

**ZUR GESUNDHEITLICHEN UND SOZIALEN
LAGE VON FRAUEN
IN BERLIN**

- Eine erste geschlechtsspezifische empirische Diagnose -

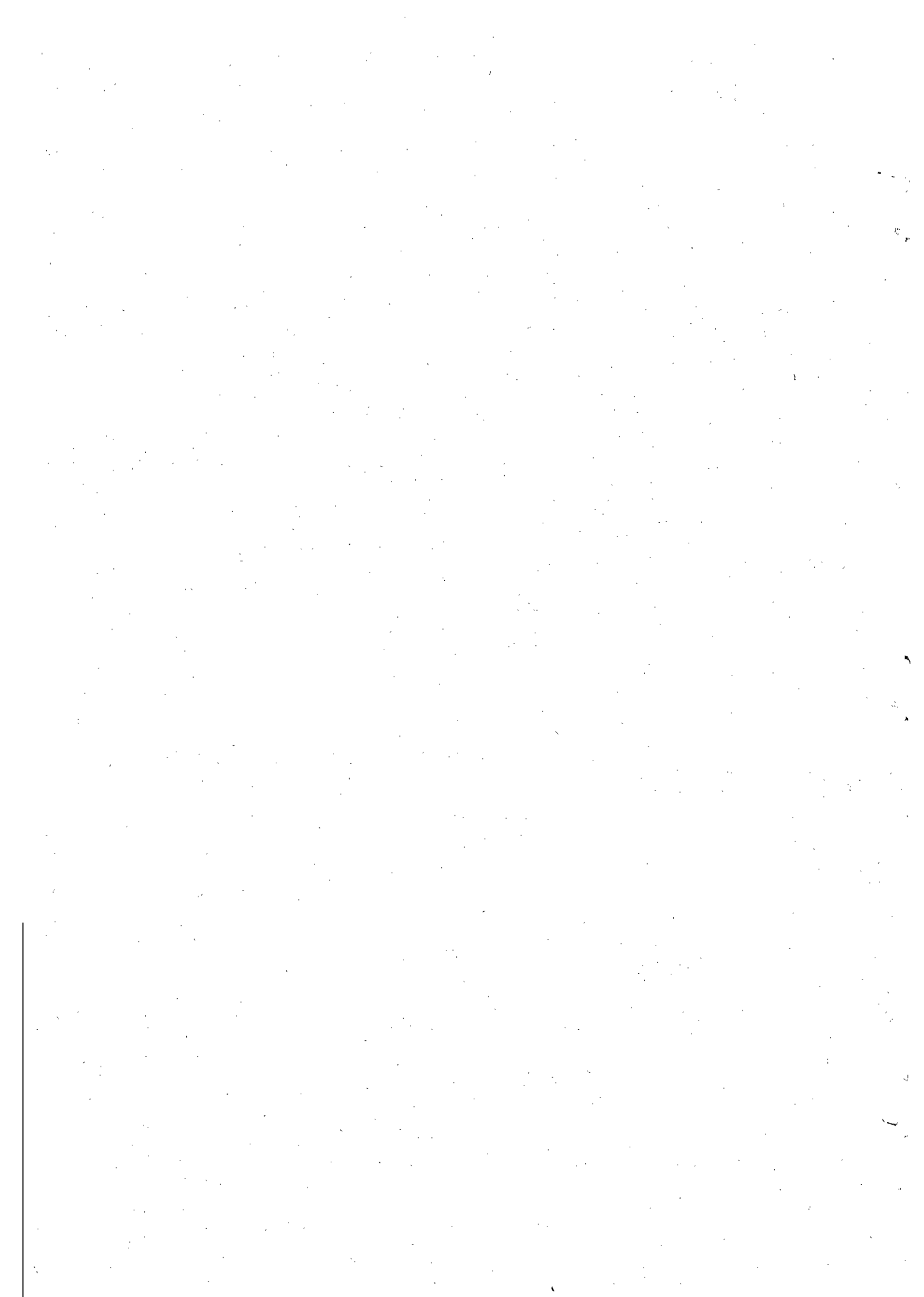
Sabine Hermann
Angelika Hiestermann

Diskussionspapier 26

September 1995

**TECHNISCHE
MITARBEIT:** Christiane Baum
Regina Lange
Christel Wirmann

HERAUSGEBER: Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin
Referat Gesundheitsstatistik, Gesundheitsberichterstattung
Informations- und Kommunikationstechnik, Datenschutz
Schriftleiter: PD Dr. G. Meinschmidt
Märkisches Ufer 54, 10179 Berlin
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet



Inhalt

		Seite
1.	Einleitung	3
2.	Demographische Situation und soziale Lage	5
2.1	Demographischer Überblick	5
2.1.1	Schwangerschaftsabbrüche	8
2.2	Soziale Lage	10
2.2.1	Alleinerziehende	12
2.2.2	Obdachlose	13
3.	Gesundheitliche Lage	15
3.1	Allgemeine und todesursachenspezifische Mortalität	15
3.1.1	Vorzeitige Sterblichkeit	16
3.1.2	Säuglingssterblichkeit	17
3.1.3	Todesursachen	17
3.1.4	Vermeidbare Todesfälle	19
3.1.5	Ausgewählte Todesursachen bei den Jugendlichen	21
3.2	Subjektive und objektive Morbidität	22
3.2.1	Stellenwert von Gesundheit und Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes	22
3.2.2	Subjektive Morbidität	26
3.2.3	Objektive Morbidität	39
3.2.3.1	Jugendliche	39
3.2.3.2	Erwachsene	42
3.2.3.2.1	Diagnosen	46
3.3	Streß	48
3.3.1	Über-/Unterforderung aus familiärer bzw beruflicher Situation	48
3.3.2	Gesundheitsrisiken und -verhalten	52
3.3.2.1	Rauchen	53
3.3.2.2	Trinkgewohnheiten	55
3.3.2.3	Drogen	56
3.3.2.4	Medikamente	57
3.3.2.5	Ernährung, Übergewicht, Bewegungsmangel	58
3.3.2.6	Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen	60
3.3.2.7	Primär- und sekundärpräventive Maßnahmen von bzw bei niedergelassenen Ärzten	61
3.3.2.8	Inanspruchnahme medizinischer Versorgung	62
3.3.2.9	Gesundheitsförderung und -beratung	63

	Seite
4. Lebenslagen von Frauen und ihre Gesundheit	64
4.1 Erwerbstätige versus nichterwerbstätige Frauen	64
4.2 Alleinerziehende Frauen und ihre Gesundheit	69
4.3 Frauen im Klimakterium	70
4.4 Gesundheitliche Lage älterer Frauen	74
5. Zusammenfassung und erste Schlußfolgerungen	76
6. Anhang	83
6.1 Erläuterungen	84
6.2 Tabellenanhang	86
6.3 Tabellenverzeichnis	99
6.4 Abbildungsverzeichnis	102
6.5 Quellenverzeichnis	109
6.6 Literaturverzeichnis	110
6.7 Diskussionspapiere	113

1. Einleitung

Es herrscht weitgehend Einvernehmen darüber, daß Gesundheit mehr ist, als bloße Abwesenheit von Krankheit. In Erweiterung von einer rein schulmedizinischen Sichtweise hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Gesundheit definiert als den „Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“. Der umfassende Gesundheitsbegriff, der hier proklamiert wird, betont im Gegensatz zum vorherrschenden medizinischen Ansatz die Bedeutung des Wohlbefindens in allen Dimensionen des täglichen Lebens.

Gesundheitsbewusste und gesundheitsförderliche Lebensweisen können aber nur realisiert werden, wenn die Grundvoraussetzungen hierfür gegeben sind und von den Einzelnen auch selbst wahrgenommen werden.

Demzufolge bezeichnet Gesundheit den Zustand des objektiven und subjektiven Befindens eines Individuums, der gegeben ist, wenn es sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen seiner Entwicklung in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet.

Die Gesundheit ist beeinträchtigt, wenn sich in einem dieser Bereiche Anforderungen ergeben, die von der Person in der jeweiligen Phase des Lebens nicht erfüllt bzw. bewältigt werden können. Die Beeinträchtigung kann sich in psychischen und physischen Auffälligkeiten manifestieren.¹⁾

Die tiefgreifenden gesellschaftlichen Wandlungsprozesse, die u.a. Auswirkungen auf die Altersstruktur der Bevölkerung und auf die familiären Strukturen haben - darüber hinaus einhergehen mit gravierenden Veränderungen der Arbeitsmarktlage für Frauen - bedingen Fragestellungen nach frauenspezifischen Belastungskonstellationen.

Im Rahmen des Programmes „Gesundheitsforschung 2000“ der Bundesregierung wird ausdrücklich spezielles Wissen über Frauen und Gesundheit gefördert, wobei eine Vernetzung dieser Forschungsaktivitäten mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgesehen ist. Ferner erhält die Frauengesundheitsforschung einen besonderen Stellenwert im Forschungsverbund Public Health.

1) Hurrelmann K: Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim 1988, S. 16 ff.

Gerade ist die vierte UN-Weltfrauenkonferenz in Peking beendet worden. Die dort detailliert dargestellten Fakten über Diskriminierung von Frauen in vielen Bereichen wie etwa ungleicher Lohn für gleiche Arbeit, Gewalt gegen Frauen, unzureichende familiäre und politische Arbeitsteilung sind auch zum Teil in der Bundesrepublik Deutschland zu finden. Wie wir wissen, haben besondere Lebensbedingungen - dazu zählt auch die unterschiedliche Situation der Frauen im Osten und Westen der Bundesrepublik - einen Einfluß auf das gesundheitliche Wohlbefinden. In diesem Zusammenhang können die genannten Fakten Auswirkungen auf die Frauengesundheit haben.

Es wurden bereits in internationalen und nationalen empirischen Untersuchungen geschlechtsspezifische Einflüsse auf Mortalität, Morbidität, Erkrankungshäufigkeit, Gesundheitsrisiken sowie im Hinblick auf das Inanspruchnahmeverhalten gesundheitlicher Einrichtungen festgestellt.

Allerdings orientiert sich die allgemeine Forschung immer noch an den Risiken, die vor allem Männer betreffen, und an deren Umgehensweise mit Gesundheit und Krankheit. Aber im Hinblick auf Frauengesundheit sind nicht nur eigenständige Fragestellungen wichtig, sondern auch spezielle Erhebungsinstrumente, die sich explizit auf Frauen und deren Lebensbereiche beziehen. Dazu gehören vor allem die Bereiche Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und unbezahlte Arbeit - auch im familiären Bereich - sowie Sexualität und Verhütung.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, daß Frauen über besondere Ressourcen und Praktiken der Gesunderhaltung verfügen. Auch in diesem für die praktische Umsetzung wichtigen Bereich der positiven Motive und Bewältigungsressourcen gibt es Wissenslücken. Sie betreffen vor allem die sozialen Netzwerke der Frauen sowie ihre subjektiven Gesundheits- und Körperkonzepte.

Seit 1993 wurde der Zielgruppe Frauen vom Referat für Gesundheitsstatistik und Gesundheitsberichterstattung, Informations- und Kommunikationstechnik der Senatsverwaltung für Gesundheit, als ein Schwerpunkt der Gesundheitsberichterstattung des Landes Berlin, besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Hieraus entstand das Projekt „Berli-

ner Frauen und Gesundheit“. Erste Ergebnisse wurden bereits auf wissenschaftlichen Fachtagungen dargestellt. Ferner wurde das Projekt im Ergänzungsstudiengang Public Health vorgestellt und als Praktikum bzw. Magisterarbeit mit abgegrenzten Fragestellungen angeboten und auch angenommen. 1995 wurde darüber hinaus der Senat vom Abgeordnetenhaus aufgefordert, über die gesundheitliche Situation von Mädchen und Frauen in Berlin zu berichten. Dazu waren vor allem Ergebnisse aus dem Projekt erwünscht.

Der vorliegende Diskussionsbeitrag beschäftigt sich mit zwei Schwerpunkten: Einer Situationsbeschreibung unter Einbeziehung der wesentlichsten - bislang zu diesem Thema vorliegenden - Daten sowie ersten Schlußfolgerungen mit Anregungen hinsichtlich gesundheitlicher Prävention bei Frauen im Land Berlin.

Im folgenden werden die demographische Situation und die soziale Lage von Frauen dargestellt, letztere beinhaltet auch die Schwangerschaftsabbrüche. Einen größeren Raum nimmt das Kapitel über die gesundheitliche Lage der Frauen ein. Beschrieben wird hier die allgemeine und todesursachenspezifische Mortalität sowie die subjektive und objektive Morbidität nach geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten. Darüber hinaus werden besondere Lebenslagen von Frauen betrachtet: Im einzelnen betrifft es die Erwerbstätigen bzw. Nichterwerbstätigen, die Alleinerziehenden, Frauen in den Wechseljahren und ältere Frauen.

Hinsichtlich der Bearbeitung dieses komplexen Themas müssen im Rahmen eines Diskussionsbeitrages - aus Gründen der Zeit und der Datenlage - Einschränkungen vorgenommen werden. So wäre beispielsweise eine gründliche Betrachtung von Gewalt gegen Frauen, Mobbing am Arbeitsplatz und Arbeitslosigkeit bei Frauen im Zusammenhang mit Gesundheit notwendig, die hier nicht erfolgen konnte.

Für die Beschreibung der sozialen und gesundheitlichen Situation von Mädchen und Frauen in Berlin wurden Daten aus der amtlichen Statistik, aus den Berichten der Senatsverwaltung für Gesundheit, Daten aus repräsentativen Befragungen der Berliner Bevölkerung (z.B. Gesundheits- und Sozialsurvey, Gesundheitsbarometer) und aus dem Mikrozensus des Statistischen Landesamtes Berlin verwendet. In den einzelnen Kapiteln wird darauf gesondert verwiesen.

2. Demographische Situation und soziale Lage

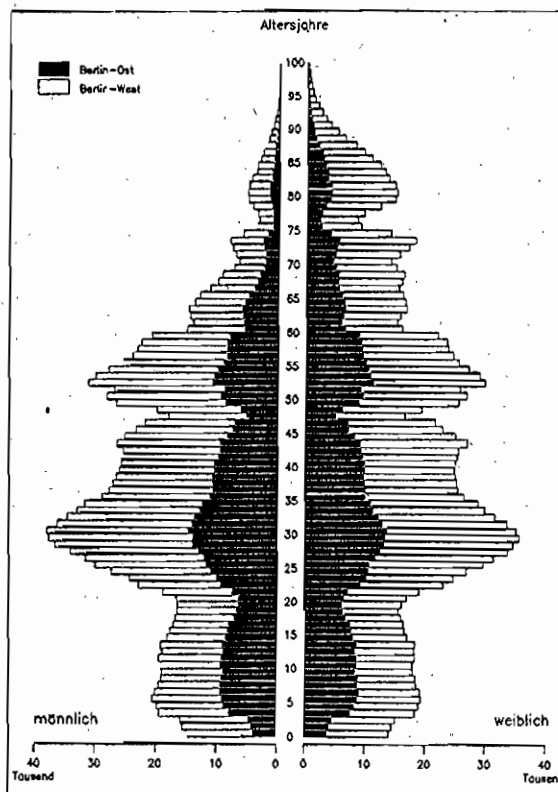
2.1 Demographischer Überblick

In Berlin lebten Ende 1993 3,48 Mio Einwohner, darunter 1,8 Mio (52,1 %) Frauen. Die Frauenquote liegt bei den in Berlin lebenden 393 Tsd. Ausländern um ca. 7 Prozentpunkte unter der Quote der deutschen Bevölkerung, im Berliner Durchschnitt bei 45,6 Prozent (Berlin-West 47,2 %, Berlin-Ost 35,7 %).

Deutliche Unterschiede bestehen zwischen Frauen und Männern in der Altersstruktur. Betrachtet man die sogenannte Bevölkerungs- oder Alterspyramide, so werden auch die für die Bundesrepublik geltenden drei markanten Einschnitte sichtbar: Geburtenausfälle während des ersten Weltkrieges (derzeitiges Alter ca. 75 Jahre), während des zweiten Weltkrieges (ungefähr im Alter von 47 Jahren) und während der Weltwirtschaftskrise (etwa im Alter von 59 Jahren) (vgl. Abbildung 2.1). Der Mitte der 60er Jahre einsetzende Geburtenrückgang führt zu immer schwächer besetzten Altersklassen. Sehr deutlich ist der ausgeprägte Frauenüberschuss bei den über 65jährigen: Neun Prozent (142.521) aller Berliner Männer, jedoch 18,4 Prozent (333.799) der Frauen gehören dieser Altersgruppe an. Die Bevölkerung in den westlichen Bezirken ist im Vergleich zu den östlichen älter. Hier sind die höheren Altersgruppen stärker besetzt: In Berlin-West leben 71,3 Prozent (237.877) der über 65jährigen Berliner Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt in den westlichen Bezirken 40,73 Jahre, während es im Ostteil der Stadt bei 39,47 Jahren liegt. Die Einwohner der Bezirke Wilmerdorf, Zehlendorf gehören mit einem Durchschnittsalter von rund 44 Jahren zu den ältesten, in den östlichen Bezirken Marzahn, Hohenschönhausen und Hellersdorf hingegen ist die Bevölkerung durchschnittlich zehn Jahre jünger.

Der Anteil der Kinder (0 bis unter 15 Jahre) an der Gesamtbevölkerung betrug 1993 in Berlin-West 14,2 Prozent, während es im Ostteil der Stadt 18,0 Prozent waren. An den insgesamt 542.144 Kindern betrug der Mädchenanteil 48,7 Prozent. In der Altersgruppe der 15- bis unter 18jährigen befanden sich 100.526 Jugendliche (darunter 49.068 Mädchen), in der darauffolgenden Gruppe der 18- bis unter 20jährigen sind es 64.357 Jugendliche (dar-

Abbildung 2.1:
Bevölkerung in Berlin am 31. Dezember 1993 nach Alter und Geschlecht



(Quelle: StaLa)

unter 31.606 Mädchen). Dies entsprach einem Anteil der Jugendlichen (15 bis unter 20 Jahre) von 4,7 Prozent an der Gesamtbevölkerung.

Der Anteil der Personen im erwerbsfähigen Alter (15 bis unter 65 Jahre) lag in Berlin bei 70,7 Prozent (2.456.928 Personen), davon waren 1.166.324 oder 47,5 Prozent Frauen.

Betrachtet man die Altersgruppe der über 65jährigen, so lag ihr Anteil in Berlin-West mit 15,4 Prozent deutlich höher als in den Bezirken von Berlin-Ost mit 10,8 Prozent. Besonders bedeutsam ist die Entwicklung der über 75jährigen - sie sind in der Regel verstärkt pflegebedürftig: Der Anteil der 75jährigen und älteren sank gegenüber 1991 in Berlin um 10 Prozent, in Berlin-West auf 171.985 Personen und in den östlichen Bezirken auf 61.129. Drei Viertel dieser Altersgruppe waren Frauen (176.775). Innerhalb der Altersgruppe der über

75jährigen betrug der Anteil der Hochbetagten Mitbürger/-innen (80 Jahre und älter) 68,4 Prozent. Der Frauenanteil betrug bei den über 80jährigen Berliner/-innen 77,2 Prozent

Tabelle 2 1:
Demographischer Überblick 1993

	Einheit	Berlin	Berlin-West	Berlin-Ost
Fortgeschriebene Bevölkerung	1 000	3.475	2 176	1 299
dar weiblich	%	52,1	52,5	51,4
Ausländer	1.000	393	338	55
dar weiblich	%	45,6	47,2	33,7
Familienstand				
Männer	1 000	1 665	1 034	631
ledig	%	46,4	47,1	45,2
verheiratet	%	43,9	42,9	45,6
verwitwet	%	2,3	2,6	1,9
geschieden	%	7,4	7,3	7,4
Frauen	1.000	1 810	1 142	668
ledig	%	37,2	37	38,2
verheiratet	%	39	39	41,9
verwitwet	%	14,6	14,8	9,7
geschieden	%	9,2	9,2	10,1
Lebendgeborene	Anzahl	28.724	21.202	7.522
	Ziffer *	8,3	9,7	5,8
dar nichtehelich	Anzahl	8.628	5.109	3.519
	%	30,0	24,1	46,8
nichtdeutsch	Anzahl	5.964	5.379	585
	%	20,8	25,4	7,8
Gestorbene	Anzahl	41.273	28.819	12.454
	Ziffer *	11,9	13,2	9,6
dar weiblich	Anzahl	24.027	17.140	6.887
	Ziffer *	6,9	7,8	5,3
im 1 Lebensjahr	Anzahl	165	122	43
	Ziffer *	5,7	5,7	5,7

* je 1 000 Einwohner

** je 1 000 Lebendgeborene

(Quelle: StaLa/SenGes I D)

Berlin verbuchte Ende 1993 einen *Wanderungsgewinn* von 22.193 Personen, was ausschließlich auf den Zuzug von Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit zurückzuführen war. Unter den Zugezogenen waren 11.152 (50,3 %) Frauen. Die Wanderungen zwischen den beiden Stadthälften waren bestimmt durch eine starke Zuwanderung in den Ostteil Berlins.

Die mittlere *Lebenserwartung* eines Neugeborenen hat sich seit Anfang der 70er Jahre bis 1990, dem Jahr der letzten Sterbetafelberechnung, für Männer und Frauen in Berlin-West um 5 Jahre, in Berlin-Ost bei beiden Geschlechtern um 4 Jahre erhöht. Die Lebenserwartung der Frauen liegt jedoch mit 77,5 Jahren in Berlin-West und 76,3 Jahren in Berlin-Ost um rund 6 Jahre über der der Männer. Die mittlere Lebenserwartung der Frauen in den westlichen Bezirken ist um 1,3 Jahre höher als die der Frauen in Berlin-Ost. Besonders deutlich wird der Geschlechtsunterschied in der ferneren Lebenserwartung: Nach Vollendung des 60. Lebensjahres beträgt beispielsweise für eine Frau in Berlin-West die fernere Lebenserwartung rund 21,5 Jahre, für einen Mann in Berlin-Ost aber nur etwa 16,3 Jahre (vgl. Tabelle A 2.1).

1993 wurden in Berlin 17.111 Ehen geschlossen. Während im Westteil der Stadt die Zahl der *Eheschließungen* konstant blieb, lag die Zahl der Eheschließungen in Berlin-Ost in den Jahren 1991 bis 1993 jeweils bei weniger als 50 Prozent des Jahres 1989.

Die Entwicklung der Zahl der Eheschließungen ist für die Geburtenentwicklung von Bedeutung, da in Berlin wie auch in der Bundesrepublik der überwiegende Teil der Kinder innerhalb einer Ehe geboren wird (1993: Berlin 70 %, Berlin-Ost jedoch nur 53 %).

Von den 6.554 *Ehescheidungen* im Jahr 1993 wurden 4.023 oder 61 Prozent auf Antrag der Frau vollzogen (Berlin-West 60 %, Berlin-Ost 69 %).

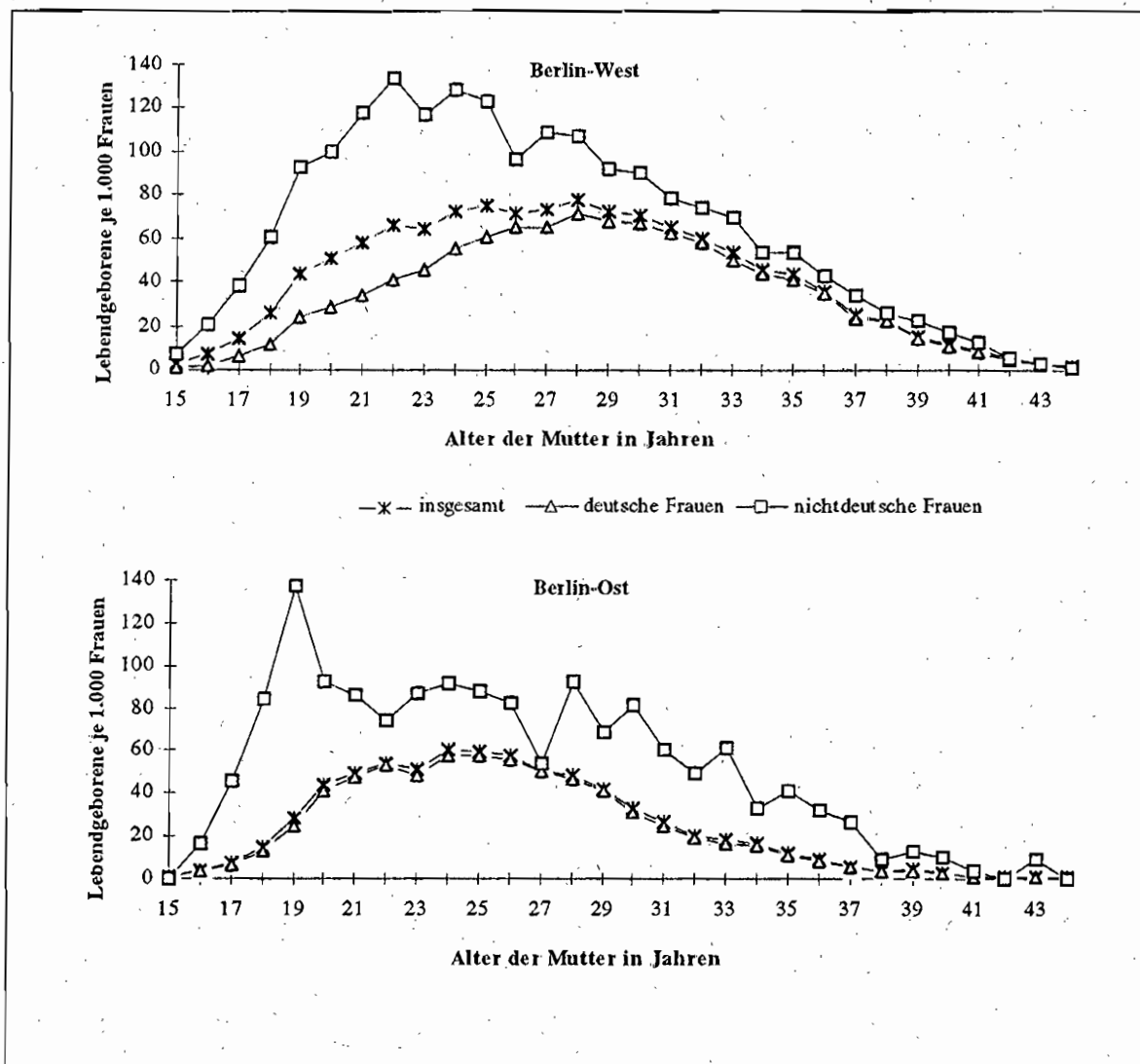
Im Jahre 1993 wurden in Berlin 28.724 Kinder lebend geboren, 943 (3,2 %) weniger als im Jahr zuvor. Betrachtet man die Stadtteile getrennt, so ergibt sich ein unterschiedliches Bild: In Berlin-West erblickten im Berichtsjahr 21.202 Jungen und Mädchen das Licht der Welt (74 % der in Berlin lebend Geborenen), dies entsprach dem Niveau des Vorjahres. Die *Lebendgeborenenziffer* lag bei 9,8 Lebendgeborene je 1.000 Personen der durchschnittlichen Bevölkerung. In Berlin-Ost war ein Geburtenrückgang von 257 (3,3 %) Lebendgeborenen im Vergleich zum Vorjahr festzustellen. Die allgemeine Geburtenziffer nahm gegenüber 1990 weiter ab und lag bei 5,8 Lebendgeborenen je 1.000 Einwohner (1990: 12,1). Der starke Rückgang der Zahl der Lebendgeborenen in Berlin-Ost seit 1990 um 7.924 (51,3 %) ist allein Effekt verän-

derter Verhaltensweisen, da sich die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter (15 bis unter 45 Jahre) kaum verändert hat (sie stieg um 2 %).

Der Anteil der nichtehelich Geborenen an allen Lebendgeborenen lag in Berlin-West bei 22,7 Prozent (früheres Bundesgebiet 1991: 11,1 %), in den östlichen Bezirken kam jedes zweite Kind nichtehelich zur Welt (neue Bundesländer 1991: 41,7 %). Etwa jedes vierte Kind (25,4 %) in Berlin-West war nichtdeutscher Herkunft, in den östlichen Bezirken waren es nur 4,9 Prozent (früheres Bundesgebiet 1991: 12,4 %, neue Bundesländer: 1,2 %).

Die Allgemeine Fruchtbarkeitsziffer betrug 1993 in Berlin-West 44,6 Lebendgeborene je 1 000 Frauen zwischen 15 und 45 Jahren (1990: 47,8), in Berlin-Ost lag sie bei 37,4 (1990: 54,4). Dabei besteht zwischen ausländischen und deutschen Frauen ein deutlicher Unterschied: Die Fruchtbarkeitsziffern der Ausländerinnen sind in beiden Stadtteilen Berlins doppelt so hoch wie die der deutschen Frauen (69,91 bzw. 32,40 Lebendgeborene je 1 000 Frauen zwischen 15 und 45 Jahren) (vgl. Abbildung 2.2)

Abbildung 2.2:
 Altersspezifische Geburtenziffern in Berlin-West und -Ost 1993, deutsche und ausländische Frauen



(Quelle: StaLa/SenGes I D)

Das Hauptreproduktionsalter (höchste altersspezifische Fruchtbarkeitsziffern) liegt in Berlin-West bei den 26- bis 29jährigen Frauen, in den östlichen Bezirken durchschnittlich vier Jahre darunter, bei den 22- bis 25jährigen Frauen

Das Fruchtbarkeitsniveau, ausgedrückt in der *Nettoreproduktionsrate*, entsprach 1992 in Berlin-West zu etwa 60 Prozent und in Berlin-Ost zu ca 40 Prozent jenem Stand, der für die einfache Reproduktion erforderlich wäre. Das bedeutet, daß bei gegebenem Niveau der Geburtenhäufigkeit und der Sterblichkeit die Bevölkerung Berlins (unter Vernachlässigung der Wanderungen) erheblich sinken würde, falls beide Komponenten langfristig konstant blieben.

Nettoreproduktionsrate 1991 und 1992 in Berlin ¹⁾

Jahr	Berlin-West	Berlin-Ost
1991	0,613	0,397
1992	0,602	0,362

¹⁾ Generation der 15- bis unter 45jährigen Frauen

(Quelle: StaLa)

Die Zahl der *Totgeborenen* sank 1993 in Berlin-West von 57 auf 51, entsprechend ging auch die Totgeborenenziffer von 2,6 auf 2,3 Totgeburten je 1 000 Geborene zurück.

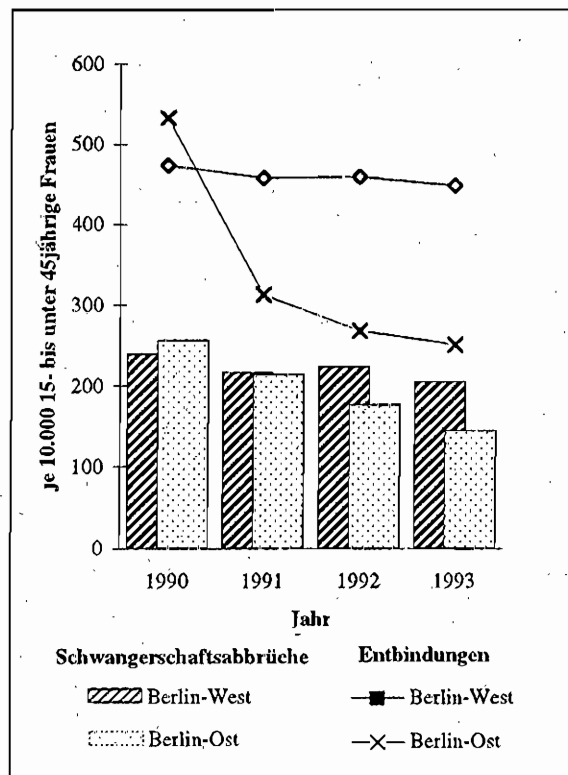
2.1.1 Schwangerschaftsabbrüche

Nach Meldungen von Krankenhäusern und zugelassenen Einrichtungen wurden 1993 in Berlin 13.967 (Berlin-West: 9.734, Berlin-Ost: 4.233) intakte Schwangerschaften abgebrochen. In beiden Stadthälften ist die Abbruchrate stärker zurückgegangen als die Entbindungsrate, so daß 1993 wieder mehr Entbindungen je Schwangerschaftsabbruch gezählt wurden als Anfang der neunziger Jahre (Berlin-West: 1990 - 2,0, 1993 - 2,2; Berlin-Ost: 1991 - 1,5, 1993 - 1,7) (vgl. Abbildung 2.3). Zwei Drittel der Schwangerschaftsabbrüche wurden ambulant in zugelassenen Einrichtungen durchgeführt; während Frauen in Berlin-West schon seit Jahren Abbrüche

eher ambulant als stationär vornehmen ließen (1993 zu 92,3 %), waren die Frauen in Berlin-Ost bis 1992 auf Krankenhäuser angewiesen. Erst 1993 bot sich auch ihnen die Möglichkeit, zugelassene ambulante Einrichtungen aufzusuchen, wovon bereits in 18,9 Prozent der Fälle Gebrauch gemacht wurde. ¹⁾

Die Hälfte der Frauen waren 1993 zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs 25 bis unter 35 Jahre alt und ein Drittel unter 25 Jahren, darunter befanden sich 28 unter 15jährige Schwangere (in 202 Fällen kann keine Altersangabe gemacht werden) (vgl. Abbildung 2.4)

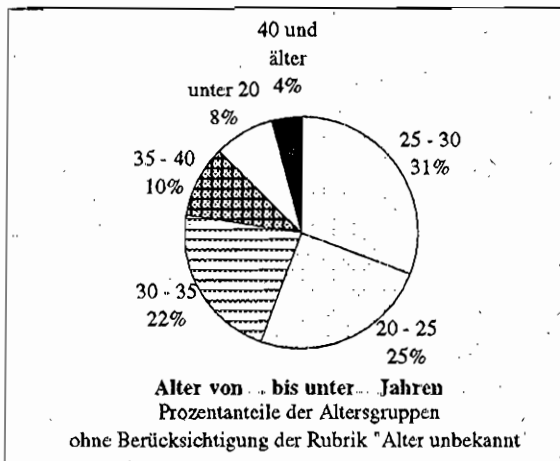
Abbildung 2.3:
Entbindungen und Schwangerschaftsabbrüche je 10.000 15- bis unter 45jährige Frauen 1990-1993 in Berlin



(Quelle: SenGes I D)

¹⁾ Bericht über die geburtshilflich-gynäkologische Statistik 1993 in Berlin S. 23

Abbildung 2.4:
Frauen zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs nach Alter 1993 in Berlin

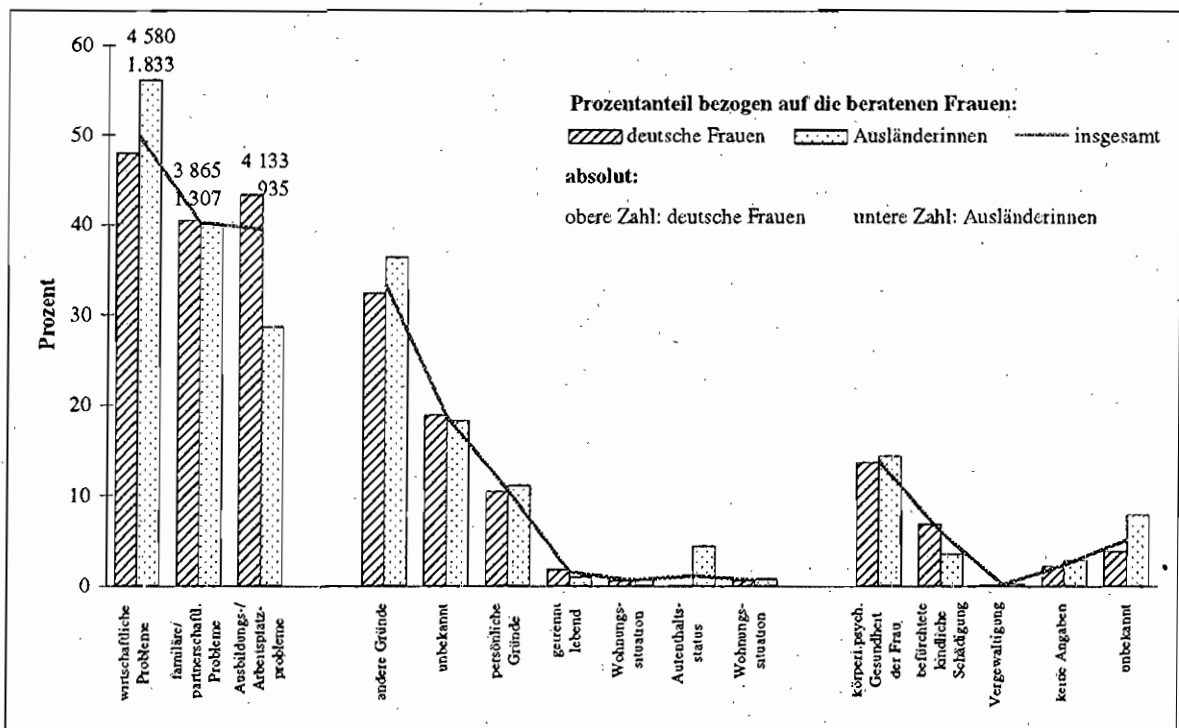


(Quelle: SenGes I D)

Die Gründe des Schwangerschaftsabbruchs sind vielfältig^{2/3)}: Von den beratenen Frauen gaben etwa die Hälfte wirtschaftliche Probleme an, jeweils 40

Prozent nannten Ausbildungs- bzw Arbeitsplatzprobleme sowie familiäre bzw partnerschaftliche Probleme Für 14 Prozent der beratenen Frauen spielte ihre eigene körperliche und psychische Gesundheit eine Rolle und 6 Prozent befürchteten kindliche Schädigungen Eine Vergewaltigung war für 0,2 Prozent der Frauen Grund eine bestehende Schwangerschaft abubrechen (vgl. Abbildung 2.5). Die angegebenen Konfliktgründe waren sehr stark abhängig von dem Alter der Frauen und davon, ob sie bereits Kinder haben. So wurden beispielsweise von etwa 70 Prozent der Frauen zwischen 15 und 20 Jahren und 54 Prozent der Frauen ohne Kinder Probleme mit dem Ausbildungs- bzw Arbeitsplatz angegeben Mit steigender Kinderzahl wurden deutlich häufiger wirtschaftliche Probleme genannt Bei ausländischen Frauen standen wirtschaftliche Probleme (56 %) im Vordergrund gefolgt von familiären bzw partnerschaftlichen Problemen (40 %), deutlich seltener wurde der Bereich der Ausbildung bzw Arbeit als Konfliktgrund genannt (ausländische Beratene 29 %, deutsche Beratene 43 %).

Abbildung 2.5:
Häufigkeit der von Frauen genannten Konfliktgründe 1994 in Berlin



(Quelle: SenGes I D)

- 2) Beratungen gemäß Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 22.5.1993 (BGBl I S 820). Statistische Angaben nach § 10 des Schwangerenengesetzes vom 22.12.1978 (GVBl S 2514) - Statistische Auswertung erstmals für das Jahr 1994 möglich
- 3) Bei der Angabe der Konfliktgründe sind Mehrfachnennungen möglich.

2.2 Soziale Lage

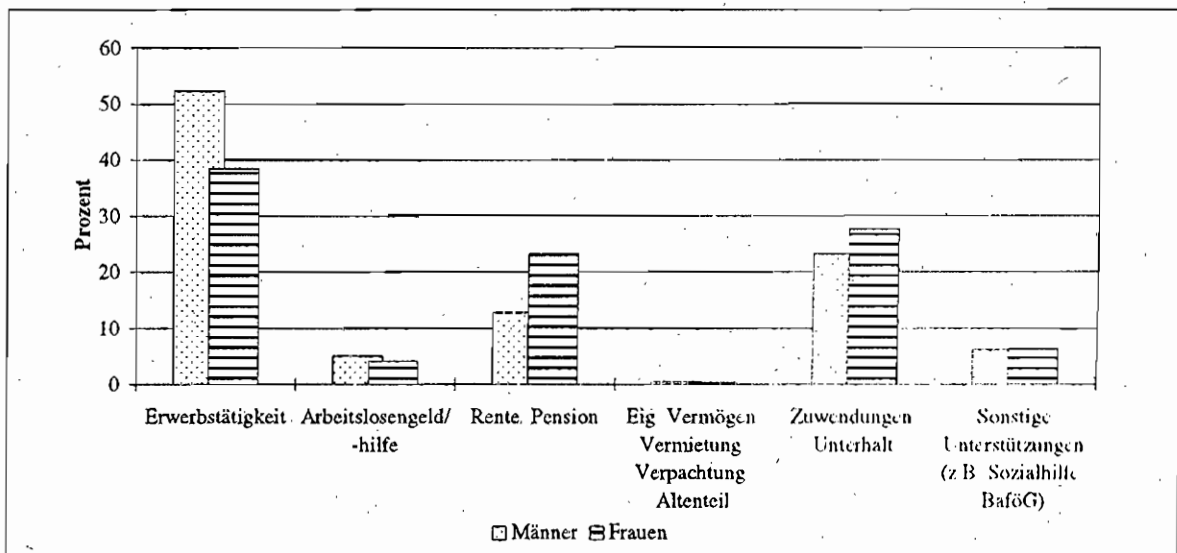
Indikatoren der sozialen Lage, wie z. B. Bildung, berufliche Stellung, Haushaltsgröße, Einkommen und Staatsangehörigkeit, können neben typischen Lebensstilmerkmalen, wie Einstellungen, (Gesundheits-) Bewußtsein, Handlungs- und Verhaltensweisen, auch Einfluß auf den Gesundheitszustand der Menschen und auf die Inanspruchnahme des Gesundheitsversorgungssystems haben. Sie können darüber hinaus auch frauentypische Belastungskonstellationen verdeutlichen. Erste Berechnungen auf der Ebene der Berliner Bezirke haben Zusammenhänge zwischen Sozialindizes und gesundheitlichen Risiken deutlich gemacht.⁴⁾ So zeigte sich, daß Bezirke mit ungünstigen Sozialindizes - beispielsweise bei den als vermeidbar definierten Sterbefällen der Herz-Kreislauf-Krankheiten, Lungenkrebs und Leberzirrhose Sterblichkeiten aufwiesen, die deutlich über dem Berliner Durchschnitt lagen. Der Zusammenhang von sozialer Lage und gesundheitlichen Aspekten wird für ausgewählte Lebenslagen im Kapitel 4 dargestellt. Im folgenden sollen einzelne Merkmale der sozialen Situation Berlins näher betrachtet werden.

Die durchschnittliche *Haushaltsgröße* lag 1993 in Berlin bei 1,9 Personen. 45,9 Prozent der Berlinerrinnen und Berliner lebten in Ein-Personen-Haushalten, 29,7 Prozent in Privathaushalten mit zwei Personen und 24,4 Prozent der Mehr-Personen-Haushalte umfaßten drei und mehr Personen.

Das der Bevölkerung zur Verfügung stehende *Einkommen* ist eine wichtige Determinante des sozialen Status. Nach Angaben des Mikrozensus bezog die Berliner Bevölkerung 1993 ihren überwiegenden Lebensunterhalt aus folgenden Quellen:

- 45 Prozent aus Erwerbstätigkeit (Männer 52 %, Frauen 38 %)
- 26 Prozent aus Zuwendungen, Unterhalt durch Eltern, Ehegatten usw. (Männer 23 %, Frauen 28 %)
- 18 Prozent aus Rente und Pensionen (Männer 13 %, Frauen 23 %)
- 4,6 Prozent aus Arbeitslosengeld/-hilfe (Männer 4 %, Frauen 5 %)
- 6 Prozent aus sonstigen Unterstützungen (z. B. Sozialhilfe, BAföG) (Männer 4 %, Frauen 6 %) und
- 0,4 Prozent aus eigenem Vermögen, Vermietungen, Verpachtungen, Altenteil (Männer 0,5 %, Frauen unter 0,4 %) (vgl. Abbildung 2.6).

Abbildung 2.6:
Bevölkerung in Berlin nach überwiegendem Lebensunterhalt, 1993



(Quelle: StaLa/SenGes I D)

4) Hermann, S., Meinschmidt, G.: Sozialstrukturatlas Berlin. Erste gemeinsame Berechnung für alle Bezirke. Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin 1995.

Das den Privathaushalten in den beiden Stadthälften Berlins monatlich zur Verfügung stehende *Haushaltsnettoeinkommen* (gemeint ist hier kein Individualeinkommen, sondern die Gesamtheit der einem Haushalt zur Verfügung stehenden Nettoeinkommen) hat sich in den letzten Jahren zwischen den beiden Stadthälften Berlins weiter angeglichen und soll wegen der großen Dynamik auch mit den letzten verfügbaren Daten (1994) dargestellt werden.

Das 1994 für die Haushalte der westlichen Bezirke errechnete mittlere Nettoeinkommen betrug 2 750 DM (1993: 2 800 DM). Für die östlichen Bezirke wurde ein mittleres Haushaltseinkommen von 2 500 DM (1993: 2 400 DM) errechnet.

In Berlin-West standen 5,9 Prozent der Haushalte nur ein monatliches Einkommen unter 1 000 DM zur Verfügung, während 54,5 Prozent über 2 500 DM und mehr verfügten. In den östlichen Bezirken sah die Verteilung der Einkommen noch etwas anders aus: In der untersten Einkommensgruppe befanden sich 7,2 Prozent der Privathaushalte und über 2 500 DM monatliches Haushaltsnettoeinkommen verfügten 48,6 Prozent.

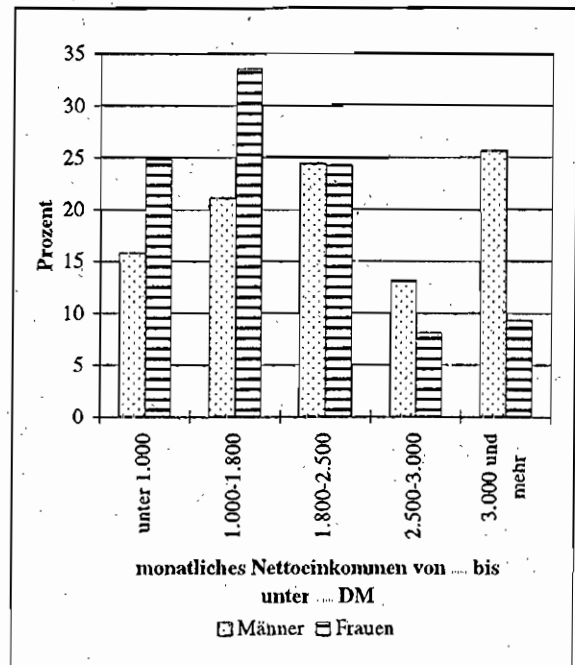
Die Haushaltseinkommen variieren in hohem Maße in Abhängigkeit von der Haushaltsgröße und dem Alter bzw. Geschlecht der Bezugsperson (Person, die überwiegend zum Unterhalt des Haushalts beiträgt).

Betrachtet man die Einkommen nach Geschlecht, so wird deutlich: Frauen verfügten 1994 zu 58 Prozent über ein eigenes Einkommen von max. 1.800 DM - während dieser Anteil bei den Männern nur bei 37 Prozent lag (vgl. Abbildung 2.7).

Am einkommensschwächsten waren die Ein-Personen-Haushalte, hier insbesondere die Haushalte mit einer Person über 65 Jahre. Frauen über 65 Jahre verkörpern ein typisches Armutrisiko: 43 Prozent der Frauen in Berlin-West und 80 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe im Ostteil der Stadt verfügten über max. 1 800 DM monatlich, 6 Prozent der Berliner Seniorinnen sogar nur über max 1 000 DM.

Die Zahl der Empfänger von *Hilfe zum Lebensunterhalt* betrug 1993 in Berlin 224 696 Personen, das sind 7 Prozent der Wohnbevölkerung. 70 Prozent von ihnen wurden in den westlichen Bezirken registriert (1990: 90,6 %) und jeder dritte Leistungsempfänger kam aus den östlichen Bezirken. 52 Prozent der Empfänger laufender Hilfe zum Lebensunterhalt waren Frauen.

Abbildung 2.7:
Monatliches Nettoeinkommen, 1993



(Quelle: StaLa/SenGes I D)

Betrachtet man die *Bildungsstruktur* der Berliner, so wird eine langsame Annäherung zwischen den beiden Stadthälften deutlich: Verfügten 1991 noch 33 Prozent der Bevölkerung in Berlin-West und 18 Prozent in Berlin-Ost über einen Haupt- (bzw. Volks-) schulabschluss, so waren es zwei Jahre später 31 bzw. 20 Prozent. Der Anteil der Personen mit Fachhochschulabschluss ist seit 1991 in beiden Teilen Berlins mit durchschnittlich 3 Prozent gleich hoch. 1993 wiesen 7 Prozent der Bevölkerung in Berlin-West und 12 Prozent in Berlin-Ost einen Hochschulabschluss auf, fast 2 Prozent mehr als noch 1991. Hinsichtlich der erworbenen Bildungsabschlüsse an allgemeinbildenden Schulen bestehen zwischen Frauen und Männern noch erhebliche Unterschiede. So wiesen Frauen in höherem Maße Haupt- (bzw. Volks-) schulabschlüsse auf als die Männer (36 % zu 30 %). Der Anteil der Frauen mit Fachhochschul- bzw. Hochschulabschluss lag demgegenüber mit nur 16 Prozent erheblich unter dem Anteil der Männer (24 %). Betrachtet man nur die jüngeren Jahrgänge, so wird dieser Unterschied nicht mehr ganz so deutlich, der Trend zu höheren Schulabschlüssen bei Jungen und Mädchen hält in den letzten Jahren auch in Berlin an. Den besten Schulerfolg verzeichneten im Schuljahr 1991/92

die deutschen Mädchen: 37 Prozent im Westteil und 31 Prozent im Ostteil Berlins erlangten Hochschulreife; bei den Jungen waren es 35 Prozent in den westlichen und 21 Prozent in den östlichen Bezirken.

Nach Angaben des Landesarbeitsamtes Berlin-Brandenburg waren 1993 in Berlin 203.924 Personen arbeitslos. Die *Arbeitslosenquote* betrug in Berlin-West 12,3 Prozent und in den östlichen Bezirken 13,7 Prozent, aktuelle Angaben für 1994 deuten auf eine Annäherung der Quoten in beiden Teilen der Stadt hin (West: 13,3 %, Ost: 13,0 %). Über 50 Prozent der *Arbeitslosen* in den östlichen Bezirken waren Frauen (*Arbeitslosenquote* Berlin-West 1993: 11,2; 1994: 12,0 / Berlin-Ost 1993: 16,0, 1994: 14,2 %). Der Frauenanteil bei den Langzeitarbeitslosen lag um rund fünf Prozentpunkte höher als bei allen Arbeitslosen. Etwa die Hälfte der Berliner Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen waren Frauen. Von der Arbeitslosigkeit waren 1993 auch 4.923 Jugendliche unter 20 Jahren und 9.159 Schwerbehinderte betroffen.

Tiefere Einblicke in die Arbeitsmarktsituation werden möglich, wenn man die Zahl der *Erwerbstätigen* und insbesondere die *Erwerbstätigenquote* - als eine Kennziffer für die aktive Teilnahme am Erwerbsleben - betrachtet.

So waren 1993 insgesamt 1.610.400 Berlinerinnen und Berliner erwerbstätig, was einem Anteil von 65,5 Prozent an der Bevölkerung im Alter von 15 bis unter 65 Jahren entsprach. Die *Erwerbstätigenquote* der Frauen (Berlin-West: 58,3 %, Berlin-Ost: 62,7 %) lag in beiden Stadtteilen Berlins unter der der Männer (Berlin-West: 71,6 %, Berlin-Ost: 69,9 %).

Von den erwerbstätigen Frauen im Alter von 15 und mehr Jahren haben 55 Prozent keine Kinder, 26 Prozent ein Kind, 16 Prozent zwei Kinder und drei Prozent drei und mehr Kinder.

Betrachtet man die Struktur der Erwerbstätigen nach Wirtschaftsbereichen so läßt sich feststellen: Frauen sind je zu einem Viertel im Handel sowie in Gebietskörperschaften und Sozialversicherungen tätig, jede zweite Frau arbeitet in Dienstleistungen von Unternehmen und freien Berufen.

32,5 Prozent der erwerbstätigen Frauen in den westlichen Bezirken arbeiteten 1993 in der Woche bis zu 30 Stunden, während dieser Anteil im Ostteil der Stadt nur bei 11,2 Prozent lag.

2.2.1 Alleinerziehende

Die in den letzten Jahren zu beobachtenden Veränderungen der Haushalts- und Familienstrukturen drücken sich vor allem in einer „Miniaturisierung“ aus. So sank die durchschnittliche Haushaltsgröße von drei Personen im Jahre 1950 auf gegenwärtig nur noch zwei. Ursachen sind nicht nur die gering werdenden Kinderzahlen sondern auch eine ständig steigende Zahl der Haushalte, in denen es nur noch einen Erziehungsberechtigten (Alleinerziehende) gibt. Bundesweit wuchs der Anteil alleinerziehender Familien mit Kindern unter 18 Jahren seit Anfang der 70er Jahre von rund neun Prozent auf über 15 Prozent.

In Berlin lebten 1993 414.900 Familien mit Kindern. Der Anteil alleinerziehender Haushalte an allen Familien mit Kindern betrug 30,8 Prozent. Das waren 127.700 alleinerziehende Mütter und Väter mit einem oder mehreren Kindern unter 18 Jahre. In der überwiegenden Zahl der Fälle (71 %) war nur ein Kind vorhanden.

Der größte Teil der Alleinerziehenden sind Frauen: in den westlichen Bezirken Berlins 82,3 Prozent und im Ostteil der Stadt 87,3 Prozent.

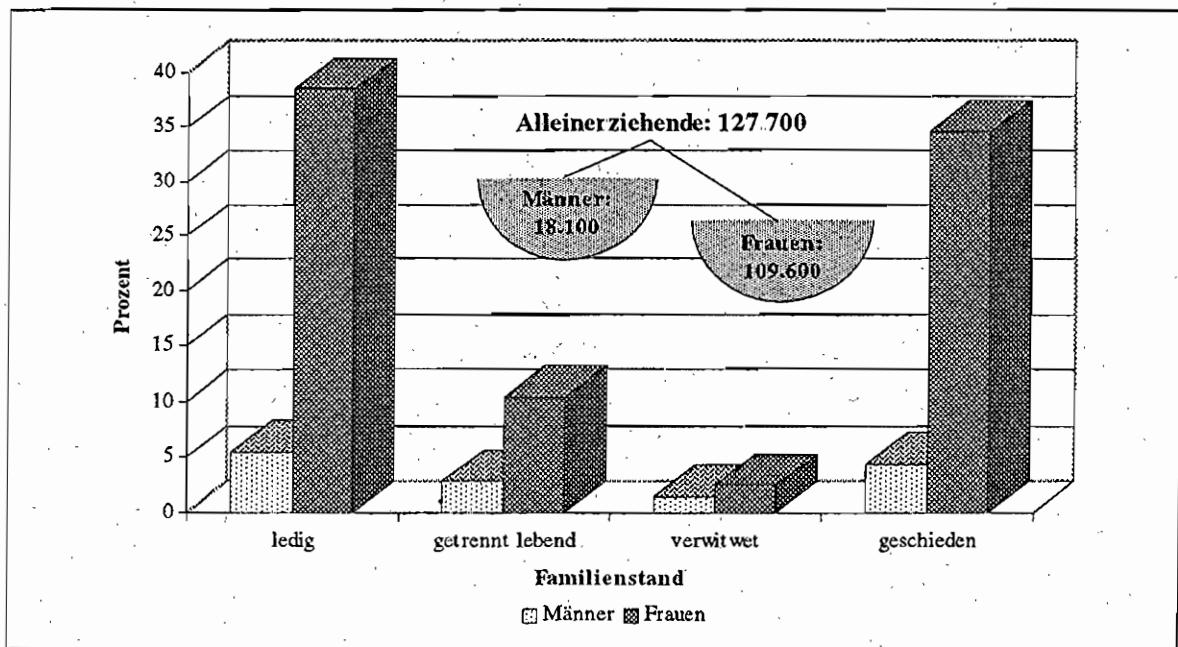
In Berlin-Ost lag der Anteil Alleinerziehender mit 32,7 Prozent 1993 etwas höher als in den westlichen Bezirken (29,2 %). Historisch gesehen wurde alleinerziehenden Müttern in der ehemaligen DDR eine besondere gesellschaftliche Anerkennung entgegengebracht: Sie wurden vorrangig unterstützt bei der außerhäuslichen Unterbringung der Kinder, erhielten bezahlte Freistellung bei Krankheit der Kinder usw., darüber hinaus waren sie überwiegend berufstätig und verfügten damit über ein gesichertes Einkommen.

