

Fehlzeiten-Report 2007

B. BADURA · H. SCHRÖDER · C. VETTER (Hrsg.)

Fehlzeiten-Report 2007

Arbeit, Geschlecht und Gesundheit

Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft

Mit Beiträgen von

B. Badura · B. Beermann · M. Behr · F. Brenscheidt · T. Bütefisch
W. Cornelißen · C. Dressel · G. Elsigan · T. Faltermaier · E. Fischer
H. Hoffmann · G. Hüther · G. Kittel · P. Kolip · H. Kowalski
K. Kuhn · I. Küsgens · J. Lademann · K. Macco · G. Pauli · N. Pieck
U. Rehfeld · M. Ritter · P. Rixgens · A. Siefer · C. Vetter · S. Voglrieder
G. Wildeboer · K. Zok

Prof. Dr. BERNHARD BADURA
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld

HELMUT SCHRÖDER
CHRISTIAN VETTER
Wissenschaftliches Institut
der AOK (WIdO)
Kortrijker Str. 1
53177 Bonn

ISBN-13 978-3-540-72543-5 Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag
springer.de
© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2008

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Dr. Rolf Lange, Heidelberg
Projektmanagement: Hiltrud Wilbertz, Heidelberg
Umschlaggestaltung: WMXDesign GmbH Heidelberg
Titelfoto: Kurt Fuchs, Erlangen
Herstellung und Satz: Elke Fortkamp, Wiesenbach
Gedruckt auf säurefreiem Papier

SPIN 11918127 19/2119 wi -5 4 3 2 1 0

Vorwort

Männer und Frauen unterscheiden sich im Umgang mit ihrem Körper, ihren Gefühlen und ihren sozialen Beziehungen. Sie unterscheiden sich in ihren Vorlieben für bestimmte Berufe und Tätigkeiten und in ihrem Zugang zum Arbeitsmarkt und zu gehobenen Führungspositionen. In Deutschland ist die Erwerbsbeteiligung der Frauen im Vormarsch, insbesondere in den Wachstumsbereichen Bildung und Gesundheit. Die Verantwortung für die Versorgung der Familie wird allerdings nach wie vor häufiger von Frauen wahrgenommen. Probleme der Vereinbarkeit von Familie und Beruf betreffen Frauen daher immer noch deutlich stärker als Männer. Was bedeutet all das für die Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt?

Unterschiede in den Arbeitsbedingungen sind insbesondere damit zu erklären, dass Frauen häufiger im öffentlichen Sektor mit Dienstleistungsarbeit und in untergeordneten Positionen beschäftigt sind. Auch sind Frauen häufiger von Mobbing und Übergriffen am Arbeitsplatz betroffen. Daraus ergibt sich sozial- und gesundheitspolitisch ein klarer Handlungsbedarf. Es muss erstens darum gehen, Diskriminierung von Frauen zu beseitigen und es muss zum zweiten darum gehen, die Vereinbarkeit von Familie und Arbeit zu erleichtern. So lange sich die Anwesenheit von betreuungsbedürftigen Kindern als Hürde für die Erwerbstätigkeit von Müttern erweist, dürfen wir uns nicht über rückläufige Geburtenraten beklagen.

Der diesjährige Fehlzeitenreport gibt darüber und über weitere Problemlagen im Bereich Geschlechtsunterschiede und Arbeitswelt Auskunft. Welches Fazit lässt sich mit Blick auf die betriebliche Gesundheitsförderung ziehen? Arbeitsbedingungen von Frauen und Männern unterscheiden sich durch ihre Verteilung auf unterschiedliche Sektoren, Branchen und Berufe. Männer sind deutlich stärker physischen Arbeitsanforderungen ausgesetzt. Frauen leiden häufiger unter psychosozialen Beeinträchtigungen. Daraus resultieren unterschiedliche arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Erkrankungen. Auch im Ar-

beitsunfähigkeits- und Frühberentungsgeschehen sowie bei den Berufskrankheiten lassen sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen.

Zahlreiche Erkenntnisse im diesjährigen Fehlzeitenreport legen nahe, zukünftig in der betrieblichen Präventionsarbeit nicht nur stärker alterssensibel, sondern eben auch stärker geschlechtssensibel vorzugehen. Vieles spricht dafür, dass sich die Qualität und Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung verbessern lässt, wenn geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigt werden. Darüber, was das genau bedeutet, besteht allerdings noch erheblicher Forschungsbedarf.

Dieser Fehlzeiten-Report legt deshalb den Schwerpunkt zunächst auf die Diagnose von geschlechtsspezifischen Problemen in der Arbeitswelt. Wie der bestehende Interventionsbedarf zu decken ist und welche Interventionen hierbei wie einzusetzen und zu evaluieren wären, darüber wissen wir noch viel zu wenig. Über erste Ansätze, wie ein geschlechtergerechtes Gesundheitsmanagement im Betrieb in der Praxis aussehen könnte, wird berichtet.

Neben den Beiträgen zum Schwerpunktthema liefert der Fehlzeiten-Report wie in jedem Jahr aktuelle Daten und Analysen zu den krankheitsbedingten Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft. Die Entwicklung in den einzelnen Wirtschaftszweigen wird detailliert beleuchtet. Um einen schnellen und umfassenden Überblick über das branchenspezifische Krankheitsgeschehen zu gewährleisten, wurden die Branchenkapitel neu gestaltet und das vorhandene Datenangebot erweitert. So wird jetzt beispielsweise auch über die häufigsten Einzeldiagnosen, die zu Krankmeldungen führen, berichtet. In einem eigenen Beitrag wird zudem ausführlich über die Krankenstandsentwicklung und Aktivitäten zur Gesundheitsförderung im öffentlichen Dienst informiert.

Abschließend möchten wir Dr. Henner Schellschmidt, der mit seinem Weggang aus dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) seine Mitherausgeberschaft beendet hat, für sein langjähriges Engagement danken. Herzlich bedanken möchten wir uns auch bei allen, die zur diesjährigen Ausgabe des Fehlzeiten-Reports beigetragen haben. Zunächst gilt unser Dank den Autorinnen und Autoren, die trotz vielfältiger anderer Verpflichtungen die Zeit gefunden haben, uns aktuelle Beiträge zur Verfügung zu stellen. Danken möchten wir auch den Kolleginnen im WiDO, die an der Buchproduktion beteiligt waren. Zu nennen sind hier vor allem Ingrid Küsgens, die die umfangreichen Datengrundlagen für den Report bereit gestellt hat und Katrin Macco, die uns bei der Aufbereitung und Auswertung der Daten und bei der redaktionellen Arbeit unterstützt hat. Danken möchten wir auch Nauka Holl-Manoharan, die bei den Korrekturen mitgewirkt hat. Nicht zuletzt gilt unser Dank

den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Springer-Verlags für die gute verlegerische Betreuung.

