



Fachtag „Gesundheit und Geschlecht“

Dokumentation



Veranstalterinnen: Gleichstellungsbüro und Gleichstellungsbeauftragte: Andrea Bettels und Prof. Anke Kampmeier; Dekanin des Fachbereichs Gesundheit, Pflege, Management: Prof. Ilisabe Sachs



Inhaltsverzeichnis

Programm.....	S. 1
----------------------	-------------

Der Fachtag Gesundheit und Geschlecht an der Hochschule

Neubrandenburg – Fazit der Veranstalterinnen.....	S. 2 -3
--	----------------

„Einführung in die Gendermedizin“

von Dr. med. Elpiniki Katsari (Gendermedizinerin und Herzchirurgin aus Karlsruhe).....	S. 4 - 25
--	-----------

„Geschlechterspezifische Aspekte in der Rehabilitation.....

von Dr. med. Peter Kupatz (Ärztlicher Direktor Ebel-Klinik und im Arbeitskreis Gender & Gesundheit MV)	S. 26 - 53
---	------------

Workshop: „Frauen und Gesundheit“

(mit Thomas Elkeles und Karoline Hein).....	S.54 - 70
---	-----------

Workshop: „Männer wollen mehr, Frauen wollens besser – Gesundheit,

Geschlecht und Ernährung“ (mit Luzia Valentini, Sabine Ohlrich und Daniel Buchholz)	S. 71 - 87
---	------------

Fotoimpressionen.....	S. 88 - 91
------------------------------	-------------------

Veranstaltungsort
und KontaktFachtag
„Gesundheit und Geschlecht“

Werden Frauenherzen schlechter behandelt? Gehen Frauen und Männer unterschiedlich mit Krankheit um? Ist das Gesundheitssystem zweigeschlechtlich und heteronormativ? Essen Frauen anders/anderes als Männer?

Auf dem Fachtag zum Thema „Gesundheit und Geschlecht“ soll es eine Möglichkeit der Diskussion von Genderaspekten in Wissenschafts- und Praxisfeldern rund um Gesundheit gehen. Die Diskussion soll dabei einerseits mögliche Forschungsfelder an unserer Hochschule beleuchten, zum anderen wünschen wir uns eine breite Diskussion mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie Personen der Politik und Praxis aus der Region.

Veranstalterinnen: Gleichstellungsbüro und Gleichstellungsbeauftragte: Andrea Bettels und Prof. Anke Kampmeier; Dekanin des Fachbereichs Gesundheit, Pflege, Management: Prof. Ilse Sachs

Veranstaltungsort

Hochschule Neubrandenburg Haus 1
Seminarraum 434/435

Kontakt und Anmeldung bitte an

Andrea Bettels
E-Mail: bettels@hs-nb.de
Telefon: 0395 56931801
Hochschule Neubrandenburg

weitere Informationen: www.hs-nb.de



Workshop 1

„Geschlecht, Behinderung und weitere Kategorien für eine inklusive Gesellschaft“
mit Anke Kampmeier
14:15 - 15:45 Uhr

Workshop 2

„Sexuelle Vielfalt und Gesundheit im professionellen Umfeld: Erziehung, Pflege, (Erwachsenen-) Bildung, gesundheitsfördernde Prävention und Führung“
mit Andrea Bettels
14:15 - 15:45 Uhr

Workshop 3

„Über Krankheit sprechen“
mit Heidrun Herzberg und Kathrin Bernateck
14:15 - 15:45 Uhr

Programm

10:00 - 10:30 Uhr Eröffnung und Grußworte

10:30 - 11:30 Uhr
„Einführung in die Gendermedizin“
Dr. med. Elpiniki Katsari, Gendermedizinerin und Herzchirurgin aus Karlsburg

11:30 - 12:30 Uhr Mittagsbuffet (gesund und regional)

12:30 - 13:30 Uhr
„Geschlechtsspezifische Aspekte in der Rehabilitation“
Dr. med. Peter Kupatz, Ärztlicher Direktor Ebel-Kliniken und im Arbeitskreis Gender & Gesundheit in MV

13:30 - 14:15 Uhr Qigong

14:15 - 15:45 Uhr Parallele Workshops

15:45 - 16:00 Uhr Erfrischungspause

16:00 - 17:30 Uhr Podiumsdiskussion:
„Perspektiven auf eine geschlechtergerechte Gesundheitspolitik, -versorgung und -vorsorge in MV“
mit Vertreterinnen und Vertretern aus Forschung und Lehre, Politik und Gesundheitspraxis

Die Räume der Workshops werden spätestens am Veranstaltungstag bekannt gegeben.

Workshop 4

„Frauen und Gesundheit“
mit Thomas Elkeles
14:15 - 15:45 Uhr

Workshop 5

„Männer wollen mehr, Frauen wollen besser - Gesundheit, Geschlecht und Ernährung“
mit Luzia Valentini, Sabine Ohlrich und Daniel Buchholz
14:15 - 15:45 Uhr

In den 90 minütigen Workshops sollen mögliche Ansatzpunkte auf Gender & Gesundheit anhand der jeweiligen Thematik beleuchtet werden. Die Teilnehmenden erarbeiten gemeinsam weitere Fragen und Themen, die an der Hochschule vertieft oder etabliert werden sollen.

Der Fachtag Gesundheit und Geschlecht an der Hochschule Neubrandenburg – Fazit der Veranstalterinnen

Seit vielen Jahren setzt sich das Gleichstellungsbüro dafür ein, Themen der Gender Studies in die Lehre und Forschung der Hochschule zu integrieren. Mit dem Schwerpunkt „Gesundheit-Geschlecht- Lebensqualität“ in der Ringvorlesung des Gleichstellungsbüros nehmen wir seit 2013 die Perspektive auf Gesundheit stärker in den Blick. Mit Vorlesungen zu Herzgesundheit, Männergesundheit, Ernährung, Gender im Betrieblichen Gesundheitsmanagement bzw. bei psychischen Belastungen kamen interessante Diskussionen und Inspirationen in unsere Hochschule.

Die Möglichkeit – finanziert durch das Professorinnenprogramm – einen ganzen Fachtag zum Thema Gesundheit und Geschlecht zu organisieren, wollten wir nun auch mit einer größeren Vernetzung mit Fachleuten aus der Region verknüpfen.

Ein weiteres Anliegen war es uns, den interdisziplinären Dialog zu Gesundheits- und Genderfragen an unserer Hochschule zu befeuern. Nicht zuletzt wollten wir unseren Studierenden die Möglichkeit geben, das spannende Erkenntnispotenzial der Gender Studies an einem zentralen Studiengegenstand kennenzulernen bzw. dem tiefer auf den Grund zu gehen.

Wir können zufrieden sein, denn mit der erfolgreichen Durchführung des Fachtags haben wir diese Ziele gut umsetzen können. Besonders freuen wir uns über die Mitwirkung des Arbeitskreises Gender & Gesundheit MV, der beiden Mediziner_innen und des Netzwerks Gendergesundheit. Auch die rege Beteiligung von Professorinnen und Professoren unserer Hochschule hat zu einer Vielfalt in den Diskussionen geführt. Ein willkommener Input war für viele auch die Einführungsstunde zum Gesundheits-Qigong, welches bei uns an der Hochschule seit Jahren gelehrt und gelernt wird.

In den parallel laufenden Workshops zu Frauengesundheit, geschlechtsspezifischer Wahrnehmung von Gesundheitsversorgung, Genderaspekten bei der Diätetik, Behinderung und Geschlecht sowie sexueller Vielfalt und Gesundheit konnten Fragen zusammengetragen werden, die zukünftig stärker in Lehre und Forschung eine Rolle spielen sollen:

Geschlechteraspekte in der Pflege und Gesundheitsversorgung sowie in Erziehung und Bildung angefangen vom Konzept Gender – als Prinzip von sozialem Geschlecht und doing gender sollten generell Bestandteil von Einführungsveranstaltungen werden. Die

geschlechtsspezifische Strukturierung der Arbeitsfelder sollte genauso in den Blick kommen wie geschlechtsspezifische Bedarfe der jeweiligen Klientel. Also: Wer pflegt, erzieht, betreut, wer übt Pflege/Gesundheitsberufe aus, welche Geschlechtervorstellungen spiegeln sich in den beruflichen Anforderungen? Welche gesellschaftlichen kulturellen Anforderungen führen zu Benachteiligungen und wie können Pflegende, Erziehende und Bildende auf einen Wandel diskriminierender Vorstellungen hinwirken? Wie muss die Ausbildung von Professionellen in den genannten Feldern beschaffen sein, um grundlegendes Wissen über Geschlechterrollen und Zuschreibungen zu erkennen und bewusst anwenden zu können?

In der Abschluss-Podiumsdiskussion wurden auch Fragen aufgegriffen, die den Bezug von Forschung und Lehre zur Praxis thematisieren. Die Hochschule könnte mit Genderkompetenz-Schulungen beispielsweise Bedarfe von Jugendämtern oder auch Pflegeheimen bedienen. Alle Beteiligten auf dem Podium und auch die Zuhörenden im Plenum waren sich darüber einig, dass das Genderthema in unseren Arbeitsfeldern immer wieder auf die Agenda gehört. Dass dabei ein Zusammenwirken von Frauen und Männern, wie beispielsweise im Arbeitskreis Gender und Gesundheit MV unabdingbar ist, wurde betont. Schließlich gaben die Gäste der Podiumsdiskussion ihre Visionen bekannt und es gab große Zustimmung bei der Vorstellung einer Professur für Gendermedizin in MV und der Idee: Gesundheitsland MV mit Genderkompetenz – ein Alleinstellungsmerkmal von Mecklenburg Vorpommern.

Ilsabe Sachs

Andrea Bettels

Anke Kampmeier

Einführung in die Gender Medizin

Fachtag „Gesundheit und Geschlecht“



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Dr. med. Elpiniki Katsari
Herz- und Diabetes Zentrum Mecklenburg Vorpommern
Klinik für Herz-, Thorax und Gefäßchirurgie
KLINIKUM KARLSBURG

Gender Medizin

- *Der englische Begriff „Gender“ umfasst die biologischen aber auch die psychosozialen Aspekte der Geschlechtszugehörigkeit.*

Gender Medicine ist eine neue fachübergreifende Wissenschaft, die zunehmend national und international in den Fokus der Forschung, Lehre und Fortbildung rückt.

WissenschaftlerInnen verschiedener Disziplinen erforschen geschlechterspezifische Unterschiede und Gemeinsamkeiten bei Gesundheit und Krankheit und setzen sich dafür ein, dass die Erkenntnisse in die medizinische Praxis umgesetzt werden.

Geschichte der Gender Medizin

Die erste Grundlage für vereinzelte genderspezifische Studien haben die Veröffentlichungen von statistischen Erhebungen des U.S. Department of Health, Education and Welfare bewirkt und zwar über die



- Prävalenz von arbeitsverhindernden Erkrankungen bei Männern und Frauen (1941),
- Prävalenz von Herz-Kreislaufkrankungen (1965),
- Mortalität in Folge von koronaren Herzgefäßerkrankungen (1978).

Zeitgleich lässt sich zunächst in den USA allmählich auch in Frankreich, Deutschland und Italien ein ähnlicher Prozess in den Geisteswissenschaften beobachten.

Trotz der Entfernung des biologischen von kulturhistorischen Diskurs ist die zeitliche Koinzidenz des Aufschwungs der **Gender Studies** auf der einen und der **Gender Medizin** auf der anderen Seite bemerkenswert.

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg 27.11.14

Gender Medizin



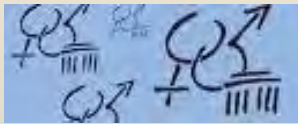
- Eine der führenden Vorkämpferinnen der Gender Medicine ist die amerikanische Kardiologin und Medizinwissenschaftlerin **Marianne Legato**, die schon in den 1980er Jahren auf Unterschiede von Herzerkrankungen bei Frauen gegenüber Männern gestoßen war. Sie führte die Bezeichnung Gender Medizin ein und gründete 1998 die Zeitschrift „**The Journal of Gender-Specific Medicine**“ (JGSM). Seit 2004 mit dem neuen Titel „**Gender Medicine**“ gilt dieses Journal als führendes Organ der Disziplin.



- 2001 gab die Weltgesundheitsorganisation WHO eine Empfehlung heraus, im Gesundheitswesen lokale Strategien für eine geschlechtsspezifischen Gesundheitsvorsorge zu entwickeln und umzusetzen.

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg 27.11.14



Gender Medizin in Deutschland



- Im Oktober 2003 wurde an der Charité Berlin das einzige deutsche Institut für Geschlechterforschung in der Medizin (GiM) gegründet. Seit 2007 ist es ein eigenständiges Institut.
- Die Kardiologin Frau Prof. Regitz-Zagrosek wurde 2007 als Direktorin des Instituts berufen. Sie hat die deutschlandweit einzige Professur für Frauenspezifische Gesundheitsforschung mit Schwerpunkt Herz-Kreislauf-Erkrankungen inne.
- Seit 2007 ist sie die Gründungspräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin e.V. (DGesGM) und der International Society of Gender in Medicine (IGM).

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg 27.11.14



Ziele und Aufgaben

- Bearbeitung geschlechtsbedingter Unterschiede in der klinischen Medizin, der Grundlagenforschung sowie in Prävention und den Versorgungsstrukturen,
- Förderung der Geschlechterforschung,
- Umsetzung der Forschungsergebnisse in die medizinische Praxis,
- Translation der Forschungsergebnisse an Öffentlichkeit, Politik, Behörden und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung.

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg 27.11.14

Ehrendoktorwürde für Prof. Regitz-Zagrosek

*Für Ihre herausragenden Verdienste auf dem Gebiet der Gender-Medizin ist **Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek** am 25. Oktober 2014 mit einem Ehrendoktorat der Medizinischen Universität Innsbruck geehrt worden.*



Aktuell koordiniert sie :

- Roadmap zur Implementierung von Gender in der Europäischen Gesundheitsforschung (EUGenMed)
- Projekt der Grundlagenforschung (RADOX) ,EU-Projekt
- DFG Forschergruppe (Geschlechterunterschiede bei Myokardhypertrophie)
- Berliner Standort des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislaufforschung.

Sie ist Herausgeberin zweier europäischer Standardwerke zur Gender-Medizin und zur geschlechtsspezifischen Arzneimitteltherapie.

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg 27.11.14



Medizinische Forschung und Gender

- Die Medizin hat sich lange in der Forschung und Therapie am Prototyp Mann orientiert. Frauen wurden hingegen lange Zeit vernachlässigt und in klinischen Studien nicht einbezogen. Es mehrten sich Hinweise, dass diese Ergebnisse oftmals nicht eins zu eins von Männern auf Frauen übertragen werden können.
- Die Verantwortlichen befürchten, dass Frauen durch eine mögliche Schwangerschaften oder hormonelle Schwankungen das Gelingen einer Studie gefährden oder die Ergebnisse verfälschen könnten.

Die Notwendigkeit, aus Forschungs-pragmatischen Gründen eine Reduktion der Komplexität vorzunehmen kann nicht die komplette Ignorierung von Geschlechteraspekten bedeuten.

- Die Soziologin *Margit Eichler* spricht vom Androzentrismus, wenn vorrangig Männer betreffende Probleme, Risikolagen, Sichtweisen berücksichtigt werden. Es wird auch vom doppelten Bewertungsmaßstab gesprochen wenn die selbe Eigenschaft bei Frauen und Männern unterschiedlich bewertet wird.

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg 27.11.14



Mentalitätswechsel in der Forschung

- Mangelnde Geschlechtersensibilität in der Forschung zieht bislang keine Konsequenzen nach sich. Da Frauen aber bei vielen Erkrankungen wie Herzerkrankungen, Diabetes, Autoimmunerkrankungen oder Krebs andere Symptome zeigen, werden Krankheiten häufig später erkannt.
- Die Relevanz biologischer, soziokultureller sowie psychologischer Geschlechteraspekte für die medizinische und gesundheitsbezogene Forschung ist evident. Dieses Verständnis ist noch nicht umfassend in den Forschungs- und Versorgungsalltag integriert.
- Zwischen übergeordneten Anforderungen (Gesetze, Richtlinien) zu Geschlechteraspekten als Querschnittsaufgabe einerseits und der Umsetzung in der Forschungspraxis andererseits klafft eine Lücke.
 - Die Berücksichtigung von Geschlechteraspekten in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung ist eine Frage der Ethik und Qualität.

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg 27.11.14

Konzepte und Instrumente zur systematischen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht.

- Arbeitshilfe zu § 2 GGO (Gemeinsame Geschäftsordnung der Bundesministerien): „**Gender Mainstreaming in Forschungsvorhaben**“.
- Leitfaden zur Entdeckung und Bewertung von Genderaspekten in der Forschung im Rahmen des Projektes „**Discover Gender**“ der Fraunhofer Gesellschaft.
- **Sex and Gender-Based Analysis** wurde in Kanada entwickelt zum Konzept der nicht-sexistischen Forschungsmethoden.
- „**Gender Matrix**“ basiert auf dem diagnostischen Fragebogen von Margit Eichler et al. Hier wird verdeutlicht dass in verschiedenen Prozessphasen im Rahmen der Forschung verschiedene Geschlechteraspekte relevant sind und systematisch geprüft werden müssen.
- Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von **Guter Epidemiologischer Praxis** (GEP)

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg 27.11.14



Epi goes Gender

• Der Verbund Geschlechtersensibel Forschung in Epidemiologie, Neurowissenschaften und Genetik/Tumorforschung hat das Ziel, zur Integration der Geschlechterperspektive in der epidemiologischen und medizinischen Forschung beizutragen. In den beteiligten Forschungsbereichen wurden Konzepte, Methoden und Fortbildungen entwickelt, um die Geschlechterperspektive im Forschungsalltag verstärkt zu integrieren.

Der Verbund besteht aus drei Teilprojekten:

- Epi goes Gender (Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin)
- Geschlechtersensible Konzepte in den Neurowissenschaften (Universitätsklinikum Münster)
- Geschlechtersensible Konzepte in der Genetik/Tumorforschung (Universitätsklinikum Essen)

Der Verbund wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und aus dem Europäischen Sozialfonds der Europäischen Union (ESF) gefördert.

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg 27.11.14

Geschlechterspezifische Unterschiede für die Arzneimitteltherapie

- *Die unterschiedliche Wirkung von Arzneimitteln bei Frauen und Männern sind lange bekannt, haben aber kaum Eingang in die praktische Medizin gefunden.*



- Nach dem **12. Änderungsgesetz zum Arzneimittelgesetz 2005**
„ ..ist der Nachweis der Unbedenklichkeit oder Wirksamkeit eines Arzneimittels einschließlich einer unterschiedlichen Wirkungsweise bei Frauen und Männern zu erbringen ..“

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg 27.11.14



Geschlechterspezifische Unterschiede für die Arzneimitteltherapie

- Gesteuert durch Sexualhormone haben Frauen einen deutlich höheren Fettanteil als Männer. Männer haben mehr Muskelmasse und weisen mehr Körperwasser auf.
- Bei den Arzneimitteln gibt es die sogenannten lipophilen und hydrophilen Substanzen.
- Lipophile AM verbleiben länger im weiblichen Körper, werden zeitverzögert abgebaut, d.h. Wirkungen und Nebenwirkungen halten länger an. Höhere Blutkonzentrationen von hydrophilen Substanzen bei Frauen.

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg 27.11.14

Geschlechterspezifische Unterschiede für die Arzneimitteltherapie

- *Aufgrund der Erfahrungen mit Thalidomid und Diethylstilbestrol wurden unlogischer Weise Frauen für viele Jahre von klinischen Studien, insbesondere während der frühen Phase der Arzneimittelentwicklung ausgeschlossen.*
- Eine Auswertung aus dem Jahre 2001 bestätigt, dass in klinischen Prüfungen der letzten Jahre vermehrt Frauen berücksichtigt werden. Allerdings, eine geschlechtsspezifische Subgruppenanalyse wurde in nur 9% aller Studien durchgeführt.

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg 27.11.14

Geschlechterspezifische Unterschiede beim Metabolismus



- Die Stoffwechselprofile von Frauen und Männern unterscheiden sich signifikant. Das Ergebnis belegten Wissenschaftler des Helmholtz Zentrums München im Jahr 2011.

Dabei wurden 131 Stoffwechselprodukte im Blutserum gemessen, vor allem Fette, Aminosäuren, Ester-Verbindungen und verschiedene Zucker.

102 der untersuchten Metaboliten zeigten zum Teil deutliche Konzentrationsunterschiede zwischen den Geschlechtern.

Der Leiter der Studie Prof. Thomas Illig sagte:

„...Männer und Frauen sind molekular zwei völlig unterschiedlichen Kategorien zuzuordnen...“

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg 27.11.14

Unterschiedliche Arzneimittel-Wirkungen zwischen den Geschlechtern

BEISPIELE:

- Frauen haben bei dem β -Blocker **Metoprolol** nach einer standardisierten Tagesdosis von 100mg etwa 40% höhere maximale Plasmakonzentration als Männer. Das bedeutet, dass Frauen eine deutlich stärkere Herzfrequenz und Blutdrucksenkung aufweisen als Männer bei der gleichen Dosierung. Wenn die dazu auch orale Kontrazeptiva einnehmen wird die Plasmakonzentration nochmals um fast 50% erhöht.
- Bei dem Thrombozytenaggregationshemmer **Clopidogrel** müssen bei einem Betrachtungszeitraum von 8,3 Monaten 101 Männer im Vergleich zu 435 Frauen behandelt werden um einen klinischen Nettogewinn zu zeigen.

