

Wie steht es um die Frauengesundheit? Neuer Bericht der Gesundheitsberichterstattung am RKI ist erschienen

Am 9.12.2020 wurde der neue Frauengesundheitsbericht des Robert Koch-Instituts (RKI) mit einer gemeinsamen Pressemitteilung vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und RKI publiziert. Der 400-seitige Bericht entstand im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). Mehr als 120 Personen waren beteiligt: Mitarbeiter*innen der GBE und des RKI sowie zahlreiche externe Expert*innen. Eine enge Kooperation bestand mit dem Statistischen Bundesamt.

Der folgende Beitrag beschreibt kurz den Hintergrund des Berichtes und seinen Aufbau. Zwei große Themen – Gesundheitsverhalten und gesundheitliche Versorgung von Frauen – werden exemplarisch anhand wichtiger Ergebnisse vorgestellt. Eine kurze Zusammenfassung der Berichtsinhalte mit Schlussfolgerungen schließt sich an.

Warum der Blick speziell auf Frauengesundheit?

Der große Einfluss von Geschlecht auf die Gesundheit ist inzwischen gut untersucht und belegt. Neben unterschiedlichen Erkrankungshäufigkeiten gibt es Unterschiede in der Wahrnehmung und Kommunikation von Symptomen, im gesundheitsrelevanten Verhalten und in der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten. Die Ursachen sind vor allem sozialer und gesellschaftlicher Natur. Sie sind eng mit biologischen Geschlechterunterschieden verknüpft. Ausgehend von der Frauengesundheitsbewegung, die sich in den 1970er-Jahren formierte, ist geschlechterbezogene gesundheitliche Ungleichheit inzwischen ein wichtiges Thema auf der Agenda von Gesundheitsforschung und Gesundheitspolitik. Neben Unterschieden (*differences between*) und Gemeinsamkeiten in der Gesundheit von Frauen und Männern widmet sich der Bericht auch den Unterschieden innerhalb der Gruppe der Frauen (*differences within*). Mehr als 35 Millionen erwachsene Frauen leben in Deutschland, ihre Lebenslagen sind sehr unterschiedlich. Alter, Bildung, Berufs-

tätigkeit, Einkommen, Familienform, kultureller Hintergrund und viele weitere Aspekte tragen dazu bei. All diese Faktoren beeinflussen auch die Gesundheit.

Der erste Frauengesundheitsbericht für Deutschland erschien 2001 unter der Federführung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Der nun vorliegende Bericht schreibt viele Themen mit aktuellen Daten fort, z. B. zum Gesundheitsverhalten von Frauen, reproduktiver Gesundheit, Gewalt gegen Frauen. Neue Aspekte wurden aufgenommen, wie die Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund, ein Vergleich von Daten zur Frauengesundheit aus europäischen Ländern und das Thema geschlechtliche und sexuelle Vielfalt.

Welche Themen und Daten enthält der Bericht?

Der Bericht deckt ein breites Themenspektrum ab. Die Darstellung geht über Prävalenzen und (wenn möglich) Trends hinaus; es werden Rahmenbedingungen betrachtet und Erklärungsansätze diskutiert. Damit die Themen in der nötigen Tiefe behandelt werden können, musste eine Auswahl getroffen werden: Public-Health-Relevanz, Verfügbarkeit von Daten und Aktualität waren hier die Leitkriterien.

Im ersten Teil des Berichts wird in 25 Unterkapiteln über Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung von Frauen aller Altersgruppen in Deutschland berichtet. Über den Gesundheitszustand geben z. B. aktuelle Daten zur Lebenserwartung, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, zur psychischen Gesundheit und zu gynäkologischen Erkrankungen und Operationen Auskunft. Ein Kapitel informiert über die Verbreitung von ausgewählten Infektionskrankheiten bei Frauen. Das Gesundheitsverhalten wird u. a. anhand von Informationen zum Ernährungsverhalten von Frauen, zum Tabakkonsum und Alkohol-

konsum beschrieben. Und im Bereich Gesundheitsversorgung wird bspw. über die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen berichtet, über ambulante und stationäre Versorgung und über Frauen als Pflegebedürftige und Pflegende. Daneben werden im ersten Teil weitere aktuelle Themen wie Gesundheitskompetenz und Frauen in Gesundheitsberufen aufgegriffen. Ein Exkurs geht den Zusammenhängen zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage nach.