Bielefeld und Bonn, im September 2007

B. BADURA
H. SCHRÖDER
C. VETTER

Inhaltsverzeichnis

A Schwerpunktthema: Arbeit, Geschlecht und Gesundheit – Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement

Einführung

1	Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention J. LADEMANN · P. KOLIP	5
1.1	Unterschiede in der Gesundheit von Frauen und Männern ...	5
1.2	Ursachen der Geschlechterunterschiede und geschlechtsspezifische Präventionspotenziale	10
1.3	Konsequenzen für geschlechtergerechte Prävention und Gesundheitsförderung	15
2	Biologische Grundlagen der Genderdifferenz J. E. FISCHER · G. HÜTHER	21
2.1	Männergehirne sind anders als Frauengehirne	22
2.2	Der unterschiedliche Gen- und Hormonmix	24
2.3	Männersorgen	27
2.4	Frauen- und Männerwelten im Berufsleben.....	30
3	Geschlechtsspezifische Dimensionen im Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten T. FALTERMAIER	35
3.1	Einleitung	35
3.2	Gesundheitsvorstellungen von Laien: Gibt es Unterschiede zwischen Frauen und Männern?	37
3.3	Gesundheitsverhalten und gesunde Lebensweisen von Frauen und Männern.....	40

3.4	Geschlechtssensible und subjektorientierte Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung	42
4	Die Erwerbsbeteiligung von Frauen und Männern – Deutschland im europäischen Vergleich	
	C. DRESSEL	49
4.1	Einleitung	49
4.2	Entwicklung auf dem europäischen Arbeitsmarkt	50
4.3	Formen der Erwerbsarbeit: Teilzeitarbeit, Befristung, Selbstständigkeit und Arbeit von zu Hause	53
4.4	Wirtschaftszweige und Berufe	57
4.5	Exkurs: Der Gesundheits- und soziale Sektor als Beschäftigungsmotor	60
4.6	Bildung und Erwerbstätigkeit	62
4.7	Vereinbarkeit von Familie und Beruf	63
4.8	Arbeitslosigkeit	65
4.9	Resümee	65

Arbeit, Geschlecht und Gesundheit

5	Unterschiede in den Arbeitsbedingungen und -belastungen von Frauen und Männern	
	B. BEERMANN · F. BRENSCHIEDT · A. SIEFER	69
5.1	Einleitung	69
5.2	Rahmenbedingungen der Arbeit	70
5.3	Arbeitsbelastungen	77
5.4	Fazit	81
6	Geschlechtsspezifische arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Erkrankungen	
	K. KUHN	83
6.1	Die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Arbeitsleben ..	83
6.2	Folgen der Geschlechtertrennung	85
7	Krankheitsbedingte Fehlzeiten bei Frauen und Männern – Geschlechtsspezifische Unterschiede im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen	
	I. KÜSGENS · K. MACCO · C. VETTER	97
7.1	Einleitung	97
7.2	Versichertenstruktur der AOK-Mitglieder	99
7.3	Allgemeine Krankenstandskennzahlen	101

7.4	Krankheitsbedingte Fehlzeiten nach Altersgruppen	102
7.5	Krankheitsbedingte Fehlzeiten nach Stellung im Beruf.	104
7.6	Krankheitsbedingte Fehlzeiten nach Branchen	105
7.7	Krankheitsgeschehen ausgewählter Berufe.	107
7.8	Verteilung der Krankheitsarten	109
7.9	Krankheitsarten nach Branche	113
7.10	Krankheitsarten nach Berufsgruppen.	115
7.11	Bedeutung geschlechtsspezifischer Faktoren	117
7.12	Zusammenfassung und Fazit	118
8	Krank zur Arbeit: Einstellungen und Verhalten von Frauen und Männern beim Umgang mit Krankheit am Arbeitsplatz	
	K. ZOK	121
8.1	Einführung	121
8.2	Einschätzung der eigenen Gesundheit bei Arbeitnehmern.	123
8.3	Ängste von Arbeitnehmern im Arbeitsalltag	125
8.4	Verhalten der Arbeitnehmer bei Krankheit	128
8.5	Begründungen für unterlassene Krankmeldungen	133
8.6	Einstellungen zu Krankmeldungen	135
8.7	Die Wahrnehmung betrieblicher Strategien zur Senkung des Krankenstandes	137
8.8	Einzelne Aktivitäten betrieblichen Gesundheitsmanagements aus Sicht der Beschäftigten	139
8.9	Zusammenfassung der Untersuchungsbefunde	141
9	Gesundheitsbedingte Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung für Frauen und Männer – Indikatoren für die Morbidität	
	U. REHFELD · T. BÜTEFISCH · H. HOFFMANN	145
9.1	Einleitung: Erwerbsminderung als Risiko der Rentenversicherung	145
9.2	Institutionelle Rahmenbedingungen für Rehabilitations- und Rentenleistungen.	146
9.3	Ausgewählte Strukturdaten zu den stationären Rehabilitationsleistungen im Jahr 2005.	148
9.4	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit von Frauen und Männern im Jahr 2005	151
9.5	Fazit	156

10	Sozialkapital und gesundheitliches Wohlbefinden aus der Sicht von Frauen und Männern – Erste Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung in Produktionsbetrieben	
	P. RIXGENS · B. BADURA · M. BEHR	159
10.1	Gegenstand und Fragestellung	159
10.2	Erhebungsinstrument	163
10.3	Datenbasis und Stichprobe	164
10.4	Ergebnisse	165
10.5	Diskussion und Fazit	171
11	Vereinbarkeit von Familie und Beruf	
	W. CORNELIßEN	175
11.1	Einleitung	175
11.2	Zur Erwerbstätigkeit von Müttern und Vätern und den Problemen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf	176
11.3	Vorherrschende Vorstellungen zur familialen Arbeitsteilung und den Erwerbsmustern von Müttern	180
11.4	Diskrepanzen zwischen tatsächlichen und gewünschten Erwerbsmustern von Paaren mit Kindern	181
11.5	Väter und Familienarbeit	182
11.6	Ansätze zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf	184
11.7	Probleme der Rückkehr in den Beruf nach einem familienbedingten Ausstieg	186
12	Projekt „Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung“	
	M. RITTER · G. ELSIGAN · G. KITTEL	193
12.1	Gender Mainsteaming (GeM) und Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)	193
12.2	Ausgangslage und Idee zum Projekt	194
12.3	Das Projekt: Grundlagen und Rahmen	196
12.4	Ergebnisse und Erfahrungen	198
12.5	Projektprodukt: Leitfaden	206
12.6	Verankerung von Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung	207

Die Berücksichtigung der Geschlechterperspektive im betrieblichen Gesundheitsmanagement

13	Geschlechtergerechtes Gesundheitsmanagement im öffentlichen Dienst	
	N. PIECK	211
13.1	Einleitung	211
13.2	Schnittmengen von Gender Mainstreaming und betrieblichem Gesundheitsmanagement.	212
13.3	Geschlechtergerechtes betriebliches Gesundheitsmanagement	219
13.4	Fazit	224
14	Gesundheitsförderung für Frauen in Gesundheitsberufen – Vorgehensweisen und Ergebnisse	
	G. WILDEBOER	229
14.1	Arbeit im Gesundheitswesen ist Frauenarbeit	229
14.2	Geschlechtsspezifische Krankheitsunterschiede	230
14.3	Krankenstandskennzahlen für das Gesundheits- und Sozialwesen	231
14.4	Hohe Arbeitsanforderungen im Gesundheitssektor	233
14.5	Betriebliches Gesundheitsmanagement als wirksame Strategie zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit ..	234
14.6	Projektbeispiele	237
14.7	Nutzen der Betrieblichen Gesundheitsförderung	241
14.8	Fazit	242
15	Leitfaden gesunder Wiedereinstieg in den Altenpflegeberuf	
	H. KOWALSKI · G. PAULI	245
15.1	Einleitung	246
15.2	Erhebungsinstrument Interview bzw. Workshop	248
15.3	Belastungs-Schwerpunkte	248
15.4	Situation der Wiedereinsteigerinnen.	250
15.5	Elemente eines gesunden Wiedereinstiegs	252
15.6	Förderung eines gesunden Wiedereinstiegs	256

