

8 Gesundheit im mittleren Lebensalter

8.1 Einleitung

Medizinische, psychologische und soziologische Forschungsansätze gehen davon aus, daß sich das Leben der Frau in Phasen vollzieht, die das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen in unterschiedlicher Weise prägen. Als eine solche Phase wird das mittlere Lebensalter bezeichnet. In diese Phase fällt als markantes physiologisches Ereignis das Klimakterium, das die Fortpflanzungsfähigkeit der Frau beendet.

Unsere Kenntnisse über spezifische Gesundheitsprobleme in diesem Lebensabschnitt sind noch lückenhaft, da repräsentative epidemiologische Studien fehlen. Demzufolge fand diese Lebensphase in der amtlichen Gesundheits- und Morbiditätsberichterstattung in der Vergangenheit auch kaum die notwendige Beachtung. Erst in letzter Zeit beginnt sich hier eine Veränderung abzuzeichnen, wie aus Gesundheitsberichten der Schweiz, Österreich und regional auch aus Deutschland ersichtlich wird (vgl. Gognalons-Nicolet et al. 1993; Hermann/ Hiestermann 1995; Magistratsabteilung 15 - Gesundheitswesen der Stadt Wien 1996; Zemp Stutz 1996; Rásky 1998). Auch Gesundheits- und Sozialwissenschaften zeigen in der Gegenwart verstärktes Forschungsinteresse für die Gesundheitslage der Frau in der Lebensmitte (vgl. BMFJ 1993; Gognalons-Nicolet et al. 1997; Schultz-Zehden 1998). Für die gestiegene Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit und Wissenschaft gibt es mehrere Gründe.

Aus demographischer Sicht nimmt infolge der erhöhten Lebenserwartung die Anzahl der Frauen im mittleren Lebensalter zu, und die gesundheitlichen Probleme dieser Altersgruppe gewinnen immer mehr an Bedeutung insbesondere auch für die prognostische Einschätzung des Gesundheitszustandes der künftigen Rentnerinnengeneration. Gilt es doch als bewiesen, daß chronische Erkrankungen und Behinderungen, die im mittleren Lebensalter manifest werden, die Frauen gewöhnlich bis zum Lebensende begleiten.

Für die Medizin sind die Frauen im mittleren Lebensalter seit der Einführung der Hormonsubstitution als Therapie bei klimakterischen Beschwerden und neuerdings auch als Prophylaktikum gegen Alterserkrankungen eine interessante Gruppe hinsichtlich einer Langzeitmedikation geworden (Schneider 1998).

Ein weiterer Grund für die gestiegene Aufmerksamkeit an dieser Altersgruppe liegt in dem gewachsenen Selbstbewußtsein der Frauen. Die gegenwärtige Frauenpopulation im mittleren Lebensalter, aufgewachsen in der Emanzipationszeit, setzt sich kritischer als ihre Vorgängerinnen mit negativen Frauenbildern in der Medizin auseinander und fordert selbstbewußt von den Gesundheitsdiensten und der Gesundheitspolitik mehr Aufmerksamkeit und Engagement für ihre gesundheitlichen Belange ein (Borysenko 1998).

8.2 Stand der Forschung zur Gesundheit im mittleren Lebensalter

8.2.1 *Bestimmungsmerkmale des mittleren Lebensalters*

Das mittlere Lebensalter der Frau wird in der wissenschaftlichen Literatur weder begrifflich noch demographisch einheitlich definiert. Frauen in diesem Alter werden beschrieben als Frauen in der zweiten Lebenshälfte, Frauen in der Lebensmitte (middle-age), Frauen im reifen Lebensalter, Frauen in den Wechseljahren (oder im Klimakterium), Frauen in der midlife-crisis, Frauen in der „empty-nest“- oder in der „Sandwichphase“, Frauen in der Matureszenz, die jungen alten Frauen oder Frauen im Vorrentenalter. Es gibt auch keine exakte Abgrenzung zum jüngeren oder höheren Lebensalter der Frau, die Übergänge sind vielmehr fließend. Die in der Literatur ausgewiesene Altersspanne für das mittlere Lebensalter reicht von 35 bis 65 Jahre, wobei die Altersgruppeneinteilungen innerhalb dieser Zeitspanne je nach Forschungsgegenstand und -ziel variieren. Einig ist man sich aber darin, daß es sich beim mittleren Lebensalter um einen Lebensabschnitt handelt, der von spezifischen biologischen, psychischen und sozialen Veränderungen geprägt wird, die in ihrer Dichte und Überlagerung auch Konflikte und damit Gefährdungsmomente für die Gesundheit der Frau enthalten können.

8.2.2 *Das mittlere Lebensalter aus der Perspektive der Frauengesundheitsforschung*

Von der Frauengesundheitsforschung wird auf eine komplexe Betrachtungsweise des mittleren Lebensalters unter Berücksichtigung der individuellen psychischen und sozialen Lebenssituation der Frauen orientiert. Während die Medizin diese Lebensphase unter dem Aspekt des Klimakteriums als eine Zeit der Rückbildung, der Defizite und des Mangels definiert, wendet sich die Frauengesundheitsforschung, unterstützt von der Frauengesundheitsbewegung an der Basis, gegen eine einseitig negative Wertung und Pathologisierung dieser Lebensphase (Kolip 1999). Von der Frauengesundheitsforschung werden die Vereinnahmung der Wechseljahre durch die Medizin und ihre Einstufung als Hormonmangelkrankheit kritisch begleitet. Die Wechseljahre werden als natürliche Umstellungsphase betrachtet, die, wie andere Umstellungsphasen auch, den Frauen bestimmte Adaptationsleistungen abverlangt, die aber von der Mehrheit der Frauen gesundheitlich kompensiert werden. Immer häufiger wird daher in letzter Zeit auch auf die Gewinne und Ressourcen in dieser Lebensphase hingewiesen. Dazu gehören der Wegfall von lästigen Verhütungsaufgaben, die Befreiung von Fürsorge- und Betreuungspflichten für den Nachwuchs, die Eröffnung von größeren Freiräumen zur Selbstbestimmung und Selbstgestaltung in der Partnerschaft, im Beruf und in der Freizeit. Demnach kann das mittlere Lebensalter von den Frauen auch als Chance begriffen werden, neue Ziele und Lebensinhalte für sich zu definieren, die zu einer Verbesserung der psychischen Befindlichkeit und zu einer höheren Lebenszufriedenheit führen (Brown Doress/Laskin Siegal 1991; Borysenko 1998).

Skepsis ist auch angebracht gegenüber der von vielen Ärzten und der Pharmaindustrie propagierten Ausdehnung der Hormonsubstitution als Prophylaktikum für Alterserkrankungen. Sie ist mangels gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse durch kontrollierte

Langzeitstudien noch mit zahlreichen Unwägbarkeiten behaftet. Wie jede Medikamententherapie ist auch die Hormonsubstitution nicht frei von Nebenwirkungen. Die am häufigsten angeführten Nebenwirkungen beziehen sich auf die Risikoerhöhung des Mammakarzinoms. Hinzu kommen die noch unbekanntenen Nebenwirkungen einer Hormondauereinnahme und das Inkaufnehmen einer Langzeitabhängigkeit vom medizinischen Versorgungssystem. Gegenwärtig wird die Reduzierung von Alterserkrankungen wie der Osteoporose, der Herz-Kreislauf-Krankheiten und der Demenz von den Hormonbefürwortern zu euphorisch betrachtet. So werden alternative Beeinflussungsmöglichkeiten kaum in die Überlegung zur Prävention dieser Krankheiten einbezogen. Es wird auch zu wenig berücksichtigt, daß die Lebensqualität im mittleren Alter vor allem auch von der sozialen Integration der Frauen bestimmt wird, d. h. davon, welchen Spielraum die Gesellschaft den Frauen für berufliche, soziale und kulturelle Aktivitäten zur Verfügung stellt, damit sie ihre von familiären Verpflichtungen frei gewordenen Potentiale auch umsetzen können.

8.2.3 *Das mittlere Lebensalter aus psychosozialer Perspektive*

Im mittleren Lebensalter kommt es zu einer Reihe von psychosozialen Veränderungen in zentralen Lebensbereichen der Frau, von denen einige im Zusammenhang mit den Wechseljahren stehen, andere unabhängig von ihnen eintreten. So haben sich Frauen in dieser Lebensphase mit dem Ende ihrer Fertilität und der aktiven Mutterschaft, mit den körperlichen Erscheinungen des Älterwerdens, den Veränderungen in der Sexualität und in der Partnerschaft auseinanderzusetzen. Bisher ausgeübte Rollenfunktionen als Mutter, Ehepartnerin und berufstätige Frau verändern sich. Ein bedeutender Einschnitt im Leben der Frau ist mit dem Auszug der Kinder aus der Familie verbunden. Die psychischen Auswirkungen auf die Frau werden seit Mitte der 60er Jahre als sogenanntes „empty-nest“-Syndrom beschrieben. Das Syndrom soll sich in verschiedenen Beeinträchtigungen des Wohlbefindens, wie Depression, psychonervale Beschwerden und Suchtverhalten äußern (Fookon/Lind 1994). Auf Grund neuerer sozialwissenschaftlicher Erkenntnisse wird diese Auffassung heute nicht mehr so pauschal vertreten (Papastefanou 1992). Vielmehr trifft zu, daß es verschiedene Varianten des Erlebens dieser „empty-nest“-Situation gibt. Je nachdem, wie die Frau ihre Mutterrolle im vorangehenden Leben ausgeübt hat, als einseitige Orientierung auf die Mutter/Hausfrau, als Doppelfunktion in Beruf und Familie oder als Frau, die ihren Kinderwunsch nicht erfüllen konnte bzw. die sich bewußt für Kinderlosigkeit entschieden hat, wird sie diese Phase als Verlust, als Befreiung und/oder auch als Gewinn empfinden. So konnte in mehreren Untersuchungen im Zusammenhang mit der „empty-nest“-Phase ein Gefühl der Erleichterung und Freude über neu gewonnene Freiräume bei Müttern nachgewiesen werden (ebd). Andere Studien weisen für die nachelterliche Lebensphase auf positive Auswirkungen innerhalb der Partnerschaft hin (Pongartz 1988).

Besondere Anforderungen werden an die Frauen in diesem Lebensabschnitt im beruflichen Lebensbereich gestellt. Dazu zählen für bisher nicht erwerbstätige Frauen der berufliche Neu- oder Wiedereinstieg ebenso wie für berufstätige Frauen der ungewollte Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit in die Arbeitslosigkeit oder in den vorgezogenen

Ruhestand bei verschärfter Arbeitsmarktlage. Aus verschiedenen Untersuchungen geht hervor, daß eine befriedigende Erwerbstätigkeit und eine höhere berufliche Qualifikation einen positiven Einfluß auf den physischen und psychischen Gesundheitszustand der Frauen in dieser Lebensphase ausüben (Focken/Lind 1994). Mit der beruflichen Zufriedenheit steigt die Chance, die „empty-nest“-Phase besser zu verarbeiten und die Wechseljahre möglichst beschwerdefrei zu überstehen, während Frauen mit niedriger Qualifikation und hohen körperlichen beruflichen Belastungen mehr Beschwerden angeben und häufiger gestreßt sind (Kirchengast 1992; Gavranidou 1993; Buddeberg/Buddeberg-Fischer 1995).

Als Angehörige der Generation in der „Mitte“ des Lebens sind Frauen in diesem Alter häufig in Verwandtschaftsbeziehungen eingebunden und haben ein hohes Maß an Betreuungsleistungen sowohl für pflegebedürftige Eltern als auch für Enkelkinder zu erbringen. Nach Borchers/Miera (1993: 83) befindet sich etwa ein Drittel der 40-60jährigen Frauen in der sogenannten „Sandwich-Situation“. Die kumulierte Beanspruchung von seiten der Eltern und Kinder führt bei einigen von ihnen (20 %) zu einer permanenten Überforderung und zu dem Wunsch nach mehr Unterstützung und Anerkennung ihrer Pflege- und Betreuungsleistungen. Die Hilfeleistungen der jüngeren für die mittlere Generation erscheinen unausgeglichen und zu Lasten der letzteren als defizitär (ebd.: 151).

8.2.4 Die psychosoziale Situation der Frauen in den neuen Bundesländern

In Ostdeutschland waren und sind die Frauen im mittleren Lebensalter durch die Systemtransformation zusätzlich tiefgreifenden psychosozialen Veränderungen in nahezu allen Lebensbereichen ausgesetzt. Für sie wurden durch den Umbruch bisher geltende soziokulturelle Werte, Normen und Frauenleitbilder in hohem Ausmaße in Frage gestellt. Ostdeutsche Frauen im mittleren Lebensalter haben bis zur Vereinigung mit nur wenigen Ausnahmen in der Doppelfunktion von Vollerwerbstätigkeit und Mutterrolle gelebt. Diese Frauengeneration hat zum größten Teil ihre Kinder noch ohne die fördernden sozialpolitischen Unterstützungen, wie sie Ende der 70er und in den 80er Jahren in der DDR für berufstätige Mütter wirksam wurden, geboren, betreut und groß gezogen. Sie vereinbarten Alltagsmanagement in der Familie, Kindererziehung und -betreuung mit der Berufstätigkeit und vielfach mit berufsbegleitenden Qualifizierungsmaßnahmen.

Auf dem Höhepunkt ihrer beruflichen Karriere angekommen, fanden diese Frauen sich nach dem Systemzusammenbruch auf einem Arbeitsmarkt der Geschlechterverdrängung wieder, der sie in die unvorbereitete Arbeitslosigkeit oder in den unfreiwilligen Vorruhestand drängte. Das geschah bei einer unverändert hohen Motivation zur Berufstätigkeit (Rocksloh/Papendieck 1995). Die Ausgliederung aus der Berufstätigkeit führte nicht nur zur Einbuße der ökonomischen Selbständigkeit, sondern bedeutete für die Frauen gleichzeitig einen erheblichen Status- und Kommunikationsverlust sowie einen Verlust von sozialer Integration in betrieblichen Bindungen. So beschreibt

Sombrowsky (1994), daß besonders für Frauen in Ostdeutschland eine große Anzahl protektiver Faktoren (z. B. im Arbeitsbereich) gesellschaftsabhängig waren und nun nicht mehr als psychosoziale Ressourcen zur Verfügung stehen. Die völlig veränderten Lebensbedingungen verlangen von den Frauen in der Mitte des Lebens ein hohes Maß an Entscheidungen, Um- und Neuorientierungen in einer Lebensphase, die von selbst schon von Umbrüchen und Wendungen gekennzeichnet ist. Unter dem Aspekt der kumulierenden psychonervalen Problem- und Belastungssituationen können bei den Frauen des mittleren Lebensalters gesundheitliche Beeinträchtigungen erwartet werden, insbesondere dann, wenn bereits gesundheitliche Einschränkungen bestanden und individuelle und gesellschaftliche Unterstützungssysteme versagen (Wolf/Braun 1992; BMFJ 1993; Winkler 1993; Winkler/Haupt 1998).

Die gesellschaftlichen Veränderungen führten in Ostdeutschland gleichzeitig zu einer Reihe von Verbesserungen in wichtigen Lebensbereichen, von denen auch die Frauen im mittleren Lebensalter partizipieren. Dazu zählen die Verbesserung des Wohnkomforts und der Dienstleistungen, die erweiterten Möglichkeiten der Freizeit- und Erholungsgestaltung sowie ein größeres Angebot an qualifizierter Diagnostik und Therapie in der medizinischen Versorgung und größere Vielfalt in der Prävention. Als neue soziale Unterstützungen und Netzwerke etablierten sich Selbsthilfe- und Laiengruppen, die in den alten Bundesländern schon eine lange Tradition haben, auch in den neuen Bundesländern. Bei einer Einschätzung der gesundheitlichen Auswirkungen der psychosozialen Lebenssituation von ostdeutschen Frauen im mittleren Lebensalter sind sowohl die Belastungen als auch die Potentiale in die Betrachtung mit einzubeziehen. In der Bilanz können die wendebedingten Veränderungen für verschiedene Gruppen von Frauen und für die einzelne Frau durchaus differenziert ausfallen.

8.2.5 Das mittlere Lebensalter aus medizinischer Perspektive

Aus medizinischer Sicht ist es vor allem das Klimakterium (Wechseljahre), das diesen Lebensabschnitt bei der Frau prägt. Mit dem Klimakterium wird eine Übergangszeit von der fertilen Phase bis zum Senium bezeichnet, die sich im Alter zwischen dem 45. und 60. Lebensjahr der Frau vollzieht (Breckwolddt 1996: 338) und die auf hormonelle Veränderungen im Körper der Frau zurückzuführen ist. In das Klimakterium fällt als markantes Ereignis für die Frau die letzte spontane Menstruation. Retrospektiv ermittelt wird dafür der Begriff der Menopause verwendet (Zeitpunkt, nach dem ein Jahr lang keine Blutung mehr aufgetreten ist).

Die endokrinologischen Vorgänge haben vor allem Auswirkungen auf die reproduktiven Organe der Frau. Ab der Menopause ist die Fortpflanzungsfähigkeit der Frau beendet. Dieses Phänomen trifft, so zeitlich begrenzt, für die Fertilität des Mannes nicht zu. Die Reduzierung und schließlich völlige Einstellung der ovariellen Hormonproduktion hat aber nicht nur Auswirkungen auf die reproduktiven Organe der Frau, sondern verändert auch andere physiologische Körperfunktionen. Sie können vorübergehend auch pathogenen Charakter annehmen und das sogenannte klimakterische Syndrom auslösen. Unter dem klimakterischen Syndrom wird ein Komplex von heterogenen Beschwerden zusam-

mengefaßt, die von psychovegetativen über vasomotorischen bis zu organischen Symptomen reichen. Zum Leitsymptom des Klimakteriums wird allgemein die Hitzewallung (hot flush) deklariert. Die Angaben über die Häufigkeit, Intensität, Dauer und Art der klimakterischen Beschwerden schwanken in der Fachliteratur stark, je nachdem, ob sie bei Patientinnen erhoben oder aus unselektierten bevölkerungsbezogenen Studien ermittelt worden sind (von 80 % bis 30 %). Neuerdings geht man davon aus, daß jeweils ein Drittel der Frauen keine, leichte oder starke Beschwerden in den Wechseljahren hat (Richter-Appelt 1994; Hermann/Hiestermann 1995; Strauß 1995; Breckwolddt 1996; Schultz-Zehden 1996). Von den medizinischen Experten werden die klimakterischen Beschwerden mehrheitlich als Hormonmangelsyndrom eingeordnet und daher nahezu ausschließlich mit Hormonen therapiert. Obligat ist die Hormonsubstitution bei Frauen mit künstlich herbeigeführter Menopause durch Operationen, Chemo- oder Strahlentherapie.

