

Sind Frauen gesünder als Männer?

Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in der Bundesrepublik Deutschland

Ulrike Maschewsky-Schneider, Eberhard Greiser, Uwe Helmert

Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), und Projekt «Gesundheitshandeln und Lebensweisen von Frauen»

Einleitung

Frauen leben in der Bundesrepublik Deutschland im Durchschnitt sieben Jahre länger als Männer; die Lebenserwartung eines neugeborenen Mädchens liegt bei 77, die eines neugeborenen Jungen bei 70 Jahren. Bei beiden Geschlechtern steigt sie kontinuierlich an (1960: 67 und 72 Jahre), bei Frauen allerdings schneller als bei den Männern. Gründe dafür lassen sich aus den Mortalitätsstatistiken ablesen und unterscheiden sich für die hochindustrialisierten Länder nicht wesentlich [1]. Der Beitrag von Ursula Härtel in diesem Heft belegt die wichtigsten Unterschiede. Männer sterben häufiger an koronaren Herzkrankheiten (KHK), besonders dem Herzinfarkt, bösartigen Neubildungen der Atemwege (Lungenkrebs) und der Nieren und Harnwege, Lebererkrankungen (Leberzirrhose) und chronischer Bronchitis, an Selbstmord und (Auto- und Arbeits-) Unfällen. Die altersspezifische Mortalität zeigt darüberhinaus die vorzeitige Sterblichkeit der Männer für alle Altersgruppen unabhängig von der Todesursache, darunter aber besonders an koronaren Herzkrankheiten, (v.a. Herzinfarkt) und an Unfällen/Selbstmord.

Aus den Zahlen zur Lebenserwartung und den Mortalitätsstatistiken lässt sich die Frage «Sind Frauen gesünder als Männer?» allerdings noch nicht beantworten, denn sie sagen für sich genommen noch nichts darüber aus, welche Belastungen und gesundheitlichen Einschränkungen, also welche Krankheitsverläufe möglicherweise diesen epidemiologischen Erscheinungen zugrunde liegen. Aussagen über gesundheitliche Belastungen im Lebensverlauf, also über die Qualität des Lebens, sind daraus nicht ableitbar. Dies ist erst möglich mit Blick auf die – für die Bundesrepublik Deutschland allerdings methodisch unzulänglichen – Daten zur Morbidität und Untersuchungen zur Lebenssituation und Belastungen von Männern und Frauen.

In der Öffentlichkeit wird die Frage danach, wer denn nun gesünder sei, immer wieder neu aufgeworfen. Eine differenzierte Betrachtung der epidemiologischen Datenlage und was sie über die Frauen aussagt, ist bisher jedoch versäumt worden. Gerät dies dann zunehmend ins Blickfeld, scheint eine sachliche Haltung nur schwer möglich zu sein. So berichtet die «Münchener Medizinische Wochenschrift» (130, 1988,

Nr. 4) [2] unter dem Titel «Sträflich vernachlässigte Frauenherzen» über die Jahrestagung der American Heart Association 1987 und dort präsentierte Forschungsergebnisse über Herzkrankheiten bei Frauen. Nachdem die Frauen in der Epidemiologie, besonders aber in der Erforschung der Herz-Kreislaufkrankheiten jahrzehntelang sträflich vernachlässigt wurden, macht die Epidemiologie in den USA seit einigen Jahren wichtige Schritte auf diesem Gebiet [3] [4], richtungweisend auch für den europäischen Raum, besonders für die in dieser Hinsicht eher unterentwickelten deutschsprachigen Länder. Kein Anlass also zu peinlich berührenden Stellungnahmen über die «Mysterien der Krankheit Frau», sondern zur ernsthaften Beschäftigung mit den Daten zur gesundheitlichen Lage der Frau [22].

Geschlechtsunterschiede und gesundheitliche Lage

Erste These:

Die längere Lebenserwartung der Frauen ist kein Indikator für gesünderes oder besseres Leben

Die Daten zur Morbidität ergeben kein in sich konsistentes Bild bezüglich der gesundheitlichen Lage der Frau. Dies ist zum einen den methodischen Unzulänglichkeiten der Morbiditätsstatistiken in der Bundesrepublik Deutschland geschuldet. Die Epidemiologie muss sich hier auf verschiedenste, weitgehend nicht aufeinander abgestimmte oder nicht valide Einzelstatistiken (z. B. Arbeitsunfähigkeitsstatistiken, Statistiken der Rentenversicherungsträger, Krebsregister Saarland, Mikrozensusdaten) oder Daten aus Einzelstudien (z. B. arbeitsmedizinischen oder Belastungsstudien, vereinzelte Kohorten- oder Fallkontrollstudien) beziehen. Mit den Daten des im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie 1984 durchgeführten ersten Gesundheitssurvey [12] liegen Daten u. a. über somatische und verhaltensbedingte Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten, soziodemographische und Belastungsdaten, Daten zur Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgungsangeboten und zu Selbsteinschätzungen der gesundheitlichen Lage vor.

Die Daten des Bremer Studienzentrums zeigen, dass die Indikatoren, die auf einer Selbsteinschätzung der gesundheitlichen Lage beruhen, für Frauen ein schlechteres Bild ergeben als für Männer (Tab. 1).

Tab. 1. Selbsteinschätzung und objektive Indikatoren der gesundheitlichen Lage bei Frauen und Männern (25–69 Jahre) (in Prozenten).

