem Alter stark zu. Während in der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen nur ca. 0,5% der Menschen betroffen sind, ist es in der Altersgruppe der 80- bis 85-Jährigen schon mehr als jede/r Zehnte und bei den über-90-Jährigen jede/r Dritte. Demenzerkrankungen ziehen häufig Pflegebedürftigkeit nach sich, da die Betroffenen zunehmend in ihrem Vermögen, sich im Alltag zurecht zu finden und sich selbst zu versorgen, beeinträchtigt sind. Dem 4. Altenbericht der Bundesregierung zufolge ist davon auszugehen, dass demenzielle Syndrome bei den über 80-jährigen Frauen und Männern die häufigste pflegebegründende Diagnose darstellen (BMFSFJ 2002, S. 143).

Nach Schätzungen sind zurzeit in Brandenburg etwa 27.000 Menschen demenziell in unterschiedlichen Schwere-

graden erkrankt, davon sind etwa 70% weiblich. Allein infolge der demografischen Zunahme alter Menschen ist bis 2005 mit 6.000 bis 8.000 Neuerkrankungen, danach bis 2015 mit jährlich 8.000 bis 8.200 Neuerkrankungen zu rechnen. Für das Jahr 2015 wird dann von mehr als 40.000 demenziell Erkrankten in Brandenburg ausgegangen. Die überwiegende Zahl der Neuerkrankten werden - aus demografischen Gründen - Frauen sein.

Gegenwärtig werden, so ein vom Land in Auftrag gegebenes Gutachten, ca. 60% der demenziell Erkrankten in Brandenburg zu Hause versorgt (durch die Angehörigen und/oder ambulante Dienste), ca. 40% benötigen eine stationäre Versorgung. Im Jahr 2001 gab es in Brandenburg ca. 17.000 Plätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen, davon waren ca. 60% von demenziell Erkrankten bewohnt, mit steigender Tendenz. Das Versorgungssystem

in Brandenburg wie in Deutschland insgesamt ist auf diese Entwicklung nicht ausreichend vorbereitet. Notwendig sind nach Einschätzung vieler Expert/innen vor allem die rechtzeitige und qualifizierte ärztliche Diagnostik der Demenz, eine Vernetzung der medizinisch-pflegerischen Versorgung, dementengerechte bauliche Standards bei den Pflegeheimen, speziell geschultes Pflegepersonal und eine bessere Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger. Das Land Brandenburg entwickelt dazu zurzeit ein Handlungskonzept, das dann gemeinsam mit allen Akteuren umgesetzt werden soll.

Darüber hinaus sollten Initiativen unterstützt werden, die die Frauen motivieren, sich aktiv auf ihr eigenes Alter vorzubereiten und rechtzeitig Weichenstellungen, z.B. hinsichtlich eines altersgerechten Wohnens, vorzunehmen.

6 Anhang

Im Land Brandenburg gibt es gegenwärtig über 160 kommunale Gleichstellungsbeauftragte, die hauptamtlich, nebenamtlich oder ehrenamtlich wirken. Die Gleichstellungsbeauftragten sollen Benachteiligungen von Frauen aufzeigen und über die Einhaltung des verfassungsrechtlichen Gleichheitsgebotes wachen. Neben der Pflege von Kontakten zu Verbänden, Projekten, Parteien und Kirchen leisten sie Öffentlichkeitsarbeit. Jede Frau und jeder Mann kann sich direkt an die zuständigen Gleichstellungsbeauftragten wenden. In den Sprechstunden bieten sie Beratung und Information sowie Unterstützung bei der Durchsetzung der Rechte der Ratsuchenden.

Gleichstellungsbeauftragte der Landkreise und kreisfreien Städte

Kreisverwaltung Barnim

Frau Marion Hildebrand
Breitscheidstr. 36
16225 Eberswalde
www.barnim.de
Tel.: (03334) 214 704
Fax: (03334) 239 760
e-mail: kreisverwaltung@barnim.de

Kreisverwaltung Dahme-Spreewald

Frau Elke Voigt
An der Kupka
15901 Lübben
www.l-d-s.de
Tel.: 03546/20-1109
Fax: 03546/20-1000
e-mail: GBAEIkeVoigt@aol.com

Kreisverwaltung Elbe-Elster

Frau Ellen Krenzel
Torgauer Str. 7
04916 Herzberg/Elster
www.landkreis-elbe-elster.de
Tel.: (03535) 49350
Fax: (03535) 493519
e-mail: gleichstellungsbeauftragte@lkee.de