Heute stellt sich die Situation der alleinerziehenden Frauen in Berlin wie folgt dar:

Rund 64 Prozent der alleinerziehenden Frauen sind erwerbstätig, mit steigender Kinderzahl sinkt dieser Anteil.

Von den Frauen mit Kindern unter sechs Jahren sind 55,6 Prozent erwerbstätig. Mit zunehmendem Alter der Kinder erhöht sich die Zahl der erwerbstätigen Frauen, so sind 69,3 Prozent der Alleinerziehenden mit Kindern unter 18 Jahren berufstätig.

Abbildung 2.8:
Alleinerziehende mit Kindern unter 18 Jahren nach Geschlecht und Familienstand, 1993



(Quelle: StaLa/SenGes I D)

Der überwiegende Teil aller Alleinerziehenden mit Kindern unter 18 Jahren sind ledige und geschiedene Frauen (38,5 % bzw 34,5 %) (vgl. Abbildung 2.8).

Alleinerziehende Frauen mit Kindern unter 18 Jahren sind überwiegend im Alter zwischen 25 bis unter 35 Jahren (45,6 %) sowie zwischen 35 bis unter 45 Jahren (37,1 %).

Angaben zum Einkommen Alleinerziehender können aus dem vorliegenden Datenmaterial nicht gemacht werden, berücksichtigt man jedoch, daß Alleinerziehende in der Regel auch allein für die finanzielle Sicherung der Familien zuständig sind und Frauen häufiger in Branchen und Positionen mit relativ niedrigen Einkommen tätig sind, so läßt sich für die Mehrzahl der alleinerziehenden Haushalte eher eine finanzielle Beengtheit annehmen.

2.2.2 Obdachlose

Obdachlosigkeit hat viele Ursachen: Sie sind einerseits im gesellschaftlichen Bereich - Arbeitslosigkeit, Ausbildungsdefizite, Situation auf dem Wohnungsmarkt - andererseits auch in individuellen Lebenslagen - Suchtprobleme, Verschuldung, Trennung und Scheidung - zu suchen.⁵⁾ Als Obdachlose gelten Personen, die ohne Wohnung und bei den bezirklichen Sozialämtern als Wohnungslose registriert sind. Darüber hinaus gibt es auf der Straße lebende Personen, die sich nicht oder nur zeitweise als Obdachlose registrieren lassen.

Die Zahl der als wohnungslos gemeldeten Personen wuchs von 5.577 im Jahre 1988 auf 10.558 Ende 1994 (die Erfassung für den Ostteil der Stadt wurde erst ab dem IV. Quartal 1993 vorgenommen) Mit 93 Prozent wurde der überwiegende Anteil der Obdachlosen in den westlichen Bezirken registriert.

⁵⁾ Obdachlosenplan, Drucksache Nr 12/4994 (II:B 33 b.) -Schlußbericht, S. 6

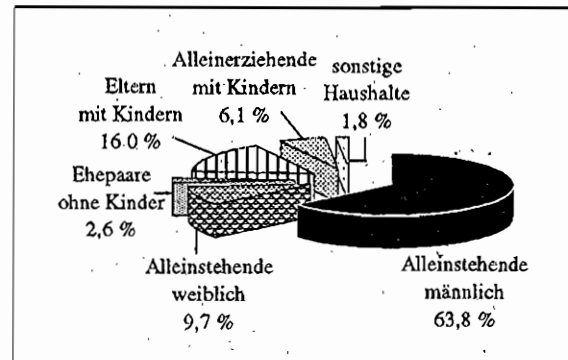
In den offiziell registrierten Obdachlosenzahlen ist die Zahl der auf der Straße lebenden Menschen nicht enthalten, die Dunkelziffer wird derzeit auf noch einmal so viele wie die registrierte Obdachlosenzahl geschätzt.

Obdachlosigkeit nimmt auch bei Frauen zu, diese sind häufig bei Trennung von ihren Partnern und eigenem geringen Erwerbseinkommen oder Arbeitslosigkeit nicht mehr in der Lage, die steigenden Mieten zu finanzieren. Hiervon sind vor allem auch Frauen mit Kindern betroffen.

Die offiziell registrierte Zahl obdachloser Frauen (einschließlich der Elternteile mit Kindern, in der Regel Frauen) lag 1988 bei 538 und betrug im I. Quartal 1995 1.373, auch hier ist von einer Dunkelziffer auszugehen. Nach Angaben der Beratungsstellen steigt insbesondere in den östlichen Bezirken die Ver- und Überschuldung von alleinerziehenden Frauen mit Kindern und damit die Gefahr des Wohnungsverlustes.⁶⁾

Der Anteil alleinstehender obdachloser Frauen an allen Obdachlosen betrug am Jahresende 1992 9 Prozent, für das I. Quartal 1995 wurden 10 Prozent (868 Frauen) gemeldet. Etwa 30 Prozent der betroffenen Frauen waren unter 27 Jahren und jeweils etwa ein Drittel zwischen 27 bis unter 40 Jahren bzw. 40 Jahre und älter. Über die Hälfte der Frauen waren zum Zeitpunkt der Erfassung bereits ein Jahr und länger obdachlos. 93 Prozent der obdachlosen Alleinerziehenden mit Kindern waren Frauen, 58 Prozent dieser Personengruppe waren unter 18 Jahre.

Abbildung 2.9:
Obdachlose Personen nach Haushaltstypen, I. Quartal 1995



(Quelle: SenSoz/SenGes I D)

6) Abgeordnetenhaus von Berlin: Mitteilung über die Fortschritte in der Tätigkeit des Senats zur Wiedereingliederung von Obdachlosen und der Verhinderung drohender Obdachlosigkeit - Drsn Nr. 12/1300 und 12/2636 - S 5

3. Gesundheitliche Lage

Die gesundheitliche Lage einer Population ist sehr komplex und läßt sich nur schwer allseitig beschreiben. Annähernd valide Aussagen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung können mittels „objektiver“ Indikatoren getroffen werden. Beispiele für solche Indikatoren finden wir in der Todesursachen-Statistik (z.B. der amtlichen Statistik der Sterbefälle, die auf der Grundlage der Angaben in den ärztlichen Leichenschauscheinchen erstellt wird), in Krankenkassen-Statistiken der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) hinsichtlich der Anzahl der Krankheitstage bei Arbeitnehmer/innen und/oder der Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten - und für Kinder und Jugendliche, in den Einschulungs- bzw. Schulentlassungsuntersuchungen.

Die Komplexität des Gesundheitsbegriffs wird in der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gut dargestellt. Die WHO determiniert Gesundheit als „Zustand eines vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ und nicht nur mit dem „Fehlen von Krankheiten und Gebrechen“. In dieser weitgefaßten Definition ist „Gesundheit“ nicht allein durch die amtliche Statistik zu erfassen. Deshalb gelten „subjektive“ Gesundheitsindikatoren (z.B. Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes) als wichtige Ergänzung zu den „objektiven“.

Im Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesundheit sind speziell „subjektive“ Gesundheitsindikatoren wesentlich. Untersuchungen belegen, daß die Frauen, die befragt worden sind, sich für einen Gesundheitsbegriff entschieden haben, der nicht ausschließlich am Objektiven, also am „ärztlichen Befund“ orientiert ist, sondern vielmehr an ihrem eigenen subjektiven Urteil. Das heißt, daß ihr persönliches Befinden eine ganz entscheidende Rolle spielt.⁷⁾

3.1 Allgemeine und todesursachen spezifische Mortalität

Die allgemeine Sterblichkeit gilt als einer der umfassendsten Indikatoren der gesundheitlichen Lage von Bevölkerung und Bevölkerungsgruppen.

Im Jahr 1993 starben in Berlin 41 273 Personen (28 819 in Berlin-West, 12 454 in Berlin-Ost). Daß trotz längerer Lebenserwartung der Frauen deutlich mehr Frauen sterben (1993: 24 027), läßt sich durch einen höheren Anteil von älteren Frauen im Gegensatz zu älteren Männern erklären.⁸⁾

Betrachtet man die Sterblichkeit nach alters- und geschlechtsspezifischen Aspekten, dann fällt in allen Altersgruppen eine höhere Sterblichkeit der männlichen Personen auf. Dies läßt sich möglicherweise aus einem unterschiedlichen Gesundheitsverhalten (Alkoholkonsum, Rauchverhalten, Drogenkonsum, Freizeitverhalten), durch eine erhöhte Exposition von Risikofaktoren aus der beruflichen Umwelt sowie aus genetischen Faktoren erklären.

Um die Vergleichbarkeit der Zahlen im Zeitverlauf und auch zwischen den einzelnen Bundesländern zu gewährleisten, wurden die folgenden Sterbeziffern, soweit nicht anders angegeben, unter Verwendung der "Europäischen Standardbevölkerung der WHO" altersstandardisiert.

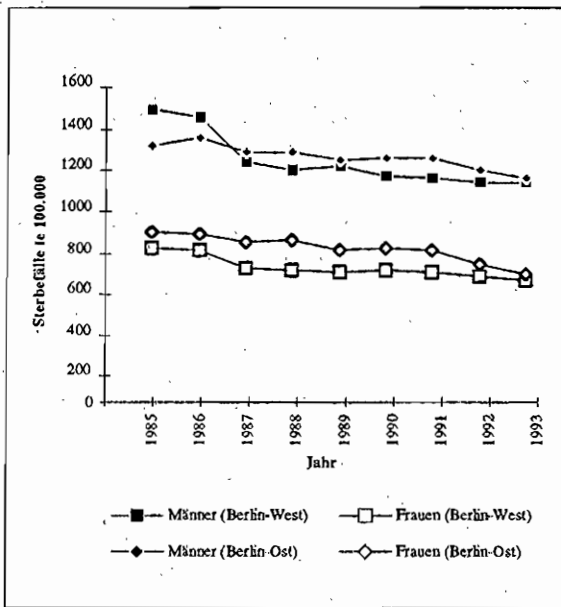
Seit Mitte der achtziger Jahre ist eine deutliche Rückläufigkeit der *Gesamsterblichkeit* in Berlin zu beobachten. Bei den Frauen in Berlin-West ist die Sterblichkeit in den Jahren 1985 (826 je 100 000) bis 1993 (671 je 100 000) um 19 % zurückgegangen. In Berlin-Ost ging sie im selben Zeitraum von 904 je 100 000 auf 701 um 22% zurück. Die Sterblichkeit der Frauen aus den östlichen Bezirken lag aber noch durchschnittlich 10 Prozent höher als die der Frauen aus Berlin-West.

⁷⁾ Franke, A : Gesundheit ist Spaß am Leben. In: Frauen und Gesundheit. Thema: Körper und Psyche. Hrsg. Red. Psychologie heute 1989, S. 65 ff.

⁸⁾ Jahresgesundheitsbericht (JGB) 1994: Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit. Referat Gesundheitsstatistik, Gesundheitsberichterstattung, Informations- und Kommunikationstechnik, Datenschutz. Tabellenanhang.

Von 1985 bis 1993 ging die Gesamtsterblichkeit der männlichen Personen in Berlin-West (1.492 je 100.000) um 25 % und die der Männer aus Berlin-Ost um 13 % (1.318 bzw. 1.164 je 100.000) zurück. Im Durchschnitt lag die Sterblichkeit der Männer aus Berlin-Ost 12 Prozent niedriger als bei den männlichen Personen aus Berlin-West.⁹⁾

Abbildung 3.1:
Geschlechtsspezifische Sterblichkeit 1985 bis 1993 in Berlin
- je 100.000



(Quelle: IGB 1994/altersstand Eurobev.)

3.1.1 Vorzeitige Sterblichkeit

Sterbefällen unter 65 Jahren (*vorzeitige Sterblichkeit*) kommt hinsichtlich ihres kausalen Zusammenhanges zwischen Sterbegeschehen und möglichen Gesundheitsrisiken eine besondere Aufmerksamkeit zu

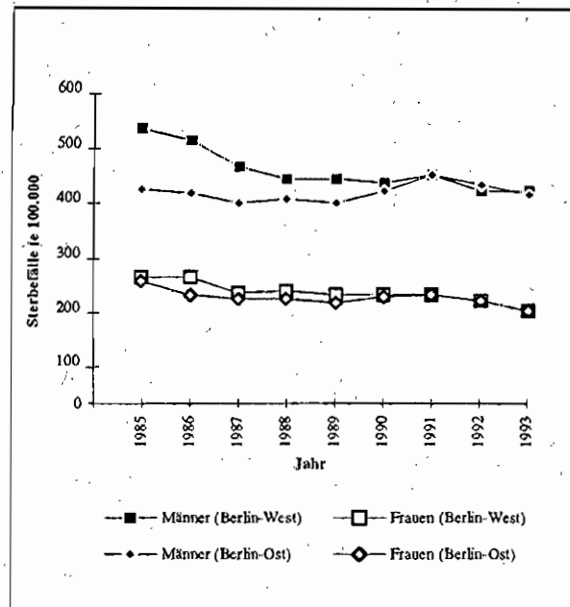
1993 starben in Berlin 9.631 Personen (23 % der Gesamtgestorbenen) unter 65 Jahren, darunter befanden sich 3.129 Frauen. Mit 38 Prozent, gemessen an der Gesamtsterblichkeit, lag der Anteil der unter 65jährig gestorbenen Männer deutlich über dem Anteil der unter 65jährig gestorbenen Frauen (13 %).¹⁰⁾

⁹⁾ IGB 1994

¹⁰⁾ IGB 1994

Bei den Frauen kam es in Berlin-West seit 1985 (265 je 100.000) zu einem Rückgang der vorzeitigen Sterblichkeit von 23 Prozent (1993: 204 je 100.000). In Berlin-Ost betrug der Rückgang 20 Prozent (1985: 256 je 100.000, 1993: 203 je 100.000; vgl. Abbildung 3.2).

Abbildung 3.2:
Geschlechtsspezifische Sterblichkeit 1985 bis 1993 in Berlin - Altersgruppe 0 bis unter 65 Jahre
- je 100.000



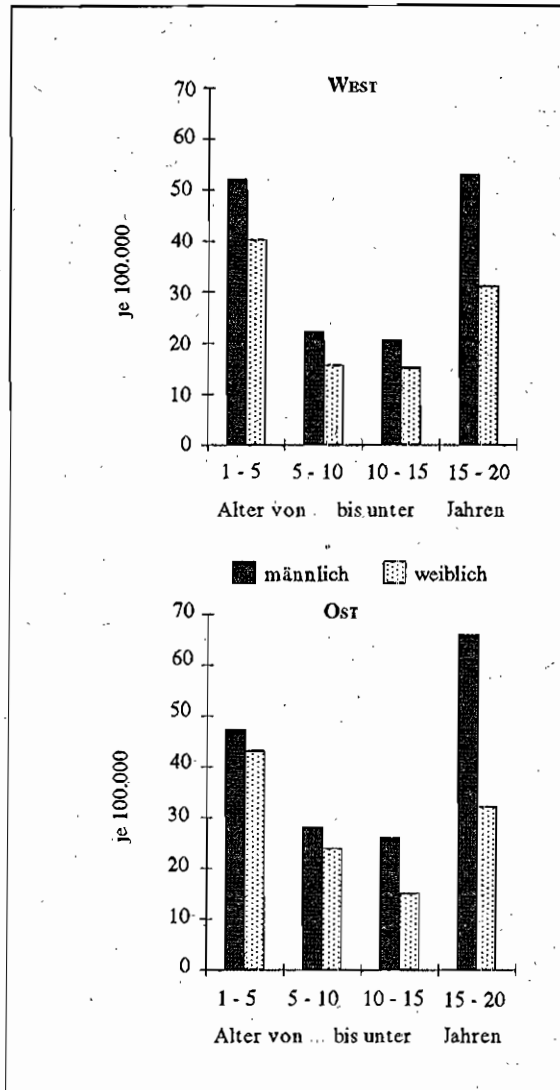
(Quelle: IGB 1994/altersstand Eurobev.)

Obwohl die Sterbeziffern bei den 1- bis unter 20jährigen relativ niedrig sind, kommt ihnen hinsichtlich der Risiken eine große Bedeutung zu, da diese Sterbefälle in der Mehrzahl auf nichtnatürliche und vermeidbare Todesursachen zurückzuführen sind.

Nachfolgende Grafik macht in der eben genannten Altersgruppe sowohl in Berlin-West als auch in Berlin-Ost eine höhere Sterblichkeit der männlichen Kinder und Jugendlichen deutlich.¹¹⁾

¹¹⁾ Kiss 1995 S 18 ff

Abbildung 3.3:
Alters- und geschlechtsspezifische Mortalitätsraten
der 1- bis unter 20jährigen in Berlin
(Durchschnitt der Jahre 1983 - 1992)
- je 100.000 der Altersgruppe



(Quelle: JGB 1993)

3.1.2 Säuglingssterblichkeit

Die *Säuglingssterblichkeit* ist in Deutschland (alte und neue Länder) in den letzten 20 Jahren erheblich zurückgegangen. Im internationalen Vergleich lag die Bundesrepublik Deutschland 1991 mit 6,8 Fällen (1992: 6,1) je 1 000 Lebendgeborene in der Gruppe der Länder mit den weltweit niedrigsten

Sterberaten. Die Ursachen für die Säuglingssterblichkeit hängen u.a. eng mit der sozialen Lage aber auch mit gesundheitsriskantem Verhalten der Mütter (schwere körperliche Arbeit, seelische Belastungen, lückenhafte Wahrnehmung der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, Rauchen und Alkoholmißbrauch während der Schwangerschaft) zusammen.

Im Jahr 1992 starben in Berlin 188 Kinder: 99 männliche und 89 weibliche (32 mehr als im Vorjahr) im Alter von 0 bis unter 1 Jahr. Insgesamt ging die Sterbeziffer von 7,1 (1991) auf 6,3 je 1 000 Lebendgeborene (Berlin-West 6,4, Berlin-Ost 6,0) zurück, wobei aber die rohe Sterbeziffer der männlich gestorbenen Säuglinge mit 6,4 je 1 000 leicht über der der gestorbenen weiblichen Säuglinge lag (6,3 je 1 000). Der Anteil der gestorbenen Säuglinge ausländischer Staatsangehörigkeit betrug 29 Prozent (54 Fälle).

Auch 1993 ging die Säuglingssterblichkeitsziffer in Berlin weiter zurück; mit 165 Gestorbenen bzw. 5,7 je 1 000 Lebendgeborenen erreichte sie ihren bisher niedrigsten Wert. (vgl. Tabelle A 3.1.)¹²⁾

3.1.3 Todesursachen

Die Statistik der Todesursachen erlaubt einen ersten Rückschluß auf die gesundheitlichen Probleme einer Bevölkerung.

An der Spitze der Todesursachen stehen nach wie vor *Herz-Kreislauf-Krankheiten*. Nahezu jeder zweite Sterbefall (48,1 %, 20.005 Fälle) ging 1993 zu Lasten einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. Die Sterberate aufgrund solcher Krankheiten lag bei den Frauen in Berlin-West mit 289 Gestorbenen je 100.000 (Männer: 474) etwa auf dem Vorjahresniveau, in Berlin-Ost ging sie hingegen von 378 je 100.000 im Jahr 1992 auf 347 im Jahr 1993 um 8 Prozent zurück (vgl. Tabelle A 3.2 und JGB 1994).

An zweiter Stelle der Todesursachenstatistik stehen Sterbefälle an *bösartigen Neubildungen*. 1993 ergaben sich nach Altersstandardisierung für Berlin-West (Männer: 273 Gestorbene je 100.000, Frauen: 176 je 100.000) höhere Krebssterberaten als für Berlin-Ost (Männer: 260 je 100.000, Frauen: 167 je

¹²⁾ JGB 1993/1994.

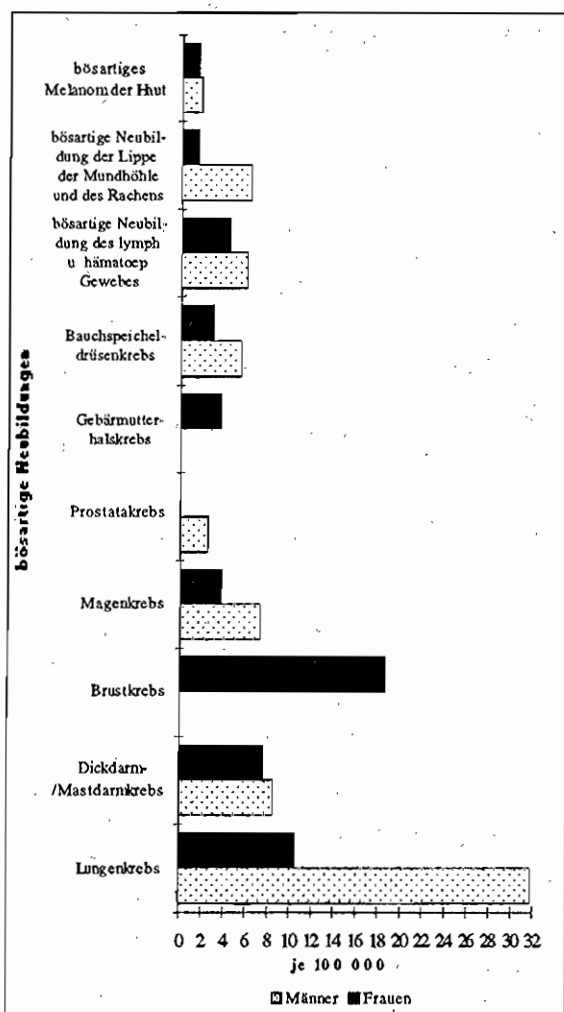
100 000; vgl. Tabelle A 3.2 und JGB 1994). Die höhere Krebssterblichkeit in den westlichen Bezirken bezieht sich nur auf die Zusammenfassung aller bösartigen Neubildungen. Innerhalb bestimmter Krebsformen besteht jedoch in beiden Stadtteilen ein unterschiedliches Sterberisiko. Bei Frauen zwischen 35 und 65 Jahren stellt die Krankheit Krebs die Haupttodesursache dar.

Die Krebssterblichkeit der unter 65jährigen Frauen in Berlin-Ost lag 1993 mit 71 Gestorbenen je 100.000 unter der Ziffer der westlichen Bezirke (80 je 100.000). Dominierend bei den Frauen ist nach wie vor das Mammakarzinom (vgl. Abbildung 3.4). Bei den unter 65jährigen gestorbenen Frauen steht Brustkrebs als Todesursache an erster Stelle.

Abbildung 3.4

Gestorbene an bösartigen Neubildungen 1993 in Berlin nach Geschlecht - unter 65 Jahren

- je 100.000



(Quelle: JGB 1994/altersstand. Eurobev)

1993 gingen 26 Prozent aller Krebssterbefälle der unter 65jährigen Frauen aus Berlin-West und 22 Prozent der unter 65jährigen Frauen aus Berlin-Ost zu Lasten des Brustkrebses (vgl. Tabelle A 3.3).

Seit Mitte der achtziger Jahre sind Sterbefälle an Lungenkrebs insbesondere bei den Frauen sowohl in Berlin-West als auch in -Ost angestiegen. Die Sterbeziffer lag in Berlin rund ein Fünftel höher als in den alten und neuen Bundesländern.¹³⁾

Todesfälle an bösartigen Neubildungen bei Jugendlichen unterliegen, nicht zuletzt wegen ihrer geringen Fallzahlen, Schwankungen. Während die durchschnittliche Sterbeziffer von 1985 bis 1993 bei den Mädchen in Berlin-West (2 je 100.000) auf gleichem Niveau lag wie im Ostteil, war sie bei den Jungen in Berlin-Ost (7 je 100.000) deutlich höher als in Berlin-West (4 je 100.000).¹⁴⁾

Tabelle 3.1:

Geschlechtsspezifische Mortalitätsraten der an bösartigen Neubildungen gestorbenen 15- bis unter 20jährigen 1984-1993 in Berlin - je 100.000 der Altersgruppe

Jahre	Berlin-West		Berlin-Ost	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
1984 - 1988	3,0	1,5	6,8	3,5
1989 - 1993	5,5	3,8	7,1	3,6

(Quelle: Kiss 1995)

Alkoholbedingte Sterbefälle haben zwar gemessen an der Gesamtsterblichkeit nur einen Anteil von etwa 3 Prozent, doch kommt ihnen hinsichtlich „verlorener“ Lebensjahre ein nicht unbedeutender Stellenwert zu, da mehr als 80 Prozent der durch übermäßigen Alkoholkonsum bedingten Todesfälle vor Vollendung des 65 Lebensjahres sterben. In Berlin starben von 1985 bis 1993 jährlich durchschnittlich 760 Personen an alkoholbedingten Krankheiten (Alkoholismus, Leberzirrhose, Alkoholpsychose), darunter rund 240 Frauen (32 %).

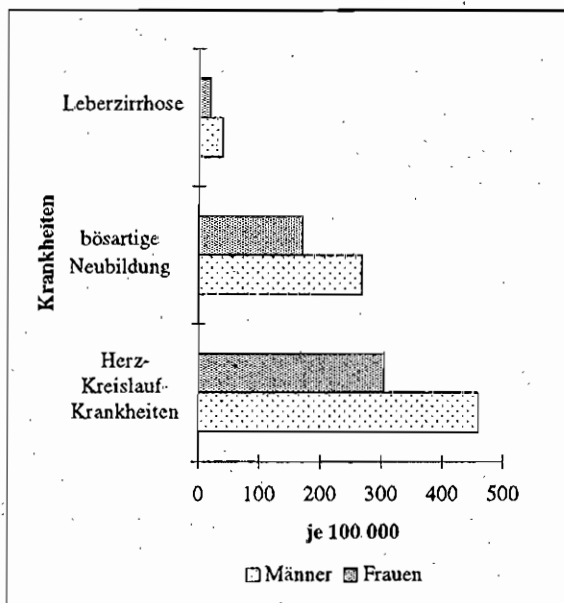
¹³⁾ Kiss A.; Hermann, S.; Thoelke, H.: Vermeidbare Sterbefälle in Berlin 1983 - 1992. Diskussionspapier 23 1995, S. 12 ff. Vgl. auch JGB 1994.

¹⁴⁾ Kiss, A.: Zur gesundheitlichen Lage von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1991/1992. Diskussionspapier 22 1995, S. 17. Im folgenden: Kiss 1995 (1).

1993 starben insgesamt 985 Personen an den bereits genannten Erkrankungen, darunter befanden sich 261 Frauen (26 %). Während in den westlichen Bezirken die Sterbeziffer bei den Frauen eher zurückging (in der Zeit von 1991 bis 1993 lag die durchschnittliche Sterblichkeitsrate bei 14,4 Prozent), stieg sie in den östlichen Bezirken leicht an (1991 bis 1993: 16,4 %) und damit liegt sie etwas über Westberliner Niveau (vgl. Tabelle A 3.4). Insgesamt lag die Sterblichkeit allein wegen Leberzirrhose seit Beginn der achtziger Jahre bei den Berliner Frauen deutlich höher als im Bundesdurchschnitt.¹⁵⁾

Abbildung 3.5 gibt ausgewählte Todesursachen differenziert nach Geschlecht für das Jahr 1993 wieder.

Abbildung 3.5: Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen 1993 in Berlin - je 100.000, alle Altersgruppen



(Quelle: JGB 1994/altersstand Eurobev)

Die Häufigkeit und Entwicklung von Suiziden gilt allgemein als Indikator für die psychische und soziale Gesundheit einer Bevölkerung. Jährlich nehmen sich durchschnittlich 550 Berliner (darunter 200 Frauen) das Leben. Die Suizidrate der Frauen ist in den letzten Jahren in Berlin-Ost angestiegen und lag 1992 auf Westberliner Niveau (9 Gestorbene je 100.000).¹⁶⁾

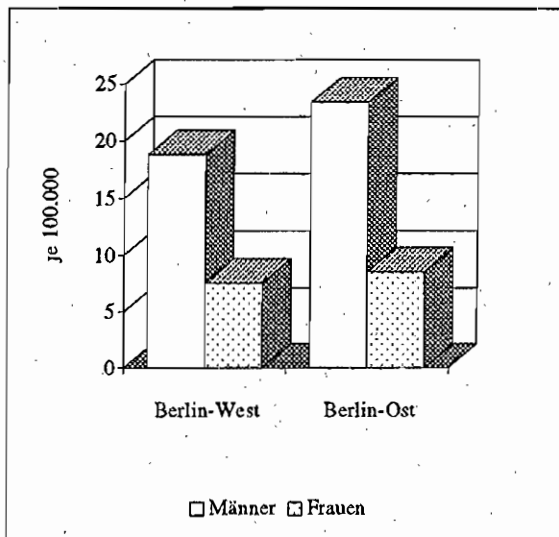
¹⁵⁾ JGB 1994/Kiss 1995

¹⁶⁾ JGB 1993.

1993 nahmen sich in Berlin 555 Personen das Leben, darunter befanden sich 191 Frauen, davon waren 105 Frauen unter 65 Jahre alt.

Der Anteil der weiblichen Gestorbenen je 100.000 in Berlin-Ost war etwas höher (9 je 100.000) als in Berlin-West (8 je 100.000, vgl. Abbildung 3.6).

Abbildung 3.6: Gestorbene an Suizid 1993 in Berlin nach Geschlecht - je 100.000



(Quelle: JGB 1994/altersstand Eurobev)

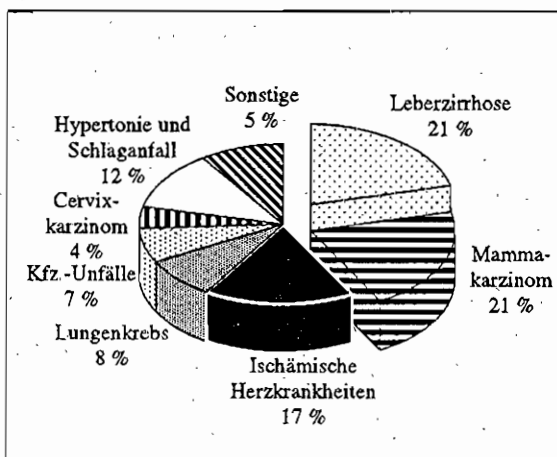
3.1.4 Vermeidbare Todesfälle

Im Hinblick auf Prävention sind insbesondere jene Todesursachen von wesentlicher Bedeutung, die das Sterbegeschehen in hohem Maße beeinflussen und die zum anderen nachgewiesenermaßen durch präventive Schritte beeinflussbar sind. Von spezieller Bedeutung für die Ableitung von Präventionsschwerpunkten ist deshalb die Analyse sogenannter „Vermeidbarer Todesfälle“ (VTF). 1991 starben 1.666 Frauen aus Berlin an vermeidbaren Todesursachen (1993 1.478 Frauen). Es handelt sich hier um Sterbefälle, die nach heutigem medizinischen Kenntnisstand in bestimmten Altersgruppen (das 65. Lebensjahr zumeist nicht überschreitend) erfolgreich behandelt werden können bzw. die durch individuelles Verhalten oder gezielte Prävention gar nicht erst entstehen können. Der Anteil der an VTF gestorbenen Frauen an der Gesamtsterblichkeit beträgt rund 7 Prozent. Der Anteil an der

vorzeitigen Sterblichkeit jedoch 47 Prozent. Das bedeutet, daß nahezu jeder zweite weibliche Sterbefall unter 65 Jahren durch rechtzeitige und adäquate medizinische Interventionen und/oder durch das individuelle Verhalten der betroffenen Frauen vermeidbar wäre.

An der Spitze der vermeidbaren Todesursachen steht bei den Frauen die Leberzirrhose (gilt z. B. als präventiv vermeidbar), gefolgt vom Mammakarzinom und von Ischämischen Herzkrankheiten (vgl. Abbildung 3.7).¹⁷⁾

Abbildung 3.7:
Prozentuale Verteilung ausgewählter vermeidbarer Todesursachen bei den Frauen 1991 in Berlin



(Quelle: SenGes ID)

In Berlin sterben jährlich etwa 1 100 Personen im Alter von 15 bis unter 75 Jahren an *Leberzirrhose*, darunter befinden sich etwa 470 Frauen (43 %).

In den Jahren 1983 bis 1992 starben jährlich durchschnittlich 23 von 100.000 Frauen der gleichen Altersgruppe an einer Leberzirrhose. Im Vergleich mit den alten Bundesländern (hier starben von 1983 bis 1991 jährliche 14 von je 100.000 Frauen) lag die Sterbeziffer in Berlin-West 41 Prozent höher.

Ebenso wie bei den Männern kam es auch bei den Frauen in Berlin-Ost zu einem erheblichen Anstieg der Sterblichkeit an Leberzirrhose. Mit 30 gestorbenen Frauen je 100.000 wurde in Berlin-Ost im Jahr 1991 der höchste Wert ermittelt, der zugleich auch der höchste im Vergleich mit den anderen Regionen war.

Im Jahr 1992 lag die Sterbeziffer der Frauen in Berlin-Ost 20 Prozent höher als in Berlin-West.¹⁸⁾

Mit 22 Prozent an der Prozentualen Verteilung aller Tumorlokalisationen liegt das *Mammakarzinom* bei den Frauen an erster Stelle. Die altersspezifische Inzidenz steigt oberhalb des 45. Lebensjahres steil an.

In den Jahren 1983 bis 1992 starben in Berlin-West jährlich durchschnittlich 214 Frauen (40 je 100.000) im Alter von 25 bis unter 65 Jahren an Brustkrebs.

Im gleichen Zeitraum starben in Berlin-Ost durchschnittlich 94 Frauen (29 je 100.000). Die Mortalitätsrate an Brustkrebs ist von 1983 (26 je 100.000) bis 1992 (34 je 100.000) um 32 Prozent gestiegen. 1983 lag die Sterberate in Berlin-Ost noch 33 Prozent unter der in Berlin-West und 1992 lag sie in Berlin-Ost nur noch 18 Prozent niedriger als in Berlin-West.¹⁹⁾

1992 starben in Berlin 7.844 Personen an *ischämischen Herzkrankheiten* (ISHD), davon galten 1.096 als vermeidbar.

In Berlin-West starben in den Jahren von 1983 bis 1992 durchschnittlich 149 Frauen (38 je 100.000) im Alter von 35 bis 65 Jahren (Männer: 494, entspricht einer Ziffer von 154 je 100.000). In diesem Zeitraum ging die Sterblichkeit bei den Frauen um 31 Prozent zurück. Allerdings lag die Sterberate im Durchschnitt 11 Prozent höher als in den alten Bundesländern.

In der gleichen Zeit starben in Berlin-Ost jährlich durchschnittlich 112 Frauen (49 je 100.000) im Alter von 35 bis unter 65 Jahren an ISHD (Männer: 338 bzw. 173).

Damit lag die Sterblichkeit bei den Frauen aus Berlin-Ost durchschnittlich höher als bei den Frauen aus Berlin-West.²⁰⁾

Die Abbildung 3.8 gibt ausgewählte vermeidbare Sterbefälle in Berlin für das Jahr 1993, je 100.000 der Bevölkerung, wider.

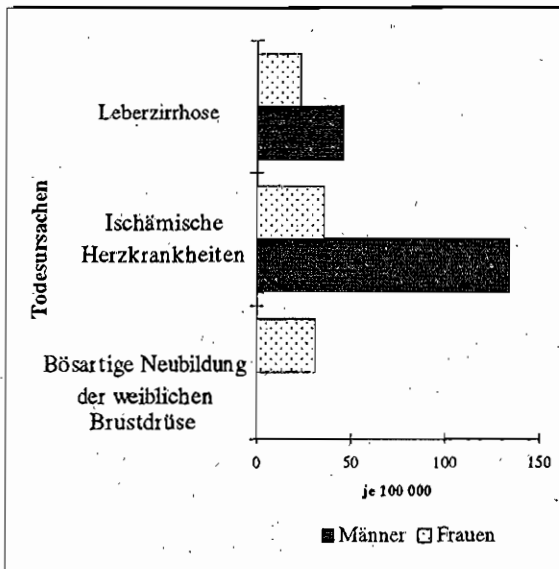
17) Kiss 1995, S. 22 ff / JGB 1994.

18) Kiss 1995, S. 77 ff

19) Kiss 1995, S. 49 ff

20) Kiss 1995, S. 65 ff.

Abbildung 3.8:
Ausgewählte vermeidbare Sterbefälle 1993 in Berlin
- je 100.000



(Quelle: JGB 1994/altersstand Eurobev)

3.1.5 Ausgewählte Todesursachen bei Kindern und Jugendlichen

Die Mortalitätsraten der unter 20jährigen sind insgesamt relativ niedrig, dennoch gibt deren zeitlicher Verlauf Anlaß zu einer gründlichen Analyse.

1992 starben in Berlin insgesamt 70 1- bis unter 20jährige Kinder- und Jugendliche an den sogenannten vermeidbaren Todesfällen, darunter befanden sich 18 Mädchen.

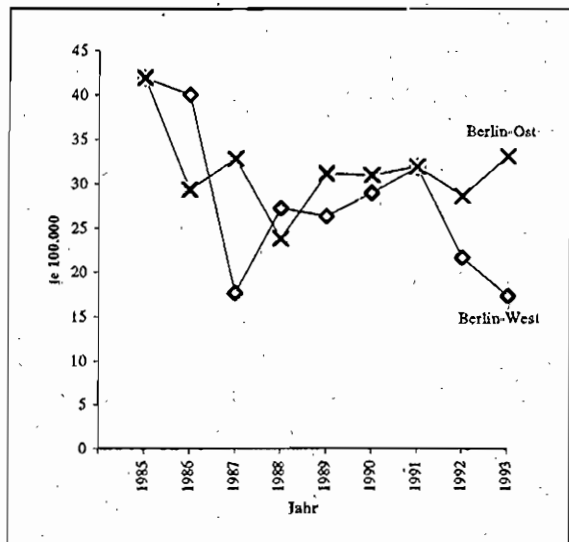
Die meisten Sterbefälle in der Altersgruppe der 10- bis unter 20jährigen, gehen auf Kraftfahrzeugunfälle zurück. Am häufigsten verunglücken unter 15jährige mit dem Fahrrad oder als Fußgänger, während 15- bis unter 20jährige häufiger mit dem Motorrad oder mit dem Auto tödlich verunglücken. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, präventive Maßnahmen in diesem Alter zu erkennen und sie durchzuführen ²¹⁾

Jährlich sterben in Berlin etwa 25 Mädchen in der Altersgruppen von 15 bis unter 20 Jahren. Die Sterblichkeit der jugendlichen Mädchen ist seit

²¹⁾ JGB 1993, S. 90

Mitte der achtziger Jahre in Berlin-West um 59 Prozent zurückgegangen. In den östlichen Bezirken hingegen stieg sie eher wieder an und lag im Jahr 1993 deutlich über Westberliner Niveau (vgl. Abbildung 3.9).

Abbildung 3.9:
Mortalitätsraten der 15- bis unter 20jährigen Mädchen 1985 - 1993 in Berlin
- je 100.000 der Altersgruppe



(Quelle: Kiss 1995(1))

Nahezu zwei Drittel der Sterbefälle bei den Jungen und den Mädchen sind in Berlin auf „nichtnatürliche“ Todesursachen zurückzuführen.

Mit 39 Gestorbenen in der Altersgruppe der 15- bis unter 20jährigen je 100.000 lag 1992 die Rate der nichtnatürlichen Todesursachen (z. B. Kfz - Unfälle, Suizide, Mord- und Totschlag) in den westlichen Bezirken deutlich über der Rate in Berlin-Ost (25 je 100 000). Die Rate an natürlichen Todesursachen betrug in Berlin-Ost und in Berlin-West 3 je 100 000.

Suizide und Suizidversuche haben bei Kindern und Jugendlichen zumeist appellativen Charakter

Nach Angaben der Berliner Beratungsstelle für Vergiftungserscheinungen und Embryonaltoxikologie stehen Suizidversuche in der Altersgruppe der 10- bis 18jährigen nach den 20- bis unter 30jährigen an zweiter Stelle der Häufigkeit bei Suizidversuchen. Im Verhältnis 5 : 1 überwiegen bei den Versuchen die Mädchen ²²⁾

²²⁾ JGB 1993, S. 90

Mit Besorgnis wurde bei der Auswertung der Anfragen des Jahres 1993 im Vergleich mit 1990 ein Trend zu immer jüngerem Lebensalter festgestellt

3.2 Subjektive und objektive Morbidität

Die amtliche Statistik zur *objektiven* Morbidität umfaßt im wesentlichen Daten der gesetzlichen Krankenkassen, aus dem Krebsregister, zu den infektiösen meldepflichtigen Krankheiten nach dem Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG), Angaben zu AIDS, Angaben zu Verkehrsunfällen und aus dem Mikrozensus

Ein sehr gutes Meßinstrument der *subjektiven* Morbidität ist der Bevölkerungssurvey (Monitoring des subjektiven Gesundheitszustandes, des Gesundheitsverhaltens und der gesundheitlichen Risiken)²³⁾ 1991 ließ die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales durch INFRATEST und die Epidemiologische Forschung Berlin einen repräsentativen Survey²⁴⁾ in der Berliner Bevölkerung ab 18 Jahren erheben.

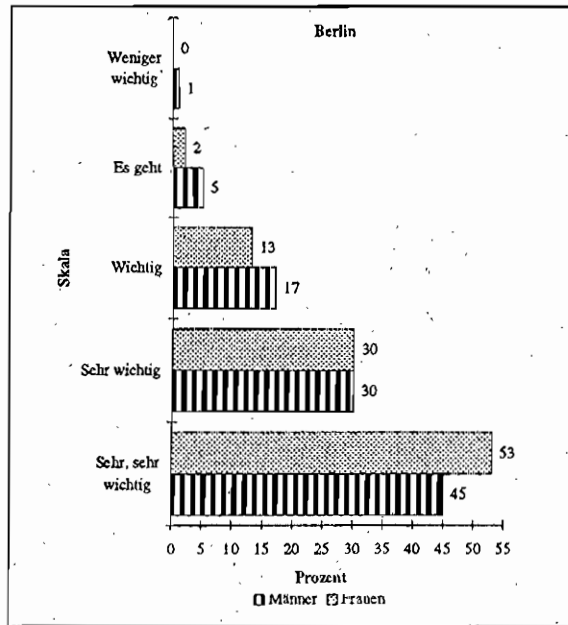
3.2.1 Stellenwert von Gesundheit und Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes

Die Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys zeigen, daß für die Berliner Bevölkerung eine gute Gesundheit auf dem ersten Rang der Voraussetzungen für persönliches Wohlbefinden und ein zufriedenes Leben steht. In diesem Zusammenhang räumen generell Frauen der Gesundheit eine größere Bedeutung für persönliches Wohlbefinden ein als Männer. Über 80 Prozent der Berliner Frauen (83 % Berlin-West, 84 % Berlin-Ost) und rund 75 Prozent der Berliner Männer (78 % Berlin-West, 73 % Berlin-Ost) halten die Gesundheit für sehr wichtig (vgl. Abbildungen 3 10 u. 3.11).

23) Epidemiologie und Gesundheitsforschung Vorschlag für eine epidemiologische, umwelt- und sozialbezogene Gesundheitsberichterstattung. Konzeption für das Bundesland Berlin Hrsg : Kirschner W ; Hoeltz, J. Berlin 1992

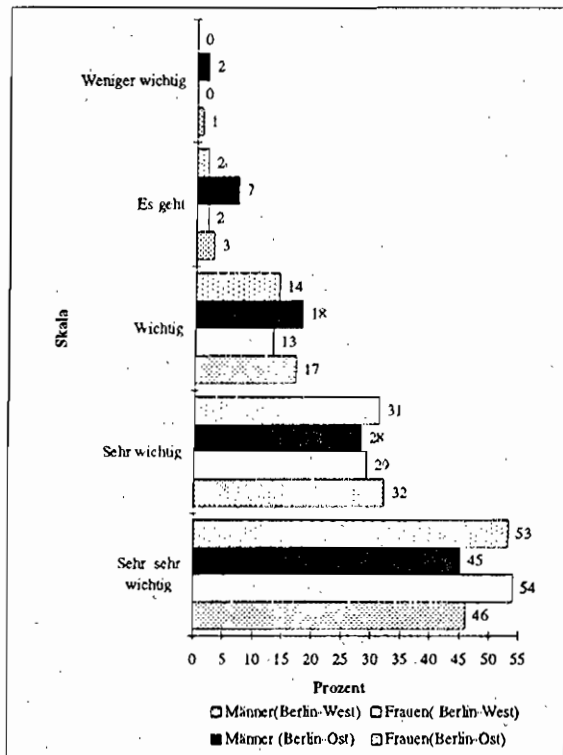
24) Gesundheit, Umwelt und soziale Lage in Berlin 1991. Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys 1991 im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Landes Berlin Epidemiologische Forschung Berlin (EFB)

Abbildung 3.10: Wie wichtig ist die Gesundheit für Ihr persönliches Wohlbefinden? (1991)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

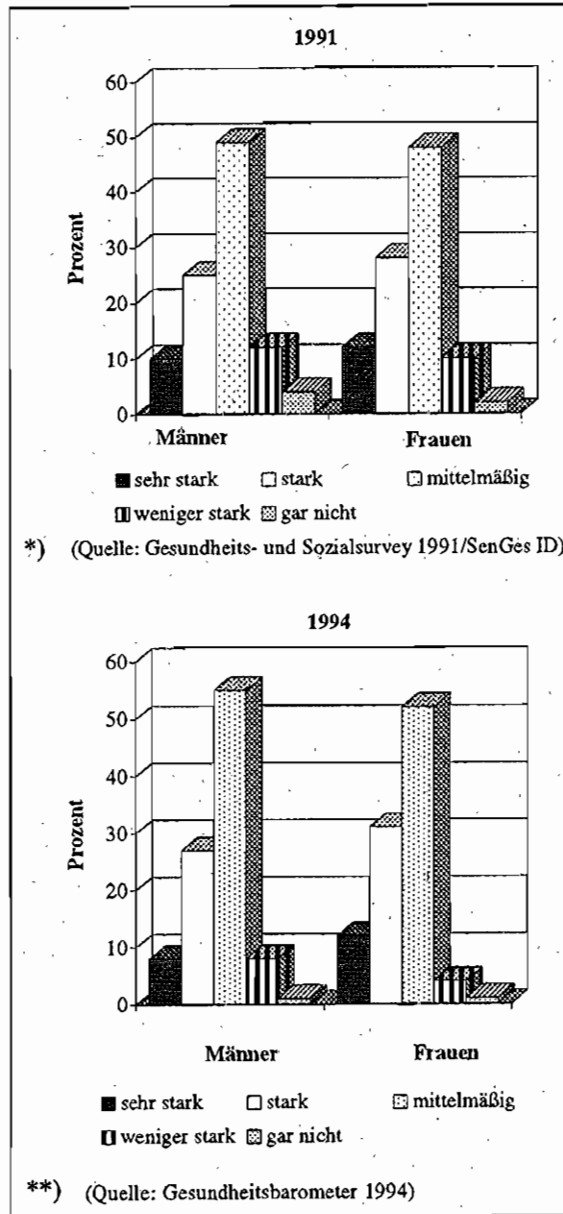
Abbildung 3.11: Wie wichtig ist die Gesundheit für Ihr persönliches Wohlbefinden? (Berlin-West/Ost; 1991)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Frauen achten stärker auf ihre Gesundheit als Männer (vgl. Abbildung 3.12).

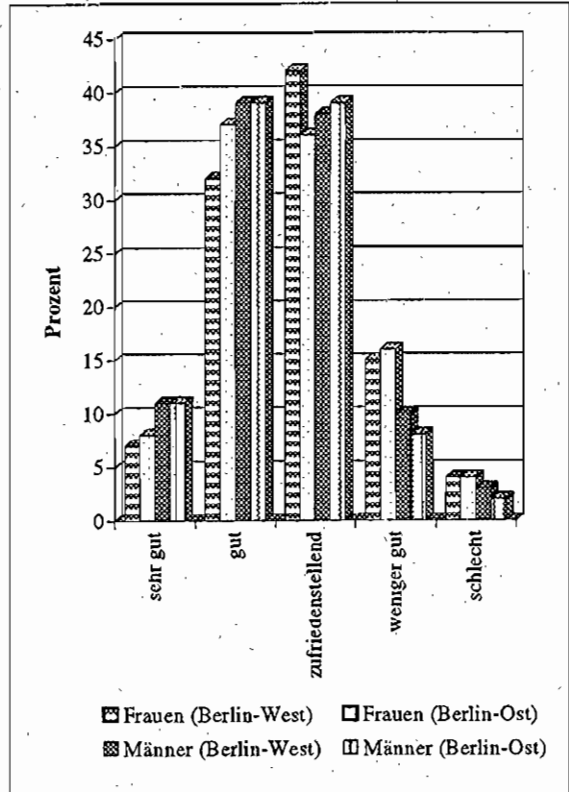
Abbildung 3.12:
Wie stark achten Sie auf Ihre Gesundheit?
(1991 und 1994)



Dennoch schätzen Frauen ihren Gesundheitszustand im allgemeinen als schlechter ein als Männer. Lediglich 7 Prozent der befragten Frauen, aber 11 Prozent der befragten Männer, sehen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ an (Frauen Berlin-

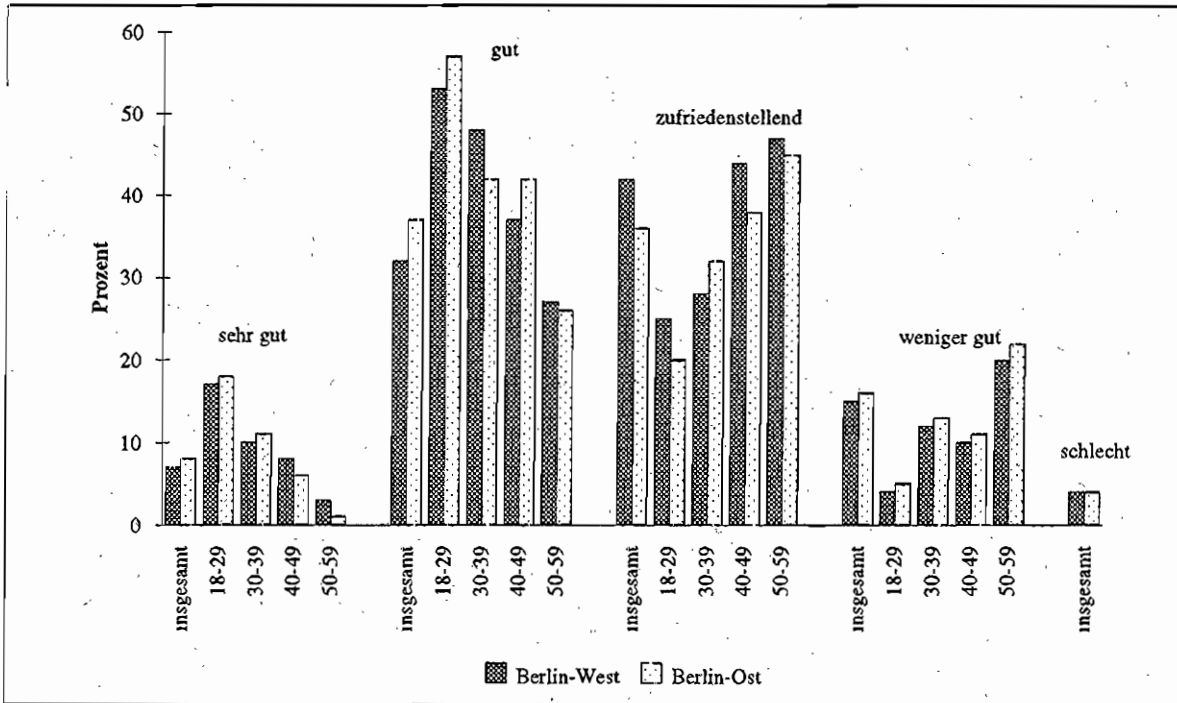
West 7 %, Frauen Berlin-Ost 8 %; Männer Berlin-West 11 %, Männer Berlin-Ost 11 %) Immerhin schätzen 34 Prozent der Frauen und 39 Prozent der Männer ihren Gesundheitszustand noch als „gut“ ein (Frauen Berlin-West 32 %, Frauen Berlin-Ost 37 %; Männer Berlin-West 39 %, Männer Berlin-Ost 39 %) (vgl. Abbildung 3.13)

Abbildung 3.13:
Wie würden Sie ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben? (Berlin-West/-Ost; 1991)



Der Altersverlauf zeigt, daß sich die jüngeren Frauen insgesamt schlechter fühlen (17 % „sehr gut“) als die gleichaltrigen Männer (22 % „sehr gut“) und die 18-29jährigen Frauen aus Berlin-Ost ihren Gesundheitszustand etwas besser einschätzen als ihre gleichaltrigen Geschlechtsgenossinnen aus Berlin-West (Berlin-Ost: 18-29jährige 18 % „sehr gut“ und 57 % „gut“, Berlin-West: 18-29jährige 17 % „sehr gut“ und 53 % „gut“). Die mittleren und älteren Jahrgängen unterscheiden sich kaum (vgl. Abbildung 3.14).

Abbildung 3.14:
Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben? (Frauen nach Altersgruppen; 1991)

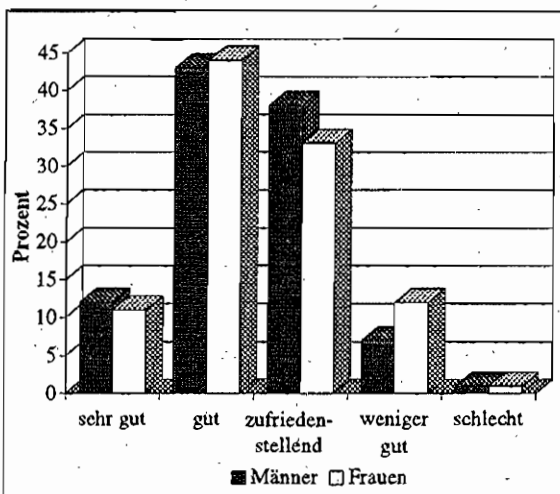


(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Betrachtet man die Selbsteinschätzung der Erwerbstätigen, so zeigt sich, daß berufstätige Frauen ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand gleich gut

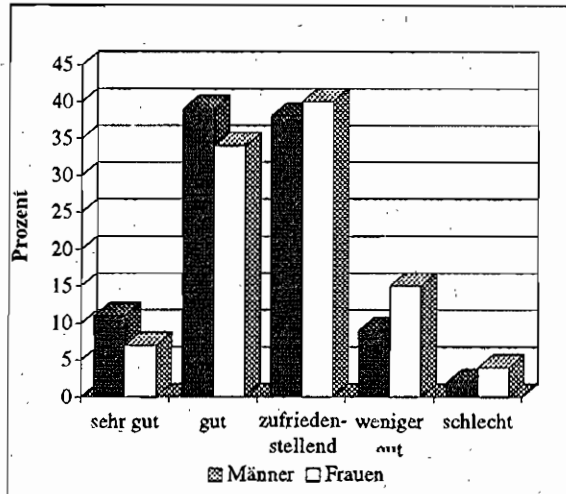
einschätzen wie die Männer (Frauen 11 %, Männer 12 %) und besser als nichterwerbstätige Frauen (11 % vs 4 %) (vgl. Abbildungen 3 15 u 3 16).

Abbildung 3 15:
Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben? (Erwerbstätige; 1991)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Abbildung 3 16:
Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben? (Nichterwerbstätige; 1991)

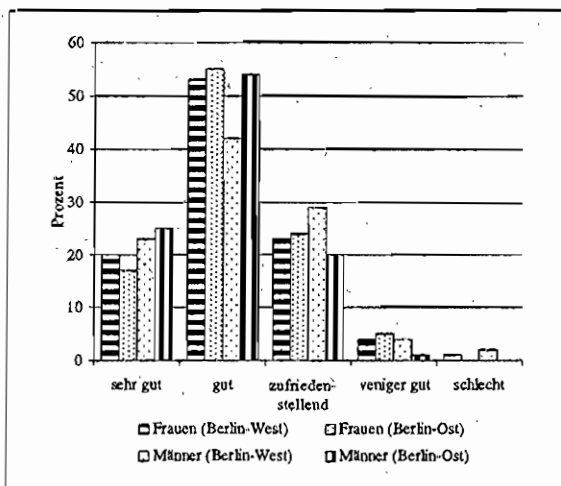


(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Insgesamt fühlen sich die erwerbstätigen Berlinerinnen aus dem Ostteil der Stadt subjektiv gesünder als die weiblichen Berufstätigen aus Berlin-West (Berlin-Ost: 11 % „sehr gut“ und 45 % „gut“, Berlin-West: 10 % „sehr gut“ und 43 % „gut“)

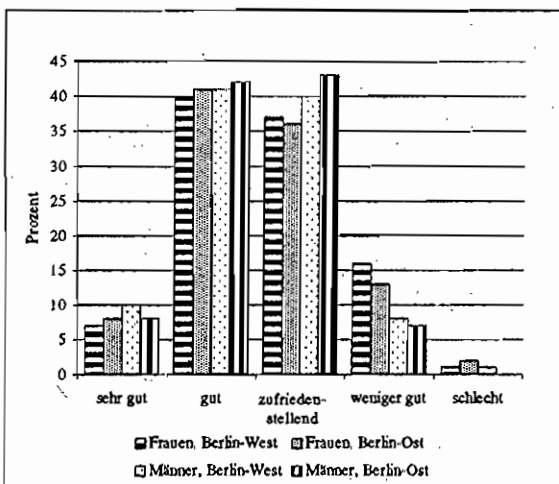
Die Altersgruppe der 18-29-jährigen schätzt sich erwartungsgemäß besser ein als die älteren (vgl. Abbildungen 3.17 u. 3.18).