B Daten und Analysen

16	Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2006	
	I. KÜSGENS · K. MACCO · C. VETTER	261
16.1	Branchenüberblick	261
16.2	Banken und Versicherungen	317
16.3	Baugewerbe	329
16.4	Dienstleistungen	342
16.5	Energie, Wasser und Bergbau	358
16.6	Erziehung und Unterricht	372
16.7	Handel	386
16.8	Land- und Forstwirtschaft	398
16.9	Metallindustrie	410
16.10	Öffentliche Verwaltung	426
16.11	Verarbeitendes Gewerbe	438
16.12	Verkehr und Transport	454
17	Krankenstand und Gesundheitsförderung in der Bundesverwaltung	
	S. VOGLRIEDER	467
17.1	Einführung	467
17.2	Kosten der Arbeitsunfähigkeit	471
17.3	Allgemeine Krankenstandsentwicklung	472
17.4	Kurz- und Langzeiterkrankungen	472
17.5	Krankenstand nach Geschlecht	474
17.6	Krankenstand nach Laufbahngruppen	475
17.7	Vergleich mit dem Krankenstand der AOK-Versicherten ...	475
17.8	Betriebliche Gesundheitsförderung	478
17.9	Zwischenbilanz und Ausblick	481

Anhang

Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision, Version 2006, German Modification)	487
Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2003/NACE): Übersicht über den Aufbau nach Abschnitten und Abteilungen	496
Die Autorinnen und Autoren	501
Sachverzeichnis.	517

**A. Schwerpunktthema:
Arbeit, Geschlecht und Gesundheit**

Einführung

Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention

J. LADEMANN · P. KOLIP

Zusammenfassung. *Das Geschlecht ist eine zentrale Variable, die Gesundheit und Krankheit sowie das gesundheitsrelevante Verhalten und die Nutzung der Angebote gesundheitlicher Versorgung einschließlich Prävention und Gesundheitsförderung beeinflusst. Sollen gesundheitsbezogene Angebote zielgruppenspezifisch entwickelt werden, ist das Geschlecht eine der bedeutsamen Dimensionen sozialer Differenzierung, die berücksichtigt werden müssen. Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über die zentralen Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Krankheit und zeigt die Bedeutung des gesundheitlichen Risikoverhaltens auf. Hieraus werden geschlechtsspezifische Präventionspotenziale abgeleitet. Der Beitrag schließt mit einigen Überlegungen zur Frage, wie gesundheitliche Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern über Gender Mainstreaming hergestellt werden kann.*

1.1 Unterschiede in der Gesundheit von Frauen und Männern

1.1.1 Lebenserwartung und Mortalität

Im Jahr 2005 betrug die mittlere Lebenserwartung bei der Geburt von Frauen 81,8 Jahre und jene der Männer 76,2 Jahre (www.destatis.de). Damit leben Frauen etwa 5 1/2 Jahre länger als Männer. Jedoch profitieren die Männer stärker von dem Trend der steigenden Lebenserwartung als die Frauen: So hat sich seit 1990 bei Männern die Lebenserwartung um durchschnittlich 3,8 Jahre erhöht, während der Zuwachs bei den Frauen 2,8 Jahre beträgt. Der Geschlechterunterschied in der Lebenserwartung verringert sich mit zunehmendem Alter und ist bei den 65-Jährigen noch etwa halb so groß wie bei der Geburt: 65-jährige Frauen leben im Schnitt noch etwa 20 Jahre, Männer dieses Alters etwa 16 Jahre [14].

Männer sind im Vergleich zu Frauen vor allem im Alter unter 65 Jahren von einer höheren Sterblichkeit betroffen, was deren niedrigere Lebenserwartung erklärt: Die Anzahl der Sterbefälle pro 100 000 Einwoh-

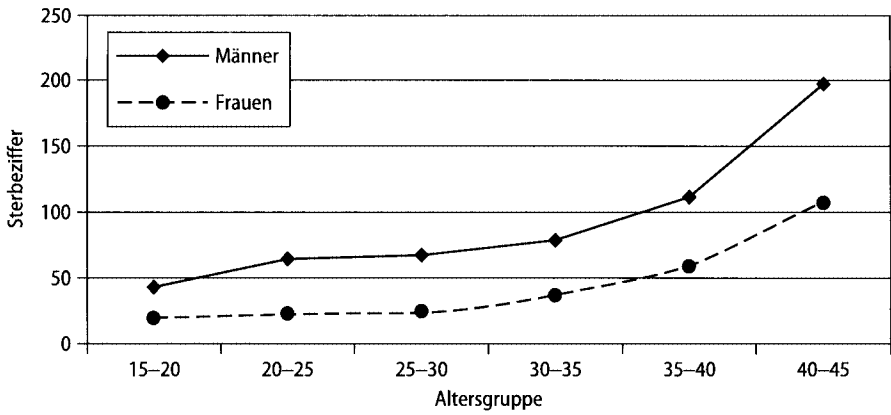


Abb. 1.1. Sterbeziffern von Männern und Frauen im Alter zwischen 15 und 45 Jahren im Jahr 2005 (Anzahl der Sterbefälle pro 100 000 EinwohnerInnen [16])

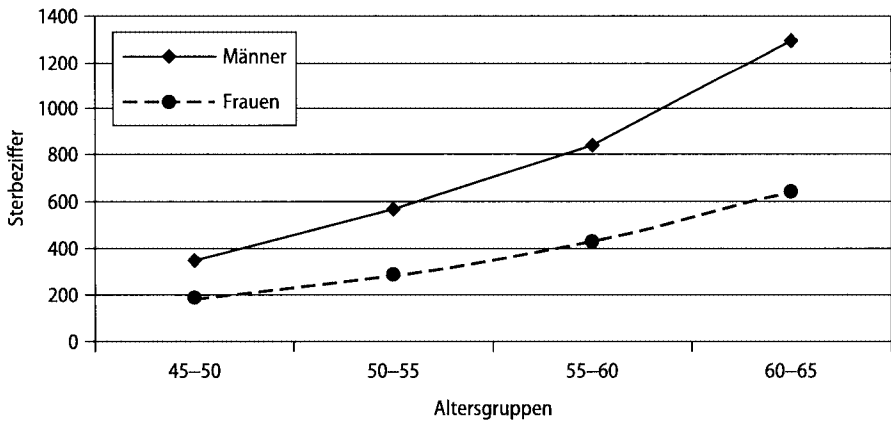


Abb. 1.2. Sterbeziffern von Männern und Frauen im Alter zwischen 45 und 65 Jahren im Jahr 2005 (Anzahl der Sterbefälle pro 100 000 EinwohnerInnen [16])