Frage N	Männer 852	Frauen 948
Beschreibung des eigenen Gesundheitszustandes		
schlecht/weniger gut	14	22
zufrieden	45	44
gut/sehr gut	40	34
Behinderung durch den Gesundheitszustand bei der Erfüllung täglicher Aufgaben, zum Beispiel Haushalt, Beruf, Ausbildung		
nicht	60	50
wenig	30	35
erheblich	9	14
Beschwerden (Stanine-Klassen nach Zerssen)		
unauffällig	66	52
Grenzbereich	14	17
auffällig	17	27
k. A.	3	4
Akute und chronische Erkrankungen im Lebensverlauf (eine u. m.)		
Arztbesuch in den letzten 4 Wochen	29	40
Bettlägerige Tage in den letzten 4 Wochen (mindestens 1 Tag)	5	6
Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten	9	11

Quelle: Bremer Gesundheitssurvey 1984.

Frauen halten ihren Gesundheitszustand eher für schlecht/weniger gut, fühlen sich dadurch in der Erledigung ihrer täglichen Aufgaben eingeschränkt, nennen mehr Beschwerden und akute und chronische Erkrankungen als Männer. Diese Zusammenhänge gelten nicht nur für die älteren, sondern (fast) durchgängig auch für die jüngeren und mittleren Altersgruppen. Die Ergebnisse entsprechen auch anderen Untersuchungen, die zeigten, dass Frauen häufiger als Männer Störungen des körperlichen und seelischen Befindens angeben [5] [6] und sich häufiger durch Gesundheitsbeeinträchtigungen in der täglichen (Berufs- und Haus-) Arbeit gehindert fühlen [7].

Damit stehen diese Daten im Widerspruch zu den Mortalitätsstatistiken, die den Frauen eine bessere Gesundheit als den Männern zuschreiben. Der Blick auf objektivere Daten zur Morbidität macht das Bild nicht viel eindeutiger. So weisen die Rentenversicherungsstatistiken sowohl bei Arbeitern als auch bei Angestellten einen höheren Frühverrentungsanteil der Frauen aus. Aber: Daten zur Arbeitsunfähigkeit, gewonnen auf der Grundlage von Krankenkassenstatistiken, zeigen, dass berufstätige Frauen in mittleren und höheren Altersgruppen keinen höheren Kranken-

stand haben als Männer [8] [9]. Der Bremer Gesundheitssurvey zeigt keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen gemessen an eher objektiven Kriterien wie Bettlägerigkeit und Krankenhausaufenthalte (Tab. 1).

Auf eine gesundheitliche Benachteiligung der Frauen lassen die Ergebnisse sowohl des MONICA-(Herzinfarkt) Registers Augsburg [10] als auch Bremen [11] schliessen. Sie zeigen für die mittleren Altersgruppen (55 bis 64 Jahre; wegen geringer Fallzahlen für die Altersgruppe 45 bis 54 Jahre nur als Trend) eine höhere 28-Tage-Letalität des Herzinfarkts bei Frauen im Vergleich zu den Männern. Sie weisen darüberhinaus für Frauen einen grösseren Anteil an unzureichenden Daten für die eindeutige Klassierung eines Herzinfarkts aus (Bremen: Männer 16%, Frauen 21% der registrierten Fälle). Die 28-Tage-Letalität war für die Frauen mit Erstinfarkt grösser als für die männliche Vergleichsgruppe (Bremen: 44% und 37%; Augsburg 65% und 38%; alle Altersgruppen zus.).

Interpretierbar sind diese Daten zum einen im Hinblick auf biologische und/oder soziale Unterschiede; wahrscheinlich ist aber auch ein unterschiedlicher Behandlungsstatus und Diagnostik für Männer und Frauen im Rahmen der medizinischen Versorgung. Dafür sprechen die in dem o. g. Artikel über die Tagung der AMA berichteten Ergebnisse [2]. C. Halhuber (ebd) berichtet Vergleichbares auf dem Hintergrund ihrer klinischen Erfahrungen.

Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass die Daten zur Morbidität, die Daten zur Lebenserwartung von Männern und Frauen eher relativieren. Sie zeigen eine stärkere subjektive gesundheitliche Beeinträchtigung der Frau. Objektive Daten sind demgegenüber spärlich, auf jeweils selektierte Teilpopulationen bezogen (z. B. berufstätige und nicht berufstätige Frauen, ältere und jüngere Frauen; Frauen mit spezifischen Erkrankungen) und deshalb nicht eindeutig mit männlichen Teilpopulationen vergleichbar. Der Bezug zu den Mortalitätsdaten wird damit ebenfalls schwierig. Im Hinblick auf die eingangs formulierte These lautet die Antwort:

Epidemiologisch lässt sich die Frage, ob Männer oder Frauen gesünder sind, auf dem derzeitigen Wissensstand nicht beantworten. Die Daten zeigen lediglich, dass Männer und Frauen anders krank sind. Als ideologisch und wissenschaftlich nicht belegt müssen deshalb die in der Öffentlichkeit immer wieder aufgeworfenen Thesen bezeichnet werden, die den Frauen entweder – mit Blick auf ihre höhere Lebenserwartung – eine bessere Gesundheit zuschreiben oder aber – mit Blick auf ihre stärkere Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen – sie als kränker und weniger belastbar bezeichnen.