Abbildung 3.17:
Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben? (Erwerbstätige aus Berlin-West/Ost im Alter von 18 bis 29 Jahren; 1991)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

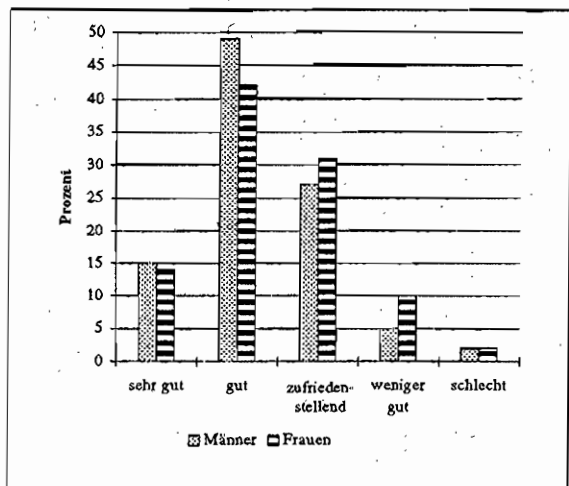
Abbildung 3.18:
Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben? (Erwerbstätige aus Berlin-West/Ost im Alter von 30 bis 59 Jahren; 1991)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

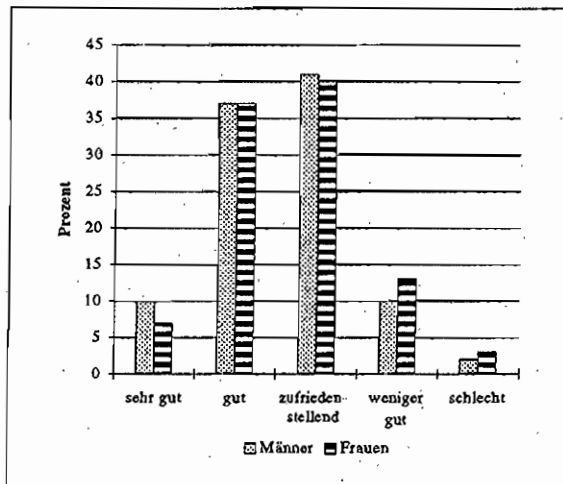
Die ledigen Frauen fühlen sich insgesamt gesundheitlich besser als die verheirateten. So bewerten immerhin 56 Prozent der befragten ledigen Frauen ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand als gut bis sehr gut und nur 44 Prozent der verheirateten Frauen denken ebenso (vgl. Abbildungen 3.19 u. 3.20).

Abbildung 3.19:
Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben? (Ledige; 1991)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Abbildung 3.20:
Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben? (Verheiratete; 1991)



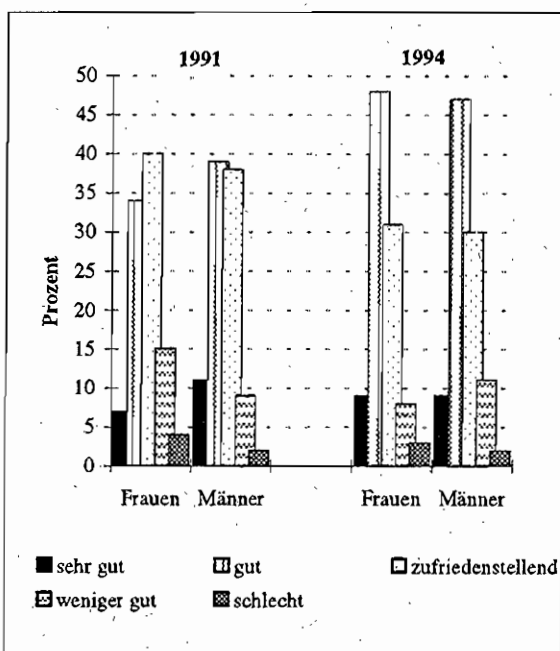
(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Die 18- bis 29-jährigen ledigen Frauen schätzen ihren derzeitigen Gesundheitszustand ähnlich ein wie die Männer im gleichen Alter. Etwa 73 Prozent der Frauen betrachten ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut; Männer 71 Prozent.

Der Abgleich mit dem Gesundheitsbarometer II zeigt, daß die Berliner Bevölkerung 1994 - vor allem die Frauen - den eigenen Gesundheitszustand etwas besser einschätzt als 1991 (1991: Frauen 7 % „sehr gut“, 1994: Frauen 9 % „sehr gut“ und 1991: 34 % „gut“, 1994: 48 % „gut“; 1991: Männer 11 % „sehr gut“, 1994: Männer 9 % „sehr gut“ und 1991: 39 % „gut“, 1994: 47 % „gut“) (vgl. Abbildungen 3 21).

Abbildung 3.21:

Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben? (1991 und 1994)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991 und Gesundheitsbarometer II 1994)

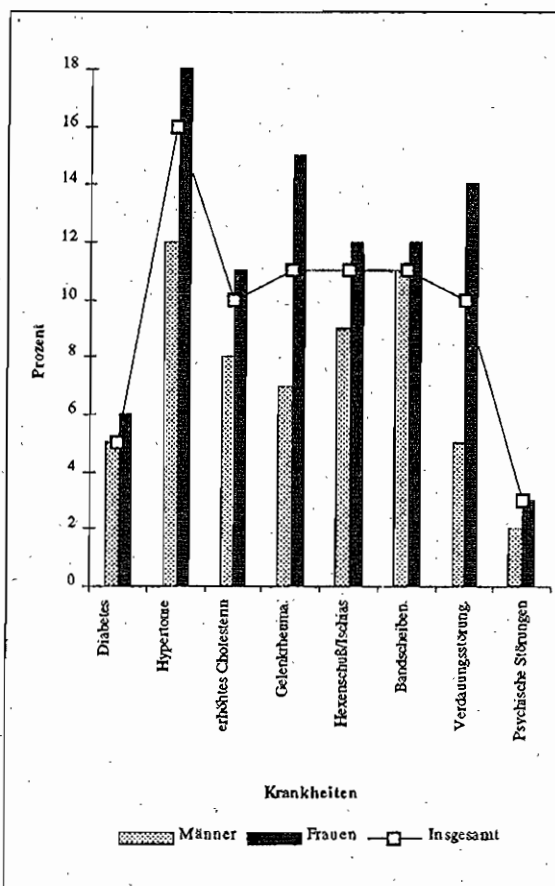
3.2.2 Subjektive Morbidität

Den Berlinern/-innen wurden im Fragebogen eine Liste von Krankheiten vorgelegt, in der sie angeben sollten, ob sie eine dieser Krankheiten (Mehrfachnennungen waren möglich) in den letzten 3 oder auch in den letzten 12 Monaten gehabt haben. Die so erfaßte „subjektive Morbidität“ zeigt folgende Ergebnisse:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Verdauungstraktes sind diejenigen Krankheitsgruppen, die am häufigsten in der Bevölkerung verbreitet sind. Das häufigste Erkrankungsbild des Herz-Kreislauf-Systems ist bei beiden Geschlechtern der Bluthochdruck: 18 Prozent der Frauen und 12 Prozent der Männer geben diese Erkrankung an (vgl. Abbildungen 3 22 u 3.23)

Abbildung 3.22:

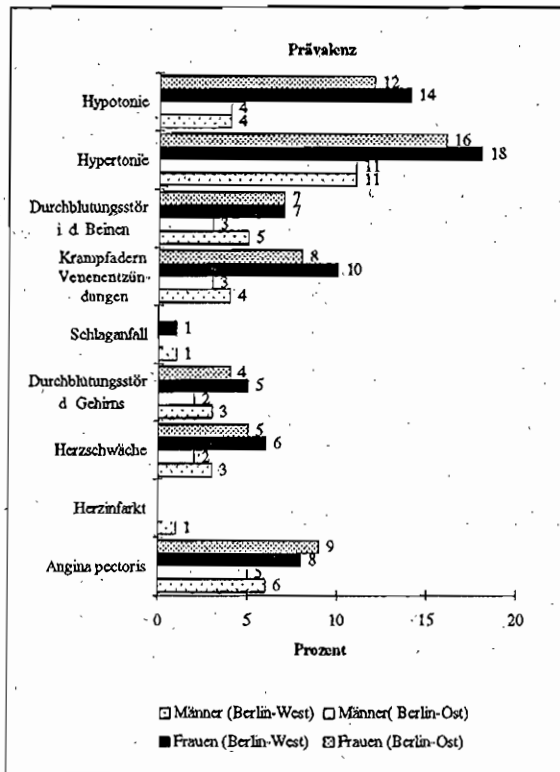
Krankheiten der Berliner Bevölkerung 1991 (Selbstangaben)



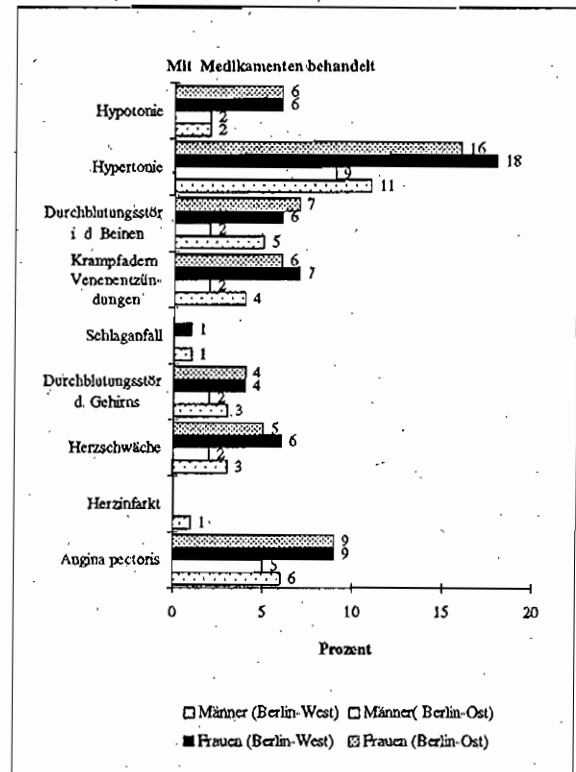
(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Abbildung 3.23:

Herz-Kreislauf-Krankheiten in Berlin 1991 (Prävalenz/Mit Medikamenten behandelt)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Insbesondere im höheren Alter erreichen Frauen größere Prävalenzen. Die Erkrankung war in allen Altersgruppen mit einem hohen Anteil medikamentöser Behandlung verbunden (z.B. die Altersgruppe der 18-59jährigen: zwischen 60-70 %).

Insgesamt leiden Frauen deutlich häufiger als Männer an chronischen Entzündungen und Veränderungen der Gelenke (Frauen 15 %, Männer 7 %). Allerdings bestehen bei Frauen keine wesentlichen Häufigkeitsunterschiede zwischen beiden Stadtregionen.

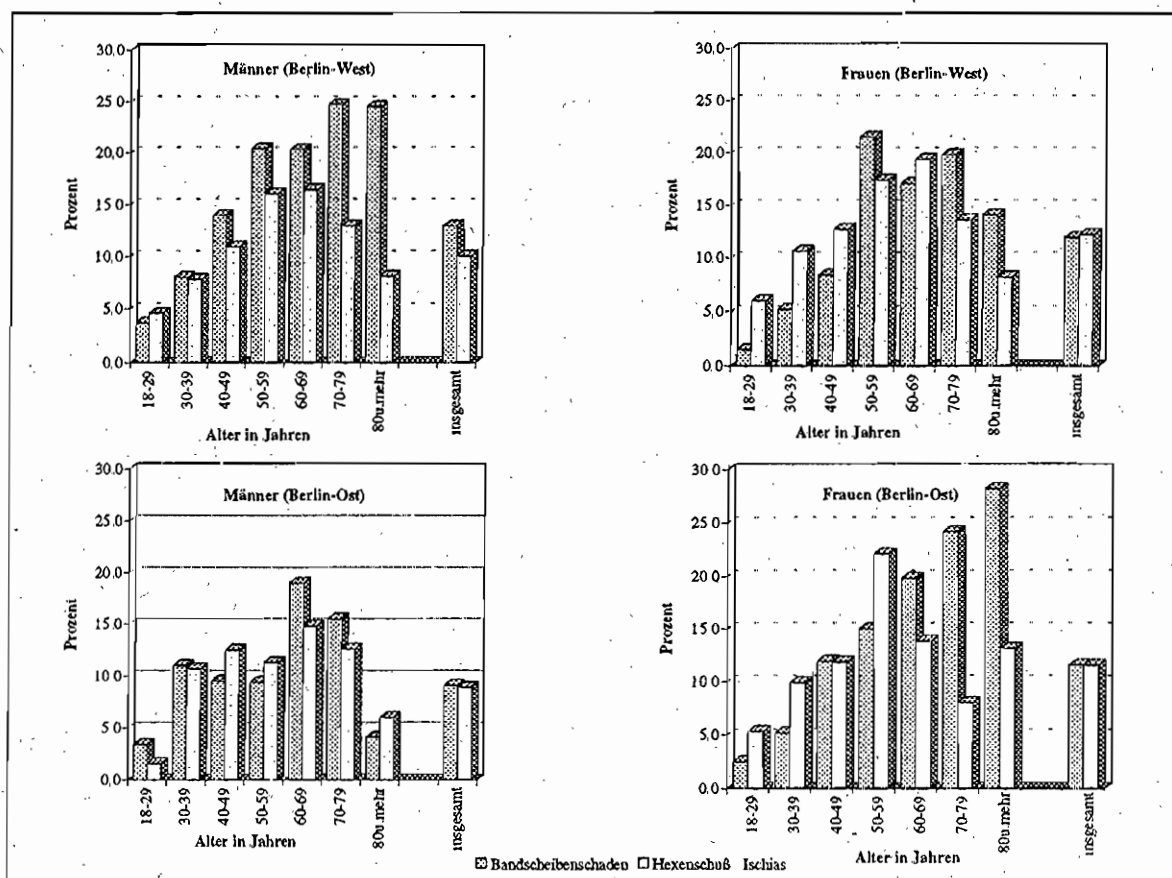
Hexenschuß, Ischias und Bandscheibenschaden stehen in unmittelbarem Zusammenhang. Wobei Hexenschuß und Ischias den akuten, schmerzhaften Beschwerdekomples und der Bandscheibenschaden die häufigste Ursache dieser Beschwerden darstellt. Insgesamt geben 12 Prozent der Frauen und 9 Prozent der Männer aus Berlin an, in den letzten 12

Monaten unter Ischias/Hexenschuß gelitten zu haben. Einen Bandscheibenschaden zu haben, meinen hingegen 12 Prozent der befragten Frauen und 11 Prozent der befragten Männer (vgl. Abbildung 3.22).

In der Altersverteilung der Krankheits- und Beschwerdehäufigkeiten zeigt der Vergleich, daß sich in den Beschwerdehäufigkeiten von Hexenschuß und Ischias zwar Männer in beiden Teilen der Stadt als auch die Frauen recht ähnlich sind, daß aber hinsichtlich der häufigsten Ursachen, dem Bandscheibenschaden, erhebliche Unterschiede bestehen. Während Männer in Berlin-West und Frauen in Berlin-Ost einen fast kontinuierlichen linearen Anstieg von Bandscheibenschäden mit dem Alter angeben, fallen bei Frauen in Berlin-West und bei Männern in Berlin-Ost die Häufigkeitsangaben im höheren Alter wieder ab (vgl. Abbildung 3.24)

Abbildung 3.24:

Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie im Zeitraum der letzten 12 Monate? (Bandscheibenschaden/Hexenschuß, Ischias; 1991)

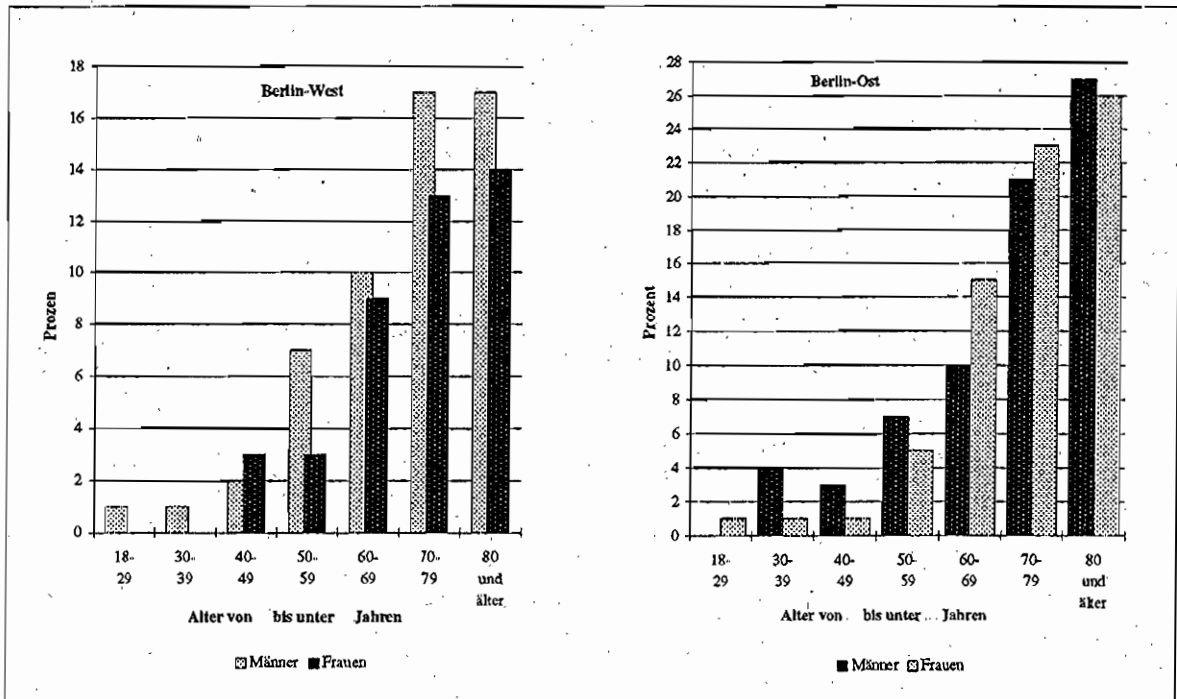


(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Beschwerden im Bereich des Verdauungssystems treten bei Frauen ungleich häufiger auf als bei Männern. 14 Prozent aller Frauen und lediglich 5 Prozent aller Männer geben an, unter Verdauungsstörungen zu leiden. Auch in allen Altersgruppen treten sie bei Frauen häufiger auf als bei Männern, in steigendem Alter leicht zunehmend. Doch nur ca. 5 Prozent der Frauen und rund 2 Prozent der Männer haben starke Beschwerden in diesem Bereich (vgl. Abbildung 3.22).

Nach Auswertung des Gesundheits- und Sozialsurveys leiden etwa 6 Prozent der Berliner Frauen und 5 Prozent der Berliner Männer an Diabetes (vgl. Abbildung 3.22). Die Unterschiede zwischen beiden Teilen der Stadt sind bei den Gesamtprävalenzen unwesentlich, wenngleich im Altersverlauf Unterschiede sichtbar werden (vgl. Abbildung 3.25).

Abbildung 3 25:
Prävalenz des Diabetes mellitus 1991 (Berlin-West/-Ost)



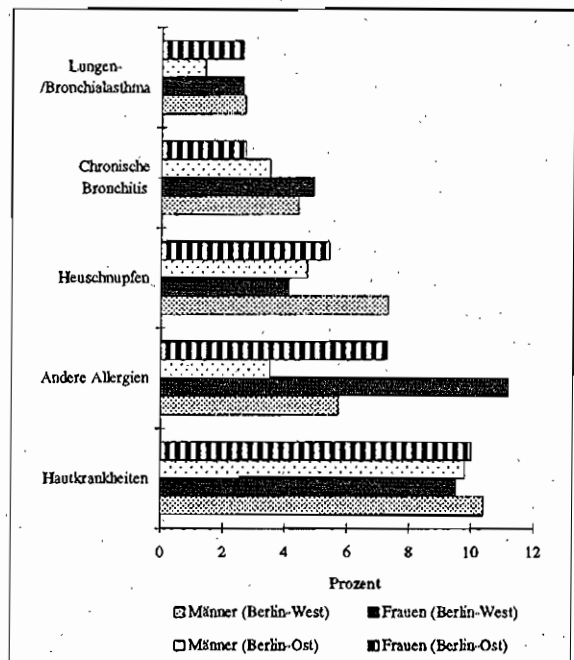
(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Nach Angaben des Diabetesregisters der ehemaligen DDR (Jahrbuch Gesundheitswesen 1989) lagen Anfang 1989 die Bestandsraten in der ehemaligen DDR bei 3,16 Prozent (Männer) bzw. 4,89 Prozent (Frauen), wobei rund 40 Prozent der Patienten/-innen ausschließlich diätisch behandelt wurden. Berlin-Ost wies kontinuierlich höhere Werte auf als andere Regionen der ehemaligen DDR.

Die im Berliner Survey ermittelten und geschätzten Prävalenzen liegen bei Männern aus Berlin-Ost bei 4 Prozent und bei Frauen bei 5 Prozent, wobei der Anteil nur diätisch behandelter Formen bei Männern 33 Prozent und bei Frauen 31 Prozent ausmacht. Demgegenüber liegen die nichtmedikamentös behandelten Diabetes-Formen in Berlin-West (bei 5 % der Männer bzw. 12 % der Frauen) erheblich niedriger.

Krankheiten des Atmungssystems weisen gegenüber den in der gleichen Gruppe dargestellten Hauterkrankungen und Allergien eine vergleichsweise geringe Prävalenz auf. Chronische Bronchitis tritt mit einer Prävalenz von ca 4 Prozent (Frauen 4 %, Männer 4 %) und Bronchialasthma mit 2 bis 3 Prozent (Frauen 3 %, Männer 2 %) in der erwachsenen Bevölkerung auf (vgl. Abbildung 3.26).

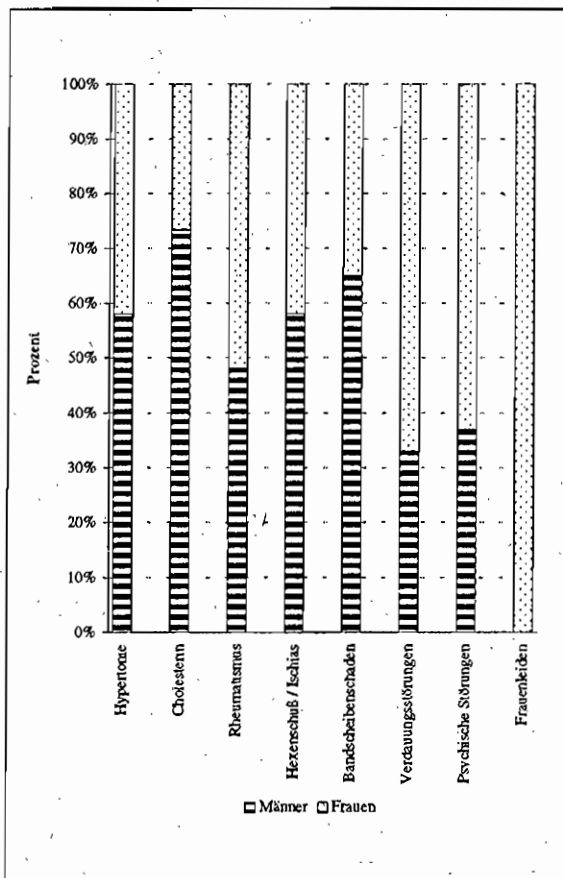
Abbildung 3 26:
Krankheiten des Atmungssystems, Hautkrankheiten und Allergien (Prävalenz; 1991)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

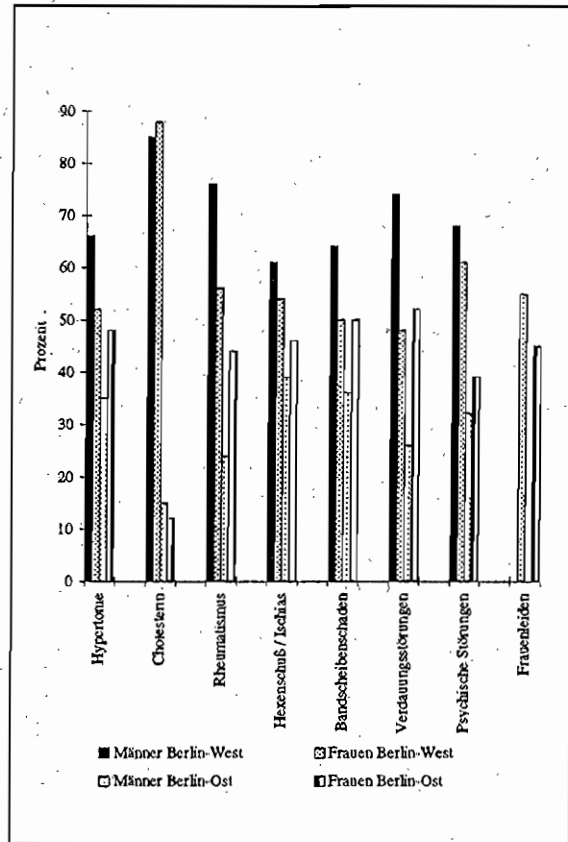
Bei der Betrachtung der Erwerbstätigen fällt auf, daß die berufstätigen Frauen weniger häufig an Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (mit Ausnahme des Rheumatismus) leiden als Männer. Insbesondere beim Bandscheibenschaden besteht ein Unterschied: von allen Erwerbstätigen mit Bandscheibenschaden fallen 35 Prozent auf die Frauen und 65 Prozent auf die Männer. Das gleiche zeigt die Ost/West-Verteilung, nur daß die Männer aus Berlin-West ungleich häufiger angeben, an diesen Erkrankungen in den letzten 12 Monaten gelitten zu haben als die Männer aus Berlin-Ost (vgl. Abbildungen 3.27 u. 3.28).

Abbildung 3.27:
Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie in den letzten 12 Monaten? (Erwerbstätige; 1991)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

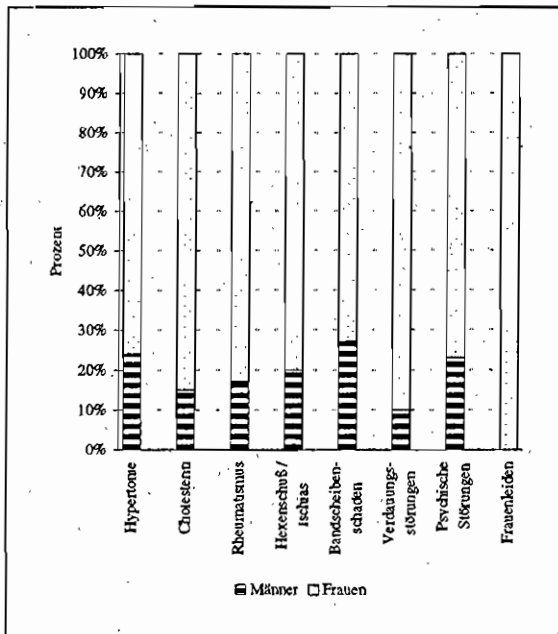
Abbildung 3.28:
Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie in den letzten 12 Monaten?
(Erwerbstätige aus Berlin-West/-Ost; 1991)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Bezieht man die Nichterwerbstätigen (Hausfrauen/Hausmänner) in die Betrachtung mit ein, so stellt man fest, daß speziell die Muskel-Skelett-Erkrankungen auf die Frauen ungleich häufiger zutreffen als auf die Männer (vgl. Abbildung 3.29).

Abbildung 3.29:
Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie in den letzten 12 Monaten? (Nichterwerbstätige; 1991)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Vor allem zeigt sich auch, daß erwerbstätige Frauen viel weniger an den angegebenen Krankheiten leiden als nichterwerbstätige Frauen

Insgesamt leiden zwei Drittel der Berliner und Berlinerinnen so gut wie nie oder höchst selten unter Schmerzen. Dennoch haben Frauen häufiger Schmerzen als Männer

Tabelle 3.2:
Häufigkeit von Schmerzen (18-59 Jahre, Erwerbstätige und Nichterwerbstätige; 1991)

	kaum/selten	wöchentlich/täglich
Männer W	76%	11%
O	81%	7%
Frauen W	65%	15%
O	59%	17%

(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Die insgesamt geringeren Schmerzhäufigkeiten der Männer weisen erneut auf die Geschlechtsspezifik des Körperempfindens hin. Im Vergleich der beiden Stadtregionen stehen besonders die deutlichen

Unterschiede bei den Frauen im Alter zwischen 30 und 39 Jahren (Frauen Berlin-Ost: 19 % mehrmals wöchentlich oder täglich, Frauen Berlin-West: 8 % mehrmals wöchentlich oder täglich) hervor

Bei den Erwerbstätigen verteilt sich die Häufigkeit der Schmerzen wie folgt:

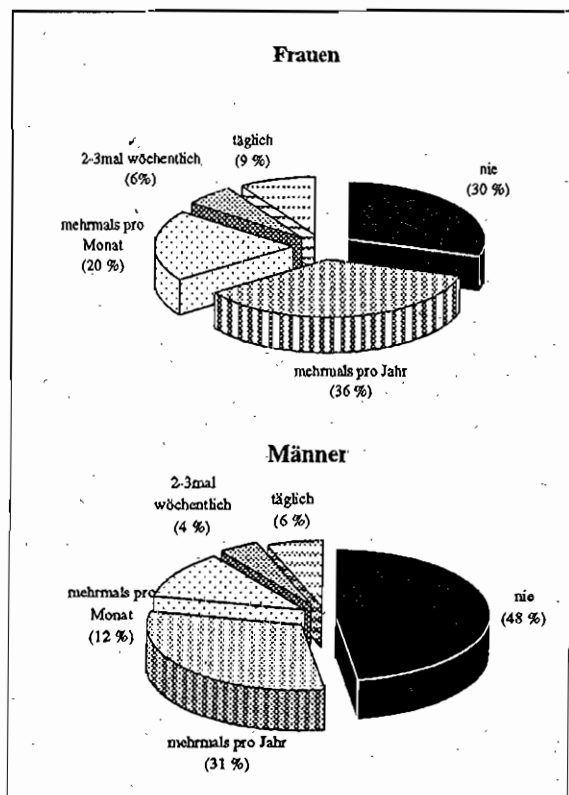
Tabelle 3.3:
Häufigkeiten von Schmerzen (Erwerbstätige; 1991)

	kaum/selten	wöchentlich/täglich
Männer	79 %	10 %
Frauen	66 %	15 %

(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991)

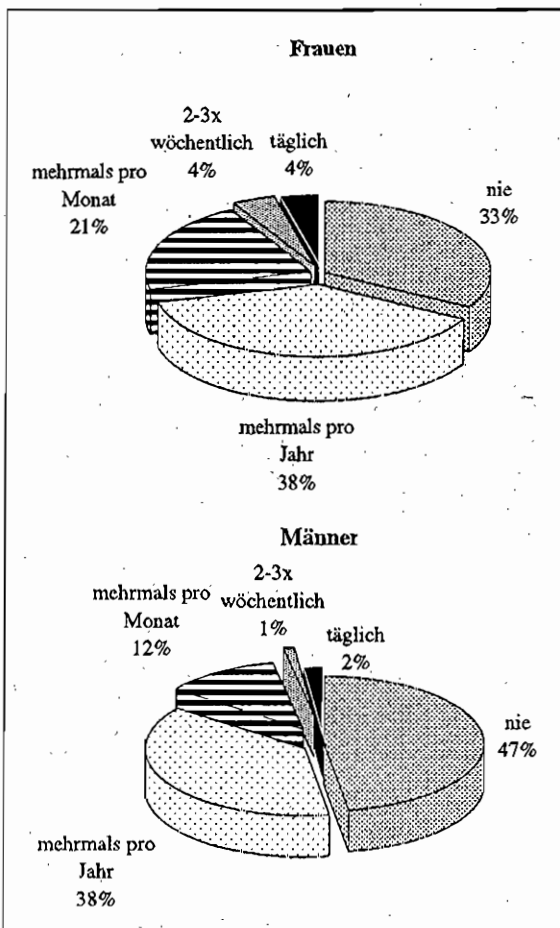
Die Abbildungen 3.30 und 3.31 geben einen Überblick über die Häufigkeit von Schmerzen bei erwerbstätigen Frauen und Männern.

Abbildung 3.30:
Wie häufig leiden Sie unter Schmerzen? (Erwerbstätige Frauen und Männer; 1991)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Abbildung 3.31:
Wie häufig leiden Sie unter Schmerzen
(18-29jährige Erwerbstätige; 1991)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Die Abbildung 3.31 zeigt, daß jüngere erwerbstätige Frauen weniger unter Schmerzen leiden als Frauen insgesamt (30 % "nie" bzw. 9 % "täglich") und ältere Frauen (28 % "nie bzw. 11 % "täglich").

Im Vergleich dazu betrachten wir die Nichterwerbstätigen (Hausfrauen/Hausmänner):

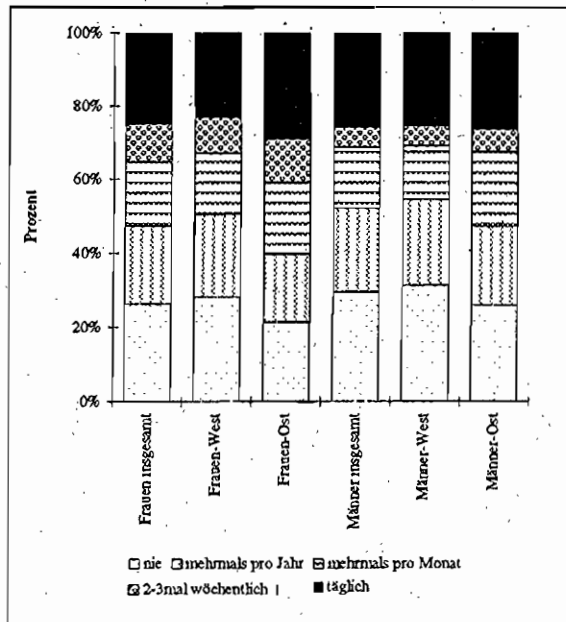
Tabelle 3.4:
Häufigkeiten von Schmerzen (Nichterwerbstätige; 1991)

	kaum/selten	wöchentlich/täglich
Männer	53 %	32 %
Frauen	47 %	35 %

(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991)

Die Abbildung 3.32 gibt die Häufigkeit von Schmerzen bei Hausfrauen/Hausmännern wider.

Abbildung 3.32:
Wie häufig leiden Sie unter Schmerzen?
(Nichterwerbstätige; 1991)

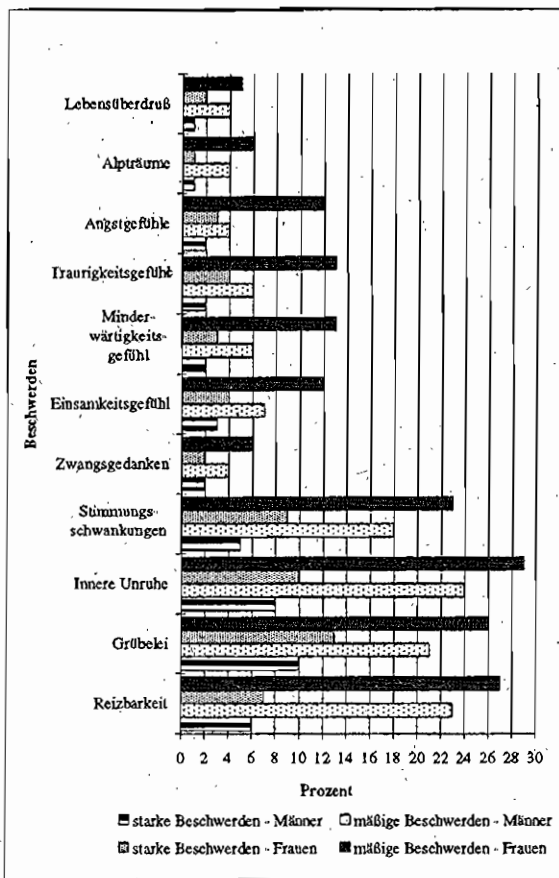


(Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Der Vergleich zeigt, daß die Nichterwerbstätigen ungleich häufiger unter Schmerzen leiden als die berufstätigen Frauen und Männer.

Hinsichtlich psychosozialer Befindlichkeiten der Berliner Bevölkerung gibt es erhebliche geschlechtsspezifische und regionale Unterschiede. Die subjektiven Beeinträchtigungen wurden durch eine Selbstbeurteilungsliste ermittelt und in psychische und somatoforme Beschwerden gegliedert. Danach sind Frauen und Männer aus Berlin-Ost in dem Bereich psychischer und sozialer Alterationen wesentlich stärker betroffen als die Bevölkerung aus Berlin-West. Vor allem sind Reizbarkeit, Grübeleien, innere Unruhe und Stimmungsschwankungen nicht nur häufiger, sondern auch stärker ausgeprägt vorhanden. Dies betrifft vor allem Frauen (vgl. Abbildungen 3.33 u. 3.34).

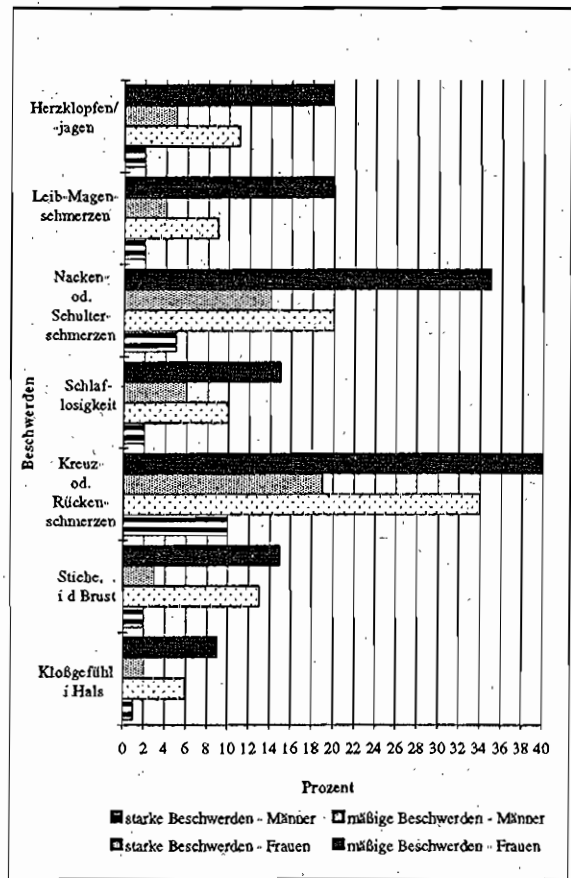
Abbildung 3 33:
Häufigkeit psychischer Beschwerden 1991



(Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

So geben 34 Prozent der befragten Frauen an, „sehr stark“ bis „mäßig“ unter Reizbarkeit zu leiden (Männer: 29 %). 39 Prozent der Frauen neigen „sehr stark“ bis „mäßig“ zur Grübeleien (Männer: 31 %). Weitere 39 Prozent der Frauen klagen „sehr stark“ bis „mäßig“ über innere Unruhe (Männer: 32 %) und 32 Prozent der befragten Frauen geben an, „sehr stark“ bis „mäßig“ unter Stimmungsschwankungen zu leiden (Männer: 23 %).

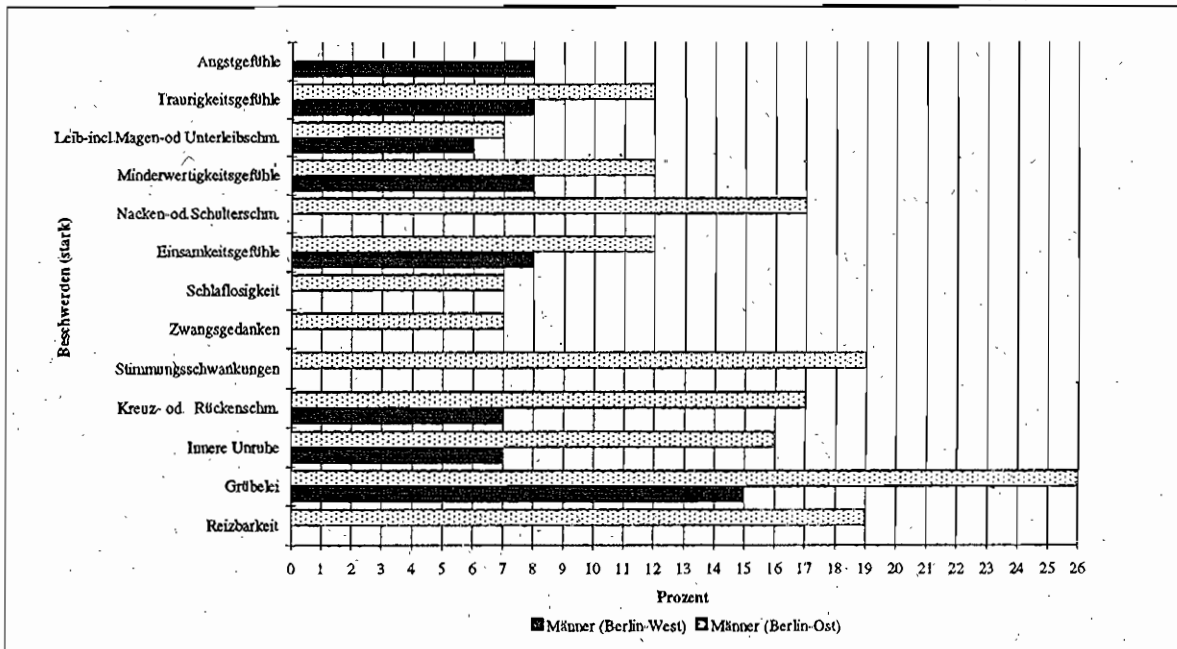
Abbildung 3 34:
Häufigkeit somatoformer Beschwerden 1991



(Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

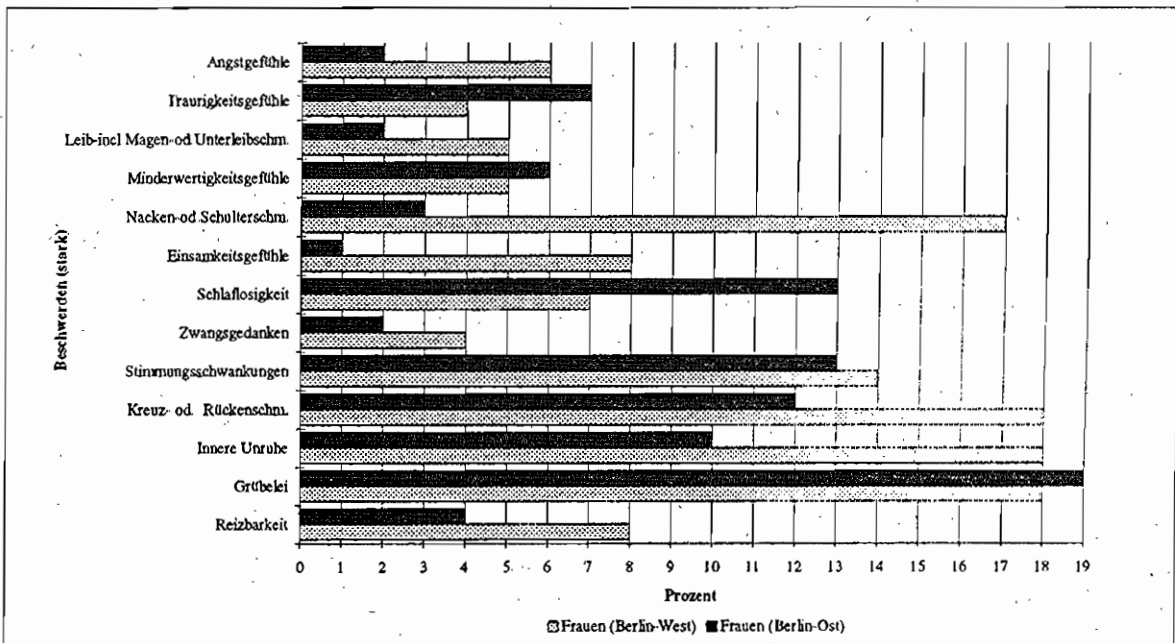
Insbesondere alleinerziehende Frauen aller Altersgruppen aus Berlin-West und -Ost klagen häufiger über psychosoziale Beschwerden (vgl. Abbildungen 3 35 u. 3 36).

Abbildung 3.35
Ausgewählte psychosoziale Beschwerden (alleinerziehende Männer; 1991)



(Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Abbildung 3.36:
Ausgewählte psychosoziale Beschwerden (alleinerziehende Frauen; 1991)

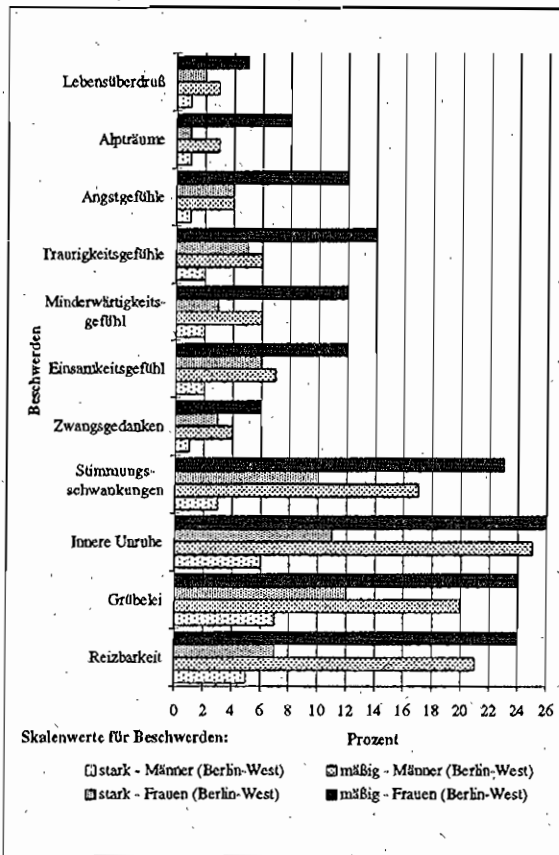


(Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Für die Bevölkerung aus Berlin-Ost deckt sich der Befund hinsichtlich der psychischen Beschwerden mit den Einschätzungen zur Lebenszufriedenheit und ist Ausdruck stärkerer psychischer Irritationen, sozialer Unsicherheiten und auch sozialer Neuorientierungen nach 1989.

Die Abbildungen 3.37 und 3.38 spiegeln die psychischen Beschwerden der Frauen und Männer aus Berlin-Ost und Berlin-West wider.

Abbildung 3.37:
Psychische Beschwerden nach Geschlecht 1991
(Berlin-West)

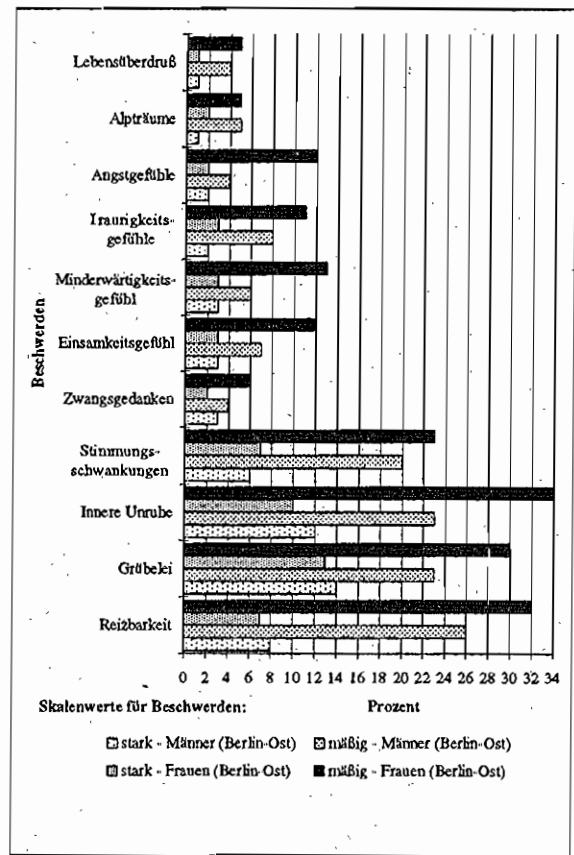


(Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

39 Prozent der befragten Frauen aus Berlin-Ost geben an „sehr stark“ bis „mäßig“ unter Reizbarkeit zu leiden, aber nur 31 Prozent der Frauen aus Berlin-West (Männer aus Berlin-Ost: 34 %) 43 Prozent der Frauen aus Berlin-Ost und 36 Prozent der Frauen aus Berlin-West neigen „sehr stark“ bis „mäßig“ zur Grübeleien (Männer aus Berlin-Ost:

37 %) 44 Prozent der Ostberlinerinnen und 37 Prozent der Westberlinerinnen tendieren „sehr stark“ bis „mäßig“ zur inneren Unruhe (Männer aus Berlin-Ost: 35 %) und 30 Prozent der befragten Frauen aus Berlin-Ost sowie 35 Prozent der Frauen aus Berlin-West geben an, „sehr stark“ bis „mäßig“ unter Stimmungsschwankungen zu leiden (Männer aus Berlin-Ost: 26%).

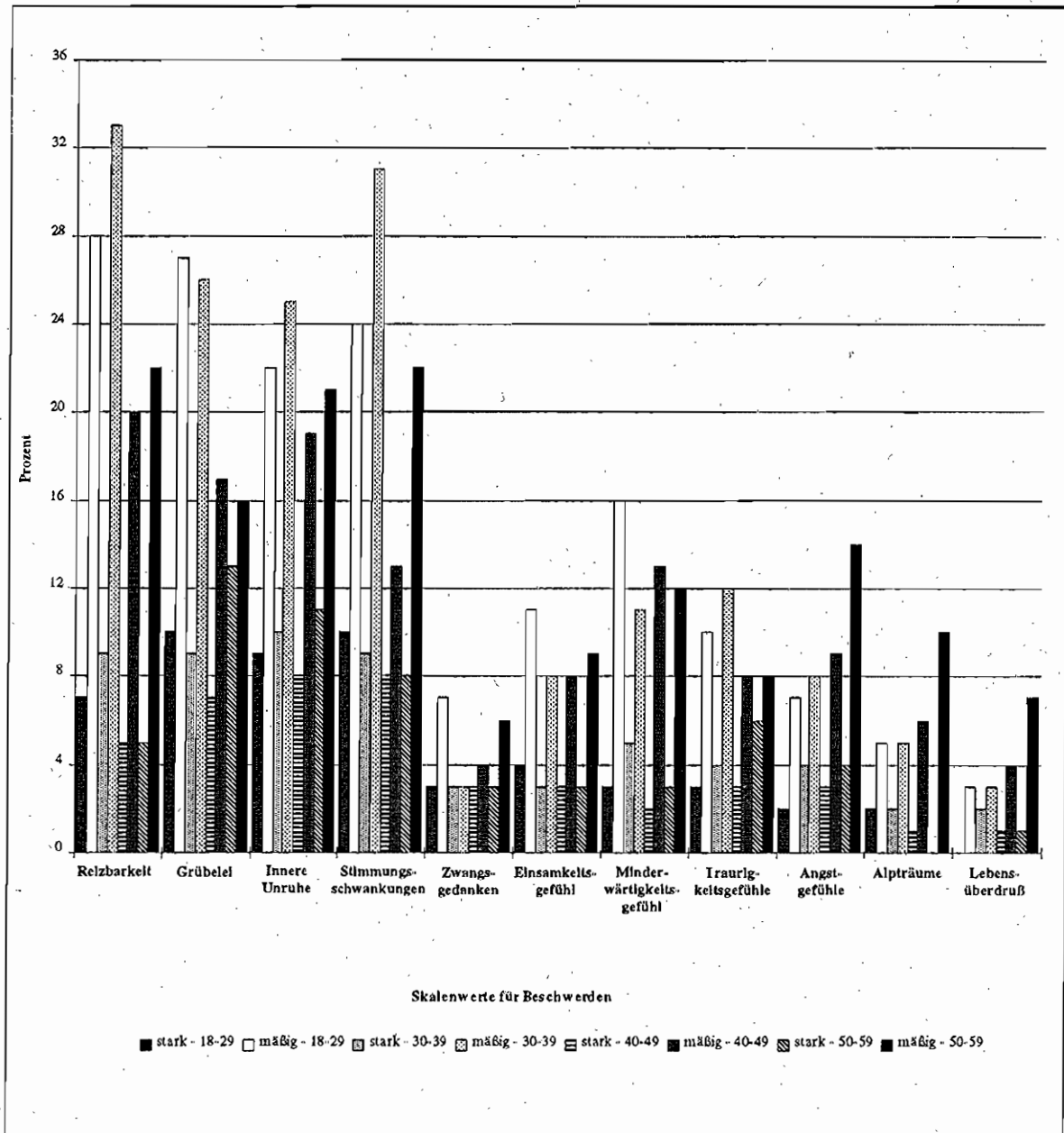
Abbildung 3.38:
Psychische Beschwerden nach Geschlecht 1991
(Berlin-Ost)



(Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Die 30- bis 39jährigen Frauen aus Berlin-West fühlen sich, nach ihren subjektiven Befindlichkeiten befragt, psychisch schlechter als die 18-29jährigen und auch schlechter als die 40-49jährigen und 50-59jährigen Frauen (vgl. Abbildung 3.39).

Abbildung 3.39:
Psychische Beschwerden bei Frauen aus Berlin-West 1991 (nach Altersgruppen)

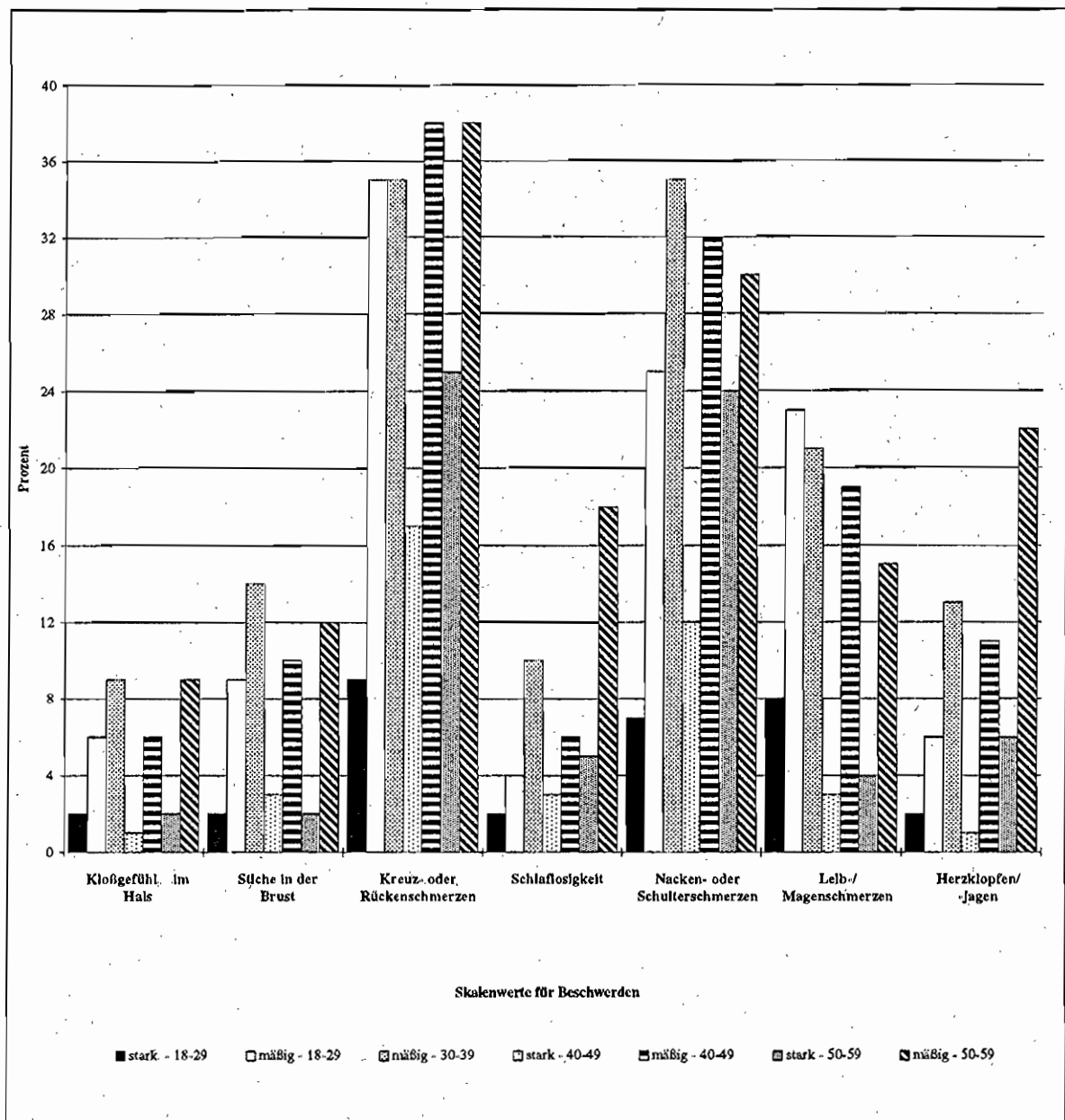


(Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

42 Prozent der befragten 30- bis 39jährigen Frauen aus Berlin-West geben an, daß sie „stark“ bis „mäßig“ an Reizbarkeit leiden. 35 Prozent meinen, daß sie „stark“ bis „mäßig“ grübeln würden und 35 Prozent neigen „stark“ bis „mäßig“ zur inneren Unruhe.