Neben der Kurzzeittherapie der Wechseljahresbeschwerden gewinnt in den letzten Jahren zunehmend mehr die prophylaktische Hormongabe (Hormonersatztherapie = HET oder hormone replacement therapy = HRT) zur Vorbeugung chronischer Alterskrankheiten an Bedeutung, weil in verschiedenen Studien den Östrogenen ein protektiver Effekt bei der Senkung des Erkrankungsrisikos (z. B. bei Herz-Kreislauf-Krankheiten, bei Osteoporose und Morbus-Alzheimer) nachgewiesen werden konnte (Birkhäuser 1998; Limouzin-Lamotte 1998; Sherwin 1998). Im Gegensatz zur Kurzzeittherapie des klimakterischen Syndroms handelt es sich bei der prophylaktischen Hormongabe um eine Langzeiteinnahme, die sich in der Regel über 15 bis 20 Jahre, mitunter bis zum Lebensende, ausdehnen soll. Gegenwärtig ist es jedoch noch nicht möglich, aus den vorliegenden Studien definitive Schlußfolgerungen über die Wirksamkeit der Hormontherapie als Prophylaktikum zu ziehen, denn die wissenschaftliche Beweislage ist widersprüchlich. Analysen der zahlreichen klinischen und epidemiologischen Studien belegen, daß sich Hormonanwenderinnen oftmals von den Nichtanwenderinnen durch ein günstigeres Risikoprofil unterscheiden. Sie sind sozial besser gestellt, gesünder, körperlich aktiver und schlanker, was ebenfalls die besseren Studienergebnisse erklären könnte (Maschewsky-Schneider 1997; Hormone replacement therapy 1999). Weitere kontrollierte Langzeitstudien, die Aufschluß über die verschiedenen Wirkungsweisen der Hormone sowie über ihre Nebenwirkungen und Risiken geben können, sind notwendig, bevor ihr unbedenklicher Einsatz in der Praxis empfohlen werden kann. Eine solche klinisch-epidemiologische Studie mit einem Beobachtungszeitraum bis zum Jahre 2004 wird von der Women's Health Initiative in den USA durchgeführt (Assaf/ Carleton 1996: 51). Sie soll die Wirksamkeit der Hormonsubstitution sowie den Einfluß der Ernährung und der Calcium-Vitamin-D-Einnahme auf das Erkrankungsrisiko bei Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebs und Osteoporose überprüfen und dabei den Einfluß psychosozialer Variablen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Frauen verfolgen.

Generell ist einzuschätzen, daß sich die Lebensphase des Klimakteriums gegenwärtig in einem Wandlungsprozeß befindet. So führt der bei einigen Frauen sich bereits vollziehende nahtlose Übergang von der hormonellen Verhütung zur Hormonersatztherapie

sowie die Erzeugung einer vorzeitigen künstlichen Menopause durch Operationen zu tiefen Eingriffen in das vorgegebene natürliche biologische Grundmuster der Periodisierung im Leben der Frau. Eine sogenannte spontane Menopause wird damit immer seltener und die Bestimmung des Menopausestatus der Frau immer schwieriger. Auf der anderen Seite beeinflussen Veränderungen im Reproduktionsverhalten, die zunehmende Erwerbstätigkeit der Frau und die Verlängerung der weiblichen Lebenserwartung Einstellungen, Bewertungen und Verhaltensweisen zum und im Klimakterium. Diese Entwicklung ist eine Herausforderung für die interdisziplinäre Frauenforschung.

Für den Gesundheitszustand der Frauen im mittleren Lebensalter sind aber neben dem Menopausegeschehen auch noch andere Gesundheitsveränderungen kennzeichnend. Vergleiche von Krankheitsprävalenzen zeigen bei einer differenzierten Altersgliederung für einige Krankheitsdiagnosen eine erste Gipfelbildung im mittleren Alter. Die mittleren Lebensjahre werden deshalb auch als eine Schnittstelle (cutpoint) für den Beginn von chronischen Leiden bezeichnet. Krankheiten, deren Ursachen oft bis weit in die Vergangenheit reichen und deren Symptome bislang unbeachtet blieben oder verdrängt wurden, kommen in dieser Lebensphase zum Ausbruch (z. B. Diabetes, Hypertonie, Muskel-Skelett- und Herz-Kreislauf-Krankheiten). Ein sich verschlechternder subjektiver Gesundheitszustand, der Anstieg von Allgemeinbeschwerden, die häufigere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und eine Zunahme des Medikamentenkonsums sind weitere Beispiele für ein höheres Krankheitsrisiko in diesem Alter (Springer-Kremser 1991; Meier 1993; Glaeske 1994; Krappweis et al. 1996; Zemp Stutz 1996; Gognalons-Nicolet 1997). Die Kurve der Allgemeinbeschwerden fällt dabei häufig in den nachfolgenden Jahren wieder etwas ab, was auf einen zeitlichen Zusammenfall der Beschwerden mit der Menopause hindeutet. Die ersten Erfahrungen mit chronischen Krankheiten und Beschwerden beeinflussen die Haltungen und Einstellungen der Frauen zur Gesundheit. Sie führen bei dieser Altersgruppe zu einer größeren Gesundheitsbeachtung und zu einer stärkeren Hinwendung zum medizinischen Versorgungssystem. Gesundheitsgefährdende Lebensstile und Risikofaktoren konzentrieren sich bei Frauen im mittleren Alter auf eine Erhöhung des Körpergewichts und des Blutdrucks, auf eine Zunahme von Psychopharmakaeinnahmen und die Abnahme von körperlichen Aktivitäten (Hoffmeister/Bellach 1995; Zemp Stutz 1996). Von den bedrohlichen Krankheiten sind es vor allem die Karzinome, die bei Frauen im mittleren Lebensalter häufiger auftreten. Brustkrebs gehört in der Lebensmitte zu den häufigsten Krebstodesursachen bei Frauen.

8.3 Begründung und Struktur der empirischen Kapitel

Mittels quantitativer Analysen werden Frauen unterschiedlicher Generationen im mittleren Lebensalter im Querschnitt beschrieben. Das Hauptaugenmerk gilt dabei den Frauen in der DDR bzw. in den neuen Bundesländern. Die ostdeutschen Frauen wurden als Gruppe ausgewählt, weil sie durch die Systemtransformation besonders tiefgreifenden Veränderungen in wichtigen Lebensbereichen ausgesetzt waren. Exemplarisch soll an dieser Altersgruppe dargestellt werden, unter welchen soziokulturellen Rahmenbedingungen und gesundheitlichen Versorgungsstrukturen die Frauen in der DDR gelebt haben und wie sich ihre Gesundheit retrospektiv beschreiben läßt. Danach wird auf die transformationsbedingten Veränderungen eingegangen, die Frauen dieser Altersgruppe in den neuen Bundesländern erfahren haben, und es wird über ihre soziale und gesundheitliche Situation im Vergleich zu gleichaltrigen Frauen aus den alten Bundesländern berichtet. Diese Darstellungsform soll dem Verständnis für die anders verlaufende Sozialisation der ostdeutschen Frauen in dieser Generation dienen. Sie soll Unterschiede in den Lebenslagen und der Gesundheit zwischen ost- und westdeutschen Frauen aufzeigen und darüber hinausgehend Gemeinsamkeiten und Ähnlichkeiten im Verhalten von Gesundheitsparametern und Krankheitsmustern im mittleren Lebensalter herausstellen.

Der Aufbau dieses Berichtsteils ist, dem Zeitverlauf folgend, in zwei Abschnitte gegliedert. Im ersten Abschnitt (8.5) werden Frauen im mittleren Lebensalter in den 80er Jahren in der DDR behandelt. Der zweite Abschnitt (8.6) hat die Zeit nach der Vereinigung (90er Jahre) zum Inhalt. In diesem Berichtsteil wird bei ausgewählten Ergebnissen ein Vergleich zwischen altersgleichen Frauen aus den neuen und den alten Bundesländern vorgenommen. Das bedeutet, daß Frauen verglichen werden, die ihr Erwachsenenalter in unterschiedlichen gesellschaftlichen Systemen erlebt haben. Die Beschreibung der gesundheitlichen Situation orientiert sich, wie allgemein üblich, an den Indikatoren der Lebenserwartung (fernere), der Mortalität, den stationären, ambulanten und arbeitsbezogenen Teilmorbiditäten sowie der subjektiven Morbidität. Auf die Spezifik der Wechseljahre wird gesondert eingegangen.

Da es bisher noch keine einheitliche demographische Altersbegrenzung für das mittlere Lebensalter gibt, wird bei der Darstellung der Ergebnisse in der Regel eine Altersspanne von 45 bis 60 Jahren gewählt, wenn die Datenlage nicht zu einer anderen Einteilung zwingt. Um Veränderungen auch innerhalb dieses Zeitraumes sichtbar zu machen, wird eine Einteilung nach 5-Jahres-Gruppen vorgenommen. In einigen Fällen werden vorangehende und nachfolgende Altersgruppen in die Darstellung einbezogen, um Veränderungen zu den jüngeren bzw. älteren Jahrgängen deutlich zu machen. Abschließend ist darauf hinzuweisen, daß keine flächendeckende Bestandsaufnahme des Gesundheitszustandes der Frauen im mittleren Lebensalter angestrebt wird.

8.4 Datenbasis

Zur Situation der ostdeutschen Frauen im mittleren Lebensalter in den achtziger Jahren

Die Rekonstruktion der demographischen und sozioökonomischen Situation der Frauen im mittleren Lebensalter in der DDR wurde mit Hilfe von Daten aus verschiedenen Jahrgängen der Statistischen Jahrbücher der DDR, aus weiteren Quellen der Staatlichen Zentralverwaltung für Statistik der DDR sowie aus existierenden Sozialreporten (z. B. Winkler 1990) vorgenommen. Was die Datenbasis zur Analyse der gesundheitlichen Situation im mittleren Lebensalter betrifft, so ist generell einzuschätzen, daß sie sowohl auf der Ebene der Versorgungsdaten als auch von den Studienergebnissen her äußerst defizitär ist. Amtliche Berichtsdaten sind nicht auf das mittlere Lebensalter zugeschnitten, und bevölkerungsbezogene Studien, die sich nur auf diese Altersgruppe konzentrieren, fehlen fast gänzlich. Diese generell Aussage gilt für die DDR noch im verstärkten Maße. Lediglich die stationäre Morbidität wurde in der DDR über die Krankenblattdokumentation flächendeckend erfaßt. Deshalb wird sie auch als Quelle in der Bearbeitung durch das Robert-Koch-Institut für diesen Abschnitt verwendet (Bergmann/Menzel 1995). Ergänzt wird dieser Teil durch Daten aus den Jahrbüchern „Das Gesundheitswesen der DDR“ (IfMSt). Eine weitere Quelle zur Erschließung von Gesundheitsdaten lag in der DDR im Bereich der arbeitsmedizinischen Untersuchungen. Arbeitsmedizinische Tauglichkeits- und Überwachungsuntersuchungen (ATÜ) wurden im Verlauf der achtziger Jahre im betrieblichen Gesundheitswesen eingeführt (Arbeitsmedizinische Tauglichkeits- und Überwachungsuntersuchungen 1982; Heuchert et al. 1987). Die arbeitsmedizinischen Untersuchungsergebnisse wurden systematisch erhoben und vielfach dokumentiert. Zur Erfassung von Morbiditäten, die außerhalb des medizinischen Versorgungssystems stattfinden, standen in der DDR noch keine Gesundheitssurvey- und Mikrozensusuntersuchungen zur Verfügung. Die fehlende oder lückenhafte Datenbasis wurde versucht, durch regionale Studien, die geschlechts- und altersbezogene Aussagen über die Zielgruppe zulassen, aufzubessern. Zu diesen Einzelstudien gehört eine reanalytisch bearbeitete Studie „Untersuchung zum Gesundheitszustand ausgewählter Bevölkerungsgruppen in der Region Halle“ (Franke 1998). Darüber hinaus wurden zu spezifischen Gesundheitsproblemen (z. B. Klimakterium) auch Untersuchungsergebnisse aus Forschungsprojekten und akademischen Gradierungsarbeiten herangezogen.

Zur Situation der Frauen im mittleren Lebensalter in den neuen Bundesländern

Zur Aufarbeitung der sozioökonomischen Situation der ostdeutschen Frauen im mittleren Lebensalter in den neunziger Jahren waren die Daten des Statistischen Bundesamtes nützlich, insbesondere die aus dem jeweiligen Mikrozensus gewonnenen. Als günstig hat es sich erwiesen, die Situation zu Beginn und am Ende der 90er Jahre (1991 und 1998) gegenüberzustellen. Damit ist die Entwicklung der sozioökonomischen Situationen auch im Vergleich ost- und westdeutscher Frauen partiell nachvollziehbar. Weiterhin wurden Sozialreporte des Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrums Berlin-Brandenburg e. V., die auf dem Gebiet der neuen Bundesländer erstellt worden

sind und sich ausdrücklich auf die spezifische Situation in dieser Region bezogen, verwendet (vgl. Haupt/Winkler 1998).

Die Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Frauen im mittleren Lebensalter hat sich aufgrund der geringen Anzahl bevölkerungsbezogener Quellen auch für diesen Abschnitt schwierig gestaltet. Das Statistische Bundesamt hat im Jahr 1999 Daten zur Verfügung gestellt, die auch für den Gesundheitsbericht des Bundes verwendet wurden. Auf dieser Grundlage konnte die Entwicklung des Sterblichkeitsgeschehens nach Altersgruppen und nach alten und neuen Bundesländern differenziert dargestellt werden. Mit den Ergebnissen des Nationalen Untersuchungssurveys West (1990/1991) und Ost (1991/1992) standen einige Daten zur subjektiven Morbidität mit Bevölkerungsbezug zur Verfügung. Spezifische Daten zu transformationsbedingten Veränderungen, zur subjektiven Morbidität und zum Gesundheitshandeln sowie zum Klimakterium lagen im Rahmen von regionalen Studien vor. In diesem Zusammenhang erwies sich die neue Forschungssituation als hilfreich, in der Forschungsprojekte durch verschiedene Träger wie z. B. den Bundes- und Landesministerien gefördert wurden. Dazu gehört ein im Rahmen des Norddeutschen Forschungsverbundes Public Health gefördertes Projekt zum Thema: „Lebenslagen, Risiken und Gesundheit von Frauen in der Bundesrepublik Deutschland“, aus dem ost-west-vergleichende Gesundheitsdaten zum mittleren Lebensalter in den Bericht eingearbeitet wurden (Lebenslagen, Risiken und Gesundheit von Frauen in der Bundesrepublik Deutschland 1997). Da es in diesem Kapitel zahlreiche Anknüpfungspunkte zu anderen Kapiteln des Berichtes gibt, in denen Teilaspekte der sozioökonomischen und gesundheitlichen Lage der gesondert Frauen behandelt werden, ist an dieser Stelle auf Schnittstellen zu verweisen (Kapitel 2, 3 und 10).

8.5 Gesundheit der ostdeutschen Frauen im mittleren Lebensalter in den achtziger Jahren

8.5.1 Demographische und sozioökonomische Situation

Im Jahr 1989 lebten in der DDR 16,4 Millionen Einwohner (48 % männliche und 52 % weibliche). Der Anteil der Frauen zwischen 45 und 59 Jahren an der Wohnbevölkerung stieg im Verlauf der achtziger Jahre von 9,3 % auf 10,2 % an. Die Relation zwischen Männern und Frauen im mittleren Alter glich sich in den achtziger Jahren an. Der noch im Jahr 1980 bestehende Frauenüberschuß bei den 50-59jährigen Frauen war 1989 kaum noch vorhanden. Im Jahre 1980 betrug das quantitative Verhältnis der 50- bis 59jährigen Männer zu den gleichaltrigen Frauen noch 100 zu 136; im Jahr 1989 war die Relation in der gleichen Altersgruppe 100 Männer zu 103 Frauen (StZV 1982: 349; StZV 1990: 392). Die Reduzierung des Frauenüberschusses in den achtziger Jahren läßt sich durch die Abschwächung der Auswirkungen der demographischen Verluste des Zweiten Weltkrieges und durch die Zunahme der ferneren Lebenserwartung bei den Männern erklären.

Die Frauen im mittleren Alter waren in den achtziger Jahren in ihrer überwiegenden Mehrheit verheiratet (Tabelle 8.5-1). Die Ehe hat ihre Bedeutung als familiäre Institution für Frauen im mittleren Lebensalter trotz hoher Scheidungsquoten durch hohe Wiederverheiratungsquoten erhalten. Im zeitlichen Verlauf der achtziger Jahre veränderten sich die Anteile der Frauen in den verschiedenen Familienständen. Die Anteile lediger und verwitweter Frauen nahmen im Verlauf der achtziger Jahre ab, wohingegen die Anteile verheirateter und geschiedener Frauen im gleichen Zeitraum zunahmen. Diese Veränderungen sind mit der demographischen Entwicklung im Zusammenhang zu betrachten. Durch das sich ausgleichende quantitative Verhältnis zwischen Männern und Frauen konnten mehr Frauen eine Partnerschaft eingehen.

Tabelle 8.5-1: Familienstand der Frauen (45-60 J.) in der DDR 1980, 1985, 1989

	ledig	Verheiratet	verwitwet	geschieden
	in %			
1980	7,5	72,9	11,5	8,1
1985	6,2	75,7	8,6	9,5
1989	5,1	76,3	8,2	10,4

Quellen: StZV 1987: 351, 1988: 359, 1990: 393.

Fast alle Frauen wurden im Verlaufe ihres Lebens mindestens einmal Mutter. Die Mütterrate betrug in der DDR ab den Frauen des Geburtsjahrganges 1936 ca. 90 % (Hoffmann et al. 1990: 24 u. 27). Frauen der Geburtsjahrgänge 1926 bis 1940 brachten im Durchschnitt noch 2 bis 3 Kinder zur Welt. Eine Betrachtung der Fruchtbarkeit nach Frauenkohorten zeigt, daß Frauen des Geburtsjahrganges 1937 letztmalig die einfache

Reproduktion (Ersatz der Elterngeneration durch die Kinder, d. h. 2,3 Kinder/Frau) erreichten (Dorbritz 1990: 23).