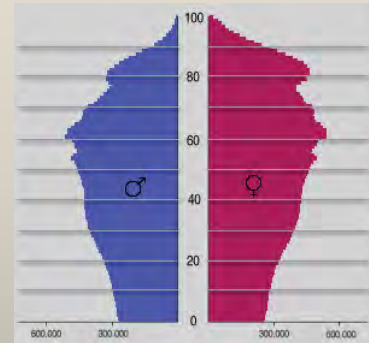
Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg
27.11.14

Demographische Entwicklung

Zunahme der Volkskrankheiten
als Folge des demografischen
Wandels :

- Kardiovaskuläre Erkrankungen
- Krebserkrankungen
- Metabolische Erkrankungen

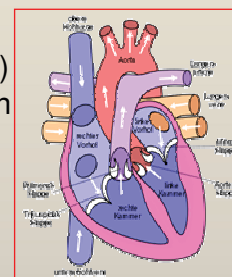


Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg 27.11.14

Kardiovaskuläre Erkrankungen und Gender

- Männer haben
 - größere Herz-, Lungenvolumina
 - weniger Körperfettanteil (13-16% vs. 22-26%)
 - höheren Stoffwechsel, 10% höher als Frauen
 - höhere Sauerstoffaufnahme
- Frauen haben
 - eine höhere Herzfrequenz
 - einen niedrigeren Hämoglobin
 - Reversibel Schwangerschaftsbedingte Hypertrophie (25% Zunahme der Herz-Masse)
- Bis zur Pubertät gleiche Herzgröße zw. Jungs und Mädchen, danach Testosteron induziertes Wachstum der LV-Masse
- Alterungsphänomen mit männliche Form der Adaptation, eher Dilatation, weibliche Adaptation mit konzentrische Hypertrophie. Frauen halten eher ihre Auswurf Funktion aufrecht.



Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg 27.11.14

Kardiovaskuläre Mortalität in Deutschland

Angaben des Statistischen Bundesamtes, 2011

Todesursache 2011	Anzahl insgesamt Gestorbener	Anzahl gestorbener Frauen	Anzahl gestorbener Männer
Erkrankungen des Kreislaufsystems, **	342233 (40,1% aller Gestorbenen)	196678 (57,46%)	145555 (42,53%)
Myokardinfarkt	55286 (6,5% aller Gestorbenen)	24547 (44,4%)	30739 (55,6%)

** P= 0.007 für Erkrankungen des Kreislaufsystems bezüglich des Geschlechts



STATISTISCHES BUNDESAMT VERÖFFENTLICHT
TODESSTATISTIK

Daran sterben die Deutschen

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg 27.11.14



Der Herzinfarkt bei den Frauen



Unterschiedliche Symptome bei einem Herzinfarkt.

Mögliche Anzeichen eines Herzinfarktes bei Frauen

- Schmerzen im Oberbauch
- Rücken- und Nackenschmerzen, sowie Kiefer- und Halsschmerzen
- Übelkeit, häufig mit Erbrechen
- Atemnot

Frauen rufen nicht gleich einen Notarzt an, sondern vereinbaren erst

einmal einen Termin bei ihrem Hausarzt.

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg 27.11.14

The Yentl Syndrom



- „Frau muss erst beweisen, so herzkrank zu sein wie ein Mann, um dieselbe Behandlung zu erhalten.“

B.Healy, New England Journal of Medicine 1991.



The Yentl Syndrome is Alive and Well in 2011

Bairey Merz, Johnston et al, Bugiardini et al, EHJ March 2011

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg 27.11.14



Epidemiologie: die Rolle der Hormone bei der Entwicklung der KHK

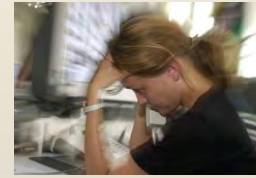
- Frauen erleiden einen Herzinfarkt durchschnittlich zehn bis fünfzehn Jahre später als Männer.
- Frauen sind bis zu den Wechseljahren stärker vor einem Infarkt geschützt (kardioprotektive Wirkung), wohl durch die weiblichen Hormone. Danach geht die Produktion zurück und das Risiko steigt.
- Hormonstörungen, z. B. ein sehr unregelmäßiger Zyklus, kann zum Risiko für die Entwicklung von Herzerkrankungen beitragen.

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule
Neubrandenburg 27.11.14



Risikofaktoren bei der Entwicklung der KHK

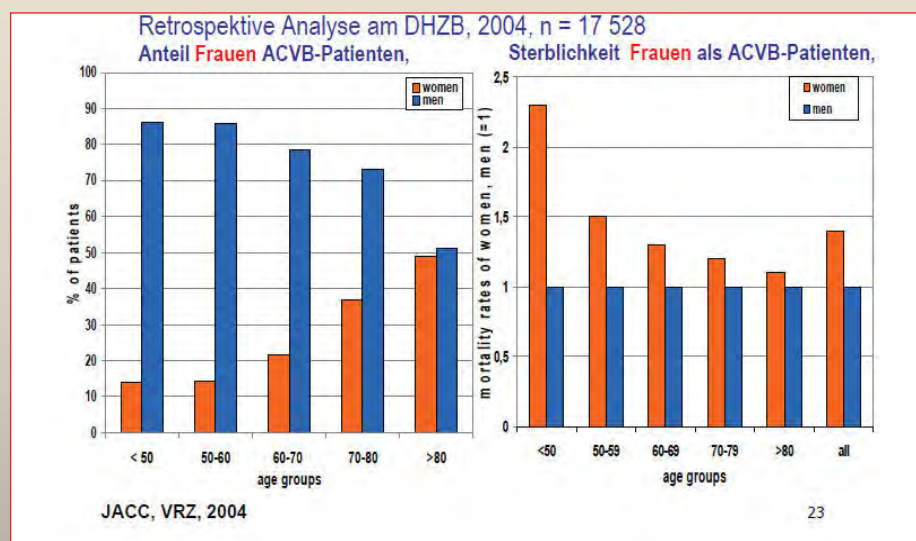


- Einige Risikofaktoren (z. B. Diabetes mellitus) fallen bei Frauen stärker ins Gewicht als bei Männern in Bezug auf das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen. Besonders schlecht ist die Kombination aus Rauchen, Verhütung mit der Anti-Baby-Pille und Übergewicht.
- Patienten mit Myokardinfarkt haben eine hohe Prävalenz von psychosozialen Stressoren. Wenn abends die Stresshormone beim Mann abfallen, steigen sie bei der Frau noch einmal an.
- Bei Frauen stellen ein niedriger sozialer Status, eine kurze Schulbildung und die Doppelbelastung von Beruf und Familie besondere Risikofaktoren für die Entwicklung einer KHK dar.

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg 27.11.14

Koronarchirurgie bei Frauen und Männern



Deutscher Herzbericht 2011:
ACB-OP's: 75,2% bei Männer, 24,8% bei Frauen

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg 27.11.14

Zerebrovaskuläre Erkrankungen

- Das sind die häufigste Ursache für andauernde körperliche Behinderungen und für den Verlust der psychosozialen Komponenten im Erwachsenenalter.
- Schlaganfälle sind die dritthäufigste Todesursache in industrialisierten Ländern.
- Höhere Schlaganfall Inzidenz und-Mortalität in der Altersgruppe <55-jähriger Männer als Frauen, (NHA-NES), zwischen 1998-2004 2- bis 3-facher Anstieg der Prävalenz von Schlaganfällen in der Altersgruppe der 35- bis 55-jährigen Frauen. Das vollzieht sich parallel zur Zunahme der abdominalen Adipositas bei den Frauen dieser Altersgruppe.



Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg 27.11.14

Zerebrovaskuläre Erkrankungen, geschlechterspezifische Unterschiede

- **ASS** hat einen primär-protectiven Charakter bezüglich zerebraler Ischämien bei den Frauen und bezüglich Herzinfarkt bei den Männern.
- Die Wahrscheinlichkeit einer Frau, binnen 3 Stunden nach Symptombeginn in ein Krankenhaus eingeliefert zu werden, ist 10% geringer als bei den Männern. Das hat zur Folge, dass bei ihnen weniger häufig eine Thrombolysetherapie durchgeführt wird, von der Frauen allerdings mehr profitieren würden als die Männer.
- Frauen nach einen Schlaganfall weisen einen gravierenderen Grad der Behinderung, häufiger eine Post-Stroke-Depression und eine niedrigere Lebensqualität auf.



Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg
27.11.14

Das geschlechtsspezifische Krebsrisiko



- Insgesamt erkrankten wesentlich mehr Männer als Frauen an Krebs.
- Beispiele für Tumoren, die überwiegend bei **Männern** auftreten, sind:

Karzinome des Magens, der Lunge, der Harnblase und des Kehlkopfes.

Bei den **Frauen** kommen nur einige seltene Tumoren häufiger vor, z.B. das Schilddrüsenkarzinom.



Das individuelle Krebsrisiko

- Lebensgewohnheiten, -entscheidungen, die mit dem Begriff Gender in Zusammenhang stehen, beeinflussen die Entstehung von Krebs. (Lebensstil, Berufswahl)
z.B. Asbestexposition als krebserzeugender Noxe in Bergwerken, Tief-, Hochbau, in der Schiffsindustrie bei Arbeitern und ihren Familienmitgliedern. Aber auch z.B. die Ernährung.
Umgang mit Genussmitteln - z.B. Tabakrauch ist Hauptrisiko für die Entstehung von Lungenkrebs. 10% der Raucher entwickeln ein Bronchialkarzinom.
- Die WHO geht heute davon aus, dass
30% aller Krebsfälle auf ungünstige Ernährungs und Bewegungsgewohnheiten zurückzuführen sind.

Geschlechterspezifische Unterschiede bei Krebserkrankungen



- Gene und Hormone beeinflussen die Entstehung von Krebserkrankungen, z.B. während Testosteron die Entstehung von Leberkrebs fördert, hemmen Östrogene das Wachstum.
- In einer kürzlich publizierten Studie wird geschätzt, dass 10% aller bei Männern und 3% aller bei Frauen auftretenden Krebsleiden dem Alkoholkonsum zuzurechnen sind.
- Die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach einer aktuellen Umfrage der AOK haben 23% der anspruchsberechtigten Männer und 6,2% der Frauen überhaupt noch nie an einer Krebsfrüherkennung teilgenommen.

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg
27.11.14

Gender und Nierenerkrankungen



- Männer haben eine um 10% bis 15% höhere Anzahl an Nierenkörperchen und dadurch filtrieren sie mehr Primärharn aus dem Blut. Bei den Medikamentendosierungen wird das nicht berücksichtigt.
- Die Nieren-schützenden Effekte von Östrogenen sind bekannt, aber es gibt keine Studien zu therapeutischen Ansätzen.
- Niereninsuffiziente Patientinnen leiden häufiger an Begleiterkrankungen wie Blutarmut, Nebenschilddrüsen-überfunktion, Mineralstoffwechselstörungen, die zu Knochenabbau und Gefäßverkalkung führen. Frauen sind häufiger untertherapiert.
- 70% aller Lebendspenderorgane stammen von Frauen, 30% aller Transplantatenempfänger sind Frauen.

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg
27.11.14



Chronische Schmerzen

- Je nach Quelle sind bis zu einem Drittel der Erwachsenen in Deutschland von chr. Schmerzen und den vielfältigen Folgen betroffen. Die Suche nach einem körperlichen Auslöser resultiert häufig in einer aufwendigen, teuren und belastenden Diagnostik.
- Bei chr. Schmerzen spielen psychosoziale Faktoren die Hauptrolle.
- PatientenInnen mit chronischem Schmerzen sind häufig in ihrer Bewegung eingeschränkt und leiden unter Schlafstörungen. Hinzu kommt es zum Verlust der uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit und zu sozialen Isolation.

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg
27.11.14

Chronische Schmerzen, Geschlechterspezifisch?

- Das weibliche Geschlecht ist ein Risikofakt für die Entstehung von chr. Schmerzen
- Betroffene Frauen suchen eher einen Arzt /Ärztin und bekommen häufiger eine spezielle Diagnostik. (Gender Bias?)
- Mangel an geschlechtsspezifischen Unterschieden bei der Wirkung von Medikamenten.
 - Nichtopioide Analgetika (ASS, Ibuprofen, Diclofenac)-wenig Daten
 - Opioide wirken bei Frauen auf Grund von geschlechtsspezifischen pharmakokinetischen und pharmakodynamischen Unterschieden verstärkt und haben mehr unerwünschte Wirkungen.



Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg
27.11.14

Gender und psychische Störungen



- Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit.
- Die WHO schätzt, dass im Jahr 2020 Depressionen nach Herz-Kreislauferkrankungen den zweiten Platz in der Rangfolge der Krankheiten einnehmen werden.
- Psychische Störungen verursachen eine erhebliche Minderung an Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Familien sowie eine immense ökonomische Belastung des Wirtschafts-, Sozial-, Strafverfolgungs- und Justizsystems.

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg
27.11.14

Geschlechterunterschiede bei psychischen Störungen

- Lebenszeitprävalenz bei den Geschlechtern ist etwa gleich hoch, dafür gibt es erhebliche Unterschiede bei einzelnen psychischen Störungen.
- Frauen neigen zu internalisierenden Störungen
 - Unipolare Depressionen, Neurosen, Angst-, Essstörungen, somatoforme Störungen, Medikamentenabhängigkeit 3-mal so häufig wie bei Männern.
- Männer neigen zu externalisierenden Störungen
 - Alkohol, Drogenmissbrauch, dissoziale Persönlichkeitsstörungen.

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg 27.11.14

Geschlechterunterschiede bei psychischen Störungen

- Schizophrene Psychosen sind bei beiden Geschlechtern gleich verteilt, wobei Frauen 3 bis 4 Jahre später erkranken.
- Frauen sind bei den Psychopharmaka-Verordnungen überpräsentiert.
- Suizidversuche werden etwa zu zwei Dritteln von Frauen begangen, vollendete Suizide sind allerdings ein männliches Phänomen.
- Bei Männern werden oft erst bei extrem abweichendem Verhalten wie Gewalt, Mord oder Totschlag psychische Störung ins Auge gefasst.

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg 27.11.14

Gender als Option im Studium

- Die Geschlechterunterschiede müssen bereits während des Medizinstudiums erlernt werden, um sie in die Praxis umzusetzen. Dies sollte durch **Pflicht**- und integrative Vorlesungen geschehen.
- Es gibt auch die Möglichkeit, Fachkenntnisse durch Masterstudiengänge zu erwerben. In diesem Rahmen organisierte das GiM in 2009-2011 mit sechs Partneruniversitäten ein Modul "Gender Medicine". Das Follow-up dieses Projektes ist das Mastermodul 2012 "Gender Medicine".

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg 27.11.14



eGendermedizin ist vom Institut für Geschlechterforschung in der Medizin (GIM) - Charité-Universitätsmedizin Berlin entwickelt worden für die persönliche Weiterbildung unabhängig von Zeit und Ort.

Ziel des Kurses ist es, die aus Grundlagen- und klinischer Forschung systematisch erarbeiteten Kenntnisse zu Geschlechterunterschieden in der Medizin für die Praxis nutzbar zu machen.

Es sind höchst relevante Inhalte aus den großen Fachdisziplinen der Inneren Medizin zusammengetragen und didaktisch aufgearbeitet. Über die "Kommunikationstools" wird auch die Möglichkeit geboten zur Diskussion und online Zusammenarbeit.

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg
27.11.14

Ziele und Aufgaben zur Etablierung der Gender Medizin

- Integration der Gender Medizin in das Humanmedizin-Curriculum.
- Anerkennung der Zusatzbezeichnung „Gender MedizinerIn“ durch die Ärztekammer.
- Förderung der Geschlechterforschung.
- Umsetzung der Forschungsergebnisse in die Praxis.
- Translation der Forschungsergebnisse an die Öffentlichkeit und an Einrichtungen der Gesundheitsversorgung.

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg
27.11.14

Gendermed.info - Gendermedizin & Öffentlichkeit

ist eine Initiative des anna fischer project von
Contentic Media Services

Leistungen:

- Politik und Medien zusammenbringen
- Austausch durch das Netzwerk „Gendermedizin & Öffentlichkeit“
- Kooperiert mit der Deutsche Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin e.V..
- Eigene Website gendermed.info
- Newsletter Geschlechtsspezifische Medizin & Öffentlichkeit

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg
27.11.14

Krankheiten und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin



Das Buch erschien bei transcript im Oktober 2014 in der Reihe Gender Studies. Der interdisziplinäre Sammelband gibt einen breiten Blick über den Stand geschlechtersensibler Erkenntnisse in unterschiedlichen Fächern, immer den Zusammenhang mit der Vision einer individualisierten Medizin herstellend.

Mariacarla Gadebusch Bondio ist Philosophin und Medizinhistorikerin. Sie leitet seit April 2011 das Institut für Geschichte und Ethik der Medizin an der Technischen Universität München. **Elpiniki Katsari** ist Oberärztin in der Abteilung für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie im Herz- und Diabetes Zentrum Klinikum Karlsburg Mecklenburg-Vorpommern und Gender-Medizinerin (DGesGM).

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg
27.11.14



Individualisierte Medizin

- Der Begriff des Individuellen wird häufiger auf die molekularen und biologischen Merkmale des Individuums reduziert.
- Verwendet wird der Begriff vor allem für eine maßgeschneiderte Pharmakotherapie, welche zusätzlich zum speziellen Krankheitsbild die individuelle physiologische Konstitution und geschlechtsspezifische Wirkeigenschaften von Medikamenten berücksichtigt. Bei der Therapien werden individuelle molekularbiologische Konstellationen berücksichtigt, die mit modernen Biomarkern ermittelt werden.
- Hier werden kaum die soziokulturellen Aspekte der Umweltfaktoren. Also weder epigenetische noch geschlechtersensible Forschungskonzepte berücksichtigt.

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg
27.11.14

Personalisierte Medizin



- Geschlechterspezifische Forschungsansätze stehen ...vor der individualisierten Medizin Sie versprechen bessere individualisierte Prävention, Gesundheitsversorgung und Therapien.

Eines steht fest: sowohl Frauen als auch Männer werden davon Profitieren.

Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg
27.11.14



Vielen Dank für
Ihre
Aufmerksamkeit!



Fachtag "Gesundheit und Geschlecht"

Hochschule Neubrandenburg
27.11.14



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachtag
„Gesundheit und Geschlecht“



Geschlechtsspezifische Aspekte in der medizinischen Rehabilitation



P. Kupatz
Bad Doberan

Dr. med. Peter Kupatz

Facharzt für Orthopädie

Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin

Chirotherapie, Naturheilverfahren, Sportmedizin



1973 – 1979	Studium der Humanmedizin an der Universität Rostock
1979 – 1991	wissenschaftlicher Assistent und Facharzt an der Orthopädischen Universitätsklinik Rostock
1991 – 1996	OA der Orthopädischen Abt. der Klinik Bavaria Freyung / Ndb.
1996 – 1998	CA der Orthopädischen Abteilung der MEDIAN-Klinik Wismar
1998	CA der Orthopädischen Abteilung und Ärztlicher Direktor der Dr. Ebel-Rehabilitationsfachklinik "MOORBAD" Bad Doberan



Dr. med. Peter Kupatz



2005 – 2010 Sprecher der LAG Männergesundheit M-V (LVG M-V)

2010 Arbeitskreis Gender & Gesundheit M-V



1991 Gründung des Gemeinsamen Arbeitskreises
Frauengesundheit (GAF) Mecklenburg-Vorpommern
(getragen vom LFR und der LVG M-V)



2005 Bildung einer Landesarbeitsgemeinschaft
(LAG) Männergesundheit unter dem Dach der LVG M-V

- Durchführung von 9 Workshops
- Landeskonzferenz „MännerLeben“
am 27.06.2008 in Greifswald
- 11 Thesen der LAG M-V



These 11:

Die Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Jungen und Männern in Mecklenburg-Vorpommern kann nur unter politischer Führung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden, wobei problem-, alters- und setting-orientierte Lösungsansätze gefunden werden müssen.

Übergeordnet gilt es, das Rollenverhalten von Frauen und Männern in der Gesellschaft positiv zu gestalten.



