

Barbara Dippelhofer- Stiem, Patricia Döll

Gesundheitsstatus und Gesundheitssystem in geschlechtsspezifischer Perspektive

Bis hinein in die 1990er Jahre war die dezidiert frauenspezifische Analyse des gesundheitlichen Zustands der Bevölkerung, der allgemeinen Krankheitsbilder wie der damit verknüpften Lebenshaltungen eine eher exotische Angelegenheit; sie blieb zumeist wenigen feministischen Forscherinnen vorbehalten. Dies hat sich mittlerweile deutlich geändert. Seit Beginn der 1990er Jahre ist eine steigende Zahl einschlägiger Untersuchungen und Publikationen zu verzeichnen. Gleichsam als Gegenreaktion auf die vormalige Vernachlässigung werden nun weibliche Spezifika besonders herausgestellt: Weiblichkeit ist keine Krankheit! (Kolip 2000); Frauen sind anders krank (Maschewsky- Schneider 1997); Sind Frauen weniger gesund als Männer? (Sieverding 1998) - das sind prominente Stichworte, die die gegenwärtige Diskussion kennzeichnen. Gleichwohl liegen ihnen oftmals Studien zugrunde, die den Erkenntnishorizont auf beide Geschlechter ausdehnen. Der ursprünglich auf Frauen konzentrierte Blick ist von einem komparatistischen Ansatz abgelöst worden.

Auch der vorliegende Beitrag folgt dieser vergleichenden Vorgehensweise. Er will in geschlechtsspezifischer Pointierung Einblick nehmen in verschiedene Facetten der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in Sachsen-Anhalt. Die Aufmerksamkeit gilt zunächst der Lebenserwartung von Frauen und Männern, der Sterblichkeit sowie den Todesursachen in diesem Bundesland. Es werden dann die wichtigsten Krankheitsbilder erörtert. Auskünfte über gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und Lebensstile schließen sich an. Ein weiterer Schwerpunkt richtet sich auf das Gesundheitssystem als solches - Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und andere Institutionen sind ein unverzichtbarer Arbeitsort gerade für Frauen. Die Ausführungen werden schließlich durch bilanzierende Überlegungen abgerundet. Als Datengrundlage dient zuvorderst der Vierte Gesundheitsbericht des Landes Sachsen-Anhalt (Dippelhofer- Stiem, B./ Köhler, G.)¹. Er versammelt Daten der Amtstatistik sowie anderer Institutionen und ist im Auftrag des Landes Sachsen-Anhalt erstellt und finanziell gefördert worden. Die Daten sind in der genannten Publikation zusammengeführt, geschlechts- und regionalspezifisch aufbereitet und in ausführlichen Tabellen und Schaubildern dokumentiert. Ergänzend werden Befunde aus Surveys herangezogen.

Im Internet unter:

<http://www.sachsen-anhalt.de/rcs/LSA/345552/gesundhbericht.02.pdf>

1. Lebenserwartung, Sterblichkeit und Todesursachen

Lebenserwartung und Sterblichkeit sind gemeinhin wichtige Indikatoren für den Wohlstand und die Qualität einer Gesellschaft. So gesehen, haben sich die westlichen Industrienationen kontinuierlich zum Besseren entwickelt. Mit steigendem Lebensstandard, verbesserter Hygiene und Ernährung sowie dem Ausbau des Gesundheitswesens ist eine kontinuierliche Steigerung der Lebenszeit einhergegangen. Freilich haben die Geschlechter in unterschiedlichem Maße davon profitiert: Wie in vergleichbaren Nationen sterben auch in der Bundesrepublik Deutschland männliche Gesellschaftsmitglieder früher als weibliche (vgl. Eickenberg/Hurrelmann 1997). So darf es nicht überraschen, dass die Männer in Sachsen-Anhalt ebenfalls mit einer geringeren *Lebenserwartung* rechnen müssen. Sie werden rund 73, die Frauen etwa 80 Jahre alt. Obgleich Annäherungen an den bundesdeutschen Durchschnitt zu vermelden sind, ist die mittlere Lebensdauer beider Geschlechter nach wie vor kürzer in den meisten neuen Bundesländern. Dies dürfte auch in den ungünstigeren Lebensverhältnissen in der vormaligen DDR gründen, die sozusagen im früheren Sterbealter der Seniorinnen und Senioren nachhallen. Die kürzere Lebenszeit spiegelt sich zudem in den *Sterberaten*, das heißt, dem Anteil der Verstorbenen je 100.000 EinwohnerInnen wider. Sie erreichen den Wert 1.211 bei Männern und 687 bei Frauen. Bereits zu Beginn des Lebens sind geschlechtsspezifische Variationen zu konstatieren (vgl. Tabelle 1). Die Wahrscheinlichkeit, das erste Lebensjahr zu erreichen, liegt bei Jungen unter der von Mädchen. Nach dem ersten Lebensjahr nimmt die *Überlebenswahrscheinlichkeit* bei beiden Geschlechtern zwar übergreifend zu und erfährt im Alter zwischen 5 bis 15 Jahren ihre höchste Ausprägung, um danach wieder, wenn auch leicht, abzufallen. Der Verlauf ist aber wiederum für Frauen günstiger. Etwa ab dem 55. Lebensjahr steigt die Sterblichkeit bei Männern sprunghaft an. Dieser Effekt tritt in der weiblichen Vergleichsgruppe erst 10 Jahre später, ab dem 65. Lebensjahr ein. Danach nimmt die weitere Entwicklung bei beiden Geschlechtern kaum mehr einen linearen, sondern eher einen exponentiellen Verlauf. In diesen Zahlen sind die sogenannten *vorzeitigen Sterbefälle* enthalten. Darunter wird der Tod vor dem Erreichen des 65. Lebensjahres verstanden. Auch in dieser Hinsicht sind mehr Männer als Frauen betroffen. Von allen Todesfällen im Jahre 2000 (30.175) starben rund 16 Prozent Männer im Alter unter 65 Jahren; Frauen unter 65 haben einen Anteil von 7 Prozent (vgl. dazu StLA 2002a, S. 10).

Über die Hälfte aller *Todesursachen* in Sachsen-Anhalt im Jahr 2000 gingen auf Erkrankungen des Kreislaufsystems zurück. Bei beiden Geschlechtern nimmt diese, nach dem internationalen ICD-Schlüssel (Dilling/Mombour/Schmidt 1997) vorgenommene Kategorisierung den ersten Rangplatz ein, gleichwohl ist die Ausprägung unterschiedlich: Für mehr als die Hälfte aller gestorbenen Frauen und nur etwas weniger als jeden zweiten gestorbenen Mann wurde eine derartige Todesursache festgestellt. Ein weiterer, durchaus erheblicher Anteil, mit etwa einem Viertel aller Sterbefälle, gründet in bös- und gutartigen Neubildungen. Bezogen auf

die Geschlechter ist diese Todesursache für Männer hier erheblicher. Jeder dritte Mann und jede fünfte Frau stirbt daran. Mit einigem Abstand folgen Krankheiten des Verdauungssystems sowie Todesursachen auf Grund äußerer Umstände (Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen). Hieran schließen Krankheiten des Atmungssystems sowie Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten an. Die weiteren Todesursachen haben einen eher marginalen Anteil an allen Sterbefällen.

