



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Geschlecht und Gesundheit

PRAEM03



Das Studienheft und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist nicht erlaubt und bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers. Dies gilt insbesondere für das öffentliche Zugänglichmachen via Internet, die Vervielfältigung und Weitergabe. Zulässig ist das Speichern (und Ausdrucken) des Studienhefts für persönliche Zwecke.

Nadine Bogner

Geschlecht und Gesundheit

PRAEM03



Nadine Bogner

(geb. Hoppe) erlangte im März 2017 den akademischen Grad Master of Arts im Fach Public Health an der Universität Bremen. Ihren wissenschaftlichen Schwerpunkt legte sie dabei auf die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention mit besonderem Interesse für die Kinder- und Jugendgesundheit sowie für die Gesundheitskommunikation. Letzterer Thematik widmete sie auch ihre Masterarbeit, in der sie auf die partizipative Entscheidungsfindung in der Brustkrebstherapie einging. In diesem Rahmen setzte sie sich auch mit Fragen der geschlechtersensiblen Medizin auseinander. Seit September 2017 ist Nadine Bogner in der Kinder- und Jugendhilfe tätig. Sie war seit ihrem Hochschulabschluss bereits als Autorin für drei Studienhefte im Bereich der Pflege- und Gesundheitswissenschaften sowie im Bereich der Behindertenhilfe tätig. Während ihrer Masterstudienzeit arbeitete sie als studentische Hilfskraft in den Bereichen Forschung, Lehre und Verwaltung sowie als Leiterin eines Statistiktutoriums. Zudem war sie in ehrenamtlichen Projekten für die DKMS sowie für das SOS Kinderdorf Worpswede tätig.

Die in unseren Studienheften verwendeten Personenbezeichnungen schließen ausdrücklich alle Geschlechtsidentitäten ein. Wir distanzieren uns ausdrücklich von jeglicher Diskriminierung hinsichtlich der geschlechtlichen Identität.

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf die zukünftige Gestaltung und den Inhalt der Seiten haben wir jedoch keinen Einfluss. Wir distanzieren uns daher ausdrücklich von diesen Seiten, soweit darin rechtswidrige, insbesondere jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.

Geschlecht und Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Geschlechterabhängige Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede in Deutschland	3
1.1 Lebenserwartung von Männern und Frauen	3
1.1.1 Aktuelle Lebenserwartung	3
1.1.2 Lebenserwartung im geschichtlichen Verlauf	5
1.2 Morbiditätsunterschiede zwischen den Geschlechtern	8
1.2.1 Subjektiver Gesundheitszustand über die Lebensspanne	8
1.2.2 Krankheitslast über die Lebensspanne	9
1.3 Deutschland im europäischen Vergleich	14
Zusammenfassung	17
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	17
2 Einflussfaktoren zur Erklärung von geschlechtsabhängigen Unterschieden der Lebenserwartung und des Morbiditätsrisikos	18
2.1 Biologische Unterschiede	20
2.2 Klosterstudie nach Marc Luy: Warum biologische Unterschiede allein nur eine relativ geringe Rolle spielen	26
2.3 Unterschiede aufgrund des sozialen Geschlechts	27
2.3.1 Lebenswelt	28
2.3.2 Arbeitsbedingungen	29
2.3.3 Lebensformen	30
2.3.4 Sozioökonomische Bedingungen	30
2.3.5 Risikoverhalten	31
2.3.6 Soziales Netzwerk	32
2.3.7 Repräsentation von Beschwerden und Krankheiten	33
2.3.8 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	34
2.3.9 Versorgungsunterschiede	35
2.3.10 Health Literacy	35
2.4 Zusammenwirken von biologischen und sozialen Faktoren	36
2.5 Sexualität	39
Zusammenfassung	43
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	43

3	Geschlechtersensible Medizin	44
3.1	Die gleiche Krankheit bei unterschiedlichen Krankheitsbildern	46
3.2	Risikofaktoren wirken bei Frauen und Männern unterschiedlich	47
3.3	Arzneimittelforschung, Arzneimittelwirksamkeit und Arzneimittelverträglichkeit	48
3.4	Auswirkungen des Geschlechts auf die Verordnung von Arzneimitteln	50
3.5	Geschlechtersensible Medizin am Beispiel ausgewählter Erkrankungen	51
3.5.1	Unterschiede am Beispiel von Herz-Kreislauf-Erkrankungen	52
3.5.2	Unterschiede am Beispiel von Depressionen und Suizidalität	54
3.6	Geschlechtersensible Medizin bei reinen Frauen- bzw. Männerkrankheiten	57
3.7	Moralische und ethische Aspekte	58
	Zusammenfassung	60
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	60
4	Arzt-Patienten-Kommunikation in Abhängigkeit vom Geschlecht	62
4.1	Allgemeiner Einfluss der Arzt-Patienten-Kommunikation auf Gesundheit und Krankheit	63
4.2	Geschlechtsabhängige Besonderheiten in der Arzt-Patienten- Kommunikation	66
4.2.1	In Abhängigkeit vom Geschlecht des Arztes/der Ärztin	66
4.2.2	In Abhängigkeit vom Geschlecht des Patienten/der Patientin	69
4.3	Geschlechtersensible Onlinekommunikation	70
	Zusammenfassung	72
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	73
	Schlussbetrachtung und Ausblick	74
Anhang		
A.	Bearbeitungshinweise zu den Übungen	76
B.	Lösungen zu den Aufgaben zur Selbstüberprüfung	79
C.	Abkürzungsverzeichnis	83
D.	Glossar	84
E.	Literaturverzeichnis	86
F.	Rechtsquellenverzeichnis	96
G.	Abbildungsverzeichnis	97
H.	Tabellenverzeichnis	98
I.	Sachwortverzeichnis	99
J.	Einsendeaufgabe	101

Einleitung

„Alter, lass das Rauchen sein“, so titelte die taz zum Weltmännertag am 03.11.2019 und wies in den ersten Zeilen dieses Artikels auf die kürzere Lebenserwartung von Männern im Vergleich zu Frauen hin (vgl. taz, 2019). Als Ursachen genannt wurden dort allgemein das schlechtere Gesundheitsverhalten sowie das Risikoverhalten von Männern. Doch ist es wirklich so einfach? Sind Männer „selbst schuld“ an ihrer vergleichsweise kürzeren Lebenserwartung? „Es ist ein Wechselspiel aus Eigenverantwortung und gesellschaftlicher Aufgabe“, so Dag Schölper, Geschäftsführer vom Bundesforum Männer (BFM), gegenüber der taz (vgl. taz, 2019). Er nimmt damit den Männern die alleinige Verantwortung und schreibt sie, wenigstens zu einem guten Teil, der Gesellschaft zu.

Dass Männer eine Übersterblichkeit an vielen Erkrankungen im Vergleich zu Frauen aufweisen, wurde und wird auch in der Coronakrise deutlich. Männer sterben häufiger an den Folgen einer Infektion mit dem Covid-19-Virus als dies bei Frauen der Fall ist, obwohl Männer und Frauen ungefähr gleich häufig an dem Virus erkranken (vgl. PKV-Institut, 2020). Unterschiede im Gesundheitsverhalten zwischen Männern und Frauen, aber auch biologische Unterschiede zwischen dem weiblichen und männlichen Geschlecht scheinen hier nur einen marginalen Erklärungsansatz zu bieten. Allerdings kann die durchschnittliche Lebenserwartung auch nicht als reiner Maßstab für den Gesundheitszustand herangezogen werden. Trotz der im Durchschnitt längeren Lebenserwartung von Frauen leiden diese an bestimmten Erkrankungen häufiger als Männer, wie im Verlauf dieses Studienhefts deutlich werden wird.

Es scheint somit notwendig zu sein, Männer und Frauen in der Medizin und in der Gesundheitsversorgung differenziert zu betrachten. Die Public-Health-Relevanz liegt hier, neben einem möglichen Gewinn an Lebensjahren, vor allem auch im Zugewinn gesunder Lebensjahre. An dieser Stelle kommt die geschlechtersensible Medizin zum Einsatz, die ein Schwerpunktthema dieses Studienhefts darstellt.