Hinsichtlich somatischer Beschwerden, geben die Frauen im mittleren Alter und älteren Frauen an, daß sie sich schlechter fühlen würden (vgl. Abbildung 3.40)

Abbildung 3.40:
Somatoforme Beschwerden bei Frauen aus Berlin-West 1991 (nach Altersgruppen)

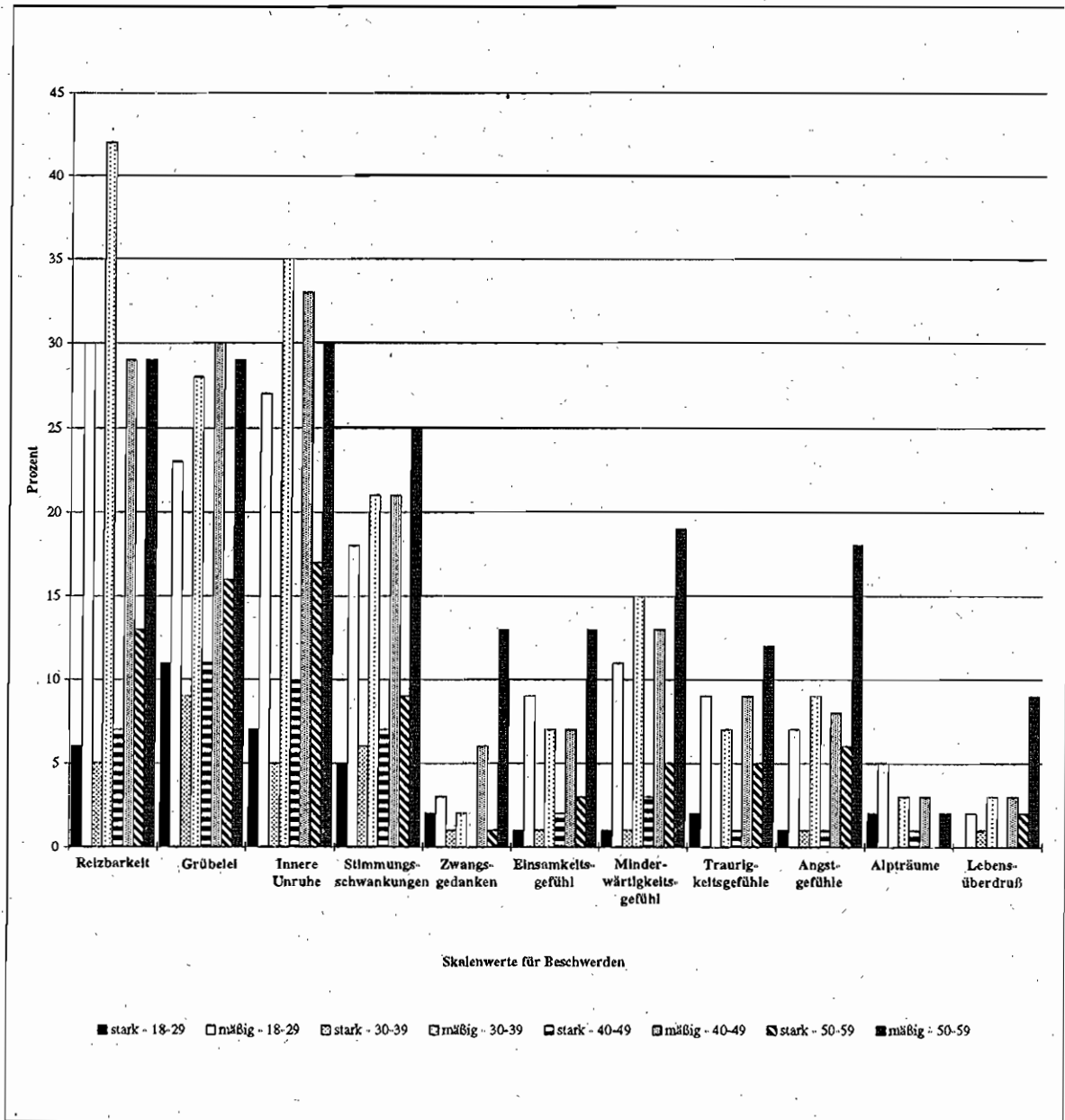


(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Die 30-39jährigen Frauen aus den östlichen Bezirken stehen weitaus stärker unter psychosozialen Druck als ihre gleichaltrigen Geschlechtsgenossinnen aus Berlin-West. So geben 47 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe an, daß sie „stark“ bis „mäßig“ reizbar sind. 37 Prozent neigen „stark“ bis „mäßig“ zur Grübelelei, 40 Prozent meinen, daß sie

„stark“ bis „mäßig“ innerer Unruhe ausgesetzt sind und 27 Prozent klagen „stark“ bis „mäßig“ über Stimmungsschwankungen. Auch hier geht es den jüngeren (18-29jährigen) Frauen psychisch besser als den älteren (vgl. Abbildung 3.41)

Abbildung 3.41:
Psychische Beschwerden bei Frauen aus Berlin-Ost 1991 (nach Altersgruppen)

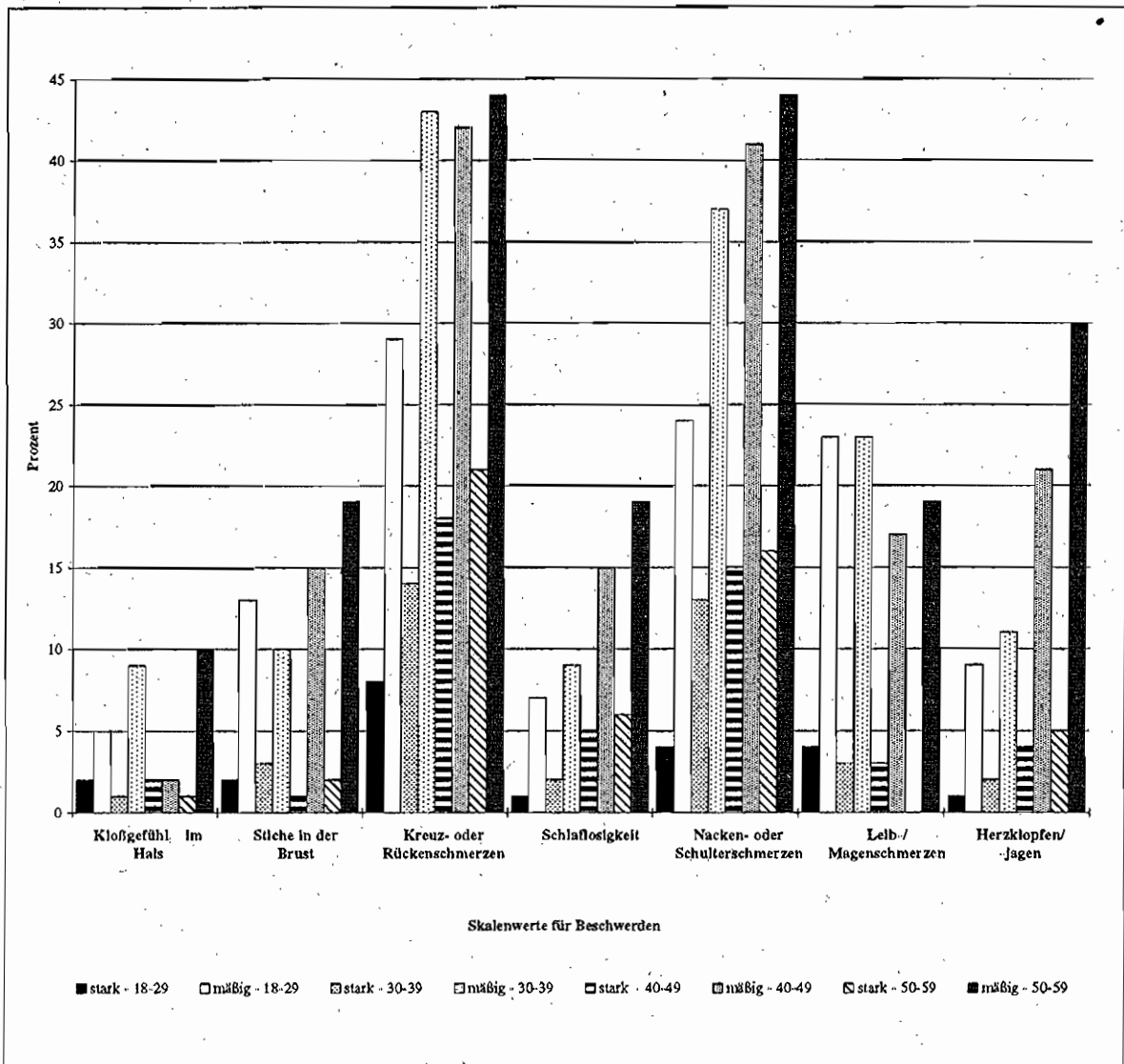


(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SénGes ID)

Unter Kreuz- oder Rückenschmerzen leiden 57 Prozent der befragten Frauen aus Berlin-Ost und

etwa die Hälfte neigen zu Nacken- und Schulterschmerzen (vgl. Abbildung 3.42)

Abbildung 3.42:
Somatoforme Beschwerden bei Frauen aus Berlin-Ost 1991 (nach Altersgruppen)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

3.2.3 Objektive Morbidität

3.2.3.1 Jugendliche

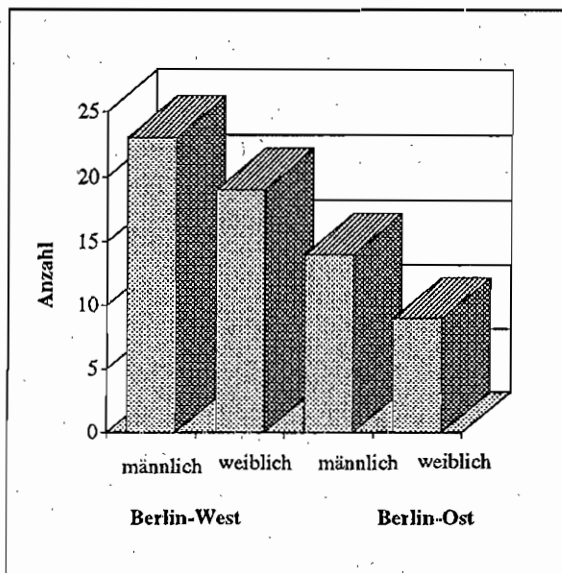
Aussagen über die Morbidität im Jugendalter sind nur mit Einschränkungen möglich, da die epidemiologische Erfassung von Krankheiten eine umfangreiche Dokumentation voraussetzt. So bieten

lediglich die nach dem Bundes-Seuchengesetz *meldepflichtigen Krankheiten*, die *Schwerbehindertensstatistik* und *Registerdaten aus Krebsregistern* (für Berlin derzeit nur Daten für Berlin-Ost aus dem Gemeinsamen Krebsregister der neuen Länder und Berlin), die *Einschulungs- und Schulentlassungsuntersuchungen* Einblick in deren Häufigkeitsverteilungen.²⁵⁾

²⁵⁾ Kiss 1995 (1), S. 18.

Nach wie vor werden für Geschlechtskrankheiten bei den Jugendlichen die meisten Erkrankungszahlen angegeben: Im Jahr 1993 waren insgesamt 28 Mädchen und 38 Jungen im Alter von 15- bis unter 20 Jahren an sexuell übertragbaren Krankheiten (außer AIDS) erkrankt (vgl. Abbildung 3.43).²⁶⁾

Abbildung 3.43:
Gemeldete Neuerkrankungen an Lues und Gonorrhoe 1993 in Berlin - absolut, Altersgruppe 15 bis unter 20 Jahre, nach Geschlecht



(Quelle: JGB 1993)

1992 lagen die Inzidenzraten in der gleichen Altersgruppe mit 5,8 je 10 000 bei den männlichen und 3,2 bei den weiblichen Jugendlichen aus Berlin-Ost unter dem Niveau in Berlin-West.²⁷⁾

Wie bei den Erwachsenen ist die Zahl der Meldungen jedoch weiter rückläufig (aber immer begleitet von einer Dunkelziffer). Die Rückläufigkeit könnte auch Ausdruck der AIDS-Aufklärungskampagnen der letzten Jahre sein.

Schwere *Behinderungen* im Kindes- und Jugendalter stellen für die jeweilige Familie eine große Belastung dar. Etwa jede fünfte schwerbehinderte Person im Kindes- und Jugendalter in Berlin ist der Altersgruppe der 15- bis unter 18jährigen zuzuordnen.

²⁶⁾ JGB 1993, S. 91

²⁷⁾ Kiss 1995 (1), S. 19 ff.

Derzeit leben in Berlin etwa 1 500 15- bis unter 18jährige Jugendliche, darunter sind etwa 680 (oder 45 %) Mädchen mit einem anerkannten Schwerbehindertenausweis. Die Zahl der Behinderten dürfte noch höher liegen, da viele Eltern die Behinderung ihres Kindes (noch) nicht anerkennen ließen. Mit einer Ziffer von 16,4 Schwerbehinderten je 1.000 Mädchen lag der Wert in den östlichen Bezirken 1993 über dem in den westlichen Bezirken (12,7 je 1.000).

42 Prozent der schwerbehinderten weiblichen Jugendlichen in Berlin weisen einen Grad der Behinderung von 100 aus, das sind also Personen, die als „Schwerstbehinderte“ eingestuft werden und demzufolge einen hohen Betreuungsaufwand benötigen.²⁸⁾

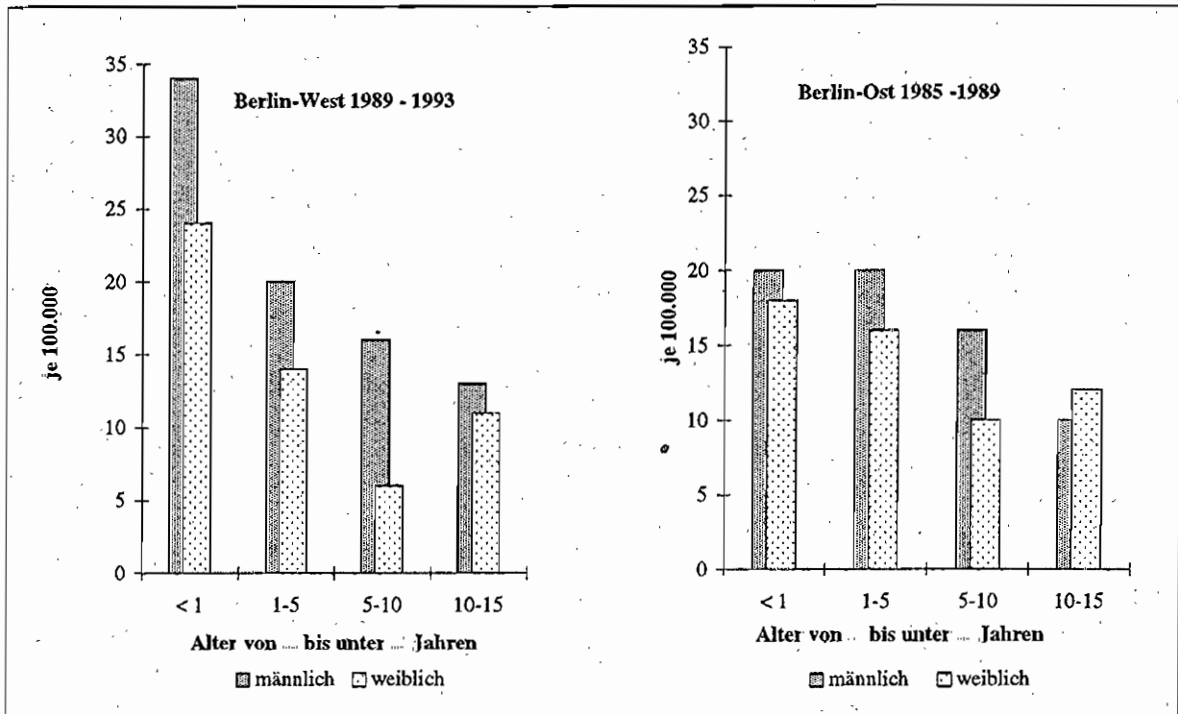
Hinsichtlich der *Krebserkrankungen* im Kindes- und Jugendalter gibt die Abbildung 3.44 einen Überblick über geschlechtspezifische Inzidenzen von Tumor- und Leukämieerkrankungen in Berlin, je 100 000 der Altersgruppe 0 bis unter 15 Jahren nach Geschlecht. Für ältere liegen hier noch keine Daten vor.

²⁸⁾ Kiss 1995 (1) S. 20 ff

Abbildung 3.44:

Alters- und geschlechtsspezifische Inzidenzen an Tumor-/Leukämieerkrankungen im Kindes- und Jugendalter in Berlin (Berlin-West: 1989 - 1993; Berlin-Ost: 1985 - 1989)

- je 100.000 der Altersgruppe



(Quelle für Berlin-West: Deutsches Kinderkrebsregister Mainz/für Berlin-Ost: Gemeinsames Krebsregister der neuen Länder in Berlin)

Die alters- und geschlechtsspezifischen Inzidenzen lassen erkennen, daß in jeder Altersgruppe die männlichen Kinder und Jugendlichen häufiger erkranken als die weiblichen. Für die Jungen wurde eine Inzidenz von 16,6 und für die Mädchen von 10,3 je 100.000 errechnet. Damit ist das Verhältnis von Jungen zu Mädchen 1,6:1.²⁹⁾

Die von den Berliner Schulärzten durchgeführten *Schulentslassungsuntersuchungen* sind neben den Einschulungsuntersuchungen derzeit die einzigen Gesundheitserhebungen, bei denen gesamte Altersgruppen erfaßt und auf ihren Gesundheitszustand bewertet werden können

Mit der standardisierten Befunderhebung und Dokumentation wird von den Schulärzten versucht, eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse ihrer Untersuchungen zu erhalten. Das Ziel ist, epidemiologisch verwertbare Aussagen zum Gesundheitszustand der jeweiligen Population (Schulanfänger bzw. -abgänger) zu treffen.

²⁹⁾ IGB 1993, S. 95.

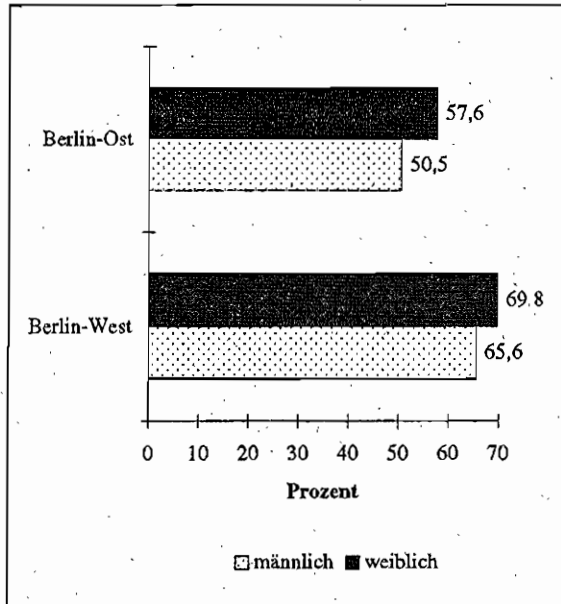
Durch eine deskriptive Beschreibung und Verknüpfung der epidemiologischen Daten mit Angaben aus der Sozialanamnese können gesundheitsgefährdende Entwicklungen frühzeitig erkannt und Präventionsmaßnahmen rechtzeitig eingeleitet werden.

In die Auswertung der Schulentslassungsuntersuchung des Schuljahres 1991/92 kamen 22 014 untersuchte Jugendliche (in der Mehrzahl im Alter von 15 bis 17 Jahren) aus Berlin, 11 099 von ihnen waren weiblichen Geschlechts.³⁰⁾

Bei 64 Prozent der Mädchen wurde ein funktionsmindernder Befund - nach den Berliner Funktionsdiagnostischen Tabellen für Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen - erhoben (vgl. Abbildung 3.45).

³⁰⁾ Kiss 1995 (1), S. 36 ff.

Abbildung 3.45:
Untersuchte Jugendliche mit funktionsmindernden Befunden bei den Schulentlassungsuntersuchungen 1991/1992 in Berlin, nach Geschlecht



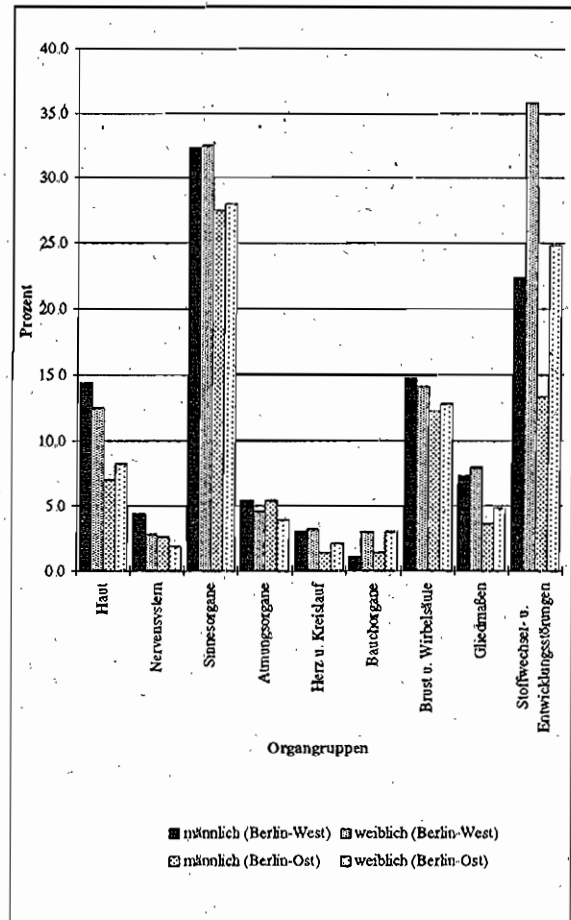
(Quelle: Kiss 1995 'Schulentlassungsuntersuchungen 1991/92')

In der Mehrzahl handelte es sich um Befunde (z. B. Refraktionsanomalien oder Übergewicht), die die Leistungsfähigkeit der Betroffenen, vor allem nach Korrektur oder Therapie, kaum oder gar nicht beeinträchtigen

In den letzten Jahren haben einige Befunde bei den Mädchen zugenommen. Beispielsweise belegen Skoliosen den dritten Rang bei den Einzelbefunden. Sowohl bei den deutschen als auch bei den ausländischen Jugendlichen wurde dieser Befund deutlich häufiger registriert. Außerdem haben bei den Mädchen Funktionsstörungen der Schilddrüse und Struma zugenommen. Chronisches Ekzem wurde ebenfalls häufiger als bei vergangenen Untersuchungen als Befund eingetragen. Hier wiederum waren mehr deutsche Mädchen betroffen ³¹⁾

Die Abbildung 3.46 gibt die prozentuale Verteilung der bei den Schulentlassungsuntersuchungen erhobenen Befunde nach Organgruppen (die Funktionsdiagnostischen Tabellen sind nach 9 Organgruppen gegliedert) und Geschlecht wider.

Abbildung 3.46:
Prozentuale Verteilung der bei den Schulentlassungsuntersuchungen 1991/92 in Berlin erhobenen Befunde nach Organgruppen und Geschlecht



(Quelle: Kiss 1995 "Schulentlassungsuntersuchungen 1991/92")

3.2.3.2 Erwachsene

Um das objektive Krankheitsgeschehen im Erwachsenenalter in seinen vielschichtigen Abhängigkeiten und Interdependenzen zu analysieren, werden u.a. jährlich von den Kassen (AOK, BKK, IKK) vorgehaltenen Daten über Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausfälle nach Krankheitsarten, Geschlecht, Alter und Dauer genutzt.

Nachfolgend werden *Arbeitsunfähigkeitsfälle* (AU-Fälle) analysiert, bei denen eine ärztliche Bescheinigung vorlag:

³¹⁾ Kiss 1995 (1)

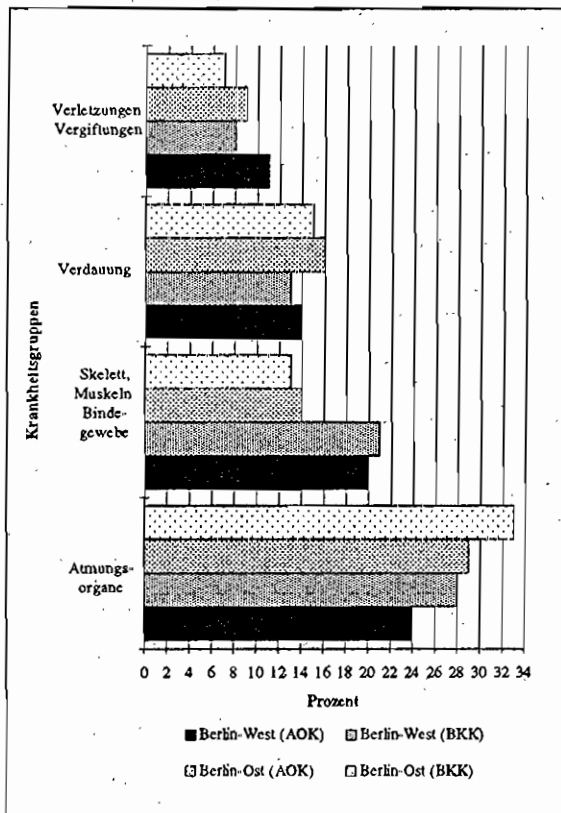
Mit insgesamt 22 AU-Tagen je Fall bei der AOK wurde 1992 in Berlin-West die bundesweit höchste durchschnittliche Falldauer ermittelt. Die Werte von Berlin-Ost lagen mit durchschnittlich 17 AU-Tagen etwas niedriger ³²⁾

Die häufigsten Arbeitsunfähigkeitsfälle ergeben sich aus:

1. Krankheiten der Atmungsorgane
2. Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes
3. Krankheiten des Verdauungssystems sowie aus
4. Verletzungen und Vergiftungen

Den Hauptanteil bei den AU-Fällen bilden Atemwegserkrankungen - nach Angaben der AOK war jedes dritte Pflichtmitglied einmal pro Jahr davon betroffen - und Rückenbeschwerden (vgl. Abbildung 3.47).

Abbildung 3.47:
Anteil ausgewählter Krankheitsgruppen an Arbeitsunfähigkeitsfällen der Pflichtmitglieder (ohne Rentner) der AOK und der BKK 1992 in Berlin



(Quelle: AOK/BKK)

Atemwegserkrankungen und sonstige namentlich nicht bezeichnete Affektionen des Rückens (vgl. Tabelle 3.5 u. Abbildung 3.48) waren 1992 sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die häufigsten Krankheitsursachen, die zur Arbeitsunfähigkeit führten

Tabelle 3.5:
Arbeitsunfähigkeitsfälle je 1.000 der Pflichtmitglieder (ohne Rentner) der AOK und BKK 1992 in Berlin - nach ausgewählten Krankheitsgruppen und Geschlecht
- AU-Fälle je 1.000 Pflichtmitglieder

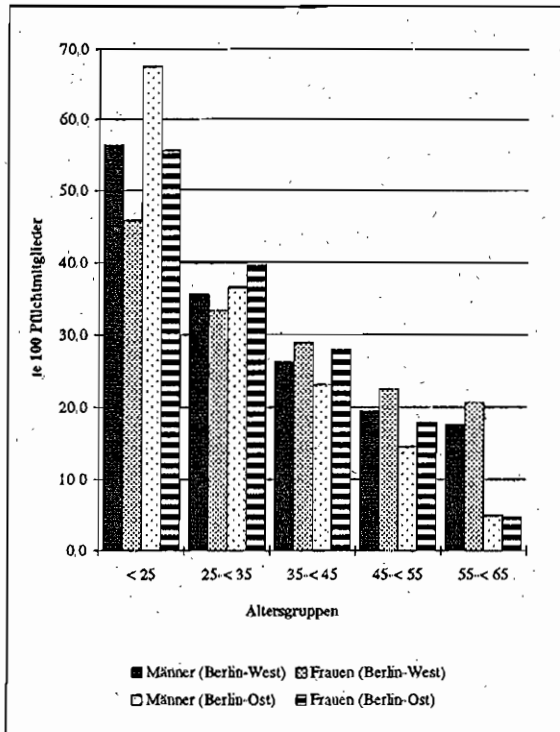
AOK Krankheitsgruppen	männlich		weiblich	
	-West	-Ost	-West	-Ost
Kh d. Atmungsorgane	309	276	293	280
Kh d. Skeletts, d. Muskeln u. d. Bindegewebes	266	145	215	113
Kh d. Verdauungsorgane	194	158	154	133
Verletzungen u. Vergiftungen	167	113	84	52

BKK Krankheitsgruppen	männlich		weiblich	
	-West	-Ost	-West	-Ost
Kh d. Atmungsorgane	391	292	455	457
Kh d. Skeletts, d. Muskeln u. des Bindegewebes	370	140	287	154
Kh d. Verdauungsorgane	223	153	183	188
Verletzungen u. Vergiftungen	153	108	94	73

(Quelle: AOK/BKK)

32) JGB 1994

Abbildung 3.48:
Arbeitsunfähigkeitsfälle wegen Erkrankungen der Atmungsorgane je 100 Pflichtmitglieder (ohne Rentner) der AOK 1992 in Berlin
- nach Altersgruppen und Geschlecht



(Quelle: AOK)

Bei den durch Krankheit bedingten Ausfallzeiten dominierten in Berlin-West eindeutig die länger dauernden Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, hier insbesondere Affektionen des Rückens.

Tabelle 3.6:
Arbeitsunfähigkeitstage wegen Dorsopathie und chronischen obstruktiven Lungenerkrankungen je 100 Pflichtmitglieder (ohne Rentner) der AOK 1992 in Berlin nach Geschlecht

Krankheitsgruppe	Berlin-West		Berlin-Ost	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.
Dorsopathie	18,3	14,7	9,5	7,8
chronisch obstruktive Lungenerkrankungen	8,2	8,5	5,7	6,2

(Quelle: AOK)

Im Gegensatz zu der Arbeitsunfähigkeitsstatistik umfassen unten genannte Leistungsdaten über

Krankenhausfälle alle Versicherten (Mitglieder und mitversicherte Angehörige).

Hinsichtlich der stationären Morbiditätsstruktur gibt es alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede.

So steigen die KH-Fälle und KH-Behandlungstage in Abhängigkeit des Alters kontinuierlich an. Mit der Zunahme des Lebensalters steigt auch die Verweildauer im Krankenhaus.

Frauen bis zu 45 Jahren verweilen zwar häufiger im Krankenhaus als Männer, jedoch ist die durchschnittliche Verweildauer kürzer als bei den bis zu 45 Jahre alten Männern.

Tabelle 3.7:
Krankenhausfälle je 100 AOK-Mitglieder und ihrer Familienangehörigen 1992 in Berlin
- nach Altersgruppen und Geschlecht

Alter von... bis unter ... Jahren	Berlin-West		Berlin-Ost	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.
<25	11,3	15,0	12,9	18,3
25 - <35	9,9	23,1	7,7	21,5
35 - <45	13,3	16,5	10,4	18,0
45 - <55	18,7	16,9	14,0	18,2
55 - <65	26,9	19,2	19,0	16,3
65 - <75	38,1	26,9	29,8	21,8
75 u. ä.	58,0	48,0	44,0	33,5

(Quelle: AOK)

Ab dem 45. Lebensjahr ist die Zahl der Krankenhausfälle bei den Männern höher als die der Frauen, die Liegedauer ist allerdings bei den älteren Frauen länger als bei den älteren Männern

Tabelle 3.8:
Durchschnittliche Krankenhausverweildauer der AOK-Mitglieder und ihrer Familienangehörigen 1992 in Berlin
- nach Altersgruppen und Geschlecht

Alter von... bis unter ... Jahren	KH-Tage je Fall			
	Berlin-West		Berlin-Ost	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.
<25	10,3	8,4	10,9	9,1
25 - <35	14,8	9,5	15,5	9,8
35 - <45	16,9	12,7	15,9	11,7
45 - <55	17,3	16,9	17,8	16,3
55 - <65	18,3	19,5	17,6	18,6
65 - <75	20,2	22,9	18,8	22,2
75 u. ä.	22,2	26,6	19,5	24,1

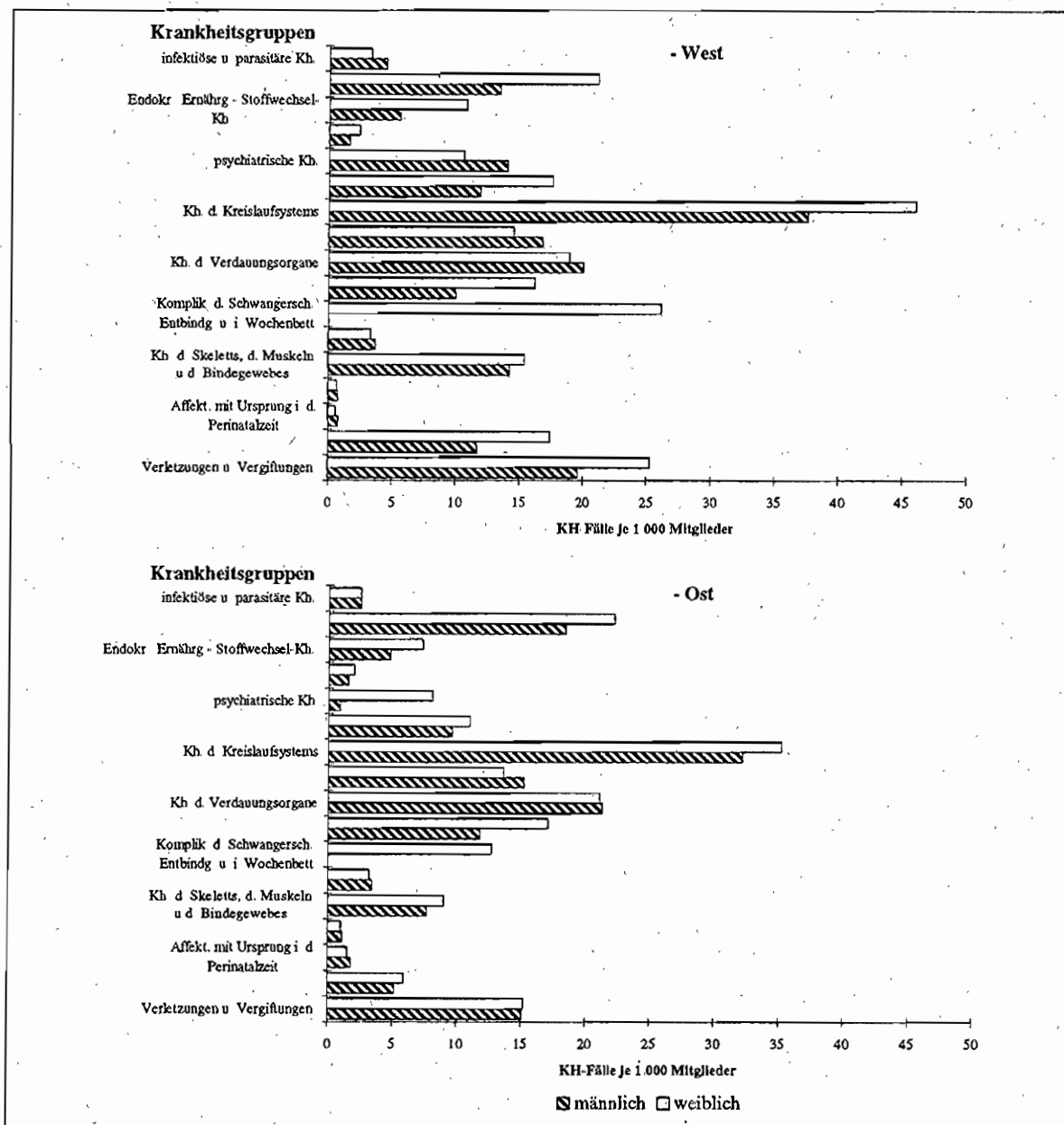
(Quelle: AOK)

Unabhängig vom Alter und ohne Berücksichtigung von Komplikationen bei Schwangerschaft, Entbindung und im Wochenbett, ist die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen bei Frauen höher als bei den Männern.

Dies gilt insbesondere für Herz-Kreislaufkrankungen (in Berlin-West), Neubildungen, Krankhei-

ten der Harn- und Geschlechtsorgane, Verletzungen und Vergiftungen (in Berlin-West) sowie für Stoffwechselkrankheiten. In den östlichen Bezirken Berlins wurden 1991 mehr Männer mit Herz-Kreislaufkrankungen und mit Verletzungen/Vergiftungen als Frauen stationär behandelt (vgl. Abbildung 3.49).

Abbildung 3.49:
Krankenhausfälle je 1.000 der AOK-Mitglieder und ihrer Familienangehörigen 1992 in Berlin - nach Krankheitsgruppen und Geschlecht



(Quelle: AOK)

3.2.3.2.1 Diagnosen

Kreislauferkrankungen sind (wie auch bundesweit) mit 21 % die zweithäufigste Todesursache in Berlin. Nach Angabe des Gemeinsamen Krebsregisters der neuen Länder und Berlin erkranken derzeit schätzungsweise jährlich 15.000 Personen in Berlin an an bösartigen Neubildungen (darunter ca. 6.000 Frauen).

Die Betrachtung der Einzeldiagnosen zeigt, daß das Mammakarzinom mit Abstand die häufigste Krebsart bei Frauen ist (23 %), gefolgt vom Dickdarm- bzw. Rektumkarzinom (14 %) und Krebs des Gebärmutterhalses (8 %).³³⁾

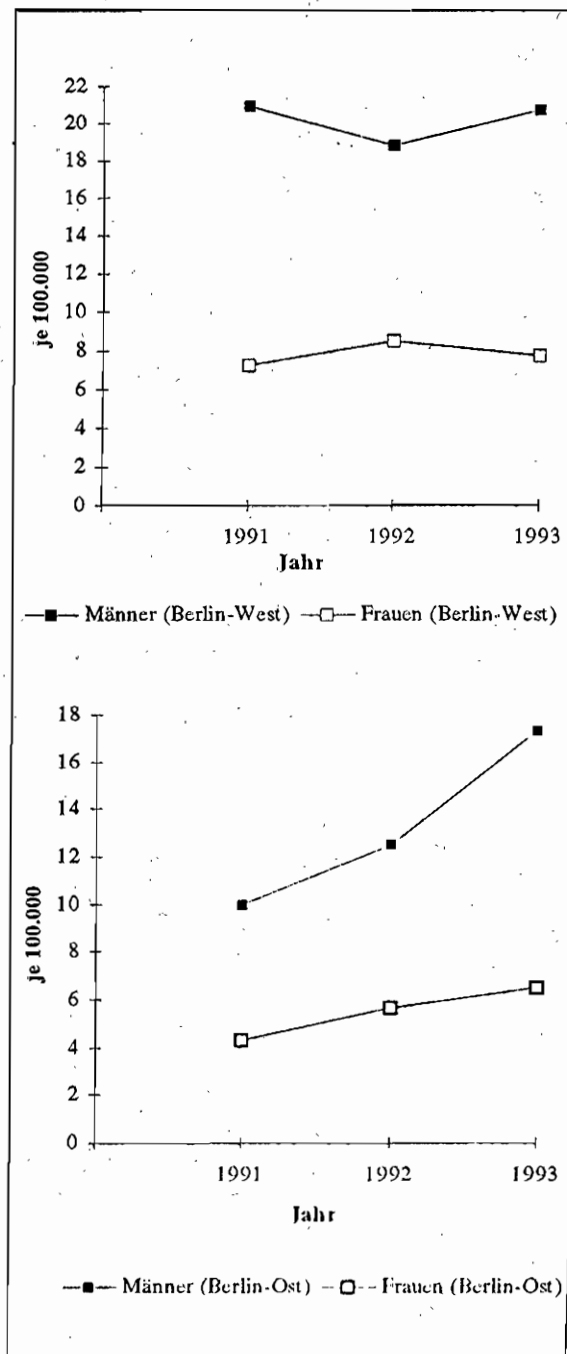
Seuchenhygienisch haben die ansteckenden Formen der *Lungentuberkulose* die größte Bedeutung, da nur sie für eine Weiterverbreitung verantwortlich gemacht wird.

Der Anteil der offenen Lungentuberkulose an der Gesamttuberkulosemorbidität betrug 1993 59 Prozent (515 Personen).

Die Entwicklung der offenen Lungentuberkulose stellt sich innerhalb der beiden Stadthälften Berlins unterschiedlich dar. Während sich innerhalb der deutschen Population in den westlichen Bezirken ein eher rückläufiger Trend bemerkbar macht, ist die Rate in Berlin-Ost deutlich angestiegen. Der Anstieg betraf vor allem die männliche Population. Lag die altersstandardisierte Rate 1991 bei den Ostberliner Männern noch bei 9 je 100.000, so ist sie bis 1993 auf 13 je 100.000 angestiegen und hatte somit das Westberliner Niveau erreicht. Auch die Rate der Frauen (5 je 100.000) lag etwa auf gleichem Niveau wie in Berlin-West (vgl. Tabelle A 3.5 u. A 3.6).³⁴⁾

Abbildung 3.50 gibt einen Überblick über offene Tuberkulosefälle in Berlin 1991 bis 1993 je 100.000 der Bevölkerung nach Geschlecht.

Abbildung 3.50:
Neuerkrankungen an offener Tuberkulose 1991 bis 1993 in Berlin je 100.000 nach Geschlecht



(Quelle: SenGes/altersstand Eurobev)

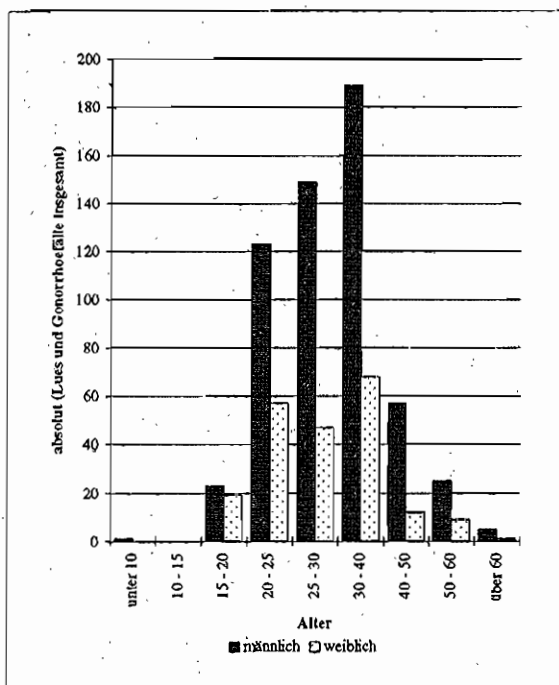
Nach Mitteilungen des Statistischen Landesamtes Berlin wurden 1993 den Berliner Gesundheitsämtern 1 070 Personen mit *sexuell übertragbaren Erkrankungen (Geschlechtskrankheiten)* (31 je

³³⁾ JGB 1992, S. 105 ff.

³⁴⁾ JGB 1993, S. 70 ff.

100.000) angezeigt. Die Rate der erkrankten Frauen lag mit 15 je 100.000 (272 Fälle) um 69 Prozent unter der der Männer (798 Fälle, 48 je 100.000). Innerhalb definierter Altersgruppen wurden sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Personen die meisten Erkrankungen bei den 20- bis unter 25jährigen (ausgenommen bei der weiblichen Population in den östlichen Bezirken; hier wurden z.B. die meisten Gonorrhoefälle in der Gruppe der 15- bis unter 20jährigen gemeldet) gemeldet. Insgesamt lag die Inzidenz in fast allen Altersgruppen sowohl bei der männlichen als auch bei der weiblichen Bevölkerung in Berlin-West deutlich höher als in Berlin-Ost (vgl. Tabelle A 3.7 u. Abbildung 3.51)

Abbildung 3.51:
Gemeldete Neuerkrankungen an Lues und Gonorrhoe 1993 in Berlin - absolut - nach Alter und Geschlecht



(Quelle: StA a Berlin/eigene Berechnungen)

Einen hohen Anteil des Meldeaufkommens erbringen die sechs in Berlin überbezirklich tätigen Beratungsstellen für sexuell übertragbare Erkrankungen. 1993 wurden von diesen Stellen 297 (32 %) der

insgesamt in Berlin registrierten Gonorrhoefälle gemeldet. Bei den Frauen betrug die Rate sogar 65 Prozent, aber auch etwa jede fünfte (21 %) an Gonorrhoe erkrankte männliche Person wurde von diesen Stellen erfaßt

Außerdem werden in den Berliner Beratungsstellen auch statistisch Erreger erfaßt, die in Zusammenhang mit dem gleichen Übertragungsweg wie die Geschlechtskrankheiten stehen.

Beispielsweise wurden 1993 bei 732 Personen (darunter 558 Frauen) *Clamidia trachomatis*, bei 465 Personen (darunter 438 Frauen) Pilze, bei 51 Personen (darunter 41 Frauen) *Trichomoniasis* und bei 247 Personen (darunter 223 Frauen) *Mycoplasma/Ureaplasma* festgestellt.³⁵⁾

Bis Ende 1993 wurden dem AIDS-Zentrum beim Bundesgesundheitsamt (jetzt: Robert-Koch-Institut - Bundesinstitut für Infektionskrankheiten und nicht übertragbare Krankheiten) 9 733 *HIV-Infektionen* aus Berlin gemeldet (darunter ca. 10 % Frauen). Dies entsprach einem Anteil von 16 Prozent an den insgesamt in der Bundesrepublik Deutschland gemeldeten Infektionen.

Die Zahl der in Berlin an *AIDS erkrankten* Personen betrug Ende 1993 2.230 (darunter 53 aus Berlin-Ost). Bezogen auf die bundesweit zum Zeitpunkt registrierten Fälle bedeutet dies, daß jede fünfte an *AIDS erkrankte* Person in Berlin-West lebt und demzufolge auch hier versorgt wird. Mit einem Anteil von 7 Prozent lag die Rate der an *AIDS erkrankten* Frauen in Berlin unter dem Bundesdurchschnitt.

Ein frauenspezifischer Aspekt, der vielleicht hervorgehoben werden sollte, besteht darin, daß die an *AIDS erkrankten* Frauen durchschnittlich zehn Jahre jünger sind als die betroffenen Männer. Das heißt, die meisten erkrankten Frauen gehören der Altersgruppe der 20- bis 30jährigen an.³⁶⁾

Ende 1993 lebten in Berlin 396 735 anerkannte *Schwerbehinderte*, die im Sinne des *Schwerbehindertengesetzes* in der Fassung vom 26. August 1986 einen Grad der Behinderung (GdB) von mehr als 50 Prozent aufweisen (175.785 Männer, 220.950 Frauen). Dies entsprach einem Anteil von 11,4 Prozent an der Gesamtbevölkerung (10,6 % bei den Männern, 12,2 % bei den Frauen). Der höhere Anteil der Frauen ergibt sich aus der großen

³⁵⁾ JGB 1993, S. 73 ff.

³⁶⁾ JGB 1993, S. 75 ff.

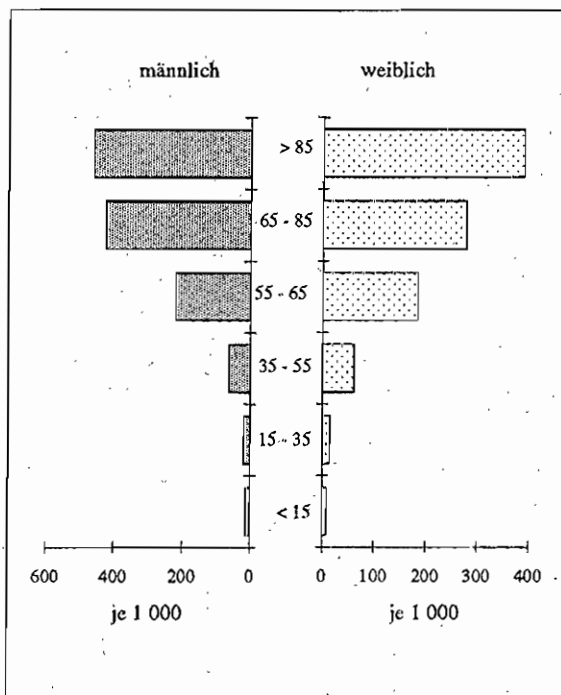
Zahl schwerbehinderter Frauen im Alter von über 65 Jahren, die bedingt ist durch den höheren weiblichen Anteil an der über 65jährigen Bevölkerung.

Es besteht also zwischen Lebensalter und Schwerbehinderung ein enger Zusammenhang. Während über die Hälfte (54,4 %) aller Schwerbehinderten (bei den Frauen sogar fast zwei Drittel) älter als 65 Jahre waren, betrug der Anteil der Schwerbehinderten bis zum 35. Lebensjahr lediglich 6,3 Prozent (West 5,7 %, Ost 7,6 %).

Betrachtet man die Zahl der Schwerbehinderten je 1.000 der Bevölkerung innerhalb definierter Altersgruppen, so stellt sich ein kontinuierlicher Anstieg mit der Zunahme des Lebensalters dar. Nahezu jeder zweite Mann und jede dritte Frau über 65 Jahre waren 1993 in Berlin schwerbehindert (vgl. Tabellen A 3.8 u. Abbildung 3.52).

Abbildung 3.52:

Schwerbehinderte mit Schwerbehinderten-Ausweis am 31.12.1993 in Berlin nach Geschlecht - je 1.000 der Altersgruppe



(Quelle: JGB 1993)

3.3 Streß

Problematische Lebensereignisse und -bedingungen, wie z. B. Langzeitarbeitslosigkeit, das Empfangen von Sozialhilfe, unzumutbare Wohnverhältnisse, soziale Isolation im fortgeschrittenen Alter (Vereinsamung), Sorgen um die Kinder, aber auch der Solidaritätsverlust innerhalb der Bevölkerung zählen zu den Streßfaktoren unserer Zeit. Darüber hinaus besteht allgemeine Übereinstimmung, daß negative Einflüsse im Arbeitsbereich, z. B. lange Arbeitszeit und Überstunden, monotone Aufgaben, Rollenambivalenz, geringe Entlohnung und Lärm am Arbeitsplatz als Stressoren wirken und Wurzeln heutiger Gesundheitsstörungen resp. chronisch-degenerativer Krankheiten sind. Streßreaktionen werden aber nicht nur durch die von außen einwirkenden Belastungen bestimmt, sondern im wesentlichen auch durch die subjektive Bewertung der Belastungen.

3.3.1 Über-/Unterforderung aus familiärer bzw. beruflicher Situation

Nach Aussage des Gesundheits- und Sozialsurveys fühlen sich insgesamt 10 Prozent der Berliner/-innen aus Berlin-West und 8 Prozent der Bevölkerung aus Berlin-Ost häufig überfordert, Frauen doppelt häufiger als Männer und jüngere doppelt häufiger als ältere. Die höchste Prävalenz haben 18-59jährige Frauen (West 15 % bzw. Ost 13 %).

Tabelle 3.9:

Wie oft kommt es vor, daß Sie sich überfordert fühlen? (18 - 59jährige nach Geschlecht; 1991)

Skalenwert	Männer		Frauen	
	18-59 Jahre			
	B.-West	B.-Ost	B.-West	B.-Ost
häufig	8 %	5 %	15 %	13 %
manchmal	27	25	41	37
selten	40	45	32	33
nie/trifft nicht zu/KA	26	26	11	18

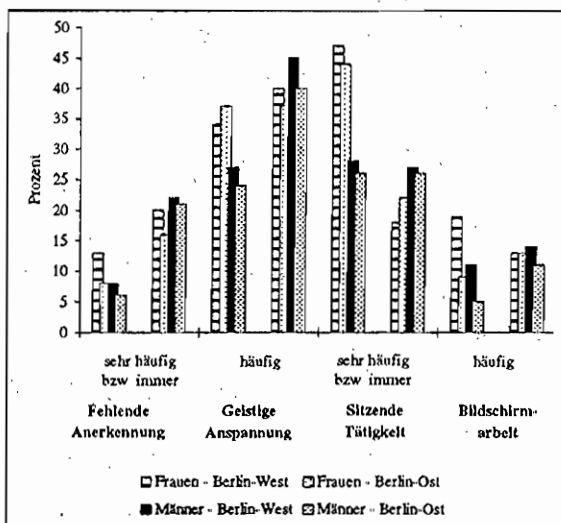
(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991)

Die Variable Überforderung zeigt in den Analysegruppen nach Alter und Geschlecht keine nennenswerte Abweichung zwischen den Stadthälften.

Häufig Überforderte geben im Unterschied zu den nie Überforderten eine Reihe von Arbeitsplatzbelastungen häufiger an, wie z B Überstunden, zu viel Arbeit, Zeitdruck, Hektik, zuviel Verantwortung, fehlende Anerkennung durch Vorgesetzte und Kollegen etc., aber auch Bildschirmarbeit sowie nur künstliches Licht. Sie sind insgesamt mit ihrer Arbeitssituation unzufrieden und die Feierabendunzufriedenheit ist stärker. Überforderte beschämen sich einen schlechteren Gesundheitszustand, sind mit ihrer Gesundheit entsprechend unzufriedener und auch mit ihrer gesamten Lebenssituation

Befragt man nun die Erwerbstätigen direkt nach den Arbeitsbedingungen, so geben 34 Prozent aller berufstätigen Frauen und Männer an, sie würden „sehr häufig bzw immer“ einer sitzenden Tätigkeit nachgehen, 25 Prozent geben an „sehr häufig bzw immer“ geistig angespannt zu sein, 17 Prozent klagen über Überstunden und 15 Prozent über zuviel Arbeit. 9 Prozent aller Erwerbstätigen meinen nicht genug Anerkennung durch Vorgesetzte und Kollegen zu erhalten, ebenso geben 9 Prozent an, sie säßen „sehr häufig bzw immer“ am Bildschirm. Berufstätige Frauen klagen ungleich häufiger über fehlende Anerkennung durch Vorgesetzte als Männer (13 % bzw. 7 %), aber Ostberliner Frauen weniger häufig als Frauen aus Berlin-West (10 % bzw 15 %), jüngere Frauen häufiger als ältere (18 % bzw. 11 %) (vgl. Abbildung 3.53 u. 3.54)

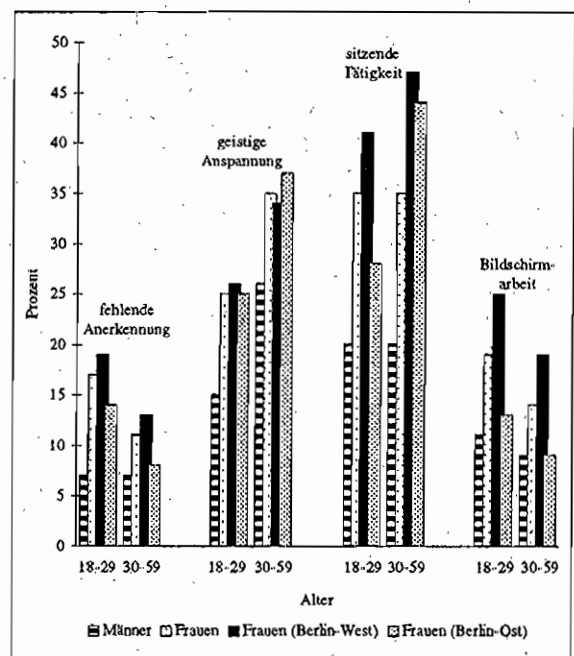
Abbildung 3.53:
Welche Arbeitsbedingungen finden Sie üblicherweise an Ihrem Arbeitsplatz vor? (Erwerbstätige; 1991)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Ebenso klagen sie häufiger über zuviel geistige Anspannung am Arbeitsplatz als ihre männlichen Kollegen (32 % bzw 24 %), aber mehr Frauen aus Berlin-Ost als ihre Geschlechtsgenossinnen aus Berlin-West geben an, am Arbeitsplatz „sehr häufig bzw immer“ geistiger Anspannung ausgesetzt zu sein. 30-59jährige Frauen sind mehr davon betroffen als die jüngeren (35 % bzw 25 %) (vgl. Abbildung 3.54).