Tabelle 1: Alters- und geschlechtsspezifische Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt 1999 und 2000

Alter von ... bis...	Sterbefälle je 1.000 der mittleren Bevölkerung			
	weiblich		männlich	
	1999	2000	1999	2000
< 1	3,7	3,8	4,2	4,7
1 - 5	0,4	0,3	0,4	0,3
5 - 10	0,2	0,2	0,2	0,2
10 - 15	0,2	0,1	0,3	0,2
15 - 20	0,4	0,3	0,7	0,8
20 - 25	0,3	0,4	1,0	1,1
25 - 30	0,3	0,4	1,0	1,0
30 - 35	0,5	0,6	1,4	1,4
35 - 40	0,9	0,8	2,4	2,1
40 - 45	1,2	1,4	3,2	4,1
45 - 50	1,9	1,8	4,9	5,0
50 - 55	2,8	2,8	7,6	7,1
55 - 60	4,9	5,0	10,7	12,6
60 - 65	7,6	7,3	17,9	16,8
65 - 70	13,5	13,0	29,4	27,6
70 - 75	22,7	23,9	45,2	43,1
75 - 80	43,4	42,2	69,7	67,7
80 - 85	77,8	68,2	120,6	102,5
85 - 90	140,7	139,8	182,8	189,9
90 und älter	235,9	219,9	264,5	290,8

Quelle: Statistisches Landesamt (2002a), S. 10f

len (vgl. Tabelle 2). Wird die anteilmäßig häufigste Todesursachenklasse, die Kreislauferkrankungen, in ihrem *regionalen* Auftreten in Augenschein genommen, so offenbaren sich zum Teil erhebliche Unterschiede. Bei den Männern liegen die geringsten Raten im Jahr 2000 im Jerichower Land vor – 378 von 100.000. Die höchste Rate je 100.000 Männer besteht im Kreis Weißenfels (733). Bei den Frauen findet sich hingegen die geringste Rate im Saalkreis (538), die höchste im Kreis Bitterfeld (827).

Wie bei den Sterbefällen durch Kreislauferkrankungen ist auch ein Trend bei *Neubildungen* zu erkennen: Die Sterbewahrscheinlichkeit geht grundsätzlich mit

wachsendem Alter einher. Allerdings sind deutliche geschlechtsspezifische Variationen zu konstatieren: Wenn Frauen an einer Neubildung versterben, so sind es überproportional häufig die jüngeren. 41 Prozent gehörten im Jahr 2000 der Altersklasse 35 bis 54 an, jede Fünfte war noch jünger. Ein weiteres Drittel war zwischen 55 und 74 Jahre alt, 15 Prozent älter. Die höchste Wahrscheinlichkeit für Männer, an Krebs zu sterben liegt hingegen im Alter zwischen 55 bis 74 Jahre (etwa 36 Prozent). In den Altersphasen davor und danach starb etwa jeder fünfte Mann wegen einer Neubildung. Die geringste Sterbehäufigkeit ist im Altersbereich von 15 bis 34 Jahren zu finden (6,5 Prozent). In der Gruppe bis zu 15 Jahren verschieden 17,5 Prozent (vgl. StLA 2002a, S. 16). Auch bezüglich der Neubildungen sind *regionale* Muster erkennbar, die sich von jenen anderer Todesursachen unterscheiden. Männer aus dem Regierungsbezirk Halle weisen mit 319 die höchste Sterberate in dieser Ursachenklasse auf; es folgen die Regierungsbezirke Dessau (308) und Magdeburg (303). Bei den Frauen ist sie im Regierungsbezirk Magdeburg hingegen am ausgeprägtesten (265), gefolgt vom Regierungsbezirk Halle und Dessau. Auf Kreisebene sind Männer im Mansfelder Land besonders betroffen (368), am wenigsten im Altmarkkreis Salzwedel (236). Die höchste Wahrscheinlichkeit für Frauen im Land Sachsen-Anhalt an Neubildungen zu sterben ist in Anhalt-Zerbst gegeben (306), am geringsten im Kreis Sangerhausen (181) (vgl. StLA 2002a, S. 24).

Tabelle 2: Todesursachen im Jahr 2000 in Sachsen-Anhalt nach ihrem Auftreten (Angaben in Prozent)

Todesursache (ICD-10)	Anteil nach dem Geschlecht		Gesamtanteil
	weiblich	männlich	
Kreislaufsystem (I00-I99)	57,2	44,1	51,0
Neubildungen (C00-D48)	22,1	27,5	24,6
Verdauungssystem (K00-K93)	4,2	7,2	5,7
Äußere Ursachen (S00-T98)	2,8	6,6	4,6
Atmungssystem (J00-J99)	3,8	5,3	4,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	5,1	3,1	4,1
Nervensystem und Sinnesorgane (G00-H95)	1,6	1,6	1,6
Urogenitalsystem (N00-N99)	1,2	1,2	1,2
Symptome und abnorme klinische Laborbefunde (R00-R99)	0,6	1,3	0,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	0,2	1,1	0,7
Sonstige	1,2	1,0	1,1

Quelle: Statistisches Landesamt (2001a), Teil 1, S. 64

Eigens zu erwähnen ist der *Suizid*. Auch hier bestehen deutliche Diskrepanzen zwischen den Geschlechtern. Bundesweit nehmen sich erheblich mehr Männer das Leben als Frauen. Bei den Selbsttötungsversuchen aber ist es umgekehrt, auch wenn diese nur geschätzt werden können, da sie statistisch nicht erfasst werden. Hinzu treten Alterseffekte. Mehr junge als ältere Menschen neigen dazu, aus dem Leben scheiden zu wollen, doch mehr Männer und überwiegend reifere Menschen realisieren ihre Absicht (vgl. Fiedler 2002, S. 5). Auch in Sachsen-Anhalt bestätigen sich diese Strukturen, und sie sind im Zeitvergleich stabil (vgl. Tabelle 3). Begingen im Jahr 1990, bezogen auf 100.000 Einwohner, insgesamt 25 Personen Suizid (38 Männer und 14 Frauen), so waren es im Jahr 2000 17 (25 Männer und 8 Frauen). In absoluten Zahlen heißt das: Es töteten sich insgesamt 435 Menschen, darunter 111 Frauen (vgl. StLA, 2002a, S. 18 und 8). Damit steht Sachsen-Anhalt hinsichtlich der Häufigkeit mit an der Spitze einer bundesweiten Negativreihung, hinter Thüringen und Sachsen (vgl. Fiedler 2002, S. 4).