Im zweiten Teil des Frauengesundheitsberichtes zeichnen drei Fokuskapitel die Gesundheit im Lebensverlauf nach: Mädchen – Frauen zwischen Erwerbs- und Familienarbeit – ältere Frauen. Dann folgen Fokuskapitel zur Gesundheit von speziellen Gruppen: Frauen mit Migrationshintergrund, Frauen mit Behinderungen, Frauen mit Gewalterfahrungen. Ein umfangreiches Fokuskapitel widmet sich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Frauen. Das letzte Fokuskapitel enthält einen europäischen Vergleich von Daten zur Frauengesundheit.

Der Bericht wurde auf einer breiten Datengrundlage erstellt, ein Verzeichnis der Datenquellen findet sich am Ende des Berichtes. Über 70 Fachgutachten von externen Expert*innen wurden eingeholt, um die Qualität der Texte, der empirischen Analysen und der einbezogenen Quellen zu sichern.

In den folgenden beiden Abschnitten werden zwei wichtige Themenbereiche des Frauengesundheitsberichtes exemplarisch herausgegriffen und ausgewählte Ergebnisse daraus vorgestellt. Das erste Thema ist das Gesundheitsverhalten: „Verhalten sich Frauen gesünder als Männer?“, das zweite die gesundheitliche Versorgung von Frauen: „Warum gehen Frauen öfter zu Ärzt*innen als Männer?“.

Verhalten sich Frauen gesünder als Männer?

Der Bericht bestätigt mit aktuellen Daten: Frauen verhalten sich oftmals – aber nicht immer – gesundheitsbewusster als Männer. Das zeigen Durchschnittswerte aus großen bevölkerungsbezogenen Studien ([DEGS1-Studie](#), [GEDA-Studien des RKI](#), [Nationale Verzehrstudien des Max Rubner-Instituts](#),

[Epidemiologischer Suchtsurvey des Instituts für Therapieforschung u. a.](#)). So rauchen Frauen im Vergleich zu Männern nicht nur seltener täglich oder gelegentlich, sie rauchen auch seltener stark, also 20 oder mehr Zigaretten am Tag. Frauen trinken weniger Alkohol als Männer und sind seltener von alkoholbezogenen Störungen wie Missbrauch und Abhängigkeit betroffen. Darüber hinaus ernähren sich Frauen ausgewogener: Im Vergleich zu Männern greifen sie häufiger zu gesunden Lebensmitteln wie Obst und Gemüse sowie zu Wasser als Getränk. Rund 6 % der Frauen ernähren sich vorwiegend vegetarisch. Wird die körperlich-sportliche Aktivität betrachtet, sind die Ergebnisse nicht mehr so eindeutig. Bei den transportbezogenen Aktivitäten berichten Frauen in Befragungen seltener als Männer, alltägliche Wege (z. B. zur Arbeit), mit dem Fahrrad oder zu Fuß zurückzulegen. Auch sind Frauen in der Freizeit seltener sportlich aktiv als Männer. Hinsichtlich arbeitsbezogener körperlicher Aktivität bei bezahlten und unbezahlten Tätigkeiten, wie Heben und Tragen in der Krankenpflege oder Haus- und Gartenarbeit, finden sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Lebensstilfaktoren wie das Ernährungs- und Bewegungsverhalten beeinflussen das Körpergewicht. Während Frauen seltener von Übergewicht (inkl. Adipositas) betroffen sind als Männer (53,0 % vs. 67,1 %), sind beide Geschlechter mit jeweils rund 23,0 % gleich häufig adipös. Aufgrund der weiten Verbreitung und der gesundheitlichen Risiken zählt aus Public-Health-Sicht insbesondere Adipositas zu den wichtigsten Gesundheitsproblemen von Frauen. Demgegenüber kommt Untergewicht deutlich seltener vor (2,3 %); insbesondere jüngere Frauen sind davon betroffen (s. [Infokasten](#)). Der gesellschaftliche Druck schlank zu sein, kann zu einer Verinnerlichung des bestehenden gesellschaftlichen Schönheitsideals führen und mit einem negativen Körperbild einhergehen. Von den untergewichtigen Frauen hält sich ein Viertel für „genau richtig“, von den normalgewichtigen Frauen hält sich mehr als ein Drittel für „zu dick“.