Abbildung 3.54:
Welche Arbeitsbedingungen finden Sie üblicherweise an Ihrem Arbeitsplatz vor? Skalenwerte: „sehr häufig bzw immer“ (Erwerbstätige nach Altersgruppen; 1991)

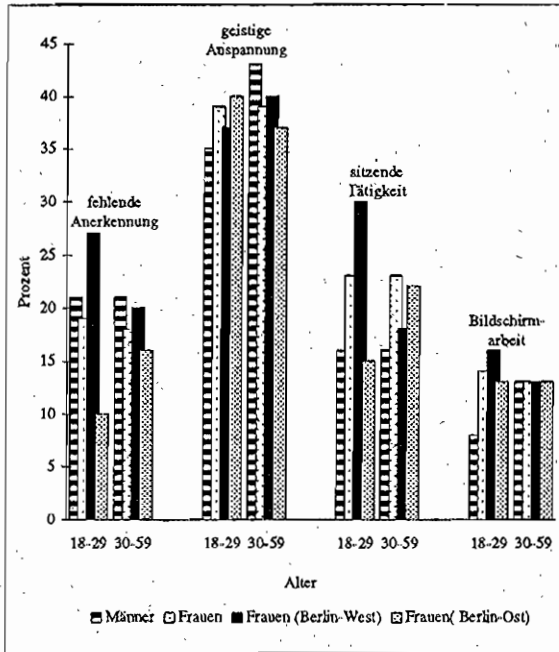


(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Frauen gehen ungleich häufiger einer sitzenden Tätigkeit nach (42 % bzw. 26 %) und sitzen fast doppelt so häufig am Bildschirm wie Männer (15 % bzw. 9 %) (vgl. auch Abbildung 3.55).

Abbildung 3.55:

Welche Arbeitsbedingungen finden Sie üblicherweise an Ihrem Arbeitsplatz vor? Skalenwert: „häufig“ (Erwerbstätige nach Alter und Geschlecht, Frauen aus Berlin-West und -Ost; 1991)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

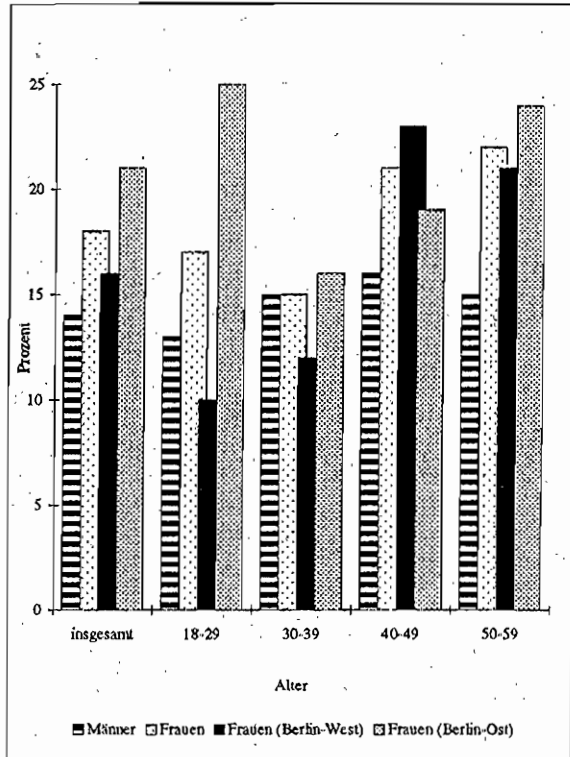
Hinzukommt, daß berufstätige Frauen mehr darüber klagen, unangemessen bezahlt zu werden, als die erwerbstätigen Männer (40 % bzw. 36 %) und Frauen aus den östlichen Bezirken häufiger als Frauen aus Berlin-West (52 % bzw. 29 %) (vgl. auch Abbildung 3.59)

Betrachtet man zusätzlich die statistische Verteilung der Hausarbeit, Pflegetätigkeit sowie Probleme und Sorgen innerhalb der Familie, die die Berufstätigen zu bewältigen haben, ist es nicht verwunderlich, daß Frauen doppelt so häufig angeben „überfordert zu sein“ als Männer.

Auf die Frage, „Haben sie in den letzten 12 Monaten pflege- bzw. hilfebedürftige Personen gepflegt?“, antworteten 18 % der befragten erwerbstätigen Frauen mit „ja“ (Männer 14 %). Frauen aus Berlin-Ost haben häufiger (22 %) hilfebedürftige Personen zu pflegen als Frauen aus Berlin-West (16 %) (vgl. Abbildung 3.56)

Abbildung 3.56:

Haben Sie in den letzten 12 Monaten pflege- bzw. hilfebedürftige Personen gepflegt? (Erwerbstätige nach Altersgruppen; 1991)

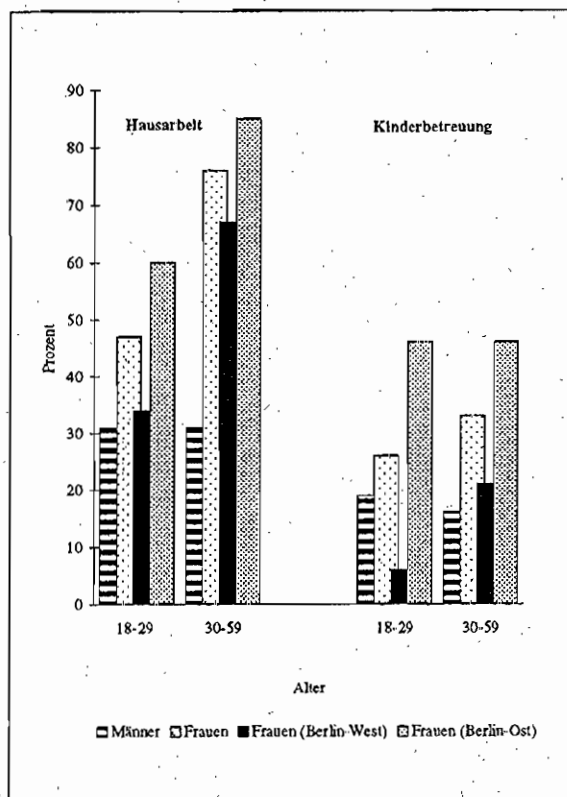


(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Berufstätige Frauen gehen doppelt häufiger als Männer der täglichen Hausarbeit nach (68 % bzw. 30 %). Häufiger noch als die Frauen aus den westlichen Bezirken verrichten Frauen aus Berlin-Ost ihre tägliche Hausarbeit (78 % bzw. 58 %). Bei der Kinderbetreuung sieht es ähnlich aus. Insgesamt 31 Prozent aller erwerbstätigen Frauen betreuen täglich ihre Kinder (Männer 16 %); Frauen aus den östlichen Bezirken ungleich häufiger als Frauen aus Berlin-West (46 % bzw. 16 %). Allerdings ist die letzte Aussage mit Vorsicht zu betrachten, da Frauen aus Berlin-Ost häufiger und mehr Kinder haben als Frauen aus Berlin-West (vgl. dazu auch Kapitel 1)

Abbildungen 3 57 zeigt die prozentuale Verteilung der 18-59jährige Frauen und Männer die täglich Hausarbeit und Kinderbetreuung nachgehen

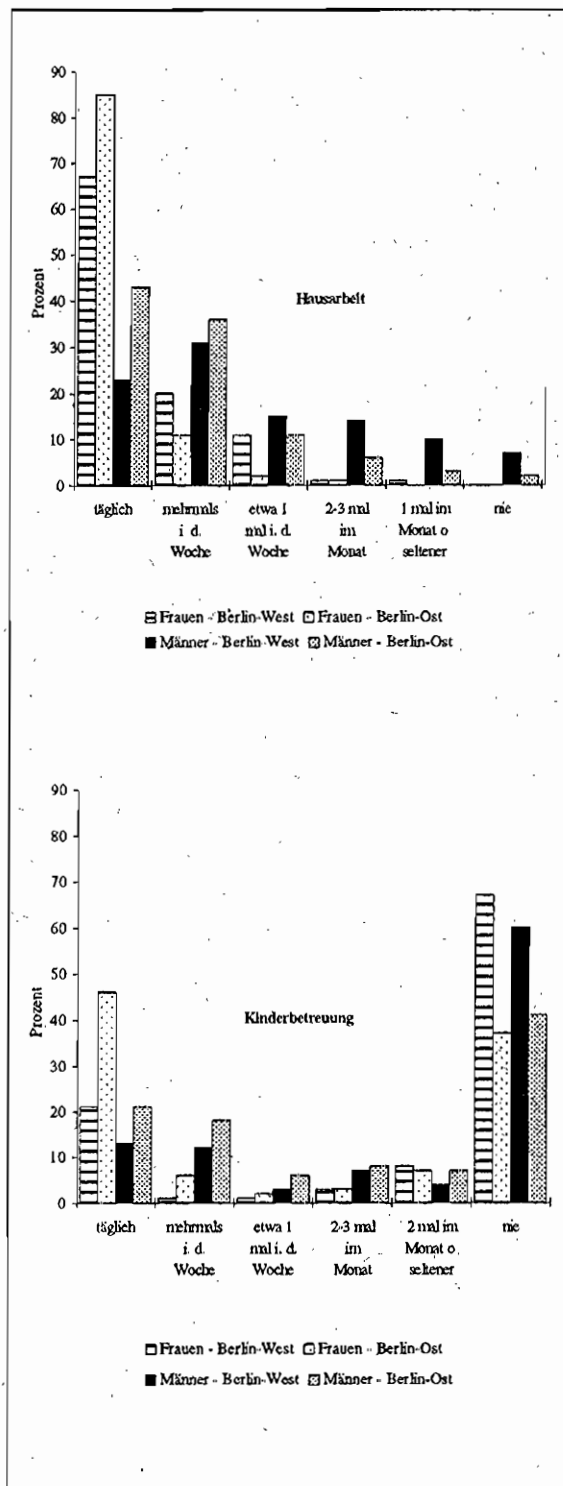
Abbildung 3.57:
Wie oft haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate folgende Tätigkeiten ausgeübt? Skalenwert: „täglich“ (Erwerbstätige nach Altersgruppen; 1991)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Abbildung 3 58 gibt einen Überblick über die Häufigkeit der von den 30-59jährigen Erwerbstätigen verrichteten Hausarbeit und Kinderbetreuung

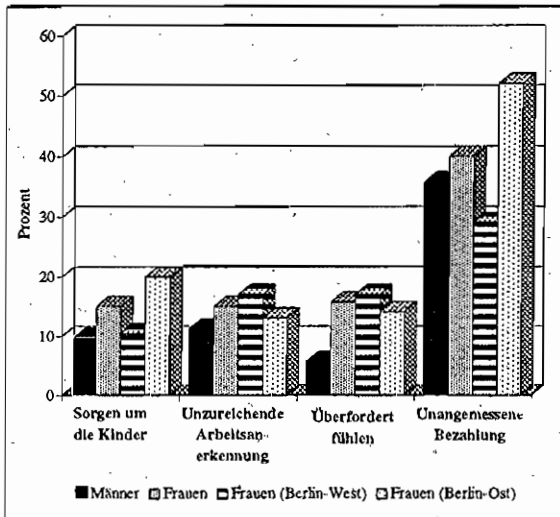
Abbildung 3.58:
Wie oft haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate folgende Tätigkeiten ausgeübt? (Erwerbstätige im Alter von 30-59 Jahren; 1991)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Frauen machen sich wesentlich häufiger Gedanken und Sorgen um ihre Kinder als das männliche Geschlecht (15 % bzw. 10 %) und Frauen aus Berlin-Ost doppelt häufiger als Frauen aus Berlin-West (20 % bzw. 10 %) (vgl. Abbildung 3.59).

Abbildung 3.59:
Wie oft kommen bei Ihnen die im folgenden genannten Probleme vor? Skalenwert „häufig“ (Erwerbstätige; 1991)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Insgesamt 5 Prozent der befragten Frauen und Männer aus Berlin-West und 8 Prozent der Bevölkerung aus Berlin-Ost fühlen sich häufig bei ihrer täglichen Arbeit unterfordert (z.B. Monotonie/einseitige Tätigkeiten am Arbeitsplatz). Dabei fühlen sich die Frauen aus Berlin-West häufiger unterfordert als die Männer aus dem gleichen Stadtteil, Frauen aus Berlin-Ost weniger als die Ostberliner Männer. Die Gruppe mit dem größten Anteil häufig Unterforderter sind die 18-59jährigen Männer aus Berlin-Ost, signifikant häufiger als die aus Berlin-West

Tabelle 3.10:
Häufige Unterforderung (18 - 59jährige nach Geschlecht; 1991)

	Männer		Frauen	
	18-59 Jahre			
	B-West	B-Ost	B-West	B-Ost
	%	%	%	%
	5	12	7	2

(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991)

Es ist festzuhalten, daß einerseits die genannten externen Einflüsse (Stress) unmittelbar eine negative Wirkung auf das gesundheitliche Wohlbefinden haben können. Andererseits werden spezielle Verhaltensweisen (selbstdestruktive Lebensstile: z.B. Medikamenten- und/oder Alkoholmißbrauch, verstärktes Zigarettenrauchen) als Bewältigungsstrategien (Copingmethoden) entwickelt, mit denen man den sozialen Problemen entgegentreten und Konflikte lösen möchte. Diese Verhaltensweisen können sich aber sowohl in psychische als auch in somatische Beschwerden manifestieren

3.3.2 Gesundheitsrisiken und -verhalten

Gesundheitsrisiken und das Gesundheitsverhalten sind in den letzten Jahren im Land Berlin durch verschiedene Untersuchungen (z.B. Berliner Gesundheits- und Sozialsurvey 1991, Nationaler Gesundheitsurvey der DHP 1990/91, Gesundheitsbarometer 1994) erfaßt und analysiert worden

So läßt sich anhand der Eckdaten des Berliner Surveys hinsichtlich der Gesundheitsrisikogruppen folgendes feststellen: 35 Prozent der Berliner Bevölkerung sind Raucher, 10 Prozent haben Übergewicht, 43 Prozent haben Bewegungsmangel, 9,1 Prozent fühlen sich häufig überfordert, 28 Prozent konsumieren regelmäßig Alkohol und 13 Prozent verwenden suchtpotentielle Medikamente. Die unterschiedlichen Lebenslagen und Belastungen denen Frauen ausgesetzt sind, bedingen auch ein anderes Bewältigungsverhalten. Frauen gehen mit Krankheiten und Beeinträchtigungen anders um.

Die Differenzierung dieser Daten hinsichtlich des Geschlechts zeigt, daß „Stress“ (häufige Überforderung) und der Gebrauch suchtpotentieller Medikamente typisch weibliche Risiken (über 70 % der jeweiligen Risikogruppe) darstellen (vgl. Tabelle 3.11)

Tabelle 3 11:
Gesundheitsrisikogruppen in der Berliner Bevölkerung 1991

Gesundheits- risikogruppen	Gesamt	Raucher	Überge- wichtige	Personen m. Bewegungs- mangel	häufig Über- forderte	regelmäßige Alkohol- konsumenten	übermäßige Alkohol- konsumenten	Verwender suchtpot. Medikamente
n =	4 430	1 455	490	1 180 *	396	1 226	341	630
	in Prozent							
Anteil an der Gesamtbevölkerung	100	34,5	10,5	42,6	9,1	28,3	8,4	13,4
durchschnittl. Alter (in Jahren)	46,6	40,3	52,9	40,7	45,1	44,4	41,4	52,3
weiblich	54,1	43,9	53,2	49,7	70,3	28,8	26,2	70,9
Volks-/ Hauptschule	31,4	31,1	50,3	32,4	33,4	25,4	31,6	35,3
Fachschule/ Abitur	30,4	27,2	21,5	25,9	30,4	38,8	28,8	27,2
Westberliner	61,7	63,4	58,5	52,5	67,2	58,9	61,8	58,4
Ostberliner	38,3	36,6	41,5	47,5	32,8	41,1	38,2	41,6
Teilnahme an Präventions- Maßnahmen								
jemals	10,7	6,9	10,3	8,0	16,8	8,4	6,6	13,3
i. d. letzten 12 Monaten	4,1	2,0	5,6	2,4	7,2	2,4	1,2	5,7
Interesse	56,3	63,2	63,0	60,8	59,3	57,7	59,4	59,3
kein Interesse	27,2	25,9	27,6	27,8	19,1	29,9	31,0	22,4

* nur unter 60jährige Bevölkerung
 (Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991)

Im folgenden werden ausgewählte Risiken näher betrachtet:

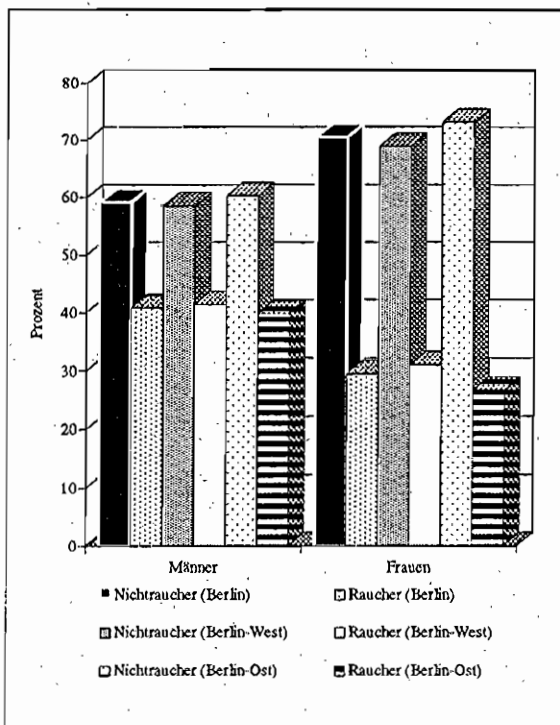
3.3.2.1 Rauchen

Rauchen ist ein vermeidbares gesundheitliches Risiko, das am weitesten verbreitet ist und nachweislich einen hohen Beitrag an Krankheits- und Sterberaten innerhalb der Bevölkerung leistet

Nach den Ergebnissen des Gesundheits- und Sozialsurveys rauchten im Jahre 1991 37 Prozent der Bevölkerung aus Berlin-West und 33 Prozent der Bevölkerung aus Berlin-Ost, von 100 Rauchern waren 56 Männer und 44 Frauen.

1992 kam die Mikrozensushebung des Statistischen Landesamtes Berlin zu ähnlichen Ergebnissen: Danach rauchten insgesamt 35 Prozent der Berliner Bevölkerung. Auch hier griffen mehr Männer als Frauen zu den Tabakwaren. Der Raucherinnenanteil lag bei rund 30 %, von den Männern rauchten etwa 41 Prozent (vgl. Abbildung 3 60).

Abbildung 3.60:
Nichtraucher und Raucher in Berlin 1992 nach dem Geschlecht



(Quelle: Mikrozensus 1992)

An der Spitze konsumierter Tabakwaren lagen bei Rauchern in beiden Teilen der Stadt Zigaretten mit Filter (Berlin-West: 86 % bzw. Berlin-Ost: 93 %). 62 Prozent der rauchenden männlichen Bevölkerung aus Berlin-West gab an, täglich zwischen 5 und 20 Zigaretten zu rauchen, 30 Prozent der regelmäßigen Zigarettenraucher konsumieren sogar 21 bis 40 Stück pro Tag. In Berlin-Ost lag die angegebene Stückzahl in der Mehrzahl (59 %) zwischen 5 und 20 Stück pro Tag. Und 72 Prozent der rauchenden weiblichen Bevölkerung aus Berlin-West bzw. 70 Prozent aus Berlin-Ost rauchten pro Tag zwischen 5 und 20 Zigaretten (vgl. Tabelle A 3.9). Die Häufigkeit des Rauchens ist bei Frauen und Männern in den einzelnen Altersgruppen zwischen Berlin-West- und -Ost unterschiedlich. Der Anteil derzeitiger Raucher/-innen ist im Westteil höher als im Ostteil, bei

den 30- bis 39-jährigen Männern (West: 58 %, Ost: 35 %),
den 18- bis 59-jährigen Frauen (West: 39 %, Ost: 30 %),
den 30- bis 39-jährigen Frauen (West: 48 %, Ost: 33 %) und
den 40- bis 49-jährigen Frauen (West: 37 %, Ost: 26 %)

Auch in der Bevölkerungsgruppe der über 60-jährigen Frauen rauchen mehr aus den westlichen (14 %) als aus den östlichen Bezirken (10 %).

Das Durchschnittsalter des Rauchbeginns war in Berlin-West mit 18,8 Jahren bei beiden Geschlechtern geringfügig niedriger als in Berlin-Ost (19,0 Jahre).

46 Prozent der Berliner/-innen aus dem Westteil der Stadt im Alter zwischen 18 und 59 Jahren gaben an, sich häufig in Räumen aufzuhalten, in denen stark geraucht wird, in Berlin-Ost war es etwa jeder Dritte. Die Mehrzahl dieser Personen war dem Passivrauchen bei der Arbeit ausgesetzt - Frauen doppelt so häufig wie Männer.

Etwa ein Drittel der Raucher/-innen wies ein Präventionsinteresse auf (d.h. sie haben schon einmal an Programmen zur Gesundheitsförderung teilgenommen bzw. interessieren sich dafür), während jede/r vierte Berliner Raucher/-in zum Zeitpunkt der Befragung kein Präventionsinteresse zeigte.

Die meisten Raucherinnen und Raucher haben im jugendlichen Alter mit dem Rauchen begonnen. Internationale Studien belegen, daß die Phase des Rauchbeginns mit etwa 19 Jahren beendet ist; wer bis dahin nicht mit dem Rauchen begonnen hat, wird es wahrscheinlich auch später nicht tun.

Bereits im Alter von sieben bis zwölf Jahren wird erstmals mit dem Rauchen begonnen. Rauchen ist somit auch ein pädiatrisches Gesundheitsproblem. Deshalb ist frühzeitige Prävention besonders wichtig, um den Beginn des Rauchens überhaupt zu verhindern. Als Gründe für das Rauchen werden u.a. vielfach Neugier, Suche nach Identität, Erlebnisucht, Selbstdarstellung, Neugier und Trotz aber auch schlechtes psychisches Befinden und Streberleben angegeben.

Obwohl nach Angaben des Mikrozensus 1992 die Prävalenz der Raucher im Kindes- und Jugendalter seit Beginn der achtziger Jahre um ca. 12 Prozent zurückging, sind derzeit in Berlin noch über 35 Prozent der 12- bis unter 25-jährigen regelmäßige Raucher.

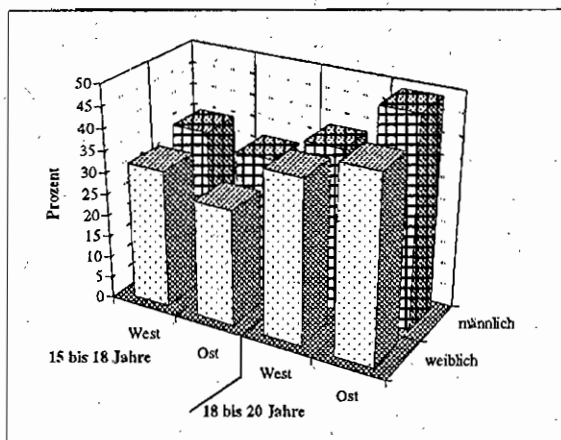
Auch eine 1990/91 von der EFB⁴⁰⁾ durchgeführte Studie zu Konsum und Mißbrauch von Alkohol, illegalen Drogen und Tabakwaren durch junge Men-

⁴⁰⁾ Epidemiologische Forschung Berlin: Konsum von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren in West-Berlin 1990/1991, unveröffentlichter Bericht 2. Konsum und Mißbrauch von Alkohol, illegalen Drogen und Tabakwaren durch junge Menschen in Ost-Berlin, unveröffentlichter Bericht. Im folgenden EFB 1990/1991.

schen in den alten und neuen Bundesländern bestätigte für Berlin einen Raucheranteil von 36 Prozent. Der Tabakkonsum unterschied sich in den einzelnen Altersgruppen erheblich. Bis zum 20. Lebensjahr lag der Anteil der rauchenden Mädchen nur geringfügig unter dem der Jungen.

Während bei den 15- bis unter 18jährigen der Raucheranteil in Berlin-Ost noch niedriger lag, war fast jeder zweite Jugendliche (47 %) im Alter von 18 bis unter 20 Jahren in den östlichen Bezirken Berlins Raucher, während der Anteil in den westlichen Bezirken mit 38 Prozent niedriger lag (vgl. Abbildung 3 61)

Abbildung 3 61:
Raucherprävalenz der weiblichen Jugendlichen 1991 in Berlin



(Quelle: Epidemiologische Forschung Berlin 1990/1991)

Der Anteil der 15- bis unter 20jährigen regelmäßigen Raucherinnen in Berlin-West hat sich seit 1986 verringert. 1986 waren 37 Prozent der 15- bis 17jährigen auf 32 Prozent im Jahr 1990 verringert. Bei den 18- bis 20jährigen ging der Anteil sogar von 47 Prozent auf 38 Prozent zurück. In den östlichen Bezirken Berlins rauchten 1990 27 Prozent der 15- bis 17jährigen Mädchen und 43 Prozent der 18- bis 20jährigen.

Obwohl fast alle rauchenden Jugendlichen das Rauchen als „gesundheitsschädigend“ einschätzten, hielten es jedoch 40 Prozent für eher wahrscheinlich, auch in der Zukunft (zumindest in den nächsten Jahren) noch zu rauchen.

3.3.2.2 Trinkgewohnheiten

Nach Angaben des Gesundheits- und Sozialsurveys 1991 waren Männer den möglichen gesundheitlichen Risiken durch regelmäßigen Alkoholkonsum (d. h. täglich oder mehrmals pro Woche) doppelt bis dreimal so häufig ausgesetzt als Frauen. Jeder zweite Mann im Ostteil der Stadt trank regelmäßig Alkohol. Im Westteil sind es mit 40 Prozent immerhin noch zehn Prozent weniger. Demgegenüber gaben 17 Prozent der Westberliner Frauen an, regelmäßig Alkohol zu trinken, während die Angaben der Ostberliner Frauen bei 13 Prozent lagen (vgl. Tabelle A 3 10).

In den westlichen Bezirken findet sich ein höherer regelmäßiger Alkoholkonsum bei

den 18- bis 59jährigen Frauen (West: 19 %, Ost: 14 %) und

den über 60jährigen Frauen (West: 14 %, Ost: 8 %).

8 Prozent der Berliner (Männer: 14 %, Frauen: 4 %) waren übermäßige Alkoholkonsumenten (Index ermittelt aus der täglichen Trinkmenge: mindestens 1 Liter Bier oder 3 Gläser Wein/Sekt oder 5 kleine Gläser hochprozentige Alkoholika). Die höchsten Prävalenzen wiesen die 40- bis 49jährigen Männer mit 21 Prozent auf.

Alkoholabstinent lebten in den westlichen Bezirken 15 Prozent der Bevölkerung - in den östlichen jedoch nur 7 Prozent. Darunter befinden sich 18 Prozent Frauen aus Berlin-West (Männer 11 %) und 10 Prozent Frauen aus Berlin-Ost (Männer 3 %).

Ein Interesse an Gesundheitsförderungsprogrammen hatten 64 Prozent der Berliner Männer mit regelmäßigem Alkoholkonsum und 73 Prozent der Frauen.

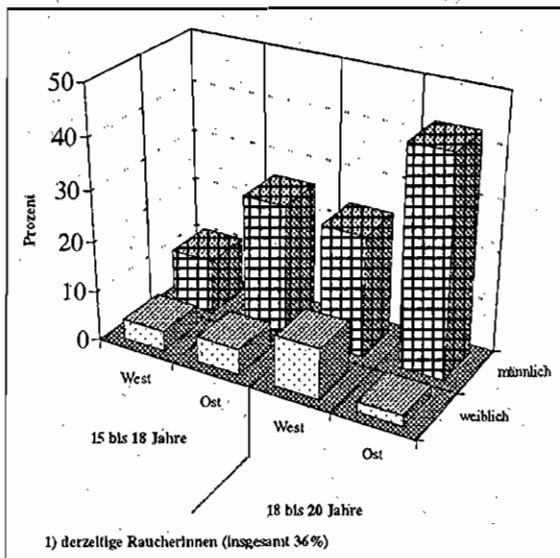
Alkohol als legales und gesellschaftlich akzeptiertes, potentiell Suchtmittel findet auch bei Kindern und Jugendlichen große Zustimmung.

Immer früher kommen Kinder mit Alkohol in Berührung. Studien belegen, daß bereits bis zum 10. Lebensjahr jedes Dritte Wein, Bier, Sekt oder Likör probiert hat. Nach eigenen Angaben trinken 38 Prozent der Kinder und Jugendlichen zumindest gelegentlich Alkohol.

Nach der Untersuchung 1990/91 von der EFB lag die Prävalenz von Alkoholkonsumenten (solche, die regelmäßig, d. h. fast täglich oder mehrmals in

der Woche Alkohol konsumieren) bei den 12- bis unter 25jährigen 1991 in Berlin-West bei 17 Prozent. Der Anteil der männlichen Alkoholkonsumenten betrug 26 Prozent, der Anteil der weiblichen an der Altersgruppe 8 Prozent. In Berlin-Ost tranken 18 Prozent der befragten Jugendlichen regelmäßig Alkohol (30 % männlichen, 6 % weiblichen Geschlechts; vgl. Abbildung 3.62).⁴¹⁾

Abbildung 3.62:
Regelmäßige weibliche Alkoholkonsumenten im Jugendalter 1991 in Berlin 1)



(Quelle: Epidemiologische Forschung Berlin 1990/1991)

Während der Anteil der regelmäßigen weiblichen Alkoholkonsumenten bei den 15- bis 17jährigen mit 4 Prozent in den westlichen und 5 Prozent in den östlichen Bezirken auf etwa gleichem Niveau lag, war der Anteil bei den 18- bis 20jährigen (10 %) in Berlin-West deutlich höher als in Berlin-Ost (2 %). Der Anteil der regelmäßigen Alkoholkonsumenten ist in Berlin-West seit 1986 nicht weiter angestiegen.

3.3.2.3 Drogen

Exakte Angaben zur Häufigkeit von Drogenmißbrauch und -abhängigkeit liegen nicht vor. Aussagen über Drogenmißbrauch stammen daher im

wesentlichen aus repräsentativen Bevölkerungsbefragungen. Dabei wird üblicherweise zwischen gegenwärtigem („aktuellem“) Konsum und Drogenenerfahrung unterschieden. Letzteres bezieht sich zu meist auf einen einmaligen Konsum („Probierkonsum“).

Erfahrungen mit illegalen Drogen in nennenswerten Anteilen besitzt nur die jüngere Bevölkerung in Berlin - West, während von der älteren Bevölkerung überhaupt keine Drogenenerfahrungen angegeben werden.

In der 18- bis 39jährigen Bevölkerung haben Frauen prozentual weniger Drogenenerfahrungen als Männer.

Tabelle 3.12:
Drogenenerfahrung bei 18- bis 39jährigen Männern und Frauen 1991

Geschlecht	Berlin-West	Berlin-Ost
	%	%
Männer	28	3
Frauen	22	1

(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991)

Demzufolge haben in der unter 40jährigen Bevölkerung aus Berlin-West mehr als jeder vierte Mann und jede fünfte Frau Erfahrungen mit Drogen. 1991 hatten nach den Angaben der 12- bis unter 25jährigen in Berlin-West 23 Prozent schon einmal illegale Drogen verwendet. Als aktuelle Drogenkonsumenten (Verwendung von illegalen Drogen innerhalb der letzten 10 Monate) galten 10 Prozent. Der Anteil der männlichen Drogenkonsumenten lag mit 26 Prozent über dem der weiblichen (20 %). Zum Erhebungszeitpunkt der Studie hatte der Konsum illegaler Drogen im Gebiet der ehemaligen DDR und in Berlin-Ost noch geringe Bedeutung. Insgesamt hatten 20 Prozent der 15- bis 17jährigen Mädchen in Berlin-West (Berlin-Ost immerhin schon 5 %) Drogenenerfahrung. Bei den 18- bis 20jährigen waren es 17 Prozent bzw. 2 Prozent.

Der Anteil der aktuellen Drogenkonsumenten ist bei den weiblichen Jugendlichen in Berlin-West seit 1986 (8 %) in der Gruppe der 15- bis 17jährigen angestiegen (1990: 14 %). Bei den 18- bis 20jährigen ging er hingegen zurück (1986: 9 %, 1990: 5 %).

41) EFB 1990/1991

3.3.2.4 Medikamente

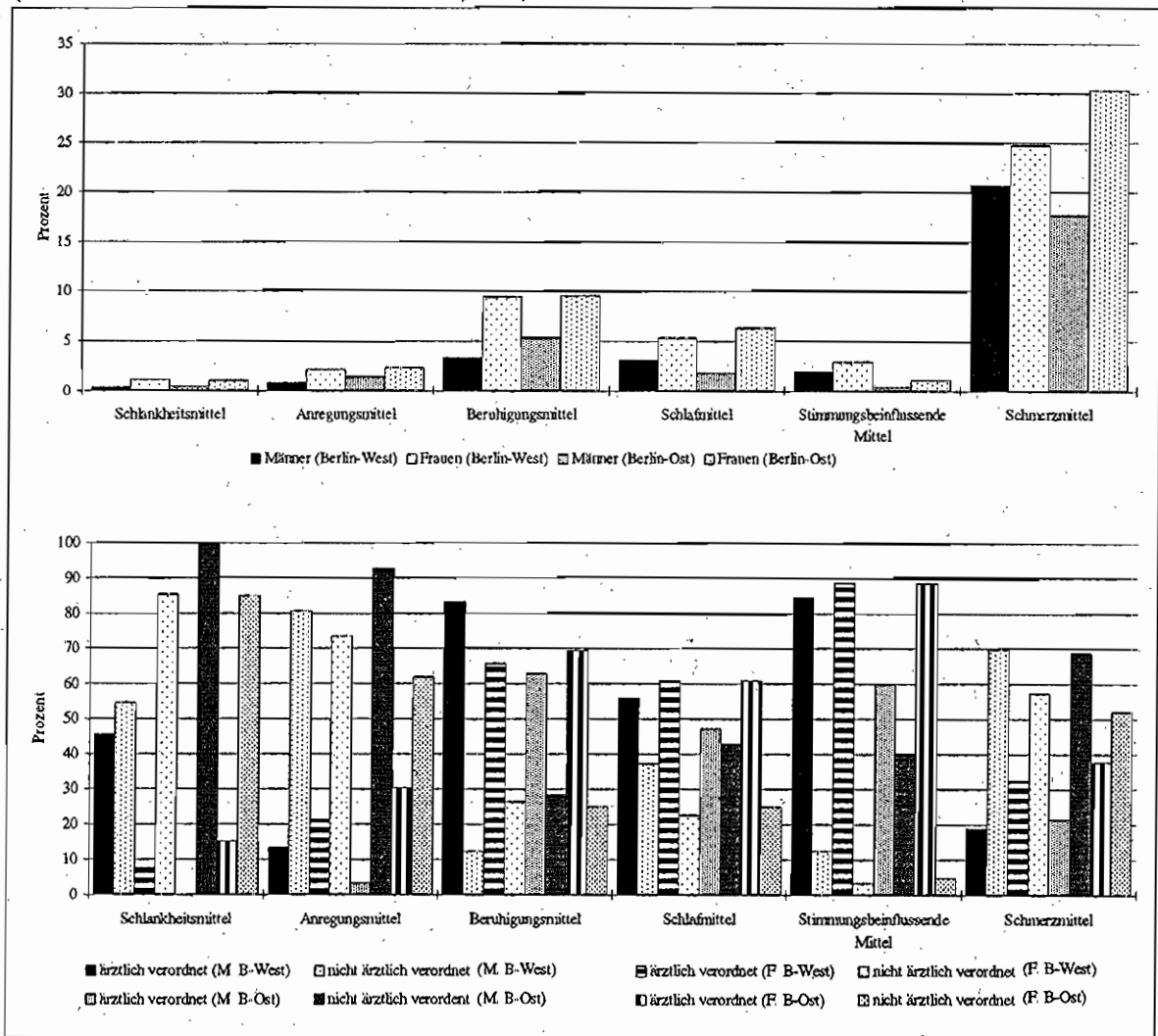
Nach den Ergebnissen des Berliner Gesundheits- und Sozialsurvey 1991 verwendeten 18 Prozent der befragten Berliner Frauen suchtpotentielle Medikamente (Männer 9%). In diesen Index geht die Verwendung (Einnahme) von Schlankheitsmitteln, Appetitzüglern, Anregungs-, Stärkungsmitteln, Beruhigungsmitteln, Schlafmitteln, stimmungsbeflussenden Mitteln, Psychopharmaka und Schmerzmitteln innerhalb der letzten 7 Tage ein.

Medikamente mit Suchtpotential wurden von rund 5 Prozent der 15- bis 20jährigen Mädchen aus Berlin-West eingenommen, etwa 60 Prozent gaben ei-

nen gelegentlichen Konsum an. Von den befragten Mädchen der gleichen Altersgruppe aus Berlin-Ost nahmen 4 Prozent regelmäßig und 55 Prozent gelegentlich suchtpotentielle Medikamente zu sich. Die Prävalenzen steigen mit zunehmendem Alter, von den über 60jährigen Frauen verwendete jede vierte derartige Medikamente.

Schmerzmittel sind innerhalb der Medikamente mit Suchtpotential die von Frauen am häufigsten verwendeten Präparate: so gab beispielsweise jede dritte erwerbstätige Frau die Einnahme von Schmerzmitteln „überwiegend innerhalb der letzten vier Wochen“ an. Diese waren zu 63 Prozent nicht ärztlich verordnet.

Abbildung 3.63:
Welche der folgenden Medikamente haben Sie innerhalb der letzten drei Monate eingenommen? (ärztlich verordnet/ nicht ärztlich verordnet; 1991)



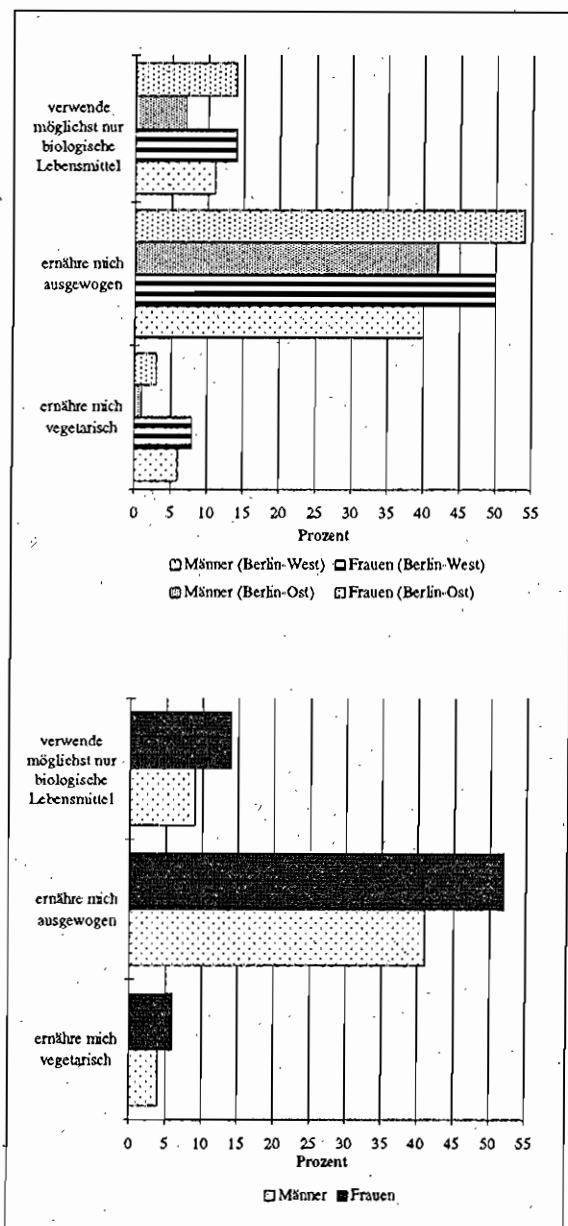
(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

3.3.2.5 Ernährung, Übergewicht, Bewegungsmangel

Frauen und Männer aus Berlin-West ernährten sich insgesamt gesundheitsbewußter als die Bevölkerung aus Berlin-Ost und Frauen ernähren sich insgesamt gesünder als Männer (vgl. Abbildung 3.64).

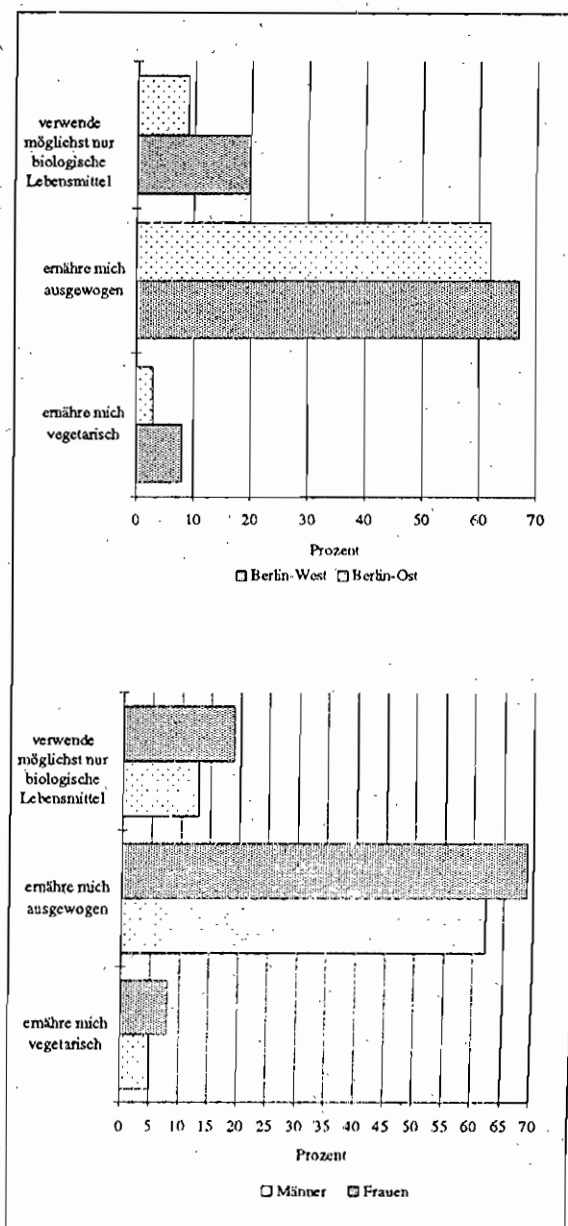
Neueste Untersuchungen (Gesundheitsbarometer '94) zeigen, daß sämtliche Items zur Ernährung, wie etwa vegetarische Ernährung, Verwendung biologischer Lebensmittel von der Bevölkerung aus Berlin-West durchschnittlich sieben Prozentpunkte häufiger angegeben werden als von den Befragten aus Berlin-Ost. Auch hier geben Frauen ungleich häufiger als Männer an, gesünder zu leben (vgl. Abbildung 3.65).

Abbildung 3.64:
Was tun Sie für Ihre Gesundheit? (1991)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Abbildung 3.65:
Was tun Sie für Ihre Gesundheit? (1994)



(Quelle: Gesundheitsbarometer 1994)

Dennoch zeigen die Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurvey 1991 auch, daß ca. 10 Prozent der Berliner Bevölkerung ein Übergewicht von mindestens 20 Prozent über dem Normgewicht hatten. Unterschiede zwischen Berlin-West und -Ost traten nur bei der über 60jährigen weiblichen Bevölkerung auf: so wiesen 12 Prozent der Frauen aus Berlin-West und 17 Prozent der Frauen aus Berlin-Ost ein Übergewicht auf.

Nur jede/r zehnte Übergewichtige hat schon einmal an Programmen zur Gesundheitsförderung teilgenommen. Interesse an solchen Programmen zeigten Übergewichtige jedoch mehrheitlich, vor allem Frauen unter 50 Jahren.

Bewegungsmangel ist das in der unter 60jährigen Berliner Bevölkerung am weitesten verbreitete Gesundheitsrisiko. 43 Prozent der unter 60jährigen Bevölkerung gaben an, sich nicht sportlich zu betätigen (Berlin - West: Männer 46 %, Frauen: 42 %; Berlin - Ost: Männer 31 %, Frauen 26 %). Die Prävalenzen stiegen in der über 60jährigen Bevölkerung auf über zwei Drittel an. 30 Prozent (darunter zwei Drittel Frauen) der an Bewegungsmangel leidenden Berliner/-innen artikulieren gleichzeitig Interesse an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und -beratung (z.B. Autogenes Training, Abnahme-Fastenkurse, Atem und Bewegung/Wirbelsäule).

Nach den Berliner Funktionsdiagnostischen Tabellen für Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen entspricht mäßiges Übergewicht bis zu 10 Prozent über dem der Körperhöhe entsprechenden Toleranzbereich (Deutsche Gesellschaft für Ernährung) und erhebliches Übergewicht (Adipositas) liegt mehr als 10 Prozent darüber.⁴²⁾

Übergewicht stellt langfristig ein erhebliches Risiko insbesondere für Stoffwechselerkrankungen, Skelettschäden und Herz-Kreislauf-Erkrankungen dar, und darüber hinaus sind soziale Isolation und Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls adipöser Jugendlicher weitere mögliche Folgen.

Übergewicht im Kindes und Jugendalter entsteht durch Zusammenwirken von genetischer Prädisposition und externen Faktoren, z.B. falsches Eßverhalten. Dabei spielen das negative Vorbild übergewichtiger Eltern, der Sozialstatus sowie psychische Faktoren eine Rolle.

Hinsichtlich von Übergewicht gab es 1992 zwischen den östlichen und westlichen Bezirken noch erhebliche Unterschiede. Letztere sind möglicherweise auf noch bestehende Unterschiede im passiven Freizeitverhalten (Video, Elektronikspiele) in Verbindung mit dem Konsum kalorienreicher Nahrung (Süßigkeiten, Fast food) zurückzuführen.

Tabelle 3.13:

Übergewicht nach den Toleranzbereichen bei den untersuchten weiblichen Jugendlichen der Schulentlassungsuntersuchungen 1991/92 in Berlin

Übergewicht	Berlin-West				Berlin-Ost				Berlin	
	Deutsche		Ausländer		Deutsche		Ausländer		insgesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Übergewicht	1 412	29,8	551	40,3	913	18,4	6	25,0	2 882	26,0
dav										
mäßig	845	17,8	329	23,9	599	12,1	3	12,5	1 776	16,0
Fettsucht	567	12,0	222	16,4	314	6,3	3	12,5	1 106	10,0

(Quelle: Kiss 1995 (1))

⁴²⁾ Kiss 1995 (1), S. 30 ff

Während in den östlichen Bezirken 18,4 Prozent der 4.985 untersuchten Mädchen übergewichtig waren, wurde bei den 6.114 untersuchten Mädchen in Berlin-West bei 29,8 Prozent Übergewicht festgestellt. 16 Prozent der (überwiegend türkischen) ausländischen Mädchen waren hochgradig adipös. Aber auch bei 12 Prozent der deutschen Mädchen in Berlin-West wurde starke Fettsucht festgestellt. Von den deutschen Mädchen in Berlin-Ost waren hingegen nur 6 Prozent stark übergewichtig.

In neueren wissenschaftlichen Veröffentlichungen wird zur Klassifikation des Übergewichts der Body-Mass-Index (BMI) verwendet. Nach dieser Klassifikation werden Personen mit einem BMI von 18 bis unter 24 als normalgewichtig eingestuft. Der Borderlinebereich (24,1 bis 30,0) definiert mäßiges Übergewicht. Personen mit einem BMI ab 30,1 gelten als stark übergewichtig und sind mit einem großen gesundheitlichen Risiko belastet.

Nach dem BMI galten in Berlin rund 16 Prozent der untersuchten deutschen Mädchen und fast jedes vierte ausländische als übergewichtig.⁴³⁾

Tabelle 3.14:

Übergewicht nach dem Body-Mass-Index bei den untersuchten weiblichen Jugendlichen der Schulentlassungsuntersuchungen 1991/92 in Berlin

Body-Mass- Index	Deutsche		Ausländer	
	abs.	%	abs.	%
	Berlin-West			
24,1 - 30,0	813	17,2	290	21,1
über 30,0	100	2,1	48	3,5
	Berlin-Ost			
24,1 - 30,0	535	10,8	3	12,5
über 30,0	74	1,5	-	-
	Berlin			
24,1 - 30,0	1.348	13,9	293	20,9
über 30,0	174	1,8	48	3,4

(Quelle: Kiss 1995 (1))

Ein weiterer Risikofaktor für die Erhaltung der Funktionstüchtigkeit von Kreislauf und Stoffwechsel ist - insbesondere in einer urbanisierten Um-

welt - der Bewegungsmangel. Daher sollte es auch eine Aufgabe des Schulsports sein, Schüler zu regelmäßiger sportlicher Betätigung anzuregen.

Gesundheitliche Verhaltensweisen durch sportliche Betätigung, die nicht in Vereinen stattfindet bzw. nur einen geringen Organisationsgrad aufweist, wie z. B. Fahrradfahren, Joggen oder Ballspiele, werden statistisch nicht erfaßt. Abgesehen von besonderen Forschungsprojekten bzw. Studien kann nur der Prozentuale Anteil von Kindern/Jugendlichen, die in Vereinen Sport treiben, als allgemeiner Indikator für körperliche Aktivitäten herangezogen werden.

Die verfügbaren Daten sprechen insgesamt dafür, daß sportliche Aktivität mit zunehmendem Alter sinkt und daß Jungen sportlich aktiver sind als Mädchen.

Sportliche Aktivität wird von Kindern und Jugendlichen vor allem in Sportvereinen ausgeübt.⁴⁴⁾

3.3.2.6 Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen

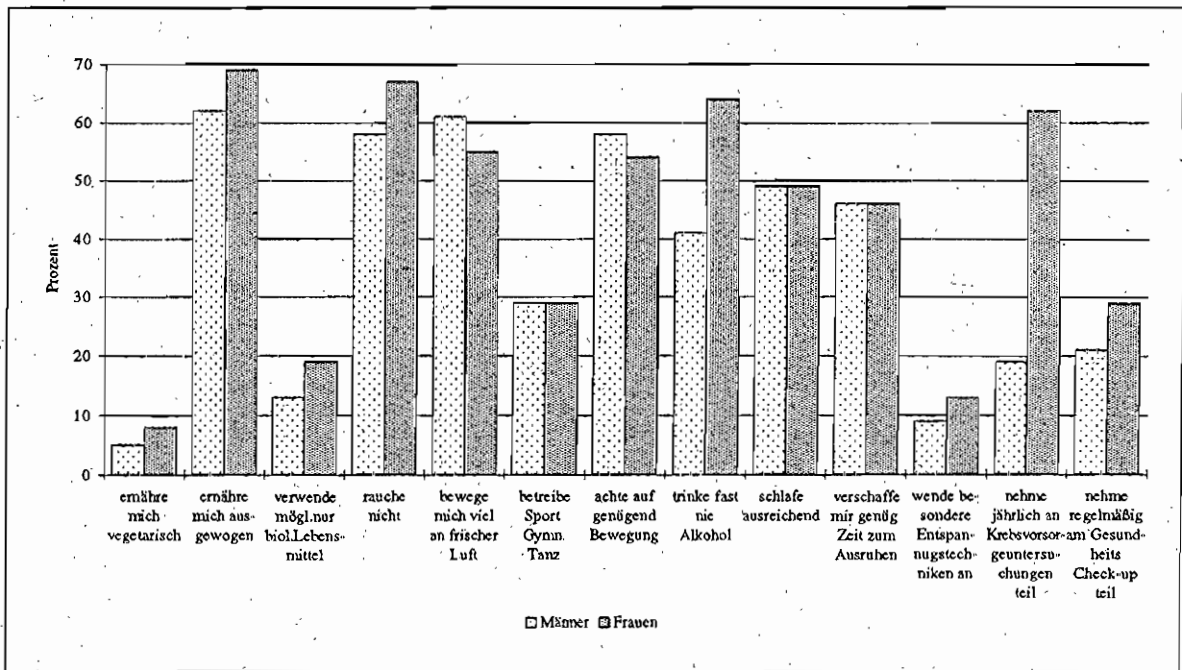
Gesundheitsförderndes Verhalten ist in der Berliner Bevölkerung insgesamt nur mäßig ausgeprägt. Ein intensives und aktives gesundheitsförderndes Verhalten, definiert über ein Punktsummverfahren über Einzelnennungen zu regelmäßigem, sehr häufigem gesundheitlichen Verhalten (z. B. ausreichend Schlaf, ausgewogene Ernährung, frische Luft, Betreiben von Sport, Gymnastik, Tanz, Anwendung besonderer Entspannungstechniken), betreiben weniger als 20 Prozent der Bevölkerung. Die Mehrheit der Bevölkerung (60 %) zeigt ein durchschnittliches Verhalten. Etwa jede/r siebte Berliner/-in praktiziert noch nicht einmal dieses Durchschnittsverhalten.

Nach dem Gesundheitsbarometer II verhalten Frauen sich in der Mehrzahl gesundheitsbewusster als Männer - sie bevorzugen ausgewogene Ernährung, rauchen und trinken weniger, nehmen regelmäßiger an Gesundheitsvorsorgemaßnahmen teil und wenden häufiger Entspannungstechniken an. Gegenüber 1991 zeigen sich leichte Veränderungen (vgl. auch Abschnitt 3.3.2.7). Häufiger als Männer gehören Frauen aber auch der kleinen Gruppe mit besonders stark ausgeprägtem Gesundheitsverhalten (ca. 10 % der Berliner Bevölkerung) an (vegetarische Ernährung, biologische Lebensmittel, besondere Entspannungstechniken) (vgl. Abbildung 3.66).

43) Kiss 1995 (1), S. 32

44) Kiss 1995 (1), S. 32 ff

Abbildung 3.66:
Was tun Sie für Ihre Gesundheit? (Einzelnennungen; 1994)



(Quelle: Gesundheitsbarometer 1994)

3.3.2.7 Primär- und sekundärpräventive Maßnahmen von bzw. bei niedergelassenen Ärzten

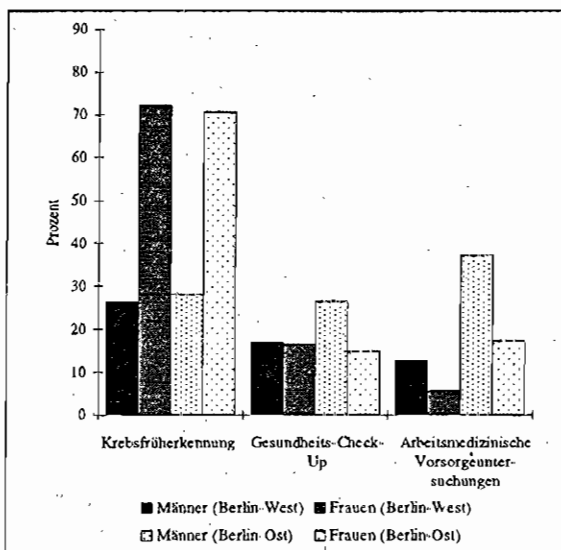
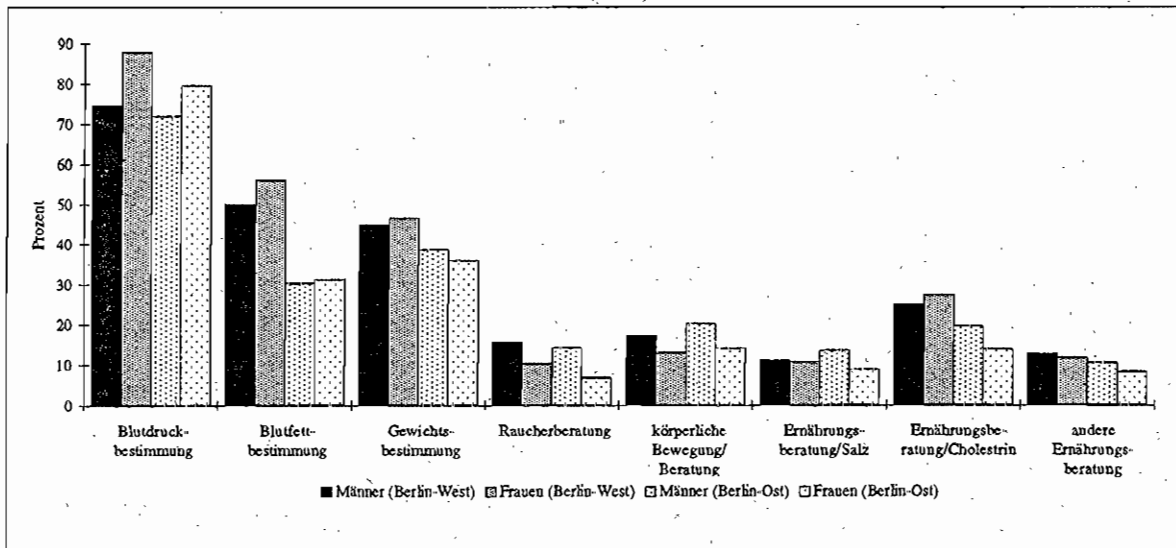
Die sekundäre Prävention, d.h. Screeningverfahren zur Früherkennung von Krankheiten, ist seit langer Zeit ein Schwerpunkt der präventiven Tätigkeit von niedergelassenen Ärzten. Neben den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Männer und Frauen (seit 1971) werden seit Ende 1989 ebenfalls auf gesetzlicher Grundlage Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt, die sich insbesondere auf Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankheiten richten (Gesundheits-Check-Up) Nach Angaben des Gesundheits- und Sozialsurveys 1991 war die Inanspruchnahmehäufigkeit von Maßnahmen der Ge-

sundheitsförderung und -beratung auch in der Berliner Bevölkerung gering: Lediglich 12 Prozent der befragten Personen aus Berlin-West und 8 Prozent aus Berlin-Ost haben jemals an Programmen der Gesundheitsförderung bzw. -beratung teilgenommen

Nach dem Gesundheits- und Sozialsurvey nahmen Frauen Krebsvorsorgeuntersuchungen mit 72 Prozent deutlich häufiger in Anspruch als Männer (27 %). Die Hälfte der Angaben bezog sich auf die Nutzung in den letzten 2 Jahren (vgl. Tabelle A 3.11 u. Abbildung 3.67).