Risikofaktoren und Gesundheitsverhalten

Zweite These:

Frauen leben länger als Männer, weil sie gesünder leben, weil sie biologische Schutzfaktoren haben, weil

sie eine andere Einstellung zur Gesundheit und ihrem Körper haben

Die kürzere Lebenserwartung der Männer wird – mit Blick auf die Todesursachen, resp. die Frühsterblichkeit der Männer an bestimmten Todesursachen (siehe Einleitung) – zu einem nicht unerheblichen Anteil auf das unterschiedliche Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen [1] und damit auf sozial beeinflusste Faktoren zurückführt. Rauchen, Alkohol, riskantes Autofahren und Selbstmord, aber auch berufliche Belastungen und spezifische Expositionen sind die relevantesten Faktoren, die in diesem Zusammenhang zu nennen sind und verstärkt bei Männern vorkommen.

Die Daten des Bremer Gesundheitssurveys bestätigen dies nochmals für die klassischen Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten [12]. Für alle Risikofaktoren gilt, dass die Prävalenz bei den Männern in jüngeren Jahren höher ist als bei Frauen. Für die ersten drei gilt darüberhinaus das sog. Kreuzungsphänomen. D. h., dass sich die Geschlechterrelation in den höheren Altersgruppen (im Alter der Menopause, also ca. mit 50 Jahren) umkehrt. Interpretiert wurde dies i. S. eines biologischen Schutzfaktors [6] [2], der nach der mit der Menopause einhergehenden hormonellen Umstellung der Frau wegfallt. Eaker [4] stellt dies in Frage, da ein Effekt auf die KHK-Mortalität nicht eindeutig belegbar sei. Die stetige Zunahme der KHK-Mortalität bei Frauen mit dem Alter zeige keine spektakulären Sprünge um das Alter der Menopause

Tab. 2. Alkoholkonsum und Ernährungsverhalten (25–69 Jahre) (in Prozenten).

Nahrungs- und Genussmittel N	Männer 152	Frauen 948
Alkoholkonsum (1mal pro Woche u. m.)		
Bier	74	18
Wein	27	23
Schnaps	32	11
Gramm Alkohol pro Tag	29	16
Nahrungsmittel (mehrmals pro Woche/täglich)		
Fleisch	(-) 88	78
Wurst	(-) 92	78
Eier	(-) 40	42
Butter	(-) 80	84
Schokolade	(-) 23	22
Kuchen, Gebäck	(-) 34	34
Käse, Quark, Joghurt	(?) 78	89
Milch	(?) 55	58
Gekochtes Gemüse	(+) 81	89
Rohes Gemüse, Salat	(+) 60	73
Frisches Obst	(+) 78	88
Obst-/Gemüsesäfte	(+) 38	49
Vollkorn-/Schwarzbrot	(+) 78	87
Misch-/Weissbrot	(-) 72	65

Quelle: Bremer Gesundheitssurvey 1984.
(-) negativ, (+) positiv, (?) wegen zu unspezifischer Operationalisierung nicht bewertbare Nahrungsmittel.

herum oder später. Die Publikation der Ergebnisse des von ihr zitierten Workshops (1986) des National Heart, Lung and Blood Institute bleibt abzuwarten, um hier mehr Informationen aus den verschiedensten Studien zu erhalten.

Für einen geschlechtsspezifischen, biologischen oder sozialen Einfluss auf die KHK-Mortalität sprechen allerdings die Ergebnisse der Framingham-Studie [4]. Das relative Risiko an KHK zu erkranken ist bei Rauchern (RR = 1.80) und Raucherinnen (RR = 1.85) gleich; dieser Zusammenhang gilt ebenfalls für Bluthochdruck und Gesamt-Cholesterin, wenn auch nicht so ausgeprägt. Nach Kontrolle der Risikofaktoren (die genannten plus relatives Körpergewicht und Glukoseintoleranz) bleibt jedoch immer noch ein fast vierfach so hohes Erkrankungsrisiko der Männer bestehen.

Blicken wir auf andere Faktoren des Gesundheitsverhaltens, wie z. B. den Alkoholkonsum und das Ernährungsverhalten, so belegen die Daten des Bremer Gesundheitssurveys die These der gesünderen Lebensweise der Frauen (Tab. 2). Allerdings ist hier bei den Frauen ein Antwortverhalten i. S. sozialer Erwünschtheit nicht auszuschliessen.

Eine deutlich negative Belastung der Frauen ist bezüglich des Arzneimittelkonsums zu verzeichnen. Epidemiologische Daten [13] zeigen einen wesentlich höheren Arzneimittelkonsum bei Frauen im Hinblick auf Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel. Ein Trend, der mit dem Alter zunimmt. Die Daten des Bremer Gesundheitssurvey belegen diese Ergebnisse (Tab. 3). Sie zeigen auch einen höheren Medikamentengebrauch für schwere chronische Erkrankungen (ausgewählte Beispiele blutdrucksenkende und Herzmittel).

Dem hohen Medikamentengebrauch an psychotrop-vegetativen Mitteln liegt eine entsprechende Verschreibungspraxis der niedergelassenen Ärzte zugrunde. Greiser/Westermann [14] konnten zeigen, dass die häufigeren Medikamentenverordnungen für Frauen mit deren häufigeren Arztbesuchen zusammenhängen. An diesem Punkt scheint sich die Kette zu schliessen: Frauen äussern mehr Beeinträchtigungen des seelischen und körperlichen Befindens, Frauen gehen häufiger zum Arzt, Frauen bekommen häufiger Medikamente, besonders solche, die im psycho-vegetativen Bereich wirken, verschrieben.