Deutscher Frauenrat und Bundesforum Männer zum Internationalen Frauentag 2014

Mehr leben – weniger arbeiten

Arbeitszeitverkürzung muss wieder auf die politische Agenda

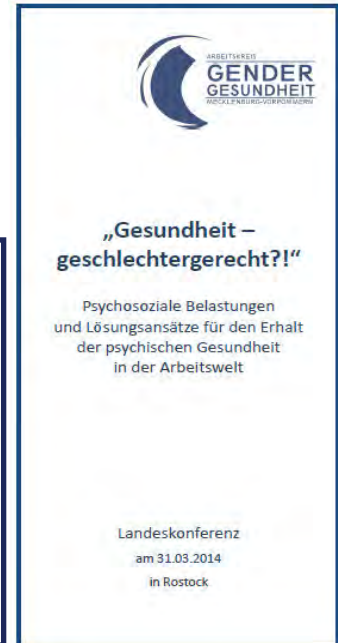
Der Deutsche Frauenrat und das Bundesforum Männer nehmen den Internationalen Frauentag 2014 zum Anlass, um den Vorschlag der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Manuela Schwesig, für ein neues Arbeitszeitverständnis gemeinsam zu unterstützen. Deutschland braucht die Debatte um eine (geschlechter-)gerechtere Neu- bzw. Umverteilung von produktiver, reproduktiver und gesellschaftlicher Arbeit. Auch Arbeitszeitverkürzung muss wieder auf die politische Agenda. Die Neudefinition des „Normalarbeitsverhältnisses“ darf nicht länger tabu sein.



2010 Bildung des AK „Gender & Gesundheit“ M-V

- Struktur (FBN M-V) und Finanzierung durch die Leitstelle Gleichstellung des MAGS M-V
- Austausch der Erfahrungen und Perspektiven
- Überwindung von „Ängsten“
- Organisation von 2 Gender-Workshops („Ansprache der Geschlechter in der Gesundheitsförderung“; „Gender-Forschung in M-V“)
- Landesfachkonferenz am 31.03.2014

www.akgg-mv.de



A G E N D A

1. Die „2. Hälfte“ des Lebens
2. Rehabilitation und ihr gesetzlicher Auftrag
3. ICF und Geschlechtsspezifik
4. Genderspezifische Ansätze in der Psychosomatik und der Kardiologie
5. Ausblick

Was ist die 2. Lebenshälfte?

HÄLFTE DES LEBENS

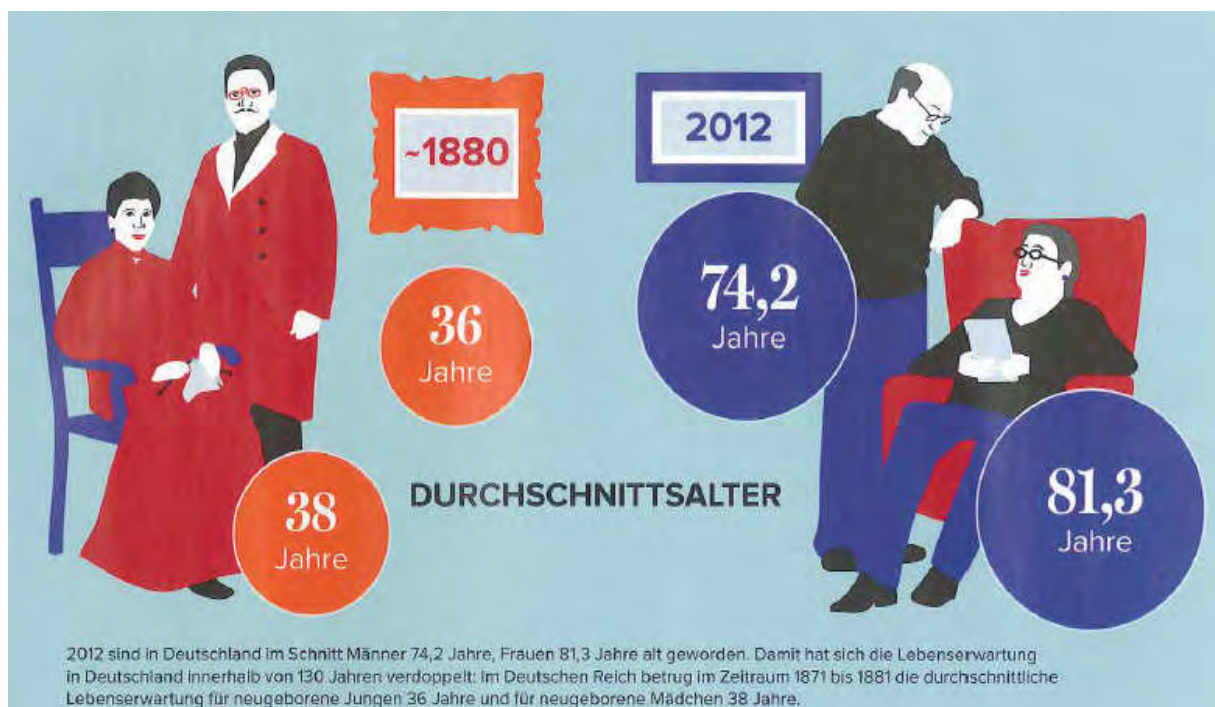
Mit gelben Birnen hängen
Und voll mit wilden Rosen
Das Land in den See,
Ihr holden Schwäne,
Und trunken von Küssen
Tunkt ihr das Haupt
Ins heilignüchterne Wasser.

Weh mir, wo nehm ich, wenn
Es Winter ist, die Blumen, und wo
Den Sonnenschein,
Und Schatten der Erde?
Die Mauern stehn
Sprachlos und kalt, im Winde
Klirren die Fahnen.



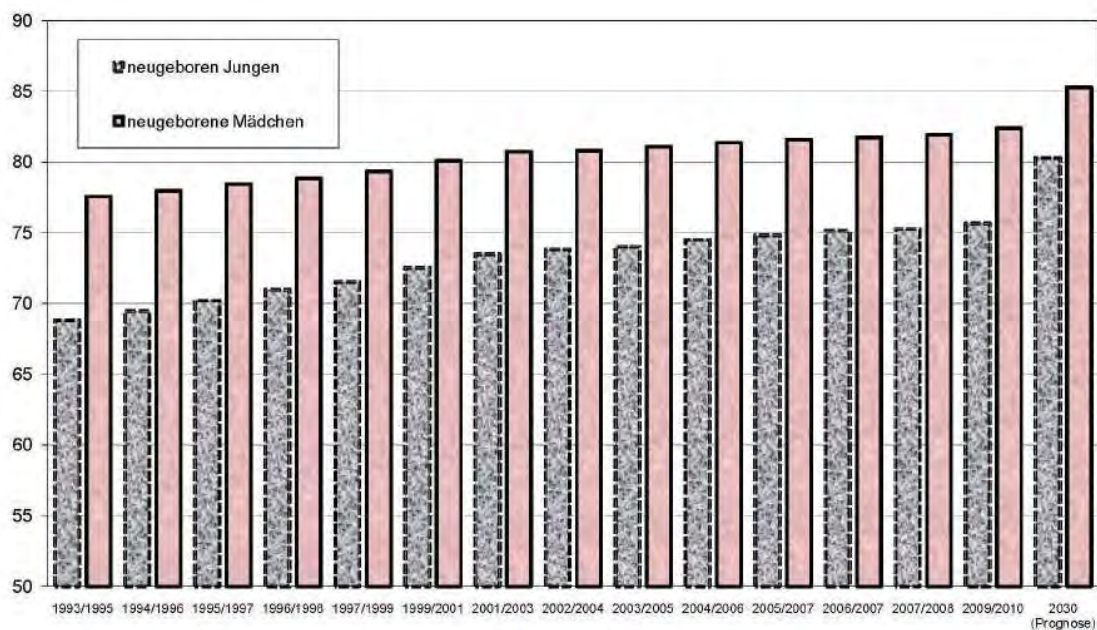
Johann Christian **Friedrich Hölderlin**
(geb.1770, gest. 1843)

Die „Verschiebung“ der Hälfte des Lebens



Entwicklung der Lebenserwartung in M-V

Entwicklung der Lebenserwartung in Mecklenburg-Vorpommern 1993/95 bis 2008/10 sowie für 2030 (Prognose)

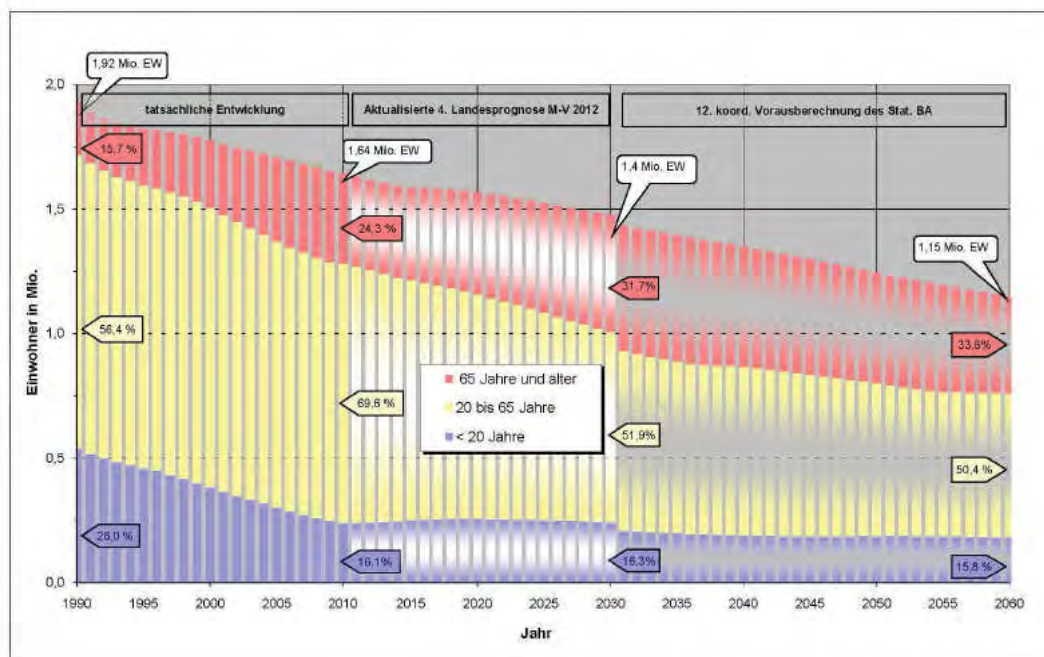


Quelle: Oberste Landesplanungsbehörde 11/2012

Aktualisierte 4. Landesprognose

zur Bevölkerungsentwicklung in Mecklenburg-Vorpommern bis 2030
vom 03.12.2012

Abb. 4: Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern 1990 bis 2060



Quelle: Oberste Landesplanungsbehörde 11/2012

Was ist die 2. Lebenshälfte?

DZA Deutsches Zentrum
für Altersfragen

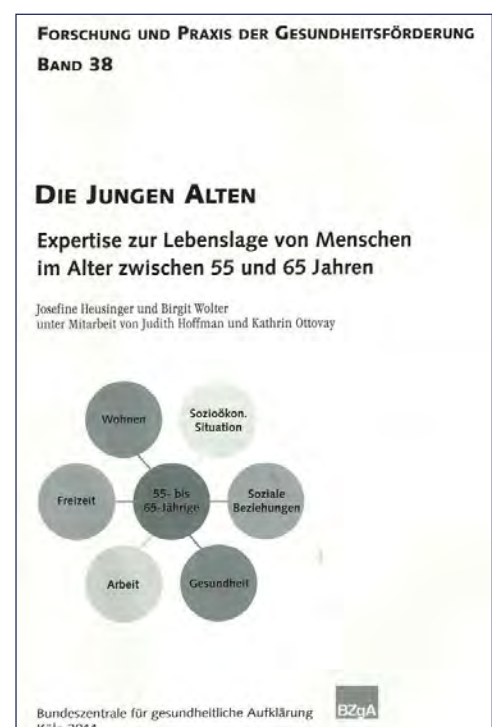


Deutscher Alterssurvey (DEAS): Die zweite Lebenshälfte

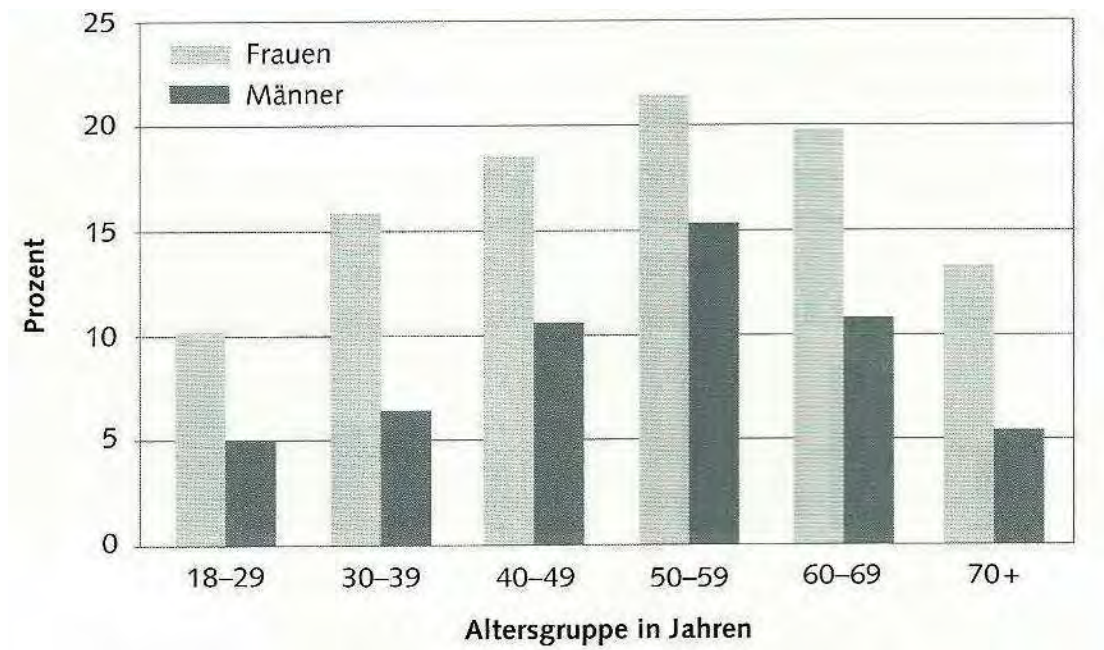
Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) ist eine bundesweit repräsentative Quer- und Längsschnittbefragung von Personen, die sich in der zweiten Lebenshälfte befinden (d. h. 40 Jahre und älter sind). Der DEAS wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert. Die umfassende Untersuchung von Personen im mittleren und höheren Erwachsenenalter dient dazu, Mikrodaten bereitzustellen, die sowohl für die sozial- und verhaltenswissenschaftliche Forschung als auch für die Sozialberichterstattung genutzt werden können. Die DEAS-Daten bilden damit eine Informationsgrundlage für politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger, die interessierte Öffentlichkeit und für die wissenschaftliche Forschung. Die erste Befragung wurde im Jahr 1996 durchgeführt. Weitere Befragungen folgten 2002, 2008 und 2011.

Was ist die 2. Lebenshälfte?

1. Kindheit bis Pubertät
2. Jugendzeit und Ausbildung bis zum Berufsbeginn
3. Erwerbsleben, Familiengründung, Reproduktion
- 4. Generation 55+ („Junge Alte“), Erwerbs-Ende**
5. Senium und Pflegebedürftigkeit
6. Hospiz und Sterben



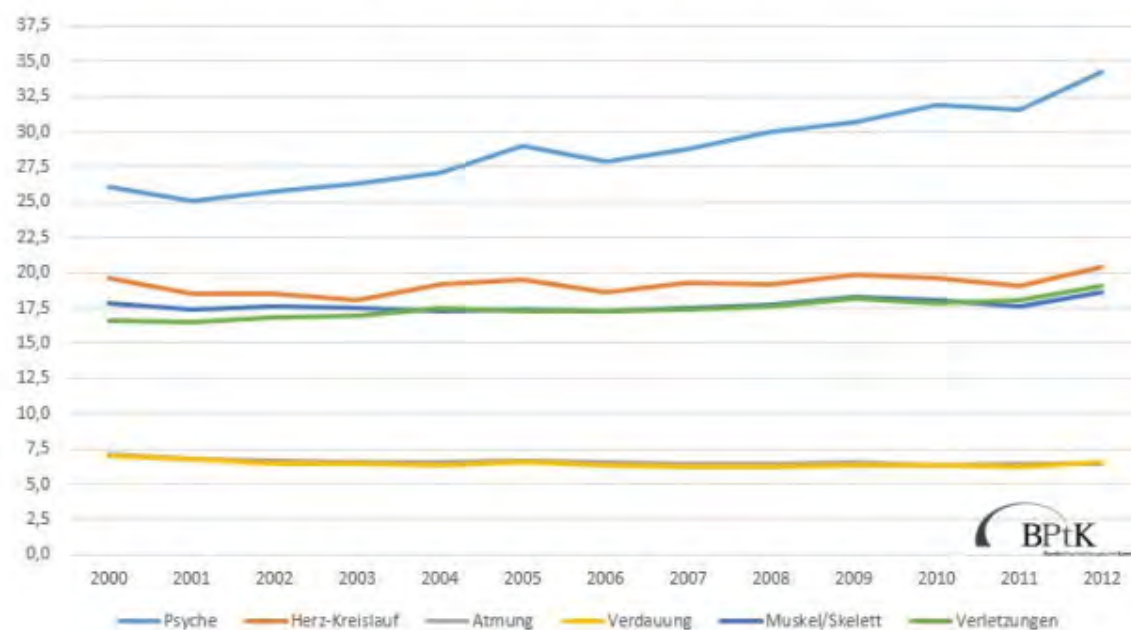
Depressionserkrankungen



Anteil der ärztlich und psychotherapeutisch festgestellten Depressionen (RKI, 2010)

Psychische Störungen

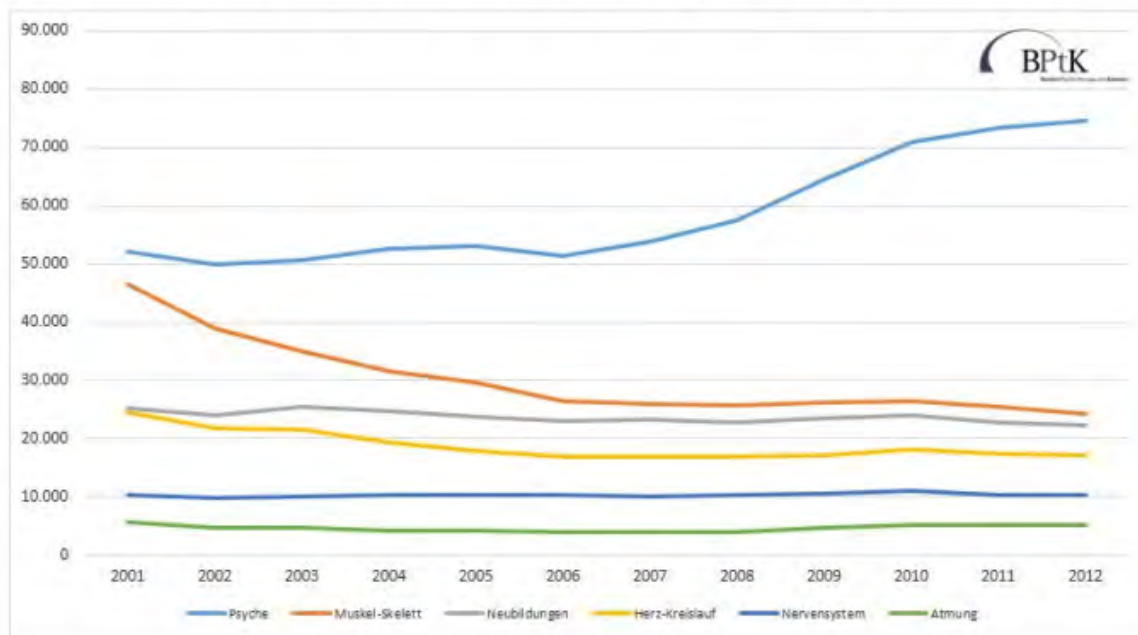
Dauer der Krankschreibung bei den wichtigsten Krankheiten



Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer, 2013

Psychische Störungen

Frühverrentung von 2001 bis 2012 – am häufigsten psychisch bedingt

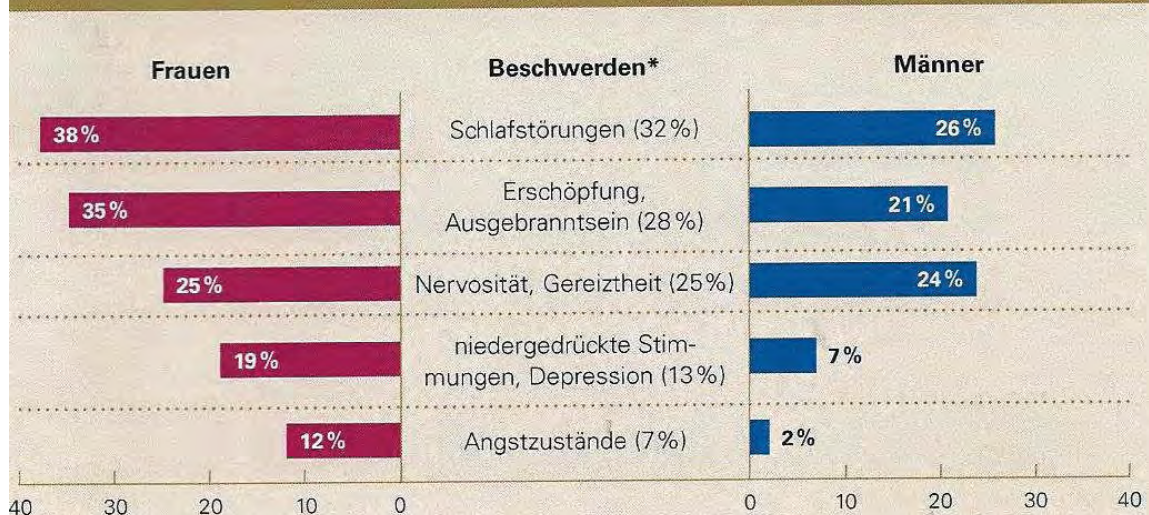


Quelle: DRV-Statistik Rentenzugang



Krankheit und Befindlichkeitsstörung

Müde, erschöpft, deprimiert: Psychische Leiden sind Frauen-Leiden



Quelle: TK-Bericht 2014

Doch beim **Suizid** dominiert der Mann!