Abbildung 3.67:

Inanspruchnahme von primär- und sekundärpräventiven Programmen (bzw. diagnostischen Verfahren) durch die Berliner Bevölkerung 1991



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Ebenso wurde 1991 der Gesundheits-Check-Up nur von jeder sechsten Frau und von jedem fünften Mann genutzt - in den westlichen Bezirken zu 77 Prozent in den letzten 2 Jahren, in Berlin - Ost in diesem Zeitraum nur von 41 Prozent.

Die Nutzung von Arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen war in Berlin - Ost mit 21 Prozent bei den erwerbstätigen Frauen (18-59 Jahre) ausgeprägter als bei den Frauen aus Berlin-West (9 %) (vgl. Tabelle A 3 11)

Insgesamt ist die Akzeptanz von Screeningverfahren in Bezug auf Krankheiten und/oder deren Risiken - gemessen an den Beteiligungsraten - in der Berliner Bevölkerung als nicht sehr hoch zu bezeichnen.

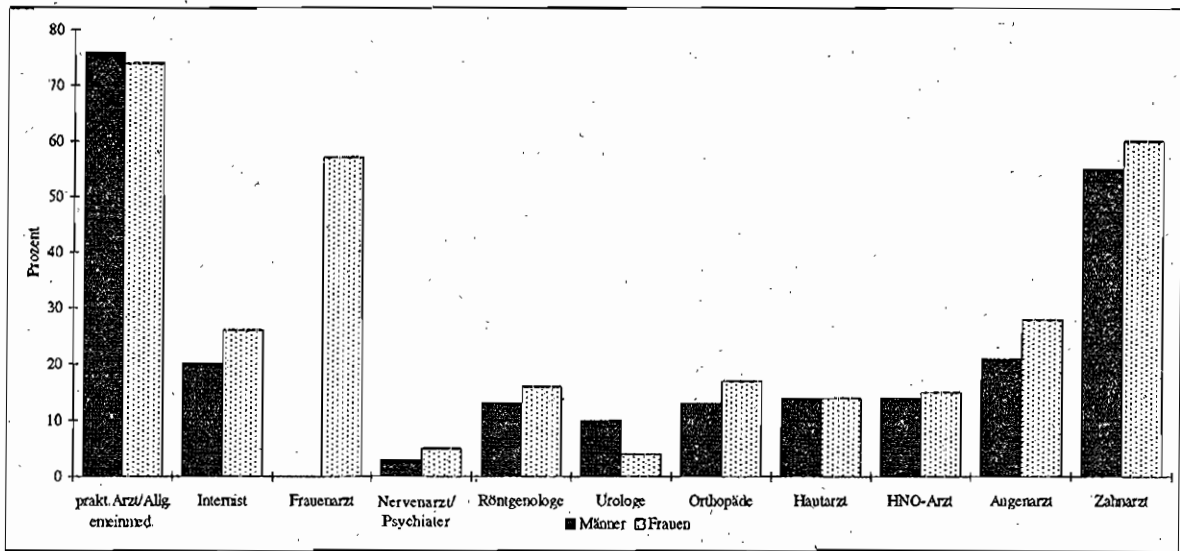
3.3.2.8 Inanspruchnahme medizinischer Versorgung

Zu den am häufigsten von den Berlinerinnen in den letzten 12 Monaten (mindestens einmal) in Anspruch genommenen Einrichtungen gehören:

Niedergelassene Ärzte (89 % Männer 80 %)
 Krankenhaus stationär (21 % Männer 13 %)
 Krankenhaus ambulant (18 % Männer 16 %)
 Ärztlicher Notdienst (13 % Männer 15 %)

Frauen nehmen häufiger ärztliche Hilfe in Anspruch als Männer. Betrachtet man die Inanspruchnahme nach Fachgebieten, so dominiert sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen absolut der/ die praktische Arzt/Ärztin (vgl. Abbildung 3.68).

Abbildung 3 68:
Inanspruchnahme von medizinischen Einrichtungen 1991 (in den letzten 12 Monaten)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

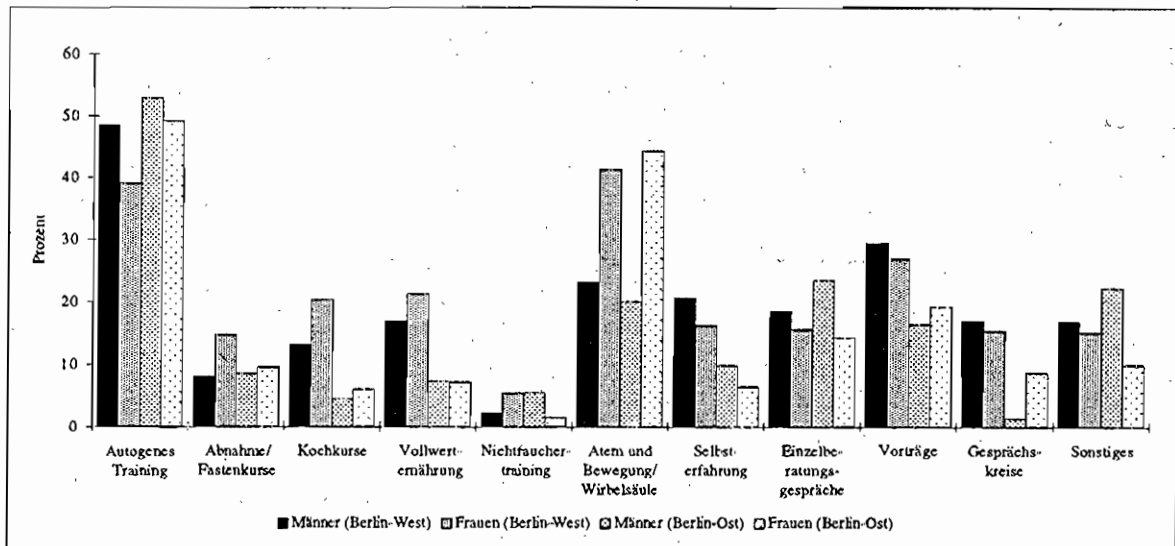
3.3.2.9 Gesundheitsförderung und -beratung

Die Inanspruchnahme von und das Interesse an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und -beratung ist auch unter den Berliner Frauen noch gering. So nahmen 18 Prozent der Frauen aus Berlin-West zwischen 18 und 60 Jahren, jedoch nur

11 Prozent der Frauen aus Berlin-Ost innerhalb eines Jahres an Maßnahmen der Gesundheitsförderung bzw. -beratung teil.

Frauen in der Altersgruppe der 40- bis 49-jährigen nutzten derartige Angebote am häufigsten: 24 Prozent der Frauen aus den westlichen Bezirken und 14 Prozent der Frauen aus den östlichen Bezirken. Die Inanspruchnahme bestimmter Angebote differiert nach Geschlecht und Altersgruppe (vgl. Tabelle A 3.12 u. Abbildung 3 69).

Abbildung 3 69:
Genutzte Angebote der Gesundheitsförderung und -beratung 1991



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991)

4. Lebenslagen von Frauen und ihre Gesundheit

Zwischen Lebenslage und Gesundheit gibt es einen engen Zusammenhang. Die Literatur beschreibt Lebenslage als Wechselwirkung zwischen sozioökonomischen Bedingungen, der Altersstruktur und der sozialen Schicht einer Gruppe. Dabei ist insbesondere die soziale Lage von Bedeutung. Betrachtet man die Sozialstruktur einer Region, kann festgestellt werden: je höher der soziale Rang eines Gebietes ist, um so besser ist die gesundheitliche Situation der jeweiligen Bevölkerung. Die Ergebnisse des neuen Sozialstrukturatlas' Berlin 1995 weisen auf deutliche Zusammenhänge zwischen bezirklicher Sozialstruktur, Mortalität und Morbidität hin.⁴⁵⁾

Demzufolge kann Krankheit u.a. auch verstanden werden als Reaktion auf unzulängliche Lebenslagen oder -bedingungen.

Entsprechend diesem Schema, wird der Zusammenhang zwischen gesundheitlichem Befinden und den (sozialen) Belastungen der Frauen in der Arbeitswelt, im Haushalt und in der Familie, aber auch in anderen Lebenslagen - z.B. alleinerziehend, in den Wechseljahren und im Alter - näher beleuchtet.

4.1 Erwerbstätige versus nichterwerbstätige Frauen

Einerseits ist immer noch zu beobachten, daß in der Lebensplanung vieler Frauen eine Erwerbstätigkeit nicht genauso selbstverständlich und gleich wichtig ist wie eine ausschließliche Hausfrauen- und Mutterrolle, oder aber auf die Doppelbelastung von Haus- und Berufsarbeit zugeschnitten wird. Andererseits läßt der Arbeitsmarkt eine fortlaufende Berufstätigkeit von Frauen nicht zu.

Das hat zur Folge, daß Frauen die *Erwerbstätigkeit* nicht immer als eine Möglichkeit der Selbstverwirklichung erleben. Verstärkt wird dies auch durch die Arbeitsbedingungen, die an den "typischen Frauen-Arbeitsplätzen" mit spezifischen Qualifikations- und Belastungsstrukturen (z.B. Büro, Einzelhandel, Krankenhaus) vorzufinden

sind. Hier werden die Sozialtugenden wie Disponibilität, Genauigkeit und Anpassungsfähigkeit ebenso wie sensomotorische Fähigkeiten, die oft mit hoher Weisungsgebundenheit und repetitiv-monotonen Tätigkeitsmustern einhergehen, genutzt. Sie werden häufig schlecht bezahlt und münden oft in eine Einbahnstraße der unsicheren Beschäftigungslage.⁴⁶⁾

Sind Frauen sowohl beruflich als auch familiär tätig, dann machen sich die Widersprüche in den Anforderungen noch deutlicher bemerkbar. Zusätzlich zu den Anforderungen, denen die Frauen im Erwerbsleben gegenüberstehen, tragen sie in der Regel die Verantwortung für das Wohlergehen der Familie. Während im Beruf häufig ein harter Zeitdruck im Hinblick auf produktive Arbeit besteht, ist der Zeitdruck in der familiären Arbeit zwar auch „drängend“ vorhanden, darf sich aber z.B. in der Beschäftigung mit Kindern möglichst nicht bemerkbar machen.

Frauen sind darüber hinaus für ihre Familie die Vorposten der gesundheitlichen Vorsorge. Das heißt, sie tragen nicht nur die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit, sondern auch für die der Angehörigen. Zur familiären Gesundheitsarbeit zählt nicht nur die Pflege der kranken Familienangehörigen, sondern auch deren Gesunderhaltung resp. deren -förderung.⁴⁷⁾

Haus- und Familienarbeit allein wird individuell unterschiedlich, dennoch von vielen „Nur-Hausfrauen“ als negativ erlebt; als stupide Arbeit mit wenig Abwechslung. Die Familienarbeit muß immer die Reproduktion der Arbeitskraft des Mannes und die Versorgung möglicher Kinder gewährleisten, sie isoliert die Frauen sozial oft über Jahre und ist dazu noch unbezahlt. Die Haus- und Familienarbeit ist eine gesellschaftlich notwendige Arbeit ohne besondere gesellschaftliche Anerkennung.

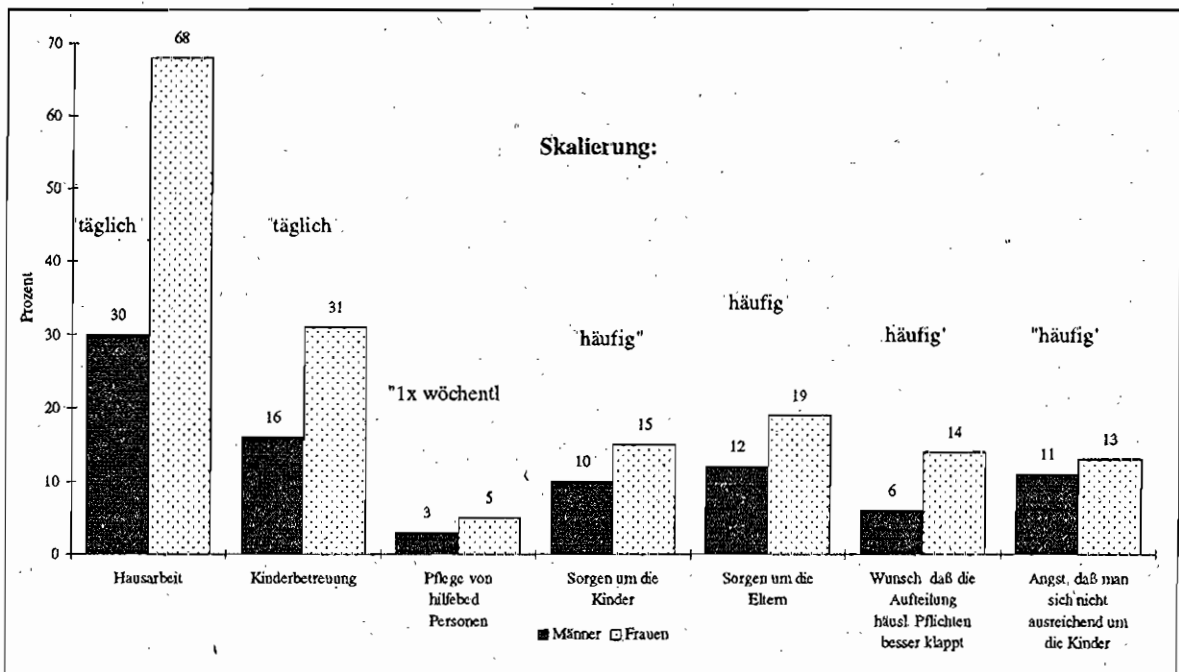
Die Frauen erleben sie auch heute noch als körperliche Arbeit, von der sie abends erschöpft sind. Im Gegensatz zu früheren Zeiten (mit Waschartag und Putztag etc.), können sie jedoch ihre Belastungen nicht mehr so eindeutig bestimmten Ursachen zuordnen, da jeder Tag von allem ein bißchen ausge-

45) Hermann S. Meinschmidt G: Sozialstrukturatlas Berlin. Erste gemeinsame Berechnung für alle Bezirke. Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit. Berlin 1995.

46) Sonntag U., Gerdes, U.: Frauen - das kranke Geschlecht? In: Frau und Gesundheit. Beiträge zur Sensibilisierung für frauenspezifische Gesundheitsförderung. Hrsg. Sonntag, U. Gerdes U. Oldenburg 1992. S. 11 ff.

47) Zoike, E.: Frauen im Beruf. Gesundheitsrelevante Aspekte. In: Die Betriebskrankenkasse 1/1994. S. 34 ff.

Abbildung 4 1:
Haus- und Familienarbeit 1991 (Erwerbstätige nach Geschlecht)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

füllt ist. So kommt es vor, daß Hausfrauen am Abend nicht mehr so genau wissen, was sie getan haben, obwohl sie den ganzen Tag tätig waren. Um den Alltag überschaubar zu machen, entwickeln viele Hausfrauen „Arbeitsroutinen“ und „Leistungsmaßstäbe“, an die sie sich zum Teil sehr streng halten und die letztendlich Mittel sind zur Selbstbelohnung und Ermutigung sowie als Beweis - sich selbst gegenüber - dienen, daß „Hausarbeit Arbeit ist.“

So extrem wie die Situation der erwerbstätigen und nichterwerbstätigen Frauen hier geschildert wird, trifft dies sicher nur auf einen Teil von ihnen zu (gebündelt: hauptsächlich auf un- bzw angeleitete Arbeiterinnen/Angestellte und auf Hausfrauen mit ungünstiger Schulbildung)⁴⁷⁾ Es soll auch nicht in

erster Linie nach Gründen für die gesellschaftliche Lage von Frauen gesucht werden, sondern es geht vielmehr um die Verdeutlichung von (sozialen) Belastungsstrukturen und deren gesundheitlichen Auswirkungen auf Frauen, die sich hier grundsätzlich anders, vielfältiger und widersprüchlicher darstellen als bei Männern.

Fazit ist, Frauen unterliegen in jedem Fall anderen Lebensbedingungen und haben andere Gesundheitsprobleme als ihre männlichen Kollegen. Die allgemeinen Befunde zur gesundheitlichen Lage von Frauen weisen in der Statistik widersprüchliche Aussagen auf: Frauen äußern häufiger gesundheitliche Beschwerden, sie gehen häufiger zum/zur Arzt/Ärztin, sie nehmen mehr Medikamente; aber Frauen sind im allgemeinen gesundheitsbewußter als Männer, der durchschnittliche Krankenstand liegt bei den Frauen niedriger als bei den Männern, Frauen leben länger (vgl. Kapitel 3.2)

Dabei ist nochmals festzuhalten, daß Frauen, die im Berufsleben stehen, häufig nicht von der Haus- und Familienarbeit befreit sind: berufstätige Frauen sind also doppelt oder gar dreifach belastet (nach Anga-

⁴⁷⁾ Bartholomeyczik, S.: Was kann sozialmedizinische Forschung zum Gesundheitszustand von Frauen sagen? In: Arbeit, Frauen Gesundheit Reihe: Kritische Medizin im Argument-Argument-Sonderband AS 107 Berlin 1983, S. 16 ff

ben des Gesundheits- und Sozialsurveys 1991 gaben rund 16 % der befragten erwerbstätigen Frauen an, ein bis zwei Kinder zu haben und etwa 1 % der Frauen gaben an, mehr als zwei Kinder zu haben) Trotz mancher Widrigkeiten im Arbeitsleben gehen die Frauen, die derzeit erwerbstätig sind, gerne arbeiten; auch die jüngeren mit mehreren Kindern lediglich eine Minderheit würde sich lieber ausschließlich auf die häuslichen Aufgaben konzentrieren.

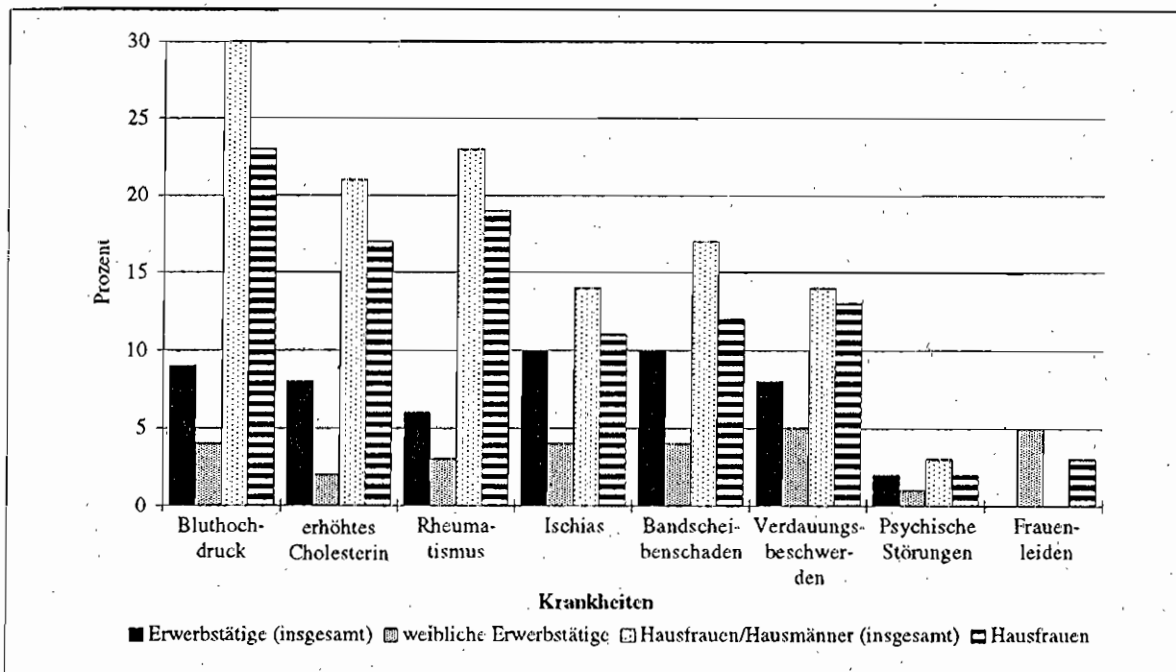
Für den Verbleib in der Berufstätigkeit stehen materielle Zwänge nicht immer an erster Stelle Neben der materiellen Unabhängigkeit werden oft die „Kontakte zu anderen Menschen“ und die „Abwechslung von den häuslichen Aufgaben“ angegeben.⁴⁸⁾

Die Auswertung des Gesundheits- und Sozialsurveys 1991 weist auf eine günstigere gesundheitliche Situation berufstätiger Frauen - im Vergleich zu den nichtberufstätigen Frauen und Müttern - hin. Bereits bei der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit wurde deutlich, daß sich berufstätige Frauen gesundheitlich besser fühlen als nicht-erwerbstätige Frauen/Hausfrauen (vgl. dazu Kapitel 3.2)

Abbildung 4.2 zeigt, daß Hausfrauen offenbar gesundheitlich größere Probleme haben als die erwerbstätigen Frauen So geben z.B. 23 % der befragten nichterwerbstätigen Frauen an, unter Hypertonie zu leiden, aber nur 4 % der weiblichen Erwerbstätigen Lediglich im Hinblick auf die sogenannten „Frauenleiden“ haben die im Berufsleben stehenden Frauen mehr Probleme als die Hausfrauen

Abbildung 4.2:

Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie im Zeitraum der letzten 12 Monate? (Erwerbstätige und Nicht-erwerbstätige: ausschließlich Hausfrauen/Hausmänner; 1991)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

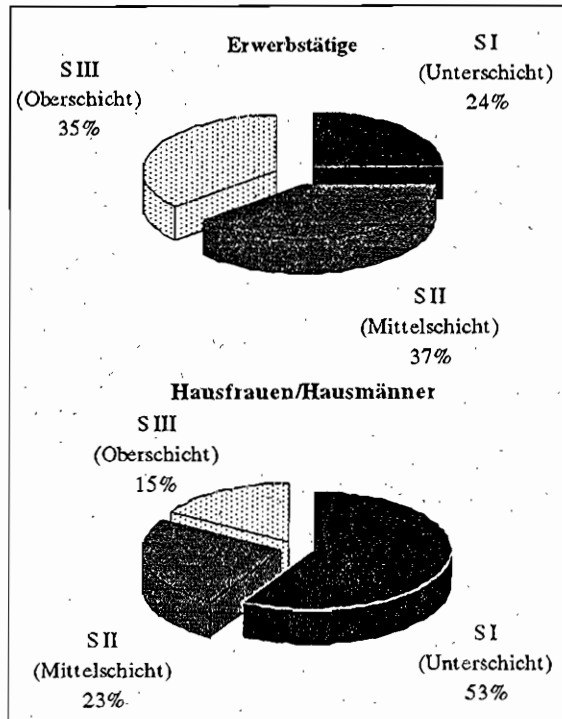
Da die Erwerbstätigen hinsichtlich allgemeinbildender und schulischer Ausbildung günstiger gestellt waren als die Nichterwerbstätigen (vgl. Abbildung

4.3), wurden die Angaben auch aufgeteilt nach (SI) Unter-, (SII) Mittel- und (SIII) Oberschichtsangehörigen⁴⁹⁾

⁴⁸⁾ Frauen in Deutschland Lebensverhältnisse Lebensstile und Zukunftserwartungen. Die Schering-Frauenstudie 1993 Hrsg. Institut für Demoskopie Allensbach Köln 1993

⁴⁹⁾ Für die Schichtverteilung wurde der erreichte (höchste) Schulabschluß zugrunde gelegt:
 SI: Volksschul-, Hauptschulabschluß / Abschluß 8 Klasse
 SII: Mittlere Reife / Abschluß 10 Klasse
 SIII: Fachhochschulreife, Abitur

Abbildung 4.3:
Erwerbstätige und Nichterwerbstätige: ausschließlich Hausfrauen/Hausmänner nach Schichtverteilung 1991

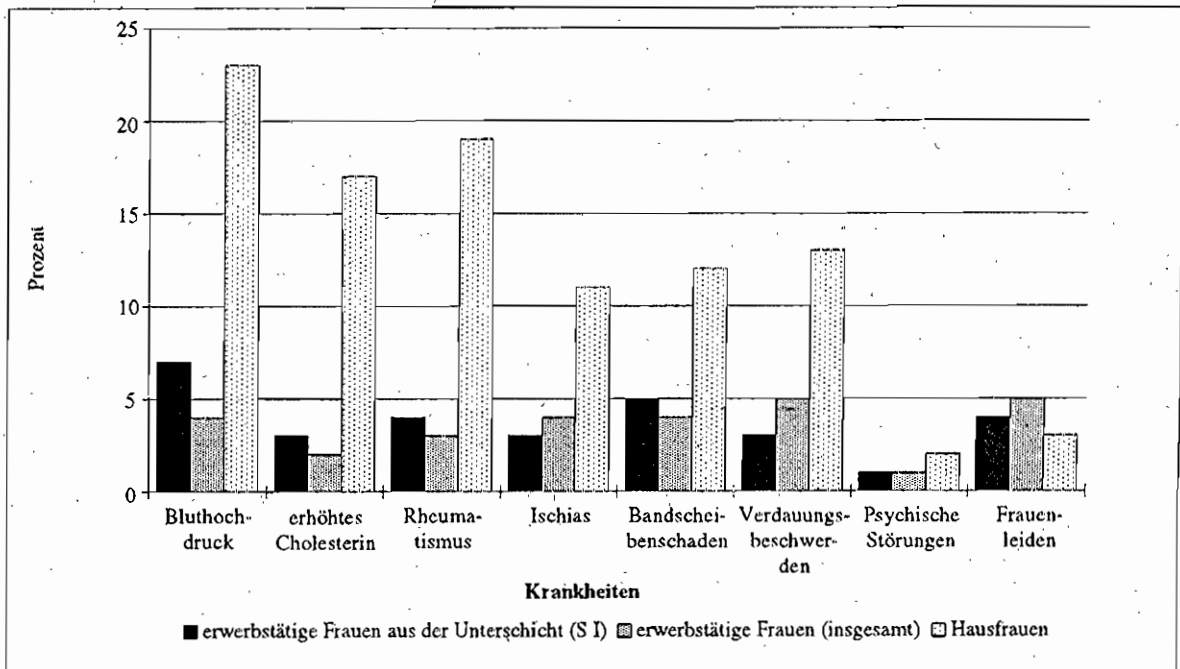


(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Hierbei zeigt sich, daß die im Beruf stehenden Frauen der Unterschicht etwas mehr gesundheitliche Probleme haben als Frauen aus der Mittel- bzw. Oberschicht und erwerbstätige Frauen insgesamt immer noch weniger angeben als Hausfrauen. Aufgegliedert nach einzelnen Krankheiten ergeben sich Schwankungen hinsichtlich der Schichttendenzen. Insbesondere mit Blick auf den Bluthochdruck und auf die „Frauenleiden“ gibt es größere Unterschiede: 7 Prozent bzw. 4 Prozent Frauen (S I), 3 Prozent bzw. 6 Prozent Frauen (S II), 3 Prozent bzw. 5 Prozent Frauen (S III), 4 Prozent bzw. 5 Prozent weibliche Erwerbstätige insgesamt und 23 Prozent bzw. 3 Prozent Hausfrauen geben an, diese Krankheiten in den letzten 12 Monaten gehabt zu haben (vgl. Abbildung 4.4).

Auch die Beurteilung der Zufriedenheit einzelner Lebensbereiche (Gesundheit, seelisches Wohlbefinden usw.) ist bei den Erwerbstätigen wesentlich positiver ausgefallen (vgl. Abbildung 4.5) als bei den Hausfrauen/Hausmännern: 68 Prozent der Erwerbstätigen sind mit ihrer Gesundheit „zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ (2 % „sehr unzufrieden“), aber nur 52 Prozent der Nichterwerbstätigen (10 % „sehr unzufrieden“). Die Verteilung nach den weiblichen Erwerbstätigen und den Nichterwerbstätigen zeigt ähnliche Ergebnisse: 67 Prozent der erwerbstätigen

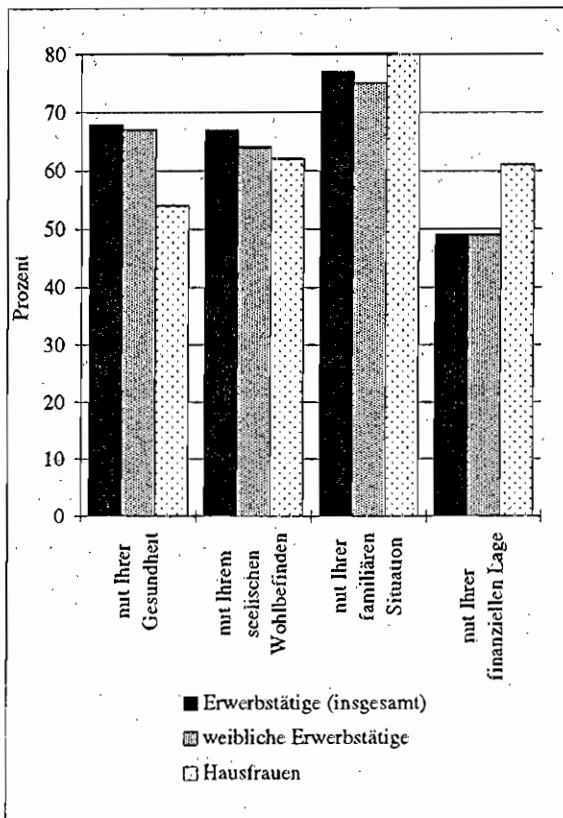
Abbildung 4.4:
Erwerbstätige Frauen (S I) im Vergleich zu den Hausfrauen und den erwerbstätigen Frauen (insgesamt) 1991



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Frauen und 54 Prozent der Hausfrauen sind mit ihrer Gesundheit „zufrieden“ bis „sehr zufrieden“. Unzufrieden sind 2 Prozent der berufstätigen und 9 Prozent der nichterwerbstätigen Frauen.

Abbildung 4.5:
Wie zufrieden sind Sie derzeit mit den folgenden Bereichen des Lebens? (Skalenwerte: zufrieden/deutlich zufrieden/sehr zufrieden; 1991)

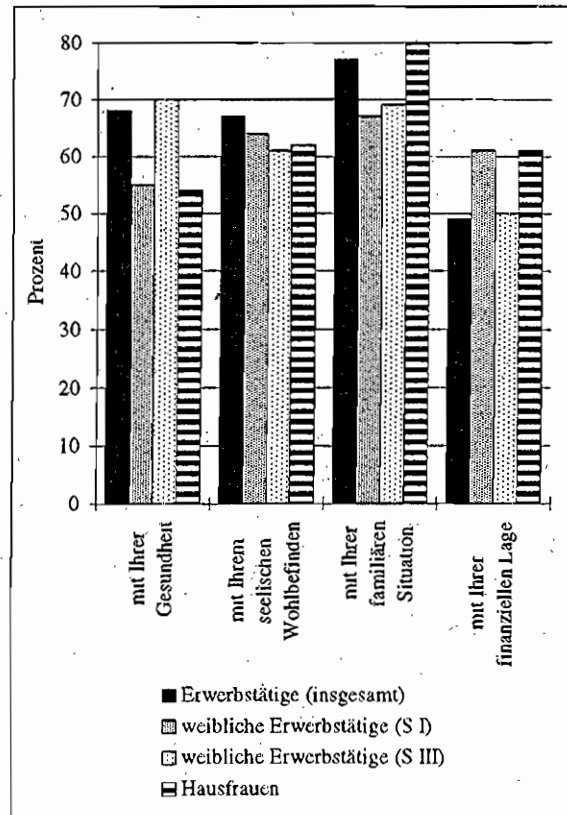


(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Die Zufriedenheit mit der Gesundheit steigt mit zunehmender Sozialschicht. Während 55 Prozent der weiblichen Erwerbstätigen aus der Unterschicht mit ihrer Gesundheit „zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ sind - ähnlich der Hausfrauen (54 %) -, bewerten 70 Prozent der berufstätigen Frauen aus der Oberschicht den Lebensbereich „Gesundheit“ mit „zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ (vgl. Abbildung 4.6)

Hinsichtlich psychosozialer Belastungsfaktoren gibt es eine Reihe von Untersuchungen, die über Beanspruchung und Belastung auf männlichen Arbeitsplätzen sehr differenzierte Aussagen machen können. Da die Gesundheit von Frauen immer nach „männlichen“ Erhebungskriterien gemessen wird,

Abbildung 4.6:
Wie zufrieden sind Sie derzeit mit den folgenden Bereichen des Lebens? (Skalenwerte: zufrieden/deutlich zufrieden/sehr zufrieden; Schichtverteilung; 1991)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

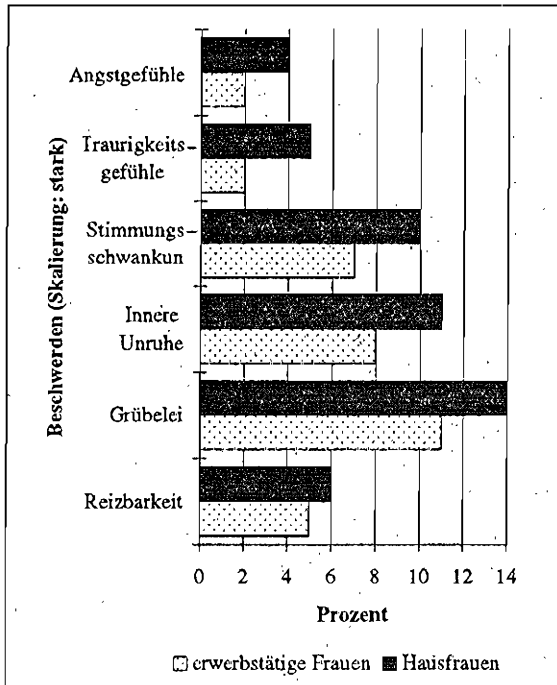
fehlen weitgehend Informationen über Bedingungen, die das Leben von Frauen bestimmen: z.B. über die Menge, Qualität und Aufteilung der Haus- und Familienarbeit. Es fehlen regelmäßige Fragen nach der biographischen Entwicklung von Familien- und Berufsarbeit⁵⁰

Allerdings besteht Einigkeit darüber, daß aufgrund psychischer Überforderung und mangelnder Selbstentfaltung Störungen im psychosozialen Wohlbefinden auftreten können. Im Kapitel 3.2 wurden sie bereits näher erläutert.

Wie die Abbildung 4.7 über ausgewählte psychosoziale Beschwerden bei den erwerbstätigen bzw. nichterwerbstätigen Frauen zeigt, gibt es auch hier Unterschiede zwischen beiden Lebenslagen. Nichterwerbstätige Frauen haben sowohl bei starken als auch bei mäßigen Beschwerden höhere Einbußen an psychosozialen Wohlbefinden aufzuweisen als die Frauen, die berufstätig sind.

⁵⁰ Bartholomeyczik 1983 Sonntag 1992

Abbildung 4.7:
Ausgewählte psychosoziale Beschwerden 1991



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

4.2. Alleinerziehende Frauen und ihre Gesundheit

Neben arbeitslosen Frauen, die hier nicht beschrieben wurden, gehören insbesondere alleinerziehende Frauen zur sogenannten „Risikogruppe“ Studien belegen⁵¹, daß sie häufig Krankheiten nicht rechtzeitig behandeln lassen und häufiger rezeptfreie Medikamente wie z.B. Schmerz- und Schlafmittel sowie stimmungsbeeinflussende Mittel mit Suchtpotential schlucken.

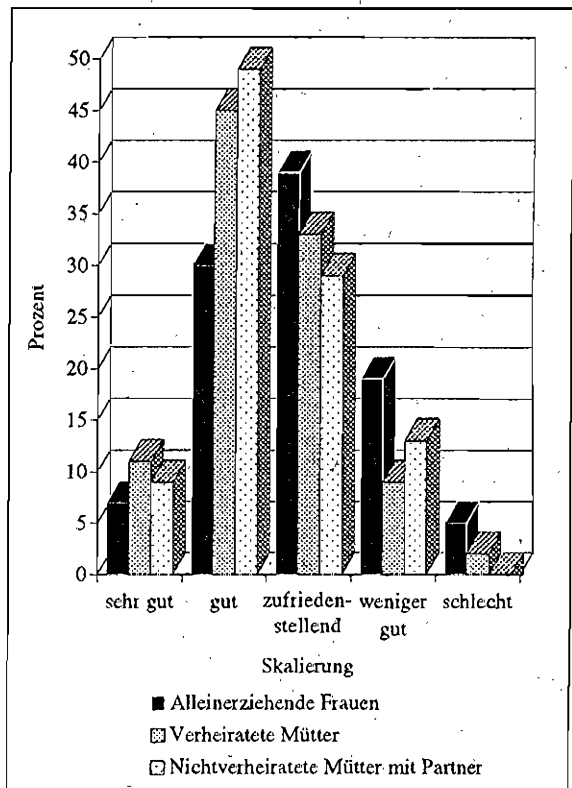
Die objektiv schlechteren Lebensverhältnisse der alleinerziehenden Frauen (vgl. dazu auch Kapitel 2), spiegeln sich in ihrer gesundheitlichen Lage wider. Zu den von den betroffenen Frauen auffällig häufig genannten Beeinträchtigungen gehören Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen und Kreislaufprobleme. In diesem Zusammenhang werden als ausgesprochen belastend Schulprobleme bei den Kindern empfunden. An zweiter Stelle werden allgemeine Erziehungsprobleme genannt. Ledige Mütter fühlen sich weniger beeinträchtigt als getrenntlebende oder geschiedene alleinerziehende Frauen.⁵²

51) Gesundheitswesen im Umbruch Gesundheitsrisiko Arbeitslosigkeit. In: Gesundheitsreport des Landes Brandenburg 1994. Hrsg. Ministerium für Arbeit Soziales, Gesundheit und Frauen

Die Auswertung des Gesundheits- und Sozialsurveys 1991 weist auch auf eine ungünstige gesundheitliche Situation der alleinerziehenden Frauen hin.

24 Prozent der alleinerziehenden Frauen schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand als „weniger gut“ bis „schlecht“ ein (7 % „sehr gut“). Dagegen fühlen sich nur 11 % der verheirateten Mütter gesundheitlich „weniger gut“ bis „schlecht“ (9 % „sehr gut“; vgl. Abbildung 4.8)

Abbildung 4.8:
Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben? (1991)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

In diesem Zusammenhang deuten die Ergebnisse des Gesundheitsbarometers 1994 darauf hin, daß generell Frauen häufig gar keine Zeit haben, etwas für ihre Gesundheit zu tun (vgl. Abbildung 4.9)

Tabelle 4.1 zeigt ausgewählte Belastungen und Beschwerden. Danach fühlen sich alleinerziehende Frauen häufiger überfordert und sorgen sich mehr um ihre Kinder als die verheirateten Mütter bzw. nichtverheirateten Mütter mit Partner und sie haben mehr gesundheitliche Probleme.

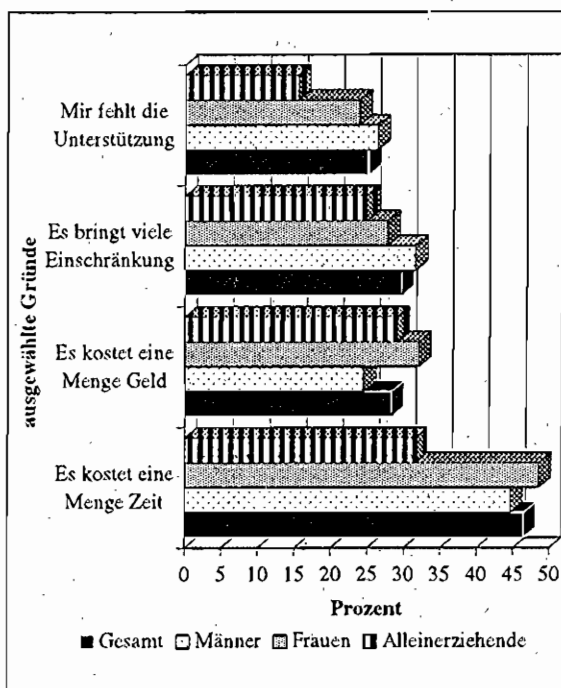
52) Neubauer, E.: Alleinerziehende Mütter und Väter - Eine Analyse der Gesamtsituation. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit Bd 219 Bonn 1988, S.79ff.

Tabelle 4.1:
Ausgewählte Belastungen und Beschwerden Berliner Frauen 1991

	Skalierung	alleinerziehende Frauen	verheiratete Mütter	nichtverheiratete Mütter mit Partner
		%	%	%
Belastungen				
Hausarbeit	täglich	85	91	92
Kinderbetreuung	täglich	58	74	84
Pflege von hilfebed. Personen	mehrmals wöchentlich	4	6	9
Sorgen um die Kinder	häufig	37	27	23
Gefühl der Überforderung	häufig	21	16	8
Beschwerden				
Schlaflosigkeit	stark	10	3	1
Herzbeschwerden	stark	6	2	1
Kreuz-oder Rückenschmerzen	stark	15	13	7
Nacken-oder Schulterschmerzen	stark	10	12	12
Reizbarkeit	stark	6	6	12
Grübeleien	stark	18	7	15
Innere Unruhe	stark	14	7	11
Stimmungsschwankungen	stark	13	5	7
Abgespanntheit	sehr häufig	13	8	7
Kopfschmerzen	sehr häufig	10	10	8
Sich am Abend erschöpft fühlen	häufig	48	44	47

(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991)

Abbildung 4.9:
Aus welchen Gründen tun Sie nichts für Ihre Gesundheit? (1994)



(Quelle: Gesundheitsbarometer 1994)

Dennoch müssen die Belastungen, die aus den einzelnen Bereichen wie z. B. Erwerbstätigkeit, Hausarbeit und Kinderbetreuung stammen, nicht zwangsläufig zu einer schlechten Gesundheit führen. Der Zusammenhang zwischen frauenspezifischen Stressoren und Gesundheit ist im wesentlichen abhängig vom sozialen Status (Schulbildung, Erwerbsstatus, Einkommen usw.).

4.3 Frauen im Klimakterium

Als Klimakterium (*Wechseljahre*) bezeichnet man den Prozeß der hormonellen Umstellung, in dem sich der Menstruationszyklus verändert und die Menstrualblutung bei der Frau schließlich aufhört. Das geht oft mit anderen physischen und psychischen Veränderungen einher und muß verarbeitet werden.

Wie die Wechseljahre von den jeweiligen Frauen erfahren werden, hängt meistens von den Lebensbedingungen ab. Dabei könnten folgende Faktoren eine wichtige Rolle spielen: „allein zu leben“, „krank zu sein“, „sich in einer schwierigen finanziellen Situation zu befinden“, „arbeitslos zu sein“ usw.

Für Frauen mit Kindern geht der Beginn des Klimakteriums häufig auch mit dem Ablösungsprozeß der Kinder von den Eltern einher („empty nest-phase“). Das kann insbesondere für „Nur-Hausfrauen“ und Alleinstehende ziemlich belastend sein. Andere wiederum erleben zu diesem Zeitpunkt Schwierigkeiten in der Beziehung, beenden vielleicht selbst diese Beziehung oder werden verlassen. Dieser Verlust führt oft zu dem Gefühl des Alleingelassenwerdens und damit zu einem Angstgefühl.

Andererseits können sich aber auch daraus positive Veränderungen ergeben. Beispielsweise können Trennungen Anlaß sein, sich mehr um die eigenen Bedürfnisse zu kümmern anstatt sich nur um das Wohl der anderen (Ehemann/Kinder) zu sorgen. Letzteres ist allerdings nicht immer vorstellbar. Vor allem Frauen, die jahrelang im Haushalt tätig waren und hauptsächlich ihre Kinder großgezogen haben, fällt es schwer, sich umzuorientieren und ggf. im Erwerbsleben wieder Fuß zu fassen. Die Wiedereingliederung in den Beruf wird durch die hohe Arbeitslosigkeit erschwert und damit wird auch die finanzielle Unabhängigkeit unmöglich gemacht.⁵³⁾

Mögliche Beschwerden während des Klimakteriums

Während der klimakterischen Lebensphase sucht der Körper ein neues hormonelles Gleichgewicht. In dieser Phase können alle möglichen Anzeichen von Befindlichkeitsstörungen auftreten. Sie müssen aber nicht immer unmittelbar auf den Wechsel zurückzuführen sein. Im folgenden sollen diese möglichen Befindlichkeitsstörungen (klimakterisches Syndrom) näher beschrieben werden.

Die Literatur⁵⁴⁾ nennt häufig folgende Probleme:

Hitzewallungen, Nachtschweiß, Blutdruckschwankungen, Osteoporose, Verdauungsstörungen, Nervosität, Ermüdbarkeit, Reizbarkeit, verstärktes Herzklopfen, Schwindelgefühl, Gewichtszunahme, Vergesslichkeit, Libidoverlust, Minderwertigkeitsgefühle, Depressionen.

Die Angaben über die Häufigkeit der genannten Beschwerden schwanken stark. Vom Zeitpunkt der Meno- bis zur Postmenopause sollen die Beschwerden „Müdigkeit, Kopfschmerzen, Reizbarkeit, Schwindel und depressive Verstimmungen“ überwiegen, während nur in den ersten beiden Jahren nach der letzten Menstruation am häufigsten über „Muskel-, Gelenk- und Knochenschmerzen“⁵⁵⁾ geklagt wird.

Der Gesundheits- und Sozialsurvey 1991, der zwar nicht speziell zu klimakterischen Beschwerden befragt, gibt dennoch Auskunft über Befindlichkeitsstörungen wie z.B. Hitzewallungen, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen usw. nach Alter und Geschlecht.

Hitzewallungen

Das Symptom „Hitzewallung“ wird am häufigsten beschrieben. Die Folgen sind übermäßiges Schwitzen und Rötungen im Gesicht, im Nacken und im Brustbereich.⁵⁶⁾

In der Altersgruppe der 40- bis 59jährigen - betrachtet nach der regionalen Verteilung - treten Hitzewallungen bei 34 Prozent der Frauen aus Berlin-West und bei 38 Prozent der Frauen aus Berlin-Ost „stark“ bis „mäßig“ auf (im Vergleich dazu: bei gleichaltrigen Männern durchschnittlich 11 %).

Reizbarkeit

Während der Phase der Wechseljahre können sich Frauen in ihren emotionalen Reaktionen und in ihrer psychischen Verfassung verändert erleben. Sie beschreiben sich dann als antriebschwach, nervös, reizbar und müde; mit verringerter Leistungsvermögen, Angstgefühlen und depressiver Verstimmung.⁵⁷⁾

Ein Viertel der 40- bis 59jährigen Frauen aus den westlichen und 39 Prozent der gleichaltrigen Frauen aus den östlichen Bezirken fühlen sich „stark“ bis „mäßig“ reizbar. Die hohe Prozentverteilung bei den Frauen aus den östlichen Bezirken läßt sich vermutlich auch auf die - zum Zeitpunkt der Befragung (1991) - politische Umbruchsituation zurückführen. Denn die in den persönlichen Lebensraum

53) Wechseljahre. Eine Broschüre zur Selbsthilfe. Hrsg. Feministisches Frauen Gesundheits-Zentrum e.V. Berlin 1994. S. 7 ff.

Vgl. auch Leibold G.: Ratgeber Wechseljahre. München 1988, S. 28 ff.

54) Weiß G.: Laboruntersuchungen nach Symptomen und Krankheiten. Mit differentialdiagnostischen Tabellen. Berlin 1979, S. 407 ff. Taubert, H.D.; Kuhl, H.: Das Klimakterium. Pathophysiologie. Klinik-Therapie. Stuttgart 1987, S. 149 ff.

55) Taubert 1987, S. 149 ff.

56) Lauritzen, C.: Das Klimakterium der Frau. Berlin 1982, S. 7.

57) Walter J.: Wechseljahre - Chancen oder Probleme. Die körperlichen und seelischen Veränderungen - Was man gegen Beschwerden tun kann. Stuttgart 1992, S. 23.

greifenden gesellschaftlichen Veränderungen können das psychische Gleichgewicht berühren (vgl dazu auch Kapitel 3.2).

Stimmungsschwankungen

„Starke“ bis „mäßige“ Stimmungsschwankungen erleben 31 Prozent der 40- bis 59jährigen Frauen aus Berlin-Ost und 26 Prozent der Frauen gleichen Alters aus Berlin-West (im Vergleich dazu: gleichaltrige Männer durchschnittlich 18 %).

Einsamkeitsgefühle

13 Prozent der Frauen der genannten Altersgruppe aus dem östlichen Stadtteil fühlen sich „stark“ bis „mäßig“ einsam und 12 Prozent der Frauen aus Berlin-West. Hingegen nur 7 Prozent der gleichaltrigen Männer geben an, sich einsam zu fühlen.

Minderwertigkeitsgefühle

Während sich viele Männer in der Altersgruppe der Vierzigjährigen auf dem Höhepunkt ihrer beruflichen Laufbahn befinden, erleben Frauen, die jahrelang im Haushalt tätig waren und ihre Kinder großgezogen haben, häufig ein Gefühl der Leere und der Minderwertigkeit.

Auch hierbei lassen sich Unterschiede zwischen den östlichen und westlichen Bezirken Berlins feststellen. Während 20 Prozent der 40- bis 59jährigen Frauen aus Berlin-Ost sich „stark“ bis „mäßig“ minderwertig fühlen, sind es in Berlin-West 15 Prozent (Männer durchschnittlich 7 %).

Schlafstörungen

Insbesondere in der Postmenopause können bei Frauen Schlafstörungen sehr häufig auftreten. In etwa 60 Prozent der Fälle, werden die Aufwachphasen von Hitzewallungen begleitet⁵⁸⁾.

Schlafstörungen können häufig Ausdruck der inneren Unruhe sein (Prävalenz der 40-59jährigen Frauen in Berlin-Ost: 23 %; in Berlin-West: Frauen 16 %).

58) Taubert 1987 S. 162 ff

Tabelle 4.2:
Schlafstörungen nach Alter und Geschlecht 1991

	Berlin-West		Berlin-Ost	
	Alter		Alter	
	18-39	40-59	18-39	40-59
	%			
Frauen	9	16	10	23
Männer	8	12	6	21

(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Vergeßlichkeit

Nach den Ergebnissen des Gesundheits- und Sozialsurveys 1991 tritt dieses Phänomen bei 20 Prozent der 40- bis 59jährigen Frauen aus Berlin-West auf. Bei den gleichaltrigen Frauen aus Berlin-Ost sind es 28 Prozent (gleichaltrige Männer durchschnittlich 17 %).

Osteoporose (Abbau der Knochendichte)

Bei Frauen in den Wechseljahren kann die sogenannte menopausale Osteoporose auftreten. Experten/-innen vermuten, daß dabei die Östrogenreduktion eine große Rolle spielt.⁵⁹⁾ Die Folgen können sein: Gelenksbeschwerden in Hüften, Beinen und Füßen, sowie verstärkte Kreuz- und Rückenschmerzen.

Tabelle 4.3:
Gelenksbeschwerden, Kreuz- und Rückenschmerzen nach Alter und Geschlecht 1991

	Berlin-West		Berlin-Ost	
	Alter		Alter	
	18-39	40-59	18-39	40-59
	%			
Frauen				
Gelenksbeschwerden	17	41	21	46
Kreuz- u Rückenschmerzen	46	58	47	62
Männer				
Gelenksbeschwerden	16	33	14	25
Kreuz- u Rückenschmerzen	37	51	27	47

(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

59) Walter 1992 S. 29ff

Etwa jede/r zweite Berliner/-in ab 40 Jahren gibt an, „stark“ bis „mäßig“ Kreuz- und Rückenschmerzen zu haben.

Die hohe Prävalenz wird auch durch die große Teilnahme an einschlägigen Gesundheitsförderungsprogrammen deutlich: 24 Prozent der 40- bis 59jährigen Frauen aus Berlin-Ost und 32 Prozent aus Berlin-West haben in den letzten 12 Monaten an derartigen Programmen (Atem und Bewegung/Wirbelsäule) teilgenommen (gleichaltrige Männer durchschnittlich 14 %).

Verdauungsbeschwerden

Ursachen für Verdauungsbeschwerden, insbesondere für Verstopfungen, können u.a. sein: Einnahme von Medikamenten, Bewegungsmangel, falsche Ernährung und psychische Komponenten wie z.B. „Zurückhalten von Gefühlen“, das Gefühl, „Probleme nicht verdauen zu können“⁶⁰⁾ Generell leiden vor allem Frauen in zunehmendem Maße unter Darmstörungen.

14 Prozent der 40- bis 59jährigen Frauen aus den westlichen und 21 Prozent der Frauen aus den östli-

chen Bezirken leiden „stark“ bis „mäßig“ unter Verstopfungen (im Vergleich dazu: jüngere Frauen durchschnittlich 10 % und 40- bis 59jährige Männer durchschnittlich 3 %)

Blutdruck

Vor allem in der Postmenopause (etwa ab 50. Lebensjahr) wird häufig ein Anstieg des Blutdruckwertes beobachtet.

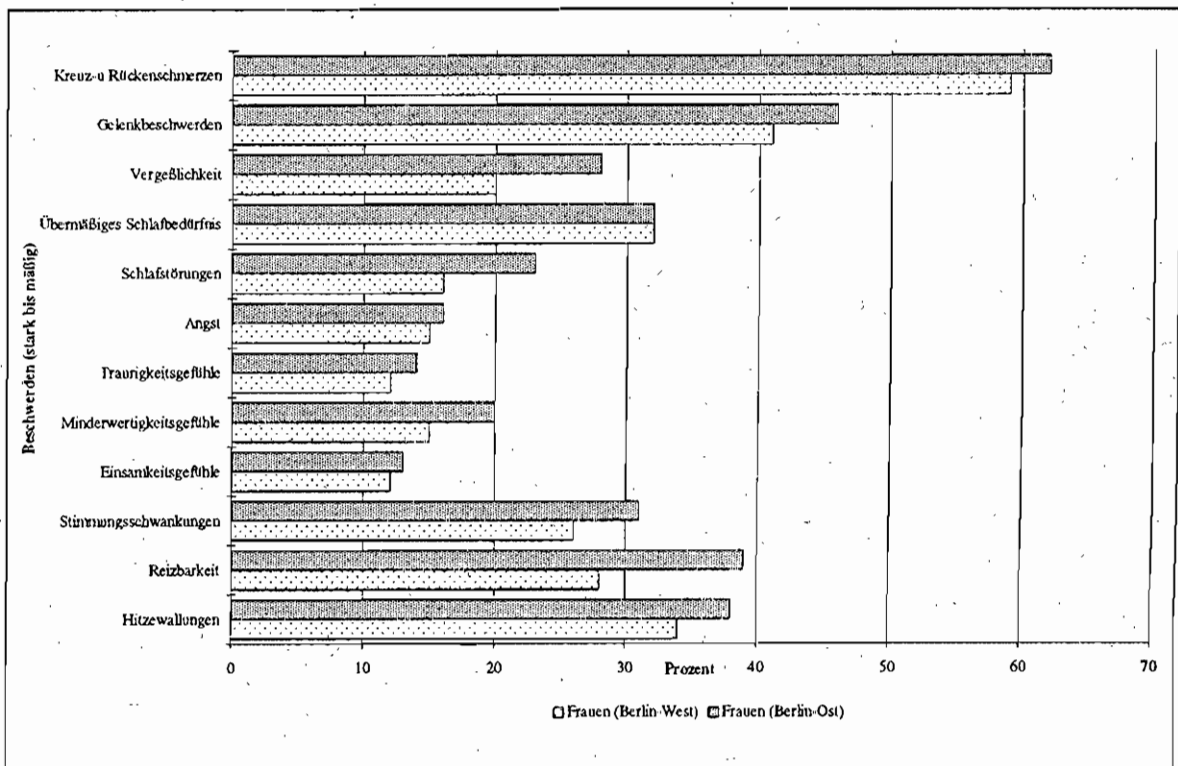
Tabelle 4.4:
Bluthochdruck (Hypertonie) innerhalb der letzten 3 Monate (1991)

	Berlin-West			Berlin-Ost		
	Alter					
	30-39	40-49	50-59	30-39	40-49	50-59
	%			%		
Frauen	5	10	24	3	10	23
Männer	3	7	15	4	9	17

(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

Abbildung 4.10:

Mögliche Beschwerden in den Wechseljahren (Frauen im Alter von 40 bis 59 Jahren; 1991)



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes ID)

⁶⁰⁾ Wechseljahre 1994, S. 51.