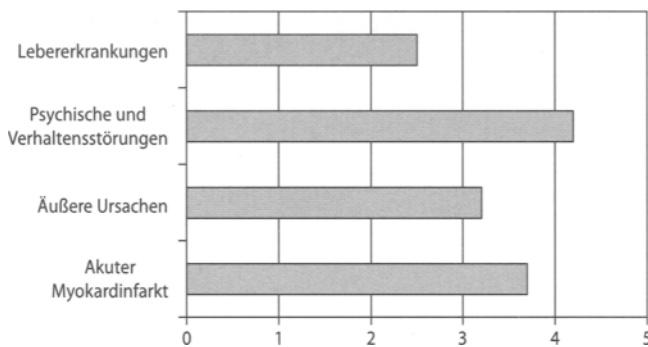


Abb. 1.3. Übersterblichkeit der Männer im Alter zwischen 40 und 45 Jahren aufgrund von Lebererkrankungen (ICD 10: K70–K77), psychischen und Verhaltensstörungen (ICD 10: F00–F99), äußeren Ursachen (ICD 10: V01–Y98) und akutem Myokardinfarkt (ICD 10: I21) im Jahr 2005; Sex Mortality Ratio (SMR): Verhältnis der Sterblichkeit je 100 000 Männer zu der je 100 000 Frauen; Werte > 1 zeigen eine Übersterblichkeit bei Männern an [16, eigene Berechnungen]

nerInnen bis zu diesem Alter ist bei den Männern etwa doppelt so hoch wie bei den Frauen (vgl. Abb. 1.1 und Abb. 1.2). Die vorzeitige Sterblichkeit der Männer ist vor allem auf verhaltensbedingte Todesursachen wie Herzinfarkt, äußere Ursachen (Unfälle, Suizid), Lebererkrankungen (z. B. Leberzirrhose) und psychische Störungen (vorwiegend Suchterkrankungen) zurückzuführen [6]. Im mittleren Lebensalter fällt der Geschlechterunterschied (SMR)¹ für diese Todesursachen besonders deutlich aus, wie hier beispielhaft für die Altersgruppe der 40- bis 45-Jährigen gezeigt (vgl. Abb. 1.3). In den jüngeren Altersgruppen zeigt sich, dass Männer vor allem aufgrund von Unfällen und Suiziden versterben (äußere Ursachen: ICD 10: V01–Y98). So sind beispielsweise von den 64 Sterbefällen pro 100 000 Männer im Alter zwischen 20 und 25 Jahren alleine 43 Todesfälle auf äußere Ursachen zurückzuführen. Die Sex Mortality Ratio weist für Männer im Alter zwischen 15 und 35 Jahren je nach Altersgruppe eine drei- bis fünffach erhöhte Sterblichkeit durch Unfälle, Suizide und andere äußere Ursachen aus (vgl. Abb. 1.4). Die Sterblichkeit aufgrund eines Suizids ist unter Männern knapp dreimal höher als bei Frauen, obwohl zwei Drittel aller dokumentierten Suizidversuche von

¹ Die „Sex Mortality Ratio“ (SMR) gibt das Verhältnis der Sterblichkeit je 100 000 Männer zu der je 100 000 Frauen an.

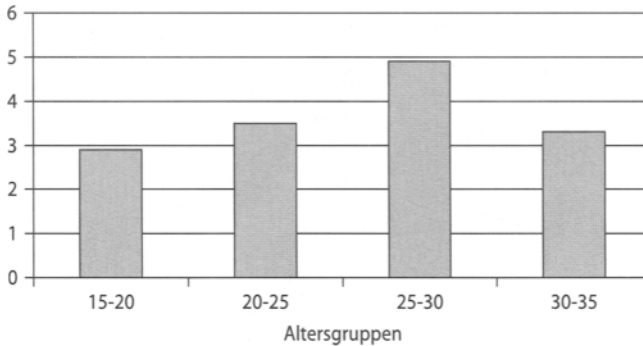


Abb. 1.4. Übersterblichkeit der Männer im Alter zwischen 15 und 35 Jahren aufgrund äußerer Ursachen (ICD 10: V01–Y98); Sex Mortality Ratio (SMR): Verhältnis der Sterblichkeit je 100 000 Männer zu der je 100 000 Frauen; Werte > 1 zeigen eine Übersterblichkeit bei Männern an [16, eigene Berechnungen]

Frauen verübt werden – besonders von jungen Frauen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren [14]. Der Geschlechterunterschied hinsichtlich der Suizidsterblichkeit ist besonders in den Altersgruppen der 20- bis 25-Jährigen sowie bei den 25- bis 30-Jährigen eklatant: Die SMR beträgt bei diesen 4,3 bzw. 5,4; in den folgenden Altersgruppen liegt die SMR zwischen 2,0 und 3,5, um dann bei den über 85-Jährigen wieder auf über 4,6 zu steigen [16, eigene Berechnungen]. Da Depressionserkrankungen als die Hauptursachen des Suizids gelten, weist dieser Befund möglicherweise auf ein Defizit hinsichtlich Diagnose, Behandlung und Prävention psychischer Erkrankungen bei jungen und hochaltrigen Männern hin.

1.1.2 Morbidität

Krankheiten des Herzkreislaufsystems stellen sowohl bei Männern als auch bei Frauen nicht nur die häufigsten Todesursachen dar, sondern prägen auch die Krankheitslast der Bevölkerung. Da Männer etwa doppelt so häufig von ischämischen Herzerkrankungen betroffen sind wie Frauen, wurden diese bei Frauen bislang weniger erkannt und behandelt als bei Männern. Mittlerweile ist bekannt, dass beispielsweise die Symptomatik bei einem Herzinfarkt geschlechtsspezifisch ausgeprägt sein kann [3, 14], was für eine geschlechtersensible Betrachtung auch anderer Erkrankungen spricht. Obwohl das Ausmaß an Herz- und Kreislauferkrankungen innerhalb der Gesamtbevölkerung seit 1990 leicht abgenommen hat, zeigt sich bei 25- bis 45-jährigen Frauen eine Steigerung

der Neuerkrankungsrate des Herzinfarktes, was in erster Linie auf den erhöhten und früher einsetzenden Tabakkonsum bei Frauen zurückgeführt wird [14].

Glücklicherweise haben sich die Überlebensraten bei Krebserkrankungen innerhalb der letzten 20 Jahre erhöht, aber die Inzidenzen von Krebserkrankungen steigen an, was in erster Linie mit einer früheren Diagnostik und dem zunehmendem Lebensalter innerhalb der Gesamtbevölkerung erklärt wird. Von den Krebserkrankungen sind Männer etwas häufiger betroffen als Frauen – so liegt die Neuerkrankungsrate der männlichen Bevölkerung derzeit bei 452 Fällen pro 100 000 Einwohner, bei den Frauen sind es 335 Fälle pro 100 000 Einwohnerinnen. Darmkrebs ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen die zweithäufigste Krebserkrankung, während Prostata- und Brustkrebs als typische geschlechtsspezifische Erkrankungen jeweils Rang eins bei dem entsprechenden Geschlecht einnehmen. Der Lungenkrebs stellt wiederum bei beiden Geschlechtern das dritthäufigste Krebsleiden dar, wobei dreimal so viele Männer wie Frauen erkranken – allerdings zeichnet sich seit 1990 eine sinkende Rate der Neuerkrankungen bei Männern und eine Steigerung bei Frauen ab. Betroffen sind davon vor allem die unter 50-jährigen Frauen, was auf deren gesteigerten Zigarettenkonsum zurückzuführen ist. Aufgrund des sich angleichenden Tabakkonsums von Frauen und Männern (mittlerweile liegt die RaucherInnenrate bei Jugendlichen beiden Geschlechts auf etwa gleich hohem Niveau), ist davon auszugehen, dass die Inzidenzraten für Lungenkrebs bei Frauen weiterhin ansteigen werden [14].