- In Deutschland starben durch Suizid 2012 mehr Menschen als durch Verkehrsunfälle, Mord und Totschlag, illegale Drogen und AIDS zusammen: **9.890 Menschen!**
- **Suizid-Ziffer 2012:**

Männer	18,1 auf 100.000
Frauen	6,3 auf 100.000

Quelle:

* Nationales Suizid-Präventionsprogramm, 12.01.2014

Gesundheit - Befindlichkeitsstörung - Krankheit

Beispiel 1:

Student vor dem Examen: Magenprobleme, Herzrasen, feuchte Hände, **Schlafstörungen** - krank oder gesund ? (*Befindlichkeitsstörung*)

Beispiel 2:

Partnerschaftsproblem (Dreiecksverhältnis): Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörung, Traurigkeit, Aggressionen, **Schlafstörung** - krank oder gesund ? (*psychische Belastungssituation*)

Beispiel 3:

Mobbing-Bossing-Situation: Antriebslosigkeit, Lustlosigkeit, Erschöpfung, **Schlafstörung** – gesund oder krank? (*Depression*)

Der deutsche Krankheitsbegriff

1. Disease

= Diagnose, d. h. das ist die **gesellschaftliche Perspektive** von Gesundheitsveränderungen, evtl. keine Krankheit, sondern Risikofaktor (= ICD 10!)

2. Sickness

= Arbeitsunfähigkeit wegen hohen Blutdrucks mit und ohne Symptomen, **gesellschaftliche und individuelle Perspektive**

3. Illness

= subjektive Empfinden der Krankheitssymptome bzw. ihrer Auswirkungen auf das Leben: **individuelle Perspektive = Leiden**

ICD 10 vs. ICF



Arzte Zeitung, 22.01.2014 08:32

EFIC-Kongress

Gender-Unterschiede auch bei Schmerz

Schmerz und Geschlecht: Männer und Frauen empfinden und bewältigen Schmerzen unterschiedlich, wurde auf dem Kongress der Europäischen Schmerzförderer EFIC in Florenz berichtet.

FLORENZ. Nicht nur, was die Empfindung, Bewältigung und verschiedene Begleiterscheinungen von Schmerzen betrifft, unterscheiden sich Frauen und Männer zum Teil deutlich.

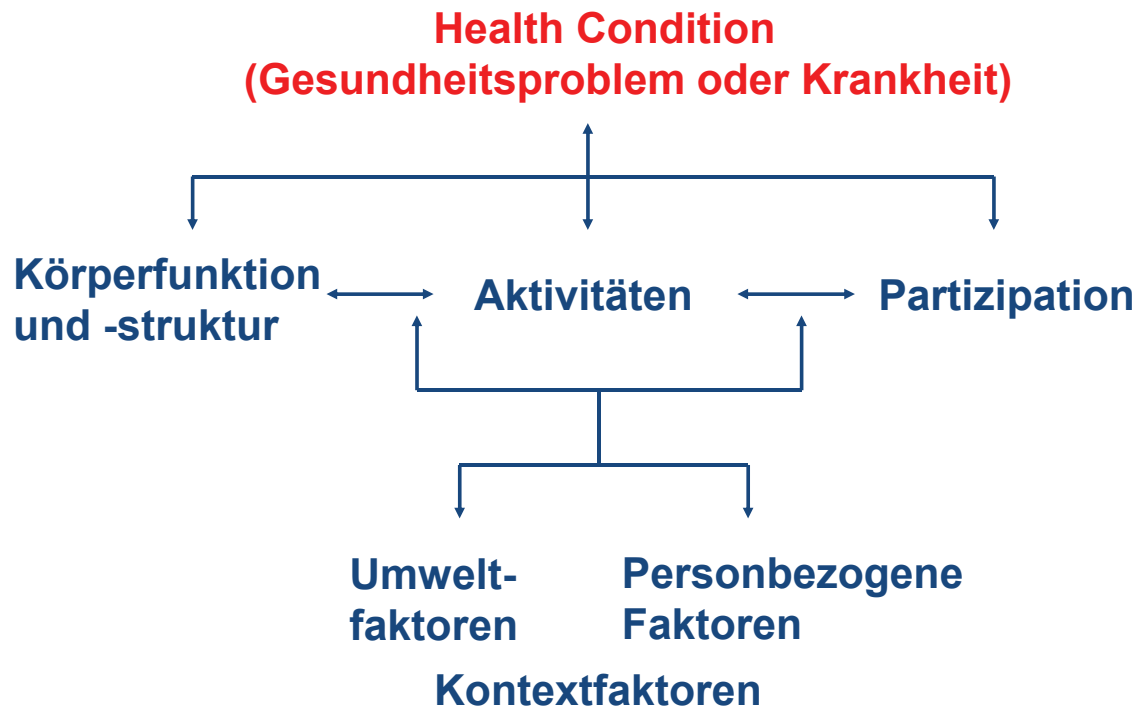
Auch manche Therapien wirken bei den beiden Geschlechtern unterschiedlich. Auf dem Kongress der Europäischen Schmerzförderer EFIC in Florenz zeigten eine Reihe von Studien Gender-Unterschiede in Sachen Schmerz auf.

Frauen mit Rückenschmerzen leiden häufiger an Depressionen als männliche Rückenschmerzpatienten, zeigt eine Studie aus Bochum, die bei dem Kongress der Europäischen Schmerzförderer EFIC in Florenz präsentiert wurde (EFIC Abstract).



Beim Phänomen Schmerz unterscheiden sich Frauen und Männer oft deutlich.

Biopsychosoziales Modell der ICF



ICF-Kontextfaktoren

Personenbezogene Faktoren

z.B. Geschlecht, Alter, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung...

Umweltfaktoren

... bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten

... bilden u. a. die **Geschlechtsspezifik** ab!



ICF



Die Internationale Klassifikation

der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

der WHO...



... stellt das bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell dar

... ist somit auch die konzeptionelle Grundlage der Rehabilitation

Rehabilitation ist das personenbezogene, multi- und interdisziplinäre Management von Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit (Aktivität und Partizipation) und hat somit eine individuelle und gesellschaftliche Perspektive



Träger der medizinischen Rehabilitation

1. Gesetzliche Rentenversicherung

2. Gesetzliche Krankenversicherung

3. Gesetzliche Unfallversicherung

4. Kriegsopferfürsorge (Versorgungsämter)

5. Träger der Sozialhilfe



Rehabilitation

Re

wieder

habere

befähigen, teilhaben

Die „Trennung“ der medizinischen Rehabilitation

SGB VI - betrifft alle im Erwerbsleben stehenden Menschen
Ziel: Erkennung, Vermeidung oder Minderung der Gefahr einer Erwerbsminderung, d. h. Vermeidung einer Frühverrentung

SGB V - betrifft die Empfänger von Alters- und Erwerbsminderungsrenten sowie Menschen mit einer Pflegebedürftigkeit
Ziel: ...



Aufgaben der med. Rehabilitation im SGB V

a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung entgegenzuwirken (Vorsorge) oder

b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (AHB), auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen.

Quelle, SGB V, § 107, Absatz 2, Satz 1



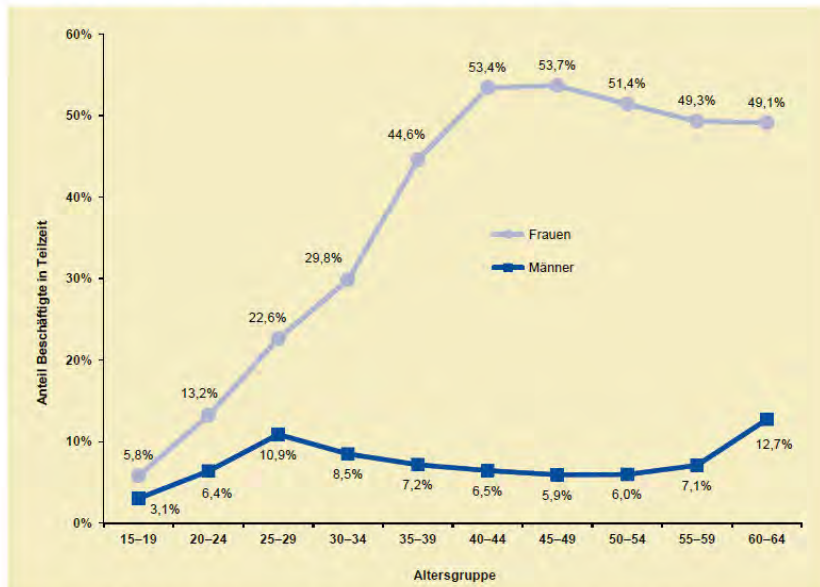
Geschlechtsspezifische Aspekte des Zugangs zur Rehabilitation auf Basis des SGB VI

Antragstellung

- ist erschwert bei allein stehenden Frauen mit mehreren Kindern: oft erfolgt statt einer notwendigen Rehabilitation die Durchführung einer Vorsorge-Maßnahme (Mutter-Kind-Kur)
- zeigt bei beiden Geschlechtern gelegentlich einen falschen Reha-Ansatz (Indikation), da eine somatische Erkrankung (z.B. „Rückenschmerz“) zur Beantragung einer MSK-Reha führt, eine psychosomatische Rehabilitation aber erfolgversprechender wäre, da als „Nebendiagnosen“ Depression, Angststörung, psychovegetativer Erschöpfungszustand etc. aufgeführt werden (Gender-Gap bei Ärzten!, in 35-40 % der Fälle psychische „Begleiterkrankungen“ in der orthopädischen Rehabilitation)

Geschlechtsspezifische Aspekte der Rehabilitation auf Basis des SGB VI

Anteil Teilzeitbeschäftigte nach Geschlecht und Alter



Ü 65/67 ?

Abbildung 15 (Berufstätige Männer und Frauen mit gültigen Schlüsselangaben TK 2012)

Quelle: TK-Gesundheitsreport 2013

Geschlechtsspezifische Aspekte der Rehabilitation auf Basis des SGB VI

Arbeitslosigkeitsrisiko nach Befristung, Geschlecht und Alter 2012

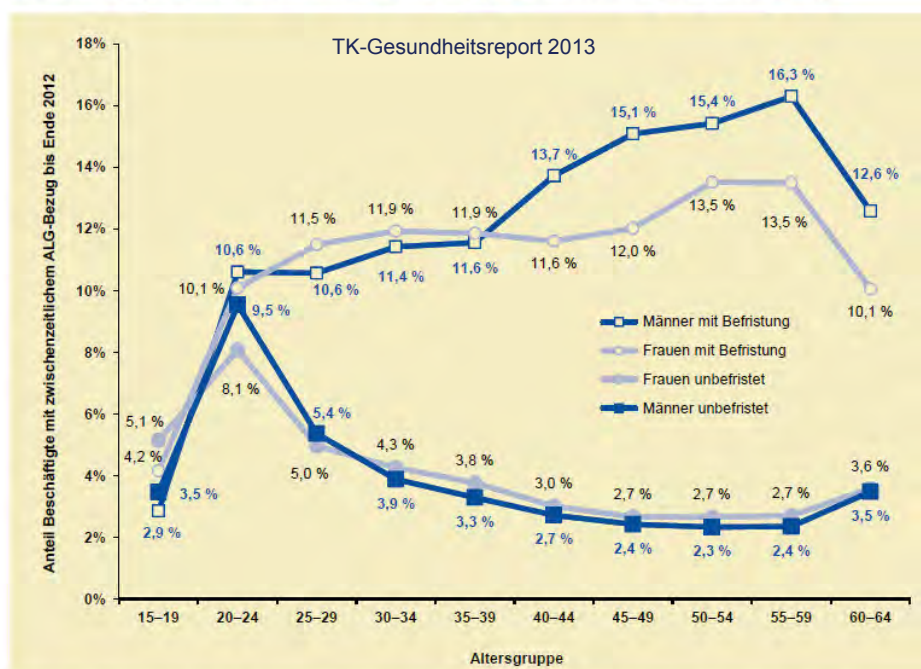
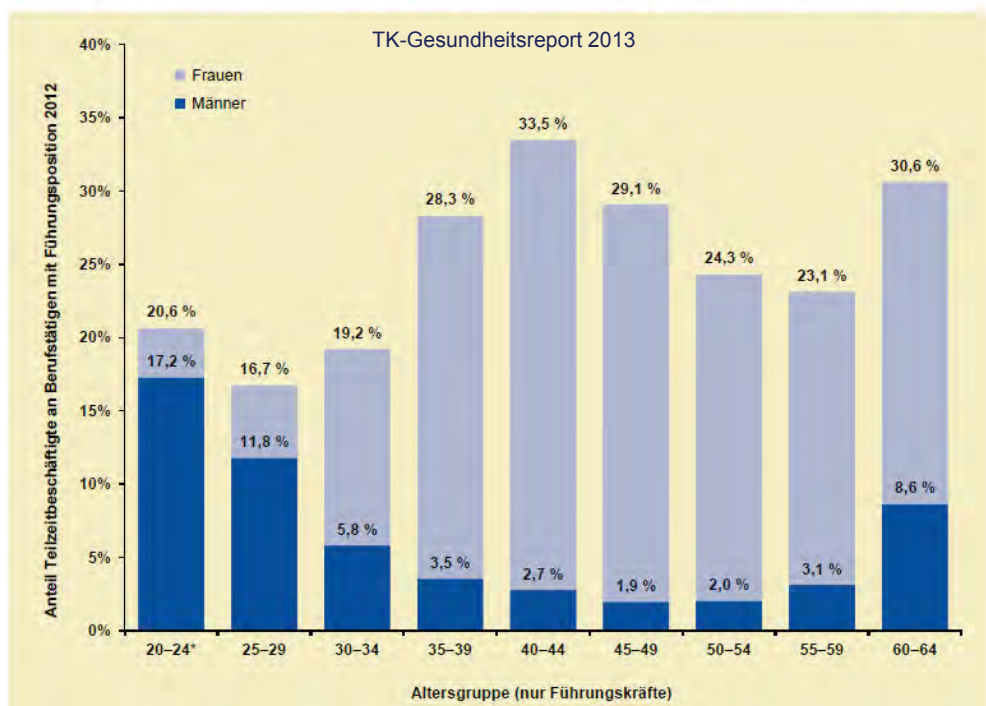


Abbildung 18 (Berufstätige Männer und Frauen mit gültigen Schlüsselangaben am 01.01.2012)

Geschlechtsspezifische Aspekte der Rehabilitation auf Basis des SGB VI

Anteil Teilzeitbeschäftigte bei Berufstätigen mit Führungspositionen 2012



Geschlechtsspezifische Aspekte der Rehabilitation auf Basis des SGB VI

Tab. 13: Vereinbarte und tatsächliche Wochenarbeitszeit nach Geschlecht

	Teilzeit		Vollzeit			
	10 bis < 20 Stunden	20 bis < 35 Stunden	35 bis < 40 Stunden	40 bis < 48 Stunden	48 bis < 60 Stunden	60 Stunden und mehr
Vereinbarte Wochenarbeitszeit						
Männer	2,1	5,4	39,6	50,4	2,1	0,5
Frauen	14,5	35,3	25,3	24,4	0,4	0,1
Tatsächliche Wochenarbeitszeit						
Männer	2,7	4,9	13,6	53,1	16,9	8,8
Frauen	12,5	31,0	14,4	32,5	6,7	2,9

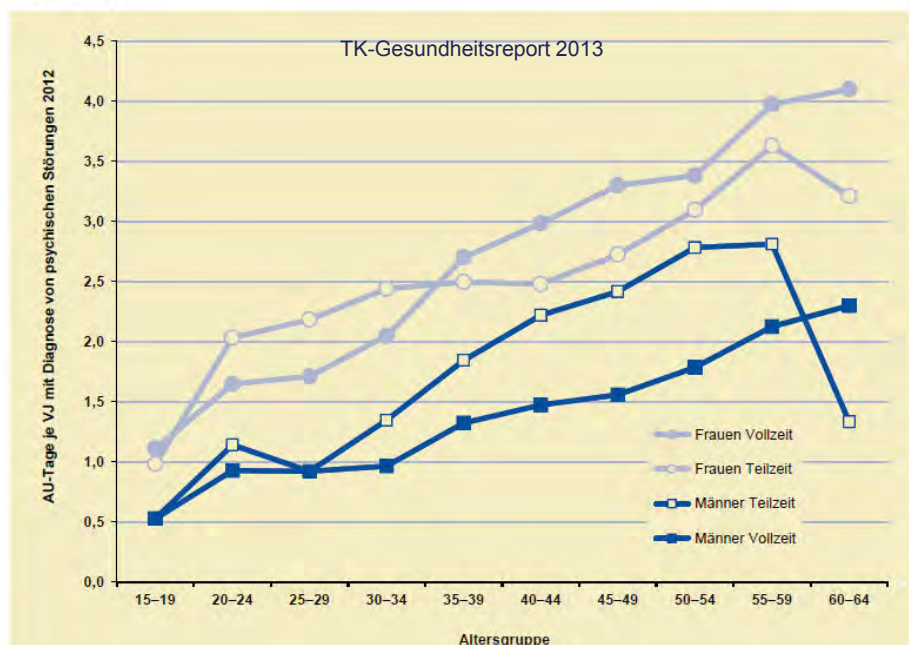
Werte in % der Erwerbstätigen

Quelle: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2011/2012, eigene Berechnungen

Quelle: Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, BIBB Geschlechtsspezifik 2012

Geschlechtsspezifische Aspekte der Rehabilitation auf Basis des SGB VI

Fehlzeiten mit psychischen Störungen nach Arbeitszeit, Geschlecht und Alter 2012



Geschlechtsspezifische Aspekte der Durchführung der Rehabilitation auf Basis des SGB VI

BiB Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
beim Statistischen Bundesamt

Jürgen Dabritz, Andrea Lengen, Kerstin Rückeschei

Einstellungen zu demographischen Trends und zu bevölkerungsrelevanten Politiken



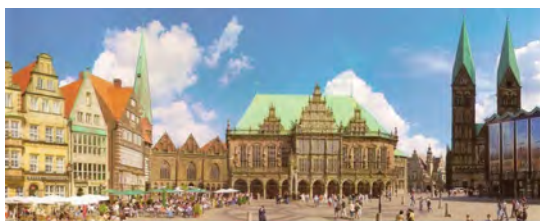
Ergebnisse der Population Policy Acceptance Study in Deutschland

Die unterschiedlichen Einstellungen der West- und Ostdeutschen sind erhalten geblieben. Weiterhin gilt, vereint leben aber unterschiedlich denken. Ostdeutsche sehen Ausländer und Zuwanderung viel stärker als Bedrohung an, als dies in Westdeutschland der Fall ist. In den Einstellungen der Ostdeutschen ist das Vereinbaren von Familie und Erwerbstätigkeit, obwohl dieser Trend auch für die alten Bundesländer erkennbar ist, viel stärker präsent. Im Westen ist dagegen häufiger eine Orientierung auf das Verwirklichen eigener Interessen sichtbar. Ähnlich deutliche Unterschiede haben wir auch bei den Geschlechterrollen festgestellt, die im Westen viel traditioneller als im Osten gesehen werden. Einig ist man sich noch am ehesten bei den Einstellungen zu Ehe und Familie.

Geschlechtsspezifische Aspekte der **Durchführung** der Rehabilitation auf Basis des SGB VI

- Die Reha-Durchführung ist stark auf das weibliche Geschlecht ausgerichtet („Rücken-Schule“ und „Lehr-Kochen“)
- Erste flächendeckende geschlechtsspezifische Aspekte erst seit 2 Jahren durch die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) eingeführt (Rollenbedingtes Verhalten am Arbeitsplatz)
- Vereinzelt bestehen Versuche in der psychosomatischen Rehabilitation mit Männergruppen bzw. geschlechtsspezifischen Angeboten für Rehabilitanden mit Traumatisierungen
- Die Durchführung der Reha variiert bei den Geschlechtern...