4.4 Gesundheitliche Lage älterer Frauen

Die Analyse der sozio-ökonomischen und gesundheitlichen Situation alter Menschen in Berlin gibt Hinweise auf geschlechts- und altersspezifische Besonderheiten (vgl. auch Kapitel 2). So wird das Leben im Alter unterschiedlich erlebt, je nachdem ob Erwerbstätigkeit, Einkommen, Gesundheit, Wohnbedingungen und soziale Beziehungen gesichert oder gefährdet sind ⁶¹⁾

In Berlin hat die zunehmende Lebenserwartung bei gleichzeitigem Geburtenrückgang bereits heute zu einer Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung geführt. Während 1993 der Anteil älterer Menschen (65 Jahre und älter) an der Berliner Bevölkerung noch 14 Prozent betrug, gehen Prognosen für das Jahr 2010 von 17 Prozent aus. Dies bedeutet ein stetiges Ansteigen des Altenquotienten: Gegenwärtig gibt es 29 ältere Menschen je 100 Personen zwischen 20 und 60 Jahren, im Jahre 2010 werden es 37 sein.

Zwei Drittel der Berliner/-innen im Alter von 65 und mehr Jahren sind Frauen. Deshalb sollten in Diskussionen um die gesundheitlich-soziale Lage der älteren Berliner/-innen und die Verbesserung öffentlicher Leistungsangebote insbesondere die Interessen älterer Frauen berücksichtigt werden.

Mit zunehmendem Alter steigt nicht nur das Krankheitsrisiko, sondern es wandelt sich auch das Krankheitsspektrum. So leiden ältere Menschen häufiger und stärker als jüngere an Erkrankungen des Kreislaufsystems und des Bewegungsapparates. Oft liegt Multimorbidität als typische Alterserscheinung, also das gleichzeitige Vorliegen mehrere Erkrankungen vor. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind für nahezu alle der in Abbildung 4.11 dargestellten Krankheiten ablesbar. Dabei sind Frauen in Berlin-West und -Ost häufiger erkrankt als Männer.

Im Vordergrund des Krankheitsgeschehens stehen bei älteren Menschen chronische Krankheitsverläufe, die oft ohne Aussicht auf Heilung sind und nicht selten zu Hilfe- und Pflegebedürftigkeit führen. ⁶²⁾

In Berlin gilt jeder vierte der über 60jährigen Berliner/-innen als hilfe- und pflegebedürftig, d.h. diese Bevölkerungsgruppe weist Einschränkungen bei der Verrichtung von Alltagsaktivitäten auf, die sie nicht

mehr selbst kompensieren kann. In der Altersgruppe der über 80jährigen ist bereits jeder zweite von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit betroffen. Bedingt durch ihre höhere Lebenserwartung ist die Anzahl der pflegebedürftigen älteren Frauen mehr als doppelt so hoch wie die der Männer ⁶³⁾

Trotz einer Vielfalt der Altersformen ist Armut im Alter - besonders bei älteren Frauen - eine häufige Lebenslage. Armut im Alter ist in der Regel eine Fortsetzung der Armutskarriere jüngerer Jahre oder Folge von relativ kurzen Erwerbsphasen und damit einhergehenden niedrigen Rentenansprüchen.

Als Ursachen und oft auch Auswirkungen der Armut gelten generell niedriger Bildungsstand, gesundheitliche Schädigungen, soziale Beeinträchtigung und psychische Belastungen. Im Ergebnis dessen besteht eine hohe Abhängigkeit von fremden Hilfeleistungen (insbesondere bei chronischen Krankheiten und Behinderungen) sowie einer Finanzierung des Lebens im Alter aus Mitteln der Sozialhilfe.

Frauen finden sich weitaus häufiger in restriktiven Lebenslagen als Männer: Als Resultat einer lebenslang wirksamen gesellschaftsspezifischen Sozialisation in einer arbeitsteilig organisierten Gesellschaft und bestimmter biologischer Besonderheiten verfügen Frauen über ein geringeres Einkommen, sind eher alleinstehend und können damit häufig auf ein insgesamt geringeres Potential zurückgreifen. Häufig erhöht z.B. die soziale Isolation bei älteren Menschen die Anfälligkeit für zahlreiche Krankheiten.

Ein besonderer Handlungsbedarf in Hinblick auf das Leben im Alter entsteht insbesondere durch die wachsende Zahl Älterer, die verlängerte Lebenserwartung, die Entwicklung der Zahl Hochbetagter, veränderte Familienstrukturen, einen höheren Bildungsgrad der zukünftig „Alten“. Die Ressourcen der zukünftigen älteren Generation - höher qualifizierte Schul- und Bildungsabschlüsse, gesteigerter Lebensstandard - werden mit Konsequenzen auf Ansprüche und Verhaltensweisen einhergehen. Mit der zunehmend bewußteren Einstellung auf die letzte Lebensphase wird eine angemessenen Unterstützung der Gesellschaft gefordert ⁶⁴⁾ Hinzu kommt der sich schon gegenwärtig abzeichnende Wegfall familialer Netzwerke für Hilfe und Pflege, bedingt durch hohe Frauenerwerbsquoten und die zunehmende Mobilität der Erwerbstätigen.

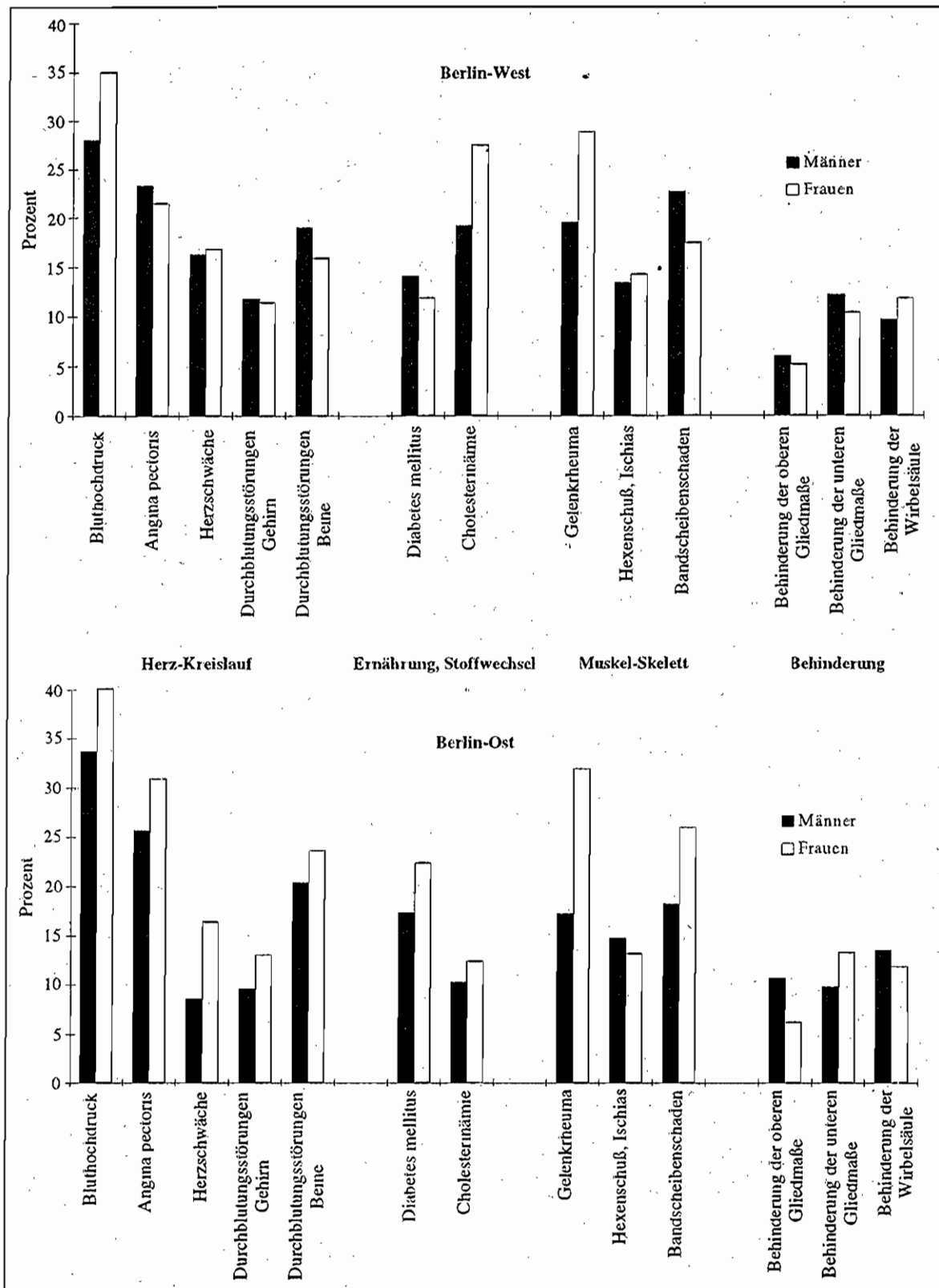
61) Erster Altenbericht der Bundesregierung Unterrichtung durch die Bundesregierung Bonn 1993, S. 225

62) Beblo, M.: Zur Dimension der sozialen und gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Berlin - Eine empirisch-statistische Diagnose - Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit, Berlin 1995, S. 17

63) Gesundheits- und Sozialsurvey Berlin 1991.

64) Geriatrie-Rahmenkonzept Berlin 1992, S. 8

Abbildung 4.11:
Ausgewählte Krankheiten der 65jährigen und älteren Berliner/-innen 1991



(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991/SenGes I D)

5. Zusammenfassung und erste Schlußfolgerungen

Demographische Situation und soziale Lage

Die vorliegende Analyse beschreibt die soziale und gesundheitliche Lage der Mädchen und Frauen in Berlin.

52 Prozent (1,8 Mio.) der Berliner Bevölkerung sind Frauen. Betrachtet man die *Bevölkerungsstruktur*, so wird ein Frauenüberschuß bei der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter deutlich: 70 Prozent dieser Altersgruppe (333.799 von 476.320) waren 1993 Frauen. Bei den Hochbetagten (80 Jahre und älter) beträgt das Geschlechterverhältnis zwischen Männern und Frauen 1:3. Die *Lebenserwartung* der Frauen liegt mit 77,5 Jahren in Berlin-West und 76,3 Jahren in Berlin-Ost um jeweils rund 6 Jahre über der der Männer.

Die Zahl der *Lebendgeborenen* ist in Berlin-Ost seit 1990 um 51,3 Prozent zurückgegangen, während sie in den westlichen Bezirken nahezu konstant blieb (Lebendgeborenenziffer 1993: Berlin-West 9,8, Berlin-Ost 5,8 je 1.000 Einwohner).

1993 wurden in Berlin 13.967 (Berlin-West 9.734, Berlin-Ost 4.233) intakte Schwangerschaften abgebrochen (Entbindungen je *Schwangerschaftsabbruch*: Berlin-West 2,2, Berlin-Ost 1,7). Als häufigste Gründe für den Schwangerschaftsabbruch wurden von beratenen Frauen wirtschaftliche Probleme, Ausbildungs- und Arbeitsplatzprobleme sowie familiäre bzw. partnerschaftliche Probleme angegeben.

Indikatoren der *sozialen Lage*, die neben typischen Lebensstilmerkmalen (wie Einstellungen, (Gesundheits-) Bewußtsein, Handlungs- und Verhaltensweisen) auch Einfluß auf den Gesundheitszustand der Menschen und auf die Inanspruchnahme des Gesundheitsversorgungssystems haben können, machen z.B. bei der *Bildung* und dem *Einkommen* schon frauentypische Belastungskonstellationen deutlich. So beziehen beispielsweise nur 38 Prozent der Frauen ihren überwiegenden Lebensunterhalt aus eigener Erwerbstätigkeit (Männer 52 %) und 23 Prozent aus Rente bzw. Pension (Männer 13 %).

Frauen über 65 Jahren verkörpern ein typisches *Armutsrisiko*: 43 Prozent der Frauen in Berlin-West und 80 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe im Ostteil der Stadt verfügten 1993 über maximal 1.800 DM monatlich, sechs Prozent der Seniorinnen sogar nur über maximal 1.000 DM.

Frauen weisen in höherem Maße Haupt- (bzw. Volks-) *schulabschluß* auf als Männer (36 % zu 30 %). Der Anteil der Frauen mit Fachhochschul- bzw. Hochschulabschluß liegt demgegenüber mit nur 16 Prozent erheblich unter dem Anteil der Männer (24 %). Innerhalb der jüngeren Jahrgänge gleichen sich Mädchen und Jungen in Richtung höherer Bildungsabschlüsse an.

Die *Arbeitslosenquote* der Frauen lag 1993 in Berlin-West bei 11,2 Prozent, in den östlichen Bezirken bei 16,0 Prozent (Männer: Berlin-West 13,2 %, Berlin-Ost 12,8 %).

Der größte Teil der 1993 in Berlin lebenden 127.700 *Alleinerziehenden* waren Frauen: in den westlichen Bezirken 82,3 Prozent und im Ostteil der Stadt 87,3 Prozent.

Die offiziell registrierte Zahl obdachloser Frauen (einschließlich Elternteile mit Kindern; in der Regel Frauen) betrug im I. Quartal 1995 1.373, das entspricht einem Anteil von 15 Prozent an allen *Obdachlosen*. Es ist darüber hinaus von einer Dunkelziffer in Höhe der registrierten Obdachlosenzahl auszugehen.

Gesundheitliche Lage

1993 starben in Berlin 41.273 Personen (17.246 männlichen, 24.027 weiblichen Geschlechts). 9.631 der Gestorbenen, davon 3.129 Frauen, waren jünger als 65 Jahre. Sowohl die Gesamt- als auch die vorzeitige Sterblichkeit ist bei den Frauen seit Mitte der achtziger Jahre in beiden Stadthälften um mehr als 20 Prozent zurückgegangen. Während die vorzeitige Sterblichkeit 1993 mit 204 Gestorbenen je 100.000 auf gleichem Niveau lag, war die Gesamtsterblichkeit der Frauen in den östlichen Bezirken mit 701 Gestorbenen je 100.000 noch höher als in den westlichen Bezirken (671). Betrachtet man die Sterbefälle unter 65 Jahren, so lag der Anteil der gestorbenen Frauen mit 13 Prozent deutlich unter dem der Männer (38 %; jeweils Anteil an den Gesamtgestorbenen).

In der Reihenfolge der *Todesursachen* sind sowohl bei Männern als auch bei Frauen Herz-Kreislauf-Krankheiten führend, gefolgt von bösartigen Neubildungen. 1993 stand der Brustkrebs bei den unter 65jährigen gestorbenen Frauen mit 26 Prozent an erster Stelle.

In den letzten Jahren starben in Berlin durchschnittlich 760 Personen im Jahr an alkoholbedingten Krankheiten, darunter befanden sich 240 Frauen (32 %).

191 Frauen nahmen sich 1993 das Leben (Berlin: insgesamt 555), die Suizidrate bei den Frauen aus Berlin-Ost ist in den letzten Jahren angestiegen und lag 1992 auf Westberliner Niveau (9 Gestorbene je 100.000 der Bevölkerung).

Nahezu jeder zweite weibliche Sterbefall unter 65 Jahren wäre durch rechtzeitige und adäquate medizinische Intervention und/oder durch das individuelle Verhalten der betroffenen Frauen vermeidbar gewesen. An der Spitze der vermeidbaren Todesursachen steht bei den Frauen die Leberzirrhose, gefolgt vom Brustkrebs.

Jährlich sterben in Berlin rund 25 Mädchen in der Altersgruppe der 15- bis unter 20jährigen. In Berlin-West ist die Sterblichkeit der Mädchen seit Mitte der achtziger Jahre um mehr als 59 Prozent zurückgegangen. Jedoch in den östlichen Bezirken stieg sie seit 1989 an und lag im Jahr 1992 deutlich über Westberliner Niveau.

Frauen achten stärker auf ihre Gesundheit als Männer (1994: 43 % bzw. 36 % Skalenwert sehr stark bis stark). Während Frauen ihren Gesundheitszustand 1991 noch geringfügig schlechter einschätzten als Männer (sehr gut bis gut: 41 % bzw. 50 %), bestand jedoch 1994 kein Geschlechtsunterschied mehr.

Von temporären Störungen der gesundheitlichen Befindlichkeit und Beschwerden sind Frauen relativ häufig und auch wiederholt betroffen: 18 Prozent der Frauen und 12 Prozent der Männer haben einen *zu hohen Blutdruck*. Insgesamt leiden Frauen deutlich häufiger als Männer an *chronischen Entzündungen und Veränderungen der Gelenke* (Frauen 15 %, Männer 7 %). Beschwerden im Bereich des *Verdauungssystems* treffen Frauen ungleich häufiger als Männer. 14 Prozent aller befragten Frauen und lediglich 5 Prozent aller Männer geben an, unter Verdauungsstörungen zu leiden.

Frauen haben häufiger *Schmerzen* als Männer: In der Altersgruppe der 18-59jährigen geben 15 % bzw. 17 % der Frauen (Berlin-West bzw. -Ost) jedoch nur 11 % bzw. 7 % der Männer an, wöchentlich oder täglich Schmerzen zu haben. 35 % der nichterwerbstätigen Frauen geben wöchentliche bzw. tägliche Schmerzen an, während es bei den erwerbstätigen nur 15 % sind. Im West-Ost-Vergleich zeigten sich deutliche Unterschiede bei den 30- bis 39jährigen Frauen: 19 Prozent der Frauen aus Ber-

lin-Ost und 8 Prozent der Frauen aus Berlin-West haben „täglich“ bzw. „mehrmals wöchentlich“ Schmerzen.

Es bestehen auch erhebliche Unterschiede in beiden Teilen der Stadt hinsichtlich *psychosozialer Befindlichkeiten*. Dies betrifft vor allem die im Erwerbsleben stehenden Frauen und Männer zwischen 30 und 60 Jahren. Aber auch die alleinerziehenden Frauen aller Altersgruppen sowohl aus Berlin-West als auch aus Berlin-Ost sind verstärkt davon betroffen. Bei der Einbeziehung der Erwerbstätigen zeigt es sich, daß *berufstätige* Frauen weitaus weniger an den angegebenen Krankheiten leiden als nicht-erwerbstätige Frauen (z.B. „Nur-Hausfrauen“).

Bei der Auswertung der Einzeldiagnosen der AOK- und BKK-Statistik nach Arbeitsunfähigkeit zeigte es sich für 1992, daß in Berlin *Atemwegserkrankungen* sowohl bei den Männern mit durchschnittlich 317 als auch bei den Frauen mit durchschnittlich 371 AU-Fällen je 1.000 Pflichtmitglieder an erster Stelle der Arbeitsunfähigkeit lagen, gefolgt von den sonstigen und namentlich nicht bezeichneten Affektionen des Rückens.

Insgesamt verweilen zwar Frauen bis zum 45. Lebensjahr häufiger im Krankenhaus als Männer, jedoch ist die durchschnittliche Verweildauer kürzer als bei den Männern im gleichen Alter. Ab dem 50. Lebensjahr ist die Zahl der Krankenhaufälle bei den Männern höher als bei den Frauen.

Die Betrachtung der Diagnosen zeigt, daß hinsichtlich der *bösartigen Neubildungen* das Mamma-Karzinom mit Abstand die häufigste Krebsart bei Frauen ist (23 % aller Krebsarten).

Mit einem Anteil von 7 Prozent lag die Rate der an AIDS erkrankten Frauen in Berlin unter dem Bundesdurchschnitt. Die an AIDS erkrankten Frauen sind durchschnittlich zehn Jahre jünger als die betroffenen Männer. Die meisten der erkrankten Frauen gehören der Altersgruppe der 20- bis 30jährigen an.

Innerhalb aller definierten Altersgruppen waren nach Angaben des Statistischen Landesamtes 1993 insgesamt 785 Personen an sexuell übertragbaren Erkrankungen (außer AIDS) erkrankt (572 Männer, 213 Frauen). Darunter befanden sich 28 Mädchen und 38 Jungen im Alter von 15 bis 20 Jahren.

1993 zählten in Berlin insgesamt 220.950 Frauen und 175.785 Männer zu den anerkannten Schwerbehinderten, die im Sinne des Schwerbehindertengesetzes einen Grad der Behinderung von mehr als 50 Prozent aufweisen, darunter befanden sich etwa 1.500 15- bis unter 18jährige (davon etwa 680 Mädchen).

In die Auswertung der von den Berliner Schulärzten durchgeführten *Schulentslassungsuntersuchung 1991/1992* kamen 22.014 untersuchte Jugendliche (hauptsächlich im Alter von 15 bis 17 Jahren), etwa die Hälfte (11.099) waren weiblichen Geschlechts. Bei 65 Prozent der Mädchen wurde ein Befund nach den Berliner Funktionsdiagnostischen Tabellen für Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen erhoben. In der Mehrzahl handelte es sich dabei um Befunde wie z.B. Refraktionsanomalien oder Übergewicht. Bei den Mädchen haben insbesondere Funktionsstörungen der Schilddrüse sowie Skoliosen zugenommen.

Nach den Auswertungen des Gesundheits- und Sozialsurveys fühlen sich 10 Prozent der Bevölkerung aus Berlin-West und 8 Prozent aus Berlin-Ost häufig *überfordert*, Frauen doppelt häufiger als Männer und jüngere doppelt häufiger als ältere. Neben den beruflichen Belastungen (z.B. fehlende Anerkennung, Bildschirmarbeit, unangemessene Bezahlung) sind für Frauen die *familiären Belastungen* ungleich größer als für Männer: Hausarbeit, Pflegetätigkeit sowie Probleme und Sorgen innerhalb der Familie gehen überwiegend zu Lasten der Frauen.

Die *Gesundheitsrisiken* lassen sich wie folgt darstellen: 36 Prozent der Bevölkerung aus Berlin-West und 33 Prozent aus Berlin-Ost *rauchen*, von 100 Rauchern sind es 56 Männer und 44 Frauen. 1992 kam die Mikrozensushebung des Statistischen Landesamtes Berlin zu ähnlichen Ergebnissen. Derzeit sind in Berlin über 35 Prozent der 12- bis unter 25jährigen regelmäßige Raucher. Bis zum 20. Lebensjahr liegt der Anteil der rauchenden Mädchen nur geringfügig unter dem der Jungen. Männer sind den möglichen gesundheitlichen Risiken durch regelmäßigen *Alkoholkonsum* („täglich“ oder „mehrmals pro Woche“) doppelt bis dreimal so häufig ausgesetzt als Frauen. Der Anteil weiblicher Alkoholkonsumenten bei den 12- bis unter 25jährigen lag 1991 bei 8 Prozent (männlich 26 %). 18 Prozent der Berliner Frauen verwendeten 1991 *suchtpotentielle Medikamente* (Männer 9 %). Die Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter, von den über 60jährigen Frauen verwendete jede vierte derartige Medikamente.

Erfahrungen mit *illegalen Drogen* in nennenswerten Anteilen besitzt vor allem die jüngere Bevölkerung in Berlin-West, während die älteren (ab 40 Jahren) kaum Drogenerfahrungen angeben. Jeder vierte Mann und jede fünfte Frau unter 40 Jahren gab die Einnahme von illegalen Drogen an.

1991 wiesen etwa 10 Prozent der Berliner Bevölkerung im Alter von 18 Jahren und älter ein *Übergewicht* von mindestens 20 Prozent über dem Normgewicht auf: 12 Prozent der Übergewichtigen waren über 60 Jahre und kamen aus Berlin-West und 17 Prozent des gleichen Alters kamen aus Berlin-Ost. Übergewichtige Frauen unter 50 Jahren zeigen ein großes Interesse an entsprechenden Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Nach den Schulentslassungsuntersuchungen galten in Berlin rund 16 Prozent der deutschen und fast jedes vierte ausländische Mädchen als übergewichtig. 1991 gaben 42 Prozent der Frauen in Berlin-West und 26 Prozent in Berlin-Ost an, sich nicht sportlich zu betätigen (Männer 46 % bzw. 31 %). Damit ist Bewegungsmangel unter Berliner Frauen ein weit verbreitetes Risiko.

Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen sind in der Berliner Bevölkerung nur mäßig ausgeprägt. Dennoch verhalten sich Frauen gesundheitsbewußter als Männer: Sie bevorzugen ausgewogene Ernährung, rauchen weniger und trinken weniger Alkohol, nehmen regelmäßiger an Gesundheitsvorsorgemaßnahmen teil und wenden häufiger Entspannungstechniken an.

1994 nahmen Frauen *Krebsvorsorgeuntersuchungen* mit 62 Prozent deutlich häufiger in Anspruch als Männer (19 %). Der *Gesundheits-Check-Up* wurde von jeder dritten Frau und von jedem fünften Mann genutzt.

Frauen nehmen häufiger *ärztliche Hilfe* in Anspruch als Männer.

Berliner Frauen zeigen ein deutliches Interesse an Gesundheitsförderungsmaßnahmen, jedoch nahmen 1991 nur 18 Prozent der Frauen zwischen 18 und 60 Jahren aus Berlin-West und 11 Prozent der gleichen Altersgruppe aus Berlin-Ost an entsprechenden Maßnahmen teil.

Lebenslagen

Frauen, die im *Berufsleben* stehen, werden häufig nicht von der Haus- und Familienarbeit befreit. Demnach sind sie also doppelt oder gar dreifach belastet. Trotzdem gehen erwerbstätige Frauen gerne ihrem Beruf nach, auch die jüngeren mit mehreren Kindern. Dabei verweisen die Ergebnisse unserer Untersuchung auf eine günstigere gesundheitliche Situation - im Vergleich zu den *nicht-erwerbstätigen* Frauen und Müttern.

Im allgemeinen fühlen sich *alleinerziehende* Frauen häufiger überfordert als verheiratete Mütter.

Für Frauen mit Kindern geht der Beginn der *Wechseljahre* häufig auch mit dem Ablösungsprozeß der Kinder von den Eltern einher. Insbesondere „Nur-Hausfrauen“ und Alleinstehende fühlen sich deshalb ziemlich belastet.

In Berlin gilt jeder vierte der über 60jährigen Berliner/-innen als hilfe- und pflegebedürftig, bei den Hochbetagten (80 Jahre und älter) ist es bereits jeder zweite. Die Anzahl der pflegenbedürftigen älteren Frauen ist bedingt durch ihre höhere Lebenserwartung mehr als doppelt so hoch wie die der Männer.

Ältere Frauen finden sich weitaus häufiger in restriktiven Lebenslagen als Männer. Sie verfügen über ein geringeres Einkommen, sind eher alleinstehend und können damit häufig auf ein insgesamt geringeres Potential zurückgreifen.

Schlußfolgerungen

Mit den vorliegenden Daten wurde auch für Berlin das bestätigt, was die meisten Untersuchungen über Frauen und Gesundheit aussagen: Frauen fühlen sich stärker als Männer gesundheitlich beeinträchtigt, sie suchen öfter einen Arzt bzw. eine Ärztin auf, sie nehmen mehr Medikamente, suchen häufiger Beratungsstellen auf und sind auch eher als Männer bereit, sich in therapeutische Behandlung zu begeben. Frauen und Männer unterschieden sich hinsichtlich der Beschwerden und Krankheiten.

Darüber hinaus wurde auch festgestellt, daß nicht alle Frauen in gleicher Weise von den beschriebenen Risikofaktoren betroffen sind und nicht alle, die den Risikofaktoren ausgesetzt sind, fühlen sich in ihrer Gesundheit beeinträchtigt. Es besteht immer eine Wechselwirkung zwischen biologisch pathogenen und sozialen, politischen sowie kulturellen Faktoren. Das macht eine Differenzierung nach Alter, Lebenslauf, Familienstand und unterschiedlichen Kulturen notwendig. In diesem Zusammenhang sind auch belastende Lebensereignisse zu sehen und genauer zu betrachten.

Die Wechselwirkungen zwischen sozialen und gesundheitlichen Aspekten - wie sie in den vorangegangenen Kapiteln dargestellt wurden - sind in der Abbildung 5 1 schematisch dargestellt.

Daß Frauen über spezifische Wahrnehmungs-, Deutungs- und Verhaltensmuster im Umgang mit Gesundheit und Krankheit verfügen, ist bekannt und wird häufig als präventive Kompetenz angesehen. Im Hinblick auf ein präventives Konzept bleibt zu überlegen, was diese Kompetenz auch zur Gesundheitssicherung und Krankheitsverhinderung beitragen kann.

Im Umgang mit Gesundheit bzw. Krankheit kann z.B. die Fähigkeit und Bereitschaft von Frauen, Verhaltensweisen zur Früherkennung von Krankheiten zu praktizieren, als eine Kompetenz angesehen werden, die eine wirkungsvollere Bekämpfung von bestimmten Krankheiten ermöglicht und der Gesunderhaltung dienen kann.

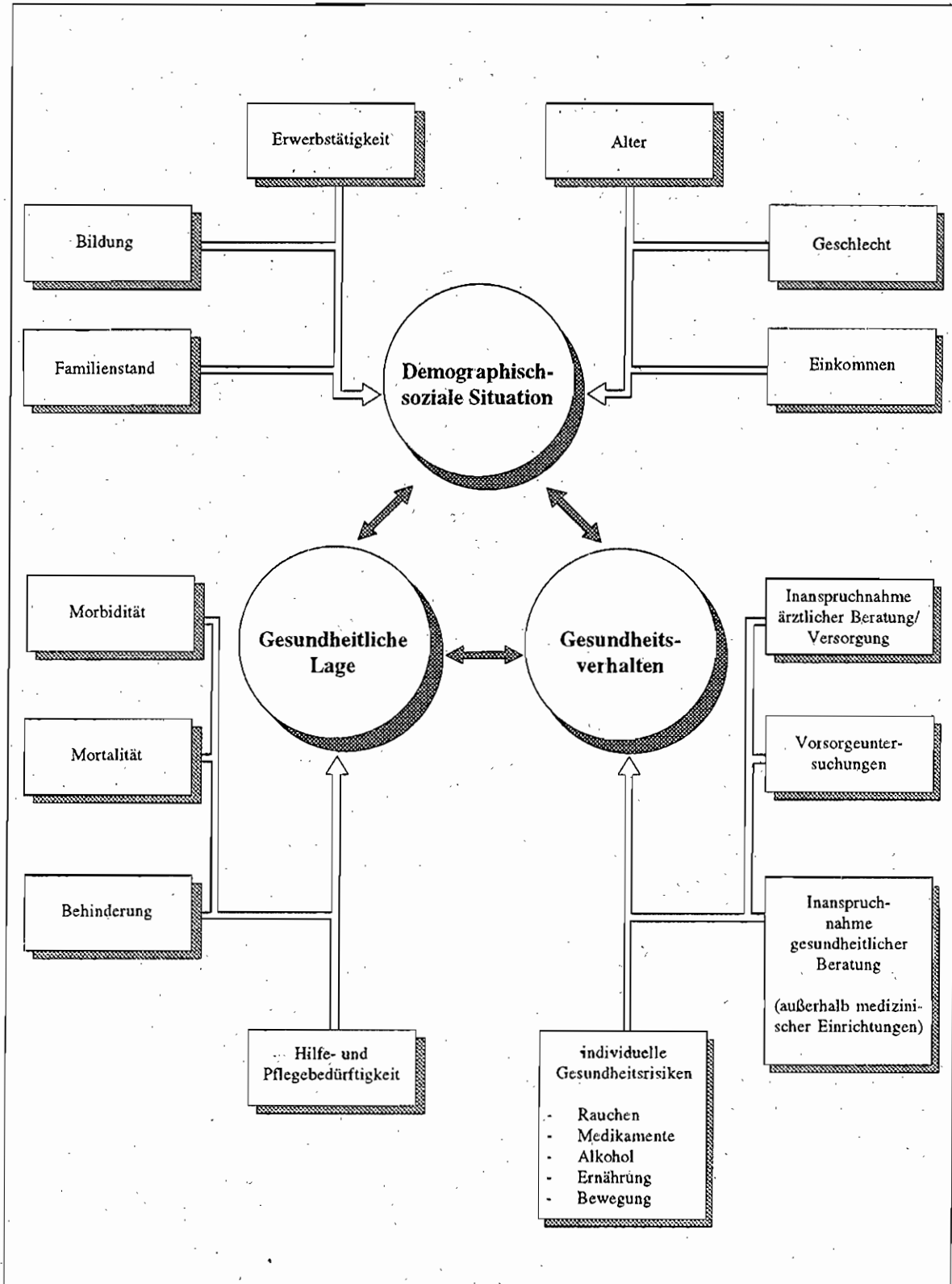
In diesem Zusammenhang erscheint jedoch problematisch, daß ein Teil der Frauen ihre Kompetenz nicht primär unter dem Aspekt eines besseren Selbstschutzes, sondern in erster Linie unter dem Gesichtspunkt der zu leistenden Reproduktionsarbeit erlernt haben. So verstehen sie ihre Fähigkeiten vor allem als Ressource zur Gesunderhaltung anderer.

Präventive Kompetenz setzt auch voraus, daß unzumutbare Arbeitsbelastungen erkannt und Handlungen zur ihrer Beseitigung ergriffen werden. Damit haben Frauen allerdings oft Schwierigkeiten. Verschiedene Untersuchungen belegen, daß Frauen häufig die strukturellen Ursachen ihrer Überforderung verkennen; stattdessen schieben sie sich selbst oder anderen Personen in ihrer sozialen Umwelt die Ursache ihrer Arbeitsbelastung zu. Ihr Gefühl der physischen und psychischen Überforderung mündet dabei nicht in eine aktive, direkte Auseinandersetzung mit den Belastungen, sondern sehr viel häufiger in die resignative Anpassung.

Darüber hinaus werden präventive Möglichkeiten für Frauen oft auch durch ökonomische Zwänge sowie strukturelle Bedingungen eingeschränkt.

Das kann anhand der Daten des Gesundheitsbarometers 1994 exemplarisch belegt werden. Die Frage *Würden Sie gern mehr für Ihre Gesundheit tun?* wurde von rund 85 Prozent der Frauen mit „ja“ beantwortet. Auf die Frage *Aus welchen Gründen tun Sie nichts für Ihre Gesundheit?* antworteten 49 Prozent der Frauen, daß es eine Menge Zeit erfordert und im weitesten Sinne einen zu hohen Aufwand bedeutet, etwas für die eigene Gesundheit zu tun. 32 Prozent bemängelten die zu hohen Kosten. 11 Prozent der Frauen beurteilten die Möglichkei-

Abbildung 5.1:
Modell der Wechselwirkung sozialer und gesundheitlicher Dimensionen



ten, an Maßnahmen, Kursen und Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung teilzunehmen, als mangelhaft. Befragt nach der zukünftigen Bedeutung ausgewählter Einrichtungen für die Gesundheitsförderung wünschten sich 76 Prozent der Frauen (Männer 69 %) einen höheren Stellenwert der Krankenkassen und zwischen 70 und 40 Prozent eine wachsende Bedeutung von Gesundheitsämtern, niedergelassenen Ärzten, Selbsthilfegruppen, Sport- und Freizeitzentren sowie Sportvereinen.

Eine Koordinierung der Angebote und die Vernetzung der Anbieter könnte insbesondere aus der Sicht der Frauen (58 % haben sehr starkes bis starkes Interesse; Männer 43 %) die gezielte Auswahl spezieller Gesundheitsangebote erleichtern. Mit 68 Prozent liegt das Interesse der Alleinerziehenden mit Kind/ern an einer Informationsbörse noch deutlich höher.

Ausgehend von den genannten Ergebnissen ergibt sich folgender Diskussionsbedarf:

- Die bestehenden Strukturen gesundheitlicher und sozialer Angebote sollen ausgebaut und neue Einrichtungen geschaffen werden, die sich an den Lebenswelten von unterschiedlichen Gruppen von Frauen orientieren

Die Ausbildung in den Gesundheitsberufen, insbesondere in den ärztlichen Berufen, sollte inhaltlich stärker an Frauenrealitäten ausgerichtet sein. Das heißt, im Gegensatz zu dem immer noch vorherrschenden schulmedizinischen Ansatz hinsichtlich der Befunderhebung, sollte Krankheit bzw. Gesundheit auf dem Hintergrund sozialer Lebensbedingungen der Betroffenen begriffen werden. In diesem Zusammenhang müssen stärker die gesellschaftlichen Bedingungen berücksichtigt werden, in denen Belastungen auftreten.

Nicht nur in der Gesundheitspolitik müssen frauenspezifische Gesichtspunkte berücksichtigt werden, sondern auch in der Bildungspolitik

- Frauen bedürfen häufig unterstützender Maßnahmen um sich am Erwerbsleben zu beteiligen. Dazu gehört eine gesicherte Kinderbetreuung sowie Teilzeitangebote. Die guten Erfahrungen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf von Ostberliner Frauen sollten genutzt werden.
- Mittel- und langfristig ist eine kontinuierliche Beobachtung und Bewertung der gesundheitlichen Lage der Berliner Bevölkerung, die die sy-

stematische Beschreibung der Unterschiede zwischen Frauen und Männern einschließt, notwendig. Ein Monitoring von Gesundheitsverhalten und -risiken muß schon im Kindesalter beginnen, da Grundlagen für bestimmte Erkrankungen bereits in diesem frühen Lebensalter gelegt werden. In diesem Zusammenhang muß auch danach gefragt werden, in welchen Bereichen sich die Risikostruktur der Geschlechter angleicht und Unterschiede zwischen den westlichen und östlichen Bezirken verweisen bzw. sich neue regionale Ungleichheiten herausbilden.

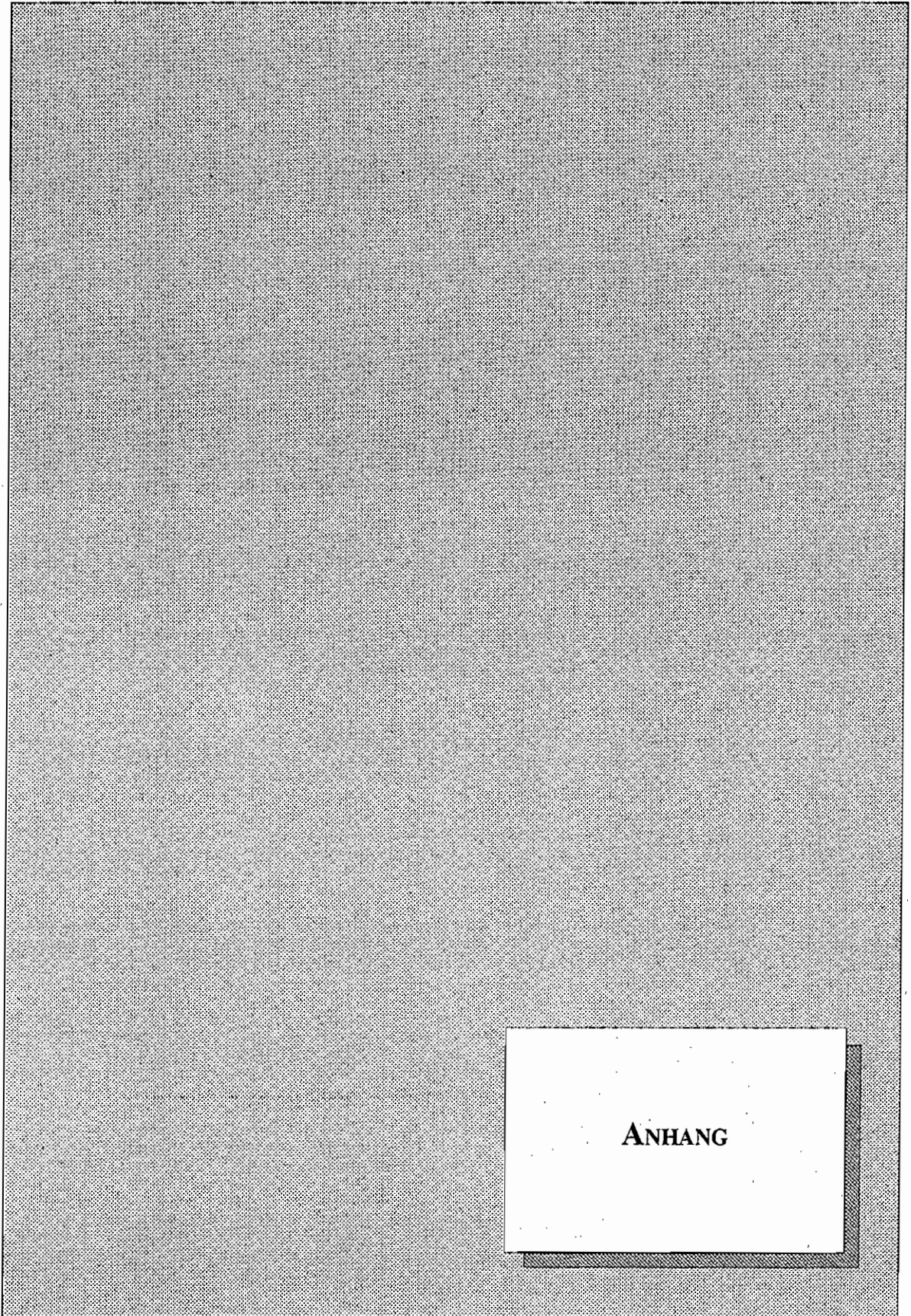
- Der für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) der Länder verwendete Indikatorenset ist in zweierlei Hinsicht zu überarbeiten: erstens sollten alle Indikatoren nach Geschlecht differenziert ausgewiesen werden, zweitens sollten frauenspezifische Indikatoren (zur reproduktiven Phase, Folgen von Gewalteinwirkungen, in der Gesundheitsversorgung tätige Frauen) ergänzt werden. Die getrennte Darstellung für beide Teile der Stadt (entsprechend der Forderung des Statistischen Bundesamtes und des Statistischen Amtes der europäischen Gemeinschaft) sollte in den folgenden Jahren beibehalten werden, um die sich seit der Vereinigung Berlins teilweise sprunghaft vollziehenden Strukturveränderungen vor allem im Ostteil der Stadt erfassen und dokumentieren zu können.

Die sogenannte Basisberichterstattung muß um Spezialberichte ergänzt werden in denen die Gesundheit von Frauen im Lebenslauf, soziale Risiken, sexuelle und reproduktive Gesundheit, Frauen und Gesundheitswesen (Wirkungsnachweis von Therapien für Frauen, Einbeziehung alternativer Verfahren und Laienpotentiale) betrachtet werden. Daten zu diesen Themen lagen bisher nicht regelmäßig vor.

- Es ist aus der Sicht der Autorinnen nicht zwingend erforderlich eine eigene Gesundheitsberichterstattung für Frauen einzurichten - wie verschiedentlich gefordert - jedoch ist die Entwicklung und Durchsetzung spezieller Präventionsstrategien für Frauen ist notwendig.

Die zukünftige Gesundheitsberichterstattung muß besondere Belastungen und Risiken sichtbar machen und daraus Ansätze für die Gesundheitsförderung entwickeln.

- Angesichts knapper Ressourcen und angesichts der Diskussion über Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung ist auch auf dem Gebiet der Frauengesundheit eine ständige Evaluierung erforderlich.
- Tiefere Auswertungen hinsichtlich der Querverbindungen und der Ursachenanalyse geschlechtsspezifischer Unterschiede müssen durch sozialepidemiologische Studien, z.B. durch den Forschungsverbund Public Health und externe Forschungsinstitute vorgenommen werden. In diesem Zusammenhang ist auch über bevölkerungsbezogene Quer- und Längsschnitterhebungen nachzudenken. Die 1991 erhobenen Ergebnisse machten für Frauen in Berlin-Ost Verhaltensweisen und Einstellungen deutlich, die als typisch für die ehemalige DDR zu bezeichnen waren. Vergleichbare Fragestellungen der Jahre 1991 und 1994 z.B. zur Teilnahme an Krebsvorsorgeuntersuchungen oder der Beurteilung des Gesundheitszustandes zeigen bereits Veränderungen in der Beantwortung sowohl hinsichtlich des Geschlechts als auch der regionalen Ausprägung. Das veränderte soziale und kulturelle Bedingungsgefüge wird in der Folgezeit auch Auswirkungen auf die gesundheitliche Lage der Frauen zeigen.



ANHANG

6. Anhang

6.1 Erläuterungen und Definitionen

In Ermanglung neuerer Daten über die subjektive Gesundheit der Berliner Bevölkerung besitzt der Gesundheits- und Sozialsurvey 1991 immer noch Gültigkeit. Daher wurde für das Kapitel 3.2.2 „Subjektive Morbidität“ bei der Beschreibung der Daten die Gegenwartsform verwendet. Im Interesse der Lesbarkeit wurde hier die Prozentverteilung auf ganze Zahlen gerundet.

Mortalität (Sterblichkeit)

Die Mortalität wird im allgemeinen als Rate ausgedrückt, und zwar zumeist als Häufigkeit der Sterbefälle pro 10 000 bzw. 100 000 der Lebendbevölkerung innerhalb eines Jahres.

Gestorbene

Sterbefälle ohne Totgeborene, standesamtlich beurkundete Kriegsterbefälle und gerichtliche Todeserklärungen. Die Sterbefälle werden unabhängig vom Sterbeort am Wohnort der Gestorbenen gezählt.

Säuglingssterblichkeit

Zahl der im ersten Lebensjahr gestorbenen Säuglinge bezogen auf 1 000 Lebendgeborene. Die *Neugeborenen- und Frühsterblichkeit* umfaßt die Sterblichkeit von 0 bis unter 7 Lebenstagen, während die *Spät- und Nachsterblichkeit* die Sterbefälle ab dem 8. Tag bis unter 28 Lebenstagen berücksichtigt. Die *perinatale Sterblichkeit* faßt Totgeborene und in den ersten 7 Lebenstagen Gestorbene bezogen auf 1 000 Geborene zusammen.

Todesursachenstatistik

Die Ärzte sind verpflichtet, bei der Ausstellung eines Leichenschaucheines die Todesart (natürlicher bzw. nichtnatürlicher Tod) und die Todesursachen anzugeben.

Nach den Regeln der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist die Todesursache in einer Kausalkette, die mit dem unmittelbar zum Tode führenden Leiden beginnt und zurückschauend zum Grundleiden führt, in den Leichenschauchein einzutragen. Da die Todesursachenstatistik unikausal aufbereitet wird, geht nur eine Krankheit - das Grundleiden - in die Statistik ein.

Die Signierung der Todesursachen durch das Statistische Landesamt Berlin erfolgt bisher noch nach der von der WHO beschlossenen Fassung der 9. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD) von 1979.

Vermeidbare Sterbefälle

Dieser Begriff wurde von der WHO geprägt und bezieht sich auf ausgewählte Todesursachen, die bei optimaler Versorgung als vermeidbar gelten. Nicht eingeschlossen sind hier - abgesehen von Kraftfahrzeugunfällen - Todesfälle, die auf fahrlässiges oder schuldhaftes Verhalten einzelner zurückzuführen sind. Im Vordergrund des Indikators steht die Effektivität und Qualität der medizinischen Betreuung.

Die Vermeidbarkeit von Sterbefällen wird nur innerhalb definierter Altersgruppen gesehen. Bei den meisten „vermeidbaren“ Todesursachen ist die obere Grenze das 65. Lebensjahr, da sich mit zunehmendem Lebensalter und durch zunehmende Multimorbidität bei älteren Personen Todesfälle weniger „vermeiden“ lassen.

Sterblichkeitsziffern

Altersspezifische Sterbeziffern geben die Anzahl der Gestorbenen einer Altersgruppe je 1 000, 10 000 bzw. 100 000 Einwohner der gleichen Altersgruppe an.

Allgemeine (rohe) Sterbeziffer siehe Mortalitätsrate.

Altersstandardisierte Sterbeziffern stellen fiktive Kennziffern dar, die zeigen, wie die Sterblichkeit in der untersuchten Bevölkerung wäre, wenn die Bedingungen der Standardbevölkerung gelten würden. Um geschlechtsspezifische Unterschiede erkennen zu können, werden die Kennziffern getrennt nach Geschlecht berechnet.

Morbidität (Krankheitshäufigkeit)

Statistiken zur Morbidität beziehen sich auf die in einem bestimmten Zeitraum auftretenden Neuerkrankungen (*Inzidenz*) oder auf die zu einem bestimmten Zeitpunkt vorhandenen Erkrankungsfälle (*Prävalenz*).

Diabetes mellitus

Zuckerkrankheit Erhöhter Blutzuckergehalt im Blut.

Herzinsuffizienz

Herzmuskelschwäche mit unzureichender Funktion des Herzens

Ischämische Herzkrankheiten

Blutleere des Herzmuskelgewebes infolge mangelnder Blutzufuhr

Meldepflichtige Krankheiten

Dabei handelt es sich um bestimmte übertragbare Erkrankungen wie z.B. die Tuberkulose, Salmonellosen oder das Gelbfieber, die nach dem Bundesseuchengesetz meldepflichtig sind (in der Regel durch den/die behandelnde/-n Arzt/Ärztin an die Gesundheitsämter).

Tuberkulose

Weltweit verbreitete Infektionskrankheit, die chronisch verläuft und grundsätzlich alle Organe befallen kann. Bevorzugt ist sie jedoch in den Atmungsorganen zu finden.

Die Tuberkulosestatistik, die den Zugang der an aktiver Tuberkulose Erkrankten nachweist, beruht auf den Meldungen der Tuberkulosefürsorgen der Gesundheitsämter.

Geschlechtskrankheiten

Sexuell übertragbare Krankheiten (außer AIDS). Für die Statistik der Geschlechtskrankheiten werden die von den Ärzten aufgrund des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten an das Gesundheitsamt zu erstattenden Meldungen über ansteckungsfähige Erkrankungen herangezogen.

AIDS

Acquired Immune Deficiency Syndrome - Erworbene Immunschwäche.

Schwerbehinderte

Unter Behinderung im Sinne des Schwerbehindertengesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung zu verstehen, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Regelwidrig ist dabei der Gesundheitszustand, der von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Normale Alterserscheinungen sind daher keine Behinderungen im Sinne des Schwerbehindertengesetzes. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als sechs Monaten.

Der Begriff „Grad der Behinderung (GdB)“ bezieht sich auf die Auswirkung einer Behinderung oder Schädigungsfolge in allen Lebensbereichen und nicht nur auf Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Der GdB ist ein Maß für Auswirkungen eines Mangels an funktioneller Intaktheit, also für einen Mangel an körperlichem, geistigem und seelischen Vermögen. Der in Prozenten ausgewiesene GdB ist ein allgemeiner Maßstab für den Schweregrad einer Behinderung.

Wechseljahre

Prozeß der hormonellen Umstellung, in dem sich der Menstruationszyklus verändert und die monatliche Blutung schließlich ganz aufhört.

Menopause

Aufhören der monatlichen Regelblutungen in den Wechseljahren.

Postmenopause

Zeitraum, der dem 12monatigen Aussetzen der Menstruation folgt bis ca. 10 Jahre danach.

Mikrozensus

Jährliche Befragung von 1 Prozent der Haushalte des Landes Berlin oder der Bundesrepublik Deutschland.

6.2 Tabellenanhang

Tabelle A2 1:

Geschlechtsspezifische Lebenserwartung bei Neugeborenen (0 Jahre), 30jährigen und 60jährigen verschiedener Sterbetafelberechnungen für Berlin

vollendetes Alter	Sterbetafel (mittlere Lebenserwartung in Jahren)					
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Berlin-West	1970/72		1987/89		1990	
0 Jahre	66,11	72,52	70,68	77,49	71,00	77,50
30 Jahre	39,59	45,16	42,27	48,66		
60 Jahre	14,65	18,85	16,83	21,46		
Berlin-Ost	1968/71		1988/89		1990	
0 Jahre	67,16	72,23	71,19	76,24	70,80	76,30
30 Jahre	40,11	44,54	42,74	47,26		
60 Jahre	14,24	17,57	16,34	19,70		
früheres Bundesgebiet			1986/88			
0 Jahre			72,21	78,68		
ehemalige DDR			1986/87			
0 Jahre			69,73	75,74		

(Quelle: JGB 1993)

Tabelle A 3.1:
Säuglings- und perinatale Sterblichkeit 1993 in Berlin
nach Bezirken

Bezirk	Gestorbene im 1. Lebensjahr						Perinatale Sterblichkeit (Totgeborene und im Alter von 0 bis unter 7 Tagen Gestorbene)		
	absolut			je 1.000 Lebendgeborene			je 1.000 Geborene		
	ins- gesamt	m.	w.	ins- gesamt	deutsch	aus- ländisch	ins- gesamt	deutsch	aus- ländisch
Berlin-West									
Tiergarten	9	7	2	9,1	4,4	19,9	8,1	7,3	9,9
Wedding	14	9	5	6,7	8,5	3,8	6,7	7,0	6,3
Kreuzberg	19	6	13	8,5	6,1	12,0	9,4	7,6	11,9
Charlottenburg	7	6	1	4,2	2,4	10,4	4,8	3,1	10,4
Spandau	11	6	5	5,8	6,7	2,5	4,2	2,7	-
Wilmersdorf	10	4	6	8,9	6,3	24,1	4,5	5,2	-
Zehlendorf	8	4	4	11,5	14,0	-	8,6	8,7	8,1
Schöneberg	6	2	4	3,6	4,3	2,0	3,6	2,6	6,0
Steglitz	9	8	1	6,9	4,6	9,2	3,4	3,3	4,6
Tempelhof	8	3	5	4,9	5,0	4,1	7,3	5,7	16,2
Neukölln	13	8	5	3,8	3,8	3,9	1,5	1,7	1,0
Reinickendorf	8	4	4	3,8	4,5	-	4,3	5,0	-
zusammen	122	67	55	5,7	5,4	6,9	5,1	4,7	6,1
Berlin-Ost									
Mitte	1	1	-	1,9	2,1	-	3,8	2,1	17,2
Prenzlauer Berg	2	1	1	2,0	2,1	-	2,0	2,1	-
Friedrichshain	9	6	3	12,7	12,2	19,2	7,1	6,1	19,2
Treptow	4	3	1	6,9	7,6	-	3,4	3,8	-
Köpenick	2	1	1	4,1	2,3	-	4,1	-	43,5
Lichtenberg	6	4	2	7,5	8,6	9,3	1,2	1,4	-
Weißensee	2	1	1	7,7	8,0	-	3,8	4,0	-
Pankow	3	1	2	5,4	5,8	-	1,8	1,9	-
Marzahn	6	4	2	7,8	7,2	12,8	5,2	2,9	25,3
Hohenschönhausen	3	1	2	4,6	5,1	-	6,1	5,1	15,4
Hellersdorf	5	4	1	4,3	4,3	-	5,1	5,2	-
zusammen	43	27	16	5,7	5,8	5,1	4,0	3,3	11,9
Berlin	165	94	71	5,7	5,5	6,7	4,8	4,3	6,7

(Quelle: JGB 1994)

Tabelle A 3.2:

**Gestorbene nach ICD - Klassifikation der Hauptgruppen 1993 in Berlin
nach Geschlecht**

- je 100.00, alle Altersgruppen

Hauptgruppe	ICD 9 - Nrn.	Berlin				Sterbefälle			
		Berlin		Berlin-West		Berlin-West		Berlin-Ost	
		m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
I. Infektiöse und parasitäre Krankheiten	001 - 139	18,56	4,18	26,55	5,53	4,48	1,66		
II. Neubildungen	140 - 239	268,80	172,35	273,24	175,97	260,13	166,66		
III. Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselstörungen	240 - 279	19,96	16,98	20,17	16,96	18,92	16,66		
IV. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	280 - 289	1,23	1,11	1,33	1,09	0,98	1,08		
V. Psychiatrische Krankheiten	290 - 319	31,18	9,30	32,70	9,23	28,16	8,67		
VI. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	320 - 389	9,78	6,91	11,24	7,70	6,00	4,77		
VII. Krankheiten des Kreislaufsystems	390 - 459	459,37	305,5	473,7	288,82	549,07	346,65		
VIII. Krankheiten der Atmungsorgane	460 - 519	63,96	27,92	70,2	29,7	49,23	23,57		
IX. Krankheiten der Verdauungsorgane	520 - 579	60,13	35,18	56,75	34,15	65,88	36,44		
X. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	580 - 629	9,97	6,38	10,79	6,91	7,74	5,31		
XI. Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	630 - 676		0,16		0,16		0,14		
XII. Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	680 - 709	0,37	0,57	0,21	0,56	0,68	0,55		
XIII. Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	710 - 739	1,36	1,28	1,47	1,45	1,17	0,79		
XIV. Kongenitale Anomalien	740 - 759	4,43	4,23	4,79	5,05	3,72	2,51		
XV. Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	760 - 779	3,65	3,14	3,15	3,23	5,12	2,97		
XVI. Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	780 - 799	97,16	59,35	94,41	57,58	102,85	63,74		
XVII. Verletzungen und Vergiftungen	800 - 999	59,94	24,70	56,12	24,60	66,94	24,68		
Zusatzklassifikation der äußeren Ursachen bei Verletzungen und Vergiftungen	E 800 - E 999								

(Quelle: JGB 1994/altersstand, Eurobev.)