Muskel- und Skeletterkrankungen prägen ebenso wie die Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen das Morbiditätsgeschehen sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Sie verursachen die meisten Arbeitsunfähigkeitstage und bilden bei Männern den häufigsten, bei Frauen den zweithäufigsten Grund für eine krankheitsbedingte Frühberentung. Ein herausragendes Symptom bei beiden Geschlechtern stellen Rückenschmerzen dar, von denen in chronischer Ausprägung 22% aller Frauen und 15% der Männer betroffen sind. Osteoporose (Knochenschwund) als eine der häufigsten Knochenerkrankungen im Alter betrifft Frauen häufiger als Männer. Problematische Folgen des Knochenschwundes sind Frakturen, wobei vor allem über 70-jährige Frauen deutlich häufiger betroffen sind als Männer [14].

Die Bedeutung psychischer im Vergleich zu somatischen Erkrankungen wurde lange unterschätzt. Mit Blick auf die krankheitsspezifischen Auswertungen der AU-Daten verschiedener Krankenkassen zeigt sich, dass trotz insgesamt sinkender Krankheitstage diejenigen aufgrund psychischer Erkrankungen ansteigen und gemeinsam mit Muskel- und Ske-

letterkrankungen, Unfällen sowie Erkrankungen des Atmungs- und Herz-Kreislauf-Systems das Fehlzeitengeschehen dominieren. Geschlechterunterschiede zeigen sich sowohl auf quantitativer als auch auf qualitativer Ebene. Bei Frauen stellen psychische Störungen mit einem Anteil zwischen 10% und 14% die dritthäufigste Diagnosegruppe dar, während diese bei den Männern mit einem Anteil zwischen 6% und 11% je nach Krankenkasse an vierter bis sechster Stelle liegen. Innerhalb des Spektrums psychischer Erkrankungen zeigt sich, dass Depressionen und Angststörungen wesentlich häufiger bei Frauen und Suchterkrankungen bzw. Störungen durch psychotrope Substanzen häufiger bei Männern diagnostiziert werden [9]. Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 dokumentiert eine 12-Monatsprävalenz für depressive Erkrankungen bei 15% der Frauen und 8% der Männer, während der Geschlechterunterschied bei den Angststörungen mit einer Betroffenheit von etwa 19% bei Frauen und circa 8% bei Männern noch deutlicher ausfällt [14]. Obwohl vor allem Menschen im mittleren Lebensalter von psychischen Erkrankungen betroffen sind, zeigt sich mittlerweile ein deutlicher Anstieg bei den jungen Altersgruppen: Dies ist anhand der AU-Daten sowie der stationären Krankenhausfälle vor allem für junge Männer unter 20 Jahren sowie für beide Geschlechter in der Altersgruppe der 20- bis 30-Jährigen dokumentiert [9].

1.2 Ursachen der Geschlechterunterschiede und geschlechtsspezifische Präventionspotenziale

Die Ursachen der dargestellten Geschlechterunterschiede hinsichtlich Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität sind – wenn es sich nicht um spezielle Erkrankungen weiblicher und männlicher Sexualorgane handelt – in erster Linie auf gesundheitsbezogene Verhaltensunterschiede zwischen Männern und Frauen zurückzuführen. Biologische Faktoren tragen lediglich im Ausmaß von ein bis zwei Jahren zur Erklärung der höheren Lebenserwartung der Frauen bei [11]. Dagegen spielen gesundheitsbezogene Verhaltensweisen, wie der Konsum von Tabak und Alkohol, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten, die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten sowie unterschiedliche Lebens- und Arbeitsbedingungen von Frauen und Männern eine entscheidende Rolle bei der Erklärung geschlechtsspezifischer Unterschiede [4, 6, 8].

1.2.1 Geschlechtsspezifische Verhaltensweisen: Risikofaktoren

Hinsichtlich der „klassischen“ Risikofaktoren Tabak- und Alkoholkonsum sowie Übergewicht zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede, die

nicht auf biologische sondern verhaltensbezogene Ursachen zurückzuführen sind. Rauchen gilt als einer der bedeutendsten Risikofaktoren, der vor allem mit der Entstehung von Herz- und Kreislauferkrankungen sowie Krebserkrankungen der Atemwege in Zusammenhang gebracht wird. Da bislang wesentlich mehr Männer als Frauen geraucht haben, treten entsprechende Erkrankungen bei Männern auch häufiger auf. Mittlerweile nähert sich der Anteil an Frauen, die regelmäßig rauchen, dem Niveau der Männer an (insbesondere in jüngeren Altersgruppen). Es ist davon auszugehen, dass sich die Geschlechterunterschiede bei den entsprechenden Erkrankungen und Todesursachen verringern werden. Dennoch liegt gemäß des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 der Anteil der Männer, die täglich rauchen, mit rund 29% um etwa sieben Prozentpunkte höher als bei den Frauen, und der Anteil an Nie-Raucherinnen beträgt knapp 50%, während unter den Männern lediglich knapp ein Drittel nie geraucht hat [14]. In Deutschland hat der Tabakkonsum bei Männern seit Mitte der 1980er Jahre leicht abgenommen, während er bei den Frauen deutlich angestiegen ist. Maßnahmen zur Prävention sowie zur Reduktion des Konsums scheinen daher zwar bei Männern, nicht aber bei Frauen ihre Wirkung zu entfalten. Da sich Frauen und Männer in ihrer Motivation zum Tabakkonsum und im Rauchverhalten sowie hinsichtlich der Hürden mit dem Rauchen aufzuhören unterscheiden, spricht dies für eine Entwicklung geschlechtersensibler Präventionsansätze. So rauchen Frauen eher in Stresssituationen als Männer und greifen mehr zu so genannten „leichten“ Zigaretten, die allerdings tiefer inhaliert werden, was das Risiko für eine bestimmte – prognostisch besonders ungünstige – Lungenkrebsform steigert; darüber hinaus stellt für Frauen eine vermutete Gewichtszunahme eine bedeutsame Hürde dar, wenn es darum geht, mit dem Rauchen aufzuhören [12]. Eine Berücksichtigung dieser Aspekte bei der Entwicklung wirkungsvoller Präventionsansätze sowie eine verstärkte Ansprache junger Frauen liegen auf der Hand.