Der Schrei nach einer geschlechtersensiblen Medizin (auch als Pflichtfach an allen medizinischen Fakultäten) sowie nach einer geschlechtersensiblen Gesundheitsversorgung und Gesundheitsberichterstattung wird stetig lauter. Die Anfänge lassen sich auf den Zeitpunkt um die Jahrtausendwende zurückführen und die Wurzeln sind in der Frauenbewegung zu suchen. Im Jahr 2001 erschien der erste „Bericht zur gesundheitlichen Lage der Frauen“ in Deutschland und ist damit ein erster Meilenstein bezüglich einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung. Neben dem bloßen biologischen Geschlecht berücksichtigt dieser Bericht auch die bio-psycho-sozialen Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

In der heutigen Wissenschaft ist es quasi Standard, dass bei jeder gesundheitlichen Datenerhebung das Geschlecht als Determinante berücksichtigt wird. Doch wie sehen die Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Morbidität und der Mortalität eigentlich aus? Dieser Frage werden wir im ersten Kapitel des vorliegenden Studienhefts nachgehen. Und warum reicht es nicht aus, lediglich das biologische Geschlecht als Einflussfaktor in der geschlechtersensiblen Datenerhebung zu berücksichtigen? Antworten auf diese Frage finden wir im zweiten Kapitel, das sich sowohl mit den biologischen als auch mit den psycho-sozialen Unterschieden von Frauen und Männern auseinandersetzt. Ebenfalls werden wir im zweiten Kapitel der Frage nachgehen, welche Rolle die eigene Sexualität für die Gesundheit spielt. Im dritten Kapitel wird es um den Ansatz der geschlechtersensiblen Medizin gehen, denn Männer und Frauen leiden und sterben nicht nur unterschiedlich häufig an Krankheiten, sondern zeigen teilweise deut-

lich andere oder in ihrer Intensität unterschiedliche Symptome. Dies wird anhand von zwei ausgewählten Erkrankungen näher beleuchtet. In diesem Kapitel werden wir weiterhin darauf eingehen, inwiefern das Geschlecht erstens einen Einfluss auf die Medikamentenwirksamkeit und zweitens auf die Arzneimittelverordnung hat. Darüber hinaus werden ethische und moralische Aspekte einer geschlechtersensiblen Medizin diskutiert. Im letzten Kapitel beschäftigen wir uns mit dem Thema Arzt-Patienten-Kommunikation. Diese hat einen hohen Stellenwert für eine erfolgreiche Diagnosestellung sowie Therapiefindung und spielt während des gesamten Prozesses der medizinischen Versorgung eine wichtige Rolle. Sie kann sowohl durch das Geschlecht des Patienten als auch durch das Geschlecht des Arztes beeinflusst werden.

Nach dem Bearbeiten dieses Hefts sind Sie in der Lage, Unterschiede hinsichtlich der Morbidität und Mortalität von Männern und Frauen zu benennen. Weiterhin können Sie, anhand ausgewählter Gesundheitsberichterstattung, diese Unterschiede auffinden und darstellen. Neben den biologischen Determinanten kennen Sie auch die psycho-sozialen Unterschiede und können deren gemeinsames und wechselseitiges Wirken auf die Gesundheit von Frauen und Männern erläutern. Anhand von ausgewählten Erkrankungen können Sie bezüglich der Diagnose und Therapie zwischen Männern und Frauen differenzieren und verstehen die Notwendigkeit für eine geschlechtersensible Betrachtung der Medizin. Darüber hinaus sind Sie sich der Bedeutung der Arzt-Patienten-Kommunikation als Teil der Diagnosefindung und Therapie bewusst und können diese in den Rahmen der geschlechtersensiblen Medizin einordnen.

Ich wünsche Ihnen nun viel Freude und Erfolg mit diesem Studienheft!

1 Geschlechterabhängige Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede in Deutschland

Nach abschließender Bearbeitung dieses Kapitels kennen Sie die Unterschiede bezüglich der Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern. Sie sind in der Lage, die wesentlichen Unterschiede zwischen den Todesursachen von Männern und Frauen zu benennen sowie Morbiditätsunterschiede darzulegen. Des Weiteren können Sie die Unterschiede bezüglich der Lebenserwartung in Deutschland in Abhängigkeit vom Geschlecht in den europäischen Kontext einordnen und sind dazu in der Lage, Unterschiede zum Mortalitäts- und Morbiditätsgeschehen bei Männern und Frauen selbst zu recherchieren.

Unterschiede in der Gesundheit und Krankheit sowie in der Lebenserwartung von Männern und Frauen sind weitgehend bekannt. Frauen leben länger als Männer und Männer und Frauen leiden und sterben unterschiedlich häufig an bestimmten Erkrankungen. Doch wie sehen die Unterschiede in Deutschland eigentlich genau aus? Und wie ist Deutschland diesbezüglich in den europäischen Kontext einzuordnen? Diesen Fragen wird im Folgenden nachgegangen.

1.1 Lebenserwartung von Männern und Frauen

Dieses Kapitel wird zunächst die Differenz zwischen den Geschlechtern bezüglich der Lebenserwartung sowie den geschichtlichen Verlauf dieser Differenz näher beleuchten.

1.1.1 Aktuelle Lebenserwartung

Öffnet man die Sparte „Sterbefälle und Lebenserwartung“ der Internetseite des Statistischen Bundesamtes, so wird unmittelbar deutlich: Die durchschnittliche Lebenserwartung, gemessen am vollendeten Alter, liegt für Frauen deutlich höher als für Männer. Der Unterschied beträgt aktuell rund 4,8 Lebensjahre (Männer 78,5 Jahre vs. Frauen 83,3 Jahre) (vgl. Statistisches Bundesamt, 2020a). Bereits mit der Säuglingssterblichkeit, die für männliche Säuglinge unter dem ersten Lebensjahr in den Jahren 2016/2018 in Deutschland um rund 18,5 % höher lag als die der weiblichen Säuglinge (vgl. Statistisches Bundesamt, 2020b; Statistisches Bundesamt, 2020b), wird eine Übersterblichkeit der männlichen Bevölkerung angezeigt. Dies erklärt die Differenz in der Lebenserwartung zu Frauen jedoch nur zu einem geringfügigen Anteil. Vielmehr lässt sich die Übersterblichkeit der Männer mit dem Ansatz der vorzeitigen Sterblichkeit, gemessen an den „verlorenen Lebensjahren“ (Years of Potential Life Lost), erklären.

Potential Years of Life Lost

Beim Indikator YPLL (= Years of Potential Life Lost) handelt es sich um ein gängiges Maß, das die verlorenen Lebensjahre (beispielsweise aufgrund einer bestimmten Erkrankung) als Differenz aus einer bestimmten Lebenserwartung und dem frühzeitig eintretenden Tod anzeigt. Die Summe aller verlorenen Lebensjahre, z. B. aufgrund einer Erkrankung in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe, ergeben die YPLL. Der Unterschied zu üblichen Sterbestatistiken ist, dass das Interesse vor allem bei Todesfällen in jüngeren Jahren liegt. In üblichen Sterbestatistiken überwiegen naturgemäß die älteren Personen. Mit dem Indikator YPLL kann der Blick vor allem auf wichtige vorzeitige Todesursachen gerichtet werden. Je nach Fragestellung der Studie kann die durchschnittliche Lebenserwartung (als Obergrenze), von der die tatsächlich gelebten Jahre abgezogen werden, von der Autorin/dem Autor selbst festgelegt werden (vgl. science media center, 2018).

Wird hierbei beispielsweise die Sterblichkeit vor dem 70. Lebensjahr als „verloren“ betrachtet (unter Ausschluss der Säuglinge unter einem Jahr), so ergeben sich für das Jahr 2018 fast doppelt so viele verlorene Lebensjahre für Männer im Vergleich zu Frauen. Während je 100.000 weiblicher Einwohner 2295 verlorene Lebensjahre gezählt werden, sind es bei Männern 4123 (vgl. Statistisches Bundesamt, 2020c). Allgemein spricht man hierbei von einem Gendergap, der sich im geschichtlichen Verlauf verringert hat, worauf in Kapitel 1.1.2 näher eingegangen wird.