Kreisverwaltung Havelland

Frau Gabriele Steidl
Platz der Freiheit 1
14712 Rathenow
www.havelland.de
Tel.: (03385) 551 12 31
Fax: (03385) 551 15 55
e-mail: gabi.steidl@havelland.de

Kreisverwaltung Märkisch-Oderland

Frau Marianne Huhn
Puschkinplatz 12
15306 Seelow
www.maerkisch-oderland.de
Tel.: (03346) 85 04 46
Fax: (03346) 85 04 20
e-mail: Buero_Landrat@LandkreisMOL.de

Kreisverwaltung Oberhavel

Frau Christina Höhne
Poststraße 1
16515 Oranienburg
www.oberhavel.de
Tel.: (03301) 60 11 37
Fax: (03301) 60 11 32
e-mail: gleichstellungsbeauftragte@oberhavel.de

KreisverwaltungOberspreewald-Lausitz

Frau Gisa Grundmann
Dubinaweg 1
01968 Senftenberg
www.osl-online.de
Tel.: (03573) 870 10 31
Fax: (03573) 870 30 10
e-mail: gleichstellung@osl-online.de

Kreisverwaltung Oder-Spree

Frau Marion Bruhn
Luchstr. 12
15841 Beeskow
www.landkreis-oder-spree.de
Tel.: (03366) 35 10 50
Fax: (03366) 35 10 35
e-mail: gleichstellungsbeauftragte@landkreis-oder-spree.de

Kreisverwaltung Ostprignitz-Ruppin

Frau Marlis Grunst
Virchowstr. 14-16
16816 Neuruppin
www.ostprignitz-ruppin.de
Tel.: (03391) 68 81 91
Fax: (03391) 32 39
e-mail: buero.dlandrates@o-p-r.de

Kreisverwaltung Potsdam-Mittelmark

Frau Ines-Angelika Lübbe
Niemöller Str. 1
14806 Belzig
www.potsdam-mittelmark.de
Tel.: (033841) 913 21
Fax: (033841) 913 12
e-mail: ines-angelika.luebbe@potsdam-mittelmark.de

Kreisverwaltung Prignitz

Frau Bärbel Schmidt
Berliner Str. 49
19348 Perleberg
www.landkreis-prignitz.de
Tel.: (03876) 71 32 25
Fax: (03876) 71 32 91
e-mail: prignitz.adv@t-online.de

Kreisverwaltung Spree-Neisse

Frau Marion Urban
Heinrich-Heine-Str. 1
03149 Forst/Lausitz
www.landkreis-spree-neisse.de
Tel.: (03562) 98 61 00 64
Fax: (03562) 98 61 00 88
e-mail: gleichstellungsbeauftragte@lkspn.de

Kreisverwaltung Teltow-Fläming

Frau Monika Kollert
Am Nuthefließ 2
14943 Luckenwalde
www.teltow-flaeming.de
Tel.: (03371) 608 10 85
Fax: (03371) 608 93 00
e-mail: kollert.beauftr@teltow-flaeming.de

Kreisverwaltung Uckermark

Frau Angelika Schley
Karl-Marx-Str. 1
17291 Prenzlau
www.uckermark.de
Tel.: (03984) 702200
Fax: (03984) 704099
e-mail: info@uckermark.de

Stadtverwaltung Brandenburg

Frau Ingrid Schönwälder
Neuendorfer Str. 90
14770 Brandenburg
www.stadt-brandenburg.de
Tel.: (03381) 58 16 01
Fax: (03381) 58 70 04
e-mail: info@stadt.brandenburg.de

Stadtverwaltung Cottbus

Frau Sabine Hiekel
Neumarkt 5
03046 Cottbus
www.cottbus.de
Tel.: (0355) 612 20 18
Fax: (0355) 235 64
e-mail: info.stadt@cottbus.de

Stadtverwaltung Frankfurt (Oder)

Frau Sabine Stuchlick

Markplatz 1

15230 Frankfurt(Oder)

www.frankfurt-oder.de

Tel.: (0335) 552 13 40

Fax: (0335) 552 13 29

e-mail: g.stuchlick@t-online.de

Stadtverwaltung Potsdam

Frau Susanne Melior

Friedrich-Ebert-Str. 79-81

14461 Potsdam

www.potsdam.de

Tel.: (0331) 289 10 80

Fax: (0331) 289 10 82

e-mail: susanne.melior@rathaus.potsdam.de

Hinweis: Die Adressen und Telefonnummern der Gleichstellungsbeauftragten der Gemeinden und Ämter können bei der Gleichstellungsbeauftragten des jeweiligen Landkreises erfragt werden.