Tabelle 3: Suizidfälle in der Bundesrepublik und in Sachsen-Anhalt, 1999 und 2000

	weiblich		männlich		absolut	
	(je 100.000)		(je 100.000)			
	1999	2000	1999	2000	1999	2000
Bundesrepublik	7,3	7,0	20,2	20,3	11.157	11.065
Sachsen-Anhalt	6,9	8,2	26,4	25,3	436	435

Quellen: Statistisches Bundesamt (2001), S. 442; Statistisches Landesamt (2000b) und (2002a), S. 18; Fiedler (2002)

In der Gesamtschau der Todesursachen ist allerdings einschränkend darauf hingewiesen, dass die Kategorisierung nicht unbedingt die Realität angemessen wiedergibt. Sie ist vielmehr abhängig von der Einschätzung und Gründlichkeit der involvierten MedizinerInnen und zugleich von den in der Ausbildung vermittelten analytischen Kenntnissen.

2. Das Spektrum der Krankheiten

Bis zu einem gewissen Grade spiegeln sich die häufigsten Todesursachen in den vorgängigen Krankheitsbildern, jedoch sind sie keinesfalls deckungsgleich. Dies jedenfalls lässt der Blick auf die Gründe, die zu einem Krankenhausaufenthalt führen, schließen (vgl. Tabelle 4). Zugleich wird deutlich, dass die Rangreihe der Krankheitsgruppen zwar der des Bundesgebiets entspricht, doch sind die auf die Bevölkerungszahl standardisierten Häufigkeiten in Sachsen-Anhalt ausgeprägter. Zwei Krankheitssyndrome rangieren auf der Liste der Behandlungen im Krankenhaus ganz vorne - Erkrankungen des Kreislaufsystems sowie Neubildungen. Sie umfassen

17 bzw. 14 Prozent aller im Jahre 2000 aus dem Spital entlassenen PatientInnen. Weitere 10 Prozent stehen jeweils im Zusammenhang mit Verletzungen und Vergiftungen sowie mit Problemen des Verdauungssystems. Es folgen Krankheiten des Skelett- und Muskelsystems und des Urogenitalbereichs. Geschlechtsspezifische Unterschiede treten hervor - Neubildungen und Urogenitalbelastungen sind stärker Frauensache, Kreislaufschwierigkeiten, Verletzungen und Vergiftungen, Atmungsprobleme häufiger die von Männern. Gerade Männer im Alter zwischen 45 und 65 Jahren sind von Herz-Kreislauf-Problemen betroffen, Frauen, beginnend im mittleren Erwachsenenalter, von Neubildungen. Ihre mit dem Alter steigende Quote an den stationären Behandlungen ist aber vor allem ein Alterseffekt. Das heißt im Umkehrschluss: Altersgesundheit ist Frauengesundheit. Eine spezifische Männerkrankheit ist der Alkoholismus. Hierbei nimmt Sachsen-Anhalt einen vorderen Platz ein; es sind mehr als doppelt so viele Fälle zu vermelden wie in der Bundesrepublik insgesamt. Denn bei 79 von 10.000 Männern wurden Störungen durch Alkohol diagnostiziert; bundesweit 33 (vgl. StBA 2001, S. 452; StLA 2002b, S. 32).

Tabelle 4: Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre PatientInnen im Land Sachsen-Anhalt 2000 nach ausgewählten Krankheitsarten, Altersgruppen und Geschlecht (Angaben in Prozent¹)

Krankheitsklassen (gem. ICD 10)	Altersgruppen und Geschlecht							
	0-15		15-45		45-65		>65	
	w	m	w	m	w	m	w	m
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	0,1	0,1	0,6	0,8	1,9	3,2	5,9	4,2
Neubildungen (C00-D48)	0,1	0,1	1,2	0,5	3,0	2,3	3,3	2,8
Verletzungen/ Vergiftungen (S00-T98)	0,7	1,0	1,2	2,9	0,9	1,3	1,9	0,6
Krankheiten des Verdauungs- systems (K00-K93)	0,7	0,7	1,5	1,5	1,3	1,7	1,9	1,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	0,2	0,2	1,8	0,5	1,6	0,7	1,1	0,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	1,0	1,3	0,7	0,7	0,4	0,7	0,9	0,9
übrige Krankheits- klassen	1,9	2,2	8,9	4,9	4,1	4,5	6,0	3,0
Insgesamt	4,7	5,7	15,7	11,7	13,3	14,4	20,9	13,6

¹ Basis: 583.802 Fälle = 100%

Quelle: Statistisches Landesamt (2002b), S. 10f sowie eigene Berechnungen

Nach statistischen Schätzungen ist in Deutschland jährlich mit mehr als 280.000 Neuzugängen an *Herzinfarkten* zu rechnen. Allerdings kann für die alten als auch neuen Länder eine Abnahme der Gesamtmortalität an Herz-Kreislauf-Krankheiten festgestellt werden. Frauen weisen dabei zwar eine niedrigere Herzinfarktsterblichkeit als Männer auf, doch deuten Untersuchungen auf eine Zunahme der Inzidenzraten hin (vgl. Wiesner/Grimm/Bittner 1999). Der bundesweite Trend lässt sich ebenfalls in Sachsen-Anhalt beobachten. Im Jahr 2000 wurden 51.019 Fälle wegen Kreislauferkrankungen in den Krankenhäusern Sachsen-Anhalts stationär behandelt. Deutlich heben sich dabei 10.783 Behandlungsfälle der Männer im Alter zwischen 45 bis 65 Jahren vor allen anderen ab (Frauen in diesem Alter: 4.405). Im Altersbereich über 65 Jahren liegen zwar die Behandlungsfälle der Frauen (19.077) weitaus höher als die der Männer (14.686), doch ist dies wiederum dem Frauenüberhang in dieser Altersgruppe zuzurechnen (vgl. StLA 2002b, S. 32f).

Auch bei den *Neubildungen* treten alters- und geschlechtsbezogene Besonderheiten zutage. Bezogen auf 10.000 EinwohnerInnen der Alters- und Geschlechtsgruppe sind besonders die Männer im SeniorInnenalter von Neubildungen betroffen - 536 Männer und 229 Frauen. Im Altersbereich von 45 bis 65 ist es gegenläufig - 172 Männer und 243 Frauen. In der Altersklasse der 15 bis 45 Jährigen liegen zwar für beide Geschlechter deutlich geringere Fallzahlen vor, doch die Wahrscheinlichkeit für Frauen, an Neubildungen zu erkranken und stationär behandelt werden zu müssen, ist sehr viel höher - 6 Männer und 52 Frauen. In der Gruppe bis zu 15 Jahren waren 7 Krankenhausbehandlungen pro 10.000 zu verzeichnen - einzig junge Mädchen. Ein Vergleich zwischen Bund und Land offenbart, dass in Sachsen-Anhalt sowohl mehr Männer als auch mehr Frauen wegen Neubildungen stationär behandelt werden müssen. Dies wiederum deutet auf eine höhere Inzidenz- und Prävalenzrate im Land hin (vgl. Haberland et al. 2001).