Definition 1.1: Gendergap

Als Gendergap wird die Lücke bzw. ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern bezeichnet (vgl. Duden, 2020). Im Public-Health-Kontext ist darunter beispielsweise die Differenz der Lebenserwartung von Frauen und Männern sowie der Säuglings- und Kindersterblichkeit von Jungen und Mädchen zu fassen. Ebenfalls steht der Begriff für die Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezüglich der Krankheitslast (quantitativ und qualitativ), der Lebensjahre in Gesundheit bzw. Krankheit sowie der selbsteingeschätzten Gesundheit. Hier kann auch der Begriff Gender-Health-Gap verwendet werden.



Übung 1.1:

Überprüfen Sie, ob sich bereits bis zum 65. Lebensjahr die Summe der verlorenen Lebensjahre von Männern und Frauen unterscheidet. Suchen Sie hierfür eine geeignete Internet-Datenbank und recherchieren Sie, ob sich für das Jahr 2018 diesbezügliche Unterschiede finden lassen. Wenn Sie Unterschiede zwischen den Geschlechtern feststellen: Wie schätzen Sie den Einfluss der verlorenen Lebensjahre bis zum 65. Lebensjahr auf die Übersterblichkeit von Männern ein? (Kleiner, größer oder gleich dem Einfluss der verlorenen Lebensjahre bis zum 70. Lebensjahr?)

Die Daten aus Übung 1.1 zeigen eine insgesamt eindeutige Übersterblichkeit von Männern. Dies heißt jedoch nicht, dass Männer generell früher sterben als Frauen. Wird beispielsweise der Faktor Einkommen als Indikator für die Lebenserwartung genommen, so ergeben sich erhebliche Unterschiede innerhalb der Gruppen von Männern und Frauen: So hat z. B. ein Mann aus der einkommensstärksten Schicht mehr zu erwartende Lebensjahre als eine Frau der untersten Einkommensschicht (vgl. Lampert et al., 2007; Kroh et al., 2012). Dieser Fakt deutet darauf hin, dass die Lebenserwartung und Sterblichkeit

nicht nur auf geschlechtliche Unterschiede zurückzuführen sind, weshalb im zweiten Kapitel dieses Studienhefts näher auf Einflussfaktoren zur Erklärung des Gendergaps eingegangen wird.

Die Übersterblichkeit der männlichen Bevölkerung lässt sich nicht nur auf das biologische Geschlecht zurückführen.



1.1.2 Lebenserwartung im geschichtlichen Verlauf

Bis zur Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts wuchs die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt rasant. Im Vergleich zu 1871/1881 hatten 1949/1951 Frauen bereits eine um 30 Jahre und Männer eine um 29 Jahre erhöhte Lebenserwartung. Bis 2018 ist die Lebenserwartung nochmals um 14,8 Jahre für Frauen und um 13,9 Jahre für Männer gestiegen (vgl. Radtke, 2019). Zentrale Ursachen hierfür sind vor allem die besseren hygienischen Bedingungen, eine bessere Bildung und bessere Arbeits- und Lebensbedingungen sowie die fortschrittliche medizinische Versorgung und die Weiterentwicklung von Arzneimitteln (vgl. Radtke, 2019). Die Differenz in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen verändert sich zudem im geschichtlichen Verlauf. Während die Lebenserwartung der Frauen schon immer höher lag als die der Männer, wuchs ab den 1950er-Jahren der Gendergap auf rund 6,7 Jahre weiter an. Seit 1980 haben vor allem Männer von der allgemein steigenden Lebenserwartung der letzten Jahrzehnte „profitiert“, sodass die Größe des Gendergaps rückläufig ist und aktuell rund 4,8 Jahre beträgt (vgl. Abb. 1.1).

Lebenserwartung bei Geburt

in Jahren

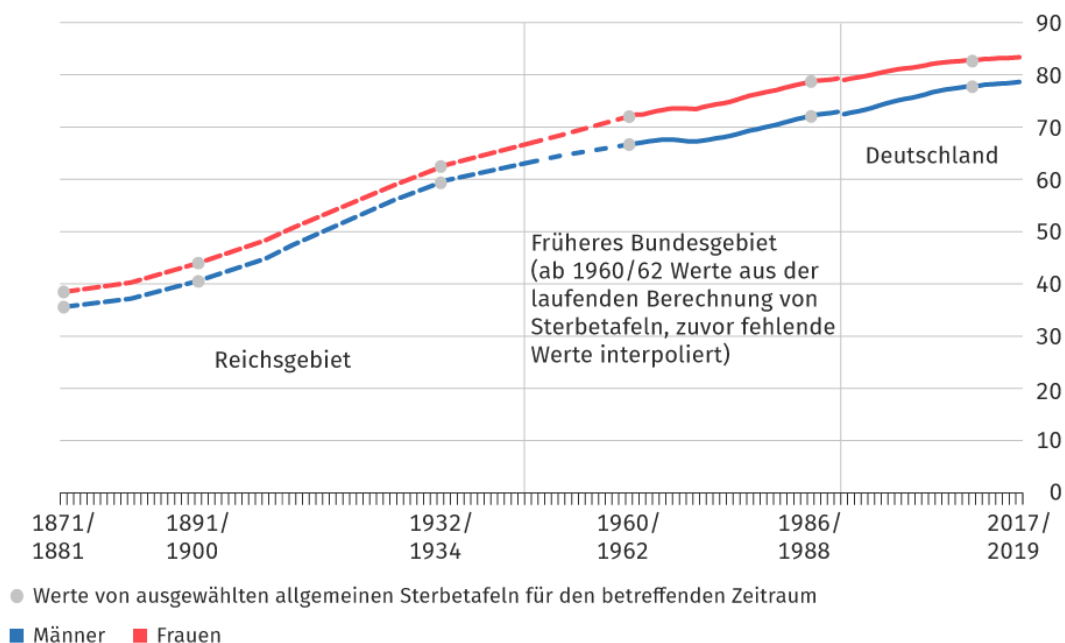


Abb. 1.1: Lebenserwartung bei Geburt in Jahren (Statistisches Bundesamt, 2020d)

Häufigste Todesursachen nach Geschlecht

Insgesamt waren im Jahr 2018 in Deutschland 954 874 Todesfälle zu verzeichnen. Die drei häufigsten Todesursachen waren Krankheiten des Kreislaufsystems (36,2 %), bösartigen Neubildungen (24,1 %) und Krankheiten des Atmungssystems (7,5 %) zuzuordnen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2020e). Ein genauerer Blick auf die todesursächlichen Erkrankungen unter Berücksichtigung des Geschlechts zeigt, dass sowohl Männer als auch Frauen in erster Linie an chronisch ischämischen Herzkrankheiten sterben, die anderen häufigsten Todesursachen unterscheiden sich jedoch stark zwischen Männern und Frauen (vgl. Abb. 1.2 und 1.3).

Häufigste männliche Todesursachen 2018

in Tausend

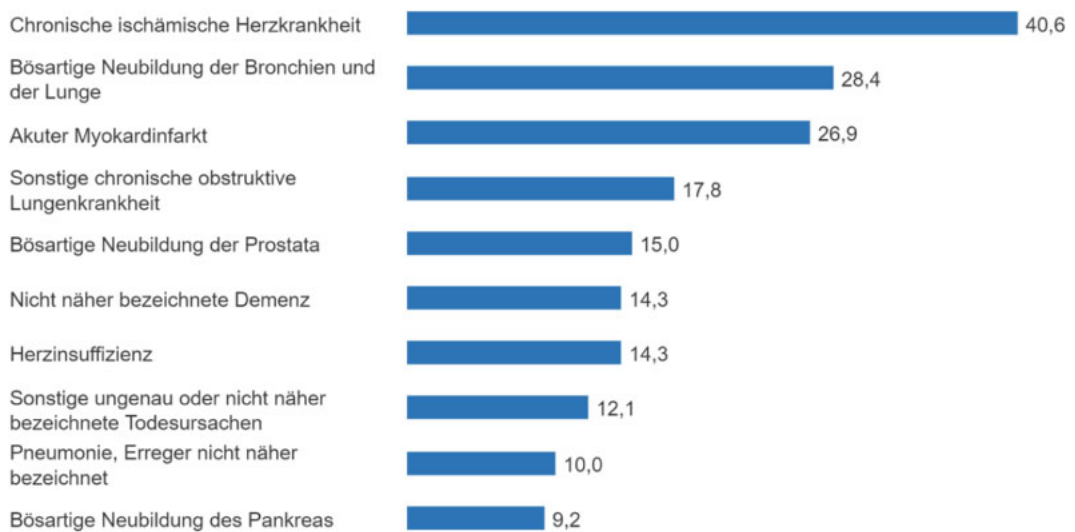


Abb. 1.2: Häufigste männliche Todesursachen 2018 (in Tausend) (Statistisches Bundesamt 2020f)

Häufigste weibliche Todesursachen 2018

in Tausend



Abb. 1.3: Häufigste weibliche Todesursachen 2018 (in Tausend) (Statistisches Bundesamt 2020f)

Allein anhand der absoluten Zahlen dieser Todesursachen lassen sich noch keine Rückschlüsse über das Verhältnis der Sterblichkeit von Männern gegenüber Frauen schließen. Fakt ist jedoch, dass Männer bezüglich aller Haupttodesursachen eine Übersterblichkeit aufweisen, und das fast durchgängig in allen Altersgruppen (vgl. RKI, 2014, S. 17).