Beim Konsum von Alkohol in gesundheitsriskantem Ausmaß verhalten sich Männer deutlich riskanter als Frauen: Laut Daten des Bundesgesundheitsurvey 1998 konsumierten 16% der Frauen und 31% der Männer Alkohol oberhalb der geschlechtsspezifischen Grenzwerte. Diese Geschlechtsunterschiede zeigen sich auch in den jüngeren Altersgruppen, wobei das Phänomen des Rauschtrinkens („Binge-Drinking“) im Jahr 2004 unter den 16- bis 19-Jährigen von 25% der jungen Frauen und 43% der jungen Männer angegeben wurde [14]. Ähnlich wie beim Rauchen zeigt sich auch hier eine „nachholende“ Entwicklung bei den jungen Frauen. Dies gilt es hinsichtlich der Prävention ebenso zu berücksichtigen wie die Unterschiede im Konsumverhalten (Männer trinken eher Bier und Spirituosen, Frauen eher Wein und Sekt). Dass bei Frauen ein ge-

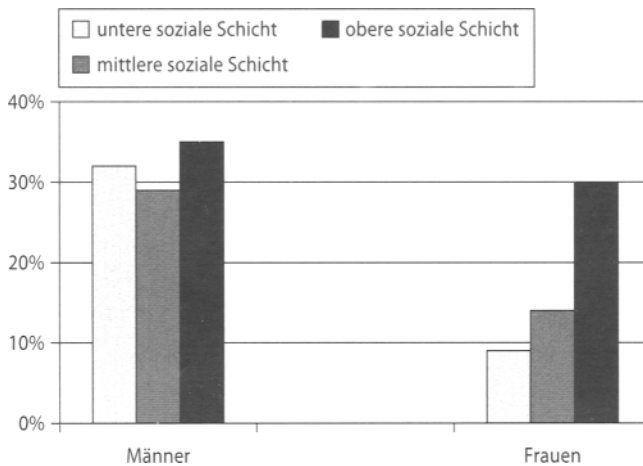


Abb. 1.5. Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum bei Männern und Frauen nach sozialer Schicht [14]

sundheitsriskanter Alkoholkonsum mit steigender Schicht zunimmt, ist ein überraschender Befund, den es ebenfalls in den Blick zu nehmen gilt (vgl. Abb. 1.5).

Von Übergewicht als in erster Linie verhaltensbedingtem Risikofaktor, der vor allem mit Herz- Kreislauferkrankungen, Typ-2-Diabetes, Gelenkschäden und Rückenbeschwerden in Verbindung gebracht wird, sind Männer häufiger betroffen als Frauen. Ergebnissen des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 zufolge sind etwa die Hälfte der Männer ab 18 Jahren übergewichtig, weitere 17% adipös, bei den Frauen sind etwa ein Drittel übergewichtig und 20% adipös [14]. Die Ursachen für Übergewicht liegen weniger in biologischen Faktoren, z. B. genetisch bedingten Veranlagungen, sondern sind vorwiegend auf den Lebensstil der Betroffenen zurückzuführen. So spielt das Ernährungs- und Bewegungsverhalten eine entscheidende Rolle: Eine vielseitige Ernährung mit einem hohen Anteil an Obst, Gemüse und Getreideprodukten sowie ein sparsamer Verzehr von tierischem Fett und Zucker gilt als günstig. Ein Vergleich des Ernährungsverhaltens von Männern und Frauen zeigt, dass Frauen sich im Schnitt etwas gesünder ernähren, indem sie mehr Gemüse und Obst essen als Männer [14]. Im Hinblick auf die körperliche Aktivität als weiterer wichtiger Faktor zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht wird der Geschlechterunterschied bislang eher ungünstig für Frauen bewertet. In bevölkerungsbezogenen Umfragen wird

das Bewegungsverhalten überwiegend über das Ausmaß sportlicher Aktivitäten erfasst. Hierbei zeigt sich, dass Frauen weniger sportlich aktiv sind als Männer: Knapp 42% der Männer und 33% der Frauen treiben zwei oder mehr Stunden in der Woche Sport; der Geschlechterunterschied ist im Alter zwischen 18 und 40 Jahren besonders prägnant und nimmt in den folgenden Altersgruppen ab [14]. Mittlerweile wird davon ausgegangen, dass die Bedeutung von Alltagsaktivitäten mit ihren positiven gesundheitlichen Auswirkungen bislang unterschätzt wurde und die Erhebung körperlicher Aktivität als wichtige gesundheitliche Determinante einem Gender Bias unterliegt [1]. Frauen betreiben zwar weniger Sport, bewegen sich aber nicht zwangsläufig weniger, da sie z. B. – eher als Männer – Transportwege zu Fuß und mit dem Fahrrad, Haus- und Gartenarbeiten sowie Aktivitäten mit Kindern unternehmen. Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention, die sich auf eine Erhöhung körperlicher Aktivität konzentrieren, müssen demnach dem unterschiedlichen Bewegungsverhalten von Frauen und Männern Rechnung tragen.

1.2.2 Geschlechtsspezifische Verhaltensweisen: Inanspruchnahme von Präventionsangeboten

Ein Blick auf die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten der gesetzlichen Krankenversicherungen bestätigt den oben aufgeführten Geschlechterunterschied: Frauen verhalten sich nicht nur gesundheitlich weniger riskant als Männer, sie nehmen auch eher Präventionsangebote in Anspruch, welche auf eine Verringerung der typischen Risikofaktoren abzielen. Im Jahr 2005 haben etwa 1,2 Millionen Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen an entsprechenden Präventionsangeboten teilgenommen, von denen mehr als drei Viertel Frauen waren. Angebote in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Stressreduktion werden ganz überwiegend von Frauen genutzt, während lediglich Angebote für einen angemessenen Umgang mit Sucht- und Genussmitteln in etwa geschlechterparitätisch besetzt sind – wobei diese die mit Abstand kleinste Gruppe an TeilnehmerInnen ausmacht (vgl. Tabelle 1.1).

Obwohl Präventionsangebote nach § 20 SGB V vor allem sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen erreichen sollen, nehmen diese – beispielsweise Arbeitslose – Maßnahmen der individuellen Primärprävention deutlich weniger in Anspruch als ökonomisch und sozial besser gestellte freiwillig Versicherte. So stellt das Robert-Koch-Institut beispielhaft für eine gesetzliche Krankenversicherung dar, dass von 1000 freiwillig versicherten Mitgliedern elf Frauen und fünf Männer an Kursen der individuellen Primärprävention teilnehmen, während es unter den Arbeitslosen lediglich sieben Frauen und zwei Männer sind [14]. Es zeigt sich, dass

Tabelle 1.1. Inanspruchnahme von verschiedenen Präventionsangeboten der Gesetzlichen Krankenversicherungen (Leistungen nach § 20, Abs. 1 SGB V) im Jahr 2005 nach Geschlecht [2]

	TeilnehmerInnen	Frauenanteil	Männeranteil
Bewegung	838 663	75%	25%
Ernährung	136 482	80%	20%
Stress	182 342	83%	17%
Sucht-/Genussmittel	10 132	55%	45%
Gesamt	1 167 619	77%	23%

der Geschlechterunterschied in der sozial schlechter gestellten Gruppe deutlich höher ist als in der Gruppe der freiwillig Versicherten.

Ebenfalls im Rahmen von § 20 des Fünften Sozialgesetzbuches werden von den gesetzlichen Krankenkassen neben der individuellen Primärprävention Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten. Im Jahr 2004 wurden damit etwa 670 000 ArbeitnehmerInnen erreicht. Im Mittelpunkt der betrieblichen Gesundheitsförderung steht das verarbeitende Gewerbe, in welchem überwiegend Männer beschäftigt sind. Somit ergibt sich, dass die Angebote vorwiegend an Männer gerichtet sind und vor allem auf eine Reduktion körperlicher Belastungen am Arbeitsplatz fokussieren. Weniger als 13% der Unternehmen stellten typische Frauenarbeitsplätze mit einem Frauenanteil von über 75% dar [14]. Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind möglicherweise ein guter Ansatz, um Männer mit präventiven Angeboten zu erreichen. Allerdings ist kritisch zu hinterfragen, inwieweit die Angebote in ihrer vermeintlich geschlechtsneutralen Ausrichtung sowohl Frauen als auch Männern gerecht werden können. Da der Anteil an Frauen unter den Erwerbstätigen in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist und weiter ansteigen wird (vgl. Beitrag Dressel in diesem Band), sollten Betriebe dieser Entwicklung im Hinblick auf gesundheitsbezogene Maßnahmen Rechnung tragen. Dass Frauen in ihrem Engagement bei der individuellen Primärprävention deutlich überwiegen, muss nicht bedeuten, dass sie bei betrieblichen Präventionsansätzen vernachlässigt werden können und damit Gesundheitsförderung und Prävention für Frauen eine individuelle und für Männer eine betriebliche Angelegenheit wird. Vielmehr sollten die Ansprache und Zugangswege sowie die Ausgestaltung der Angebote für jedes Geschlecht überprüft und so gestaltet werden, dass Frauen und Männer gleichberechtigte Gesundheitschancen im Sinne von Gender Mainstreaming (s. u.) geboten werden können.