Wesentliche Voraussetzungen für die gesundheitliche Entwicklung liegen in den sozialen und ökonomischen Strukturen einer Gesellschaft und in der Partizipation der Frauen an diesen Strukturen. Schulische Ausbildung und berufliche Qualifikation sind dafür wichtige Bestimmungsmerkmale.

Die jüngeren Frauen wiesen auch in den achtziger Jahren durchschnittlich höhere Berufsbildungsabschlüsse auf als die älteren Frauen. Das traf auch innerhalb der Altersgruppe der 45-60jährigen Frauen zu. Des Weiteren gab es frauentypische Berufstätigkeiten, die mit bestimmten Qualifikationsabschlüssen verbunden waren, wie z. B. die Abschlüsse des mittleren medizinischen Personals, die an Fachschulen erworben wurden (Lötsch/Falconere 1990: 40). In der historischen Betrachtung zeigt sich, daß der Prozeß der Erhöhung der Qualifikationen und die Angleichung der Qualifikationen von Frauen an die der Männer langsam vorstatten ging. Die Tabelle 8.5-2 zeigt, daß der Anteil von Frauen mit qualifiziertem Berufsabschluß erst in den jüngeren Generationen deutlich zunahm.

Tabelle 8.5-2: Anteil der Frauen (30-63 J.) an Berufsbildungsabschlüssen in der DDR, 1981

Altersgruppe	Hochschule	Fachschule	Meister	Facharbeiter	Teilfacharbeiter	Ohne Abschluß
	in %					
30 bis unter 35 Jahre	39,4	62,6	15,4	48,0	52,6	62,6
35 bis unter 40 Jahre	33,1	57,8	12,4	51,0	58,8	66,8
40 bis unter 45 Jahre	28,4	51,1	11,5	51,9	58,3	68,1
45 bis unter 50 Jahre	24,0	44,0	10,9	49,3	64,6	74,1
50 bis unter 63 Jahre	18,7	38,0	10,5	55,1	75,9	84,6

Quelle: Lötsch/Falconere 1990: 40.

Der Anteil der weiblichen Berufstätigen an der weiblichen Wohnbevölkerung im arbeitsfähigen Alter stieg in den achtziger Jahren kontinuierlich an (1980: 73,2 %; 1985: 76,2 %; 1989: 78,1 %). 1989 waren 49 % der Berufstätigen weiblich (Statistisches Amt der DDR 1990: 34). Die Tendenz zur Erhöhung der Frauenerwerbstätigenquote traf auch für Frauen im mittleren Lebensalter zu (Tabelle 8.5-3). Hierfür waren die verbesserten Möglichkeiten der Vereinbarung von Berufstätigkeit und Familienarbeit bedeutsam, die partiell auch für die Frauen im mittleren Lebensalter relevant waren. Auf der anderen Seite gab es innerhalb des mittleren Alters auch einen Trend zur Abnahme des Beschäftigungsgrades sowohl 1979 als auch 1989. Ein Grund dafür lag in der Zunahme von chronischen Krankheiten und als deren Folge in den steigenden Frühverrentungen/Invalidisierungen (siehe Abschnitt 8.5.2.3).

Neben der allgemeinen Betrachtung von Frauenerwerbstätigkeit ist auch die Verortung der erwerbstätigen Frau im Wirtschaftssystem von Bedeutung. Im Jahr 1989 war ca. ein Drittel der in den verschiedenen Wirtschaftsbereichen beschäftigten Frauen zwischen 45

und 60 Jahre alt. Frauen im mittleren Alter stellten damit eine bedeutende Arbeitskräfteressource dar. Das galt besonders für die Wirtschaftsbereiche Produzierendes Handwerk (ohne Bauhandwerk), Land- und Forstwirtschaft sowie Verkehrs-, Post- und Fernmeldewesen zu. Hier wurden größtenteils einfache Tätigkeiten verrichtet, die für jüngere und besser qualifizierte Frauen und häufig auch für Männer unattraktiv waren (Miethe et al. 1990: 65).

Tabelle 8.5-3: Beschäftigungsgrad¹⁾ der weiblichen Bevölkerung (45-60 J.) in der DDR 1979 und 1989

	45 bis unter 50 J.	50 bis unter 55 J.	55 bis unter 60 J.
	in %		
1979	82,7	77,7	68,9
1989	87,7	83,2	73,5

1) Ständig Berufstätige und Lernende

Quelle: Miethe et al. 1990: 64.

In der Besetzung von Leitungspositionen mit Frauen wurde das erklärte Ziel der DDR, die Gleichberechtigung in bezug auf die Beteiligung von Frauen an höheren Leitungsfunktionen und Spitzenpositionen durchzusetzen, nicht erreicht. In kaum einem Wirtschaftsbereich konnten die Frauen die Hälfte bzw. einen repräsentativen Anteil an Leitungspersonal stellen. Ihr Anteil war in den Bereichen am höchsten, in denen Frauen auch mehrheitlich beschäftigt waren. Im Bereich Handel und Versorgung stellten Frauen 62 % des Leitungspersonals, in der Leichtindustrie 44 % und im Post- und Fernmeldewesen 42 %. In den anderen Wirtschaftsbereichen lag der Frauenanteil an den Leitungspositionen erheblich unter diesen Werten (ebd.: 95).

Das Arbeitseinkommen war in der DDR die Haupteinkommensquelle und die materielle Basis für die individuelle Lebensführung. 95,4 % der Frauen zwischen 40 und 54 Jahren und 97,6 % der altersgleichen Männer waren 1988 Bezieher von Arbeitseinkommen (BMFJ 1993: 288). Dem Anteil der Frauen an den Beschäftigten der DDR entsprach nicht der Anteil ihres Lohnes/Gehaltes am Gesamteinkommen. Ein Grund dafür lag in der unterdurchschnittlichen Teilhabe der Frauen an den mittleren und höheren Leitungsfunktionen und der damit verbundenen Einstufung in die entsprechenden Lohn- und Gehaltsgruppen. So betrug der Anteil der Frauen an der untersten Lohnstufe (400 bis 500 Mark) im Jahr 1988 63 % und an der obersten Lohnstufe (mehr als 1.700 Mark) nur 16 % (Miethe et al. 1990: 88). Ein weiterer Grund für die durchschnittlich niedrigeren Löhne und Gehälter der Frauen lag in den Einkommensdifferenzierungen zwischen den einzelnen Wirtschaftsbereichen. Frauen waren eher in solchen Bereichen beschäftigt, die durch eine verhältnismäßig niedrige Bruttolohnsumme gekennzeichnet waren. Die Frauen erzielten in der DDR 1988 durchschnittlich noch nicht einmal drei Viertel der Nettolöhne und -gehälter der Männer. Das Lohn- und Gehaltsverhältnis zwischen den

Geschlechtern war im mittleren Lebensalter für die Frauen mit lediglich zwei Drittel der Nettolöhne der Männer besonders ungünstig (Tabelle 8.5-4).

Tabelle 8.5-4: Durchschnittliche Nettolöhne und -gehälter nach Geschlecht und Alter in der DDR 1988

Altersgruppe	Männer	Frauen	Nettolohn der Frauen in % der Männerlöhne und -gehälter
	in Mark		
35 bis 39 Jahre	1.044	766	73,4
40 bis 44 Jahre	1.063	761	71,6
45 bis 49 Jahre	1.070	741	69,3
50 bis 54 Jahre	1.047	693	66,2

Quelle: Roloff 1991: 25.

Allerdings zeigte sich bei Frauen im mittleren Lebensalter, die in einer Ehe/Partnerschaft lebten, eine günstigere Einkommenssituation im Vergleich der Haushaltsnettoeinkommen mit jüngeren und älteren Frauen. Lediglich ein Drittel von ihnen lebte mit einem Einkommen unterhalb des Gesamtdurchschnitts, während es in der Gruppe der Rentnerinnen 82 % waren. Ein Grund für die relativ günstige Situation der Frauen im mittleren Lebensalter lag auch in dem hohen Beschäftigungsgrad dieser Altersgruppe (BMFJ 1993: 271).

Bedingungen zur Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Familie

Das Leben der Frauen im mittleren Alter war in der DDR durch die Kombination von Erwerbstätigkeit und Mutterrolle geprägt. Eine Reihe von arbeitsrechtlichen und sozialpolitischen Maßnahmen, die im Laufe der Zeit eingeführt wurden, sollte den Frauen die Vereinbarung beider Lebensbereiche ermöglichen.

In den achtziger Jahren galt die 1967 in der DDR eingeführte reguläre Wochenarbeitszeit von 43 3/4 Stunden. Seit 1972 konnten vollbeschäftigte berufstätige Mütter mit mehr als drei Kindern unter 16 Jahren ohne Lohnminderung in einer 40-Stunden-Woche arbeiten. Mütter mit 2 Kindern in Dreischichtarbeit konnten ihre Arbeitszeit ebenso reduzieren, Frauen mit Zweischichtarbeit auf 42 Wochenstunden. Diese wöchentlichen Arbeitszeiten wurden in der Regel in der 5-Tage-Woche abgeleistet, was für die Frauen eine lange tägliche Arbeitszeit bedeutete und die Vereinbarung mit familiären Belangen erschwerte. Gleichzeitig wurde für die betroffenen Mütter der Mindesturlaub erhöht. Ab 1977 erhielten vollbeschäftigte Mütter mit einem schwerstgeschädigten Kind mindestens 21 Tage, bei Mehrschichtarbeit 24 Tage Urlaub.

Eine grundsätzliche Erschwernis für das individuelle Bemühen, die Berufsarbeit mit den familiären Anforderungen zu vereinbaren, war das starre Arbeitszeitregime. Flexible Arbeitszeitregelungen gab es für die Beschäftigten in der DDR nicht. Die Nachfrage nach Teilzeitregelungen war bei den Frauen größer als es gesellschaftspolitisch in der

DDR erwünscht war, entsprechend gering war auch das Angebot von Teilzeitarbeitsplätzen in den Betrieben, Kombinat und Genossenschaften. Teilzeitarbeit bedeutete in der DDR eine Arbeitszeit zwischen 20 bis 40 Wochenstunden. Zwischen 25 und 40 Stunden in der Woche waren ca. 60 % der Teilzeitarbeitenden beschäftigt (Miethe et al. 1990). Im Verlauf der siebziger und achtziger Jahre sank der Anteil der laut Arbeitsvertrag verkürzt arbeitenden Frauen an den weiblichen Arbeitern und Angestellten (1970: 31,8 %, 1985: 27,4 %, 1988: 26,9 %) (Staatliche Zentralverwaltung 1990: 66).

Die Teilzeitarbeit hatte für die unterschiedlichen Frauenkohorten in der DDR unterschiedliche Bedeutung. So vermutet Trappe (1995), daß für Frauen im mittleren Alter (Geburtsjahre 1930 bis 1940) Teilzeitarbeit eine größere Relevanz in ihrem bisherigen Berufsleben hatte als für jüngere Frauen. Ihre empirischen Untersuchungen zu den unterschiedlichen Arrangements der Arbeitszeiten der berufstätigen Frauen (Geburtsjahrgänge 1929 bis 1931 und 1939 bis 1941) ergaben, daß ca. 4 % der Frauen immer einer Teilzeitbeschäftigung nachgingen, ca. 62 % immer in Vollzeit tätig waren und ca. 33 % zwischen beiden Formen wechselten (ebd.: 152). Im Jahre 1989 gingen 27,1 % der erwerbstätigen Frauen einer Teilzeitbeschäftigung nach (Winkler 1990: 83). Bei den 41-56jährigen Frauen lag die Teilzeitrquote mit 27,8 % etwas über dem Durchschnitt. In allen Altersgruppen arbeiteten Frauen mit höherer Qualifikation seltener in Teilzeitverhältnissen als die übrigen Frauen (BMFJ 1993: 298).

Im Bereich der beruflichen Weiterbildung gab es für Frauen im mittleren Lebensalter in der DDR eine Vielzahl von Förderungsmöglichkeiten. 1952 wurde auf Beschluß des Ministerrates der DDR festgelegt, daß die Betriebe neben den Betriebskollektivverträgen auch Frauenförderpläne aufzustellen hatten. 1963 wurde die Möglichkeit von Frauensonderstudien (häufig berufsbegleitend) eingeführt, um die Qualifikation der berufstätigen Frauen zu verbessern. 1978 wurde in der Prüfungsordnung für Facharbeiter festgelegt, daß Frauen ab dem 40. Lebensjahr und Männer ab dem 45. Lebensjahr bei entsprechender Berufspraxis die Facharbeiterqualifikation zugesprochen werden konnte. Eine ähnliche Regelung gab es für die Fachschulabschlüsse (z. B. für mittleres medizinisches Personal und für Ingenieure). Zielgruppe und Nutzerinnen dieser Maßnahmen waren vor allem die Frauen im mittleren Lebensalter.

Zur besseren Bewältigung der familiären Anforderungen wurde 1952 ein bezahlter Hausarbeitstag eingeführt. Er konnte von vollbeschäftigten Frauen mit eigenem Haushalt, die verheiratet waren oder ein Kind unter 18 Jahren bzw. eine pflegebedürftige Person in ihrem Haushalt betreuten, monatlich in Anspruch genommen werden. Dieselbe Regelung traf ab 1976 auch auf kinderlose Frauen über 40 Jahre, sowie auf allein-erziehende Väter und auf Männer mit einer pflegebedürftigen Ehefrau zu. Frauen, die in den achtziger Jahren im mittleren Lebensalter waren, profitierten nur zu einem geringen Teil von den im Verlauf der DDR gesetzlich geschaffenen Erleichterungen für Mütter mit einer ganztägigen Berufsarbeit (z. B. von der ganztägigen staatlichen Betreuung für Säuglinge und Kleinkinder in Kinderkrippen und Kindergärten). Die Versorgung mit Kinderkrippenplätzen (Kinderkrippen, Dauerheime, Saisonkrippen) lag 1965, also zu

einem Zeitpunkt, wo diese Frauen Mütter von Kleinkindern waren, noch bei einem Betreuungsgrad von 187/je 1.000 1985 bei 727/je 1.000 und 1989 bei 802 je 1.000 für die Betreuung in Frage kommende Kinder (Statistisches Amt der DDR 1990: 84). Der Betreuungsgrad für Kindergartenplätze entwickelte sich von 528 im Jahr 1965 über 940 im Jahr 1985 bis zu 951 je 1.000 Kinder im Jahr 1989 (Statistisches Amt der DDR 1990: 85). Eine Studie zeigt den Einfluß dieser unterschiedlichen Bedingungen auf die Berufstätigkeit verschiedener Frauenkohorten in der DDR. Mütter des Jahrganges 1935 waren zu 45 %, Mütter des Jahrganges 1945 waren zu 13 %, und 1955 geborene Mütter waren nur noch zu 6 % nicht berufstätig, als ihre Kinder unter 3 Jahre alt (im Kinderkrippenalter) waren (Johne/Peemüller 1992: 47).

Gesetzliche Regelungen zur Familien- und Sozialpolitik in der DDR bekamen vor allem nach 1971 einen neuen Stellenwert. Die Zielgruppe waren Frauen im fertilen Alter, d. h. insbesondere jüngere Frauen. Der Arbeitsausfall, der durch diese sozialpolitischen Regelungen, wie bezahlte Freistellungen zur Pflege erkrankter Kinder, verlängerter bezahlter Schwangerschafts- und Wochenurlaub, bezahlte Freistellungen bis zum Erhalt eines Krippenplatzes etc., auftrat, mußte häufig, vor allem in Wirtschaftsbereichen mit einem hohen Frauenanteil, von den Frauen ohne betreuungsbedürftige Kinder, d. h. durch ältere Frauen, kompensiert werden. Eine allgemeine Arbeitszeitverkürzung für alle Frauen konnte durch die auf Mütter konzentrierte Sozialpolitik nicht realisiert werden. Obwohl zahlreiche Rahmenbedingungen wie z. B. die Sicherung der außerfamiliären Kinderbetreuung den Frauen in der DDR die Vereinbarung von Beruf und Familie erleichterten, blieb die Familienarbeit traditionell im wesentlichen auf die Frauen beschränkt, so daß Mehrfachbelastungen nicht ausblieben. Die familiären Anforderungen an die Frauen lagen in der Haushaltsführung (kaum ausgeprägter Dienstleistungsbereich, geringe technische Ausstattung des Haushaltes, Mangel an Konsumgütern etc.), in der Kinderbetreuung (keine realisierte Gleichstellung mit dem Partner) und in der Betreuung der älteren Generation. Überlastungen der Frauen traten nach Ergebnissen einer regionalen Studie (Kahnes/Kahnes 1992) bei der Pflege älterer Personen vor allem durch fehlende körperliche Ressourcen (Krafteinsatz bei konkreten Pflgetätigkeiten), durch fehlende zeitliche Ressourcen (Zeit für die eigene Familie fehlt), durch mangelnde gesellschaftliche Unterstützung und durch fehlende Dienstleistungen auf. Mehrjähriger Urlaubsverzicht war für die Familien, die Betreuungsaufgaben übernommen hatten, die Folge.

Bedingungen der gesundheitlichen Versorgung

Es war in der DDR verfassungsrechtlich (Artikel 35) festgeschrieben, daß alle medizinischen Leistungen der Bevölkerung unentgeltlich zur Verfügung standen. Es gab keine Zuzahlungsregelungen oder andere Formen der Beteiligung des Einzelnen an der medizinischen Versorgung (Vorsorge, Behandlung, Rehabilitation, Arzneimittel). Die Kosten wurden von der Sozialversicherung übernommen. Dafür zahlten die Beschäftigten 10 % des Bruttoeinkommens, maximal 60,00 Mark/Monat, vom beitragspflichtigen Bruttoeinkommen in die Sozialversicherung ein (Winter 1980: 129).