Übung 1.2:

Recherchieren Sie im Internet nach aktuellen Daten zur Übersterblichkeit von Männern bezüglich der Haupttodesursachen. Welche Besonderheiten fallen Ihnen auf? Wo zeigt sich ggf. eine Untersterblichkeit oder eine extrem auffällige Übersterblichkeit der Männer? Womit könnten diese Auffälligkeiten zu erklären sein?



Ein wichtiger zu ergänzender Punkt ist an dieser Stelle das Suizidverhalten von Männern und Frauen. Während Frauen häufiger Suizidversuche unternehmen, sterben mehr Männer an einem vollendeten Suizid. Dieses Phänomen wird in der Medizin als Gender-Paradox diskutiert. Rund 75 % aller zum Tode führenden Suizide fallen auf die männliche Bevölkerung (vgl. RKI, 2015a, S. 1014; GenderMed-Wiki, 2017a). Diesem Paradoxon werden wir im zweiten Kapitel weiter auf den Grund gehen.

„Die erhöhte Suizidrate bei geringerer Suizidversuchsrate unter Männern im Vergleich zu Frauen wird wissenschaftlich als Gender-Paradox diskutiert.“ (GenderMed-Wiki, 2017a)



1.2 Morbiditätsunterschiede zwischen den Geschlechtern

Nicht nur im Bereich der Lebenserwartung lassen sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern verzeichnen. Im Folgenden sollen die Morbiditätsunterschiede näher betrachtet werden.

1.2.1 Subjektiver Gesundheitszustand über die Lebensspanne

Männer sterben früher, jedoch geben Frauen signifikant häufiger an, einen schlechten/sehr schlechten oder mittelmäßigen Gesundheitszustand zu haben als Männer. Hier hat der sozioökonomische Status wiederum einen bedeutenden Einfluss. Der subjektive Gesundheitszustand wird heute von Männern und Frauen insgesamt besser bewertet als beispielsweise noch im Jahr 1994. Dies ist ein Indikator für das Wirken von Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit (vgl. RKI, 2015a, S. 31 ff.). Der Geschlechterunterschied in der Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustands bleibt jedoch bestehen. Während dieser Unterschied im Kindes- und Jugendalter (eingeschätzt durch die Eltern/Erziehungsberechtigten) noch nicht auftritt, wird er ab dem 18. Lebensjahr deutlich und signifikant. Allgemein sinkt mit höherem Alter der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand, jedoch fallen die Einschätzungen durch alle Altersgruppen ab dem 18. Lebensjahr bei Frauen schlechter aus als bei Männern (vgl. RKI, 2015a, S. 31 ff.; vgl. Abb. 1.4).

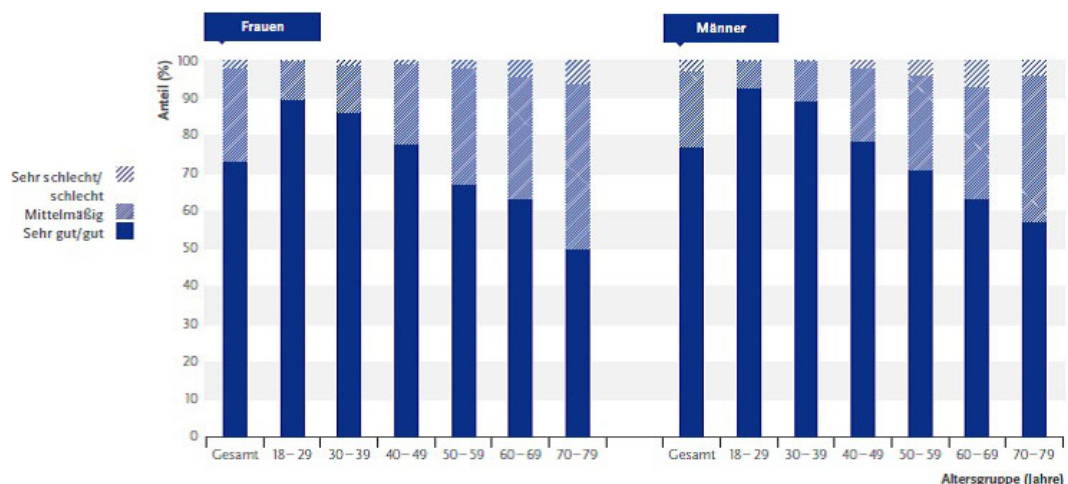


Abb. 1.4: Selbsteinschätzung der Gesundheit bei 18- bis 79-Jährigen, Datenbasis: DEGS1 2008–2011 (RKI, 2015a, S. 32)

Im Bundesgesundheitsurvey (aus dem Jahr 1998) wird deutlich, welche Gründe hinter dem als schlechter bewerteten Gesundheitszustand der Frauen stehen. Hier werden in der weiblichen Gruppe für viele Krankheiten deutlich höhere Prävalenzen angegeben als von der männlichen Gruppe. Vor allem bei der 7-Tage-Prävalenz von Schmerzen wird ein wesentlicher Unterschied zwischen Männern und Frauen im mittleren Lebensalter deutlich. Die selbstangegebene Prävalenz der Frauen liegt, mit Ausnahme von einem Körperteil (Brustkorb), bei allen abgefragten Schmerzzuständen deutlich höher als bei den männlichen Befragten (vgl. RKI, 2005, S. 24). Neuere Daten bezüglich des subjektiven Gesundheitszustands, ergänzt um die Befragung nach Schmerzzuständen, sind nicht vorliegend. Allerdings kann diesen Daten eine weiterhin bestehende Aktualität zugeschrieben werden, da sie sich mit jüngeren Daten von 2017 bezüglich der Schmerzzu-

stände von Schmerzpatienten decken. Auch hier liegen die Prävalenzwerte der Frauen für Schmerzerkrankungen in nahezu allen Körperregionen über denen der Männer (vgl. Liebscher; Bracht, 2018).

Insgesamt lässt sich sagen: Frauen leben länger als Männer, jedoch bei einem subjektiv als schlechter wahrgenommenen Gesundheitszustand.

1.2.2 Krankheitslast über die Lebensspanne

Ein weiterer Indikator zur Einschätzung des Gesundheitszustandes ist die Anzahl von Arztkonsultationen. Mädchen und Jungen suchen bis zur Pubertät ungefähr gleich häufig einen Arzt auf, ab der Pubertät steigt die Kurve für Mädchen jedoch stärker an als für Jungen. Am größten ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr (u. a. aufgrund von Verhütung, Schwangerschaft und Geburt). Ab dem 40. Lebensjahr nähert sich die Anzahl der Arztkonsultationen von Männern wieder der von Frauen an. Im Alter von 80 bis 89 Jahren ist die Anzahl der Arztkonsultationen von Männern schließlich höher als die von Frauen (vgl. RKI, 2015a, S. 306).