Einschränkend ist zu vermerken, dass das hier entfaltete Spektrum der wichtigsten Krankheiten unvollständig bleiben muss. Es bezieht sich nur auf die in den Krankenhäusern des Landes behandelten Fälle. Mit welchen Beschwerden und schwerwiegenden Leiden sich Menschen in den Praxen der niedergelassenen Ärzte einfinden, ist kaum zuverlässig zu ermitteln. Dies gilt auch hinsichtlich der frauenspezifischen Erkrankungen, sofern sie von den Fachärztinnen und -ärzten in freier Praxis behandelt werden. Sie gesellen sich den im Krankenhaus behandelten hinzu. Im Jahr 2000 haben die Ärztinnen und Ärzte insgesamt über 15 Millionen ambulante Behandlungsfälle vermeldet, wovon etwa 12 Prozent den gynäkologischen Praxen anzurechnen sind. Damit werden innerhalb der Gruppe der Fach- und Gebietsärzte die Gynäkologen nach den Pädiatern am häufigsten aufgesucht. Mit einzubeziehen sind hier auch Behandlungsfälle im Zusammenhang mit einer *Schwangerschaft*. Im Jahr 2000 sind in Sachsen-Anhalt 7,1 Kinder pro 1.000 Personen der mittleren Bevölkerung auf die Welt gekommen. Im Vergleich zur letzten Dekade ist die Geburtenrate erfreulicherweise gestiegen, wenngleich die Zuwächse keineswegs den Bevölkerungsrückgang kompensieren können. Diesem

Trend steht allerdings eine nach wie vor beachtliche Zahl von Abortionen gegenüber. Für einen *Schwangerschaftsabbruch* entschieden sich bundesweit 134.609 Frauen. In Sachsen-Anhalt verringerte sich die Zahl gegenüber 1990 um gut die Hälfte: 5.881 Frauen ließen eine Abortion durchführen. Aber es bleibt, gemessen an der gesamten weiblichen Bevölkerungszahl (vgl. StBA 2001, S. 52), festzuhalten, dass das hiesige Land verhältnismäßig mehr Abbrüche gegenüber den bundesweiten Fallzahlen aufweist. Wenn bundesweit auf rund 300 Frauen ein Abbruch kommt, so ist die Relation in Sachsen-Anhalt etwa 50 Prozent höher.

In das Spektrum der Krankheiten und Beeinträchtigungen einzubeziehen sind die behinderten Personen sowie jene, die nicht mehr oder nur eingeschränkt am Erwerbsleben teilnehmen können. Im Land Sachsen-Anhalt leben mehr als 168.400 *Schwerbehinderte*. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind kaum zu verzeichnen: Im Regierungsbezirk Dessau sind von den insgesamt 32.495 Schwerbehinderten 15.926 weiblichen Geschlechts. Noch geringer fällt die Differenz im Regierungsbezirk Halle aus; hier sind es 27.838 Männer und 27.361 Frauen. Von den 80.765 Schwerbehinderten im Regierungsbezirk Magdeburg sind 40.151 Frauen (vgl. StLA 2000a, S. 12f).

Nicht nur - im klassischen Sinne - behinderte Menschen, sondern auch jene, die von Arbeitsunfähigkeit, verminderter Erwerbsfähigkeit und Berufskrankheiten betroffen sind, müssen Einschränkungen im Alltag erleben. Nach Angaben des Verbandes der Rentenversicherer standen in Sachsen-Anhalt im Jahr 2000 insgesamt 87.227 (45.022 Frauen, 42.205 Männer) laufende Rentenzahlungen wegen *verminderter Erwerbsfähigkeit* an. Das Durchschnittsalter bei Männern zum Bezug einer entsprechenden Rente betrug rund 53 Jahre, das der Frauen um 54 Jahre. Die häufigsten Ursachen sind Krankheiten des Kreislaufsystems, hier wiederum Ischämische Herzkrankheiten, Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems, darunter besonders häufig Erkrankungen der Wirbelsäule, Bandscheibenbeschwerden und sonstige Rückenleiden, sowie Psychische und Verhaltensstörungen - in dieser Klasse treten deutlich Störungen durch die Einnahme psychotroper Substanzen hervor. Einzig in der Gruppe der Herz- Kreislauf-Erkrankungen lassen sich Differenzen zwischen den Geschlechtern zu Lasten der Männer beobachten: Sie sind hiervon neuerlich stärker als Frauen betroffen.

Insgesamt gesehen, hat der Gesundheitsstatus der Bevölkerung in Sachsen-Anhalt das bundesdeutsche Niveau noch nicht erreicht. Dies ist keinesfalls allein dem Medizinsystem geschuldet. Es ist vielmehr auch als Ausdruck und Ergebnis der schwierigen sozialen Lage eines Teils der Bevölkerung zu interpretieren. Ein wichtiger Indikator dafür ist die Arbeitslosigkeit, von der jede fünfte Person im erwerbsfähigen Alter betroffen ist – Frauen häufiger als Männer. Denn alle vorliegenden Studien geben eindruckliche Belege dafür, dass sich gesellschaftliche Benachteiligung und Unterprivilegierung ursächlich in der psychosozialen Befindlichkeit, der Krankheitsanfälligkeit und dem vorzeitigen Sterben niederschlagen (Borgers/ Steinkamp 1994; Helmert et al. 2000). Allerdings lassen die verfügbaren

Daten es nicht in hinreichendem Maße zu, geschlechtsspezifische Besonderheiten innerhalb der verschiedenen sozialen Schichten zu identifizieren. Es ist aber anzunehmen, dass – wie in bundesweiten Studien belegt (Maschewsky-Schneider 1997) – auch in Sachsen-Anhalt gerade in unterprivilegierten Milieus Frauen noch stärker belastet und von Krankheiten heimgesucht sind als Männer.

3. Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen, Bedingungen und Lebensstile

Neben der sozialen Lage ist der Gesundheitsstatus der Bevölkerung mit beeinflusst von der Aufgeschlossenheit gegenüber den präventiven Angeboten des medizinischen Systems sowie den äußeren Bedingungen, der subjektiven Lebensführung und dem individuellen, die salutogenen Potenziale stützenden Verhalten. Stets treten geschlechtsspezifische Unterschiede hervor, die als Erklärungshorizont für die unterschiedliche Lebenserwartung und die Krankheitsspektren dienen mögen. Frauen zeigen sich in nahezu allen Aspekten als das - im weitesten Sinne - gesundheitsbewusstere Geschlecht.