Diese Datenlage war Anlass zu historischen Analysen und theoretischen Interpretationen [15] [16]. Medizinhistorisch konnte gezeigt werden, dass die Medizin im letzten Jahrhundert einen nicht unwesentlichen Beitrag zur Entwicklung des bürgerlichen Frauenbildes geleistet hat. Die biologischen Funktionen der Frau, wie Menstruation, Schwangerschaft und Geburt, wurden in den Bereich des Pathologischen und damit medizinisch zu Behandelnden geschoben. Menstruierende und schwangere Frauen galt es zu schonen, von Belastungen fernzuhalten, in den «Schonraum» der Familie und damit aus dem gesellschaftlichen Leben zu verbannen. Das Bild der kranken, leiden-

Tab. 3. Medikamentengebrauch (1) (ausgewählte Medikamente, 1- bis 2mal pro Woche oder mehr) (25–69 Jahre) (in Prozenten).

Medikamente	Männer				Frauen			
	N	Alter			insges.	Alter		
		insges.	25–49	50–59		60–69	insges.	25–49
	817	518	175	124	913	500	213	200
Blutdrucksenkende Mittel	6	2	10	15	12	4	15	29
Herzmittel	7	2	15	21	13	2	16	35
Kreislauf-/Blutdrucksteigernde Mittel	2	1	3	6	6	6	7	8
Pille	–	–	–	–	11	21	–	–
Andere Hormonpräparate	1	1	–	3	12	9	20	10
Abführmittel	.5	–	1	–	6	5	6	10
Beruhigungsmittel	1	.5	4	1	5	3	8	13
Schlafmittel	1	.5	2	4	4	1	5	12
Stimmungsbeeinflussende Mittel	1	1	1	1	2	1	2	6
Schmerzmittel	2	1	3	6	6	6	6	5
(inkl. 1–3mal/Monat)	10	10	11	8	19	24	20	10
Vitaminpräparate	2	1	5	3	5	4	6	8

(1) Antworten auf Fragen nach Einnahme von Arzneimitteln nach Arzneimittelgruppen.
Quelle: Bremer Gesundheitssurvey 1984.

den, passiven und seelisch labilen Frau galt als das Weiblichkeitssymbol schlechthin. Marianne Rodenstein [16] greift hier den Begriff der weiblichen somatischen Kultur auf.

Die eher passiven, autoaggressiven und in Richtung Schwäche weisenden Bewältigungsstrategien der Frauen (Medikamentenge- und -missbrauch, Esssucht, Befindensstörungen) mögen historisch aus diesem Frauenbild erwachsen und damit in einem tieferen Sinne kulturell vermittelte Handlungsstrategien sein. Die eher bei Männern vorkommenden Verhaltensweisen (Alkoholgenuss, Rauchen) zeigten erst in den letzten Jahren auch einen Anstieg bei den Frauen. So stieg das Rauchen bei den Frauen vor ca. 20 Jahren deutlich an (1970: 23% 1980: 29% der Frauen rauchen; Männer 53% und 40%), zu einer Zeit, als mit Beginn der Frauen und Studentenbewegung eine Liberalisierung und ein gewandeltes Frauenbild einherging.

Auf dem Hintergrund der Analyse von Daten zum Gesundheitsverhalten muss die eingangs formulierte These relativiert werden. Frauen haben eine niedrigere Risikofaktorenprävalenz für die Risiken für KHK, den Lungenkrebs, Lebererkrankungen. Dies gilt zumindest für die jüngeren und mittleren Altersgruppen. Ob die weiblichen Hormone einen Schutzfaktor gegen koronare Herzkrankheiten darstellen, konnte epidemiologisch bisher nicht eindeutig belegt oder widerlegt werden. Diskutiert wird auch das HDL-Cholesterin als Schutzfaktor, für das Frauen durchschnittlich höhere Werte haben. Beim Ernährungsverhalten zeigt sich deutlich eine gesundheitsbewusstere Einstellung der Frauen. Im Hinblick auf einzelne Risikofaktorenverhaltensweisen könnte also die verallgemeinernde Aussage gemacht werden, dass Frauen eine gesundheitsbewusstere Einstellung haben und gesundheitsbewusster leben. Diese These steht jedoch dem hohen Medikamentenkonsum der Frauen und ihrer stärkeren körperlichen und seelischen Beeinträchti-

gung entgegen. Die stärkere «Leidensfähigkeit» der Frau mag zwar auf eine differenziertere Wahrnehmungsfähigkeit für körperliche und seelische Prozesse hinweisen. Auf dem Hintergrund der Medikalisierung eines erheblichen Teils der weiblichen Bevölkerung und der damit drohenden Medikamentenabhängigkeit kann sie jedoch nicht als «protektiver» Faktor interpretiert werden.

Soziale Bedingungen und gesundheitliche Lage

Dritte These:

Verschiedene Gruppen von Frauen unterscheiden sich in ihrer gesundheitlichen Lage und in ihrem Gesundheitsverhalten je nach sozialen Indikatoren

Abschliessend soll am Beispiel des Bremer Gesundheitssurveys gezeigt werden, dass Gesundheitsindikatoren deutlich mit der sozialen Lage variieren. Für die Prävention ergeben sich daraus Orientierungen für spezifisch anzusprechende Zielgruppen.