Entscheidend geprägt wird das Gesundheitsverhalten durch den soziokulturellen Kontext, Geschlechterrollen und entsprechende Rollenerwartungen. So entstehen Geschlechterunterschiede im Tabakkon-

Gut zu wissen: Body Mass Index (BMI)

Für den BMI wird das Körpergewicht einer Person in Kilogramm durch das Quadrat der Körpergröße (gemessen in Metern) dividiert. Standardisiert erhobene Messwerte zu Körpergröße und -gewicht gelten dabei als zuverlässiger als Selbstangaben. Zur Einteilung der BMI-Werte wird im Folgenden die Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herangezogen:

Untergewicht: BMI < 18,5 kg/m ²	2,3 % der Frauen in Deutschland
Normalgewicht: BMI 18,5 – 24,9 kg/m ²	44,7 % der Frauen in Deutschland
Übergewicht (inkl. Adipositas): BMI ≥ 25,0 kg/m ²	53,0 % der Frauen in Deutschland
Adipositas: BMI ≥ 30,0 kg/m ²	23,9 % der Frauen in Deutschland*

* Datenbasis: Messdaten der DEGS1-Studie (2008 – 2011) des RKI

sum durch unterschiedliche soziokulturell bedingte Verhaltensweisen, weil das Rauchen aufgrund von gesellschaftlichen Normen bei Frauen lange Zeit tabuisiert war. Darüber hinaus reagieren Frauen und Männer biologisch unterschiedlich auf die enthaltenen Stoffe im Tabakrauch: Frauen sind aufgrund ihrer höheren Empfindlichkeit gegenüber Tabakrauch stärker gefährdet für tabakassoziierte Folgeerkrankungen. Als Ursache hierfür werden die unterschiedliche Lungengröße von Frauen und Männern

diskutiert, Unterschiede bei der Verstoffwechslung des Tabakrauchs und hormonelle Einflüsse. Neben den geschlechterbezogenen Unterschieden zeigen sich beim Rauchverhalten aber auch deutliche Unterschiede innerhalb der Gruppe der Frauen (s. Abb. 1): So nimmt die Prävalenz des aktuellen Rauchens bei Frauen mit zunehmendem Alter ab, ein besonders deutlicher Rückgang ist mit 65 Jahren festzustellen. Im Vergleich zu Frauen mit hoher Bildung ist die Prävalenz des aktuellen Rauchens bei

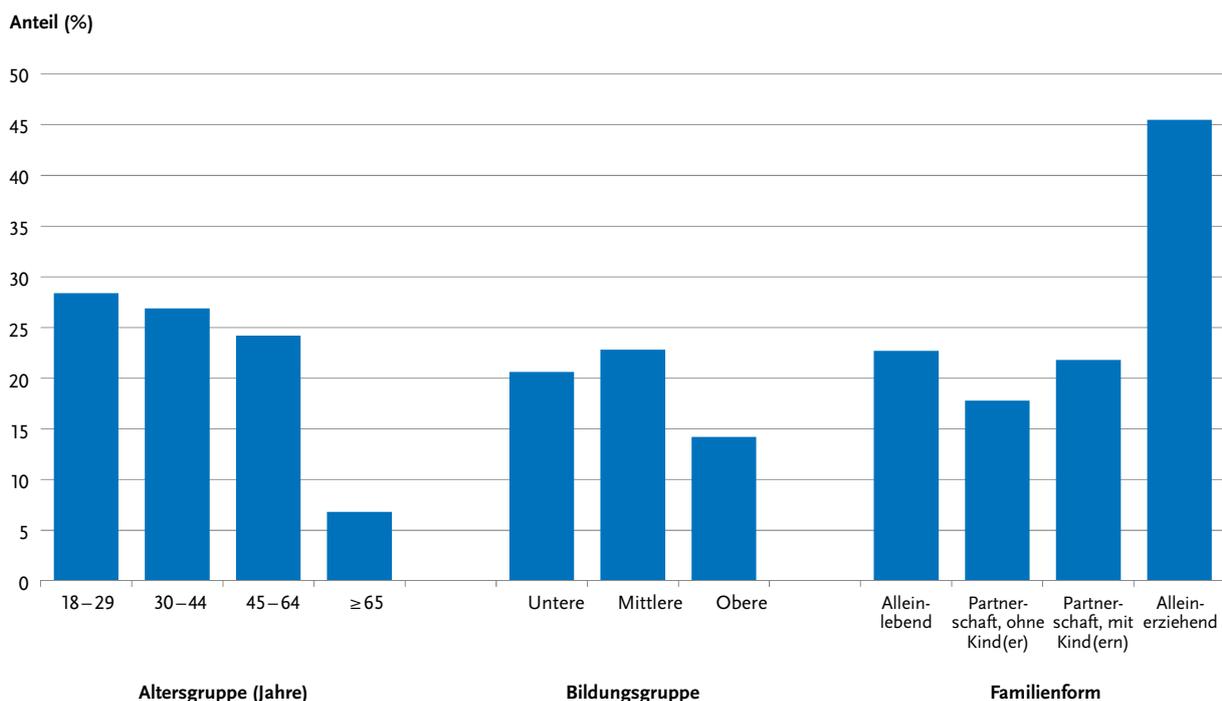


Abb. 1 | Aktuelles Rauchen (täglich oder gelegentlich) bei Frauen nach Alter, Bildung und Familienform. Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS/Quelle: RKI (2020)