7 Literatur

- AOK (2001). Arbeitsunfähigkeitsdaten. AOK für das Land Brandenburg. Potsdam, unveröffentlichte Sonderauswertung.
- BA (2000). ibv 22/00. Nürnberg: Bundesanstalt für Arbeit.
- BAUA (2002). Der Mobbing-Report - Eine Repräsentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland (Meschkutat, B., Stackelbeck, M., Langenhoff, G.), Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Forschungsbericht Fb 951, Dortmund/Berlin 2002.
- Becker, P., & Minsel, B. (Hrsg.). (1986). Psychologie der seelischen Gesundheit. Band 2: Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten. Göttingen: Hogrefe.
- BIBB/IAB (1998/99). Erwerb und Verwertung beruflicher Qualifikationen von Erwerbstätigen. Unveröffentlichte Sonderauswertung des Bundesinstituts für Berufsbildung.
- BKK (2002). Krankheitsartenstatistik 2000/2001. Essen: Bundesverband der Betriebskrankenkassen.
- BMFSFJ (2001). Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- BMFSFJ (2002). Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Braunmühl, C.v. (1999). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Modellvorhaben des Landes Brandenburg. Sozialer Fortschritt 5/99, 123-130.
- Breiholz, H. (2002). Ergebnisse des Mikrozensus. Wirtschaft und Statistik 7, 566 ff.
- Council of Europe (Hg.). (1998). Gender Mainstreaming - Konzeptueller Rahmen, Methodologie und Beschreibung bewährter Praktiken. Strasburg: Europarat.
- DAK (2002). Gesundheitsreport 2002 für das Bundesland Brandenburg. Hamburg: Deutsche Angestellten Krankenkasse.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2001). Ernährungsbericht 2000. Frankfurt: Heinrich.
- Dittrich, S. (2001). Fragen zur Gesundheit. Ergebnisse des Mikrozensus 1999. Wirtschaft und Statistik 9/2001, 771-780.
- Ducki, A. (2000). Belastungen und Ressourcen der Frauenerwerbsarbeit. In: Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (Hrsg.): Frauen, Arbeit und Gesundheit, Hannover.
- Europäische Agentur (2002). Arbeitsbedingter Stress, Facts 22. Bilbao: Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz.
- Europäische Stiftung (2002). Dritte Europäische Umfrage über die Arbeitsbedingungen 2000. Dublin: Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2002, www.gbe-bund.de.
- Gmünder Ersatzkasse (2001). GEK-Arzneimittelreport 2001 (Autoren: Gerd Glaeske, Katrin Janhsen). St. Augustin: Asgard.
- Herzzentrum (2002). Symposium „Hormone und Herzkrankheiten bei Frauen“, Deutsches Herzzentrum Berlin, August 2002.
- Holte, H. (2000). Rasende Liebe. Stuttgart: Hirzel.
- IAB (2002). Werkstattbericht Nr. 0.8/15.8.2002 (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit, IAB), Nürnberg.

- John, U. (1998). Riskanter Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. In: F.W. Schwartz. Das Public Health Buch. München: Urban & Schwarzenberg.
- Kahl, H., Hölling, H. & Kamtsiuris, P. (1999). Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Das Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2, S. 163-168.
- Krampe, A. & Sachse, S. (2001). Risikoverhalten im Straßenverkehr. In: D. Sturzbecher (Hrsg.). Jugend in Ostdeutschland. Längsschnittanalysen zur Lebenssituation und Delinquenz 1999 - 2001 (http://www.brandenburg.de/sixcms/media.php/536/ifk_studie.pdf).
- Lange, C. & Ziese, T. (2002). Frauen und Männer sind anders krank - geschlechtssensible Berichterstattung in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Beitrag auf der Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie (DAE) am 9. bis 11.9.2002 in Berlin.
- LDS (2001a). Statistische Berichte. Arbeitsmarkt im Land Brandenburg, Dezember 2001. Potsdam: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik.
- LDS (2001b). Statistische Berichte. Bildungsstand und Schulbesuch im Land Brandenburg. Potsdam: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik.
- LDS (2002a). Statistisches Jahrbuch 2001. Potsdam: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik.
- LDS (2002b). Wanderungen im Land Brandenburg 2001. Statistische Berichte. Potsdam: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik.
- LDS (2002c). Daten zur Gesundheit aus dem Mikrozensus Brandenburg 1992, 1995 und 1999. Unveröffentlichte Tabellen.
- LDS (2003). Statistische Berichte. Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegegeldleistungen im Land Brandenburg.
- LDS/Landesumweltamt (2000). Bevölkerungsprognose 2000 - 2015. (1/2000). Potsdam: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik / Landesumweltamt Brandenburg.
- LGA BW (2001). Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. Lebenserwartung und Sterblichkeit in Baden-Württemberg. GBE-Kurzinfo 1/2001.
- Maschewsky-Schneider, U. (1997). Frauen sind anders krank: Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland. Weinheim: Juventa.
- MASGF (1998). Gesundheit und Arbeitswelt im Land Brandenburg (2. Auflage). Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen.
- MASGF (1999a). Einschüler in Brandenburg - Soziale Lage und Gesundheit 1999. Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen.
- MASGF (1999b). Infektionsreport 1999 des Landes Brandenburg. Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen.
- MASGF (2001a). Entwicklung von Betrieben und Beschäftigung in Brandenburg. Forschungsberichte Nr. 19. Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen.
- MASGF (2001b). Arbeitsmarktbericht für das Land Brandenburg. Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen.
- MASGF (2001c). Soziale Lage und Gesundheit von jungen Menschen im Land Brandenburg 2001. Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen.
- MASGF (2001d). Brandenburgisches Landesprogramm gegen Sucht. Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen (www.masgf.brandenburg.de).