Obzwar keineswegs alle Sachsen-Anhalterinnen die jeweiligen *Vorsorgeangebote* nutzen, partizipieren sie dennoch viel häufiger als Männer. Im Jahr 2000 nahm fast jede zweite Anspruchsberechtigte die von der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglichte Untersuchung zur Früherkennung von Krebs wahr. Aber kaum mehr als jeder zehnte Mann konnte sich zu einer solchen Untersuchung entschließen (vgl. Tabelle 5). Zwar geht die Beteiligung der Frauen an den allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen und Check ups ab 36 Jahren rapide zurück, wobei die Männer insgesamt mehr Interesse zeigen (ab 45 Jahre), doch muss im Geschlechtervergleich bei den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen eine regere Beteiligung eindeutig den Frauen zugesprochen werden. Über die Jahre seit 1991 zeigt sich schließlich, und geschlechtsübergreifend, eine gesteigerte Nachfrage; die Teilnahme an diesen Untersuchungen hat, wenn auch mit Schwankungen, zugenommen. *Schwangerschaftsuntersuchungen* erfreuen sich ebenfalls wachsender Beliebtheit. Über 80 Prozent der werdenden Mütter nahm 2000 die im Regelfall üblichen 10 und mehr Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch.

Doch suchen die Frauen in Sachsen-Anhalt nicht nur die Angebote des medizinischen Systems häufiger auf. Sie neigen auch schneller dazu, zu Medikamenten und Pillen zu greifen. Wie eine in Magdeburg im Auftrag des Gesundheitsministeriums durchgeführte Panelerhebung belegt, nimmt jede dritte Frau im mittleren Lebensalter regelmäßig Hormonpräparate; auch werden andere

Medikamente in weit höherem Grade eingenommen als dies bei der Vergleichsgruppe der Männer der Fall ist. Insgesamt wenden über drei Viertel der Frauen täglich mindestens ein Arzneimittel an, wobei blutdrucksenkende Medikamente an der Spitze liegen (vgl. Hinze/Adam/Nörenberg 2003). Bundesweite Sonderauswertungen der Techniker Krankenkasse bestätigen, dass Frauen in den Wechseljahren verstärkt zu Hormonen greifen – mehr als jede zweite weibliche Versicherte in dieser Altersgruppe enthält entsprechende Medikamente (Techniker Krankenkasse 2002). Weiterhin ist aufgrund unterschiedlicher Gesundheitsselbstkonzepte von Frauen und Männern eine erhöhte Symptomaufmerksamkeit seitens der weiblichen Personen zu erkennen (vgl. BMFSFJ 2002, S. 189; Sieverding 1998). Sie berichten öfter als Männer über Unwohlsein oder Schmerzen und weisen außerdem häufigere Arztbesuche auf. Es ist anzunehmen, dass dies in Sachsen-Anhalt ebenfalls zutrifft.

Tabelle 5: Beteiligung an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen von Frauen und Männern in Sachsen-Anhalt im Vergleich 1991 und 2000 (Prozentualer Anteil der Anspruchsberechtigten)

Jahr	GO Nr. 157	GO Nr. 158	GO Nr. 161	GO Nr. 162	GO Nr. 160
	(Frauen) ¹	(Männer) ²	(Frauen) ³	(Männer) ⁴	(Frauen und Männer) ⁵
1991	8,6	1,0	0,2	3,1	2,5
2000	44,5	11,3	0,3	7,0	11,4

1 GO Nr. 157: Krebsfrüherkennung ab 20. Lebensjahr bei Frauen

2 GO Nr. 158: Krebsfrüherkennung ab 45. Lebensjahr bei Männern

3 GO Nr. 161: Check up und Vorsorge ab 36. Lebensjahr bei Frauen

4 GO Nr. 162: Check up und Vorsorge ab 45. Lebensjahr bei Männern

5 GO Nr. 160: Check up ab 36. Lebensjahr bei Frauen und Männern und folgend alle 2 Jahre

Quellen: Kassenärztliche Vereinigung; Statistisches Landesamt (2001a), Teil 1, S. 48ff. sowie eigene Berechnungen.

Gesundheitsvorsorge und Medikation sind jedoch nur eine Seite der Medaille. Sie sind schwerlich denkbar ohne Einbeziehung der Gefahren und Risiken, die das Wohlbefinden der Menschen beeinträchtigen. Hierzu gehören im Wesentlichen die äußeren Umweltbedingungen und das individuelle Verhalten. Die statistischen Daten verweisen auf deutliche Verbesserungen in den *Umweltgegebenheiten* des Landes, nicht zuletzt deshalb, weil ganze Industriebereiche weggebrochen oder aber mit neuen Technologien ausgestattet wurden. Selbst in den ehemals durch chemische Industrie und Kupferbergbau belasteten Regionen sind heutzutage Überschreitungen von Grenzwerten nicht mehr zu verzeichnen. Allerdings entstammen dem Straßenverkehr weiterhin hohe Emissionen - über 720.000 Tonnen Kohlendioxid gehen zu seinen Lasten. Zudem kann Verkehrslärm zu ernsthaften Beeinträchtigungen führen. Dem Trinkwasser und den Lebensmitteln in Sachsen-Anhalt wird - auch in den früher durch Schwermetalle verunreinigten Gebieten - eine gute Qualität bescheinigt. Die Grenzwerte werden eingehalten. Günstige

Entwicklungen zeigen sich auch hinsichtlich der Qualität der Muttermilch, etwa im Bitterfelder Raum.

Solchen Steuerungen weniger zugänglich sind die *individuellen Verhaltensweisen*. Nach wie vor greifen Angehörige unterer Sozialschichten häufiger zur Zigarette als die höherer, Männer mehr als Frauen. Im Jahr 2000 liegt der Anteil unter den rauchenden Männern bundesweit bei 39 Prozent und ist somit deutlich höher als in der Gruppe der weiblichen Personen (31 Prozent). Frauen in den neuen Bundesländern sind aber enthaltsamer als die Geschlechtsgenossinnen im Westen. Dennoch mag die wachsende Zahl von schwangeren Raucherinnen in Sachsen-Anhalt bedenklich stimmen; gegenüber 1994 hat die Anzahl um 26 Prozent zugenommen. Auch der frühe Hang zur Zigarette, gerade bei Jugendlichen unterer sozialer Schichten, mag Anlass zur Sorge sein (vgl. im Überblick Knothe 2002). Dies gilt für den Alkoholkonsum der Heranwachsenden ebenso, die freilich nicht selten den Trinkgewohnheiten der Elterngeneration nacheifern. Nach wie vor belegt die Bundesrepublik einen Spitzenplatz im europäischen Pro- Kopf- Verbrauch alkoholischer Getränke. Mehr als ein Fünftel der Männer weist dabei einen riskanten bis gefährlichen Alkoholkonsum auf, bei den Frauen ist es etwa jede Zehnte (vgl. Kraus/ Augustin 2001). Illegale Drogen spielen hingegen kaum eine Rolle. Das Ernährungsverhalten der Sachsen-AnhalterInnen schließlich, schlägt sich im Körpergewicht nieder - die hiesigen Männer und Frauen sind etwas schwergewichtiger als jene im Bundesdurchschnitt. Aus einer Ernährungsstudie (vgl. Mensink/ Thamm/ Haas 1999) gehen deutliche Unterschiede der täglichen Nahrungsaufnahme zwischen ost- und westdeutschen Männern und Frauen hervor. So verzehren ostdeutsche Männer tendenziell mehr Brot und Fisch als jene in den alten Bundesländern; zugleich essen ostdeutsche Männer mehr Kuchen und Süßwaren. Ebenso präferieren auch die Frauen der neuen Länder häufiger Brot und Fisch als ihre Geschlechtsgenossinnen im Westen. Sie nehmen täglich weniger tierische Fette zu sich, aber auch weniger Kartoffeln. Frauen der alten Länder mögen dafür mehr Süßwaren. Gleichwohl bestehen aber auch Gemeinsamkeiten: So verzehren die Männer Deutschlands gleichviel Kartoffeln sowie tierische und pflanzliche Fette. Die deutschen Frauen sind sich einig beim Verzehr von Kuchen.