Frauen mit niedriger und mittlerer Bildung höher. Alleinerziehende Frauen geben doppelt so häufig wie alleinlebende und in Partnerschaft lebende Frauen an, dass sie aktuell rauchen.

Warum gehen Frauen öfter zu Ärzt*innen als Männer?

Bevor eine Erkrankung auftritt, können Gesundheitsförderung und Prävention dazu beitragen, Ressourcen für die Gesunderhaltung zu stärken und Erkrankungen zu vermeiden. Eine wichtige Präventionsmaßnahme ist die Krebsfrüherkennung, die zum Ziel hat, Krebserkrankungen in einem möglichst frühen Stadium zu entdecken und so letztlich die krankheitsspezifische Sterblichkeit zu verringern. Im jeweils dafür vorgesehenen Untersuchungsintervall nimmt etwa die Hälfte der anspruchsberechtigten Frauen an der Früherkennung auf Gebärmutterhalskrebs teil, an einer Mammographie nehmen etwa drei Viertel teil. Rund ein Fünftel der Frauen in Deutschland nutzt innerhalb eines Jahres mindestens eine Maßnahme zur Verhaltensprävention in den Bereichen Ernährung, Bewegung oder Stressbewältigung/Entspannung. Der Anteil ist damit etwa doppelt so hoch wie bei den Männern (10,9 %). Auch Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Rückengesundheit, zur Ernährung und zur Stressbewältigung/Entspannung werden von Frauen häufiger genutzt als von Männern. Allerdings nehmen junge Frauen, Frauen aus der unteren Bildungsgruppe und Alleinerziehende verhaltenspräventive Maßnahmen seltener in Anspruch. Und von den Krankenkassen geförderte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden vor allem in Betrieben angeboten, in denen mehr Männer beschäftigt sind. Das geht u. a. aus dem [Präventionsbericht 2019](#) hervor, der vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. und dem GKV-Spitzenverband herausgegeben wird. Somit könnten der Ausbau und die zielgruppengerechte Gestaltung der Maßnahmen zur Geschlechtergerechtigkeit und Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.

Eine höhere Inanspruchnahme durch Frauen zeigt sich nicht nur mit Blick auf Gesundheitsförderung und Prävention, sondern auch in der Gesundheits-

versorgung. Rund 91 % der Frauen und 84 % der Männer nehmen innerhalb eines Jahres ambulante ärztliche Versorgungsleistungen in Anspruch (s. [Abb. 2](#)), rund 17 % der Frauen und 15 % der Männer werden im Krankenhaus behandelt. Die besonders im jüngeren Alter höhere Inanspruchnahme bei Frauen wird zum einen auf die Nutzung gynäkologischer und geburtshilflicher Leistungen zurückgeführt, zum anderen auf eine andere Wahrnehmung von Gesundheit und eine höhere Bereitschaft, ärztliche Hilfe zu suchen und anzunehmen.

Die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen, die Teilnahme an Selbsthilfegruppen und der Gebrauch von Arzneimitteln, sowohl mit ärztlicher Verordnung als auch in Selbstmedikation, sind ebenfalls bei Frauen höher als bei Männern. Hinsichtlich Arzneimittel ist hervorzuheben, dass auch bei der Wirkung von Arzneimitteln Geschlechterunterschiede bestehen. Diese sollten in der Therapie, aber auch in der Forschung berücksichtigt werden, um die Arzneimittel-Therapiesicherheit bei Frauen zu gewährleisten.

Geschlechterunterschiede gibt es auch in der Pflege: Rund zwei Drittel der Pflegebedürftigen sind Frauen, u. a. aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung.