Die schichtspezifische Analyse (additiver Index aus: Haushalt Nettoeinkommen, beruflicher Status, Schulbildung; Einteilung in fünf Sozialschichten) der Risikofaktoren zeigt für das Rauchen, das Übergewicht und Bewegungsmangel einen deutlichen Zusammenhang zur sozialen Schicht. Mit der Höhe der sozialen Schicht sinkt die Prävalenz der Risikofaktoren; die untersten sozialen Schichten sind am stärksten beeinträchtigt. Das gilt für Männer in gleicher Weise wie für Frauen. Kein Zusammenhang besteht zwischen Hypercholesterinämie und sozialer Schicht; nur bei den Frauen findet sich ein (inverser) Zusammenhang zwischen Hypertonie und sozialer Schicht [17].

Die Daten des Bremer Gesundheitssurveys 1984 wurden einer Clusteranalyse unterzogen mit der Absicht, Zielgruppen für die präventive Intervention in Bremen im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie zu bestimmen. In die Clusterbildung gingen die Variablen: Gesamtcholesterin, systolischer

Tab. 4. Beschreibung der Risikocluster nach sozialen Indikatoren (nur Frauen) (in Prozenten)

Soziale Indikatoren N	A 267	B 113	C 257	D 57	Gesamt 694
Anteil Frauen im Cluster	56	40	59	38	51
Frauenanteil (alle Cluster zusammen)	39	16	36	8	100
25-39 Jahre	44	57	10	22	32
40-54 Jahre	39	32	37	35	37
55-69 Jahre	17	11	53	43	31
Rauchen (jeglicher Zigarettenkonsum)	17	89	11	81	32
Hypercholesterinämie (> 250 mg/dl)	-	-	76	84	35
Hypertonie (RR syst. > 160 mm Hg)	9	3	22	23	14
Übergewicht (BMI > 30)	13	8	22	7	15
Bewegungsmangel (< 1 Std. Sport pro Woche)	54	86	65	97	67
Arbeiterin	27	21	31	46	29
Einfache Angestellte	26	37	30	26	29
Qualifizierte Angestellte	21	28	16	11	20
Sonstiges (1)	26	15	23	17	22
Unterschicht	14	19	19	28	18
Untere Mittelschicht	30	29	37	45	34
Mittelschicht	29	36	27	28	29
Obere Mittelschicht	13	11	11	5	11
Oberschicht	13	4	7	0	8
Hausfrau	36	31	45	30	38
Beruflich tätig	65	69	55	70	62
Kein Kind	20	21	16	15	18
Ein Kind	29	31	30	22	29
Zwei Kinder	37	27	36	41	35
Drei und mehr Kinder	14	21	18	22	18
Verheiratet mit Partner und Kindern	85	81	81	87	83
Verheiratet mit Partner	7	9	13	9	10
Alleinstehend mit Kindern	1	1	-	-	0.5
Alleinstehend ohne Kinder	7	10	5	4	7
Berufstätig mit Kindern	80	76	81	85	80
Berufstätig ohne Kinder	19	24	18	15	20

Quelle: Bremer Gesundheitssurvey 1984.

(1) Die Kategorie «Sonstiges» setzt sich zusammen aus etwa 13% Beamtinnen und rund 6% Selbständigen (bezogen auf die Gesamtstichprobe).

Blutdruck, Body-Mass-Index, Thiocyanat, HDL-Cholesterin, Alkoholkonsum ein.

Für Männer und Frauen zusammen erhielten wir vier Cluster (Tab. 4).

Cluster A: Personen mit keinem oder wenig Risikofaktoren; die Prävalenz aller Risikofaktoren in dieser Gruppe ist sehr niedrig, am höchsten für das Rauchen (Frauen: 17%)

Cluster B: Personen mit einer starken Belastung durch das Rauchen (Frauen: 89%) und einer sehr geringen durch andere Faktoren.

Cluster C: Personen mit Hypercholesterinämie (Frauen: 76%); in dieser Gruppe findet sich auch eine erhöhte Prävalenz der Hypertonie und des Übergewichts.

Cluster D: Personen mit starker gesundheitlicher Beeinträchtigung durch die Risikofaktoren; die Prävalenz ist hier sowohl für das Rauchen (Frauen: 81%), als auch die Hypercholesterinämie (Frauen: 84%) sehr hoch; erhöht ist ebenfalls die Hypertonie (Frauen: 23%).

Jeweils mehr als ein Drittel der Frauen finden sich im Cluster A (niedrige RF-Belastung) und Cluster C (hohe RF-Belastung ohne Rauchen). In diesen Clustern liegt auch der Frauenanteil über dem Durchschnitt.

Der Vergleich der Cluster hinsichtlich Geschlecht, Alter und sozialer Schicht (Abb. 1 und 2) ergab die Charakterisierung folgender Subgruppen.

Frauen: Junge Frauen sind im Cluster A (niedrige RF-Belastung) und dem Cluster B (Belastung durch Rauchen) zuzuordnen; ältere Frauen dem Cluster C (hohe Belastung durch Hypercholesterinämie, Hypertonie und Übergewicht, ohne Rauchen) und dem Cluster D (starke Belastung durch alle RFs).