Neben den allgemeinen Bedingungen der gesundheitlichen Vorsorge und Versorgung existierten für berufstätige Frauen eine Reihe von spezifischen Arbeitsschutzbestimmungen, die auf die weiblichen physiologischen Besonderheiten Rücksicht nehmen sollten. Für Berufstätige, die fünf Jahre vor dem Eintritt in das Rentenalter standen (Frauen in der Regel ab 55 Jahre), wurde im Jahre 1978 eine arbeitsmedizinische Dispensairebetreuung im Arbeitsgesetzbuch festgeschrieben. In den Dispensairestellen erfolgte eine kontinuierliche Betreuung von physiologisch oder sozial definierten Gruppen oder von chronisch Kranken durch spezialisierte Fachärzte über einen längeren Zeitraum. Im Anschluß an ein spezielles Untersuchungsprogramm im Rahmen der arbeitsmedizinischen Tauglichkeits- und Überwachungsuntersuchungen (ATÜ siehe auch Kapitel 8.4) wurde eine gezielte und differenzierte Langzeitgruppenbetreuung von Berufstätigen mit gesundheitlichen Gefährdungen vorgenommen. Die Differenzierungen betrafen die Häufigkeiten der periodischen Untersuchungen (mindestens zweijährlich bis vierteljährlich und häufiger) und das Ausmaß der medizinischen und arbeitshygienischen Maßnahmen. Weiterhin wurden auch die Arbeitsplätze und Arbeitsbedingungen von älteren berufstätigen Frauen (in der Regel ab 55 Jahre) auf ihre Zumutbarkeit gesondert überprüft. Ihre Arbeitsplätze wurden häufiger mit mehr Raum für körperliche Bewegungsfreiheit ausgestattet als die von jüngeren Frauen. Ebenfalls wurde an die älteren berufstätigen Frauen bei arbeitsmedizinischem Bedarf Heimarbeit oder Teilzeitarbeit vergeben und das Pausenregime ihren Bedürfnissen angepaßt (Eitner/Eitner 1986). Aus arbeitsmedizinischer Sicht wurde bei Beschäftigten über 55 Jahre eher eine befristet eingeschränkte Tätigkeitsaufgabe als eine Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz empfohlen, um den beschäftigten Frauen das gewohnte Arbeitsmilieu zu erhalten (Enderlein et al. 1998: 256ff.). Eine häufig praktizierte rehabilitative Maßnahme war die Verordnung von Schonarbeit. Sie konnte sowohl prophylaktisch im Vorfeld drohender Erkrankungen oder Verschlimmerungen von Leiden als auch rehabilitativ nach längerer Arbeitsunfähigkeit in Anspruch genommen werden. Der Betrieb hatte durch Einschränkung der Arbeitsaufgaben, durch Veränderung der Arbeitsplatzbedingungen oder der Arbeitszeit eine Weiterbeschäftigung zu ermöglichen. Die Schonarbeit war mindestens mit dem Durchschnittslohn finanziell abgesichert und bis zu einer Dauer von 12 Wochen möglich. Diese Schutzmaßnahmen wirkten sich durch die fehlende Bedrohung von Arbeitslosigkeit nicht zu einem „Wettbewerbsnachteil“ für ältere Frauen auf dem Arbeitsmarkt aus.

In der DDR stellte das Betriebsgesundheitswesen eine tragende Säule für die medizinische Basisbetreuung dar. Betriebsärztinnen konnten neben der arbeitsmedizinischen Betreuung auch allgemeinmedizinische oder spezialisierte Behandlungen (z. B. gynäkologische) durchführen. Für Frauen war die medizinische Versorgung am Arbeitsplatz u. a. auch aus Zeitgründen ein günstiges Angebot.

Chronisch Kranke wurden in der DDR im Rahmen der Dispensairebetreuung fachärztlich versorgt und sozialmedizinisch über den Umgang mit der Krankheit beraten und aufgeklärt. Des weiteren gab es für besonders disponierte Bevölkerungsgruppen gesetzliche Regelungen, die für diesen Personenkreis Reihenuntersuchungen und eine laufen-

de Überprüfung ihrer Arbeitsbedingungen vorsahen (z. B. bei beruflichen Übergängen und im Rahmen der ATÜ für Frauen ab dem 55. Lebensjahr, für Frauen mit Nachtschichtarbeit und für Frauen mit drei und mehr Kindern im Alter bis zu 16 Jahren). Diese Frauengruppen waren auch ohne spezifische berufliche Expositionen oder Belastungen mit Gesundheitsrisiken in Vorsorgeuntersuchungen einbezogen.

8.5.2 Beschreibung der gesundheitlichen Lage

8.5.2.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit

Die Lebenserwartung bei der Geburt betrug 1989 bei den Frauen 76 Jahre und bei den Männern 70 Jahre. Die Männer hatten während des gesamten Zeitraumes in der DDR eine niedrigere Lebenserwartung als die Frauen. Eine Betrachtung der ferneren Lebenserwartung der Frauen zwischen dem 45. und 60. Lebensjahr zeigt in den achtziger Jahren in allen Altersgruppen eine Steigerung (Tabelle 8.5-5).

Tabelle 8.5-5: Fernere Lebenserwartung der Frauen (45-60 J.) in der DDR

Vollendetes Alter	1980	1985 in Jahren	1989
45	31,9	32,5	33,1
50	27,4	27,9	28,6
55	23,0	23,5	24,1
60	18,8	19,2	19,9

Quelle: StZV 1987: 380, 1989: 388, 1990: 428.

In den achtziger Jahren setzte sich in der DDR der rückläufige Trend der Sterbeziffern früherer Jahre fort. Er wurde auch bei den Frauen im mittleren Lebensalter wirksam (Tabelle 8.5-6).

Tabelle 8.5-6: Sterbeziffern der weiblichen Personen der DDR nach Altersgruppen 1980, 1985 und 1989

Altersgruppe	Gestorbene je 1.000 der Bevölkerung gleicher Altersgruppe		
	1980	1985	1989
45 bis unter 50	3,1	2,8	2,8
50 bis unter 55	5,1	4,7	4,3
55 bis unter 60	7,9	7,2	7,0

Quelle: IfMSt 1990: 62.

Die häufigsten sechs Todesursachen von Frauen zwischen 45 und 60 Jahren hatten im Jahr 1989 folgende Rangfolge: Bösartige Neubildungen (3009 Sterbefälle), Krankheiten des Kreislaufsystems (1885 Sterbefälle), Krankheiten des Verdauungssystems (559), Selbsttötungen und Selbstbeschädigungen (347 Sterbefälle), Unfälle (288 Sterbefälle) und Krankheiten der Atmungsorgane (261 Sterbefälle) (StZV 1990: 434f.). Für die DDR

kann der Rückgang der Gesamtsterblichkeit vor allem auf den Rückgang der Sterblichkeit an den Krankheiten des Kreislaufs und des Atmungssystems zurückgeführt werden (IfMSt 1990: 44).

8.5.2.2 Stationäre Morbidität

Die stationäre Morbidität gibt Auskunft über die Verbreitung von Krankheiten in der Bevölkerung, die mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sind. Im allgemeinen handelt es sich dabei um schwere oder lebensbedrohende Krankheiten, die den Gesundheitszustand erheblich beeinträchtigen und von zahlreichen psychosozialen Folgen begleitet sind. In der DDR wurde die stationäre Morbidität flächendeckend über die Krankenblattdokumentation erfaßt, wodurch ein Bezug zur Wohnbevölkerung gegeben ist, der repräsentative Angaben über die Häufigkeit von Krankenhausfällen und ihre Verweildauer zuläßt. Im folgenden werden aus den neu aufbereiteten Daten des Robert-Koch-Institutes einige Diagnosen auf Grund ihrer Bedeutung als Todesursache oder wegen ihrer sozialmedizinischen Relevanz dargestellt (Neubildungen, Myokardinfarkt, Muskel-Skelett-Erkrankungen, Diabetes mellitus, gynäkologische Erkrankungen im Klimakterium).

Eine von der Diagnosenstellung unabhängige Betrachtung der stationären Morbidität zeigt, daß innerhalb des mittleren Lebensalters die häufigsten Krankenhausfälle bei Frauen zwischen 50-55 Jahren auftreten und daß die Verweildauer gegen Ende des mittleren Lebensalters ansteigt (Tabelle 8.5-7).

Tabelle 8.5-7: Krankenhausfälle je 100.000 Frauen und durchschnittliche Verweildauer in Tagen je Fall nach Alter in der DDR, 1989

Alter	Krankenhausfälle	Verweildauer
40 bis unter 45	14 098,2	16,7
45 bis unter 50	15 889,9	16,5
50 bis unter 55	17 030,2	16,3
55 bis unter 60	15 215,1	20,2

Quelle: Bergmann/Menzel 1995: 27.

Neubildungen

In der DDR existierte seit 1952 auf der Grundlage der Meldepflicht ein Krebsregister. Damit sind Aussagen zur Häufigkeit von Tumorerkrankungen in der Bevölkerung möglich. Im Jahre 1987 gehörten bei Frauen zu den häufigsten Krebserkrankungen die Neubildungen der Brustdrüse (Anteil 22,9 %), des Dickdarmes (Anteil 8,4 %) und des Gebärmutterhalses (Anteil 8,1 %). Bei einer zeitlichen Betrachtung der Trends beeindruckt besonders der Rückgang der Krebserkrankungen des Gebärmutterhalses (1963-1987 von 35,8 auf 22,5 je 100.000 Frauen). Der Rückgang der Neuerkrankungen betraf vor allem die 35-60jährigen Frauen. Hierzu existierte ein wirksames Screeningprogramm. Die Neubildungen gehören im mittleren Lebensalter zu den häufigsten Kran-

kenhausbehandlungen (Tabelle 8.5-8). Ihre Letalität nimmt innerhalb des mittleren Lebensalters zu. Im Jahre 1989 verstarben 1,5 % der 40-45jährigen Frauen an Neubildungen und 5,1 % der 55-60jährigen Frauen (IfMSt 1990: 121).

Tabelle 8.5-8: Krankenhausfälle Neubildungen je 100.000 Frauen und durchschnittliche Verweildauer in Tagen je Fall nach Alter in der DDR, 1989

Alter	Krankenhausfälle	Verweildauer
40 bis unter 45	2 337,7	14,0
45 bis unter 50	2 978,6	14,1
50 bis unter 55	2 739,4	14,8
55 bis unter 60	2 635,5	16,2

Quelle: Bergmann/Menzel 1995: 77.

Myokardinfarkt

Das MONICA–Herzinfarkt-Register der DDR (1982-1984) gibt Auskunft über die Häufigkeit der Myokardinfarkte von Frauen. Frauen zwischen 25 und 64 Jahren erlitten in diesem Zeitraum 6 Herzinfarkte je 100.000 Einwohnerinnen. Im Altersverlauf ist ein Anstieg der Myokardinfarkte zu beobachten. Bei den 35-44jährigen Frauen wurden 9 Myokardinfarkte, bei den 45-54jährigen Frauen wurden 64, und bei der nächsten Altersgruppe, den 55-64jährigen Frauen, wurden 202 Myokardinfarkte je 100.000 Frauen registriert (Heinemann 1988: 33).

Auch bei der stationären Morbidität wird im Jahre 1989 ein Anstieg im Altersgang sichtbar (Tabelle 8.5-9).

Tabelle 8.5-9: Krankenhausfälle akuter Myokardinfarkt je 100.000 Frauen und durchschnittliche Verweildauer in Tagen je Fall nach Alter in der DDR, 1989

Alter	Krankenhausfälle	Verweildauer
40 bis unter 45	18,8	21,4
45 bis unter 50	30,4	25,6
50 bis unter 55	71,4	22,8
55 bis unter 60	132,9	22,8

Quelle: Bergmann/Menzel 1995: 277.

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes haben einen erheblichen Anteil an der stationären Morbidität. Die Behandlungsfälle konzentrieren sich bei den Frauen auf die Altersgruppe 45-60 Jahre. Innerhalb dieser Diagnoseklasse wurden vor allem Osteoarthrosen und Weichteilrheumatismus stationär behandelt. Tabelle

8.5-10 zeigt die Krankenhausfälle an den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems 1989.

Tabelle 8.5-10: Krankenhausfälle mit den Diagnosen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes je 100.000 Frauen und durchschnittliche Verweildauer in Tagen je Fall nach Alter in der DDR, 1989

Alter	Krankenhausfälle	Verweildauer
40 bis unter 45	825,1	20,2
45 bis unter 50	1 118,0	19,7
50 bis unter 55	1 302,2	21,1
55 bis unter 60	1 310,9	21,9

Quelle: Bergmann/Menzel 1995: 88.

Diabetes mellitus

Der Diabetes mellitus gehört als häufigste Stoffwechselerkrankung des Alters zu den Diagnosen, die seit 1958 in der DDR über Spezialbetreuungsstellen (Dispensaires) gut erfaßt wurden. Es liegen somit verläßliche Daten über die Neuerkrankungen (Inzidenzen) vor (Tabelle 8.5-11). Daraus wird ersichtlich, daß die Inzidenzen innerhalb des mittleren Lebensalters kontinuierlich ansteigen. Im Verlaufe der 80er Jahre lassen sich kaum wesentliche Morbiditätsveränderungen im mittleren Lebensalter feststellen. Lediglich die Altersgruppe 40-45 Jahre hat eine Zunahme an Neuerkrankungen zu verzeichnen.

Tabelle 8.5-11: Neuerkrankungen an Diabetes bei Frauen (40-60 Jahre) je 100.000 der Bevölkerung in der DDR, 1984-1988

Alter	1984	1986	1988
40 bis unter 45	162,4	174,2	208,4
45 bis unter 50	325,6	313,2	307,9
50 bis unter 55	587,9	623,7	594,8
55 bis unter 60	863,0	820,6	819,5

Quelle: IfMS 1985: 77, 1987: 109, 1989: 99.

Die Krankenhausfälle mit der Diagnose Diabetes mellitus nehmen im Verlauf des mittleren Lebensalters ebenfalls zu. Sie entsprechen der Inzidenzentwicklung im Altersverlauf auf einem niedrigeren Niveau (Tabelle 8.5-12).

Tabelle 8.5-12: Krankenhausfälle Diabetes mellitus je 100.000 Frauen und durchschnittliche Verweildauer in Tagen je Fall nach Alter in der DDR, 1989

Alter	Krankenhausfälle	Verweildauer
40 bis unter 45	121,1	18,8
45 bis unter 50	193,6	19,8
50 bis unter 55	341,2	20,2

55 bis unter 60

498,1

21,6

Quelle: Bergmann/Menzel 1995: 189.

Gynäkologische Erkrankungen im Klimakterium

Krankheiten der Menopause und Postmenopause erreichten ihren Häufigkeitsgipfel in der Gruppe der 50-54jährigen Frauen. Menstruationsstörungen und abnorme Blutungen kommen im Alter von 40 bis unter 50 Jahren sehr häufig vor. Beide Krankheitsgruppen weisen im Vergleich mit anderen Erkrankungen eine hohe stationäre Inanspruchnahme auf. Die stationären Aufenthalte sind aber kurz und liegen durchschnittlich unter einer Woche (Tabelle 8.5-13).

Tabelle 8.5-13: Krankenhausfälle Krankheiten der Menopause und Postmenopause sowie Menstruationsstörungen und abnorme Blutungen je 100.000 Frauen und durchschnittliche Verweildauer in Tagen je Fall nach Alter in der DDR, 1989

Alter	Krankheiten der Menopause und Postmenopause		Menstruationsstörungen und abnorme Blutungen	
	Krankenhausfälle	Verweildauer	Krankenhausfälle	Verweildauer
40 bis unter 45	129,9	5,0	1 291,2	5,2
45 bis unter 50	809,2	4,8	1 596,1	5,0
50 bis unter 55	1 901,3	4,9	1 089,4	4,8
55 bis unter 60	874,7	4,9	202,3	2,4

Quelle: Bergmann/Menzel 1995: 421/422.

8.5.2.3 Arbeitsbezogene Aspekte der Gesundheit

Der hohe Grad der Frauenerwerbstätigkeit in der DDR erlaubt, Aussagen zur Gesundheitslage über die arbeitsbezogenen Morbiditäten vorzunehmen. Nachfolgend wird beschrieben, wie sich die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit, die Arbeitsunfälle, die Verordnung von Heilkuren und die Invalidisierung (Frühverrentung) im mittleren Lebensalter bei Frauen darstellen. Arbeitsunfähigkeit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn lag in der DDR vor, wenn Krankheit, Arbeitsunfall oder Berufskrankheit eine zeitlich begrenzte Beeinträchtigung des Arbeits- und Leistungsvermögens eines Werktätigen verursachten und der Versicherte nicht oder nur mit Gefahr, seinen Zustand zu verschlimmern, fähig war, seiner bisher ausgeübten Tätigkeit nachzugehen (Bräunlich et al. 1986: 112). Seit 1963 gab es eine jährliche Analyse der Arbeitsunfähigkeiten bei der Sozialversicherung der DDR. Damit konnten für 80-90 % der Berufstätigen Aussagen getroffen werden. Allerdings sind die mit der Arbeitsunfähigkeit (AU) verbundenen Aussagen zur Morbidität mit Vorsicht zu interpretieren, weil die soziale und wirtschaftliche Situation den Krankenstand beeinflusst. Die soziale Sicherheit, die in der DDR auch im Krankheitsfall gegeben war, hat zu einem relativ hohen Krankenstand geführt. Frauen hatten über den gesamten Zeitraum der DDR einen höheren Krankenstand als Männer. Der Krankenstand (Anteil der krankheitsbedingten Ausfallzeit an der zu leistenden Sollarbeitszeit) der weiblichen Angestellten und Arbeiter erreichte 1988

6,3 %, bei den Männern 5,8 % (IfMSt 1989: 290). Bei der Betrachtung der Krankenschreibungen von Frauen spielen in der Literatur vor allem zwei Komponenten eine Rolle: Winter (1980: 121) unterstreicht die soziale Bedeutung der Mutterschaft, Bräunlich et al. (1986: 112) betonen, daß durch die annähernde Vollbeschäftigung auch Frauen mit relativ ungünstigem Gesundheitszustand berufstätig waren und entsprechend ihrer gesundheitlichen Situation häufiger arbeitsunfähig wurden. Im mittleren Lebensalter nehmen die AU-Fälle ab, und die AU-Dauer steigt bedingt durch den Beginn chronischer Krankheiten an.

Aufgeschlüsselt nach Diagnosegruppen, nehmen bei den Arbeitsunfähigkeitsfällen Krankheiten des Atmungssystems (akute Infekte in diesem Bereich) den ersten Rang ein. Es folgen Krankheiten des Verdauungssystems. Die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie die Krankheiten des Kreislaufsystems, die ebenfalls einen großen Teil der AU-Fälle bewirken, unterstreichen deren Bedeutung für die Gesundheit der Frauen im mittleren Alter. Ein Vergleich der AU-Fälle nach den Altersgruppen zeigt, daß mit steigendem Alter auch die Krankheiten des Kreislaufsystems für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen an Bedeutung gewinnen (Tabelle 8.5-14).