Gerade diese individuellen Verhaltensweisen - Rauchen, Alkoholkonsum und Ernährungsgewohnheiten - sind immer wieder Anlass zu allerlei Appellen. Deren Erfolge aber sind, wie verschiedene Studien zeigen, begrenzt (vgl. Fuchs/ Schwarzer 1994). Die Aufrufe zum gesundheitsbewussten Leben scheitern des öfteren an der Widerständigkeit der Menschen. Dies gründet im wesentlichen in den sozialen Rahmungen: So ist für viele Gesundheit nur ein Aspekt des Alltags; andere Lebensbereiche sind vielleicht problematischer - Geldsorgen, Angst vor Arbeitsplatzverlust, Eheschwierigkeiten. Zudem ist der Gebrauch von Genussmitteln in allen Gesellschaften kulturell determiniert und in bestimmten Grenzen akzeptiert. Er symbolisiert die Gegenwart in einer ansonsten von Kontrollzwängen geprägten

Gesellschaft. Die Essgewohnheiten, die Tendenz zu Schnellimbiss und individuellen Mahlzeiten, sind ebenfalls Ausdruck gesellschaftlicher Bedingungen, der neuen Zeitstrukturen in der Arbeitswelt, der zeitlichen Verdichtung des Familienlebens. Und gerade bei jungen Frauen und Männern dienen Suchtmittel nicht selten der sozialen Integration und Akzeptanz in der Gruppe der Gleichaltrigen.

4. Die Beschäftigten im Gesundheitssystem

Im Themenkranz von Gesundheit und Krankheit wird relativ selten darauf hingewiesen, dass sich im Laufe der Zeit das Gesundheitssystem zu einem beachtlichen Wirtschaftsfaktor entwickelt hat. Je nach Berechnungsgrundlage werden in diesem Sektor bis zu 12 Prozent des deutschen Bruttosozialprodukts erbracht (StBA 2003). Zugleich ist das Gesundheitswesen ein gewichtiger Arbeitsmarkt, in dem jeder zehnte Beschäftigte in Deutschland den Lebensunterhalt verdient. Zuvorderst Frauen sind hier tätig. Mehr noch als im Bundesdurchschnitt scheint dies in Sachsen-Anhalt auf - und zwar auf allen Hierarchieebenen. Auch innerhalb der Ärzte- und Zahnärzteschaft stellen Frauen die knappe, in den älteren Geburtsjahrgängen die deutliche Mehrheit (vgl. Tabelle 6). Dies mag auch ein Effekt der günstigen Rahmenbedingungen für die volle Berufstätigkeit von Ärztinnen in der DDR sein, von denen die Betroffenen berichten (Lützenkirchen 2000). Auch unter Studierenden der beiden Fächer in Sachsen-Anhalt sind Studentinnen leicht überrepräsentiert (vgl. StLA 2001a, Teil 1, S. 117). Allerdings wird die Tätigkeit im Krankenhaus seltener von Frauen ausgeübt, nur 42 Prozent dieser MedizinerInnen sind *weiblichen* Geschlechts. Innerhalb der Fachgebiete sind sie mit 60,5 Prozent in der Kinderheilkunde überrepräsentiert; eine paritätische Besetzung der Stellen verzeichnen die Anästhesiologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Psychiatrie und Psychotherapie. Indes erweisen sich die Urologie, Orthopädie und Chirurgie als weitgehende Männerdomäne, höchstens jede sechste Position ist hier mit einer Kollegin besetzt. Es wird fürderhin zu beobachten sein, inwieweit angesichts der Veränderungen seit den 1990er Jahren Frauen auch über die Assistentenzeit hinaus der Profession erhalten bleiben. Die Befunde von Sieverding (1990) oder Hoff et al. (2002) lassen nämlich befürchten, dass gerade junge Medizinerinnen berufsbiografische Diskontinuitäten zu verkraften haben und sich eher als die männlichen Kollegen von ihrer Tätigkeit abwenden. Vorausschauende Initiativen und Diskussionsrunden im Rahmen der Gleichstellungspolitik könnten hier hilfreich sein, um die paritätische Situation in Sachsen-Anhalt beizubehalten.

Gleichgerichtete Tendenzen sind bei den anderen akademischen Berufen des Gesundheitswesens zu verzeichnen. So liegt die *psychotherapeutische* Betreuung der Bevölkerung nach Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung im Jahr 2001 in Händen von 137 Personen, bei stabiler Überzahl der Frauen. Auch in den Apotheken des Landes tragen Frauen die Hauptverantwortung. Zwei Drittel des wissenschaftlich ausgebildeten Personals sind weiblich (vgl. Tabelle 6). Allerdings haben sich die

Frauenanteile im Apothekerberuf im Laufe der Zeit den bundesweiten Verhältnissen von 63 Prozent (StBA 2001, S. 444) angeglichen. In Sachsen-Anhalt nahm diese Quote innerhalb kurzer Perioden ab - 76 Prozent Frauenanteil im Jahre 1998, 69 Prozent in 2000, 65 Prozent in 2001. Inwieweit dies angesichts des Kostendrucks im pharmazeutischen Sektor als Anzeichen eines Verdrängungswettbewerbs zu Ungunsten der weiblichen Professionellen zu werten ist, ist im Moment nicht zu klären.