Geschlechtsspezifische Aspekte der **Durchführung** der Rehabilitation auf Basis des SGB VI



17. Reha-Wissenschaftliches Kolloquium

Evidenzbasierte Rehabilitation
~ zwischen Standardisierung
und Individualisierung

3. bis 5. März 2008 in Bremen

Deutsche Rentenversicherung Bund
Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen
In Zusammenarbeit mit:

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGReW)

Mittwoch, 5. März 2008

Raum	09:00 - 10:50	11:10 - 11:40	11:40 - 12:30	12:30 - 13:00	13:00 - 14:50	15:00 - 16:30
Hanse Saal	Leitlinien in der Reha	Plenarvortrag C. Korsukéwitz	Preisverleihungen			
Kaisersaal	Reha-Nachsorge				SV: Genderaspekte in der Psychosomatik	
Borgward Saal	ICF				SV: Ergebnismessung in der Reha	
Focke Wulff Saal	Gesundheitsbildung u. Patientenschulung				SV: Aktuelle Fragen des Reha-Rechts	
Lloyd Saal	Betriebliches Eingliederungsmanagement				ICF-Anwenderkonferenz	
Salon Danzig	Neurologische Reha II				SV: Konzepte u. Klassifikationen in der Kinder-Reha	
Salon London					SV: Sekundärprävention bei KHK	
Salon Rosellius					Reha und Integrierte Versorgung bei psychischen Erkrankungen	
Foyer					Posterausstellung	

Geschlechtsspezifische Aspekte der **Durchführung** der Rehabilitation auf Basis des SGB VI



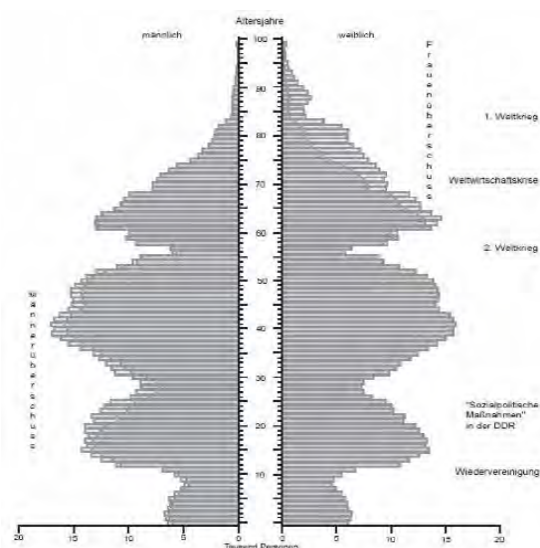
JULI

7. Juli 2010: 10:00 Uhr bis 16:00 Uhr

SOMMERSYMPOSIUM 2010*:

**Frauen sind anders, Männer auch –
geschlechtsspezifische Aspekte in der Psychotherapie**
Fachvorträge und Workshops

Geschlechtsspezifische Aspekte der **Durchführung** der Rehabilitation auf Basis des SGB VI

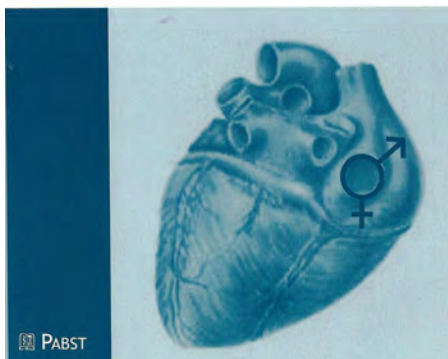


Geschlechtsspezifische Aspekte der **Durchführung** der Rehabilitation auf Basis des SGB VI

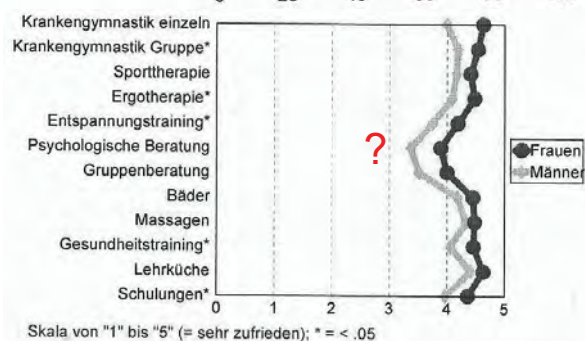
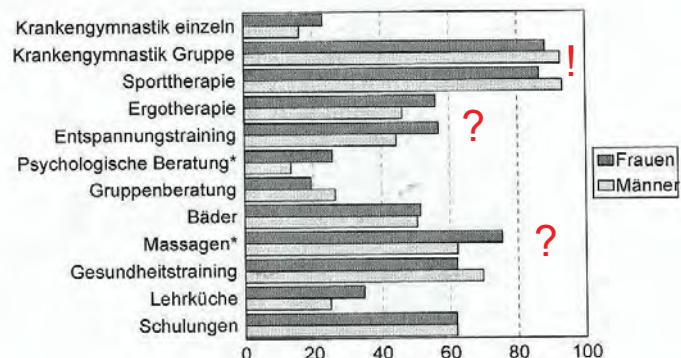
Oskar Mittag

Gendereffekte in der kardiologischen Rehabilitation

Vergleich von Versorgungsqualität, Krankheitsverarbeitung und Rehabilitationsverlauf bei Frauen und Männern nach erstem Herzinfarkt bzw. erster ACVB-Op oder PTCA



Pabst Science Publisher, 2005



Geschlechtsspezifische Aspekte **nach** einer kardiologischen Rehabilitation auf Basis des SGB VI

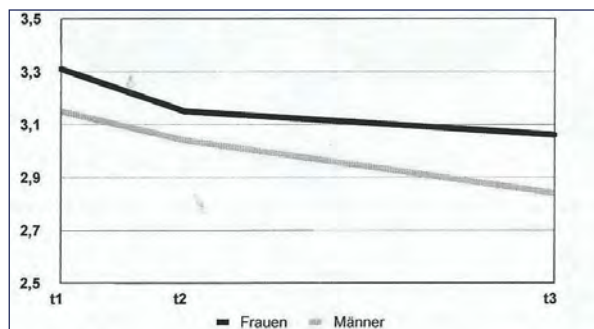


Abbildung 23: Allgemeine Befindlichkeit (NRS) im Rehavverlauf; hohe Werte zeigen schlechte Befindlichkeit (Verlaufskurve idealisiert; Abbildung

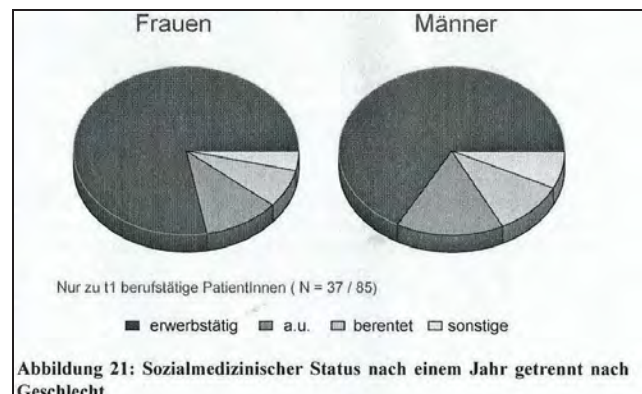
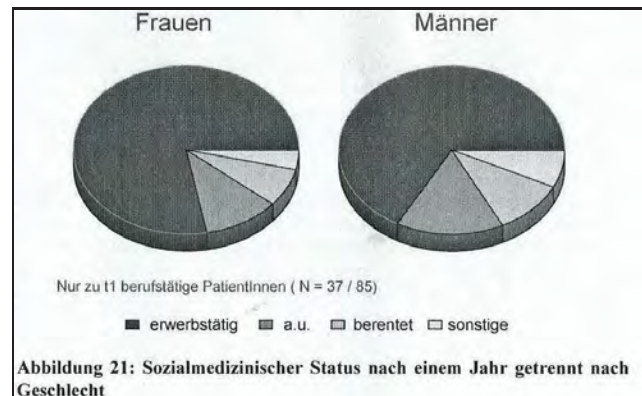
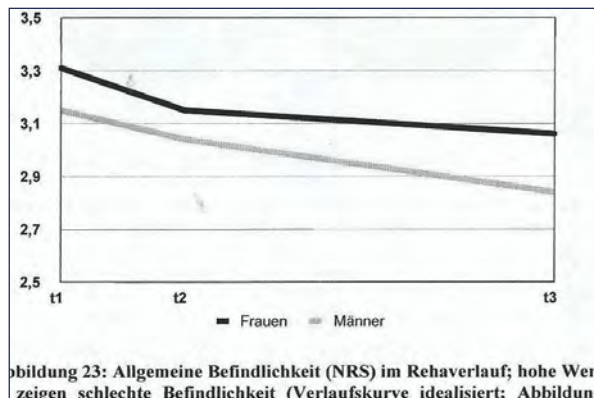


Abbildung 21: Sozialmedizinischer Status nach einem Jahr getrennt nach Geschlecht

- 12 Monate nach der kardiologischen Rehabilitation weisen Männer eine stärkere Verbesserung ihrer allgemeinen Befindlichkeit als Frauen auf
- 12 Monate nach der Reha-Maßnahme ist der Anteil der wieder arbeitsfähigen Frauen deutlich größer als der der Männer, u.a. da diese eine höhere Berentungsquote aufweisen

Geschlechtsspezifische Aspekte **nach** einer kardiologischen Rehabilitation auf Basis des SGB VI



O. Mittag: "Deutlich ausgeprägtere Unterschiede als zwischen den Geschlechtern haben wir dagegen innerhalb der Gruppe der Frauen gefunden, und zwar speziell zwischen jüngeren und älteren Frauen".

Geschlechtsspezifische Aspekte der medizinischen Rehabilitation auf Basis des **SGB V**



Geschlechtsspezifische Aspekte der medizinischen Rehabilitation auf Basis des **SGB V**



Abb. 4: Altersspezifische Erwerbsquoten bei Männern und Frauen, Deutschland 2008 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2009a). Ergebnisse des Mikrozensus. Anteil der Erwerbspersonen (Erwerbstätige und Erwerbslose gemäß ILO-Konzept) an der Bevölkerung je Geschlecht und Altersgrenze.

Geschlechtsspezifische Aspekte der medizinischen Rehabilitation auf Basis des **SGB V**

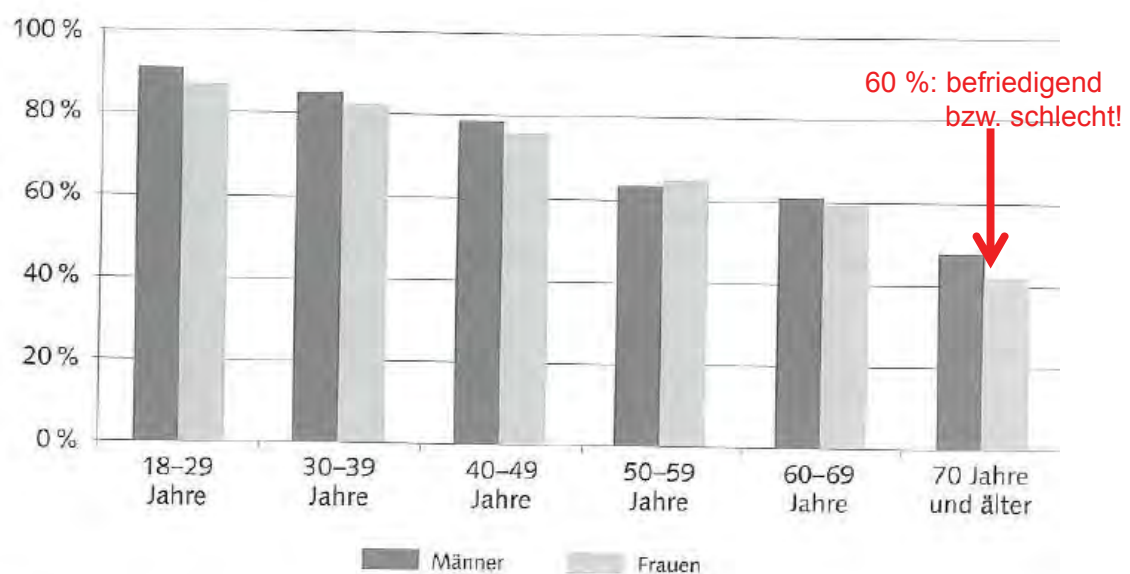
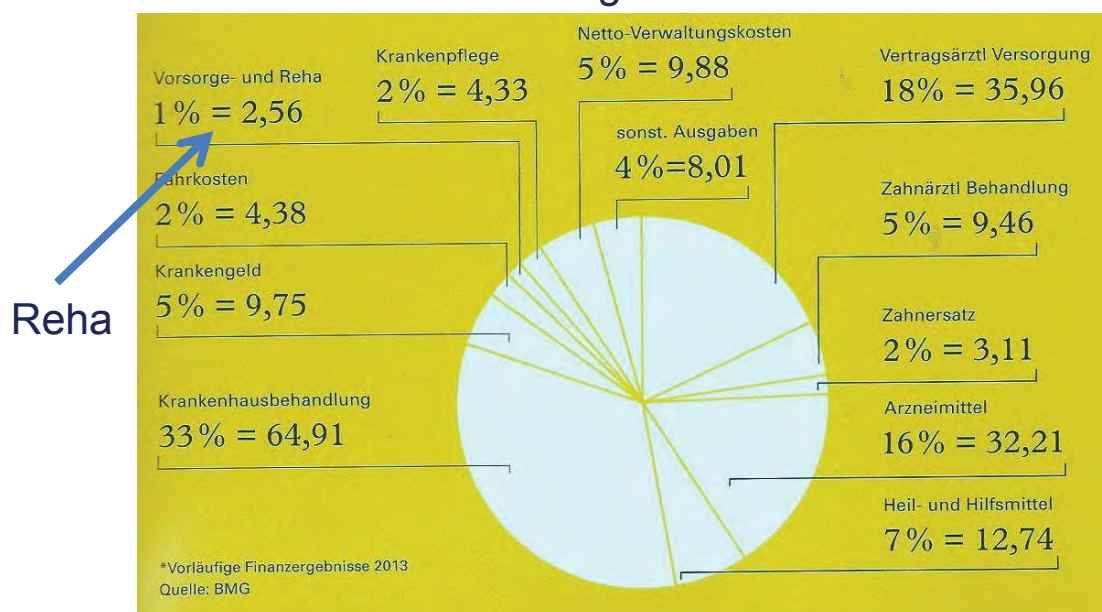


Abb. 6: Prävalenz des selbstberichteten allgemeinen Gesundheitszustands als „sehr gut“ oder „gut“ nach sechs Altersgruppen (Quelle: GEDA 2008) (Angaben in Prozent)

Geschlechtsspezifische Aspekte der medizinischen Rehabilitation auf Basis des **SGB V**

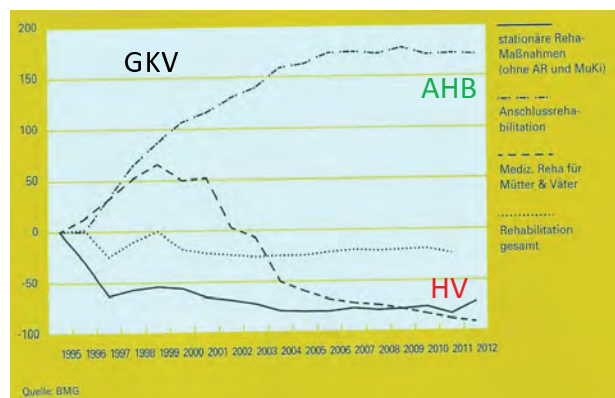
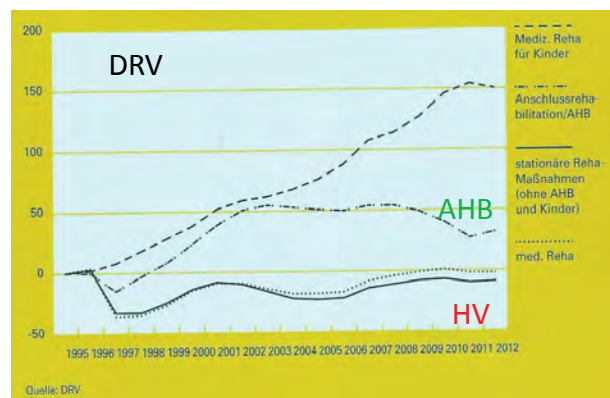
Anteil an GKV-Ausgaben 2013 in Mrd. €



Quelle: Geschäftsbericht BDPK 2014

Geschlechtsspezifische Aspekte der medizinischen Rehabilitation auf Basis des **SGB V**

Entwicklung von Antragsheilverfahren und AHB
bei der DRV und GKV

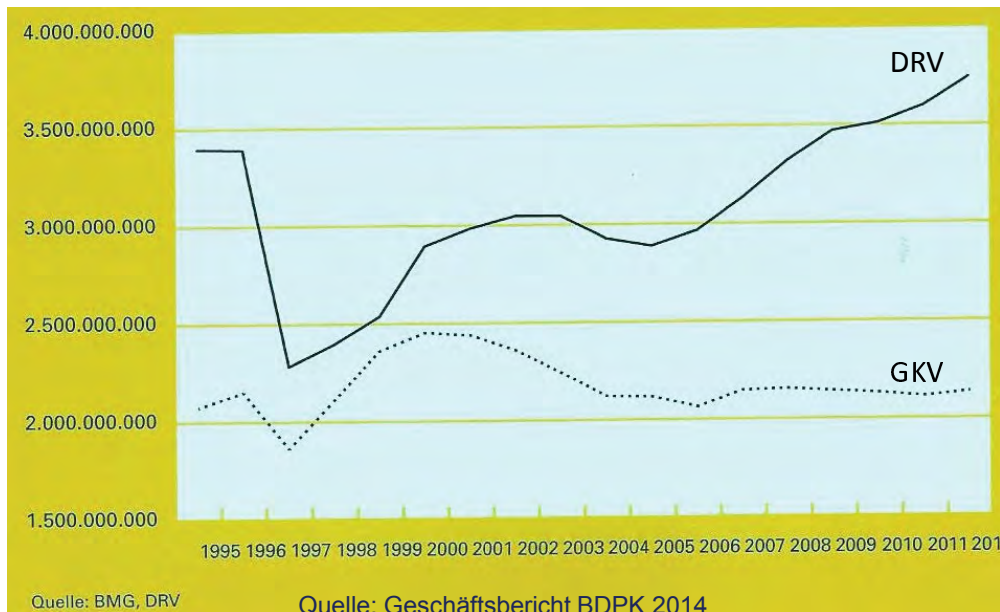


Quelle: Geschäftsbericht BDPK 2014

GKV: Kostenverschiebung aus dem Akutbereich in die Reha
zu Lasten der Heilverfahren älterer Menschen!

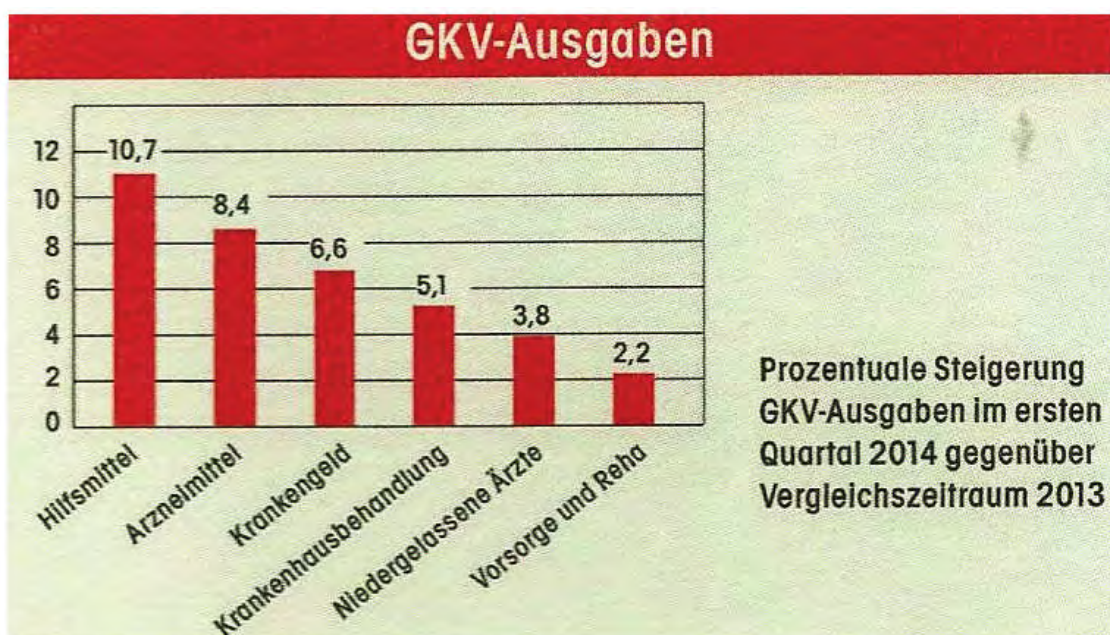
Geschlechtsspezifische Aspekte der medizinischen Rehabilitation auf Basis des SGB V

Entwicklung der Leistungsausgaben der DRV und der GKV



GKV: „Kostenbremse“ gegen den demographischen Trend!