Im Verlauf der achtziger Jahre konnten in der DDR die meldepflichtigen Arbeitsunfälle bei Männern und Frauen drastisch reduziert werden (z. B. in der Altersgruppe der 45-50jährigen Berufstätigen von 30,0 Arbeitsunfällen je 1.000 Berufstätigen im Jahr 1979 auf 19,0 im Jahr 1989) (Miethe et al. 1990: 78). In allen Altersgruppen waren Frauen erheblich weniger von Arbeitsunfällen betroffen als Männer. Eine Hauptursache für den Unterschied dürfte in den verschiedenen Berufen, der Tätigkeit in verschiedenen Wirtschaftsbereichen und den unterschiedlichen Arbeitsbedingungen von Frauen und Männern liegen. Eine Analyse meldepflichtiger Arbeitsunfälle von Frauen im Altersgang zeigt eine steigende Tendenz bei den über 40jährigen Frauen. Die größte Häufigkeit ist bei den 55- bis unter 60jährigen Frauen mit 18,6 Arbeitsunfällen je 1.000 Berufstätige im Jahr 1989 zu verzeichnen (ebd.). Diese Arbeitsunfälle werden von Miethe (ebd.) im Zusammenhang mit der verhältnismäßig niedrigen Qualifikation und den schlechteren Arbeitsbedingungen (manuelle Tätigkeiten, körperlich schwere Arbeit) dieser Frauen erklärt.

Tabelle 8.5-14: AU-Fälle je 100 Arbeiterinnen und Angestellte nach ausgewählten Krankheitsklassen, nach Altersgruppen, Sozialversicherung beim Freien Deutschen Gewerkschaftsbund (DDR), 1980

Krankheitsklasse	40-49 Jahre	50-59 Jahre
Krankheiten des Atmungssystems	43,9	35,8
Krankheiten des Verdauungssystems	16,0	12,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	16,1	16,4
Krankheiten des Urogenitalsystems	9,0	6,3
Krankheiten des Kreislaufsystems	10,7	13,6
Neubildungen	1,8	1,3

Quelle: Bränlich et al. 1986: 116.

Heilkuren, deren Kosten von der Sozialversicherung der DDR übernommen wurden, und bei deren Vergabe der Betrieb und die Gewerkschaft ein Mitspracherecht hatten, waren für Erwachsene mehrheitlich bei Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems indiziert. Daraus resultierte auch die hohe Inanspruchnahme der Kuren im mittleren Lebensalter (BMFJ 1993: 306). Noch zu Beginn der achtziger Jahre wurde mehr Männern als Frauen im mittleren Lebensalter eine Heilkur verordnet. Der Versorgungsgrad mit Heilkuren (bezogen auf 10.000 der Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts) betrug im Jahr 1982 bei den 50- bis unter 55jährigen Männern 386 und bei den gleichaltrigen Frauen 260. Im Jahr 1989 war der Versorgungsgrad mit Heilkuren im mittleren Lebensalter zwischen den Geschlechtern ausgeglichen (353 Männer vs. 354 Frauen). Lediglich in der Altersgruppe der 55- bis unter 60jährigen zeigte sich noch ein höherer Versorgungsanteil bei den Männern (IfMSt 1990: 390). Es sind mehrere Gründe für das Aufholen der Frauen denkbar: Ärzte und Verantwortliche in den Betrieben und in der Gewerkschaft orientierten sich stärker auf die Gesundheit von Frauen. Weiterhin haben Frauen begonnen, verstärkt auf ihre eigene Gesundheit zu achten. Außerdem stieg der Anteil an weiblichen Berufstätigen im mittleren Lebensalter in den achtziger Jahren an.

Durch Krankheit, Unfall und andere Schädigungen kann das Leistungsvermögen eines Menschen gemindert sein. In der DDR galt die arbeitsgesetzliche Regelung, daß ab einer Minderung von zwei Dritteln des Leistungsvermögens oder des Verdienstes gegenüber eines Gesunden Invalidität (Erwerbsunfähigkeit) vorliegt. Zur Feststellung des Leistungsvermögens wurde ein ärztliches Gutachten erstellt. Die Invalidenrentner waren nicht zwangsläufig aus dem Berufsprozeß ausgegliedert, weil der Betrieb verpflichtet war, dem Betroffenen eine Teilbeschäftigung anzubieten, wenn dieser es wünschte.

In den achtziger Jahren sank die Invalidisierungsrate (Frühverrentung) von Frauen bis 1985, sie stieg bis zum Ende der achtziger Jahre wieder an (1980: 49, 1985: 44, 1989: 51 je 10.000 weibliche Arbeiter und Angestellte). Bei den Männern war ein Anstieg in den achtziger Jahren durchgängig zu verzeichnen (1980: 48, 1985: 75, 1989: 75 Neuzugänge je 10.000 männliche Arbeiter und Angestellte) (Miethe et al. 1990: 75).

Tabelle 8.5-15: Neuzugänge an Invalidenrentnern nach Altersgruppen in der DDR, 1989

Altersgruppe (Jahre)	Neuzugang je 10.000 Frauen	Neuzugang je 10.000 Männer
15 bis unter 25	10,9	16,5
25 bis unter 30	10,0	8,5
30 bis unter 35	13,1	12,6
35 bis unter 40	18,9	16,8
40 bis unter 45	29,9	22,8
45 bis unter 50	53,4	44,3
50 bis unter 55	99,7	82,2
55 bis unter 60	259,4	199,9

60 bis unter 65

-

532,5

Quelle: Miethé et al. 1990: 75.

Nach Bräunlich et al. (1988) führte lediglich die niedrigere Rentenaltersgrenze der Frauen (mit 60 Jahren) zu den höheren Invalidisierungsquoten der Männer. Tatsächlich zeigt eine weiterführende altersspezifische Betrachtung über das gesamte Erwerbsleben der Frauen hinweg, daß Frauen ab ihrem 30. bis zu ihrem 60. Lebensjahr häufiger als Männer invalidisiert wurden. Die Invalidisierungen konzentrierten sich auf die letzten Jahre vor Rentenbeginn. 10 Jahre vor Rentenbeginn ist eine starke Zunahme an Invalidisierungen zu verzeichnen (siehe Tabelle 8.5-15). Damit waren Invalidisierungen mehrheitlich ein Problem für die Frauen ab 50 Jahre. Die Gründe für den höheren Invalidisierungsgrad unter den Frauen lagen nicht (nur) in ihrem gegenüber den Männern schlechteren Gesundheitszustand, sondern auch in ihrem verhältnismäßig geringeren Qualifikationsgrad und dem entsprechend niedrigeren Lohnniveau (ebd.: 76). Dies erschwerte die Rehabilitation der Frauen, da arbeitsorganisatorische und arbeitshygienische Bedingungen für gering Qualifizierte ungünstiger waren als für die übrigen Beschäftigten.

Die Hauptdiagnosen für die Invalidisierungen waren 1989 Krankheiten des Kreislaufsystems, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, psychische Krankheiten, bösartige Neubildungen, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane sowie chronisch obstruktive Lungenkrankheiten (ebd.: 76).

8.5.2.4 Befundmorbidityäten

Die arbeitsmedizinischen Tauglichkeits- und Überwachungsuntersuchungen (ATÜ) bieten einen umfangreichen Datensatz, der zusätzliche Informationen über die gesundheitliche Situation von Frauen im mittleren Alter liefert (vgl. Kapitel 8.4). Bräunlich et al. (1988) werteten 580.000 zentral erfaßte Wiederholungsuntersuchungen von berufstätigen Frauen aus dem Jahr 1986 aus, die im Rahmen der ATÜ durchgeführt worden sind. In diese Untersuchungen waren berufstätige Frauen mit gesundheitsrelevanten Expositionen und Frauen in Berufen mit speziellen Anforderungen (Lehrerinnen, Erzieherinnen, Nachtarbeiterinnen, Frauen an Bildschirmarbeitsplätzen etc.) sowie alle berufstätigen Frauen ab dem 55. Lebensjahr einbezogen (ebd.: 1049).

Tabelle 8.5-16: Befundprävalenz der Frauen für ausgewählte Diagnosegruppen aus ATÜ¹⁾ in der DDR, 1986

Diagnosegruppen	ICD	Anteil in %	
		< 45 J.	≥ 45 J.
Krankheiten des Kreislaufsystems	390-459	9,7	38,0
Hochdruckkrankheit	401-405	3,5	23,2
Ischämische Herzkrankheit	410-414	0,3	6,7

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	710-739	10,0	30,4
der Wirbelsäule und des Rückens	721-724, 732.0,737 738.4-738.5	8,1	21,7
der Gelenke	715, 717-718	0,6	4,7
Hörstörungen	388-389	0,8	2,3
Sehstörungen	367-369, 378	4,0	6,7
Krankheiten des Verdauungssystems	520-579	3,1	5,3
Krankheiten des Nervensystems	290-359	2,9	4,0
Krankheiten der Haut	680-709	2,0	1,8
Chronische obstruktive Lungenkrankheiten	491-496, 506-508	0,8	2,5
Diabetes mellitus	250	0,3	3,5
Krankheiten der Nieren und Harnwege	580-599	1,3	1,9
Verletzungsfolgen	800-959	0,3	0,5

1) Den Berechnungen liegen N = 163.584 Diagnosen zugrunde.

Quelle: Bräunlich et al. 1988: 1052.

Die dargestellten Befundprävalenzen demonstrieren in ihrer Altersaufteilung bis 45 Jahre und über 45 Jahre die Bedeutung des mittleren Lebensalters für die Zunahme des Krankheitsrisikos bei Frauen. Die obere Begrenzung der Berufstätigkeit lag in der DDR für Frauen in der Regel bei 60 Jahren (Alter des Rentenbeginns), so daß es berechtigt ist, daraus Schlußfolgerungen für das mittlere Lebensalter zu ziehen. Insbesondere zeigt sich bei Frauen über 45 Jahre ein starker Anstieg der Prävalenzen bei den Krankheiten des Kreislaufsystems und des Muskel-Skelett-Systems (Tabelle 8.5-16). Beide Krankheitsgruppen können das Leistungsvermögen und das Wohlbefinden der Frauen im Beruf und auch bei der Gestaltung des privaten und familiären Lebens beträchtlich einschränken. Hinzu kommt, daß die Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems mit körperlichen Schmerzen und mit Einschränkungen in der Mobilität verbunden sind.

Auch ärztliche Angaben zur ambulanten Behandlungshäufigkeit bestätigen, daß im Verlauf des mittleren Lebensalters (meist nach dem fünfzigsten Lebensjahr) besonders die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie Krankheiten des Kreislaufsystems zunehmen (Tabelle 8.5-17).

Tabelle 8.5-17: Ambulante Behandlungsfälle je 1.000 Frauen der jeweiligen Altersgruppe nach ICD-Hauptgruppe, Kreis Zittau, 1. 4. 1987-31. 3. 1988

Diagnosegruppe (IKK-9)	Altersgruppe				
	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
II. Neubildungen	58,2	90,4	97,9	81,3	70,3
III. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Immunitätsstörungen	134,7	128,6	149,2	215,0	256,2
VII. Krankheiten des Kreislaufsystems	236,6	305,0	389,9	522,6	696,8
IX. Krankheiten des Verdauungssystems	150,9	151,0	179,8	182,2	181,9
X. Krankheiten des Urogenitalsystems	265,0	315,7	288,5	266,6	183,0
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	382,4	497,7	529,3	559,8	620,0

Quelle: IfMSt 1990: 296ff.

Eine gemeinsame Betrachtung von subjektiver (Selbsteinschätzung) und objektiver (Arzturteil) Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter ist durch die reanalytische Bearbeitung der Studie „Untersuchungen zum Gesundheitszustand ausgewählter Bevölkerungsgruppen“ in der Region Halle möglich (Franke 1998). Im Rahmen der arbeitsmedizinischen Tauglichkeits- und Überwachungsuntersuchungen wurden von 2.316 Werktätigen aus Industrie und Landwirtschaft, darunter 707 Frauen, Gesundheitsdaten erhoben.

Tabelle 8.5-18: Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes und Arzturteil von Frauen nach Altersgruppen in %

	Gesamt	45-49 Jahre	50-54 Jahre	55-59 Jahre
N =	232	70	90	72
Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes				
sehr gut	1,7	2,9	2,2	-
gut	42,8	47,1	37,9	44,4
eher gut als schlecht	29,7	31,4	33,3	23,6
eher schlecht als gut	22,0	15,7	24,4	25,0
schlecht	3,4	2,9	2,2	5,6
sehr schlecht	0,4	-	-	1,4
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0
Arzturteil				
sehr gut	1,7	4,3	-	1,4
gut	38,8	52,8	34,4	33,3
eher gut als schlecht	45,3	32,9	52,3	45,8
eher schlecht als gut	12,9	10,0	13,3	15,3
schlecht	0,4	-	-	2,8
sehr schlecht	-	-	-	1,4
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Reanalyse „Zum Gesundheitszustand ausgewählter Bevölkerungsgruppen“ in der Region Halle 1985-1988; Franke 1998: 7ff.

Im Mittelpunkt der Sekundäranalyse, die sich auf die 80er Jahre bezieht (1985-1989), stehen die Bewertungen des Gesundheitszustandes durch das Selbst- und das Arzturteil, die Beschwerdeprävalenzen, gesundheitliche Risikofaktoren sowie die Lebenssituation und Lebenszufriedenheit im Zusammenhang mit den Gesundheitsurteilen. Die Verbindung von ärztlicher Untersuchung und medizinsoziologischer Befragung ermöglichte die Zusammenführung der Daten von subjektiv wahrgenommener und objektiv gemessener Gesundheit. Für das mittlere Alter wurden die Daten von 232 Frauen (45-59 Jahre) ausgewertet (Tabelle 8.5-18).

Die Selbsteinschätzung und das Arzturteil zeigen erwartungsgemäß eine Altersabhängigkeit. Jüngere Altersgruppen innerhalb dieser Lebensphase schätzten ihre Gesundheit positiver als ältere ein. Eine gute Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes wurde von den Frauen begründet mit: gutem Allgemeinbefinden/sich wohl fühlen (18,8 %), Schmerz- und Beschwerdelosigkeit (7,5 %), mit dem Gefühl, den täglichen Anforderungen gewachsen zu sein (4,8 %) und mit seltener Arbeitsunfähigkeit (3,5 %). Die Gründe für eine schlechtere Einschätzung der Gesundheit waren: häufige Schmerzen und Beschwerden (28,5 %) sowie chronische Erkrankungen und Behinderungen (8,3 %) (ebd.: 8).

Tabelle 8.5-19: Übereinstimmung und Abweichung bei Selbsteinschätzung und Arzturteil nach Altersgruppen in %

	Gesamt	45-49 Jahre	50-54 Jahre	55-59 Jahre
N =	232	70	90	72
Übereinstimmung	55,6	45,7	57,8	44,4
Selbsteinschätzung besser als Arzturteil	17,4	17,1	16,7	23,6
Selbsteinschätzung schlechter als Arzturteil	27,0	37,2	25,5	32,0
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Reanalyse „Zum Gesundheitszustand ausgewählter Bevölkerungsgruppen“ in der Region Halle 1985-1988; Franke 1998: 11.

Die Gegenüberstellung der Selbst- und der Arzturteile zeigt eine Übereinstimmung bei über 50 % der Urteile, 17 % der Frauen im mittleren Lebensalter schätzen ihre Gesundheit besser ein als der Arzt und 27 % gaben ein schlechteres Urteil über ihre Gesundheit ab, als es der Arzt tat (Tabelle 8.5-19). Diese Nichtübereinstimmung der Urteile kann damit begründet werden, daß beide Urteile unterschiedliche Dimensionen der Gesundheit erfassen. Das Arzturteil basiert auf klinischen Befunden und objektivierbaren Diagnosen. Das Selbsturteil reflektiert die über das Befinden wahrgenommene Gesundheit. In ihm widerspiegeln sich physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden sowie Beschwerden und empfundene Leistungseinbußen. Befindlichkeitsstörungen sind dem Arzt partiell über die Anamnese zugänglich, jedoch fließen sie ins Arzturteil nur dann ein, wenn sie durch klinische Befunde belegt sind.

Im Rahmen der ärztlichen Anamnese konnten die Frauen auch ihre Beschwerden nennen. Unter folgenden Beschwerden litten die Frauen im mittleren Alter häufig: Schmerzen im Rücken (28,4 %), Kopfschmerzen (22,8 %), Kribbeln/Einschlafen in Händen und Füßen (17,7 %), Schwindelgefühl (16,8 %), Schmerzen in den Beinen (16,4 %), Schlafstörungen beim Ein- und Durchschlafen (15,1 %), Unruhe, Erregbarkeit, Nervosität (14,7 %), Beschwerden durch Krampfadern (14,2 %), und Speisunverträglichkeit (13,8 %) (ebd.: 16). Damit zeigten sich sowohl Beschwerden, die auf psychogen bedingte Erschöpfungszustände hindeuten, als auch Beschwerden, die symptomatisch für Kreislauf- und Muskel-Skelett-Erkrankungen sind.

Die der Reanalyse zugrunde liegende Basisstudie ließ einen Vergleich mit den männlichen Werktätigen und mit jüngeren Altersgruppen der Frauen zu. Dieser erbrachte bei allen Beschwerden eine höhere Prävalenz und einen stärkeren Ausprägungsgrad bei den Frauen. Ein deutlicher Umschlag von den guten zu den schlechteren Gesundheitsurteilen (Arzt- und Selbsturteil) fand bei den Frauen der Altersgruppe 40-45 Jahre statt. Bei den Selbsturteilen verstärkt sich diese Tendenz noch einmal in der Gruppe Frauen ab 50 Jahre (Werner 1992: 143).

8.5.3 Gesundheitsbezogene Risiken und Ressourcen

Übergewicht und Hypertonie gelten als Risikofaktoren für eine Reihe von chronischen Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Aus dem

Datensatz der Arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen Ost (AMV-Ost 1986/1987) wurde nach dem Body-Mass-Index ein starkes Übergewicht (BMI ≥ 30) für 19 % der Frauen zwischen 40 und 49 Jahren und für 30 % der Frauen zwischen 50 und 59 Jahren festgestellt (Enderlein et al. 1998: 317), damit war das Übergewicht vor allem ein Risiko für die Frauen im mittleren Lebensalter. Frauen im mittleren Lebensalter waren nach diesen Studienergebnissen nicht nur häufiger übergewichtig als Frauen in den jüngeren Altersgruppen, sondern hatten auch einen höheren Blutdruck.

Die Daten aus *Tabelle 8.5-20* stammen aus einem Risikofaktorenprofil einer repräsentativen Stichprobe der Stadt Zwickau (MONICA-Projekt DDR). Sie belegen ebenfalls einen deutlichen Blutdruckanstieg bei 50-59jährigen Frauen.