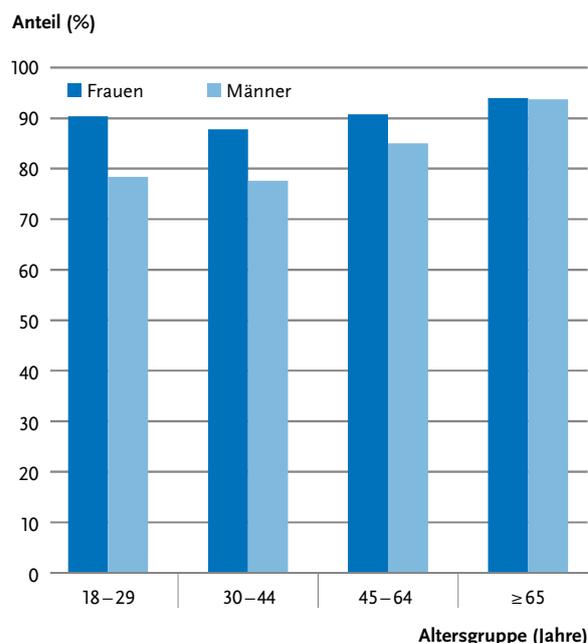


Abb. 2 | 12-Monats-Prävalenz der ambulanten ärztlichen Inanspruchnahme bei Frauen und Männern nach Alter. Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS/Quelle: RKI (2020)

Auch die Pflege nahestehender Personen wird überwiegend von Frauen ausgeübt. Dass es Teil der weiblichen Geschlechterrolle ist, für die Sorge um andere (*Care*) zuständig zu sein, zeigt sich daran, dass Frauen die Mehrheit der Beschäftigten in den Gesundheitsberufen bilden. Dies ist besonders deutlich in Berufen wie Arzt- und Praxishilfe oder Altenpflege mit Frauenanteilen von 98 % bzw. 85 %. Dennoch bleiben Frauen in höheren beruflichen Positionen (z. B. Oberärztinnen, Chefärztinnen) unterrepräsentiert.

Was zeigt die Zusammenschau der Ergebnisse?

Insgesamt zeigt der Bericht, dass Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Frauen in Deutschland auf einem hohen Niveau sind. Zwei Drittel der Frauen bewerten ihre Gesundheit als gut oder sehr gut. In den letzten 20 Jahren hat sich die selbsteingeschätzte Gesundheit deutlich verbessert, besonders bei älteren Frauen. Fragt man ältere Frauen ab 65 Jahren, wie sie ihre Gesundheit einschätzen, bewertet immerhin fast die Hälfte die eigene Gesundheit als gut oder sehr gut. Die Lebenserwartung ist hoch und steigt seit Jahren: Niemals zuvor hatten neugeborene Mädchen in Deutschland die Chance auf im Durchschnitt etwa 83 Jahre Lebenszeit. Etwa ein Fünftel der heute geborenen Mädchen könnten ihren 100. Geburtstag feiern, so die Schätzungen des Statistischen Bundesamtes.

Die häufigste Todesursache bei Frauen (rund 40 % aller Todesfälle) sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Trotzdem gelten diese weiterhin als eher „männliche“ Erkrankungen und Frauen unterschätzen häufig ihr Erkrankungsrisiko. In den letzten Jahrzehnten sind die Erkrankungs- und Sterberaten jedoch zurückgegangen. Der Rückgang hängt mit mehreren Faktoren zusammen, vor allem mit einem veränderten Gesundheitsverhalten und mit Fortschritten in der Versorgung. Frauen verhalten sich oftmals gesundheitsbewusster als Männer, sie rauchen z. B. seltener und ernähren sich häufig gesünder. Bei der Sportausübung liegen allerdings eher die Männer vorn. Für die Gesundheitsversorgung steht in Deutschland ein breit differenziertes Angebot zur Verfügung, das gut angenommen wird. Frauen nehmen ihren Körper und ihre Gesundheit oftmals ge-

nauer wahr und haben eine höhere Bereitschaft als Männer, ärztliche Hilfe zu suchen und anzunehmen. Der Bericht zeigt aber auch: Alter, Bildung, Einkommen, Erwerbsstatus, Familienform, Migrationshintergrund, Behinderung, sexuelle Orientierung u. v. m. haben großen Einfluss auf die Gesundheitschancen von Frauen.

Welche Schlussfolgerungen lassen sich ziehen?

Der neue Frauengesundheitsbericht der GBE liefert die empirischen Grundlagen zu vielen Themen der Frauengesundheit und will dazu beitragen, die Sensibilisierung für diese Themen in Politik, Wissenschaft und Praxis weiter voranzutreiben und damit die Gesundheit von Frauen zu erhalten und zu fördern. Wie alle Publikationen der GBE wendet er sich an wissenschaftliche Expert*innen, im Gesundheitswesen Tätige, Politiker*innen, Vertreter*innen von Verbänden und Netzwerken sowie Journalist*innen. Nicht zuletzt soll Bürger*innen ein direkter Zugang zu wissenschaftlich fundierten Informationen eröffnet werden.