Geschlechtsspezifische Aspekte der medizinischen Rehabilitation auf Basis des SGB V



Quelle: BAR-Info 4/2014



Geschlechtsspezifische Aspekte der medizinischen Rehabilitation auf Basis des SGB V

- Die Rehabilitation durch das Antragsheilverfahren älterer Männer, z. B. in der orthopädischen Indikation (Arthrosen, z. n. Schlaganfall) findet praktisch nicht mehr statt!
- Frauen haben noch einen Zugang durch biologisch bedingte Erkrankungen (z. B. Osteoporose) zum Heilverfahren
- Geschlechtsspezifische Ansätze in der Reha existieren nur sporadisch und werden auch nicht gesondert vergütet (z.B. „Höhenrieder Frauenprogramm in der Kardiologie“)

Geschlechtsspezifische Aspekte in der medizinischen Rehabilitation



Wien Med Wochenschr (2004) 154/17–18: 416–422
© Springer-Verlag 2004

WMW
Wiener Medizinische Wochenschrift
Printed in Austria

Rehabilitation unter geschlechtsspezifischen Aspekten

Veronika Fialka-Moser, Gerda Vacariu, Richard Crevenna und Malvina Herceg

Universitätsklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, Wien, Österreich

Zusammenfassung. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Rehabilitation können Beeinträchtigungen im Bereich der Körperfunktionen und Strukturen, der Aktivitäten des/r PatientInnen sowie der Teilhabe am sozialen Leben betreffen. Unterschiede im Rehabilitationszugang, im Verhalten, in der Konzeption und Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen werden dargestellt. Weiters wird auf geschlechtsspezifische Unterschiede beim Schmerz sowie bei muskuloskelettalen Erkrankungen eingegangen. Schließlich wird die Rehabilitation von Prostatakarzinompatienten diskutiert.

Geschlechtsspezifische Aspekte in der medizinischen Rehabilitation

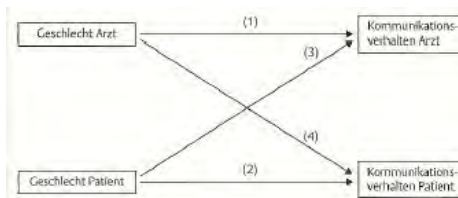


Geschlechtsspezifische Aspekte des Gesprächs zwischen Arzt und Patient¹

Gender-Specific Aspects of the Physician-Patient Interaction

Autoren
Institut

C. Klöckner Cronauer, M. Schmid Mast
Université de Neuchâtel, Schweiz



- Ärztinnen erzielen vor allem gute Patientenzufriedenheit, wenn sie patientenzentriert, also eher gemäß des weiblichen Geschlechtsstereotyps kommunizieren. Ärzte sind freier in ihrem Kommunikationsverhalten, um ihre Patienten zufriedenzustellen, erzielen mit einem patientenzentrierten Kommunikationsstil aber auch hohe Patientenzufriedenheit.
- Die Kommunikation in gleichgeschlechtlichen Dyaden verläuft meist am positivsten. Gegengeschlechtliche Dyaden sind besonders schwierig zwischen einer jüngeren Ärztin und einem Patienten.

Geschlechtsspezifische Aspekte in der medizinischen Rehabilitation



MITTEILUNGSBLATT DES
VEREINS ZUR
FÖRDERUNG DER
REHABILITATIONS-
FORSCHUNG
IN HAMBURG,
MECKLENBURG-
VORPOMMERN UND
SCHLESWIG-HOLSTEIN
E.V.

vffr-news

Seite 10

vffr-news

Impulse aus der Praxis

Gender Mainstreaming in der Rehabilitation

Es geht in der Rehabilitation also auch darum, "Gender-sensitive" Maßnahmen zu entwickeln, konsequent die "Gender-Perspektive" anzuwenden, die danach fragt, welche Auswirkungen unsere Aktivitäten und Maßnahmen auf Männer und Frauen haben, von welchen Konsequenzen sie jeweils betroffen sind, damit durch bessere Rahmenbedingungen kein Geschlecht strukturell benachteiligt wird.

Geschlechtsspezifische Aspekte der medizinischen Rehabilitation



Fazit und Ausblick

- Die Rehabilitation weist eine starke Geschlechtsspezifität auf, die heute noch nicht ausreichend berücksichtigt wird
- Die Ansätze aus der Psychosomatik und der Kardiologie müssen auch auf andere Indikationen (MSK-Reha) ausgedehnt werden
- Die Kostenträger und das BMG müssen dem Forschungsbedarf der Gendermedizin in der Rehabilitation Rechnung tragen
- Geschlechtsspezifische Therapieinhalte können wesentlich zur Verhaltensänderung beitragen

Geschlechtsspezifische Aspekte in der Rehabilitation



Gesundheitsberichterstattung zur gesundheitliche Situation von Frauen

Gesundheits- und Pflegeberichterstattung

Prof. Dr. Elkeles

Studentin: Karoline Hein

Matrikelnummer: 176213

WS 2014

13.01.2015 Karoline Hein, SS 2014

1

1. Einleitung
- 1.1 Rückblick der Frauengesundheitsforschung Deutschland
- 1.2 Notwendigkeit einer Frauengesundheitsberichterstattung
- 1.3 Leitgedanken des Frauengesundheitsberichts
- 1.4 Themengebiete des Frauengesundheitsbericht
2. Demographische Strukturdaten
- 2.1 Haushaltsstrukturen
- 2.2 Lebensformen im Lebenslauf
- 2.3 Soziale Lage

Inhalt

13.01.2015 Karoline Hein, SS 2014

2

3. Gesundheitsstatus
- 3.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit
- 3.2 Herz-Kreislauf-erkrankungen und Brustkrebs
4. Gesundheitskonzepte, Gesundheitshandeln
5. Frauenzentrierte Ansätze in der Gesundheitsversorgung
6. Diskussion
7. Fazit

Inhalt

13.01.2015 Karoline Hein, SS 2014

3

Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland 1999 (2001 veröffentlicht)

- Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklungen in West- und Ostdeutschland
- Von zahlreichen Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen in einem kooperativen, multiprofessionellen Netzwerk erstellt
- Fokus auf die Unterschiede in den neuen und alten Bundesländern
- Zeigt, dass Frauen keine homogene Gruppe sind
- Dass weitere Differenzierungen eingeführt werden müssen

1. Einleitung

vgl. u.a. Verbundprojekt (1999),
Babitsch (2005),
Stürzer/Corneließen (2005)

Karoline Hein, WS 2014

4

Rückblick Frauengesundheitsforschung

- 20 jährige Geschichte mit zwei Wurzeln
 - Frauengesundheitsbewegung der 70er und 80er Jahre
 - Sozialwissenschaftliche Frauenforschung
- Impulse: gesellschaftlichen und personalen Bedingungen zu untersuchen die Gesundheit erhalten und Krankheit verhindern
- Strukturen der Versorgung zu analysieren um den Bedarfen gerecht zu werden

Gesundheitswissenschaftliches Basiswissen, dass:

- Männer und Frauen in ihrer gesundheitlichen Lage und Bedürfnissen unterscheiden
- Geschlecht zentrale Variable: beeinflusst Gesundheit
- GBE Ansatzpunkte identifizieren für die Verbesserung der gesundheitlichen Lage

1. Einleitung

1.1 Rückblick Frauengesundheitsforschung

vgl. u.a. Verbundprojekt (1999),
Babitsch (2005),
Stürzer/Corneließen (2005) Karoline Hein, WS 2014

5

Warum Gesundheitsberichterstattung zur Frauengesundheit?

- Ermittlung Versorgungsbedarf von Frauen
- Um gesundheitliche Situation von Frauen zu verbessern

Bedarf, weil

- Frauen und Männer sich hinsichtlich ihrer Krankheiten und gesundheitlichen Einschränkungen unterscheiden
- Arbeits- und Lebensbedingungen unterschiedliche Faktoren wirksam
- Beide Geschlechter unterscheiden sich hinsichtlich ihrer körperlich- biologischen Bedingungen
- Unterschiedliche Sozialisationserfahrungen und Lebensbedingungen = unterschiedlicher Umgang Gesundheit/ Krankheit und Belastungen
- nehmen unterschiedliche Versorgungsbereiche in Anspruch/ werden unterschiedlich wahrgenommen und behandelt

1. Einleitung

1.2 Notwendigkeit Frauengesundheitberichterstattung

vgl. u.a. Verbundprojekt (1999),
Babitsch (2005),
Stürzer/Corneließen (2005) Karoline Hein, WS 2014

6

Warum Gesundheitsberichterstattung zur Frauengesundheit?

- Leitgedanken zum Frauengesundheitsbericht (1999)
 - Neuorientierung im Gesundheitswesen
 - Schädlichen Auswirkungen noch unzureichender Gleichstellung auf Gesundheit und Wohlbefinden gezielt begegnen
 - Aufmerksamkeit gegenüber der frauenspezifischen Benachteiligung und ihrer Bedürfnisse schärfen
 - Um Bedeutung des Geschlechts auf Gesundheit für Männer und Frauen systematisch zu berücksichtigen
 - = zielgerechten Einsatz in der Versorgung
 - Frauengesundheitsberichterstattung also originäre Aufgabe von Public Health
 - Leitgedanken bilden theoretischen Hintergrund für die Berichterstattung
 - Beziehen sich auf die spezifischen gesundheitlichen Bedingungen von Frauen
 - Abzuleitende Handlungsbedarf wird beschrieben
 - Forschungsdefizite und Forschungsbedarfe werden aufgezeigt

1. Einleitung

1.3 Leitgedanken Frauengesundheitsbericht

vgl. Verbundprojekt (1999) Karoline Hein, WS 2014

7

Themengebiete Frauengesundheitsbericht (1999):

- Soziodemographische und sozioökonomische Indikatoren der Arbeits- Lebensbedingungen von Frauen in Familie und Beruf
- Unterschiede im Gesundheitszustand von Frauen und Männern, bezogen auf das jeweils spezifische Todesursachenspektrum und im Hinblick auf für Frauen besonders relevante Erkrankungen
- Die gesundheitsbezogenen Lebensweisen von Frauen, ihre Vorstellungen von Gesundheit und ihr Gesundheitshandeln
- Gewalt gegen Frauen
- Die reproduktive Gesundheit von Frauen im Lebensverlauf
- Frauenarbeit in Familie und Beruf und die gesundheitlichen Auswirkungen
- Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter
- Frauen in besonderen Lebenslagen
- Frauenzentrierte Ansätze in der Gesundheitsförderung und - Versorgung

1. Einleitung

1.4 Themengebiete des Frauengesundheitsbericht

Vgl. Verbundprojekt (1999) Karoline Hein, WS 2014

8

Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011

	2013	2012	2011
--	------	------	------

Bevölkerung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit

Bevölkerungsstand	31.03.2013 ²	30.06.2013 ²	30.09.2013 ²	31.12.2013 ²
	1 000			
Insgesamt	80 511,3	80 585,7	80 767,5	80 767,5
männlich ¹	39 389,6	39 444,1	39 527,8	39 557,1
weiblich ¹	41 121,7	41 141,5	41 210,4	41 210,4
Deutsche ¹	73 807,0	73 773,8	73 775,7	73 755,7
männlich ¹	35 991,5	35 982,3	35 989,3	35 984,3
weiblich ¹	37 815,5	37 791,5	37 786,5	37 771,4
Nichtdeutsche ¹	6 704,4	6 811,9	6 940,2	7 011,8
männlich ¹	3 398,1	3 461,8	3 538,5	3 572,8
weiblich ¹	3 306,3	3 350,1	3 401,7	3 439,0

¹ Vorläufiges Ergebnis.
² Zensusdaten mit dem Stand vom 10.04.2014.

Quelle: Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011.

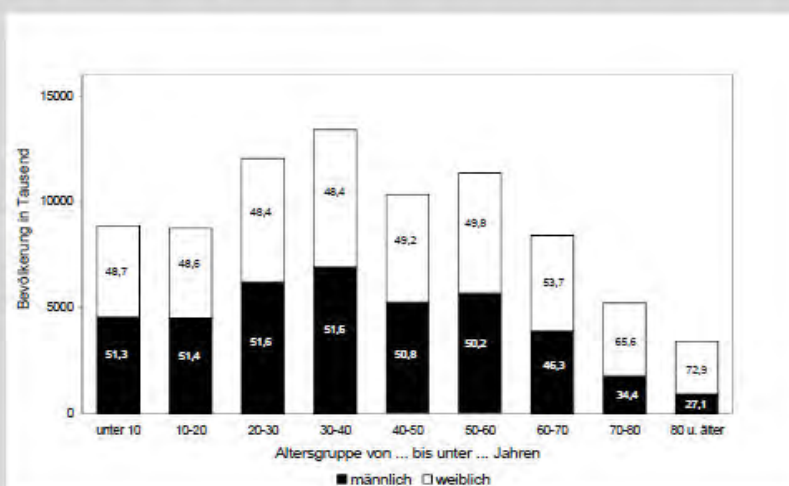
2. Demographische Strukturdaten

Abb: Zensus 2011 Karoline Hein, WS 2014

9

• Bevölkerung nach Altersklassen und Geschlecht in Prozent

Abbildung 2.1-1: Bevölkerung Deutschlands am 1.1.1995 nach Altersklassen und Geschlecht in Prozent



Quelle: StBA 1997d: 28.

2. Demographische Strukturdaten

Abb: Verbundprojekt (1999) Karoline Hein, WS 2014

10

Haushaltsstrukturen

- Viele Gesundheitsprobleme und – ressourcen von Frauen sind abhängig vom Familienstand, den Formen des Zusammenlebens und von der Kinderzahl
- Faktoren beeinflussen Aufgaben, Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten
- Wirken sich z.B. Auf psychosoziale Unterstützung und sozialen Netzwerke aus
- Scheidung/ Trennung sind für die Gesundheit wichtige Lebensereignisse (können positiven und negativen Einfluss auf Gesundheit haben)
- Im Bericht wurde daher die Gruppe der alleinlebenden, alleinerziehenden, verwitweten, älteren Frauen sowie ihre Lebensbedingungen besondere Beachtung geschenkt

2. Demographische Strukturdaten

2.1 Haushaltsstrukturen

Vgl. Verbundprojekt (1999) Karoline Hein, WS 2014

11

Lebensformen im Lebenslauf

- Beide Geschlechter partizipieren an den verschiedenen Formen des Zusammenlebens lebenslaufspezifisch unterschiedlich
- Frauen verlassen früher Elternhaus
- Gehen im jüngeren Alter Partnerschaften und Ehen ein
- Im höheren Alter mehr alleinstehende Frauen
- Nach Mikrozensusdaten von 1993 lassen sich in fast allen Altersstufen Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern finden:
- In neuen Bundesländern lebten Frauen früher im eigenen Haushalt und bekamen früher Kinder
- Ebenso mehr verheiratete Frauen wie alleinerziehende Frauen
- Durch späte Familiengründungsphase in alten Bundesländern: lebten bei den 45-65 jährigen Frauen mehr verheiratete Frauen in Haushalten mit Kindern

2. Demographische Strukturdaten

2.2 Lebensformen im Lebenslauf

Vgl. Verbundprojekt (1999) Karoline Hein, WS 2014

12

Soziale Lage

- Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit und Krankheit ist in zahlreichen Studien belegt worden (vgl. z.B. Mielck (1994) und Babitsch (1998))
- Zentrale Merkmale der sozialen Lage
 - Schulbildung
 - Qualifikation
 - Erwerbsbeteiligung
 - Einkommen
 - Armut
- Bericht geht zusätzlich auf
 - Wohnverhältnisse von Frauenhaushalten ein
 - Familienarbeit (um den geschlechtsspezifischen Unterschieden in den Lebenslagen gerecht zu werden)

2. Demographische Strukturdaten

2.3 Soziale Lage

Vgl. Verbundprojekt (1999) Karoline Hein, WS 2014

13

Ausbildung und Qualifikation:

- Schulbildung- Bildungsbedürfnis und Bildungsniveau der Mädchen steigt kontinuierlich
 - 1995 54% Mädchen in Gymnasien
 - 1950 lediglich 36,5 %
- Entwicklung des Bildungsniveau zeigt sich auch im Generationenvergleich
 - Gruppe der 20- 29 Jährigen Frauen liegt Anteil der Hochschulreife 6fach höher als in Gruppe der 60 jährigen Frauen
 - Mehr Frauen insgesamt an Hochschulen
 - auch Anstieg von Promovierenden und Habilitierenden Frauen
- Ausbildungsberufe
 - Berufswahl folgt scheinbar noch nach traditionell geschlechtsspezifischen Erwartungen
 - Jungen vorrangig technische und handwerkliche Ausbildungsberufe
 - Mädchen eher Büro- Gesundheitsdienst- und Verkaufsberufe
- Studentinnen wählen Schwerpunktmäßig andere Studienfächer als Studenten
- Dennoch Frauenanteil nimmt mit zunehmender Qualifikationsstufe ab (Stellenbesetzung)

2.3 Soziale Lage

Vgl. Verbundprojekt (1999) Karoline Hein, WS 2014

14

Bevölkerung nach letztem berufsbildendem Abschluss in Deutschland

Tabelle 2.3-2: Bevölkerung nach letztem berufsbildendem Abschluß in Deutschland 1996

Art der Berufsausbildung	Frauen	Männer
	in %	
ohne Abschluß	37,2	22,6
Lehre/Praktikum	50,4	53,7
Meisterin/Meister / Technikerin/Techniker	5,0	10,0
Fachhochschul-, Hochschulabschluß	7,4	13,6
Insgesamt	100	100

Quelle: StBA 1998c: 46; Mikrozensus-Daten.

2. Demographische Strukturdaten

2.3 Soziale Lage

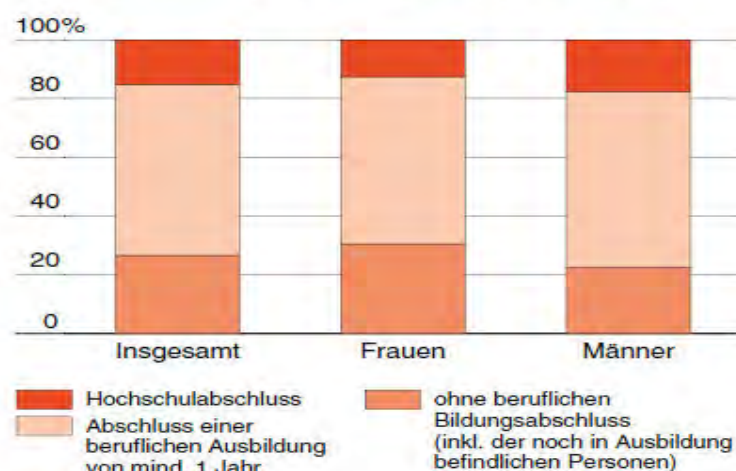
Abb. 1: StBA 1998c:46
Mikrozensus- Daten in

Verbundprojekt Karoline Hein, WS 2014

15

Bevölkerung nach letztem berufsbildendem Abschluss in Deutschland

Abb. 2 Höchster beruflicher Abschluss der Personen ab 15 Jahre am 9. Mai 2011 nach Geschlecht



2. Demographische Strukturdaten

2.3 Soziale Lage

Abb. 1: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2013

Karoline Hein, WS 2014

16

Bildung und Erwerbsbeteiligung

- Benachteiligung von Frauen ist einer Art „Bildungsrevolution“ gewichen
- Bildungsniveau und ökonomische Unabhängigkeit steigt kontinuierlich an
- jedoch nicht Chancenstruktur im Beschäftigungssystem
 - Frauen im Vergleich zu Männern bei gleicher Qualifikation im Einkommensniveau/ Möglichkeiten des beruflichen Aufstiegs benachteiligt
 - Haben erhöhtes Risiko erwerbslos zu werden
- Trotz gestiegener Erwerbsbeteiligung, wird traditionelle familiäre Arbeitsteilung beibehalten
- Neue Bundesländer: schon vor Wende Erwerbsbeteiligung der Frauen höher als im Westen
- Im Zeitvergleich nähern sich die Erwerbsquoten der Frauen in Ost und West an
- 1999 lag Erwerbsquote der Frauen in den alten Bundesländern bei 61,7% in neuen bei 73,0% (Mikrozensus 1999)

2. Demographische Strukturdaten

2.3 Soziale Lage

Vgl. u.a. Verbundprojekt (1999)
Babitsch (2005) und Badura
2003 et al.