Tabelle 8.5-20: Blutdruckstatus von Frauen in der Region Zwickau nach Altersgruppen, 1982-1984

Blutdruck	40-49 Jahre		50-59 Jahre		< 60 Jahre	
	N	%	N	%	N	%
Normotoniker (<140 mm Hg)	39	50,6	24	42,1	14	18,4
Borderline-Hypertoniker (140-159 mm Hg)	33	42,9	19	33,3	27	35,5
Hypertoniker (≥ 160 mm Hg)	5	6,5	14	24,6	35	46,1

Quelle: Lenk et al. 1986: 28.

Die allgemein diskutierten Risikofaktoren Rauchen und Alkoholkonsum spielten in der DDR für die Frauen im mittleren Lebensalter nach verschiedenen Studien nur eine marginale Rolle (Lenk et al. 1986; Enderlein et al. 1998; Franke 1998). Nach den Daten des AMV-Ost (1983-1990) fielen über 80 % der Frauen im mittleren Lebensalter in die Kategorie „Nie-Raucherinnen“, wobei auch schwache Raucherinnen (weniger als 5 Zigaretten täglich) in diese Kategorie aufgenommen wurden (Enderlein et al. 1998: 326ff.).

Die Medikamenteneinnahme ist ein Indikator für das gesundheitliche Befinden. Eine 1985 erstellte Stichprobenuntersuchung über die Quantität der ärztlich verordneten Medikamente erbrachte, daß Frauen bei einem Bevölkerungsanteil von 54,1 % fast zwei Drittel (65,4 %) der Medikamente verbrauchten. Es zeigte sich auch der zu erwartende Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Medikamentenverbrauch. Frauen zwischen 41 und 50 Jahren bekamen bei einem Bevölkerungsanteil von 7,2 % 6,6 % aller Rezepte verordnet, in der nächsten Altersgruppe (51 bis 60 Jahre) lauteten die Vergleichszahlen 6 % und 9,5 % (BMFJ 1993: 317). Frauen im mittleren Lebensalter wurden häufiger Antirheumatika, Beruhigungsmittel, Chemotherapeutika und Antihypertensiva verordnet als jüngeren Frauen (ebd.: 305).

Über die körperlichen Aktivitäten in der Freizeit von Frauen im mittleren Lebensalter in der DDR geben die Ergebnisse des MONICA-Projektes Zwickau (Lenk et al. 1986: 122) Auskunft. Gartenarbeit hatte für die Frauen im mittleren Lebensalter die größte Bedeu-

tung. Fast die Hälfte der befragten Frauen betätigte sich im Garten. Sportliche Aktivitäten und das Wandern hatten eine untergeordnete Bedeutung. Interessant, jedoch aus den unterschiedlichen Zeitfonds begründbar, sind die gegenüber jüngeren Frauen (30-39 Jahre) häufigeren Aktivitäten der Frauen im mittleren Lebensalter (Tabelle 8.5-21).

Blume/Noack (1989: 55) nennen in ihrer Studie als wichtigste Freizeitaktivitäten der befragten Frauen zwischen 45 und 59 Jahren: Gartenarbeit, Handarbeit und Beschäftigung mit der Familie. Von den Autorinnen wurde das Freizeitverhalten der Probandinnen näher charakterisiert. Fast alle befragten Frauen (mittleres Lebensalter) waren Mitglied einer gesellschaftlichen Organisation (wie Gewerkschaft oder Demokratischer Frauenbund), und die Hälfte von ihnen hat auch aktiv am Organisationsleben teilgenommen. Drei Viertel der befragten Frauen gaben an, daß sie in ihrer Freizeit gern mit anderen Menschen zusammen sind.

Tabelle 8.5-21: Körperliche Aktivitäten in der Freizeit von Frauen in der Region Zwickau nach Altersgruppen (in %), 1982-1984

Aktivität	30-39 Jahre		40-49 Jahre		50-59 Jahre	
	N	%	N	%	N	%
Sport	5	6,8	8	10,4	5	8,8
Wandern	6	8,2	6	7,8	4	7,0
Gartenarbeit	28	38,4	36	46,8	24	42,1
Sport, Wandern und Gartenarbeit	5	6,8	2	2,6	5	8,8
Keine Aktivitäten	29	39,7	25	32,5	19	33,3

Quelle: Lenk et al. 1986: 122.

Gesundheit ist in den Alltag eingebunden, und von dort gehen auch die unterstützenden Potentiale für Frauengesundheit aus. Nach der Studie: „Zum Gesundheitszustand ausgewählter Bevölkerungsgruppen“ in der Region Halle (Franke 1998 ebd.: 24ff.) waren die befragten Frauen unabhängig von ihrem Alter mit ihrer Lebenssituation zu 93 % sehr zufrieden bzw. zufrieden und schätzten diese auch mit einem genau so großen Anteil als sehr gut bzw. gut ein. Die Lebenssituation der befragten Frauen war durch das Leben in einer Familie und durch Vollzeitberufstätigkeit geprägt. Die zwangsläufig auftretenden Belastungen im täglichen Leben spiegelten sich in den Befragungswerten nicht wider. Eine genauere Analyse der Situation der Frauen im mittleren Alter zeigte jedoch einen Zusammenhang zwischen der Selbsteinschätzung der Gesundheit und der Zufriedenheit mit der Lebenssituation. Frauen im mittleren Alter, die ihr gesundheitliches Befinden als eher schlecht einschätzten, bewerteten nur zu 68,3 % ihre Lebenssituation mit gut, und der Anteil der negativen Bewertungen betrug sogar 23,4 %. Auf die Bewertung der Lebenssituation hatte dagegen das Arzturteil keinen Einfluß. Hier wird deutlich, daß die subjektive Gesundheit sowohl als Basis für eine befriedigende Lebenssituation als auch als Resultat befriedigender Lebensumstände betrachtet werden kann.

Die Studie von Blume/Noack (1989: 52) bezieht die Berufstätigkeit und die Arbeitssituation in die Betrachtung subjektiven Wohlbefindens mit ein. Hier wurde von der überwiegenden Mehrheit der Frauen die Anerkennung ihrer Leistung durch Vorgesetzte und Kollegen, die Zufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit und das Wohlbefinden im Arbeitskollektiv als wichtig für das eigene Befinden angegeben. Die soziale Funktion der Berufstätigkeit für Frauen im mittleren Lebensalter äußerte sich auch in dem Wunsch, die Berufstätigkeit nach dem Erreichen des Rentenalters fortzusetzen. Problematisiert wurde für die Gruppe der 55-59jährigen Frauen der Wunsch nach mehr persönlichen Kontakten, der durch die häufig vollzogene Ablösung der Kinder entstand.

8.5.4 Gesundheit im Klimakterium

In das mittlere Lebensalter fällt bei der Frau die hormonelle Umstellungsphase, die auch als Klimakterium bezeichnet wird. In dieser Zeit kann es verstärkt zu psychosomatischen Beschwerden kommen. Typische Wechseljahressymptome sind Hitzewallungen und Schweißneigungen. Die Symptome werden von den Frauen unterschiedlich wahrgenommen und bewertet. Häufigkeit, Art, Ausprägung und Dauer der Beschwerden variieren in Abhängigkeit von dem soziokulturellen Umfeld und den individuellen psychosozialen Ressourcen der Frau. Zur Behandlung der Beschwerden hat sich allgemein die Hormontherapie durchgesetzt.

In der DDR wurde das Klimakterium kaum in der Öffentlichkeit thematisiert. Mit Ausnahme der Medizin war es auch kein Forschungsgegenstand für die Sozialwissenschaften. Demzufolge fehlen repräsentative epidemiologische und soziologische Studien, die über das Vorkommen, die Behandlung sowie die Einstellungen der Frauen zum Klimakterium Auskunft geben können. Es gibt aber eine Reihe von klinischen Einzelstudien und regionalen Untersuchungen, die aus der Sicht der Frauenheilkunde und des Betriebsgesundheitswesens das Klimakterium zum Forschungsgegenstand gewählt haben. Bei der Beurteilung dieser Studienergebnisse ist zu berücksichtigen, daß sie bei selektierten Untersuchungspopulationen (Patientinnen oder spezifischen Berufsgruppen) mit nichtstandardisierten Methoden und bei unterschiedlichen Altersgruppen erhoben worden sind. Ungeachtet dieser methodischen Einschränkungen vermitteln sie einen Einblick über die Verbreitung von Wechseljahresbeschwerden, über ihre Behandlung sowie über den Umgang der Frauen in der DDR mit dem Klimakterium. Einige dieser Studienergebnisse werden nachfolgend vorgestellt.

Über die Einstellung zum Klimakterium in der DDR gibt eine sozialmedizinische Publikation von Otto und Winter (1973: 1222) aus den 70er Jahren Auskunft. Die Autoren weisen darin auf existierende Zusammenhänge zwischen der sozialen Stellung der Frau, ihrer Umwelt und der Stärke von neurovegetativen und psychischen Beschwerden im Klimakterium hin und stellen in Frage, ob es überhaupt biologisch bedingte spezifische Menopausebeschwerden gibt. Sie sind der Meinung, daß die negativen Einstellungen zum Klimakterium vor allem aus der Unterdrückung der Frau in der Vergangenheit herrühren und deshalb im Laufe der weiteren Stabilisierung der sozial-

ökonomischen Ordnung in der DDR an Wirkung verlieren werden. Sie selbst ermittelten bei über der Hälfte postmenopausaler Frauen aus Berliner Betrieben mittelstarke bis starke klimakterische Beschwerden (53 %). In einer sozialgynäkologischen Erhebung von Weissbach-Rieger und Franke (1987: 212) wurden von 60 % der älteren Frauen (nach dem 55. Lebensjahr) klimakterische Beschwerden angegeben. Interesse verdient bei dieser Studie das Ergebnis, daß von drei Viertel der Frauen nach der Menopause wieder eine Stabilisierung der Gesundheit erreicht wurde und ein Großteil der Frauen danach sogar eine Leistungssteigerung registrierte (62 %). In arbeitsmedizinischen Studien wurde der Einfluß des Klimakteriums bei Industriearbeiterinnen auf den Krankenstand untersucht (Gluchowiecki 1981: 37; Wächter/Wächter 1990: 156). In diesen Studien wurden von 70 bis 80 % der Frauen Beschwerden angegeben, die bei 18 bis 45 % der Frauen zur Arbeitsunfähigkeit führten. Gleiche Beschwerdeprävalenzen fand auch Baar (1991: 41). Von ihr wurden 45 % der Beschwerden als behandlungsbedürftig eingestuft.

In einigen Studien wurde auch der Anteil der Hormonanwenderinnen und der Anteil der Frauen mit einer Gebärmutterentfernung erhoben (Gluchowiecki 1981; Weissbach-Rieger 1987; Trog 1988; Wächter/Wächter 1990; Baar 1991). Zum Zeitpunkt der Untersuchung wurden 25 bis 37 % der Frauen wegen Wechseljahresbeschwerden mit Hormonen behandelt bzw. akzeptierten eine solche Therapie, 18 bis 26 % der Frauen war die Gebärmutter entfernt worden (Hysterektomie). Wie die Ergebnisse zu erkennen geben, wurde das Klimakterium am häufigsten mit ärztlicher Unterstützung bewältigt. Über 80 % der befragten Frauen hatte wegen Wechseljahresbeschwerden einen Arzt aufgesucht bzw. mit ihm ein aufklärendes Gespräch über die Wechseljahre geführt (Trog 1988: 85).

Im Rahmen der Untersuchungen wurden auch Zusammenhänge zwischen Wechseljahresbeschwerden, Belastungen und Ressourcen aufgedeckt. Bereits Otto und Winter (1973) fanden heraus, daß Frauen mit beruflicher Überbeanspruchung und Frauen mit erheblichen Sorgen in der Familie sowie Frauen, die nur aus finanziellen Gründen arbeiteten, häufiger über starke Beschwerden klagten als Frauen, für die das nicht zutraf. Wächter/Wächter (1990) ermittelten einen erhöhten Menopauseindex (häufigere und intensivere Beschwerden) bei Frauen mit beruflicher Überforderung, bei Frauen mit starker Belastung im Haushalt und bei Frauen mit fehlendem Verständnis des Partners. Ein niedriger Menopausenindex wurde hingegen bei Frauen mit einer positiven Einstellung zu den Wechseljahren, bei Frauen mit einer höheren beruflichen Qualifikation und bei Frauen mit einer kontinuierlichen Berufstätigkeit festgestellt. Nach Trog (1988) waren Frauen, die sich als kulturell-sportlich und gesundheitlich aktiv einschätzten, deutlich weniger durch die Wechseljahre verunsichert als Frauen, für die das nicht zutraf. Baar (1991) konnte Beziehungen der Beschwerden zu chronischen Erkrankungen, dem Zustand nach gynäkologischen Operationen und einem niedrigen Bildungsgrad nachweisen. Einen höheren Anteil von neurotischen Fehlhaltungen fanden Trog (1988) und Mai (1991) bei Frauen mit starken Wechseljahresbeschwerden.

Zu ihrer Einstellung gegenüber dem Klimakterium befragt, wurden von 61 % der Frauen die Wechseljahre als normales Geschehen betrachtet, 46 % konnten den Wechseljahren sogar etwas Positives abgewinnen und lediglich 9,7 % befürchteten Attraktivitätsverluste (Trog 1988: 85). Bei Weissbach-Rieger und Franke (1987: 212) klagten 40 % der Frauen über ein Nachlassen der sexuellen Wünsche und 35 % der Frauen befürchteten den Verlust der Attraktivität als Sexualpartnerin. Allerdings waren die Frauen in dieser Studie schon etwas älter (> 55 Jahre).

Von einem psychosomatischen Ansatz ließen sich Hamann (1982) und Mai (1991) bei ihren Untersuchungen leiten. In kontrollierten klinischen Studien wurde von ihnen die Wirksamkeit der Hormontherapie bei klimakterischen Beschwerden über die Dauer von einem Jahr überprüft. Zielgruppe waren Patientinnen, die über klimakterische Beschwerden klagten. Sie wurden mit verschiedenen Hormonpräparaten behandelt, die Kontrollgruppe erhielt ein Placebopräparat. Die antiklimakterische Wirkung wurde standardisiert überprüft. In allen Gruppen, einschließlich der Kontrollgruppe, trat nach Abschluß der Behandlung eine Besserung der klimakterischen Beschwerden unabhängig von der Art der Therapie ein. Die Autoren schlußfolgerten daraus, daß der Hormonverordnung in den Wechseljahren nicht die entscheidende Bedeutung bei der Behandlung von Beschwerden zukommt, sondern daß vielmehr der intensiveren psychosozialen Betreuung, für die im Rahmen der Studie mehr Zeit als in der üblichen Sprechstunde zur Verfügung stand, der Behandlungserfolg zuzuschreiben ist.

Die berichteten Ergebnisse aus den Einzelstudien belegen die Verbreitung von klimakterischen Beschwerden bei DDR-Frauen. Bei einem kleinen Teil erreichten diese Beschwerden Krankheitswert und beeinträchtigten die Arbeitsfähigkeit der Frauen. Die Behandlung und Bewältigung des Klimakteriums erfolgte in der DDR überwiegend innerhalb des medizinischen Versorgungssystems. Die Hormonbehandlung fand bei ca. 30 % der Frauen mit Beschwerden Anwendung. Bei einem Viertel der Frauen wurde eine Gebärmutterentfernung vorgenommen. Die Mehrheit der Frauen aus den Studien hatte eine positive Einstellung zum Klimakterium und betrachtet diese Phase als natürlichen Vorgang. In den Studien konnte sowohl der Einfluß des sozialen Umfeldes als auch die Wirkung von psychischen Persönlichkeitsmerkmalen auf das Vorkommen und die Verarbeitung von Wechseljahresbeschwerden nachgewiesen werden.

8.5.5 Zusammenfassung

Die weibliche Wohnbevölkerung mittleren Alters war in der DDR im Verlauf der 80er Jahre mehrheitlich verheiratet und voll in den Arbeitsprozeß integriert. Fast alle diese Frauen hatten wenigstens ein Kind geboren. Die Frauen verfügten über eine abgeschlossene, oftmals berufsbegleitend erworbene Qualifikation. Überwiegend in sogenannten „frauenspezifischen“ Wirtschaftsbereichen mit niedrigem Lohnniveau tätig, erreichten ihre Löhne und Gehälter nur zwei Drittel des Lohnniveaus der männlichen Erwerbstätigen. Ihre Lebensläufe sind von der Doppellorientierung auf Familie und Beruf geprägt. Dafür waren die Realisierungsvoraussetzungen widersprüchlich. Die Rahmen-

bedingungen für die Vereinbarung beider Bereiche waren hinsichtlich der Kinderbetreuung gegeben, das Arbeitszeitregime betreffend, waren sie aber einengend. Teilzeitarbeit und flexible Arbeitszeiten blieben eingeschränkt. Die Vereinbarung von soziofamiliärer und beruflicher Beanspruchung realisierte sich somit auch über eine Mehrbelastung, weil den Frauen traditionell die Familienarbeit erhalten blieb und sie nur partiell von späteren Verbesserungen der sozialen Rahmenbedingungen profitierten.

Im Berufsleben erfuhren die Frauen eine Reihe von Fördermaßnahmen. Im medizinischen Versorgungssystem konnten sie eine gut ausgebaute arbeitsmedizinische und betriebsärztliche Basisbetreuung und bei chronischen Krankheiten eine Dispensairebetreuung in Anspruch nehmen. Bedeutsame Gesundheitsparameter wie die Lebenserwartung und die Sterblichkeit haben sich im Verlauf der 80er Jahre für Frauen im mittleren Lebensalter verbessert. Bei den Frauen gewinnen in dieser Lebensphase eine Reihe von chronischen Krankheiten wie Neubildungen, Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Kreislaufes sowie Diabetes mellitus zunehmend an Bedeutung. Sichtbar wird das sowohl an der stationären Morbidität als auch an arbeitsbezogenen Gesundheitsindikatoren der Frühverrentung und Arbeitsunfähigkeit sowie an Befundergebnissen aus Reihenuntersuchungen. In dieser Altersgruppe divergieren subjektive und objektive Gesundheitsurteile häufiger als in jüngeren Jahren.

Die psychosoziale und gesundheitliche Bewältigung der Wechseljahre vollzog sich weitgehend im medizinischen Versorgungssystem. Die Hormontherapie kam bei ca. 30 % der Frauen mit Beschwerden zur Anwendung. Beziehungen zwischen der Beschwerdehäufigkeit in den Wechseljahren und psychosozialen Belastungs- und Schutzfaktoren ließen sich nachweisen.