Tabelle 6: Berufstätige Ärztinnen und Ärzte sowie Apotheker/ -innen nach Arbeitsort und Geschlecht, 2000 und 2001

	2000		2001	
	Personen	weiblich (%)	Personen	weiblich (%)
Berufstätige Ärztinnen und Ärzte	8.073	50,0	8.018	50,1
Berufstätige Apotheker/ -innen	1.226	68,9	1.232	65,0

Quellen: Ärzte- und Apothekerkammer sowie eigene Berechnungen

Noch ausgeprägter ist die Feminisierung in nicht-akademischen Berufen. So arbeiten fast ausschließlich Frauen - als Krankenschwestern, Krankengymnastinnen, Altenpflegerinnen, Apothekenhelferinnen und technische Assistentinnen. Allein die in der stationären Krankenpflege des Landes tätigen Menschen – sie sind eine unverzichtbare Säule in der täglichen Arbeit im Krankenhaus oder in den Rehabilitationseinrichtungen – gehören vier unterschiedlichen Teilgruppen an (vgl. Tabelle 7). Das Hauptkontingent stellen die Krankenschwestern mit einem Anteil von 94 Prozent. Es folgen Kinderkrankenschwestern, Pflegehelferinnen und sonstiges Personal ohne staatliche Prüfung. Die höheren Männeranteile im Helferbereich sowie unter dem sonstigen Personal dürften durch die Einbeziehung von künftigen Medizinstudenten und Ersatzdienstleistenden erklärbar sein. Gerade die Krankenpflege gehört zu jenen Bereichen, die von der bürgerlichen Frauenbewegung im 19. Jahrhundert als legitimes Erwerbsfeld für die Töchter aus höheren Schichten erstritten wurde. Sie hat ihren doppelbödigen Charakter bis heute beibehalten - die Attraktivität für junge Frauen einerseits, die soziale Ambivalenz, die den sogenannten typischen Frauenberufen anhaftet, und die sich in geringem Prestige und ungünstiger Bezahlung äußert, andererseits (vgl. Rabe- Kleberg et al. 1991). Der hohe Feminisierungsgrad trifft ebenfalls zu für die *medizinisch-therapeutisch* und *technisch- diagnostisch* ausgebildeten Beschäftigten im Krankenhaus; eine Tatsache, die einerseits die populäre These von der Technikdistanz von Frauen eindrücklich widerlegt und andererseits die weibliche Präferenz für „helfende“ Tätigkeiten einmal mehr zum Vorschein bringt. Zugleich sind auch diese Felder in sich sehr heterogen.

Auch im Pflegebereich, der angesichts der alternden Bevölkerung immer wichtiger

wird, sind überwiegend Frauen zu finden. Annähernd 15.000 Personen sind in *Pflegediensten und -heimen* erwerbstätig, die Mehrheit in Teilzeitanstellung. Weibliche Arbeitskräfte dominieren mit einem Anteil von rund 90 Prozent.

Tabelle 7: Berufe der Krankenpflege in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Sachsen-Anhalt am 31.12. 1999

	insgesamt	weiblich	in Prozent	darunter Teilzeit- beschäftigte
Krankenschwestern/- pfleger	10.151	9.554	94,1	1.599
Kinderkranken- schwestern/-pfleger	1.559	1.544	99,0	389
Krankenpflegehelfer- innen/-pfleger	430	367	85,3	85
sonstiges Krankenpflege- personal	310	230	74,2	109
Insgesamt	12.450	11.695	93,9	2.182

Quelle: Hinweis des Statistischen Landesamtes sowie eigene Berechnungen

Entsprechend der *geschlechtsspezifischen* Altersstruktur in der Bevölkerung sind vier Fünftel der im Heim untergebrachten Personen und drei Viertel der ambulant unterstützten weiblich (StLA 2001b). Bei aller Ambivalenz auch dieses Berufes, der wenig Karrierechancen und nicht sonderlich attraktive Einkommensmöglichkeiten eröffnet, entscheiden sich die jungen Frauen somit zunehmend für ein Tätigkeitsfeld, das angesichts der Alterspyramide der Bevölkerung eine gute Zukunft verspricht. Es bleibt aber zu diskutieren, inwieweit diese Tendenzen durch eine gezielte Rekrutierung von Männern abgebaut werden sollen. Möglicherweise gelänge es dadurch, die materiellen Nachteile in diesen vermeintlich typischen Frauenberufen aufzubrechen. Zudem könnte durch den Einsatz von Pflegern die Intimsphäre kranker Männer angemessener geschützt werden.

Die zahlenmäßige Relation der Geschlechter reproduziert sich in gewissem Maße an den *Schulen* des Gesundheitswesens in Sachsen-Anhalt. Wenn aber dort, wie das Statistische Bundesamt berichtet (StBA 2001, S. 385), die Quote der männlichen Schüler und der Absolventen die 20- Prozent- Marke übersteigt, so ist dies dem Umstand geschuldet, dass der von Frauen bevorzugte, jenseits des Dualen Systems positionierte Berufsfach- und Fachschulsektor (Burkhardt 2001) in dieser Berechnung ausgeblendet ist. Auch ist anzunehmen, dass mehr männliche als weibliche Auszubildende später ein Medizinstudium aufnehmen werden. Ein Blick auf die einzelnen Bildungsgänge in den Gesundheitsfachberufen, unter Einbeziehung verschiedener Schulformen und Trägerschaften, vermittelt einmal mehr den Eindruck von Ausdifferenzierung und Heterogenität.

Die Feminisierung der medizinischen Berufe lenkt das Augenmerk auf eine weitere

Säule des Gesundheitswesens. Gemeint ist die Arbeit von *Laien*, die täglich unterhalb der Ebene von Arztbesuchen und Klinikaufenthalten stattfindet. Vor allem Frauen gelten als zuständig für Gesundheit und Hygiene im Alltag, für Prophylaxe und Gesundheitserziehung der Kinder sowie die Betreuung von kranken oder alten Familienangehörigen. Und sie erfüllen dieses Ansinnen in hohem Maße und weithin ohne großes Aufsehen (vgl. Faltermaier 1998). Es wäre wichtig, diesem Bereich mehr forschende Aufmerksamkeit zu schenken, Untersuchungen zu initiieren, die wiederum Eingang fänden in die künftige Gesundheitsberichterstattung.

5. Schlussbemerkung

Die hier präsentierten Befunde vermögen einen Überblick zu geben über die geschlechtsspezifischen Besonderheiten hinsichtlich der Lebensdauer und des gesundheitlichen Zustands der Menschen in Sachsen-Anhalt, hinsichtlich der darauf bezogenen Verhaltensweisen und Lebensstile. Ebenso geben sie Aufschluss über diverse Aspekte des Gesundheitssystems und der beruflichen Repräsentanz von Männern und Frauen in diesem Bereich. Freilich müssen die Ausführungen notwendigerweise grob bleiben. Sie sind angewiesen auf die - wertvollen - Informationen, die Dritte gesammelt und zur Verfügung gestellt haben. Die Ergebnisse stellen den gleichsam von außen rekonstruierten Stand der Dinge dar. Wie die Menschen in Sachsen-Anhalt selber ihren Gesundheitsstatus sehen, unter welchen Beschwerden und Schmerzen sie besonders leiden, welche sozialen und individuellen Einflussgrößen auf ihren gesundheitlichen Zustand sie benennen, und inwieweit sie bereit sind, salutogene Potenziale zu nutzen, darüber wird eine derzeit laufende Bevölkerungsbefragung näheren Aufschluss geben. Sie stellt den Versuch dar, die Innensicht von Männern und Frauen zu erfassen, und sie wird Grundlage sein für künftige geschlechtsspezifische Analysen.