Für die Frauen ist ein inverser Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Schicht zu beobachten, d. h., dass das gesunde Cluster A v. a. in den oberen sozialen Schichten zu finden ist, das am stärksten belastete Cluster D dagegen in den unteren sozialen Schichten. Der Zusammenhang bleibt auch bei Kontrolle der Altersstruktur erhalten. Für die Cluster B

Tab. 5. Beschreibung der Cluster nach Medikamentengebrauch (1) (ausgewählte Medikamente; nur Frauen; 1- bis 2mal pro Woche und mehr (in Prozenten)).

Medikamente N	A 267	B 113	C 257	D 57
Blutdrucksenkende Mittel	5	9	18	16
Herzmittel	7	9	19	18
Kreislauf-/Blutdrucksteigernde Mittel	5	6	5	8
Pille	16	29	5	8
Andere Hormonpräparate	9	18	13	18
Abführmittel	2	3	6	6
Beruhigungsmittel	2	3	5	10
Schlafmittel	2	3	4	6
Stimmungsbeeinflussende Mittel	–	1	3	6
Schmerzmittel (2)				
1- bis 3mal pro Woche und mehr	12	21	12	21
1- bis 2mal pro Woche und mehr	6	2	8	10
Vitaminpräparate	2	3	5	4

Quelle: Bremer Gesundheitssurvey 1984

(1) Antworten auf Fragen nach Einnahme von Arzneimitteln nach Arzneimittelgruppen.

(2) Während die anderen genannten Medikamentengruppen vornehmlich in der Kategorie 1- bis 2mal pro Woche und mehr vorkamen, zeigt sich beim Schmerzmittelgebrauch darüber hinaus eine hohe Prävalenz der Kategorie: 1- bis 3mal im Monat.

und C besteht ebenfalls ein Trend zur stärkeren gesundheitlichen Beeinträchtigung der Frauen aus unteren sozialen Schichten.

Männer: Jüngere Männer haben zu jeweils mehr als einem Drittel wenig Belastungen (Cluster A) oder Belastungen durch Rauchen (Cluster B), bei den älteren Männern nimmt die Belastung durch ernährungsbedingte Faktoren und Hypertonie zu (Cluster C). Für die Männer ist der Schichtzusammenhang besonders für die Cluster B und D deutlich. Rauchende Männer finden sich wie bei den Frauen vor allem in den unteren sozialen Schichten (Cluster B) Für die älteren kommt die Belastung durch ernährungsbedingte Faktoren besonders in den unteren sozialen Schichten noch dazu.

Für die Frauen lassen sich die Cluster nach sozialen Indikatoren beschreiben (Tab. 4). Eine starke Belastung durch Rauchen (Cluster B) zeigt sich bei den einfachen und qualifizierten Angestellten und bestätigt sich durch den hohen Anteil von Frauen aus mittleren sozialen Schichten in diesem Cluster. Damit werden Ergebnisse früherer Studien [19], die auf der Basis von Mikrozensusdaten gewonnen wurden, belegt. Dort zeigte sich eine hohe Raucherinnenprävalenz bei z. B. Sekretärinnen, Datentypistinnen, Telefonistinnen. Die hohe gesundheitliche Belastung der wenig qualifizierten Frauen (Arbeiterinnen und einfache Angestellte) wird bei Cluster D deutlich. Die altersspezifische Betrachtung der Berufsgruppen zeigt, dass dies nicht auf Alterseffekte allein zurückzuführen ist. Auch Cluster C macht die Belastung der Frauen aus den einfachen Berufen deutlich.

Der höchste Anteil von Hausfrauen findet sich im Cluster C, denn hier sind auch am meisten ältere Frauen zu finden. Bemerkenswert sind auch die verhältnismässig vielen berufstätigen Frauen im Cluster D (hoch belastet), trotz des im Vergleich zu A und B höheren Anteils älterer Frauen. Wir finden im Cluster D auch den höchsten Prozentsatz berufstätiger Frauen, die mit ihren Kindern zusammenleben (85%) und von Frauen mit zwei und mehr Kindern (63%; Durchschnitt: 53%). Deutlich zeigt sich also für diese Gruppe eine hohe soziale und gesundheitliche Belastung. Offensichtlich sind dies Frauen, die trotz dieser Belastung zur Berufstätigkeit aufgrund finanzieller Bedingungen (untere soziale Schichten) gezwungen sind, wobei ihre Chancen für eine befriedigende oder weniger belastende Tätigkeit gering sind (Arbeiterinnen und einfache Angestellte).

Cluster C zeigt ähnliche Belastungen, wobei hier der Alterseffekt bedeutsamer ist. Es handelt sich bei diesen älteren Frauen um eine durch spezifische soziale und gesellschaftliche Strukturen geprägte Gruppe (Alterskohorte). Dies wird an der niedrigen Raucherprävalenz deutlich. Die Frauen sind in einer Zeit aufgewachsen, als das Rauchen für sie stark tabuisiert war. Die ernährungsabhängige Belastung deutet auf eine andere Struktur der Bewältigungsstrategien für diese Frauen, nämlich durch Fehl- und Überernährung hin.

Für die Cluster A und B differenzieren die von uns untersuchten sozialen Indikatoren (abgesehen von Stellung im Beruf und sozialer Schicht) kaum. Es sind dies eher jüngere Frauen mit ein bis zwei Kindern und einem durchschnittlichen Grad an Berufstätigkeit.