Des Weiteren stellt die Anzahl der Arzneimittelverordnungen einen weiteren Indikator für den Gesundheitszustand von Frauen und Männern dar. Eine Datenerhebung der gesetzlichen Krankenkassen aus dem Jahr 2016 zeigt, dass Frauen im Alter von 15 bis 54 Jahren und ab dem 80. Lebensjahr mehr Tagesdosen an Arzneimitteln verordnet bekommen als Männer. Hingegen erhalten Jungen im Alter bis 14 Jahren und Männer zwischen dem 55. und 79. Lebensjahr mehr Arzneimitteltagesdosen verordnet als Mädchen und Frauen im entsprechenden Alterszeitraum. Betrachtet man die gesamtdurchschnittliche Höhe an verordneten Arzneimitteltagesdosen im Jahr 2016, so liegt der Wert der Frauen um 19 % höher als bei den Männern. Zusätzlich geben Frauen häufiger als Männer an, nichtverschreibungspflichtige Medikamente zu sich zu nehmen (vgl. Schröder; Telschow, 2017, S. 790).

Die Anzahl der Arztkonsultationen sowie die Menge an verordneten Arzneimitteln ist nur ein sehr grober Indikator, an dem sich zwar mögliche quantitative Unterschiede bezüglich des Auftretens von Krankheiten ableiten lassen, der jedoch nichts über die unterschiedlichen Krankheitsrisiken aussagt. Im Folgenden sollen die unterschiedlichen Krankheitsrisiken im Verlauf des Lebens beleuchtet werden, wobei im Rahmen dieses Studienhefts vor allem auf häufige Diagnosen der Fokus gelegt wird, die gleichzeitig mit einem Geschlechterunterschied einhergehen.

Kindheit und Jugend

In der Kindheit und Jugend (im Alter von 0 bis 17 Jahren) gehören Allergien zu den am häufigsten zu behandelnden Erkrankungen. In den letzten Jahren ist hier ein kontinuierlicher Anstieg der Inzidenz bei Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen (vgl. RKI, 2015a, S. 78). Hierbei treten laut der zweiten Welle der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) sowohl bei Asthma als auch bei Heuschnupfen signifikante Unterschiede zuungunsten von Jungen auf (Asthma: Jungen = 4,4 % vs. Mädchen = 2,6 %; Heuschnupfen: Jungen = 10,4 % vs. Mädchen = 7,2 %), gemessen an einer 12-Monats-Prävalenz. Unter den Mädchen tritt hingegen mit 7,4 % häufiger eine Neurodermitis auf als bei den Jungen mit 6,6 %, wobei dieser Unterschied keine Signifikanz besitzt (vgl. RKI, 2018, S. 8).

Weiterhin treten psychische Auffälligkeiten und Beeinträchtigungen im Kindes- und Jugendalter auf. Insgesamt leiden auch hier Jungen mit 19,1 % signifikant häufiger unter psychischen Auffälligkeiten als Mädchen mit 14,5 % (vgl. RKI, 2018, S. 39). Das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) als psychische Störung wird bei Jungen mit 6,5 % signifikant häufiger diagnostiziert als bei Mädchen mit 2,3 % (vgl. RKI, 2018, S. 48). Während Störungen des externalisierenden Verhaltens (d.h. Hyperaktivität, Aggression, Aufmerksamkeitsstörung, Negativismus, Tyrannei) häufiger Jungen betreffen, leiden Mädchen eher unter emotionalen Problemen, wobei der Unterschied zwischen Mädchen und Jungen hier nicht so deutlich ausfällt (Mädchen = 9,7 % vs. Jungen = 8,6 %) (vgl. Hölling et al., 2007). Für den Geschlechterunterschied im Hinblick auf emotionale Auffälligkeiten spricht auch, dass Mädchen häufiger an Störungen des Atemmusters leiden, die oft bei Asthma-Patientinnen und -patienten mit emotionaler Belastung auftauchen (vgl. Meißner, 2019). Des Weiteren leiden Mädchen insbesondere im Jugendalter von 14 bis 17 Jahren häufiger unter Migräne als Jungen (7,8 % vs. 4,3 %), was häufig mit emotionaler Belastung einhergeht (vgl. Poethko-Müller et al., 2019, S. 1 165). Ebenfalls zu diesem Muster passen die gehäuft auftretenden Essstörungen bei Mädchen im Alter von 11 bis 17 Jahren (Mädchen = 28,9 % vs. Jungen = 15,2 %) (vgl. RKI, 2008, S. 51).

Auch infektiöse Erkrankungen treten im Kindes- und Jugendalter mit geschlechtsabhängigen Unterschieden auf. So sind Mädchen häufiger von Erkältungen (grippalen Infekten), Mandelentzündungen, Harnwegsinfekten und Herpesinfektionen betroffen als Jungen. Akute Bronchitis, Pseudokrapp und Magen-Darm-Infekte treten dagegen häufiger bei Jungen auf (vgl. RKI, 2008, S. 44).

Im Alter bis 5 Jahren leiden Mädchen häufiger an Übergewicht als Jungen (5,9 % vs. 0,7 %), während ab dem 5. Lebensjahr Jungen deutlich häufiger an Übergewicht und Adipositas leiden. Letzteres signifikant mit einem Unterschied von 5,9 % (Jungen) zu 0,7 % (Mädchen) (vgl. RKI, 2018, S. 66). Während ein riskanter Alkoholkonsum bei Mädchen zwischen 15 und 16 Jahren etwas häufiger zu beobachten ist, zeigen Jungen mit dem 17. Lebensjahr häufiger einen riskanten Alkoholkonsum als Mädchen (51 % vs. 43,7 %). Beim Rauschtrinken sind allerdings Jungen im Alter von 15 bis 16 Jahren häufiger betroffen als Mädchen. Insgesamt hat der regelmäßige Alkoholkonsum im Alter von 12 bis 17 Jahren in den vergangenen Jahren deutlich abgenommen, allerdings liegt die Kurve der Jungen stets über der Kurve der Mädchen (vgl. RKI, 2015b, S. 4 ff.).

Ein weiterer Bereich, der auch im Kindes- und Jugendalter bereits signifikante geschlechtsabhängige Unterschiede zeigt, sind Unfallverletzungen. Hier stehen Jungen mit 18,6 % vor den Mädchen mit 14,3 % (vgl. RKI, 2018, S. 56).

Ein Diagnosebereich, der insgesamt sehr selten im Kindes- und Jugendalter auftritt, sind Krebserkrankungen. Die Krebserkrankung mit der höchsten Prävalenz im Kindes- und Jugendalter sind Leukämien (vgl. Reinken; Grüneberg, 2003), von denen auch Jungen in jeder Altersgruppe etwas häufiger betroffen sind als Mädchen (vgl. RKI, 2019a, S. 135).

Erwachsenenalter und Alter

Auch im Erwachsenenalter ab dem 18. Lebensjahr spielen allergische Erkrankungen eine große Rolle, da sie eine häufige Erkrankungsursache mit gleichzeitig vorliegenden Geschlechterunterschieden darstellen. Während in der Kindheit und Jugend eher das männliche Geschlecht betroffen ist, kehrt sich dies im Erwachsenenalter um. Signifikant

mehr Frauen leiden an Asthma als Männer (Frauen = 7,1 % vs. Männer = 5,4 %). Dieser Unterschied hält sich bis ins höhere Alter bis zum 65. Lebensjahr (vgl. Steppuhn et al., 2017, S. 38). Weiterhin leiden Frauen durch alle Altersgruppen hinweg vermehrt an Heuschnupfen, Neurodermitis und Kontaktekzemen sowie an Nahrungsmittel- und Insektengiftallergien (vgl. RKI, 2015a, S. 79; RKI, 2013). Bei den allergischen Erkrankungen fällt ein starkes Stadt-Land-Gefälle auf, wobei insbesondere bei Frauen die Allergieprävalenz mit dem Grad der Urbanisierung zu steigen scheint. Bei Männern ist dies nicht in gleichem Maße der Fall, sodass der Geschlechterunterschied bei allergischen Erkrankungen mit dem Grad der Urbanisierung zunimmt (vgl. RKI, 2015a, S. 81). Weiterhin leiden Frauen öfter an einer chronischen Bronchitis als Männer. So geben für das Jahr 2012 6 % der Frauen an, im letzten Jahr eine ärztlich diagnostizierte chronische Bronchitis gehabt zu haben, während dies nur bei 4 % der befragten Männer der Fall war (vgl. RKI, 2020).

Die chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD) zählt weltweit zu den führenden Todesursachen. Die Gesamtprävalenz in Deutschland ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen; Männer sind häufiger betroffen als Frauen. Mit der im Alter steigenden Gesamtprävalenz von COPD nimmt auch der Geschlechterunterschied zu. Im Alter von 90 Jahren aufwärts erkranken Männer schließlich 1,5-mal so häufig wie Frauen (vgl. Akmatov et al., 2019, S. 8).