- MASGF (2001e). Suchtkrankenhilfe / Suchtprävention - Wegweiser durch das Land Brandenburg. Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen (www.masgf.brandenburg.de).
- Mensink, G.B.M. (1999). Körperliche Aktivität. Das Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2, S. 126-131.
- Mensink, G.B.M., Thamm, M. & Haas, K. (1999). Die Ernährung in Deutschland 1998. Das Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2, S. 200-206.
- MFJFG (2000). Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht 2000. Bielefeld: lögd.
- Mielck, A. (2000). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Huber.
- Riemann, J.F. & Classen, M. (2002). Darmkrebsfrüherkennung: Noch ein Stiefkind in der öffentlichen Wahrnehmung. Deutsches Ärzteblatt 99, A 706-708.
- RKI (2002). Epidemiologisches Bulletin Nr. 38/2002.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit - Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Gutachten (<http://www.svr-gesundheit.de>).
- Schwabe, U. & Paffrath, D. (2001). Arzneiverordnungs-Report 2001. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Berlin: Springer.
- Sieverding, M. (1998). Sind Frauen weniger gesund als Männer? Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 50, S. 471-489.
- Statistisches Bundesamt (1998). Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (2001a). Statistisches Jahrbuch 2001. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (2001b). Frauen verunglücken seltener als Männer und sind seltener schuld an Unfällen. Pressemitteilung 2. März 2001. www.destatis.de/presse.
- Statistisches Bundesamt (2002). Statistisches Jahrbuch 2002. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- StBA (1999). Statistisches Bundesamt, Mitteilung für die Presse, 15. April 1999.
- Tumorzentrum Land Brandenburg (2001). Sachbericht Onkologie 2000. Potsdam: Tumorzentrum Land Brandenburg e.V.
- Tumorzentrum Land Brandenburg (2002). Sachbericht Onkologie 2001. Potsdam: Tumorzentrum Land Brandenburg e.V.
- VDR (2001). Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Unveröffentlichte Sonderauswertung.
- Wittchen, H.-U., Müller, N., Pfister, H., Winter, S., Schmidtkunz, B. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland. Das Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2, S. 216-222.

An diesem Bericht haben mitgearbeitet:
Dr. Andreas Böhm, Dr. Carlchristian v. Braunmühl, Ines Kluge, Joseph Kuhn, Regina Lange, Karin Lüdecke,
Heike Mantey, Bernd Müller-Senftleben, Dr. Helmut Solf
Textkorrektur: Karin Bukowski
Layout: Sabine Hohlfeld

Impressum

ISSN 1619-568X

Herausgeber:

**Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit
und Frauen des Landes Brandenburg**

Öffentlichkeitsarbeit

Heinrich-Mann-Allee 103
14473 Potsdam

Redaktion:

**Landesgesundheitsamt Brandenburg
im Landesamt für Soziales und Versorgung**

Wünsdorfer Platz 3
15838 Wünsdorf

Druck: Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

Auflage: 2.000 Exemplare, 1. Auflage Juni 2003

gedruckt auf umweltfreundlichem Papier

Nachdruck mit Quellenangabe erwünscht,
Belegexemplar erbeten

Diese Broschüre steht auch im Internet unter www.masgf.brandenburg.de
als pdf-Datei zur Verfügung.