1.3 Konsequenzen für geschlechtergerechte Prävention und Gesundheitsförderung

1

Dass sich Frauen und Männer in Gesundheit und gesundheitsrelevantem Verhalten unterscheiden, gehört mittlerweile zum gesundheitspolitischen Allgemeinwissen. Mit dem Madrid Statement der WHO „Mainstreaming Gender Equity in Health“ aus dem Jahr 2001 ist Gender Mainstreaming auch in der Gesundheitspolitik angekommen [17]. Die WHO empfiehlt allen Mitgliedsländern, Gender Mainstreaming als Schlüsselstrategie zur Erlangung gesundheitlicher Chancengleichheit der Geschlechter umzusetzen. Auch die Bundesregierung hat sich zur Etablierung dieses Ansatzes verpflichtet und in vielen Bereichen, wie z. B. der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, lassen sich ernsthafte Bemühungen der Umsetzung erkennen [10]. Was aber meint Gender Mainstreaming? Gender Mainstreaming wurde ursprünglich im Kontext der Entwicklungszusammenarbeit erarbeitet und hatte zunächst das Ziel, die Wertvorstellungen und die sozialen Lebensbedingungen von Frauen stärker zu berücksichtigen. Auf der 4. Weltfrauenkonferenz 1995 in Beijing wurde Gender Mainstreaming als zentrale Strategie verabschiedet und ist seitdem zum internationalen Schlüsselbegriff für die Gleichstellung der Geschlechter avanciert [7].

Der Begriff Gender Mainstreaming setzt sich aus zwei Komponenten zusammen: Gender bezieht sich auf das soziale Geschlecht, auf die Lebensbedingungen von Frauen und Männern, auf geschlechtsspezifische Rollenzuschreibungen, Werte, Macht und Einfluss. Er ist als Gegenbegriff zum biologischen Geschlecht („sex“) gemeint, der auf die unterschiedliche biologische Ausstattung von Frauen und Männern Bezug nimmt. Die Differenzierung zwischen dem biologischen und sozialen Geschlecht, sex und gender, die in den 1980er Jahren in der Frauenbewegung erarbeitet wurde, macht deutlich, dass es zwar biologische Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt, dass an diese Unterschiede aber spezifische Rollenerwartungen geknüpft werden, die für die Positionierung von Frauen und Männern in der Gesellschaft wesentlich bedeutsamer sind. Mainstreaming bringt zum Ausdruck, dass eine Thematik, die bislang allenfalls am Rande betrachtet wurde, nun in das Zentrum gerückt wird, in den „Hauptstrom“ einfließen soll.

Das Konzept Gender Mainstreaming hat sich mittlerweile von einem Blick auf die Benachteiligung von Frauen gelöst und nimmt beide Geschlechter sowie das Verhältnis der Geschlechter zueinander in den Blick. Es ist damit nicht „alter Frauenforschungswein in neuen Gender-Schläuchen“, sondern gerade die Erweiterung der Perspektive auf beide Geschlechter macht deutlich, dass bei einer Anwendung ei-

nes vermeintlich geschlechtsneutralen Menschenmodells weder den Gesundheitsbedürfnissen von Frauen, noch jenen von Männern angemessen Rechnung getragen wird. Gender Mainstreaming verfolgt deshalb nicht nur das Ziel, einen Beitrag zur Durchsetzung gesundheitlicher Chancengleichheit zu leisten (mit dem Ziel, dass alle Menschen angemessene Chancen haben, ihre Gesundheitspotenziale auszuschöpfen und nicht, wie häufig missverstanden, den gleichen Gesundheitszustand zu erreichen; vgl. [5]), sondern es geht auch um eine Qualitätsverbesserung im Gesundheitssystem in allen Phasen der gesundheitlichen Versorgung einschliesslich der Prävention und Gesundheitsförderung. In Zeiten knapper finanzieller und personeller Ressourcen kommt dem zweiten Aspekt wachsende Bedeutung zu. Wird bei gesundheitsbezogenen Interventionen (Prävention, Therapie, Rehabilitation, Pflege) das Geschlecht nicht berücksichtigt, sind viele Maßnahmen nicht zielgruppenspezifisch genug, um eine große Wirkung zu zeigen. Für viele Versorgungsbereiche lässt sich zeigen, dass die Orientierung an einem vermeintlich geschlechtsneutralen Versorgungsmodell weder den Bedürfnissen von Frauen, noch den Bedürfnissen von Männern angemessen Rechnung getragen wird. So zeigen Studien im Bereich der Suchtprävention, dass von den Angeboten schulischer Suchtprävention in der Regel jene Gruppen am wenigsten profitieren, die sie am meisten nötig haben, z. B. sozial schlecht integrierte Jungen. In der Behandlung eines Herzinfarktes zeigt sich Umgekehrtes: Herzinfarkte bei Frauen werden häufig zu spät erkannt, weil diese nicht immer mit den für Männern typischen Symptomen einhergehen. Das geschlechtsneutrale Behandlungsmodell ignoriert, dass sich die Symptome eines Herzinfarktes bei Männern und Frauen unterscheiden können und folglich auch die Konsequenzen eines Herzinfarktes bei Frauen und Männern unterschiedlich sind (ausführlicher z. B. in [7]).

Im Themenfeld Gesundheit geht es bei der Etablierung von Gender Mainstreaming um die Herstellung vertikaler und horizontaler Chancengleichheit. Mit horizontaler Chancengleichheit ist gemeint, dass dort, wo Frauen und Männer die gleichen Gesundheitsbedürfnisse haben, sie auch die gleichen Gesundheitsleistungen erhalten sollen. Zum anderen soll vertikale Chancengleichheit hergestellt werden: Dort, wo Frauen und Männer unterschiedliche Gesundheitsbedürfnisse haben, sollen sie auch unterschiedliche Gesundheitsleistungen erhalten [13]. Die Umsetzung des Gender-Mainstreaming-Prinzips spielt in allen Etappen des Public Health Action Cycles [15] eine bedeutende Rolle (vgl. Abb. 1.6). Bei der Problemdefinition geht es darum, die vorhandenen Daten gendersensibel zu interpretieren, um Hinweise auf geschlechtsspezifische Interventionsbedarfe zu erhalten. Gendersensibel meint in diesem Zusammenhang, dass es nicht nur darauf ankommt, die Daten geschlech-