Die koronare Herzkrankheit (KHK) stellt für beide Geschlechter in Deutschland die Haupttodesursache dar (vgl. Kap. 1.2 zu chronischer ischämischer Herzkrankheit). Laut Ergebnissen der GEDA-Studie (Gesundheit in Deutschland) 2014/2015 lag die durchschnittliche 12-Monats-Prävalenz einer KHK unter Frauen bei 3,7 % und unter Männern bei 6 %. Während bei beiden Geschlechtern die Prävalenz unter dem 45. Lebensjahr noch unter 1 % liegt, steigt sie danach deutlich an und liegt ab einem Alter von 75 Jahren bei Frauen bei 16 % und bei Männern bei über 24 %. Für das Risiko einer KHK spielt der Bildungsstand eine große Rolle, wobei dies vor allem unter den Frauen auffällt. Frauen in der unteren Bildungsschicht zeigen eine über 6 % erhöhte Prävalenz gegenüber den Frauen der oberen Bildungsschicht, während der Unterschied bei Männern lediglich 1,3 % beträgt (vgl. Busch; Kuhnert, 2017a, S. 64). Ein ähnliches Bild zeigt sich für die Prävalenz eines Schlaganfalls. Während allgemein zwischen Männern (1,5 %) und Frauen (1,7 %) kein enormer Unterschied besteht, macht sich der Bildungsstand bei den Frauen bemerkbar. Frauen der oberen Bildungsschicht weisen eine Prävalenz von 3,6 % auf, wohingegen diese bei Frauen der unteren Bildungsschicht 0,6 % beträgt. Bei Männern lassen sich keine erheblichen Unterschiede nach Bildungsgrad aufzeigen (vgl. Busch; Kuhnert, 2017b, S. 70).

Weiterhin zeigen sich bei alkoholbedingten Lebererkrankungen geschlechtsabhängig gesundheitliche Unterschiede. Ältere Angaben aus dem 1998 herausgegebenen Gesundheitsbericht für Deutschland schätzen die Prävalenz insgesamt auf 2 bis 3,2 Millionen betroffene Erwachsene: 80 % hiervon männlich. Da eine fortschreitende Erkrankung mit einer hohen Sterblichkeit einhergeht, nimmt die Prävalenz mit höherem Lebensalter ab (vgl. Statistisches Bundesamt, 1998). Insgesamt ist mit einer rückläufigen Tendenz zu rechnen, da der Alkoholkonsum (Reinalkohol pro Kopf) in den letzten Jahrzehnten zurückgeht (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2020).

Mit zunehmendem Alter gehören Muskel-Skelett-Erkrankungen und Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis zu den häufigsten chronischen Krankheiten, die bedingt durch die Schmerzlast und die Funktionseinschränkungen zu enormen Einbußen

in der Lebensqualität führen (können). Die Abb. 1.5 zeigt, dass insgesamt und durch alle Altersgruppen hinweg wesentlich mehr Frauen von Arthrose (Verschleiß des Knorpels eines Gelenks), Arthritis (entzündliche Gelenkerkrankung), Osteoporose (verminderte Knochendichte) und Rückenschmerzen betroffen sind als Männer, auch wenn in den hohen Altersgruppen die Prävalenz für Arthrose und Osteoporose unter Frauen leicht abnimmt.

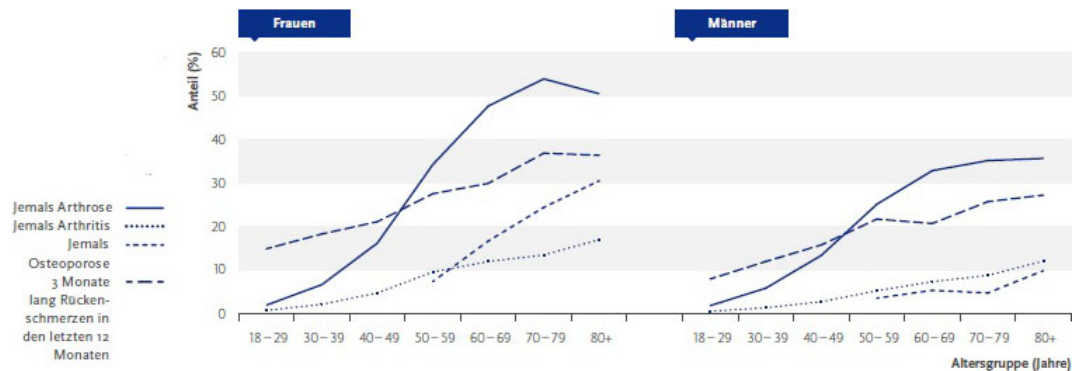


Abb. 1.5: Prävalenz ausgewählter Muskel-Skelett-Erkrankungen, Datenbasis: GEDA 2009 und GEDA 2010 (gepoolter Datensatz) (RKI, 2015a, S. 70)

Dementsprechend leiden auch mehr Frauen an z. B. Hüftfrakturen und anderen meist osteoporosebedingten Knochenbrüchen. Weiterhin geben mehr Frauen (3,2 %) als Männer (1,9 %) an, eine ärztlich diagnostizierte rheumatoide Arthritis zu haben (vgl. RKI, 2015a, S. 70 ff.).

Multiple Sklerose, als häufigste chronisch entzündliche Autoimmunerkrankung des Nervensystems, betrifft 2,5-mal so viele Frauen wie Männer und tritt in beiden Geschlechtergruppen am häufigsten im mittleren Lebensalter (45. bis 54. Lebensjahr) auf (vgl. Holstiege et al., 2017).

Auch in der Prävalenz von Diabetes mellitus, einem Krankheitsbild, das vor allem durch die Folgeerkrankungen bedeutsam ist, unterscheiden sich die Geschlechter. Während im jungen Erwachsenenalter (18 bis 29 Jahre) das Risiko für Frauen zunächst größer ist, sind Männer ab dem mittleren bis ins hohe Lebensalter häufiger betroffen. Der Bildungsstand hat in beiden Geschlechtergruppen einen großen Einfluss bezüglich des Vorliegens eines Diabetes mellitus: Die unteren Bildungsgruppen sind bei beiden Geschlechtern stärker betroffen (vgl. Heidemann et al., 2017, S. 48).

Ein weiterer Bereich mit bemerkenswertem Geschlechterunterschied sind Schilddrüsenerkrankungen. Frauen sind fast von jeder Erkrankung der Schilddrüse häufiger betroffen als Männer. Beispielsweise weisen mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer ein Schilddrüsenkarzinom auf (vgl. RKI, 2019c). Weiterhin sind Frauen häufiger von Schilddrüsenvergrößerungen, gutartigen Knoten sowie Funktionsstörungen der Schilddrüse betroffen (vgl. Gessl, 2012, S. 123).

Infektionskrankheiten sind auch im Erwachsenenalter aufgrund hoher Prävalenzraten noch immer von großer Bedeutung. Männer sind von den meisten Infektionskrankheiten häufiger betroffen als Frauen, wobei Magen-Darm-Infektionen eine der wenigen Ausnahmen darstellen, an denen mehr Frauen als Männer erkranken (vgl. Pläß et al., 2016, S. 174). Auch Harnwegs- und Niereninfektionen betreffen hauptsächlich Frauen. Laut Studien aus Norwegen und den USA sind die Unterschiede bei „einfachen“ Harn-

wegsinfektionen (betreffen die unteren Harnwege und sind nicht aufsteigend) besonders groß. Während Männer mit einer Rate von 6 bis 8 Harnwegsinfektionen pro Jahr pro 10 000 Männern im mittleren Lebensalter eher selten betroffen sind, leidet jede zweite Frau einmal jährlich unter einer einfachen Harnwegsinfektion (vgl. Naber et al., 2015, S. 60 ff.). An AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) erkranken deutlich mehr Männer als Frauen. So fallen beispielsweise 75 % aller geschätzten Neuinfektionen von 2018 auf das männliche Geschlecht, wobei 66,7 % der Betroffenen homosexuelle Männer ausmachen (vgl. RKI, 2019b, S. 485).