Karoline Hein, WS 2014

17

- Erwerbstätige Frauen vor allem im Dienstleistungssektor beschäftigt
- In Führungspositionen ausgesprochen selten
- Meist Teilzeit oder geringfügige Beschäftigung
- Erwerbssituation wirkt sich auf Einkommensverhältnisse aus
 - Einkünfte, Altersrente durchschnittlich unter denen der Männer
 - Haushalte mit Kindern verfügen über weniger Geld als welche ohne (zeigt Vergleich der Äquivalenzeinkommen untersch. Haushaltstypen)
 - Weibliche Armutsraten liegen über denen der Männer
- Indikator der sozialen Lage: alleinerziehende Mütter besonders benachteiligt
 - Geringsten finanziellen Mittel
 - Höchste Sozialhilfequote (im Vergleich zu anderen Gruppen)
 - Dramatisch hohe Armutsquoten (nach 50%- Armutsgrenze berechnet)

2. Demographische Strukturdaten

2.3 Soziale Lage

Vgl. Verbundprojekt
Frauengesundheit (1999)

Karoline Hein, WS 2014

18

Gesundheitsstatus

- Berichtet die Basisdaten zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland
- Geben Aufschluss über Unterschiede der Todesursachen, Lebenserwartung und Gesundheitszustand
- Geben Hinweise zur Krankheitsverhütung und gesundheitliche Versorgung
- Zeigt Krankheiten auf, die für die gesundheitliche Situation von Frauen von Bedeutung sind
- Themenbereiche, die aufgegriffen wurden, lediglich Auswahl und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit

3. Gesundheitsstatus

Vgl. Verbundprojekt
Frauengesundheit (1999) Karoline Hein, WS 2014

19

- Lebenserwartung wesentlicher Indikator zur Beurteilung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung
- Lebenserwartung nimmt kontinuierlich zu
- Frauen in BRD Lebenserwartung von 79,8 Jahren (1998)
- Männer von 73,3 Jahren
- Gesamte Sterblichkeit wird vom Mortalitätsgeschehen in oberen Altersgruppen dominiert (der über 79 jährigen)

Frühsterblichkeit:

- bei Frauen, vornehmlich durch Krebserkrankungen (insbesondere Brustkrebs mit 12,1%) verursacht
- bei den Männern Herzinfarkt (11,4%), Lungenkrebs (8,6%) und unnatürliche Todesursachen (13,9%)

3. Gesundheitsstatus

3.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit

Vgl. Verbundprojekt
Frauengesundheit (1999) Karoline Hein, WS 2014

20

Abbildung 8.5: Lebenserwartung von Frauen und Männern bei der Geburt nach Bundesländern in Deutschland 2002 (in Jahren)



3. Gesundheitsstatus

3.2 Lebenserwartung und Sterblichkeit

Abb. 1: DJI Regionaldatenbank Karoline Hein, WS 2014

21



Anmerkung: Für Bayern, das Saarland, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Hamburg liegen für das Jahr 2002 noch keine Daten vor.

Datenbasis: Todesursachenstatistik

Quelle: DJI-Regionaldatenbank

3. Gesundheitsstatus

3.2 Lebenserwartung und Sterblichkeit

Abb. 1: DJI Regionaldatenbank Karoline Hein, WS 2014

22

Herz-Kreislaufkrankungen

- in Wissenschaft und medizinischen Versorgung lange nicht beachtet worden
- Herzinfarktrisiko bei Frauen wird oft unterschätzt
 - „untypische Symptomatik“ (nicht wie bei Männern)
- Im Alter 52,9% aller Todesursachen
- Mit Zunahme der Lebenserwartung der Frauen:
 - steigt absolute Zahl der HKK Todesfälle
 - Bedarf an medizinischer und pflegerischer Betreuung im höheren Lebensalter
- Bei Frauen zwar Herzinfarktsterblichkeit in geringem Maße zurück gegangen
- Jedoch erhebliche Zunahme der HKK Morbidität bei jüngeren Frauen
- Bedarf an zunehmender Aufklärung der Bevölkerung

3. Gesundheitsstatus

3.2 Herz- Kreislaufkrankungen und Brustkrebs

Vgl. Verbundprojekt (1999) Karoline Hein, WS 2014

23

Brustkrebs

- häufigste Krebserkrankung und häufigste Krebstodesursache bei Frauen
- Erkrankungs- und Sterbefälle stiegen bis zur 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts
- Bei Sterblichkeit seit 70er Jahren keine Steigung mehr (vgl. RKI 2005)
- Zwischen Ost und Westdeutschland deutliches Gefälle
- In alten Bundesländern höhere Erkrankungs- und Sterberaten (siehe Abb.)

Anerkannte Faktoren (Entstehung Mamma- Karzinom):

- Familiäre Belastung/ Brustkrebsgeschichte
- Reproduktive und hormonelle Faktoren (z.B. exogene Hormone)
- Sozioökonomische Faktoren
- Ernährungsweise

Nicht ausgeschlossen werden kann:

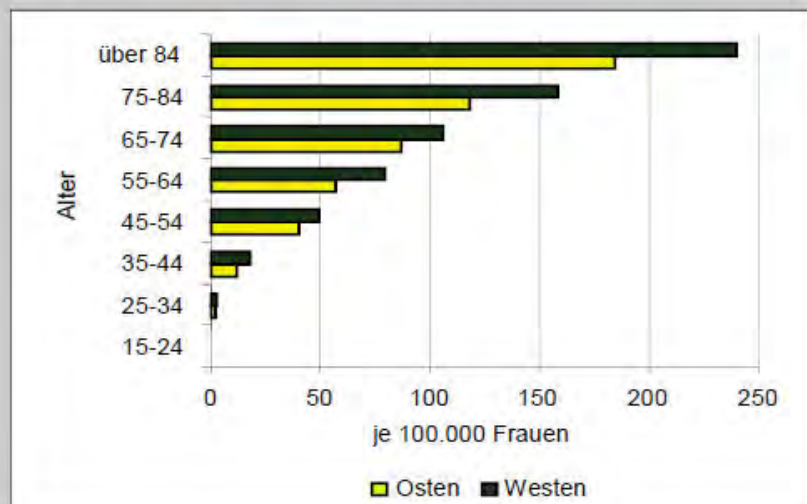
- Alkoholkonsum (alkoholbedingt erhöhte Östrogenanteil)
- Strahlenexposition und Chemische Verbindungen, die in das Hormonsystem eingreifen
- Psychosoziale Faktoren

3.2 Herz-Kreislaufkrankungen und Brustkrebs

Vgl. Verbundprojekt(1999) Karoline Hein, WS 2014

24

Abbildung 3.3-1: Sterblichkeit an Brustkrebs nach Alter je 100.000 Frauen, 1995



Quelle: StBA: Todesursachenstatistik; StBA 1998a: 174.

3. Gesundheitsstatus

3.2 Herz- Kreislauferkrankungen und Brustkrebs

Abb: Verbundprojekt
Frauengesundheit (1999) Karoline Hein, WS 2014

25

Im Hinblick auf die Ätiologie der Krankheit: erheblicher Forschungsbedarf

- Fehlen Erkenntnisse über Verarbeitungsstrategien Betroffener
 - Bedarf weiterer Studien
 - Breite Öffentlichkeitsarbeit zur Enttabuisierung
- Effektivität von Früherkennungsprogrammen wird weiterhin diskutiert
- Insbesondere Mammographie
 - Kommt auf Einhaltung entsprechender Qualitätsmaßstäbe an
 - Vor- und Nachteile müssen bekannt sein und abgewogen werden (Aufklärung durch Arzt)
- In Anbetracht des ungenügenden Erkenntnisstand von Ursachen und Risikofaktoren
- Sekundärprävention (Früherkennung) besondere Bedeutung
- Studienergebnisse von Chang- Claude und Bertz/ Schön von 1995 zeigen, dass etwa jede 10. Frau in Deutschland Brustkrebs

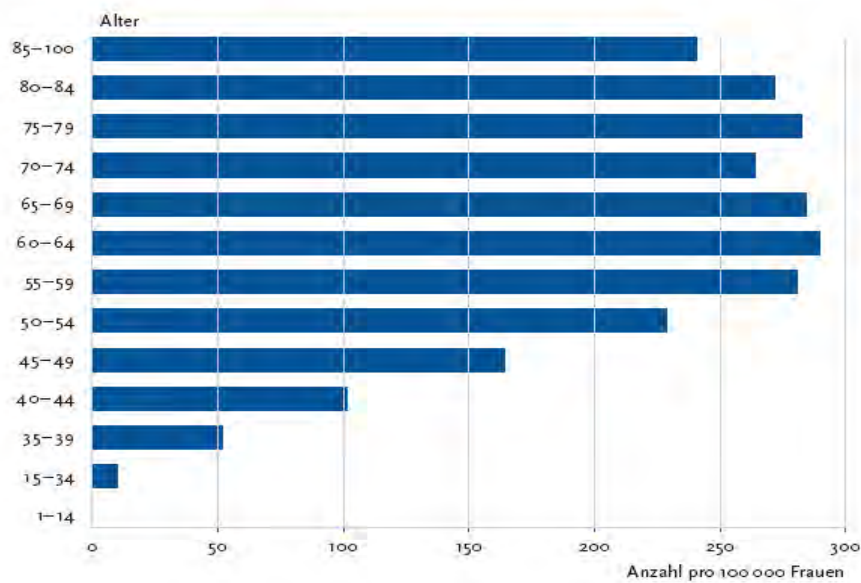
3. Gesundheitsstatus

3.2 Herz- Kreislauferkrankungen und Brustkrebs

Vgl. GBE des RKI Brustkrebs
(2005) und Verbundprojekt
Frauengesundheit (1999) Karoline Hein, WS 2014

26

Abbildung 1.2.24: Schätzung der altersspezifischen Inzidenz pro 100 000 Frauen für Brustkrebs in Deutschland 2002. Quelle: GEKID, RKI: Krebs in Deutschland



3. Gesundheitsstatus

3.2 Herz- Kreislauferkrankungen und Brustkrebs

Abb. Gesundheit in Deutschland, 2006 Karoline Hein, WS 2014

27

- Subjektive Indikatoren Gesundheit, Hinweise auf verschiedene Aspekte der Gesundheit
 - Subjektive Gesundheitskonzepte
 - Gesundheitshandeln
 - Wohlbefinden
- Stellen wichtige Ergänzung zu objektiven Gesundheitsdaten dar
- Indikatoren spiegeln die Belastungen und Ressourcen des Lebensalltags von Frauen wieder
- Über Indikatoren wird Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit deutlich
- Frauen mit geringerer Bildung und niedriger Sozialschicht berichten über geringeres psychisches und körperliches Wohlbefinden

4. Gesundheitskonzepte und Gesundheitshandeln

Vgl. Verbundprojekt (1999) Karoline Hein, WS 2014

28

- Sensibilität geschlechtsspezifische Problem- und Lebenslagen von Frauen finden eher durch engagierte Einzelpersonen Eingang in reguläre Versorgung
- Konzepte frauenzentrierter Versorgung konzentrieren sich auf spezifische Krankheiten und Problemlagen
- gemeinsame Elemente erkennbar
 - Erörterung und Verständnis der Lebenssituation der Frauen
 - Haltung der Wertschätzung und Respekt gegenüber ihrer Entscheidungen
 - Streben nach Stärkung ihrer Ressourcen, Selbstheilungs- und Selbsthilfepotentials
 - Ganzheitliches gesundheitliches Verständnis
 - Körper im Kontext sozialer und psychischer Beziehungen
- Was Frauen für Erwartungen an eine frauenzentrierte Versorgung haben:
 - Frauen fühlen sich im System der Gesundheitsversorgung vielfach benachteiligt
 - Frauenzentrierte Ansätze werden als Stärkung erlebt
 - Generelles Bedürfnis nach Informationen und Beratung
 - Erfahrungen: Medizin rein körperliche Betrachtung

5. Frauenzentrierte Ansätze in der Gesundheitsversorgung

Vgl: Verbundprojekt (1999) Karoline Hein, WS 2014

29

Demenz- Erkrankungen: warum mehr Frauen als Männer erkranken...

Tabelle 1: Prävalenz von Demenzerkrankungen in Abhängigkeit vom Alter

Altersgruppe	Mittlere Prävalenzrate nach EuroCoDe (%)			Geschätzte Krankenzahl in Deutschland Ende des Jahres 2012		
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
65-69	1,79	1,43	1,60	33.700	29.200	62.900
70-74	3,23	3,74	3,50	72.300	97.000	169.300
75-79	6,89	7,63	7,31	109.100	155.600	264.700
80-84	14,35	16,39	15,60	129.900	233.000	362.900
85-89	20,85	28,35	26,11	85.000	271.800	356.800
90 und älter	29,13	44,17	40,95	39.300	217.200	256.500
65 und älter	6,56	10,51	8,82	469.200	1.009.900	1.479.100

6. Diskussion

Abb: Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2014

Karoline Hein, WS 2014

30

- GBE als Voraussetzung für gezielte geschlechtsspezifische Maßnahmen
- Sinnvolle Gesundheitsförderung, nicht nur biologische, sondern auch soziale Faktoren
- Einbeziehung bestimmter psychologischer und sozialer Indikatoren daher unabdingbar
- Gesundheitsberichterstattung - kein Datenfriedhof sondern Politikinstrument

Geschlechtergerechte Gesundheitsforschung

- Eine bloße Unterscheidung in zwei Geschlechter reicht nicht aus
- Selbst in biologischen Ansätzen müssen weitere Differenzierungen eingeführt werden
- Sozialwissenschaftliche, psychosoziale und biologische Erklärungsansätze müssen vielmehr aufeinander bezogen werden

7. Fazit

27.11.2014 Karoline Hein, WS 2014

31

- Global Gender Gap Report



7. Fazit

Vgl. Global Gender Gap Report
2014 Karoline Hein, WS 2014

32

Literatur

Amelung, V. et al. (2014): Gesundheit und Gesellschaft. Das AOK Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft. Ausgabe 10/2014, 17. Jahrgang.

Babitsch, B. (2005): Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Auflage 1. Verlag Hans- Huber.

Baude, M. et al. und Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Referat II B-Psychiatrische Versorgung, Gesundheitliche Zielplanung, Prävention und öffentlicher Gesundheitsdienst, Berlin (2003): Bericht über die gesundheitliche Situation von Frauen in Berlin.

Begenau, J. et al. und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1999): Verbundprojekt zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland.

Bickel, H. (2014) und Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz. Informationsblatt 06/2014.

Cornelißen, W. et al. (2005): Gender Datenreport. 1. Datenreport zur Gleichstellung von Männern und Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München.

Literatur

Cüppers, G. et al. und Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen (2013). Gender Datenreport. Berlin 2012.

Kohlhammer (1999): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklungen in Ost- und Westdeutschland.

Hurrelmann, K. et al. (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit- Männer und Frauen im Vergleich. Hans- Huber, Bern.

Maurer, G. (2010): Frauengesundheit in Theorie und Praxis. Feministische Perspektiven in den Gesundheitswissenschaften Transcript Verlag, Bielefeld.

World Health Organisation (2009): Women an health: today´s evidence, tomorrow´s agenda. WHO Library Cataloguing-in- Publication Data.

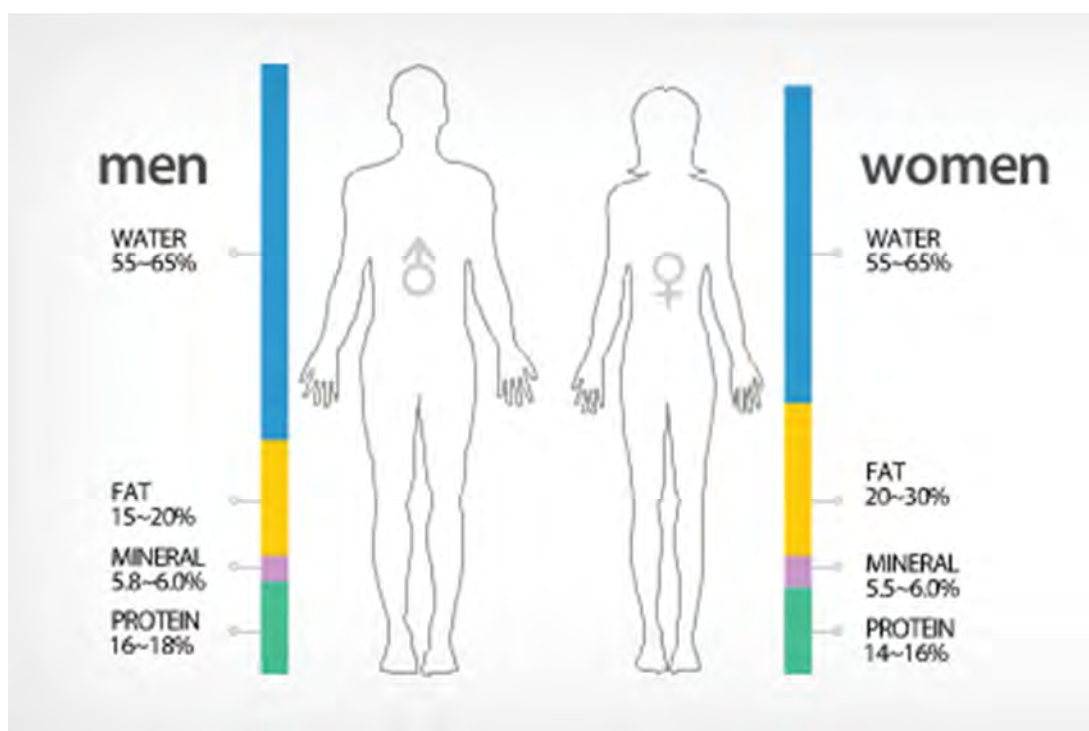


Existiert eine physiologische Grundlage für eine geschlechtsspezifische Ernährung?

Sollen Männer anders essen als Frauen?

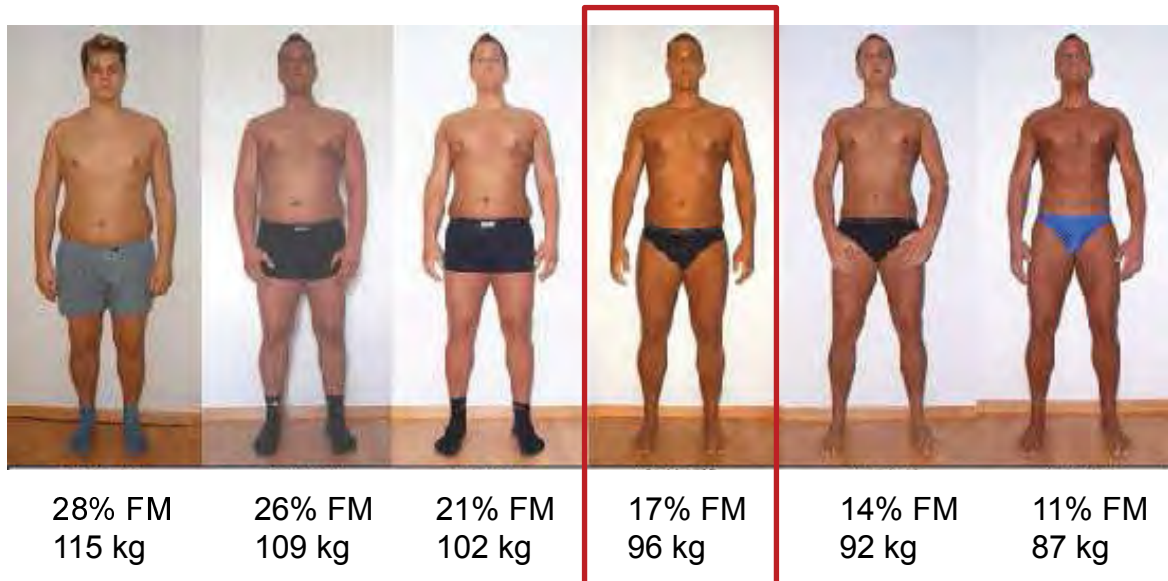
Priv. Doz. Dr. Luzia Valentini
Hochschule Neubrandenburg

Geschlechtsspezifische Körperzusammensetzung





Veränderung der Körperzusammensetzung durch körperliche Aktivität



Frau ist nicht gleich Frau



Alle Frauen wiegen 68 kg



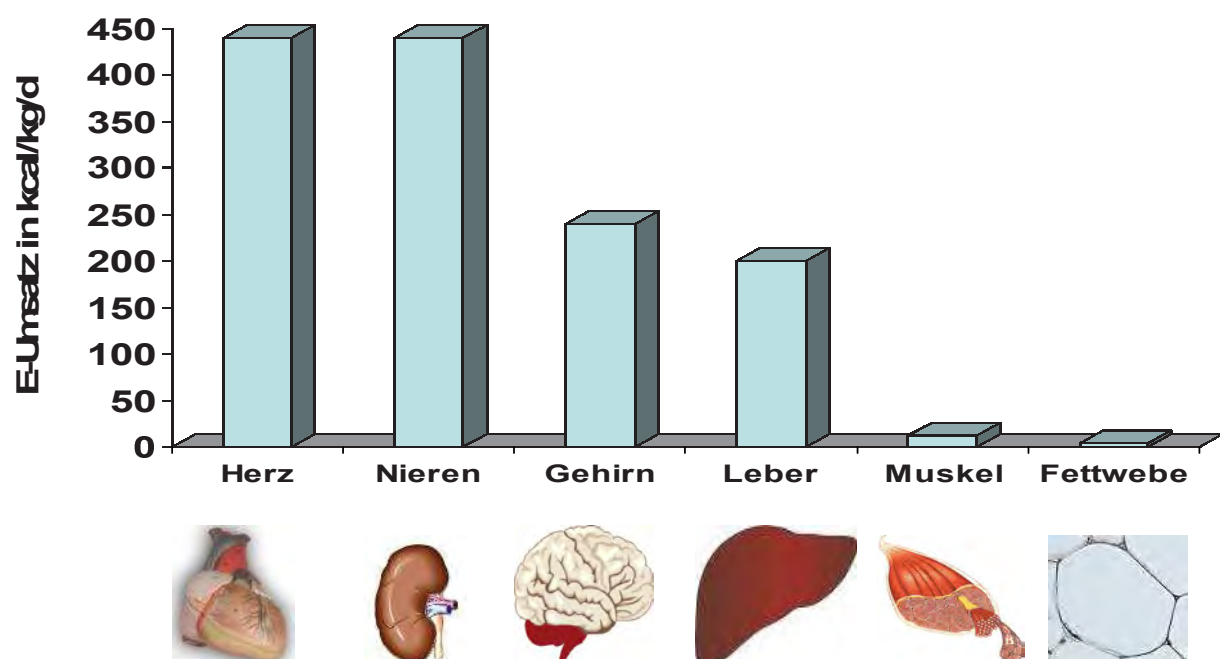


DGE Richtwerte zur durchschnittlichen Energiezufuhr

Altersbereich 25 -51 Jahre

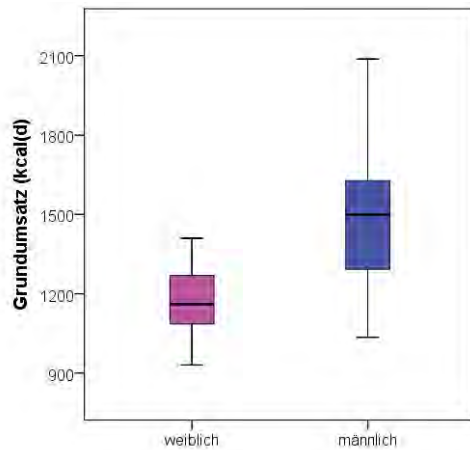
	Frauen	Männer
Grundumsatz (kcal/d)	1340	1740
Gesamtenergieumsatz (kcal/d)	2100	2500