Der Medikamentengebrauch spiegelt die unterschiedliche Altersstruktur der Cluster wider und damit den altersspezifischen Gebrauch und Verschreibungspraxis (vergl. Tab 3 mit Tab 5). Auffällig ist aber der hohe Gebrauch von Beruhigungs-, Schlaf-, Schmerz- und stimmungsbeeinflussenden Mitteln in der Gruppe D, der nicht allein auf Alterszusammenhänge zurückführbar ist, da diese Gruppe durchschnittlich jünger ist als die Gruppe C. Die These, dass es sich bei Cluster D um eine gesundheitlich besonders benachteiligte Gruppe handelt, wird damit nochmals bestätigt.

In dieser Gruppe haben wir eine starke RF-Belastung der Frauen. Für sie ist die Infarktgefährdung damit sehr hoch. Die allgemeine gesundheitliche Beeinträchtigung (Indikator: Medikamentenkonsum) dieser Frauen, aber auch ihre soziale Belastung, bestätigen frühere Untersuchungsergebnisse [20] nach denen Frauen mit Herzinfarkt gegenüber einer Kontrastgruppe ohne Herzinfarkt beruflich und sozial besonders benachteiligt waren.

Die Orientierung auf sozial- und beruflich benachteiligte Gruppen von Frauen ergibt sich damit als eine wesentliche Aufgabe für die Prävention, da hier besonders häufig gesundheitlich und – im Hinblick auf Risikofaktoren – belastete Frauen zu finden sind.

Gesundheitshandeln und Lebensweisen von Frauen: Perspektiven für die Frauengesundheitsforschung

Die Analyse epidemiologischer Daten unter frauenspezifischen Gesichtspunkten zeigt, dass gängige Urteile über die Gesundheit von Frauen im Vergleich mit Männern wissenschaftlich nicht haltbar und eher als Vorurteile zu bezeichnen sind. Die Ergebnisse verweisen aber auch auf die Notwendigkeit einer weiteren Bearbeitung der quantitativen Daten, um Ursachen und Bedingungen für die Unterschiede zwischen Männern und Frauen und verschiedener Gruppen von Frauen untereinander herauszufinden. Frauen untereinander herauszufinden. über die quantitativ epidemiologische Forschung hinaus ergibt sich die Notwendigkeit qualitativ ausgerichtete Studien auszuführen. Sie dienen zum einen der Gewinnung differenzierter Hypothesen über die Bedingungen von Krankheit und Gesundheit bei Frauen. Darüberhinaus haben sie jedoch auch ihren eigenen wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn, unabhängig von ihrer statistischen Repräsentativität. Im Mittelpunkt solcher Untersuchungen steht die Fragestellung, welches die gesellschaftlichen, sozialen und persönlichen Bedingungen für die Verwirklichung von Gesundheit und Gesundheitshandeln von Frauen sind und wo damit Ansatzpunkte für frauenspezifische Gesundheitsförderungskonzepte liegen. [21]

Zusammenfassung

Frauen leben länger als Männer – sind sie auch gesünder, leben sie besser als Männer? Anhand von Daten zur Morbidität wird gezeigt, dass Männer und Frauen unterschiedlich krank sind. Die längere Lebenserwartung der Frauen ist kein Indikator für gesünderes oder besseres Leben. Frauen fühlen sich subjektiv stärker gesundheitlich beeinträchtigt als Männer (Indikatoren u. a.: Beschwerden, alltägliche Behinderungen, Medikamentengebrauch). Die objektiven Daten zur Morbidität sind methodisch unzureichend, deuten aber ebenfalls auf eine starke gesundheitliche Beeinträchtigung der Frauen hin (gemessen an: Arztbesuchen, subjektiven Aussagen zu Erkrankungen im Lebensverlauf). Epidemiologisch konnte die These biologischer Schutzfaktoren der Frauen bisher nicht eindeutig be- oder widerlegt werden. Frauen zeigen aber deutlich ein besseres Gesundheitsverhalten als Männer, zumindest im Hinblick auf die KHK-Risikofaktoren. Clusteranalysen der ersten Bremer Gesundheitsurveydaten zeigen, dass sich nach Risikostatus und Gesundheitsverhalten vier unterschiedlich stark beeinträchtigte Gruppen von Frauen ergeben. Die am stärksten beeinträchtigte ist gleichzeitig auch durch soziale Faktoren belastet. Für die weitere frauenspezifische Forschung ist die Fortführung epidemiologischer Analysen notwendig, aber auch qualitative und theoretische Forschung über Frauen und Gesundheit sind notwendig.

Résumé

Les femmes sont-elles en meilleure santé que les hommes? Si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, est-ce parce qu'elles jouissent d'une meilleure santé, vivent-elles mieux que les hommes? A l'aide de données de la morbidité on peut remarquer que les hommes et les femmes sont malades différemment. L'espérance de vie, plus longue chez les femmes, n'est pas l'indice d'une vie plus saine ou meilleure. Les femmes se sentent subjectivement plus handicapées dans le domaine de la santé que les hommes (voici quelques signes: douleurs, ennuis quotidiens, consommation de médicaments). Les données objectives concernant la morbidité sont insuffisantes mais indiquent quand même chez les femmes une incapacité très marquée, due à la maladie (cela se mesure par le nombre de visites chez les médecins et les récits personnels des maladies au

cours de leurs vies). Quant à l'épidémiologie, la thèse d'éléments protecteurs biologiques chez la femme n'a pu être ni prouvée ni contredite d'une façon claire. Mais les femmes montrent une meilleure attitude envers la santé que les hommes, du moins en ce qui concerne les risques de maladies cardiovasculaires. Les analyses par «Cluster» des données sur la santé à Bremen montrent qu'on peut distinguer – suivant le risque, et le comportement envers la santé quatre groupes de femmes qui sont handicapées de façon très différente plus ou moins gravement. Le groupe le plus handicapé est en même temps celui qui est le plus défavorisé socialement. Pour les recherches à venir concernant les femmes, il est nécessaire de continuer les analyses épidémiologiques et de faire des recherches qualitatives et théoriques sur la femme et la santé.