Mit dem Anstieg des Lebensalters steigt auch für beide Geschlechter das Risiko für eine Krebserkrankung, wobei Männer insgesamt häufiger als Frauen daran erkranken (vgl. RKI, 2019a, S. 16). An dieser Stelle wird darauf verzichtet, auf Prostatakrebs und Brustkrebs einzugehen, da ein Geschlechtervergleich beim Prostatakrebs nicht möglich ist und beim Brustkrebs nicht sinnvoll erscheint, da es sich hier um eine Krebserkrankung handelt, die vorwiegend bei Frauen auftritt. Weiterhin wird darauf verzichtet, auf jede einzelne Krebserkrankung einzugehen, da dies hier zu weit führen würde. Vielmehr sollen Geschlechterunterschiede bei den Krebserkrankungen besprochen werden, deren Inzidenz- bzw. Sterberaten eine bedeutende Rolle spielen. Eine Krebserkrankung, auf die das zutrifft, ist Lungenkrebs. Männer leiden häufiger daran als Frauen. So war die standardisierte Inzidenzrate im Jahr 2016 für Männer fast doppelt so hoch, wie für Frauen (Frauen = 31,4 vs. Männer = 57,5 je 100.000 Einwohner) (vgl. RKI, 2019a, S. 60). Für Männer steigen die Inzidenzraten für Lungenkrebs bis ins hohe Alter, wobei ab dem 85. Lebensjahr eine rückläufige Rate zu beobachten ist. Da bei den Frauen eine rückläufige Inzidenzrate bereits ab dem 70. bis 74. Lebensjahr zu beobachten ist, steigt der ohnehin vorhandene Geschlechterunterschied im Alter weiter an, was die im Durchschnitt fast doppelt so hohe Inzidenzrate der Männer erklärt (vgl. RKI, 2019a, S. 61). Auch bei Darmkrebs sind starke Geschlechterunterschiede erkennbar. Während im Jahr 2016 unter der männlichen Bevölkerung eine standardisierte Inzidenzrate von 50,7 je 100.000 Einwohner zu verzeichnen war, lag die Rate innerhalb der weiblichen Bevölkerung bei 31,8 je 100.000 Einwohner. Für beide Geschlechter zeigt sich mit steigendem Lebensalter auch eine steigende Inzidenzrate bei weiterhin vorhandenem Geschlechterunterschied (vgl. RKI, 2019a, S. 38 ff.). Bösartige Neubildungen der Bauchspeicheldrüse treten zwar vergleichsweise selten auf (Inzidenzrate 2016: Frauen = 10,9 vs. Männer = 14,4 je 100.000 Einwohner), führen jedoch fast immer innerhalb von kürzester Zeit zum Tod, da sie aufgrund von Symptomlosigkeit meistens erst spät erkannt werden. Auch für diese Krebsart steigt das Erkrankungsrisiko mit dem Lebensalter an und liegt dabei für Männer stets über dem der Frauen (vgl. RKI, 2019a, S. 52 ff.).

Ein weiterer wichtiger Bereich, der hier betrachtet werden soll, ist die psychische Gesundheit von Männern und Frauen. Hierzu wurde im Auftrag des Robert Koch-Instituts die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland um das Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ ergänzt. Von 2009 bis 2012 wurden insgesamt 4483 Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren befragt. Hierbei wurde deutlich, dass Frauen häufiger unter psychosomatischen und Ess-Störungen sowie an posttraumatischer Belastungsstörung leiden. Männer hingegen weisen häufiger einen Substanzmissbrauch auf (Alkohol, Nikotin). Auch bei anderen psychischen Erkrankungen finden sich Geschlechterunterschiede. So leiden Frauen mit einer Prävalenz von 21,3 % mehr als doppelt so häufig an einer diagnostizierten Angststörung im Vergleich zu den Männern mit 9,3 %. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch für die Prävalenz von diagnostizierten Depressionen. Unter der weiblichen Bevölkerung zeigt sich auch hier mit 11,3 % eine rund doppelt so hohe Prävalenz wie bei der männlichen Bevölkerung mit 5,1 % (vgl. Jacobi et al., 2014, S. 80). Er-

gänzend kann anhand von älteren Daten der American Psychiatric Assoziation (1994) hinzugefügt werden, dass Männer deutlich häufiger, nämlich in 75 % aller diagnostizierten Fälle, an einer *antisozialen Persönlichkeitsstörung* leiden als Frauen (vgl. Seiler, 2013). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Frauen wesentlich häufiger internalisierende Symptome und Männer eher externalisierende Symptome aufweisen (vgl. dazu aber auch Kap. 3.5.2).



Übung 1.3:

Erstellen Sie, vorbereitend auf das zweite Kapitel dieses Studienhefts, eine Mindmap, in der Sie alle biologischen und sozialen Unterschiede zwischen Männern und Frauen darstellen, die Ihnen spontan einfallen. Können Sie mit diesen biologischen und sozialen Unterschieden den Gendergap einiger der zuvor erwähnten Erkrankungen erklären? Ordnen Sie diese ggf. in Ihrer Mindmap zu.

1.3 Deutschland im europäischen Vergleich

Wie steht es um die geschlechtsabhängigen Gesundheitsunterschiede in Deutschland im Vergleich zu Europa? Diese Frage ist nicht leicht zu beantworten und es wäre an dieser Stelle auch zu umfassend, alle europäischen Länder hinsichtlich aller Erkrankungen, die einen Geschlechterunterschied aufweisen, zu vergleichen. Daher soll der Vergleich lediglich anhand von zwei Beispielen erfolgen: Einerseits ist die durchschnittliche Lebenserwartung beider Geschlechter ein sehr aussagekräftiger sowie wenig anfälliger Indikator für soziokulturelle Einflüsse und kann daher für einen europäischen Vergleich herangezogen werden. Weiterhin ist die subjektive gesunde Lebenserwartung zwar eher anfällig für soziokulturelle Einflüsse aber dennoch als aussagekräftiger Indikator anzusehen, da Gesundheit auch laut der WHO ein „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens [ist] und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO, 1946, S. 1). In dieser Definition wird auch das subjektive Verständnis dessen, was Gesundheit und Krankheit bedeuten, aufgegriffen und rechtfertigt den europäischen Vergleich anhand des subjektiven Indikators gesunder Lebensjahre.

Durchschnittliche Lebenserwartung

In den Staaten der europäischen Union liegt die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt für Frauen bei 83,7 Jahren und für Männer bei 78,2 Jahren (vgl. Eurostat, 2020). Das heißt: Die durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen und Männern in Deutschland ist vergleichbar mit der Lebenserwartung im europäischen Durchschnitt. Der Gendergap in der Lebenserwartung fällt jedoch in Deutschland mit 4,7 Jahren (vgl. Kap. 1.1.1) geringer aus als im Vergleich zur europäischen Geschlechterdifferenz mit 5,5 Jahren. Beides sind erfreuliche Daten, da sie einerseits für relativ gute Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit stehen und andererseits eine vergleichsweise „gerechte“ Verteilung dieser Maßnahmen auf die Geschlechter suggerieren. Beim direkten Ländervergleich zeigt sich jedoch, dass Deutschland lediglich im guten Mittelfeld liegt, wenn es um den Gendergap bezüglich der Lebenserwartung geht. Zwar gibt es Länder, die mit einer Differenz von 9,8 Jahren zwischen Männern und Frauen deutlich schlechter abschneiden als Deutschland; jedoch weisen zahlreiche Länder einen weitaus geringeren Gendergap auf (vgl. Tab. 1.1). Ganz vorne stehen die Niederlande mit einer Differenz in der Lebenserwartung von 3,1 Jahren zwischen den Geschlechtern, während es in Litau-

en eine Geschlechterdifferenz in der Lebenserwartung von 9,8 Jahren gibt. Dies zeigt deutlich, dass der Gendergap nicht rein biologisch vorgegeben ist, sondern offensichtlich auch von anderen, hier länderspezifischen Faktoren abhängt.