Organspezifischer Grundumsatz

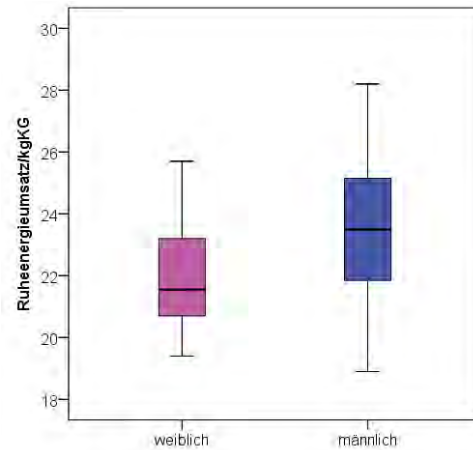




Grundumsatz gesamt pro Tag



Grundumsatz pro kg Körpergewicht pro Tag

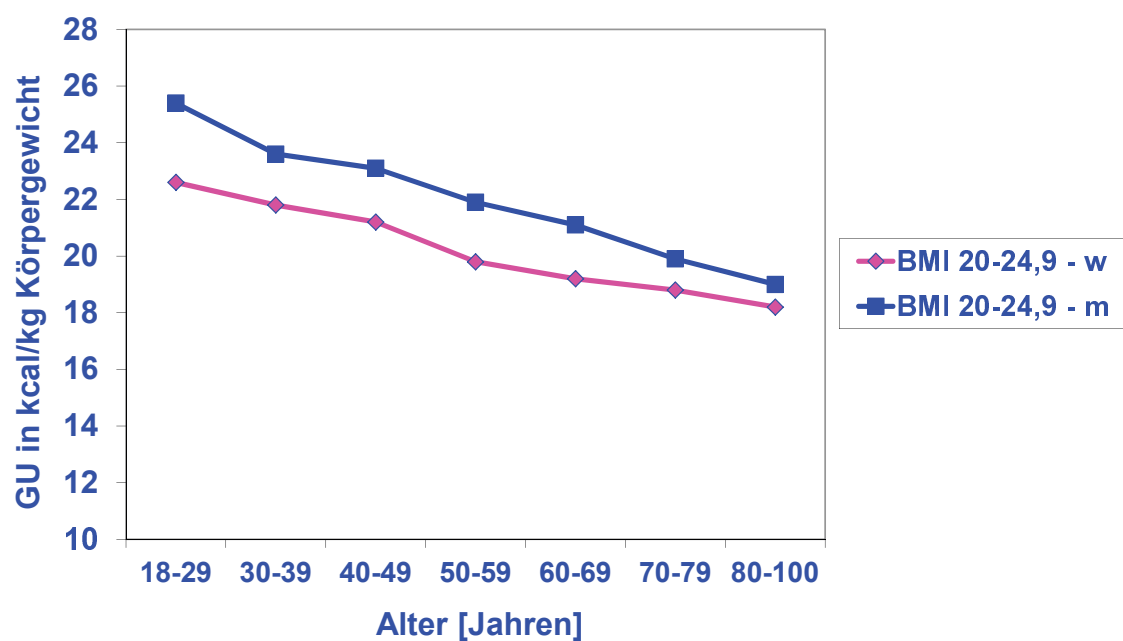


N = 723 Frauen und Männer

Valentini et al., Nutrition 2012



Alters-adaptierte Grundumsatzraten



Valentini L et al., Nutrition 2012



Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), 2008

25 bis unter 51 Jahren

	Frauen	Männer
Protein g/kg KG	0.8	0.8
Empfohlene Makronährstoffrelation		
Proteinanteil (%)	15 -20 %	15 -20 %
Kohlenhydratanteil (%)	50 -55 %	50 - 55 %
Fettanteil (%)	Max 30 %	Max 30 %

Keine bzw. wenig geschlechtsspezifische Unterschiede in den DGE
Empfehlungen zur Nährstoffzufuhr



Geschlechtsabhängiger Dimorphismus im Lipidstoffwechsel?

Männer haben im Vergleich zu prämenopausalen Frauen:

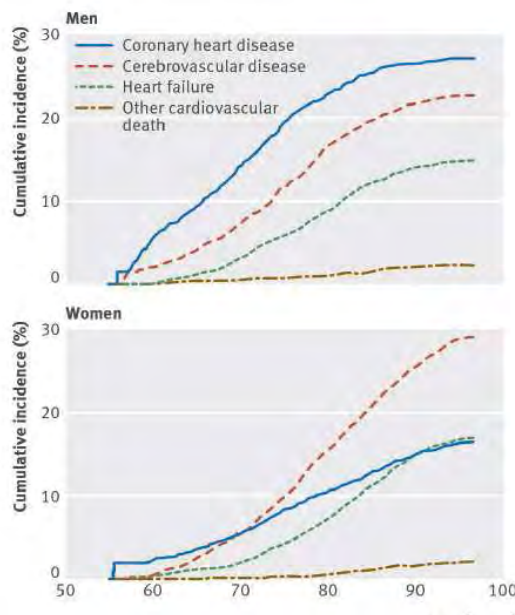
- ↑ VLDL-Triglyceridspiegel
- ↓ HDL-Cholesterinspiegel

Der verantwortliche Mechanismus ist unbekannt und ist durch
Geschlechtshormone allein nicht erklärbar





Geschlechtsspezifische Unterschiede im kardiovaskulären Risiko



N = 8419 Teilnehmer über 55 Jahre
Beobachtung über 20 Jahre
N = 2888 mit Erstauftreten eines kardiovaskulären Ereignisses

37,5 % der Männer
32,6 % der Frauen } **Kein statistisch signifikanter Unterschied**

Unterschied nur in der Art des Ereignisses

Frauen:

↓ Herzinfarkt

↑ Schlaganfälle

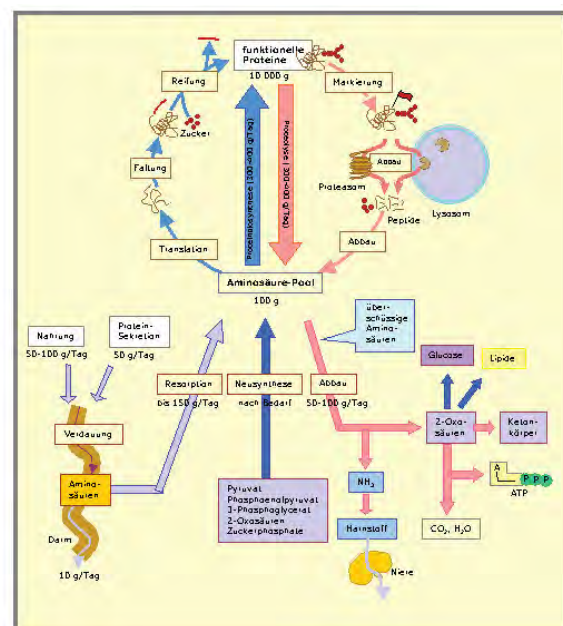
Leening MJG et al; BMJ 2014; in press

Geschlechtsspezifischer Proteinmetabolismus

Rationale:

Offensichtliche Differenz in der Muskelmasse zwischen erwachsenen Frauen und Männern deutet auf einen relevanten Unterschied im Proteinmetabolismus hin.

Forschung der letzten 20 Jahre:
Kein wesentlicher Unterschied in der Verstoffwechselung von Proteinen





FAZIT



Derzeit keine wissenschaftliche Evidenz für den Ausbau von geschlechtsspezifischen Empfehlungen in der Nährstoffzufuhr.



Nationale Verzehrsstudie II

- Ziel: repräsentative Daten für Deutschland
 - zum Lebensmittelverzehr
 - zum Ernährungsverhalten
 - um aus dem LM-Verzehr die Nährstoffzufuhr abzuleiten
- Durchführung 11/2005 bis 01/2007
- knapp 20000 deutschsprachige Personen zwischen 14 und 80 Jahren wurden befragt

Methode

- Computergestützte Diet-History-Interviewa zur Erfassung der üblichen Ernährungsgewohnheiten
- Telefonisch 24-Recallss an zwei zufälligen Tagen
- Unterstichprobe von 1000 Personen führte 4-tägige Wiegeprotokolle
- Soziodemografische Basisdaten
 - Computergestützte persönliche Interviewa (CAPI)
 - Fragebogen zum Aktivitäts- und Ernährungsverhalten

Ausgewählte Ergebnisse



Tab. 4.1 Durchschnittlicher Verzehr von Brot und Backwaren, Getreide und Getreideerzeugnissen sowie daraus hergestellten Gerichten (g/Tag)

	Männer	Frauen
Brot	178	133
Gerichte auf Basis von Brot	2	1
Backwaren	46	33
Getreide und Getreideerzeugnisse	36	33
Gerichte auf Basis von Getreide und Getreideprodukten	50	40



Tab. 4.2 Durchschnittlicher Verzehr von Brot, Backwaren, Getreide und Getreideerzeugnissen sowie daraus hergestellten Gerichten (g/Tag) für Männer nach Altersgruppen

Alter (Jahre)	14-18	19-24	25-34	35-50	51-64	65-80
Brot	182	162	175	184	180	171
Gerichte auf Basis von Brot	3	3	4	2	1	1
Backwaren	61	61	54	47	38	35
Getreide und Getreideerzeugnisse	43	42	46	38	29	27
Gerichte aus Getreide und Getreideprodukten	67	75	66	56	37	24

Tab. 4.3 Durchschnittlicher Verzehr von Brot, Backwaren, Getreide und Getreideerzeugnissen sowie daraus hergestellten Gerichten (g/Tag) für Frauen nach Altersgruppen

Alter (Jahre)	14-18	19-24	25-34	35-50	51-64	65-80
Brot	142	118	130	134	135	136
Gerichte auf Basis von Brot	3	3	2	1	1	0
Backwaren	39	38	39	34	31	28
Getreide und Getreideerzeugnisse	38	41	39	35	28	23
Gerichte aus Getreide und Getreideprodukten	52	58	57	46	29	21



Tab. 4.4 Durchschnittlicher Verzehr von Gemüse, Gemüseerzeugnissen und Gerichten auf Basis von Gemüse in g/Tag für Männer und Frauen

	Männer	Frauen
Gemüse (ohne Saft), Pilze, Hülsenfrüchte	112	129
davon:		
Gemüse (roh + erhitzt)	104	121
Gemüseerzeugnisse	7	6
Gerichte auf Basis von Gemüse	110	114



Tab. 4.7: Durchschnittlicher Verzehr von Kartoffeln und Kartoffelerzeugnissen und Gerichten auf Basis von Kartoffeln (g/Tag) für Männer und Frauen

	Männer	Frauen
Kartoffeln und Kartoffelerzeugnisse	83	65
Gerichte auf Basis von Kartoffeln	8	6



Tab. 4.10: Durchschnittlicher Verzehr von Obst, Obsterzeugnissen (ohne Saft) und Trockenobst (g/Tag) für Männer und Frauen

	Männer	Frauen
Obst und Obsterzeugnisse (ohne Saft)	230	278
davon:		
Obst	222	270
Obsterzeugnisse	8	8
Trockenobst	<1	<1



Tab. 4.19: Durchschnittlicher Verzehr von Milch, Milcherzeugnissen und Käse sowie daraus hergestellten Gerichten (g/Tag)

	Männer	Frauen
Milch, Milcherzeugnisse und Käse	248	227
davon:		
Milch und Milchmischgetränke	131	98
Milcherzeugnisse	75	88
Käse und Quark	43	41
Gerichte auf Basis von Milch und Milcherzeugnissen	17	17



Tab. 4.25: Durchschnittlicher Verzehr von Fleisch, Wurstwaren und Fleischerzeugnissen sowie daraus hergestellten Gerichten (g/Tag)

	Männer	Frauen
Fleisch, Wurstwaren und Fleischerzeugnisse	103	53
davon:		
Fleisch	42	23
Wurstwaren/Fleischerzeugnisse	61	30
Gerichte auf Basis von Fleisch	57	30

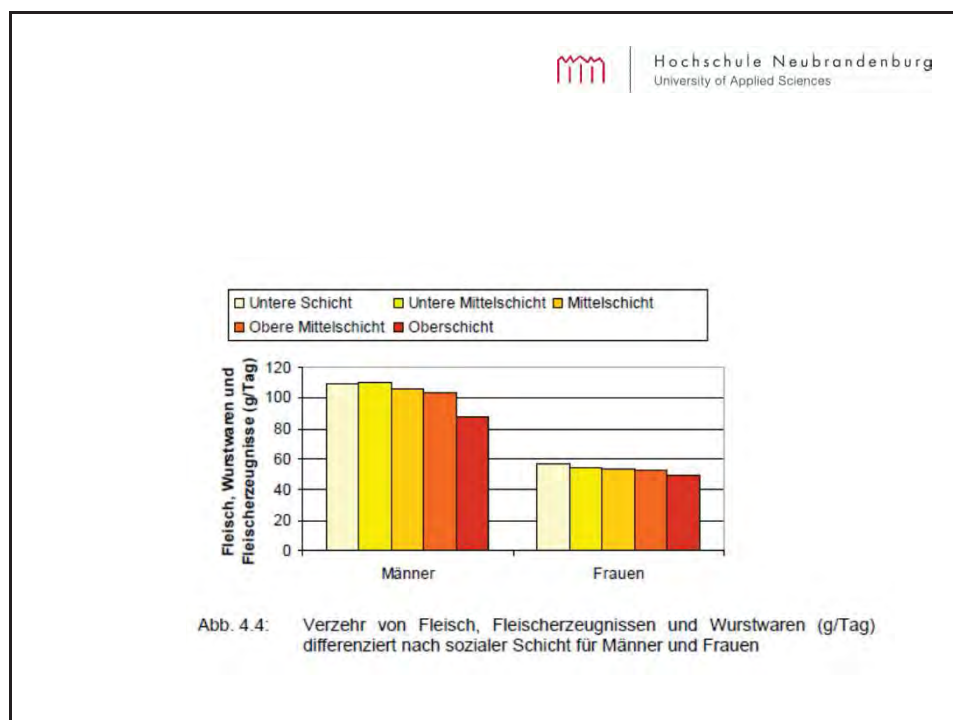


Tab. 4.26: Durchschnittlicher Verzehr von Fleisch, Wurstwaren und Fleischerzeugnissen sowie daraus hergestellten Gerichten (g/Tag) für Männer nach Altersgruppen

Alter (Jahre)	14-18	19-24	25-34	35-50	51-64	65-80
Fleisch, Wurstwaren und Fleischerzeugnisse	104	120	114	110	98	79
davon:						
Fleisch	37	48	48	45	41	33
Wurstwaren/Fleischerzeugnisse	67	73	66	64	58	46
Gerichte auf Basis von Fleisch	77	92	71	57	41	35

Tab. 4.27: Durchschnittlicher Verzehr von Fleisch, Wurstwaren und Fleischerzeugnissen sowie daraus hergestellten Gerichten (g/Tag) für Frauen nach Altersgruppen

Alter (Jahre)	14-18	19-24	25-34	35-50	51-64	65-80
Fleisch, Wurstwaren und Fleischerzeugnisse	57	50	58	56	54	46
davon:						
Fleisch	20	20	26	25	25	20
Wurstwaren/Fleischerzeugnisse	37	29	32	31	29	26
Gerichte auf Basis von Fleisch	37	39	34	32	27	24




Hochschule Neubrandenburg
 University of Applied Sciences

Tab. 4.37: Durchschnittlicher Verzehr von Süßwaren (g/Tag) für Männer und Frauen

	Männer	Frauen
Süßwaren	55	48
davon:		
Süßigkeiten	23	21
Speiseeis	7	6
Süße Aufstriche	19	17
Süßungsmittel	6	3



Tab. 4.43: Durchschnittlicher Verzehr von alkoholfreien Getränken (g/Tag)

	Männer	Frauen
alkoholfreie Getränke	2351	2285
davon:		
Wasser	1110	1119
Kaffee und Tee (grün/schwarz)	571	506
Kräuter-, Früchtetee	149	318
Obstsäfte/Nektare	270	232
Gemüsesäfte	4	4
Limonaden	224	88
Fruchtsaftgetränke	15	13
Sonstiges (alkoholfreies Bier)	8	4



Tab. 4.46: Durchschnittlicher Verzehr von alkoholischen Getränken (g/Tag)

	Männer	Frauen
alkoholische Getränke	308	81
davon:		
Bier	253	39
Wein, Sekt	47	38
Spirituosen	4	1
Sonstiges (Alkopops, alkoholische Cocktails)	3	3



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Tab. 4.47: Durchschnittlicher Verzehr von alkoholischen Getränken (g/Tag) für Männer nach Altersgruppen

Alter (Jahre)	14-18	19-24	25-34	35-50	51-64	65-80
alkoholische Getränke	186	352	269	315	348	306
davon:						
Bier	162	313	227	266	279	228
Wein, Sekt	4	14	34	45	65	75
Spirituosen	6	12	4	3	4	3
Sonstiges (Alkopops, alkoholische Cocktails)	13	13	4	1	1	2

Tab. 4.48: Durchschnittlicher Verzehr von alkoholischen Getränken (g/Tag) für Frauen nach Altersgruppen

Alter (Jahre)	14-18	19-24	25-34	35-50	51-64	65-80
alkoholische Getränke	56	88	66	86	101	70
davon:						
Bier	35	50	34	37	44	36
Wein, Sekt	7	27	28	45	55	31
Spirituosen	3	2	1	1	1	1
Sonstiges (Alkopops, alkoholische Cocktails)	11	10	3	2	1	2



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

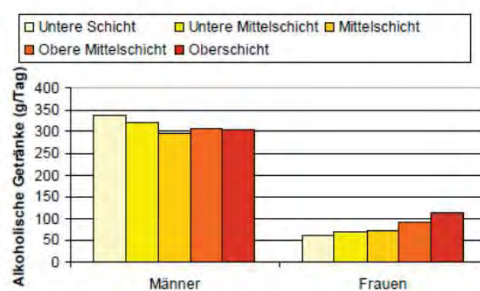


Abb. 4.11: Verzehr alkoholischer Getränke (g/Tag) differenziert nach sozialer Schicht für Männer und Frauen



Fragen zur Diskussion im Workshop

- Welche Vorteile/ welche Probleme können aus gender-tradierten Ernährungsverhalten erwachsen?
- Welchen möglichen Ansatzpunkt sehen Sie, um positive Verhaltensweise zu stärken und eher negative Verhaltensweisen zu ändern?

Fotoimpressionen



Eröffnung des Fachtages durch den Prorektor für Forschung, Prof. Gerd Teschke



In den Pausen konnten sich die Fachtagbesucherinnen- und Besucher an einem regionalen Buffet stärken





Eine kleine Einführung in die Techniken des „Qigong“ mit Judith Petitjean





Workshop 1: „Geschlecht, Behinderung und weitere Kategorien für eine inklusive Gesellschaft“ mit A. Kampmeier



Workshop 4: „Frauen und Gesundheit“ mit T. Elkeles und K. Hein



Workshop 2: „Sexuelle Vielfalt und Gesundheit im professionellen Umfeld: Erziehung, Pflege, (Erwachsenen-) Bildung, Gesundheitsfördernde Prävention und Führung. Mit A. Bettels



Podiumsdiskussion „Perspektiven auf eine geschlechtergerechte Gesundheitspolitik, -versorgung, -vorsorge in MV“ mit Vertreterinnen und Vertretern aus Forschung und Lehre, Politik und Gesundheitspraxis