Summary

Are Women healthier than Men?

The Health Status of Women in the Federal Republic of Germany

Women live longer than men – are they healthier than men or do they live better than men? Morbidity data indicate that men and women differ regarding the types of illnesses they undergo. The life-expectancy for females is not the only indicator for a better or healthier life. Women feel more affected by health problems than men (indicators a.o.: complaints, handicaps to daily activities, use of medication). Objective morbidity data are insufficient but indicate significant disease occurrence in women (indicators a.o.: contacts with the physicians, selfreported history of diseases). Based on epidemiological studies the hypotheses of biological protective factors have not been proved or refuted. Women have a lower CVD-risk factor profile than men. Cluster analyses of the first Bremen health survey separated women into four groups related to health behaviour and risk status. The group with the highest risk factor prevalence had also the most social and family stress. For further research about women we have to work on epidemiological data as well as on qualitative and theoretical research on women and health.

Literatur

- [1] Waldron J: Why do Women Live Longer Than Men? in: Conrad P and Kern R: The Sociology of Health and Illnesses. Critical Perspectives. N.Y.: St. Martin Press, 1981: 45-66
- [2] Sträfling vernachlässigte Frauenherzen. Münch. Med. Wschr. 130 (1988) Nr.4: 26-31
- [3] Gold EB (ed): The Changing Risk of Disease in Women. Lexington, Mass, Toronto: D.C. Heath and Company: 1984
- [4] Eaker ED and Thom Th and Castelli WP: Coronary Heart Disease in Women. in: Sozial- und Präventivmedizin 1988, 33: 10-16
- [5] Beckmann D: Paardynamik und Gesundheitsverhalten. in: Richter and Strotzka (ed): Familie und seelische Krankheit. Reinbek 1976
- [6] Rice DP et al.: Sex Differences in Disease Risk. in: Gold EB 3
- [7] Daten des Gesundheitswesens – Ausgabe 1983. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit. Stuttgart: Kohlhammer, 1983
- [8] Bürkhardt D und Oppen M: Frauenerwerbstätigkeit und Arbeitsunfähigkeitsrisiken. Berlin: BASIG und Wissenschaftszentrum, 1984
- [9] Thiele W: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Frauen. in: Schneider U (ed): Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung. Frankfurt/Main: Campus, 1981
- [10] Loewel H et al.: Morbidity and Mortality of Myocardial Infarction in the MONICA Study Area Augsburg in 1985. in: Sozial- und Präventivmedizin 1988, 33: 17-21
- [11] Greiser E et al.: Häufigkeit von Myokardinfarkten in Bremen. in: Bremer Ärzteblatt 1988, 3: 13-19
- [12] Herman B et al.: Prevalence of CVD Risk Factors in the City of Bremen. Sozial- und Präventivmedizin 1987, 32: 31-38
- [13] Glaeske G: Frauentypische Diagnosen und Arzneiverordnungen. Vortrag auf der Tagung: Medikamente für Frauen – Chemie für die Seele. Bremen 1985

- [14] Greiser E und Westermann E: Verordnungen niedergelassener Ärzte in Niedersachsen 1974 und 1976. Bonn, 1979
- [15] Ehrenreich B and English B: Zur Krankheit gezwungen. München: Frauenoffensive, 1988
- [16] Rodenstein M: Somatische Kultur und Gebärpolitik. Tendenzen in der Gesundheitspolitik für Frauen. in: Kickbusch I und Riedmüller B (ed) Die armen Frauen. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1984
- [17] Helmert U und Greiser E: Soziale Schicht und Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten – Resultate der regionalen DHP-Gesundheitssurveys. Erscheint in: Sozial- und Präventivmedizin 1988
- [18] SAS Institute Inc., SAS User's Guide: Statistics, Vers.5 Edition. NC: Cary 1985
- [19] Rohrmoser H: Frauen und Rauchen. Eine berufsspezifische Auswertung von Mikrozensusdaten 1978 zu den Rauchgewohnheiten der weiblichen Erwerbsbevölkerung. i.A. der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln. Berlin, 1984
- [20] Maschewsky W und Schneider U: Soziale Ursachen des Herzinfarkts. Frankfurt/Main: Campus, 1984
- [21] Maschewsky-Schneider U: Gesundheitshandeln und Lebensweisen von Frauen – Ein Projektentwurf. in: Frauenforschung. Informationsdienst des Forschungsinstituts Frau und Gesellschaft. 1986, 3: 83–96
- [22] Weidemann H (ed) Die koronare Herzkrankheit der Frau. Darmstadt: Steinkopf, 1987

Korrespondenzadresse:

Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider
Bremer Institut für Präventionsforschung
und Sozialmedizin (BIPS)
St.-Jürgen-Str. 1
D-2800 Bremen 1