Tab. 1.1: Durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt von Männern und Frauen in der Europäischen Union, Erhebung von 2018 (vgl. Eurostat, 2020)

	Durchschnittliche Lebenserwartung in Jahren	Durchschnittliche Lebenserwartung der Männer in Jahren	Durchschnittliche Lebenserwartung der Frauen in Jahren	Differenz in Jahren
Niederlande	81,9	80,3	83,4	3,1
Schweden	82,6	80,9	84,3	3,4
Irland	82,3	80,5	84,1	3,6
Großbritannien	81,3	79,5	83,1	3,6
Dänemark	81	79,1	82,9	3,8
Zypern	82,9	80,9	84,8	3,9
Malta	82,5	80,4	84,6	4,2
Italien	83,4	81,2	85,6	4,4
Luxemburg	82,3	80,1	84,6	4,5
Belgien	81,7	79,4	83,9	4,5
Österreich	81,8	79,4	84,1	4,7
Deutschland	81	78,6	83,3	4,7
Euro-Zone	82,1	79,5	84,6	5,1
Griechenland	81,9	79,3	84,4	5,1
Finnland	81,8	79,1	84,5	5,4
EU	81	78,2	83,7	5,5
Spanien	83,5	80,7	86,3	5,6
Tschechien	79,1	76,2	82	5,8
Slowenien	81,5	78,5	84,4	5,9
Frankreich	82,9	79,7	85,9	6,2
Portugal	81,5	78,3	84,5	6,2
Kroatien	78,2	74,9	81,5	6,6
Slowakei	77,4	73,9	80,8	6,9
Ungarn	76,2	72,7	79,6	6,9
Bulgarien	75	71,5	78,6	7,1
Rumänien	75,3	71,7	79,2	7,5
Polen	77,7	73,7	81,7	8
Estland	78,5	74	82,7	8,7

	Durchschnittliche Lebenserwartung in Jahren	Durchschnittliche Lebenserwartung der Männer in Jahren	Durchschnittliche Lebenserwartung der Frauen in Jahren	Differenz in Jahren
Lettland	75,1	70,1	79,7	9,6
Litauen	76	70,9	80,7	9,8

Hinweis:

Die Werte in der obenstehenden Tabelle können von den in Kapitel 1.1.1 stehenden Werten abweichen. Grund sind unterschiedliche Erhebungszeitpunkte.

**Übung 1.4:**

Die Tab. 1.1 zeigt deutliche europäische Unterschiede im Gendergap bezogen auf die Lebenserwartung. Es scheinen also gewisse gesellschaftliche/kulturelle/regionale Unterschiede eine Rolle zu spielen. Können Sie sich vorstellen, dass solche Unterschiede auch innerhalb Deutschlands zu finden sind? Recherchieren Sie hierzu die Datenlage.

Subjektive gesunde Lebenserwartung

Im Jahr 2015 wurde von Eurostat die gesunde Lebenserwartung (also die durchschnittliche Anzahl an Lebensjahren bei gutem Gesundheitszustand nach Selbsteinschätzung) von EU-Bürgern eingeschätzt. Hierfür wurden Daten zur Sterblichkeit als auch Daten über selbstwahrgenommene, langandauernde Aktivitätseinschränkungen herangezogen; daraus ergab sich eine durchschnittliche gesunde Lebenserwartung. Für in der EU lebende Frauen lag der Wert bei 63,3 Jahren und für Männer bei 62,6 Jahren. In Deutschland liegen sowohl Frauen mit 67,5 Jahren als auch Männer mit 65,3 Jahren etwas über dem EU-Durchschnitt (vgl. Eurostat, 2018). Während bei der durchschnittlichen Lebenserwartung in allen EU-Ländern der Gendergap zugunsten von Frauen ausfällt (vgl. Tab. 1.1), verhält sich dies für die durchschnittlich gesunden Lebensjahre anders. Hier weisen einige EU-Staaten einen Gendergap zugunsten von Männern auf. Ganz vorne stehen hier Luxemburg, die Niederlande, Portugal, Finnland, Island und die Schweiz, in denen Männer jeweils mindestens drei gesunde Lebensjahre mehr aufweisen als Frauen. Der EU-Durchschnitt insgesamt zeigt 0,7 mehr gesunde Lebensjahre für die Frauen. Deutschlands Gendergap fällt mit 2,2 Jahren zugunsten der Frauen etwas größer aus (vgl. Eurostat, 2018), was bedeutet, dass Männer in Deutschland nicht nur 4,8 Jahre kürzer leben, sondern sich auch über 2,2 Jahre weniger Lebenszeit in Gesundheit erfreuen können.

Allerdings lässt sich dieser Wert auch aus einer anderen Sichtweise betrachten, nämlich der Jahre, die von beiden Geschlechtern in Krankheit verbracht werden: Diese Sichtweise fällt zugunsten der Männer aus, da Frauen ihre zusätzlichen Lebensjahre im Vergleich zu Männern nicht mit ihren zusätzlichen in Gesundheit verbrachten Jahren „ausfüllen“ können und somit mehr Jahre mit gesundheitlichen Belastungen leben, als dies bei Männern der Fall ist. Im Umkehrschluss heißt das, dass Männer sich über einen größeren Anteil ihrer Gesamtlebenszeit ohne Aktivitätseinschränkungen freuen dürfen. In Zahlen ausgedrückt verbringen Männer in Deutschland etwa 83 % ihrer Lebenszeit in Gesund-

heit und Frauen etwa 81 %. Im EU-Durchschnitt liegen die Werte bei rund 80 % für Männer und rund 76 % für Frauen (vgl. Eurostat, 2018). Deutschland weist somit im Vergleich zum gesamten EU-Durchschnitt sowohl für Frauen als auch für Männer höhere Werte für die prozentual in Gesundheit verbrachte Lebenszeit auf. Allerdings steht Deutschland damit EU-weit nicht an erster Stelle. Beispielsweise liegt in Schweden die prozentuale Lebenszeit in Gesundheit für Frauen bei 87 % und für Männer bei 91,5 % und damit deutlich höher als hierzulande. Der diesbezügliche Gendergap fällt in Deutschland mit zwei Prozentpunkten vergleichsweise sehr gering aus. In Ländern, in denen wie oben aufgezählt, Männer neben ihrer allgemein kürzeren Lebenserwartung eine höhere Lebenszeit in Gesundheit haben als Frauen, fällt der Gendergap zuungunsten der Frauen besonders stark aus. Hier leben Frauen zwar länger, weisen jedoch weniger Lebensjahre in Gesundheit auf und verbringen daher einen wesentlich größeren Teil ihrer Lebenszeit in Krankheit.

Hinweis:

Die von Eurostat erhobenen Werte der in Gesundheit bzw. Krankheit verbrachten Lebenszeit beruhen auf selbst wahrgenommenen Aktivitätseinschränkungen. Neben der subjektiven Einschätzung können vor allem soziale und kulturelle Faktoren die Werte beeinflussen. Das bedeutet, dass diese Ergebnisse nur als sehr grober Vergleich der Länder herangezogen werden können. Dennoch ist die subjektive Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit bedeutsam (wie eingangs erklärt), da sie einen starken Einfluss auf die Lebensqualität von Männern und Frauen hat.

Zusammenfassung

Männer in Deutschland sterben früher als Frauen, so wie in allen anderen EU-Ländern. Hier weisen einige EU-Staaten jedoch weitaus geringere Differenzen zwischen Männern und Frauen auf und zeigen damit, dass der Gendergap bezüglich der Lebenserwartung wandelbar und nicht rein biologisch vorgegeben ist.

Frauen erleben nach Selbsteinschätzung mehr Lebensjahre in Krankheit als Männer. Auch das trifft auf alle anderen EU-Staaten zu. Der Gendergap bezüglich der in Krankheit verbrachten Lebensjahre fällt daher zuungunsten der Frauen aus, jedoch in den einzelnen EU-Staaten mit beträchtlichen Unterschieden. Hier schneidet Deutschland mit einem eher geringen Gendergap im europäischen Vergleich sehr gut ab. Insgesamt lässt sich auch für die geschlechtsabhängigen Unterschiede bezüglich der Morbidität feststellen, dass sie von sozialen und kulturellen Hintergründen abhängen können und nicht rein biologischer Natur sind.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 1.1 Definieren Sie den Begriff Gendergap im Rahmen von Public Health.
- 1.2 Welche drei zusätzlichen Einflussfaktoren sind Ihnen in diesem Kapitel begegnet, die, differenziert neben dem biologischen Geschlecht betrachtet, den Gendergap verstärken, abschwächen bzw. überhaupt erst ersichtlich machen? Erläutern Sie den Einfluss.