Tabelle A 3.3:

**Gestorbene an bösartigen Neubildungen 1993 in Berlin
nach Geschlecht**

- absolut und je 100.000

Iodesursachen	ICD 9 - Nrn.	Sterbefälle							
		insgesamt		dar. < 65 Jahren		insgesamt		dar. < 65 Jahren	
		m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
		absolut				je 100.000			
Berlin									
Bösartige Neubildungen	140 - 208	3 952	4 825	1 606	1 214	265,9	170,1	104,7	77
darunter:									
Lungenkrebs	162	1 056	523	486	162	71,6	21,1	31,8	10,5
Dickdarm-/Mastdarmkrebs	153 - 154	433	733	130	119	29,6	22,5	8,5	7,6
Brustkrebs	174	-	818	-	299	-	32,2	-	18,6
Magenkrebs	151	266	339	111	60	18,2	10,3	7,3	3,8
Prostatakrebs	185	415	-	36	-	28,6	-	2,5	-
Gebärmutterhalskrebs	180	-	123	-	59	-	5,3	-	3,7
Bauchspeicheldrüsenkrebs	157	170	299	83	47	11,7	9,7	5,5	3
bösartige Neubildung des lymph und hämatopoet Gewebes	201 - 208	233	323	92	69	15,8	11,1	6	4,4
bösartige Neubildung der Lippe, der Mundhöhle und des Rachens	140 - 149	138	54	100	25	8,7	2,2	6,3	1,6
bösartiges Melanom der Haut	172	54	59	28	23	3,4	2,3	1,8	1,5
Berlin-West									
Bösartige Neubildungen	140 - 208	2 749	3 467	1 057	793	273,2	176	108,7	80,5
darunter:									
Lungenkrebs	162	704	381	309	117	71,8	22,6	32,1	12
Dickdarm-/Mastdarmkrebs	153 - 154	303	549	84	81	30,2	24	8,8	8,3
Brustkrebs	174	-	609	-	280	-	35,3	-	20,6
Magenkrebs	151	175	242	68	38	17,5	10,3	6,8	3,8
Prostatakrebs	185	300	-	19	-	29,2	-	2,2	-
Gebärmutterhalskrebs	180	-	81	-	34	-	5,2	-	3,4
Bauchspeicheldrüsenkrebs	157	116	208	53	31	12	9,6	5,6	3,1
bösartige Neubildung des lymph und hämatopoet Gewebes	200 - 208	169	245	61	40	16,8	11,6	6,2	4,1
bösartige Neubildung der Lippe, der Mundhöhle und des Rachens	140 - 149	112	43	84	20	10,8	2,7	8,3	2
bösartiges Melanom der Haut	172	38	38	15	15	3,6	2,1	1,5	1,5
Berlin-Ost									
Bösartige Neubildungen	140 - 208	1 203	1 358	549	421	250,7	158,9	97,2	71,3
darunter:									
Lungenkrebs	162	352	142	177	45	71,5	18,4	31,2	7,8
Dickdarm-/Mastdarmkrebs	153 - 154	130	184	46	38	28	19,4	8	6,4
Brustkrebs	174	-	209	-	91	-	26,2	-	15,3
Magenkrebs	151	91	97	43	22	19,6	10,3	7,8	3,8
Prostatakrebs	185	115	-	17	-	26,8	-	3,1	-
Gebärmutterhalskrebs	180	-	42	-	25	-	5,4	-	4,1
Bauchspeicheldrüsenkrebs	157	54	91	30	16	11,2	10	5,3	2,8
bösartige Neubildung des lymph und hämatopoet Gewebes	200 - 208	64	78	31	29	13,4	9,6	5,8	5
bösartige Neubildung der Lippe, der Mundhöhle und des Rachens	140 - 149	26	11	16	5	5	1,4	2,9	0,9
bösartiges Melanom der Haut	172	16	21	13	8	2,7	2,8	2,3	1,5

(Quelle: JGB 1994)

Tabelle A 3.4:

Alkoholbedingte Sterbefälle 1985 - 1993 in Berlin
 - absolut und je 100.000¹⁾

Jahr	alkoholbedingte Sterbefälle								
	insgesamt			Alkoholpsychose ICD 9 / 291		Alkoholismus ICD 9 / 303		alk. Leberzirrhose ICD 9 / 571.2	
	zu- sammen	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
absolut									
Berlin-West									
1985	551	368	183	9	6	207	65	152	112
1986	462	312	150	7	4	190	77	115	69
1987	457	309	148	6	6	194	77	109	65
1988	567	388	179	13	1	235	96	140	82
1989	508	361	147	-	-	206	59	155	88
1990	496	319	177	8	6	180	82	131	89
1991	503	337	166	11	3	170	74	156	89
1992	522	351	171	5	-	204	76	142	95
1993	586	432	154	4	2	277	73	151	79
Berlin-Ost									
1985	146	101	45	1	-	29	15	71	30
1986	148	103	45	4	3	36	12	63	30
1987	159	106	53	2	2	45	17	59	34
1988	162	98	64	2	3	38	20	58	41
1989	251	175	76	4	2	70	19	101	55
1990	236	148	88	1	1	66	37	81	50
1991	333	228	105	3	-	99	45	126	60
1992	349	233	116	2	1	133	54	98	61
1993	399	292	107	2	-	160	54	130	53
Berlin									
1993	985	724	261	6	2	437	127	281	132
je 100.000									
Berlin-West									
1985	29,7	43,1	18,3	1,1	0,6	24,3	6,5	17,8	11,2
1986	24,7	36,0	14,9	0,8	0,4	22,0	7,7	13,3	6,9
1987	22,7	33,0	13,7	0,6	0,6	20,7	7,2	11,6	6,0
1988	27,7	40,5	16,4	1,4	0,1	24,6	8,8	14,6	7,5
1989	24,3	36,7	13,3	-	-	20,9	5,3	15,8	7,9
1990	23,1	31,4	15,7	0,8	0,5	17,7	7,3	12,9	7,9
1991	23,3	32,9	14,6	1,1	0,3	16,6	6,5	15,2	7,8
1992	20,9	34,2	15,0	0,5	-	19,8	6,7	13,8	8,3
1993	27,0	41,9	13,5	0,4	0,2	26,9	6,4	14,6	6,9
Berlin-Ost									
1985	12,1	17,9	7,0	0,2	-	5,1	2,3	12,6	4,7
1986	12,1	17,9	6,9	0,7	0,5	6,3	1,9	10,9	4,6
1987	12,8	18,0	8,1	0,3	0,3	7,6	2,6	10,0	5,2
1988	12,7	16,3	9,6	0,3	0,4	6,3	3,0	9,6	6,1
1989	19,5	28,6	11,2	0,7	0,3	11,4	2,8	16,5	8,1
1990	18,5	24,5	13,2	0,2	0,1	10,9	5,5	13,4	7,5
1991	26,0	37,4	15,7	0,5	-	16,2	6,7	20,7	9,0
1992	27,1	37,6	17,4	0,3	0,1	21,4	8,1	15,8	9,1
1993	30,8	46,4	16,0	0,3	-	25,4	8,1	20,7	7,9
Berlin									
1993	28,4	43,6	14,4	0,4	0,1	26,3	7,0	16,9	7,3

1) der durchschnittlichen Bevölkerung

(Quelle: JGB 1993)

Tabelle A 3.5:

**Tuberkulose (alle Formen) und offene Tuberkulose
in Berlin-West 1991 - 1993 absolut und je 100.000
(insgesamt und Ausländer: incl. Asylbewerber)**

Jahr	Erkrankungen					
	insgesamt		je 100.000			
	männl.	weibl.	rohe Inzidenz		stand. Inzidenz	
			männl.	weibl.	männl.	weibl.
Tuberkulose (alle Formen)						
insgesamt						
1991	450	284	49,3	25,0	38,4	21,0
1992	383	267	37,3	23,4	33,7	19,8
1993	386	237	37,4	20,8	33,3	17,6
Deutsche						
1991	279	204	27,2	18,0	24,0	13,4
1992	219	183	21,3	16,1	19,0	11,3
1993	234	167	22,7	14,6	19,5	10,8
Ausländer						
1991	171	80	107,3	57,2	97,1	58,5
1992	164	84	98,2	56,5	96,8	58,8
1993	152	70	86,9	44,9	93,1	48,8
offene Tuberkulose						
insgesamt						
1991	251	108	24,5	9,5	21,0	7,3
1992	221	128	21,5	11,2	18,8	8,5
1993	244	109	23,6	9,6	20,7	7,8
Deutsche						
1991	174	88	17,0	7,7	14,7	5,4
1992	136	96	13,2	8,4	11,5	5,3
1993	157	81	15,2	7,1	13,1	5,1
Ausländer						
1991	77	20	48,3	14,3	37,9	13,7
1992	85	32	50,9	21,5	48,1	23,0
1993	87	28	49,7	18,0	50,2	18,9

(Quelle: IGB 1993/standard Eurobev)

Tabelle A 3.6:

**Tuberkulose (alle Formen) und offene Tuberkulose
in Berlin-Ost 1991 - 1993 absolut und je 100 000
(insgesamt und Ausländer: incl. Asylbewerber)**

Jahr	Erkrankungen					
	insgesamt		je 100.000			
	männl.	weibl.	rohe Inzidenz		stand. Inzidenz	
männl.			weibl.	männl.	weibl.	
Tuberkulose (alle Formen)						
insgesamt						
1991	90	66	14,8	9,9	14,7	7,9
1992	125	83	20,2	12,4	19,4	10,4
1993	170	85	27,0	12,7	26,2	11,2
Deutsche						
1991	80	59	13,1	8,8	13,4	7,0
1992	100	76	16,1	11,4	16,1	9,5
1993	112	64	17,8	9,6	18,4	8,1
Ausländer						
1991	10	7	58,8	67,7	27,9	34,7
1992	25	7	98,3	54,8	64,5	27,4
1993	58	21	174,5	120,5	148,6	92,8
offene Tuberkulose						
insgesamt						
1991	60	39	9,8	5,8	10,0	4,3
1992	82	45	13,2	6,7	12,5	5,7
1993	112	50	17,8	7,5	17,3	6,5
Deutsche						
1991	55	34	9,0	5,1	9,3	3,7
1992	64	41	10,3	6,1	10,1	5,2
1993	77	36	12,2	5,4	12,7	4,5
Ausländer						
1991	5	5	29,4	48,4	13,8	23,3
1992	18	4	70,7	31,3	51,3	14,6
1993	35	14	105,3	80,3	92,8	68,9

(Quelle: JGB 1993/standard Eurobev)

Tabelle A 3.7:

Gemeldete Neuerkrankungen an Lues und Gonorrhoe 1980 - 1993 in Berlin
- absolut und je 100.000 der durchschnittlichen Bevölkerung

Jahr	Berlin-West					Berlin-Ost					
	Erkrankungen Insgesamt	Lues		Gonorrhoe		Erkrankungen Insgesamt	Lues		Gonorrhoe		
		abs.	je 100.000	abs.	je 100.000		abs.	je 100.000	abs.	je 100.000	
1980	8 218	910	47,9	7 308	384,8	6 621	293	25,4	6 382	553,7	
1981	8 871	695	36,7	8 176	432,2	6 349	160	13,8	6 189	534,7	
1982	9 234	613	32,6	8 621	458,7	6 485	73	6,3	6 412	549,6	
1983	8 889	497	26,7	8 392	451,0	6 976	111	9,4	6 865	582,1	
1984	9 221	487	26,2	8 734	471,9	7 026	88	7,4	6 938	583,4	
1985	8 277	487	26,2	7 790	418,8	6 675	108	8,9	6 567	540,2	
1986	6 553	288	15,3	6 265	333,4	5 668	60	4,9	5 608	453,6	
1987	5 441	198	9,8	5 243	258,4	4 225	63	5,0	4 162	330,1	
1988	4 768	131	6,3	4 637	224,4	3 377	53	4,1	3 324	259,0	
1989	3 810	102	4,8	3 708	174,0	2 602	45	3,5	2 557	199,9	
1990	2 302	102	4,7	2 206	102,2	1 626	28	2,2	1 598	125,3	
1991	2 070	123	5,7	1 947	90,1	596	13	1,0	583	45,6	
1992	1 293	98	4,5	1 195	50,0	389	21	1,6	368	28,4	
1993	785	91	4,2	694	31,9	275	39	3,0	236	18,2	
davon 1993 von bis unter Jahren											
Insgesamt											
unter 10		1			1	0,5	2		2	1,3	
10 - 15											
15 - 20		42	3	3,2	39	41,3	23	1	1,5	22	32,4
20 - 25		180	12	8,7	168	121,2	59	6	6,7	53	59,1
25 - 30		196	23	10,8	173	81,5	71	6	4,7	65	51,2
30 - 40		257	33	9,2	224	62,5	93	14	6,2	79	34,9
40 - 50		69	11	3,5	58	18,6	12	5	3,1	7	4,3
50 - 60		34	7	2,2	27	8,4	13	5	2,7	8	4,3
über 60		6	2	0,5	4	0,9	2	2	1,0		
männlich											
unter 10		1			1	0,9	1		1	1,3	
10 - 15											
15 - 20		23	1	2,1	22	45,7	14	1	2,9	13	37,5
20 - 25		123	6	8,7	117	169,2	45	3	6,7	42	93,8
25 - 30		149	15	13,9	134	124,5	61	5	7,7	56	86,5
30 - 40		189	23	12,4	166	89,5	75	12	10,1	63	53,1
40 - 50		57	8	5,1	49	31,0	11	5	6,1	6	7,3
50 - 60		25	4	2,4	21	12,8	11	5	5,5	6	6,6
über 60		5	1	0,7	4	2,8	1	1	1,4		
weiblich											
unter 10							1		1	1,4	
10 - 15											
15 - 20		19	2	4,3	17	36,8	9		9	27,1	
20 - 25		57	6	8,6	51	73,4	14	3	6,7	11	24,5
25 - 30		47	8	7,7	39	37,3	10	1	1,6	9	14,4
30 - 40		68	10	5,8	58	33,5	18	2	1,9	16	14,8
40 - 50		12	3	1,9	9	5,8	1		1	1,2	
50 - 60		9	3	1,9	6	3,9	2		2	2,1	
über 60		1	1	0,3			1	1	0,8		

(Quelle: JGB 1993)

Tabelle A 3 8.:

Schwerbehinderte mit Schwerbehinderten-Ausweis am 31.12.1993 in Berlin
nach Geschlecht
- je 1.000 der Altersgruppe

Alter von ... bis unter ... Jahren	Schwerbehinderte					
	insgesamt		männlich		weiblich	
	absolut	je 1.000	absolut	je 1.000	absolut	je 1.000
Berlin-West						
unter 15	3 211	10,5	1 870	11,9	1 341	9,0
15 - 35	11 874	18,4	6 626	20,2	5 248	16,6
35 - 55	48 173	73,9	25 099	75,0	23 074	72,6
55 - 65	57 243	246,8	31 276	275,5	25 967	219,2
65 - 75	59 453	368,3	26 980	486,0	32 473	306,6
75 u älter	83 303	472,0	24 986	591,7	58 317	434,3
zusammen	263.257	121,1	116.837	113,2	146.420	128,3
Berlin-Ost 1)						
unter 15	2 517	10,6	1 386	11,4	1 131	9,8
15 - 35	7 561	18,5	4 030	19,2	3 531	17,7
35 - 55	21 636	59,2	9 893	53,7	11 743	64,9
55 - 65	28 846	196,9	13 690	195,0	15 156	198,7
65 - 75	31 223	407,6	14 045	509,4	17 178	350,3
75 u älter	41 695	665,3	15 904	995,4	25 791	552,3
zusammen	133 478	102,9	58 948	93,7	74 530	111,6
Berlin						
unter 15	5 728	10,5	3 256	11,7	2 472	9,3
15 - 35	19 435	18,5	10 656	19,8	8 779	17,0
35 - 55	69 809	68,6	34 992	67,4	34 817	69,8
55 - 65	86 089	227,5	44 966	244,7	41 123	211,2
65 - 75	90 676	380,9	41 025	493,7	49 651	320,4
75 u älter	124 998	522,6	40 890	702,5	84 108	464,7
insgesamt	396.735	114,3	175.785	105,8	220.950	122,1

1) einschließlich ca. 66 000 Besitzstandsfälle mit einem GdB nach den Schwb-Ausweisen I - IV

(Quelle: JGB 1993)

Tabelle A 3.9:

Rauchgewohnheiten der Berliner Bevölkerung 1991

Geschlecht	Nicht-raucher	Raucher			Durchschnittliches Alter des Rauchbeginns in Jahren	Regelmäßige Zigarettenraucher *					
		insgesamt	gelegentlich	regelmäßig		zusammen	Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten			keine Angabe	
							unter 5	5-20	21-40		mehr als 40
in %											
Berlin-West											
insgesamt	62,8	37,2	14,5	85,3	18,9	81,2	3,7	66,5	24,8	3,5	2,5
männlich	56,1	43,9	13,3	87,0	18,0	81,0	3,0	61,9	29,5	4,5	1,9
weiblich	68,7	31,3	16,4	84,0	20,0	81,8	4,0	72,4	19,6	/	2,8
Berlin-Ost											
insgesamt	65,8	33,3	0,3	33,0	19,0	93,6	15,7	63,4	13,2		1,3
männlich	57,5	42,1	0,4	41,7	18,2	89,8	9,9	58,5	19,7		1,7
weiblich	73,1	25,5	0,1	25,4	20,1	99,0	23,9	70,4	4,0		0,7

* Die Angaben beziehen sich nur auf Zigaretten mit Filter (Anteil von rd. 90 % an allen Zigaretten).

(Quelle: Mikrozensus 1991)

Tabelle A 3.10:
Regelmäßiger Alkoholkonsum 1991 (täglich oder mehrmals in der Woche)

Getränk	Männer										Frauen					
	Altersgruppen										Altersgruppen					
	insgesamt	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	insgesamt	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
	in Prozent (%)															
	Berlin-Ost															
Bier	46,50	43	46	54	54	44	31	8	7	4,4	4,6	14,9	11,3	4,6	1,2	3,7
Wein/Sekt	6,70	9	8	8	4	3	7		6,1	7	6,6	5,5	10	1,3	2,1	5,3
hochproz.	8,70	4	3	18	11	15	10	7	2,2	1	1,6	0,3	3,5	4,5	2,1	6,9
	Berlin-West															
Bier	33,6	29	38	46	31	28	26	18	8,8	6,3	6,3	13,8	14	9,3	7,2	5,7
Wein/Sekt	7,5	2	6	10	11	15	10	5	2,1	0,9	0,7	2	3,4	4,2	3,1	1,3
hochproz.	7,5	2	6	10	11	15	10	5	2,1	0,9	0,7	2	3,4	4,2	3,1	1,3

(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991)

Tabelle A 3.11:
Inanspruchnahme von primär- und sekundärpräventiven Programmen
(bzw. diagnostischen Verfahren) durch die Berliner Bevölkerung 1991

Maßnahmen	Inanspruchnahme in %						
	ins- gesamt	Männer			Frauen		
		insg.	18-59 Jahre	60 und mehr Jahre	insg.	18-59 Jahre	60 und mehr Jahre
Berlin-West							
Teilnahme in den letzten 12 Monaten:							
Blutdruckbestimmung	82,2	74,6	69,9	94,5	87,9	84,1	94,0
Blutfettbestimmung	53,5	50,0	42,1	78,4	56,1	44,3	74,8
Gewichtsbestimmung	45,8	44,8	40,4	60,9	46,6	42,4	53,8
Raucherberatung	12,6	15,6	17,0	11,3	10,3	12,8	6,2
körperliche Bewegung/Beratung	14,9	17,3	18,2	13,7	13,1	16,9	6,9
Ernährungsberatung/Salz	10,9	11,2	9,5	17,2	10,7	7,9	15,0
Ernährungsberatung/Cholesterin	26,3	25,0	21,6	36,2	27,3	18,7	40,8
andere Ernährungsberatung	12,2	12,7	11,4	17,6	11,8	9,9	14,5
Teilnahme niemals:							
Krebsfrüherkennungsunters	51,3	26,6	18,8	58,0	72,1	80,3	58,8
Gesundheits-Check-Up	16,7	16,9	14,9	25,6	16,5	17,0	15,6
Arbeitsmedizinische Vorsorgeunters	8,8	12,6	15,5	3,3	5,6	8,8	0,5
Berlin-Ost							
Blutdruckbestimmung	76,4	72,0	67,5	94,7	79,7	74,0	97,3
Blutfettbestimmung	30,8	30,3	25,3	55,1	31,2	25,9	48,0
Gewichtsbestimmung	37,0	38,6	33,9	62,0	35,9	30,5	52,7
Raucherberatung	9,9	14,2	13,5	16,3	6,8	7,1	5,8
körperliche Bewegung/Beratung	16,7	20,3	19,7	22,4	14,1	15,7	9,1
Ernährungsberatung/Salz	10,8	13,6	12,4	20,2	8,8	6,3	16,7
Ernährungsberatung/Cholesterin	16,3	19,6	17,3	30,2	13,9	9,8	26,6
andere Ernährungsberatung	9,3	10,5	8,6	20,5	8,3	6,5	14,1
Teilnahme niemals:							
Krebsfrüherkennungsunters	50,8	28,0	26,2	39,0	70,6	74,1	59,4
Gesundheits-Check-Up	20,3	26,5	26,5	26,1	14,8	14,0	17,2
Arbeitsmedizinische Vorsorgeunters	26,5	37,2	40,6	17,3	17,2	20,7	6

(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey Berlin 1991)

Tabelle A 3 12:

Genutzte Therapie und Interesse für Angebote der Gesundheitsförderung und -beratung 1991

Therapien / Angebote	Teilnehmer in %							Interes- senten f. Angebote in %
	ins- gesamt	Männer			Frauen			
		zu- sammen	18 - 59 Jahre	60 u. mehr Jahre	zu- sammen	18 - 59 Jahre	60 u. mehr Jahre	
Berlin - West								
Autogenes Training	42,3	48,5	52,3	38,1	39,1	36,6	45,9	23,9
Abnahme-/Fastenkurse	12,5	8,1	5,8	15,2	14,7	13,2	19,0	13,1
Kochkurse	17,9	13,1	13,0	10,9	20,4	19,8	22,3	13,7
Vollwerternährung	19,8	17,0	18,4	13,0	21,3	21,2	16,8	15,7
Nichtrauchertraining	4,3	2,2	0,7	9,6	5,4	5,1	6,1	9,5
Atem und Bewegung/Wirbelsäule	35,2	23,2	22,8	28,3	41,3	42,1	39,2	32,6
Selbsterfahrung	17,7	20,7	21,3	20,7	16,2	20,3	4,8	7,9
Einzelberatungsgespräche	16,6	18,5	18,1	23,1	15,6	18,4	8,0	5,9
Vorträge	27,9	29,5	26,7	41,8	27,0	24,2	34,8	7,5
Gesprächskreise	16,0	17,0	13,9	33,2	15,4	15,8	14,3	5,2
sonstiges	15,7	16,9	15,6	20,3	15,1	18,5	5,5	2,6
Berlin - Ost								
Autogenes Training	50,3	52,8	54,7	45,9	49,1	51,5	40,3	24,4
Abnahme-/Fastenkurse	9,2	8,5	7,4	12,3	9,5	12,2	-	15,6
Kochkurse	5,5	4,5	5,8	-	6,0	5,0	9,6	12,1
Vollwerternährung	7,1	7,3	6,8	8,9	7,1	8,4	2,2	13,2
Nichtrauchertraining	2,8	5,5	7,0	-	1,5	1,9	-	10,9
Atem und Bewegung/Wirbelsäule	36,3	20,1	17,0	31,1	44,3	44,6	43,4	28,8
Selbsterfahrung	7,5	9,8	10,4	7,5	6,4	5,7	8,8	5,3
Einzelberatungsgespräche	17,3	23,5	30,0	-	14,3	12,8	19,6	5,3
Vorträge	18,3	16,4	12,1	31,7	19,2	15,0	34,3	11,0
Gesprächskreise	6,3	1,4	1,8	-	8,7	7,6	12,8	6,2
sonstiges	14,0	22,2	22,9	19,6	9,9	10,4	8,0	1,7

(Quelle: Gesundheits- und Sozialsurvey 1991)

6.3 Tabellenverzeichnis

Tabellen im Text

	Seite
Kapitel 2:	
Tabelle 2.1: Demographischer Überblick 1993	6
Kapitel 3:	
Tabelle 3.1: Geschlechtsspezifische Mortalitätsraten der an bösartigen Neubildungen gestorbenen 15- bis unter 20jährigen 1984-1993 in Berlin - 100 000 der Altersgruppe	18
Tabelle 3.2: Häufigkeit von Schmerzen (18- bis 59 Jahre, Erwerbstätige und Nichterwerbstätige; 1991)	31
Tabelle 3.3: Häufigkeit von Schmerzen (Erwerbstätige; 1991)	31
Tabelle 3.4: Häufigkeiten von Schmerzen (Nichterwerbstätige; 1991)	32
Tabelle 3.5: Arbeitsunfähigkeitsfälle je 1.000 der Pflichtmitglieder (ohne Rentner) der AOK und BKK 1992 in Berlin - nach ausgewählten Krankheitsgruppen und Geschlecht - AU-Fälle je 1.000 Pflichtmitglieder	43
Tabelle 3.6: Arbeitsunfähigkeitstage wegen Dorsopathie und chronischen obstruktiven Lungenerkrankungen je 100 Pflichtmitglieder (ohne Rentner) der AOK 1992 in Berlin nach Geschlecht	44
Tabelle 3.7: Krankenhausfälle je 100 AOK-Mitglieder und ihrer Familienangehörigen 1992 in Berlin - nach Altersgruppen und Geschlecht	44
Tabelle 3.8: Durchschnittliche Krankenhausverweildauer der AOK-Mitglieder und ihrer Familienangehörigen 1992 in Berlin - nach Altersgruppen und Geschlecht	44
Tabelle 3.9: Wie oft kommt es vor, daß Sie sich überfordert fühlen? (18- bis 59jährige nach Geschlecht; 1991)	48
Tabelle 3.10: Häufige Überforderung (18- bis 59jährige nach Geschlecht; 1991)	52

	Seite
Tabelle 3.11: Gesundheitsrisikogruppen in der Berliner Bevölkerung 1991	53
Tabelle 3.12: Drogenerschließung bei 18- bis 39jährigen Männern und Frauen 1991	56
Tabelle 3.13: Übergewicht nach den Toleranzbereichen bei den untersuchten weiblichen Jugendlichen der Schulentlassungsuntersuchungen 1991/92 in Berlin	59
Tabelle 3.14: Übergewicht nach dem Body-Mass-Index bei den untersuchten weiblichen Jugendlichen der Schulentlassungsuntersuchungen 1991/92 in Berlin	60
 Kapitel 4:	
Tabelle 4.1: Ausgewählte Belastungen und Beschwerden Berliner Frauen 1991	70
Tabelle 4.2: Schlafstörungen nach Alter und Geschlecht 1991	72
Tabelle 4.3: Gelenkbeschwerden, Kreuz- und Rückenschmerzen nach Alter und Geschlecht 1991	72
Tabelle 4.4: Bluthochdruck (Hypertonie) innerhalb der letzten 3 Monate (1991)	73
 Tabellen im Anhang	
 Kapitel 2:	
Tabelle A 2.1: Geschlechtsspezifische Lebenserwartung bei Neugeborenen (0 Jahre), 30jährigen und 60jährigen verschiedener Sterbetafelberechnungen für Berlin	86
 Kapitel 3:	
Tabelle A 3.1: Säuglings- und perinatale Sterblichkeit 1993 in Berlin nach Bezirken	87
Tabelle A 3.2: Gestorbene nach ICD-Klassifikation der Hauptgruppen 1993 in Berlin nach Geschlecht -je 100.000, alle Altersgruppen	88
Tabelle A 3.3: Gestorbene an bösartigen Neubildungen 1993 in Berlin nach Geschlecht - absolut und je 100.000	89

	Seite
Tabelle A 3.4: Alkoholbedingte Sterbefälle 1985 - 1993 in Berlin - absolut und je 100.000	90
Tabelle A 3.5: Tuberkulose (alle Formen) und offene Tuberkulose in Berlin-West 1991 - 1993 - absolut und je 100 000 (insgesamt und Ausländer: incl. Asylbewerber)	91
Tabelle A 3.6: Tuberkulose (alle Formen) und offene Tuberkulose in Berlin-Ost 1991 - 1993 absolut und je 100.000 (insgesamt und Ausländer: incl. Asylbewerber)	92
Tabelle A 3.7: Gemeldete Neuerkrankungen an Lues und Gonorrhoe 1980 - 1993 in Berlin - absolut und je 100.000 der durchschnittlichen Bevölkerung	93
Tabelle A 3.8: Schwerbehinderte mit Schwerbehinderten-Ausweis am 31.12.1993 in Berlin nach Geschlecht - je 1 000 der Altersgruppe	94
Tabelle A 3.9: Rauchgewohnheiten der Berliner Bevölkerung 1991	95
Tabelle A. 3.10: Regelmäßiger Alkoholkonsum 1991 (täglich oder mehrmals in der Woche)	96
Tabelle A 3.11: Inanspruchnahme von primär- und sekundärpräventiven Programmen (bzw. diagnostischen Verfahren) durch die Berliner Bevölkerung 1991	97
Tabelle A 3.12: Genutzte Therapie und Interesse für Angebote der Gesundheitsförderung und -beratung 1991	98

6.4 Abbildungsverzeichnis

Kapitel 2:

	Seite
Abbildung 2.1: Bevölkerung in Berlin am 31. Dezember 1993 nach Alter und Geschlecht	5
Abbildung 2.2: Alterspezifische Geburtenziffern in Berlin-West und -Ost 1993, deutsche und ausländische Frauen	7
Abbildung 2.3: Entbindungen und Schwangerschaftsabbrüche je 10 000 der 15- bis unter 45jährigen Frauen 1990-1993 in Berlin	8
Abbildung 2.4: Frauen zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs nach Alter 1993 in Berlin	9
Abbildung 2.5: Häufigkeit der von Frauen genannten Konfliktgründe 1994 in Berlin	9
Abbildung 2.6: Bevölkerung in Berlin nach überwiegendem Lebensunterhalt, 1993	10
Abbildung 2.7: Monatliches Nettoeinkommen, 1993	11
Abbildung 2.8: Alleinerziehende mit Kindern unter 18 Jahren nach Geschlecht und Familienstand, 1993	13
Abbildung 2.9: Obdachlose Personen nach Haushaltstypen, I. Quartal 1995	14
 Kapitel 3:	
Abbildung 3.1: Geschlechtsspezifische Sterblichkeit 1985 bis 1993 in Berlin - je 100 000 der Bevölkerung	16
Abbildung 3.2: Geschlechtsspezifische Sterblichkeit 1985 bis 1993 in Berlin - Altersgruppe 0 bis unter 65 Jahre - je 100 000 der Bevölkerung	16
Abbildung 3.3: Alters- und geschlechtsspezifische Mortalitätsraten der 1- bis unter 20jährigen in Berlin (Durchschnitt der Jahre 1983 - 1992) - je 100 000 der Altersgruppe	17

	Seite
Abbildung 3.4: Gestorbene an bösartigen Neubildungen 1993 in Berlin nach Geschlecht unter 65 Jahren - je 100 000 der Bevölkerung	18
Abbildung 3.5: Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen 1993 in Berlin - je 100 000, alle Altersgruppen	19
Abbildung 3.6: Gestorbene an Suizid 1993 in Berlin nach Geschlecht - je 100.000	19
Abbildung 3.7: Prozentuale Verteilung ausgewählter vermeidbarer Todesursachen bei den Frauen 1991 in Berlin	20
Abbildung 3.8: Ausgewählte vermeidbare Sterbefälle 1993 in Berlin - je 100.000	21
Abbildung 3.9: Mortalitätsraten der 15- bis unter 20jährigen Mädchen 1985 - 1993 in Berlin - je 100 000 der Altersgruppe	21
Abbildung 3.10: Wie wichtig ist die Gesundheit für Ihr persönliches Wohlbefinden? (1991)	22
Abbildung 3.11: Wie wichtig ist die Gesundheit für Ihr persönliches Wohlbefinden? (Berlin-West/-Ost; 1991)	22
Abbildung 3.12: Wie stark achten Sie auf Ihre Gesundheit? (1991 und 1994)	23
Abbildung 3.13: Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben? (Berlin-West/-Ost; 1991)	23
Abbildung 3.14: Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben? (Frauen nach Altersgruppen; 1991)	24
Abbildung 3.15: Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben? (Erwerbstätige; 1991)	24
Abbildung 3.16: Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben? (Nichterwerbstätige; 1991)	24
Abbildung 3.17: Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben? (Erwerbstätige aus Berlin-West/-Ost im Alter von 18 bis 29 Jahren; 1991)	25

	Seite
Abbildung 3.18: Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben? (Erwerbstätige aus Berlin-West/-Ost im Alter von 30 bis 59 Jahren; 1991)	25
Abbildung 3.19: Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben? (Ledige; 1991)	25
Abbildung 3.20: Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben? (Verheiratete; 1991)	25
Abbildung 3.21: Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben? (1991 und 1994)	26
Abbildung 3.22: Krankheiten der Berliner Bevölkerung 1991 (Selbstangaben)	26
Abbildung 3.23: Herz-Kreislauf-Krankheiten in Berlin 1991 (Prävalenz/Mit Medikamenten behandelt)	27
Abbildung 3.24: Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie im Zeitraum der letzten 12 Monate? (Bandscheibenschaden/Hexenschuß, Ischias; 1991)	28
Abbildung 3.25: Prävalenz des Diabetes mellitus 1991 (Berlin-West/-Ost)	29
Abbildung 3.26: Krankheiten des Atmungssystems, Hautkrankheiten und Allergien (Prävalenz, 1991)	29
Abbildung 3.27: Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie in den letzten 12 Monaten? (Erwerbstätige; 1991)	30
Abbildung 3.28: Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie in den letzten 12 Monaten? (Erwerbstätige aus Berlin-West/-Ost; 1991)	30
Abbildung 3.29: Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie in den letzten 12 Monaten? (Nichterwerbstätige; 1991)	31
Abbildung 3.30: Wie häufig leiden Sie unter Schmerzen? (Erwerbstätige Frauen und Männer; 1991)	31

	Seite
Abbildung 3 31: Wie häufig leiden Sie unter Schmerzen? (30-59jährige Erwerbstätige; 1991)	32
Abbildung 3.32: Wie häufig leiden Sie unter Schmerzen? (Nichterwerbstätige; 1991)	32
Abbildung 3 33: Häufigkeit psychischer Beschwerden 1991	33
Abbildung 3.34: Häufigkeit somatoformer Beschwerden 1991	33
Abbildung 3.35: Ausgewählte psychosoziale Beschwerden (alleinerziehende Männer; 1991)	34
Abbildung 3.36: Ausgewählte psychosoziale Beschwerden (alleinerziehende Frauen; 1991)	34
Abbildung 3 37: Psychische Beschwerden nach Geschlecht 1991 (Berlin-West)	35
Abbildung 3.38: Psychische Beschwerden nach Geschlecht 1991 (Berlin-Ost)	35
Abbildung 3.39: Psychische Beschwerden bei Frauen aus Berlin-West 1991 (nach Altersgruppen)	36
Abbildung 3 40: Somatoforme Beschwerden bei Frauen aus Berlin-West 1991 (nach Altersgruppen)	37
Abbildung 3 41: Psychische Beschwerden bei Frauen aus Berlin-Ost 1991 (nach Altersgruppen)	38
Abbildung 3.42: Somatoforme Beschwerden bei Frauen aus Berlin-Ost 1991 (nach Altersgruppen)	39
Abbildung 3.43: Gemeldete Neuerkrankungen an Lues und Gonorrhoe 1993 in Berlin - absolut, Altersgruppe 15 bis unter 20 Jahre, nach Geschlecht	40
Abbildung 3.44: Alters- und geschlechtsspezifische Inzidenzen an Tumor-/Leukämieerkrankungen im Kindes- und Jugendalter in Berlin (Berlin-West: 1989 - 1993; Berlin-Ost: 1985 - 1989) - je 100 000 der Altersgruppe	41
Abbildung 3.45: Untersuchte Jugendliche mit funktionsmindernden Befunden bei den Schulentlassungsuntersuchungen 1991/92 in Berlin, nach Geschlecht	42

	Seite
Abbildung 3 46: Prozentuale Verteilung der bei den Schulentlassungsuntersuchungen 1991/92 in Berlin erhobenen Befunde nach Organgruppen und Geschlecht	42
Abbildung 3 47: Anteil ausgewählter Krankheitsgruppen an Arbeitsunfähigkeitsfällen der Pflichtmitglieder (ohne Rentner) der AOK und der BKK 1992 in Berlin	43
Abbildung 3 48: Arbeitsunfähigkeitsfälle wegen Erkrankungen der Atmungsorgane je 100 Pflichtmitglieder (ohne Rentner) der AOK 1992 in Berlin - nach Altersgruppen und Geschlecht	44
Abbildung 3 49: Krankenhausfälle je 1.000 der AOK-Mitglieder und ihrer Familienangehörigen 1992 in Berlin - nach Krankheitsgruppen und Geschlecht	45
Abbildung 3 50: Neuerkrankungen an offener Tuberkulose 1991 bis 1993 in Berlin je 100.000 nach Geschlecht	46
Abbildung 3 51: Gemeldete Neuerkrankungen an Lues und Gonorrhoe 1993 in Berlin - absolut - nach Alter und Geschlecht	47
Abbildung 3 52: Schwerbehinderte mit Schwerbehinderten-Ausweis am 31.12.1993 in Berlin nach Geschlecht - je 1 000 der Altersgruppe	48
Abbildung 3 53: Welche Arbeitsbedingungen finden Sie üblicherweise an Ihrem Arbeitsplatz vor? (Erwerbstätige; 1991)	49
Abbildung 3 54: Welche Arbeitsbedingungen finden Sie üblicherweise an Ihrem Arbeitsplatz vor? Skalenwerte: „sehr häufig bzw immer“ (Erwerbstätige nach Altersgruppen; 1991)	49
Abbildung 3 55: Welche Arbeitsbedingungen finden Sie üblicherweise an Ihrem Arbeitsplatz vor? Skalenwert: „häufig“ (Erwerbstätige nach Alter und Geschlecht, Frauen aus Berlin-West/-Ost; 1991)	50
Abbildung 3 56: Haben Sie in den letzten 12 Monaten pflege- bzw hilfebedürftige Personen gepflegt? (Erwerbstätige nach Altersgruppen; 1991)	50
Abbildung 3 57: Wie oft haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate folgende Tätigkeiten ausgeübt? Skalenwert: „täglich“ (Erwerbstätige nach Altersgruppen; 1991)	51

	Seite
Abbildung 3 58: Wie oft haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate folgende Tätigkeiten ausgeübt? (Erwerbstätige im Alter von 30-59 Jahren; 1991)	51
Abbildung 3.59: Wie oft kommen bei Ihnen die im folgenden genannten Probleme vor? Skalenwert „häufig“ (Erwerbstätige; 1991)	52
Abbildung 3 60: Nichtraucher und Raucher in Berlin 1992 nach dem Geschlecht	54
Abbildung 3 61: Raucherprävalenz der weiblichen Jugendlichen 1991 in Berlin	55
Abbildung 3 62: Regelmäßige weibliche Alkoholkonsumenten im Jugendalter 1991 in Berlin	56
Abbildung 3.63: Welche der folgenden Medikamente haben Sie innerhalb der letzten drei Monate eingenommen? (ärztlich verordnet/nicht ärztlich verordnet; 1991)	57
Abbildung 3.64: Was tun Sie für Ihre Gesundheit? (1991)	58
Abbildung 3.65: Was tun Sie für Ihre Gesundheit? (1994)	58
Abbildung 3 66: Was tun Sie für Ihre Gesundheit? (Einzelnennungen; 1994)	61
Abbildung 3.67: Inanspruchnahme von primär- und sekundärpräventiven Programmen (bzw. diagnostischen Verfahren) durch die Berliner Bevölkerung 1991	62
Abbildung 3.68: Inanspruchnahme von medizinischen Einrichtungen 1991 (in den letzten 12 Monaten)	63
Abbildung 3 69: Genutzte Angebote der Gesundheitsförderung und -beratung 1991	63
Kapitel 4:	
Abbildung 4 1: Haus- und Familienarbeit 1991 (Erwerbstätige nach Geschlecht)	65
Abbildung 4 2: Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie im Zeitraum der letzten 12 Monate? (Erwerbstätige und Nichterwerbstätige: ausschließlich Hausfrauen/Hausmänner; 1991)	66

	Seite
Abbildung 4 3: Erwerbstätige und Nichterwerbstätige: ausschließlich Hausfrauen/ Hausmänner nach Schichtverteilung 1991	67
Abbildung 4.4: Erwerbstätige Frauen (S I) im Vergleich zu den Hausfrauen und den erwerbstätigen Frauen (insgesamt) 1991	67
Abbildung 4 5: Wie zufrieden sind Sie derzeit mit den folgenden Bereichen des Lebens? (Skalenwerte: zufrieden/deutlich zufrieden/sehr zufrieden; 1991)	68
Abbildung 4 6: Wie zufrieden sind Sie derzeit mit den folgenden Bereichen des Lebens? (Skalenwerte: zufrieden/deutlich zufrieden/sehr zufrieden; Schichtverteilung; 1991)	68
Abbildung 4 7: Ausgewählte psychosoziale Beschwerden 1991	69
Abbildung 4 8: Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben? (1991)	69
Abbildung 4 9: Aus welchen Gründen tun Sie nichts für Ihre Gesundheit? (1994)	70
Abbildung 4 10: Mögliche Beschwerden in den Wechseljahren (Frauen im Alter von 40 bis 59 Jahren, 1991)	73
Abbildung 4:11: Ausgewählte Krankheiten der 65jährigen und älteren Berliner/-innen 1991	75
Kapitel 5:	
Abbildung 5.1: Modell der Wechselwirkung sozialer und gesundheitlicher Dimensionen	80

6.5 Quellenverzeichnis

Abgeordnetenhaus von Berlin: Mitteilung über die Fortschritte in der Tätigkeit des Senats zur Wiedereingliederung von Obdachlosen und der Verhinderung drohender Obdachlosigkeit - Drsn Nr. 1271300 und 12/2636

Bericht über die geburtshilflich-gynäkologische Statistik 1993 in Berlin Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit. Referat Gesundheitsstatistik, Gesundheitsberichterstattung, Informations- und Kommunikationstechnik, Datenschutz

Epidemiologische Forschung Berlin: Gesundheit, Umwelt und soziale Lage in Berlin 1991 Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys 1991 im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Landes Berlin.

Epidemiologische Forschung Berlin: Konsum von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren in West-Berlin 1990/1991, unveröffentlichter Bericht. 2 Konsum und Mißbrauch von Alkohol, illegalen Drogen und Tabakwaren durch junge Menschen in Ost-Berlin, unveröffentlichter Bericht

Hermann, S., Meinschmidt, G., Thielke, H.: Eine repräsentative Erhebung zu Fragen der Gesundheit, der Prävention und ihrer Gestaltung. Gesundheitsbarometer 2. Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit. Berlin 1994

Hermann, S., Meinschmidt, G.: Sozialstrukturatlas Berlin. Erste gemeinsame Berechnung für alle Bezirke. Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit. Berlin 1995.

Jahresgesundheitsbericht 1992: Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit. Referat Gesundheitsstatistik, Gesundheitsberichterstattung, Informations- und Kommunikationstechnik, Datenschutz.

Jahresgesundheitsbericht 1993: Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit. Referat Gesundheitsstatistik, Gesundheitsberichterstattung, Informations- und Kommunikationstechnik, Datenschutz.

Jahresgesundheitsbericht 1994: Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit. Referat Gesundheitsstatistik, Gesundheitsberichterstattung, Informations- und Kommunikationstechnik, Datenschutz.

Kiss, A.: Zur gesundheitlichen Lage von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1991/1992. Diskussionspapier 22. Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit. Berlin 1995.

Kiss, A.; Hermann, S.; Thielke, H.: Vermeidbare Sterbefälle in Berlin 1983 - 1992. Diskussionspapier 23. Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit. Berlin 1995.

Obdachlosenplan, Drucksache Nr. 12/4994 (II B 33 b.) - Schlußbericht.

Statistische Landesamt Berlin. Mikrozensus

6.6 Literaturverzeichnis

Abgeordnetenhaus von Berlin: Mitteilung über die Fortschritte in der Tätigkeit des Senats zur Wiedereingliederung von Obdachlosen und der Verhinderung drohender Obdachlosigkeit - Drsn Nr 1271300 und 12/2636

Alltagszeit - Lebenszeit Zeitstrukturen im privaten Haushalt Hrsg. Gräbe, S. Frankfurt 1992.

Arbeit, Frauen, Gesundheit. Reihe: Kritische Medizin im Argument Argument-Sonderband AS 107 Berlin 1983.

Bartholomeyczik, S.: Was kann sozialmedizinische Forschung zum Gesundheitszustand von Frauen sagen? In: Arbeit, Frauen, Gesundheit. Reihe: Kritische Medizin im Argument Argument-Sonderband AS 107 Berlin 1983.

Beblo, M.: Zur Dimension der sozialen und gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Berlin - Eine empirisch-statistische Diagnose Diskussionspapier 25 Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin 1995

Beruf, Familie und Gesundheit bei Frauen Hrsg. Bartholomeyczik, S. Berlin 1988.

Demmer, H.: Harte Jahre - schöne Stunden Perspektiven ganzheitlicher Belastungsanalyse am Beispiel teilzeitarbeitender Frauen. Berlin 1989.

Epidemiologie und Gesundheitsforschung. Vorschlag für eine epidemiologische umwelt- und sozialbezogene Gesundheitsberichterstattung Konzeption für das Bundesland Berlin. Hrsg.: Kirschner, W.; Hoeltz, J. Berlin 1992

Erster Altenbericht der Bundesregierung Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bonn 1993

Franke, A.: Gesundheit ist Spaß am Leben. In: Frauen und Gesundheit Thema: Körper und Psyche. Hrsg. Red. Psychologie heute. Weinheim 1989.

Frau und Gesundheit. Beiträge zur Sensibilisierung für eine frauenspezifische Gesundheitsförderung. Hrsg. Sonntag, U.; Gerdes, U. Oldenburg 1992

Frauen in Deutschland Lebensverhältnisse, Lebensstile und Zukunftserwartungen Die Schering-Frauenstudie 1993. Hrsg. Institut für Demoskopie Allensbach. Köln 1993.

Frauen und Gesundheit. Thema: Körper und Psyche. Hrsg. Red. Psychologie heute Weinheim 1989.

Frauen und Gesundheit in Bremen Projekt: Gesundheitshandeln und Lebensweisen von Frauen Erste Ergebnisse aus Gesprächen mit 50 jungen Müttern. Bremen 1989.

Geriatric-Rahmenkonzept Berlin. 1992

Gesundheitswesen im Umbruch Gesundheitsrisiko Arbeitslosigkeit In: Gesundheitsreport des Landes Brandenburg 1994 Hrsg. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen

Helfferrich, C.: Jugend, Körper und Geschlecht Die Suche nach sexueller Identität. Opladen 1994

Helfferrich, C., Troschke, v. J.: Der Beitrag der Frauengesundheitsforschung zu den Gesundheitswissenschaften/Public Health in Deutschland. Schriftenreihe der Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/Public Health an der Abteilung für medizinische Soziologie der Universität Freiburg, Bd. 2. Freiburg 1994.

Hermann, S., Meinschmidt, G., Thielke, H.: Eine repräsentative Erhebung zu Fragen der Gesundheit, der Prävention und ihrer Gestaltung. Gesundheitsbarometer 2. Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit. Berlin 1994.

Hermann, S., Meinschmidt, G.: Sozialstrukturatlas Berlin. Erste gemeinsame Berechnung für alle Bezirke. Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit. Berlin 1995.

Hurrelmann, K.: Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim 1988.

Kirschner, W., Radoschewski, M.: Gesundheits- und Sozialsurvey Berlin. Diskussionspapier 17. Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit. Berlin 1993.

Kiss, A.: Zur gesundheitlichen Lage von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1991/1992. Diskussionspapier 22. Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit. Berlin 1995.

Kiss, A.; Hermann, S.; Thielke, H.: Vermeidbare Sterbefälle in Berlin 1983 - 1992. Diskussionspapier 23. Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit. Berlin 1995.

Kolip, P.: Lebenslust und Wohlbefinden: Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung. Weinheim 1994.

Lauritzen, C.: Das Klimakterium der Frau. Berlin 1982.

Leibold, G.: „Ratgeber Wechseljahre“. München 1988.

Maschewsky-Schneider, U., Klesse, R.: Lebenslagen und Gesundheitshandeln von sozial benachteiligten Frauen: Die Bedeutung eines handlungstheoretischen Modells der Sozialstruktur für die Gesundheitsforschung. Soz. Präventivmed. 1993; 38: 156 - 164.

Neubauer, E.: Alleinerziehende Mütter und Väter - Eine Analyse der Gesamtsituation. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Bd. 219. Bonn 1988.

Obdachlosenplan, Drucksache Nr. 12/4994 (II. B. 33 b.) - Schlußbericht

Psychosoziale Praxis - gemeindepsychologische Perspektiven. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. Hrsg. Keupp, H.; Rerrich, D. München 1982.

Radoschewski, M., Kirschner, W., Kirschner, R., Heydt, K.: Entwicklung eines Präventionskonzeptes für das Land Berlin. Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit. Berlin 1994.

Sonntag, U., Gerdes, U.: Frauen - das kranke Geschlecht? In: Frau und Gesundheit. Beiträge zur Sensibilisierung für frauenspezifische Gesundheitsförderung. Hrsg. Sonntag, U., Gerdes, U. Oldenburg 1992.

Taubert, H. D.; Kuhl, H.: Das Klimakterium. Pathophysiologie, Klinik-Therapie. Stuttgart 1987.

Walter, J.: Wechseljahre - Chancen oder Probleme. Die körperlichen und seelischen Veränderungen - Was man gegen Beschwerden tun kann. Stuttgart 1992.

Wechseljahre. Eine Broschüre zur Selbsthilfe. Hgr. Feministisches Frauen Gesundheits-Zentrum e.V. Berlin 1994.

Weiß, G.: Laboruntersuchungen nach Symptomen und Krankheiten. Mit differentialdiagnostischen Tabellen Berlin 1979.

Zoike, E.: Frauen im Beruf Gesundheitsrelevante Aspekte. In: Die Betriebskrankenkasse 1/1994.

6.7 Diskussionspapiere

Der Jahresgesundheitsbericht wird komplettiert durch die von der Senatsverwaltung für Gesundheit zur Gesundheits- und Sozialforschung in unregelmäßiger zeitlicher Folge herausgegebenen *Diskussionspapiere*

In dieser Reihe sind bisher erschienen:

1. Meinschmidt, Gerhard
Ärzte beurteilen Sozialstationen. Eine statistisch empirische Diagnose. 1986
2. Imme, Uwe
Meinschmidt, Gerhard
Wanjura, Marlies
Der Krankenpflegenotfalldienst durch Sozialstationen
Eine Zwischenbilanz aus empirischer Sicht. 1986.
3. Imme, Uwe
Meinschmidt, Gerhard
Strukturanalyse arbeitsloser Sozialhilfeempfänger.
Eine statistische Analyse 1986.
4. Meinschmidt, Gerhard
Völker-Oswald, Ingrid
Zum Bedarf an Unterstützung in Hilfssituationen älterer Menschen in Berlin.
Eine statistische Analyse. 1988
5. Meinschmidt, Gerhard
Strukturanalyse pflegebedürftiger Menschen in Berlin.
Eine statistische Analyse 1988.
6. Referat Sozial- und Medizinalstatistik,
EDV-gestützte Fachinformationssysteme,
Dr. Dohnke-Hohrmann, Sylvia (vormals Mader, Sylvia)
Die Jugendzahnpflege 1986.
Eine Untersuchung über den Zahnstatus bei Kindern und Jugendlichen in Berlin (West). 1988.
7. Referat Sozial- und Medizinalstatistik,
EDV-gestützte Fachinformationssysteme:
Schulentlassungsuntersuchungen 1985/86 in Berlin (West) nach Kriterien des Jugendgesundheitsschutzgesetzes 1988
8. Referat Sozial- und Medizinalstatistik,
EDV-gestützte Fachinformationssysteme:
Sozialhilfeempfänger in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung
Erfahrungsbericht zum 500er Programm. 1988.
9. Meinschmidt, Gerhard
Sozialhilfeempfänger auf dem Weg zurück ins Berufsleben. Grundgedanken zum Berliner Modell der Beschäftigung von arbeitslosen Sozialhilfeempfängern
Eine empirische Einstiegsstudie, die zu diesem Problemkomplex bei den Berliner Arbeitgebern durchgeführt wurde. 1988.
10. Liedtke, Dieter
Wanjura, Marlies
Projekt: Beratungspfleger (Teil 1)
Dezember 1988.
11. Baum, Christiane
Koch-Malunat, Norbert
Seeger, Michael
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik.
Januar 1989
12. Becker, Barbara
Kramer, Ramona
Meinschmidt, Gerhard
Zur subjektiven Morbidität der Berliner Bevölkerung.
September 1989
13. Liedtke, Dieter
Wanjura, Marlies
Projekt: Beratungspfleger (Teil 2)
November 1989
14. Haecker, Gero
Kirschner, Wolf
Meinschmidt, Gerhard
Zur "Lebenssituation von Sozialhilfeempfängern" in Berlin (West)
April 1990
15. Koch-Malunat, Norbert
Klausing, Michael
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1987 in Berlin (West).
Juni 1990

- 16 Kiss, Anita
Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1988/89 in Berlin (West)
Februar 1992
- 17 Kirschner, Wolf
Radoschewski, Michael
Gesundheits- und Sozialsurvey Berlin
Januar 1993.
- 18 Hermann, Sabine
Imme, Uwe
Meinlschmidt, Gerhard
Zur Sozialstruktur in den östlichen und westlichen Bezirken Berlins auf der Basis des Mikrozensus 1991
- Erste methodische Berechnungen mit Hilfe der Faktorenanalyse -
Januar 1993.
- 19 Thielke, Henning
Meusel, Katharina
Zur Überlebensdauer von Typ-II-Diabetikern
Ergebnisse einer 20jährigen Follow-up-Studie in Berlin-Ost
März 1994
- 20 Koch-Malunat, Norbert
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1990 in Berlin-West - eine statistische Analyse -
März 1994
- 21 Radoschewski, Michael
Kirschner, Wolf
Kirschner, Renate
Heydt, Kerstin
Entwicklung eines Präventionskonzeptes für das Land Berlin
Juli 1994.
- 22 Kiss, Anita
Zur gesundheitlichen Lage von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1991/1992
- eine statistische Analyse -
Februar 1995
- 23 Kiss, Anita
Hermann, Sabine
Thielke, Henning
Vermeidbare Sterbefälle in Berlin 1983 - 1992.
März 1995
- 24 Rothe, Kerstin
u. a.
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik Deutschland 1992.
April 1995
- 25 Beblo, Miriam
Zur Dimension der Sozialen und Gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Berlin
- Eine statistisch-empirische Diagnose -
Juni 1995
- 26 Hermann, Sabine
Hiestermann, Angelika
Gesundheitliche und soziale Lage von Frauen in Berlin
- eine empirische Diagnose -
Oktober 1995.

Außerhalb dieser Reihe wurde veröffentlicht:

- Hermann, Sabine
Meinlschmidt, Gerhard
Eine repräsentative Erhebung zur Gesundheitspolitik, der Politik im allgemeinen und zur Pflegeproblematik
- Gesundheitsbarometer 1 - November 1991
- Hermann, Sabine
Meinlschmidt, Gerhard
Thielke, Henning
Eine repräsentative Erhebung zu Fragen der Gesundheit, der Prävention und ihrer Gestaltung
- Gesundheitsbarometer 2 - Dezember 1994.

- Meinschmidt, Gerhard
Imme, Uwe
Kramer, Ramona
Sozialstrukturatlas Berlin (West)
Eine statistisch-methodische Analyse mit
Hilfe der Faktorenanalyse. März 1990
(vergriffen)
- Hermann, Sabine
Meinschmidt, Gerhard
Sozialstrukturatlas Berlin
- Erste gemeinsame Berechnung für alle Be-
zirke - Juli 1995

Die Broschüren können in der Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin - Referat Gesundheitsstatistik, Gesundheitsberichterstattung, Informations- und Kommunikationstechnik, Datenschutz-, Märkisches Ufer 54, 10179 Berlin, angefordert werden.