Abb. 1.6. Public Health Action Cycle [15]

tervergleichend aufzubereiten, sondern diese auch vor dem Hintergrund geschlechtsspezifischer Lebensbedingungen und anderer psychosozialer Einflussfaktoren zu interpretieren. Dies bedeutet beispielsweise, in betrieblichen Gesundheitsberichten auch Hintergrundinformationen (z. B. zur Geschlechterstruktur in einzelnen Betriebsbereichen, zu Arbeitszeitmodellen etc.) zu erheben und bei der Interpretation von Geschlechtsunterschieden zu berücksichtigen. Auch bei der Ableitung von Strategien kommt es darauf an, diese gegebenenfalls je nach Zielgruppe zu differenzieren bzw. geschlechtsspezifische Strategien zu entwickeln. Bedeutsam ist hier auch die Kenntnis der theoretischen Grundlagenliteratur zu dem jeweiligen Interventionsbereich, die Hinweise darauf gibt, in welchen Bereichen das Geschlecht eine Rolle spielt. So zeigen die Erfahrungen mit Tabakpräventionsprojekten für Jugendliche, dass sie erst dann Erfolg versprechend sind, wenn geschlechtsspezifische Konsummotive berücksichtigt werden. Während junge Frauen die Zigarette häufig zur Gewichtsstabilisierung oder -reduktion einsetzen (und das Nicht-Thematisieren des Zusammenhangs zwischen Gewicht und Rauchen einen Misserfolg wahrscheinlich macht), ist bei jungen Männern stärker die körperliche bzw. sportliche Leistungsfähigkeit ein wichtiger Anknüpfungspunkt für die Interventionen. In der Phase der Umsetzung kommt es darauf an zu prüfen, ob die gewählten Methoden und Zugangswege für Frauen und Männer gleichermaßen geeignet sind. So muss bei der Etablierung betriebsbezogener Bewegungsangebote überprüft werden, ob nicht Personen ausgeschlossen werden, die über ein eingeschränktes Zeitbudget verfügen, weil sie außerhalb der Arbeitszeit

Kinder betreuen oder Angehörige pflegen. Auch kann es sinnvoll sein, Gesundheitszirkel geschlechtshomogen zu besetzen, um geschlechtsspezifische Arbeitsbelastungen bzw. Belastungen, die sich aus der Vereinbarkeitsproblematik von Arbeit und Familie ergeben, thematisieren zu können.² Und schließlich muss die Evaluation geschlechtersensibel erfolgen, um eine geschlechterdifferenzierende Wirkung erfassen zu können.

Die Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht und die Umsetzung des Gender-Mainstreaming-Ansatzes mag zunächst nach einer Mehrbelastung aussehen, die nur dann zu leisten ist, wenn zusätzliche Ressourcen zur Verfügung stehen. Die Erfahrung, z. B. in der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, die für eines der Schwerpunktprogramme eine geschlechtersensible Projektentwicklung einfordert, zeigt aber, dass mit der Berücksichtigung des Geschlechts eine Erhöhung der Qualität von Projekten einhergeht. Mit Gender Mainstreaming erfolgt eine Sensibilisierung für die Spezifizierung der Zielgruppe, wobei das Geschlecht eine unter mehreren Variablen sozialer Differenzierung darstellt, die es bei der Planung und Umsetzung zu berücksichtigen gilt – so sind auch das Alter und die soziale Schicht von Bedeutung. Damit wird die Passgenauigkeit von Projekten erhöht und deren Effizienz kann gesteigert werden. Mit Gender Mainstreaming kann es gelingen, die vorhandenen Mittel gezielter einzusetzen, weil die Wahrscheinlichkeit erhöht wird, dass die Strategien und die Methodik der Zielgruppe entsprechend definiert und umgesetzt werden. Für die Gesundheitsförderung im Betrieb ist darüber hinaus eine gendersensible Kenntnis des Settings zentral: Wie ist die Geschlechterverteilung an den einzelnen Arbeitsplätzen bzw. in den Betriebsbereichen? Gibt es typische Frauen- bzw. Männerarbeitsplätze? Welche Belastungen und Ressourcen erleben Männer und Frauen an ihren Arbeitsplätzen?³ Das Konzept des Gender Mainstreamings stellt demnach ein effektives Instrument dar, um die jeweiligen Bedarfe von Frauen und Männern hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention zu eruieren sowie die Planung und Umsetzung entsprechender Maßnahmen gendersensibel zu gestalten [7]. In der betrieblichen Gesundheitsförderung dient Gender Mainstreaming damit zum einen der Durchsetzung gesundheitlicher Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern und trägt zum anderen zu einer Verbesserung der Qualität entsprechender Angebote bei. Daher kann die Umsetzung einer geschlechtergerechten Gesundheitsförderung und Prävention sowohl für die Träger der betrieb-

² s. dazu auch die Beiträge von Ritter/Elsigan/Kittel und Pieck in diesem Band.

³ s. dazu die Beiträge von Beermann/Brenscheidt/Siefer, Dressel und Kuhn in diesem Band.

lichen Gesundheitsförderung sowie für die Betriebe und Unternehmen als auch für die ArbeitnehmerInnen einen attraktiven Zugewinn bieten.

Literatur

- [1] Abel T, Graf N, Niemann S (2001) Gender bias in the assessment of physical activity in population studies. *Sozial- und Präventivmedizin* 46:268–272
- [2] Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2007) Dokumentation 2005. Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V. Essen
- [3] Bisig B, Gutzwiller F (Hrsg) (2002) Frau und Herz. Epidemiologie, Prävention und Behandlung der koronaren Herzkrankheit bei Frauen in der Schweiz. Hans Huber, Bern
- [4] Doyal L (2004) Sex und Gender: Fünf Herausforderungen für Epidemiologinnen und Epidemiologen. *Gesundheitswesen* 66:153–157
- [5] Doyal L (2000) Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science and Medicine* 51:931–939
- [6] Kolip P (2003) Frauen und Männer. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U (Hrsg) Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Urban & Fischer, München, S 642–653
- [7] Kuhlmann E, Kolip P (2005) Gender und Public Health. Juventa, Weinheim
- [8] Lademann J, Kolip P (2005) Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Robert Koch Institut, Berlin
- [9] Lademann J, Mertesacker H, Gebhardt, B (2006) Psychische Erkrankungen im Fokus der Krankenkassen. *Psychotherapeutenjournal* 2006 (2):127–133
- [10] Lange C (2007) Gender Mainstreaming in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. In: Baer S, Hildebrandt K (Hrsg.) Gender Works! Gender Mainstreaming: Gute Beispiele aus der Facharbeit. Peter Lang, Frankfurt am Main, S 152–167
- [11] Luy M (2002) Warum Frauen länger leben. Erkenntnisse aus einem Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung beim Statistischen Bundesamt, Heft 106, Wiesbaden
- [12] Payne S (2001) Smoke like a man, die like a man? A review of the relationship between gender, sex and lung cancer. *Social Science and Medicine* 53:1067–1080
- [13] Peter F, Thönen S (2004) Geschlechterspezifische Gesundheitskosten – eine Literaturübersicht. In: Camenzind P, Meier C (Hrsg) Gesundheitskosten und Geschlecht. Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz. Hans Huber, Bern, S 32–43
- [14] RKI – Robert Koch Institut (2006) Gesundheit in Deutschland. Robert Koch Institut, Berlin
- [15] Rosenbrock R (1995) Public Health als soziale Innovation. *Das Gesundheitswesen* 57:140–144
- [16] Statistisches Bundesamt (2007) Todesursachen in Deutschland. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- [17] WHO Euro (2001) Mainstreaming gender equity in health. Madrid Statement. Kopenhagen: WHO Euro[35]