Zufriedenheit mit der persönlichen Lebenssituation war für die Frauen im mittleren Lebensalter eine wichtige Ressource, um den hohen Anforderungen der Doppelbelastung in Beruf und Familie gerecht zu werden.

8.6 Gesundheit der ostdeutschen Frauen im mittleren Lebensalter in den neunziger Jahren

Veränderungen für ostdeutsche Frauen in den 90er Jahren

Ostdeutsche Frauen, die sich in den 90er Jahren im mittleren Lebensalter befinden, haben fast ausschließlich unter den gesellschaftlichen Verhältnissen in der DDR gelebt. Nach dem Systemzusammenbruch erfuhren sie gravierende Veränderungen in nahezu allen Lebensbereichen (vgl. dazu Ausführungen im Kapitel 8.2.4). An dieser Stelle sollen speziell die beruflichen Veränderungen und der Wandel im medizinischen Versorgungssystem behandelt werden.

Besonders hart traf die Frauen im mittleren Alter die nach dem politischen Umbruch einsetzende Verdrängung aus dem Arbeitsprozeß. Sie wurden aus einer unbefristeten Berufstätigkeit heraus mit einer angestrebten Perspektive, bis zum Rentenalter berufstätig zu sein, plötzlich arbeitslos oder in den Vorruhestand geschickt. Um die massenhaft drohende Arbeitslosigkeit wenigstens etwas zu mildern, wurden eine Reihe von zeitlich befristeten Sonderregelungen geschaffen. Sie betrafen vor allem den Übergang von der Berufstätigkeit in einen vorgezogenen Ruhestand (Vorruhestands- und Altersübergangsregelungen). Diese Maßnahmen konnten von den Frauen, die sich in relativer Nähe zum Rentenalter (ab 55 Jahren) befanden, in Anspruch genommen werden (Eini-gungsvertrag 1990). Einerseits wurden dadurch Arbeitslosigkeit und Langzeitarbeitslosigkeit vermieden, und es wurde den Frauen eine gewisse finanzielle Sicherheit verschafft. Zum anderen aber geriet die Mehrheit der Frauen bei weiterbestehender hoher Bereitschaft zur Berufstätigkeit unfreiwillig und unvorbereitet in den vorzeitigen Ruhestand. Die finanzielle Absicherung bedeutete infolge der geringen Durchschnittsverdienste und der fehlenden Arbeitsjahre für viele Frauen eine Einkommenseinbuße mit finanziellen Auswirkungen auf das gesamte Rentenleben. Nach dem Auslaufen der Sonderregelungen mit dem Jahre 1993 und der späteren Heraufsetzung der Altersgrenze für den Rentenbezug verschärft sich die Situation für die Frauen dieser Altersgruppe erneut (BfA 1998). Bei Arbeitslosigkeit sind ihre Aussichten, wieder einen Arbeitsplatz zu erlangen, nahezu chancenlos. So verbleibt ihnen nur die Langzeitarbeitslosigkeit mit gelegentlicher Unterbrechung durch arbeitsmarktpolitische Maßnahmen (Winkler/Haupt 1998).

Verändert haben sich nach der Vereinigung auch die Strukturen der sozialen Sicherheit. Anstelle des einheitlichen Sozialversicherungssystems der DDR mit nur einem Leistungserbringer trat das in Kranken-, Arbeitslosen-, Unfall- und Rentenversicherung (später noch Pflegeversicherung) gegliederte System der Bundesrepublik. In der Krankenversicherung ist die freie Wahl der Krankenkassen mit unterschiedlichen Beitragshöhen neu. Allerdings sind nicht mehr alle medizinischen Leistungen für die Patienten kostenfrei. Im Laufe der letzten Jahre ist die Eigenbeteiligung an der Finanzierung von Leistungen im Krankheitsfall (z. B. Zuzahlung bei Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln, Zahnersatz, Krankentransport, Krankenhausaufenthalt und Kuren) gestiegen.

Gegenüber der Vergangenheit haben sich die Ausrüstung an medizintechnischen Geräten in den Krankenhäusern und Arztpraxen sowie das Angebot an Medikamenten in Ostdeutschland bedeutend verbessert. Das führte zu schnelleren Diagnoseübermittlun-

gen, verbesserten Therapien und zu mehr Rehabilitationsmöglichkeiten. In den medizinischen Versorgungsstrukturen wurde der Übergang von einem staatlich geleiteten Gesundheitssystem in ein System mit pluralistischen Angebotsstrukturen und marktwirtschaftlicher Orientierung vollzogen. An die Stelle der Polikliniken und Ambulanzen in der ambulanten Versorgung trat die Ärztin/der Arzt in der privaten Niederlassung. In der hausärztlichen Betreuung wurden dadurch die Arzt-Patienten-Beziehungen nicht so gravierend gestört, weil eine Reihe von Stammpatientinnen ihren Ärzten/Ärztinnen in die Niederlassung folgte. Bei vielen chronisch Kranken (z. B. Diabetes, Rheuma) trat dagegen durch den Wegfall der Dispensarstellen vorübergehend ein Verlust an spezialisierter Betreuung und vertrauensvoller Arztbindung ein.

Besonders stark vom Umbau im Gesundheitswesen waren die Arbeitsmedizin und das Betriebsgesundheitswesen betroffen. Kurative Aufgaben und eine kontinuierliche Betreuung von disponierten Werkträgern im Rahmen von Dispensaries können nicht mehr durchgeführt werden. Ebenfalls gibt es keine Verzahnung von betriebsärztlicher und allgemeinmedizinischer Versorgung mehr. Nach den Angaben des Gesundheitsberichtes für Deutschland werden nicht mehr als 50 % der Arbeitnehmer betriebsärztlich betreut (StBA 1998a: 386).

Die Angleichung des Gesundheitssystems der DDR an das der alten Bundesrepublik verlangte nicht nur eine Anpassung an neue Strukturen, sondern zugleich Verhaltensänderungen von seiten der Nutzerinnen: Medizinische Leistungen, bevorzugt in der Prävention, kommen vor allen denjenigen zugute, die es verstehen, diese Leistungen auch einzufordern. Die Inanspruchnahme von präventiven, kurativen und rehabilitativen Angeboten im Gesundheitswesen fordert somit mehr Eigenverantwortlichkeit und Selbstinitiative von den Frauen.

8.6.1 Demographische und sozioökonomische Situation

In den neunziger Jahren beträgt der Anteil der Frauen in den mittleren Altersgruppen (45-60 Jahre) annähernd 10 % an der Gesamtbevölkerung und ca. 19 % der weiblichen Bevölkerung in Deutschland. Das gilt sowohl für die alten als auch für die neuen Bundesländer. Das quantitative Verhältnis zwischen Männern und Frauen ist in diesen Altersgruppen inzwischen ausgeglichen (StBA 1997, schriftliche Mitteilung).

Ehe und Partnerschaft haben für Frauen im mittleren Lebensalter eine große Bedeutung. Die überwiegende Mehrheit (80 % der Frauen) ist im Jahr 1997 verheiratet. Ledig sind in diesem Alter 4 %, verwitwet 7 % und geschieden 10 %. Diese Angaben treffen für die neuen und für die alten Bundesländer zu. Ab dem 55. Lebensalter wird die Verwitwung zu einem kritischen Lebensereignis für immer mehr Frauen. In der Altersgruppe der 55-60jährigen Frauen sind in den alten und den neuen Bundesländern 1997 bereits 10 % verwitwet (StBA 1997, schriftliche Mitteilung).

Im Kapitel 2.2.2 (Formen des Zusammenlebens) wurden familiäre Lebensformen der Frauen aller Altersgruppen in den alten und den neuen Bundesländern dargestellt und

interpretiert. An dieser Stelle soll noch einmal auf den früheren Beginn der nachelterlichen Phase in den neuen Bundesländern verwiesen werden, der durch das durchschnittlich niedrigere Gebäralter der Frauen in der DDR bedingt ist. Hier zeigt sich ein bedeutender Unterschied in den Lebensbedingungen der Frauen in Ost- und Westdeutschland. Im Alter zwischen 45 und 55 Jahren lebt in den neuen Bundesländern bereits annähernd die Hälfte der Frauen (49 %) in einer Ehe oder Partnerschaft ohne Kinder, während es in den alten Bundesländern nur ca. ein Drittel der Frauen (35 %) ist. Spiegelbildlich zeigt sich das Verhältnis der Frauen, die noch in einer Ehe oder Partnerschaft mit Kindern leben (vgl. Kapitel 2.2.2, Tabelle 2.2-2). Die nachelterliche Phase ist somit für einen Teil der Frauen im Osten sehr viel länger als im Westen. Bei der hohen Arbeitslosigkeit der ostdeutschen Frauen in diesem Alter besteht aber die Gefahr, daß diese gewonnene Zeit gar nicht für eine äquivalente berufliche Selbstentfaltung genutzt werden kann (Melbeck 1992).

Zur sozioökonomischen Lage gehören die schulische Bildung sowie die berufliche Aus- und Weiterbildung. Diese Abschlüsse sind für Frauen im mittleren Lebensalter in den neuen Bundesländern häufig das Ergebnis einer biographiebegleitenden Qualifizierung. Selten wurden die Qualifizierungen bereits im jungen Erwachsenenalter abgeschlossen. Mit der Systemtransformation kamen auf die Frauen in den neuen Bundesländern nochmals erhöhte berufliche Anforderungen in der Aus- und Weiterbildung durch Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen und sogenannte Anpassungslehrgänge an Berufsabschlüsse in den alten Bundesländern zu.

Ostdeutsche Frauen im mittleren Lebensalter haben im Jahre 1998 zu jeweils 40 % die Hauptschule oder die 10. Klasse (mittlere Reife) abgeschlossen. Etwa jede 10. Frau in diesem Alter hat die Hochschulreife. In den neuen Bundesländern läßt eine Differenzierung nach Altersgruppen erkennen, daß die jüngeren Frauen eindeutig von der Bildungsoffensive in der DDR profitieren. Die auf schulische Bildung aufbauende berufliche Ausbildung setzt diese Entwicklung altersgruppenspezifisch fort, so daß die Frauen mehrheitlich ihre Lehrausbildung abgeschlossen haben (Frauen ohne schulischen Abschluß sind außerordentlich selten, so daß sie in den neuen Bundesländern im Mikrozensus 1998 gar nicht aufgeführt sind). Allerdings sind an der Spitze der Ausbildungsskala ebenfalls relativ wenige Frauen zu finden, lediglich 8 % von ihnen haben einen Hochschulabschluß (Tabelle 8.6-1).

Bei der vergleichenden Betrachtung der schulischen und beruflichen Abschlüsse von ost- und westdeutschen Frauen werden zwei Unterschiede deutlich: Ostdeutsche Frauen weisen eine stärkere altersgruppenspezifische Differenzierung in den schulischen und beruflichen Abschlüssen auf als westdeutsche Frauen. Des weiteren haben ostdeutsche Frauen mehrheitlich berufliche Abschlüsse, während ein hoher Anteil westdeutscher Frauen über keinen beruflichen Abschluß verfügt.

Wie die hohen Erwerbsquoten der Frauen im mittleren Lebensalter zeigen, sind fast alle Frauen in den direkten Arbeitsprozeß eingegliedert oder wollen erwerbstätig sein

(Tabelle 8.6-2). Die Erwerbsquote wird mit zunehmendem Alter, vor allem im Jahre 1991 in den neuen Bundesländern, geringer. Hier wirken sich u. a. die Sonderregelung zur Entlastung des Arbeitsmarktes, wie der Übergang zum vorzeitigen Ruhestand, aus. Gegenläufig steigt die Erwerbslosenquote besonders in der Altersgruppe 55-60 Jahre wieder an (vgl. Kapitel 2.3.2.1).

Tabelle 8.6-1: Weibliche Bevölkerung nach Schul- und Qualifikationsabschluß in den alten und neuen Bundesländern nach Altersgruppen, 1998, (in %)

Altersgruppe	Neue Bundesländer			Alte Bundesländer		
	45-50	50-55	55-60	45-50	50-55	55-60
in %						
Mit Angabe zum Schulabschluß (N)	531	399	596	2.204	1.822	2.260
Davon						
Haupt(volksschul)abschluß	12,6	38,1	68,5	58,2	61,5	67,9
Abschluß der Polytechnischen Oberschule in der DDR	67,4	39,1	13,3	1,6	1,3	1,2
Mittlere Reife oder gleichwertig	2,8	5,8	5,5	21,3	21,5	19,0
Fachhochschulreife	2,6	2,8	2,7	2,6	1,9	1,6
Hochschulreife	13,4	13,0	8,5	12,6	9,7	7,4
Ohne Schulabschluß	-	-	-	3,1	3,4	2,8
Ohne genaue Angaben zum Schulabschluß	-	-	-	0,7	0,7	0,7
Mit Angabe eines berufsbildenden bzw. Hochschulabschluß (N)	528	396	591	2.177	1.797	2.226
Davon						
Lehr- und Anlernausbildung ¹⁾	61,2	60,1	62,1	60,7	60,9	56,6
Fachschulabschluß ²⁾	4,0	4,5	3,9	3,7	3,5	3,0
Fachschulabschluß in der DDR	14,4	16,2	13,2	0,3	-	-
Fachhochschulabschluß ³⁾	4,5	4,3	3,2	3,3	2,6	1,8
Hochschulabschluß ⁴⁾	9,8	7,1	6,4	8,3	6,1	4,3
Ohne beruflichen bzw. Hochschulabschluß	5,7	6,6	11,0	23,0	25,4	33,6
Ohne genaue Angaben zum Schulabschluß	-	-	-	0,6	0,7	0,6

¹⁾ einschl. gleichw. Berufsfachschulabschluß sowie berufl. Praktikum, ²⁾ einschl. Meister /Technikerausbildung,

³⁾ einschl. Ingenieur- und Verwaltungsfachhochschulabschluß, ⁴⁾ einschl. Lehrerausbildung

Quelle: StBA Mikrozensusdaten 1998, schriftliche Mitteilung, eigene Berechnungen.

In den neuen Bundesländern haben sich die Erwerbslosenquoten im Zeitverlauf (1991-1998) in den drei Altersgruppen verdoppelt. In dieser Gruppe sind nicht nur Leistungsempfängerinnen des Arbeitsamtes enthalten, sondern auch Frauen ohne Leistungsbezug und Frauen, die inzwischen Sozialhilfe empfangen. Die Erwerbslosigkeit verläuft bei den Frauen gleichen Alters in den alten Bundesländern tendenziell wie in Ostdeutschland, jedoch auf weit niedrigerem Niveau.

Für die Frauen im mittleren Lebensalter in Ostdeutschland haben sich durch und nach der Vereinigung Deutschlands die Erwartungen und Ansprüche an die berufliche Arbeit nicht vermindert, wie die Ergebnisse des Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrums

in Berlin-Brandenburg belegen. Vielmehr scheint die Erwerbstätigkeit nach 1990 noch wichtiger geworden zu sein (Winkler/Haupt 1998). Fast alle Frauen und Männer stimmen einer Berufstätigkeit von Frauen zu bzw. wollen diese Entscheidung den Frauen überlassen (92 %) (ebd.: 135). Die Anstrengungen, die Frauen besonders in diesem Alter unternehmen oder unternommen haben, um auf den Arbeitsmarkt zurückzukehren bzw. auf ihm zu verbleiben, zeigen die Ergebnisse der beruflichen Mobilität.

Tabelle 8.6-2: Erwerbsquoten und Erwerbslosenquoten von Frauen nach Alter und Bundesgebiet 1991 und 1998 in %

Altersgruppe	Erwerbsquoten ¹⁾		Erwerbslosenquoten ²⁾	
	Neue Bundesländer	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer	Alte Bundesländer
Mikrozensus 1991				
45 bis unter 50	95,7	67,1	11,1	5,5
50 bis unter 55	91,4	58,6	13,0	5,8
55 bis unter 60	37,2	44,4	21,4	10,8
Mikrozensus 1998				
45 bis unter 50	92,8	74,6	20,7	7,7
50 bis unter 55	88,2	66,3	26,4	9,1
55 bis unter 60	74,7	51,1	42,4	14,6

¹⁾ Anteil der Erwerbspersonen an der Bevölkerung nach Geschlecht und Alter,

²⁾ Anteil der Erwerbslosen an den Erwerbspersonen nach Alter und Geschlecht

Quelle: StBA, Mikrozensusdaten 1991 und 1998, schriftliche Mitteilung.

In der Altersgruppe zwischen 50 und 60 Jahre üben lediglich 36 % der erwerbstätigen Frauen 1998 noch die gleiche Tätigkeit aus wie 1990 (ebd.). Mit der beruflichen Mobilität, die keinesfalls immer freiwillig war, gingen auch Dequalifikationsprozesse einher. So arbeiten 25 % der 50-60jährigen erwerbstätigen Frauen 1998 unterhalb ihrer beruflichen Qualifikation (ebd.: 136). Das ist ein deutliches Zeichen für die Konzessionen, die Frauen bereit sind, auf sich zu nehmen, um in das Erwerbsleben integriert zu bleiben.

8.6.2 Beschreibung der gesundheitlichen Lage

Lebenserwartung und Sterblichkeit

Die positive Veränderung der gesundheitlichen Lage der ostdeutschen Frauen in den neunziger Jahren wird an der Zunahme der ferneren Lebenserwartung und an der Abnahme der Sterblichkeit sichtbar. Die um fast drei Jahre erhöhte Lebenserwartung im mittleren Lebensalter trägt zum Abbau der 1990 noch vorhandenen Differenzen zu den westdeutschen Frauen bei (Tabelle 8.6-3).

Tabelle 8.6-3: *Fernere Lebenserwartung der Frauen in den alten und den neuen Bundesländern zwischen dem 45. und 60. Lebensjahr in Jahren*

Altersgruppe	1990		1997	
	Neue Bundesländer	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer	Alte Bundesländer
45 bis unter 50	33,2	35,7	36,0	36,8
50 bis unter 55	28,7	31,1	31,3	32,2
55 bis unter 60	24,2	26,5	26,8	27,7

Quelle: StBA 1999, schriftliche Mitteilung.

An der positiven Entwicklung der Gesamtsterblichkeit bei den ostdeutschen Frauen ist auch das mittlere Lebensalter beteiligt. Die im Jahre 1990 noch bestehenden Differenzen in der Sterblichkeit zwischen den neuen und alten Bundesländern haben sich im Jahre 1997 nahezu ausgeglichen. Innerhalb des mittleren Lebensalters steigt die Mortalität von Altersgruppe zu Altersgruppe an (Tabelle 8.6-4).