6. Literatur

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hg.) (2002) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Berlin.

Borgers, D./ Steinkamp, G. (1994) Sozialepidemiologie: Gesundheitsforschung zu Krankheit, Sozialstruktur und gesundheitsrelevanter Handlungsfähigkeit. In: Schwenkmezger, P./ Schmidt, L. (Hg.) Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. S. 133-148. Stuttgart: Enke.

Burkhardt, A. (2001) Prägend bis marginal – Zur Position von Mädchen und Frauen in Bildung und Wissenschaft. In: Böttcher, W./ Klemm, K./ Rauschenbach, T. (Hg.)

Bildung und Soziales in Zahlen. Statistisches Handbuch zu Daten und Trends im Bildungsbereich. S. 303-330. Weinheim: Juventa.

Dilling, H./ Mombour, W./ Schmidt, M. (Hg.) (1997) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD- 10, Kapitel V (F); Klinisch- diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.

Dippelhofer- Stiem, B./ Köhler, G. (2003) Vierter Gesundheitsbericht des Landes Sachsen-Anhalt. Sozialstatistische Daten, Informationen und Hinweise. (Herausgegeben vom Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt). Magdeburg. Im Internet unter:

<http://www.sachsen-anhalt.de/rcs/LSA/345552/gesundhbericht.02.pdf>

Döll, P. (2002) Psychosoziale Belastungen im Studium. Eine empirische Untersuchung über den Zusammenhang zwischen Gesundheitsstatus und Wohlbefinden. Magisterarbeit. Institut für Soziologie der Otto- von- Guericke- Universität Magdeburg.

Eickenberg, H.- U./ Hurrelmann, K. (1997) Warum fällt die Lebenserwartung von Männern immer stärker hinter die der Frauen zurück? Medizinische und soziologische Erklärungsansätze. Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie, 17, 2, S. 118-134.

Faltermaier, T. (1998) Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit. Begründung, Stand und Praxisrelevanz eines gesundheitswissenschaftlichen Forschungsfelds. In: Flick, U. (Hg.) Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. S. 70-86. Weinheim: Juventa.

Fiedler, G. (2002) Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland. www.uke.uni-hamburg.de [12/ 2002].

Fuchs, R./ Schwarzer, R. (1994) Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. In: Schneewind, K. (Hg.) Psychologie der Erziehung und Sozialisation (Enzyklopädie der Psychologie). S. 403-432. Göttingen: Hogrefe.

Haberland, J./ Bertz, J./ Görsch, B./ Schön, D. (2001) Krebsinzidenzschätzungen für Deutschland mittels logisch linearer Modelle. Gesundheitswesen, 63, S. 556-560.

Helmert, U./ Bammann, K./ Voges, U./ Müller, R. (Hg.) (2000) Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Weinheim: Juventa.

Hinze, L./ Adam, I./ Nörenberg, L., unter Mitarbeit von U. Brandt (2003) Lebenslagen, Risiken und Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter. (Herausgegeben vom Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt). Magdeburg. (Im Druck).

Hoff, E.- H./ Grote, S./ Hohner, H.- U./ Dettmer, S. (2002) Berufswahlmuster und Geschlecht in Medizin und Psychologie. Zeitschrift für Politische Psychologie, 2+3, S. 203-223.

- Knothe, H. (2002) Zum Gesundheitsstatus junger Männer und Frauen. In: Cornelißen, W./ Gille, M./ Knothe, H./ Meier, P./ Queisser, H./ Stürzer, M. Junge Frauen- junge Männer. Daten zur Lebensführung und Chancengleichheit. S. 257-308. Opladen: Leske+Budrich.
- Kolip, P. (Hg.) (2000) Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Weinheim: Juventa.
- Kraus, L./ Augustin, R. (2001) Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. Sucht, 47, Sonderheft 1.
- Lützenkirchen, A. (2000) "Geldmedizin macht krank!" Gesundheitssystementwicklung aus der Sicht ostdeutscher Ärztinnen und Ärzte unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Versorgungsansätze. Habilitationsschrift. Institut für Soziologie der Otto- von- Guericke- Universität Magdeburg.
- Maschewsky- Schneider, U. (1997) Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland. Weinheim: Juventa.
- Mensink, G. B. M./ Thamm, M./ Haas, K. (1999) Die Ernährung in Deutschland 1998. Gesundheitswesen, 61, Sonderheft 2, S. 200-206.
- Rabe- Kleberg, U./ Krüger, H./ Karsten, M./ Bals, T. (Hg.) (1991) Dienstleistungsberufe in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung: Pro Person. Bielefeld: KT.
- Sieverding, M. (1990) Psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen. Das Beispiel der Medizinerinnen. Stuttgart: Enke.
- Sieverding, M. (1998) Sind Frauen weniger gesund als Männer? Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 50, 3, S. 471-489.
- StBA (Statistisches Bundesamt) (Hg.) (2001) Statistisches Jahrbuch 2001 für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden.
- StBA (Statistisches Bundesamt) (Hg.) (2003) Gesundheit. Ausgaben und Personal 2001. Presseexemplar. Wiesbaden.
- StLA (Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt) (Hg.) (2000a) Statistische Berichte: Öffentliche Sozialleistungen, Schwerbehinderte (K III 1 2j/ 99). Halle.
- StLA (Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt) (Hg.) (2000b) Statistische Berichte: Gestorbene nach Todesursachen, Geschlecht und Altersgruppen 1999 (A IV 3j/ 99). Halle.
- StLA (Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt) (Hg.) (2001a) Statistisches Jahrbuch (Teil 1 und 2). Halle.
- StLA (Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt) (Hg.) (2001b) Statistische Berichte: Gesetzliche Pflegeversicherung (K II 6 2j/ 99). Halle.

StLA (Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt) (Hg.) (2002a) Statistische Berichte: Gestorbene nach Todesursachen, Geschlecht und Altersgruppen 2000 (A IV 3 j/ 00). Halle.

StLA (Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt) (Hg.) (2002b) Statistische Berichte: Krankheiten der Krankenhauspatienten 2000 (A IV 9j/ 00). Halle.

Techniker Krankenkasse (2002) Gesundheitsreport. Auswertungen 2000-2001. Arbeitsunfähigkeiten und Arzneimittelverordnungen. www.tk-online.de.

Wiesner, G./ Grimm, J./ Bittner, E. (1999) Zum Herzinfarktgeschehen in der Bundesrepublik Deutschland: Prävalenz, Inzidenz, Trend, Ost- West- Vergleich. *Gesundheitswesen*, 61, Sonderheft 2, S. 72-78.