Um wissenschaftlich fundierte Informationen als Grundlage für politisches Handeln zu liefern, brauchen Gesundheitsberichte eine solide Datengrundlage. Insgesamt ist die Datenlage zur Frauengesundheit als gut einzuschätzen. Datenlücken zeigen sich bei der Gesundheit von bestimmten Gruppen von Frauen, z. B. Frauen mit Migrationshintergrund, hochaltrige Frauen, Frauen mit Behinderungen. Auch zur Gesundheit von lesbischen, queeren und transgeschlechtlichen Frauen sowie zu intergeschlechtlichen Personen gibt es bisher kaum belastbare Daten. Ebenso fehlen Daten zu bestimmten Erkrankungen, u. a. zur Prävalenz von weit verbreiteten gutartigen gynäkologischen Erkrankungen, wie z. B. Endometriose und Gebärmutterosenkung. Die Verbesserung der Datenlage ist eine wichtige Voraussetzung für die Wahrnehmung eines Themas und für gesundheitspolitische Maßnahmen mit dem Ziel, Veränderungen zu erreichen. Zur Stärkung der Frauengesundheit in Deutschland kann auch eine bessere Passgenauigkeit von Angeboten für Gesundheitsinformationen, Prävention und Versorgung beitragen. Die Angebote sollten noch stärker auf unterschiedliche Bedarfe zugeschnitten

werden. Das betrifft bspw. die Barrierefreiheit bei der Gesundheitsversorgung für Frauen mit Behinderungen oder auch die Formate, mit denen Informationen über Früherkennungsangebote (z. B. Mammographie-Screening) an Frauen vermittelt werden, die ihre Gesundheitskompetenz als niedrig einschätzen.

Aber nicht nur Forschung, Berichterstattung, Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik können einen Beitrag leisten. Um die Gesundheit von Frauen zu verbessern und soziale sowie geschlechterbezogene Ungleichheiten in der Gesundheit und Versorgung abzubauen, müssen neben der Gesundheitspolitik weitere Politikfelder eingebunden werden (*Health in all Policies*). Hervorzuheben ist hier die Bedeutung von Geschlechtergerechtigkeit für die Gesundheit. Sie wird auch in der 2016 verabschiedeten Strategie zur Gesundheit und zum Wohlbefinden für Frauen in der Euro-Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) betont (*Strategy on women's health and well-being in the WHO European Region*). Die Gleichstellung von Frauen und Männern ist eines der Ziele der Europäischen Union und eines der 17 Ziele für Nachhaltige Entwicklung (*Sustainable Development Goals, SDGs*) der Vereinten Nationen (UN).

Der Vergleich mit dem ersten Frauengesundheitsbericht zeigt, dass wir in den letzten 20 Jahren bei der gerechten und gleichen Verteilung der Gesundheitschancen ein ganzes Stück weitergekommen sind – und dass es noch immer viele Herausforderungen gibt.

Der Bericht kann als Gesamt-PDF: www.rki.de/frauengesundheitsbericht oder in Einzelkapiteln heruntergeladen werden. Zentrale Kapitel des Berichtes sind auch in englischer Übersetzung verfügbar www.rki.de/womenshealthreport. Wir hoffen, dass wir mit diesem Beitrag Ihr Interesse am neuen Frauengesundheitsbericht wecken und dass er nützlich für Ihre Arbeit ist!

Literatur

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2020) [Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland](#). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin. DOI: 10.25646/6585

Autorinnen

Dr. Anke-Christine Saß | Dr. Laura Krause |
Dr. Birte Hintzpeter | Dr. Franziska Prütz

Robert Koch-Institut, Abt. 2 Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, FG 24 Gesundheitsberichterstattung

Korrespondenz: SassA@rki.de

Vorgeschlagene Zitierweise

Saß AC, Krause L, Hintzpeter B, Prütz F: Wie steht es um die Frauengesundheit? Neuer Bericht der Gesundheitsberichterstattung am RKI ist erschienen
Epid Bull 2021;8:24-29 | DOI 10.25646/7961

Interessenkonflikt

Die Autorinnen erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Hinweis

Der Bericht wurde aus Mitteln des BMG finanziert.