Tabelle 8.6-4: *Altersspezifische Sterbeziffern der Frauen nach Bundesgebieten 1990 und 1997*

Altersgruppe	Gestorbene je 1.000 Frauen der gleichen Altersgruppe			
	1990		1997	
	Neue Bundesländer	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer	Alte Bundesländer
45 bis unter 50	2,93	2,31	2,19	2,16
50 bis unter 55	4,34	3,27	3,22	3,33
55 bis unter 60	7,21	5,29	4,74	4,63

Quelle: StBA 1999, schriftliche Mitteilung.

Nachfolgend werden einige todesursachenspezifische Sterbeziffern in ihrem Zeitverlauf betrachtet, um festzustellen, inwieweit sie an der Senkung der Gesamtsterblichkeit beteiligt waren.

Tabelle 8.6-5: *Sterbeziffern Neubildungen, Mammakarzinom und Zervixkarzinom bei Frauen je 100.000 Einwohner nach Bundesgebieten und Alter 1990 und 1997*

Altersgruppe	1990		1997	
	Neue Bundesländer	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer	Alte Bundesländer
Neubildungen (gesamt)				
40 bis unter 45	55,7	70,3	59,8	61,8
45 bis unter 50	108,2	118,0	99,4	109,0
50 bis unter 55	173,2	171,6	160,5	175,1
55 bis unter 60	268,8	267,9	234,9	247,1
Mammakarzinom				
40 bis unter 45	8,2	12,7	7,4	10,2
45 bis unter 50	15,6	18,7	13,3	16,6
50 bis unter 55	22,2	27,4	20,7	27,0

55 bis unter 60	30,5	36,2	27,3	37,2
Zervixkarzinom				
40 bis unter 45	2,7	3,0	3,2	2,3
45 bis unter 50	3,8	3,0	4,4	2,8
50 bis unter 55	5,5	2,5	4,1	2,8
55 bis unter 60	8,2	3,9	3,9	2,8

Quelle: StBA 1999, schriftliche Mitteilung.

Auch in den 90er Jahren sind die Neubildungen, gefolgt von den Herz-Kreislauf-Krankheiten, die häufigsten Todesursachen im mittleren Lebensalter bei Frauen. Im Verlauf des betrachteten Zeitraumes von 1990 bis 1997 ist die Sterblichkeit an Neubildungen (Gesamt) in den neuen Bundesländern zurückgegangen. Eine weitere Differenzierung zeigt sowohl beim Brustkrebs, aber vor allem beim Zervixkarzinom, einen Rückgang der Sterblichkeit. Im Vergleich mit den Sterbeziffern der Frauen aus den alten Bundesländern fällt eine geringfügig höhere Sterblichkeit der Frauen im mittleren Lebensalter in den alten Bundesländern an Brustkrebs auf. Dagegen liegt die Mortalität beim Zervixkarzinom sowohl 1990 als auch 1997 in den neuen Bundesländern über der in den alten Bundesländern (Tabelle 8.6-5).

Die Herz-Kreislauf-Krankheiten lassen eine starke Zunahme der Sterblichkeit im Altersgang erkennen, was sich bereits bei den Frauen im mittleren Lebensalter abzeichnet. Für die Mehrzahl der Sterbefälle sind vor allem die ischämischen Herzkrankheiten relevant. Im historischen Vergleich läßt sich seit den 80er Jahren ein Trend zur Abnahme der Mortalität an den Herz-Kreislauf-Krankheiten beobachten (vgl. Kapitel 3.2.1). Im Zeitraum von 1990-1997 setzt sich dieser Trend in Ostdeutschland bei den ischämischen Herzkrankheiten im mittleren Lebensalter fort (Tabelle 8.6-6).

Tabelle 8.6-6: Sterbeziffern Krankheiten des Kreislaufsystems, ischämische Herzkrankheiten, akuter Myokardinfarkt und Krankheiten des zerebrovaskulären Systems bei Frauen je 100.000 Einwohner nach Bundesgebieten und Alter 1990 und 1997

Altersgruppe	1990		1997	
	Neue Bundesländer	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer	Alte Bundesländer
Ischämische Herzkrankheiten				
45 bis unter 50	15,8	11,3	13,4	11,5
50 bis unter 55	27,3	20,8	24,2	20,2
55 bis unter 60	67,9	51,4	49,0	36,9
Akuter Myokardinfarkt				
45 bis unter 50	7,6	9,1	10,6	9,6
50 bis unter 55	15,9	15,6	16,0	14,4
55 bis unter 60	32,1	37,7	32,4	25,6

Quelle: StBA 1999, schriftliche Mitteilung.

Ein Vergleich zwischen alten und neuen Bundesländern gibt zu erkennen, daß in den neuen Bundesländern dennoch mehr Frauen im mittleren Lebensalter an ischämischen

Herzkrankheiten und am akuten Myokardinfarkt versterben als in den alten Bundesländern. Das gilt für beide Vergleichsjahre (1990 und 1997). Innerhalb des mittleren Alters nehmen die Todesfälle von Altersstufe zu Altersstufe zu.

Zu den nichtnatürlichen Todesursachen zählen die Selbstmorde und Unfälle. Eine ausführliche Darstellung zu den Suiziden und zu den Unfällen ist in den Kapitel 3.7 und 4.5 zu finden. An dieser Stelle werden nur die betreffenden Sterbeziffern im mittleren Lebensalter betrachtet. In diesem Alter versterben mehr Frauen an Selbstmorden als an Kraftfahrzeugunfällen. Beide Mortalitätsziffern sind im Zeitraum von 1990 bis 1997 in den neuen Bundesländern deutlich gesunken. Der Vergleich der beiden Bundesgebiete zeigt, daß 1990 die altersspezifischen Sterbeziffern in den neuen Bundesländern bei Kraftfahrzeugunfällen, bedingt durch das hohe Verkehrsaufkommen nach der Öffnung der Grenzen, doppelt so hoch wie in den alten Bundesländern waren. Eine ähnliche Relation zeigt sich auch bei den Selbstmorden. Trotz der abnehmenden Sterbeziffern bleibt auch im Jahre 1997 noch eine Differenz zwischen den alten und den neuen Bundesgebieten bestehen (Tabelle 8.6-7).

Tabelle 8.6-7: Sterbeziffern Selbstmord / Selbstbeschädigungen und Kraftfahrzeugunfälle im Verkehr bei Frauen je 100.000 Einwohner nach Bundesgebieten und Alter 1990 und 1997

Altersgruppe	1990		1997	
	Neue Bundesländer	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer	Alte Bundesländer
Selbstmord / Selbstbeschädigungen				
45 bis unter 50	18,3	11,1	8,7	9,6
50 bis unter 55	19,0	11,7	12,9	10,5
55 bis unter 60	19,1	12,5	14,3	11,1
Kraftfahrzeugunfälle				
45 bis unter 50	8,4	4,3	4,5	3,1
50 bis unter 55	9,8	4,6	5,7	3,1
55 bis unter 60	8,3	4,9	5,9	3,4

Quelle: StBA 1999, schriftliche Mitteilung.

Stationäre Morbidität

Eine Analyse der stationären Behandlungsfälle und -dauer von Frauen im mittleren Lebensalter ist für den Zeitraum nach 1990 schwieriger als für die 80er Jahre in der DDR. Der Grund liegt in der veränderten gesetzlichen Lage. Eine flächendeckende Erfassung der stationären Morbidität, wie sie in der DDR erfolgte, wurde nach 1990 in den neuen Bundesländern nicht weitergeführt. Andere Routinedatenquellen stellen jeweils nur Kompromißlösungen dar, weil sie keinen direkten Bevölkerungsbezug erlauben und weil sie in der Regel nicht ausreichend genug nach Geschlecht, regionaler Herkunft, Diagnose und Alter differenziert vorliegen. Das gilt auch für die Krankheitsartenstatistik der AOK, deren Daten zwar eine Untergliederung nach neuen und alten Bundesländern zulassen, dafür aber nur in einer 10-Jahresaltersgruppierung vorliegen, so daß beim

mittleren Lebensalter die Altersgruppen bis 65 Jahre erfaßt werden. Unter Beachtung dieser Einschränkung vermittelt die AOK-Krankheitsartenstatistik nur einen begrenzten Einblick in die stationäre Inanspruchnahme im mittleren Lebensalter (Tabelle 8.6-8).

Die häufigsten stationären Behandlungsdiagnosen im mittleren Lebensalter sind bei Frauen die Neubildungen, die Krankheiten des Kreislaufsystems, der Harn- und Geschlechtsorgane und die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes. In der Gruppe der Neubildungen ist es vor allen Dingen der Brustkrebs, und innerhalb der Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane sind es die Menstruations- und klimakterischen sowie postklimakterischen Störungen, die bei Frauen im mittleren Lebensalter zu Inanspruchnahmequoten führen. Bei Menstruations- und klimakterischen Störungen ist allerdings die Verweildauer nur kurz. Frauen mit psychiatrischen Erkrankungen bleiben durchschnittlich am längsten in stationärer Behandlung. Es folgen die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes mit einer ebenfalls noch beachtlich langen Verweildauer. Im Vergleich der alten und neuen Bundesländer fallen etwas mehr Krankheitsfälle bei den Diagnosen Neubildungen, Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane sowie des Kreislaufsystems in den neuen Bundesländern im Jahre 1996 auf. Weiterführende Analysen werden im Kapitel 3 dieses Berichtes vorgenommen. Im einzelnen handelt es sich dabei um die Herz-Kreislauf-Krankheiten im Kapitel 3.2, den Brustkrebs im Kapitel 3.3 und die gynäkologischen Erkrankungen im Kapitel 3.4.

Tabelle 8.6-8: Krankenhausfälle je 10.000 Frauen und Krankenhaustage je Fall der Mitglieder und ihrer Familienangehörigen nach Krankheits- und Altersgruppen sowie Bundesgebiet 1996

Altersgruppe	AOK-Ost		AOK-West	
	Fälle	Tage je Fall	Fälle	Tage je Fall
Neubildungen				
45 bis unter 55	372,4	8,6	346,4	8,2
55 bis unter 65	464,2	9,0	410,5	8,7
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane				
45 bis unter 55	323,5	6,9	230,3	7,3
55 bis unter 65	225,8	8,5	171,3	8,5
Krankheiten des Kreislaufsystems				
45 bis unter 55	258,7	11,3	235,9	10,0
55 bis unter 65	492,6	13,8	422,8	12,2
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes				
45 bis unter 55	228,2	14,5	223,2	13,5
55 bis unter 65	297,7	19,3	295,8	16,8
Psychiatrische Erkrankungen				
45 bis unter 55	143,1	29,7	122,8	29,9
55 bis unter 65	88,4	32,7	91,8	35,7

Quelle: AOK-Bundesverband 1996, Krankheitsartenstatistik: 60ff., 128ff.

8.6.3 *Gesundheitsbezogene Risiken und Ressourcen*

Mit den Ergebnissen des Nationalen Untersuchungssurveys Ost (NUS 1991/92) standen zum ersten Mal in den neuen Bundesländern bevölkerungsbezogene Daten zur Verfügung, die repräsentative Aussagen zu Gesundheitsrisiken, zum Gesundheitsverhalten und zur subjektiven Morbidität zulassen. Zu Beginn der 90er Jahre erhoben, präsentieren die Daten sowohl einen aus der Vergangenheit mitgebrachten Gesundheitszustand als auch eine durch die Ereignisse des politischen Umbruchs beeinflusste Wahrnehmung der Gesundheit und der Lebensbedingungen. In diesem Sinne sind die Ergebnisse des NUS gleichzeitig Bestandsaufnahme und Ausgangsbasis für weitere Untersuchungen. In diesem Abschnitt werden die Daten zu Gesundheitsrisiken, Gesundheitsverhalten und Selbsteinschätzung der Gesundheit und der Lebenszufriedenheit von Frauen im mittleren Lebensalter vergleichend zwischen den neuen und alten Bundesländern analysiert.

Bekannte Risikofaktoren insbesondere für die Herz-Kreislauf-Krankheiten sind Übergewicht und Bluthochdruck. Beide sind unter den Frauen im mittleren Lebensalter häufig und mit dem Alter zunehmend zu finden. Ein Vergleich dieser Risiken bei den Frauen in den alten und den neuen Bundesländern zeigt eine ungünstigere Lage der ostdeutschen Frauen. Nach den Angaben im NUS (Hoffmeister/Bellach 1995: 124) sind zu Beginn der 90er Jahre 32 % der 40-49jährigen ostdeutschen Frauen (21 % der altersgleichen westdeutschen Frauen) und 42 % der 50-59jährigen ostdeutschen Frauen (36 % der westdeutschen Frauen) stark übergewichtig (BMI \geq 30). Ähnliches gilt auch für den Bluthochdruck. Sowohl nach den Selbstangaben als auch nach den Blutdruckmeßwerten haben mehr ostdeutsche als westdeutsche Frauen mittleren Alters einen erhöhten Blutdruck (\geq 160/95 mm/Hg). In der Altersgruppe der 40-49jährigen Frauen wurde bei 22 % der ostdeutschen Frauen, aber nur bei 13 % der westdeutschen Frauen ein hoher Blutdruck gemessen. In der nächsten Altersgruppe beträgt die Relation 32 % (Ost) vs. 26 % (West) (ebd.: 45). Ost-West-Unterschiede finden sich auch bei sportlichen Aktivitäten, einem Faktor, der eng mit dem Gewicht korreliert. Nach eigenen Angaben sind mehr ostdeutsche Frauen im Alter von 40 bis 49 Jahren sportlich inaktiv (54 %) als gleichaltrige westdeutsche Frauen (44 %), wobei insgesamt bei beiden Frauengruppen die sportlichen Aktivitäten mit dem Alter nachlassen (ebd.: 172).

Ein höherer Konsum von verordneten und nichtverordneten Arzneimitteln bei Frauen ist bekannt. Im Rahmen des NUS (1991/92) wurde der Arzneimittelverbrauch der Wohnbevölkerung im Bundesland Sachsen in den letzten sieben Tagen vor der Befragung ermittelt und mit den Ergebnissen aus Bremen verglichen. Unterschiede zu den Männern werden besonders im mittleren Lebensalter (40-49 Jahre) deutlich. Der Arzneimittelverbrauch ist in der Altersgruppe der 40-49jährigen Frauen nicht nur um 24 % höher als bei den Männern, sondern es werden auch von den Frauen mehrere Arten von Medikamenten eingenommen. Im Vergleich zu den Frauen aus Bremen sind bei den sächsischen Frauen höhere Anwendungsraten vorhanden. Im mittleren Lebensalter (40-

49 Jahre) sind es in Sachsen 71 % und in Bremen 60 % der Frauen, die Medikamente eingenommen hatten. Frauen in Sachsen nehmen häufiger Betarezeptorenblocker und blutdrucksenkende Medikamente ein als Bremer Frauen. Auch Sexualhormone werden in Dresden häufiger konsumiert, darunter fallen auch Hormone zur Substitutionstherapie in der Menopause (Krappweis et al. 1996: 115ff.).

Eine bedeutende Ressource für die Gesundheit ist die Aufmerksamkeit, die eine Frau ihrer eigenen Gesundheit, ihrem körperlichen und geistigen Befinden entgegenbringt. Die Beachtung der Gesundheit steigt mit dem Alter an (vgl. Kapitel 4.1). Nach den Daten des NUS beachtet etwas mehr als ein Drittel der 40-49jährigen Frauen die eigene Gesundheit sehr stark oder stark (39 %). In der nachfolgenden Altersgruppe der 50-59jährigen findet die eigene Gesundheit bei fast der Hälfte der Frauen (45 %) eine starke Beachtung. Im Gesundheitsbewußtsein gab es keine nennenswerten Unterschiede zwischen ost- und westdeutschen Frauen (Hoffmeister/Bellach 1995: 205ff.).

Mit einer verstärkten Wahrnehmung von Gesundheit verändert sich auch ihre Einschätzung. Je älter die Frauen, desto negativer fällt die Beurteilung der eigenen Gesundheit aus. Dieses gilt auch für die mittleren Altersgruppen. In diese Einschätzungen fließen die Erfahrungen mit (chronischen) Erkrankungen ebenso ein wie die subjektiven Belastungen und die Zufriedenheit mit der Lebenssituation. Im Vergleich zwischen den Frauen in den alten und den neuen Bundesländern fallen die Selbstangaben der ostdeutschen Frauen im mittleren Lebensalter ungünstiger aus. Es geben annähernd doppelt so viele Frauen in den neuen Bundesländern einen schlechten Gesundheitszustand an wie Frauen in den alten Bundesländern. Diese Situation zeigt sich auch bei den positiven Einschätzungen der Gesundheit. Weniger ostdeutsche als westdeutsche Frauen beschreiben ihren Gesundheitszustand als gut bzw. sehr gut (Tabelle 8.6-9) (NUS 1990/91 West, 1991/92 Ost, StBA 1999, schriftliche Mitteilung).

Tabelle 8.6-9: Gesundheitszustand von Frauen im mittleren Lebensalter nach Bundesgebiet, in %

Altersgruppe	Sehr gut	Gut	Zufriedenstellend	Weniger gut	schlecht
Neue Länder					
40-49 (N = 227)	4,8	35,2	44,1	12,8	3,1
50-59 (N = 256)	2,3	20,7	52,7	19,9	4,3
Alte Länder					
40-49 (N = 537)	6,7	40,2	38,0	13,6	1,5
50-59 (N = 606)	3,1	30,2	46,9	17,2	2,6

Quelle: Nationaler Untersuchungssurvey 1990/91 (West), 1991/92 (Ost), StBA 1999, schriftliche Mitteilung.

Die Arztkontakte, insbesondere zum Hausarzt und Allgemeinmediziner, nehmen mit dem Alter zu. Innerhalb der vorangegangenen vier Wochen suchten nach den Ergebnissen des NUS 17 % der 40-49jährigen Frauen und 28 % der 50-59jährigen Frauen in den neuen Bundesländern einen Allgemeinmediziner bzw. Hausarzt auf. In einer ähnlichen Frequenz wurden Primärfachärzte (Internisten und Gynäkologen) sowie Spezial-

fachärzte von den Frauen konsultiert. Dabei treten keine nennenswerten Unterschiede zwischen den ost- und westdeutschen Frauen auf (Hoffmeister/Bellach 1995: 179).

Die Gesundheit von Frauen und die allgemeine Lebenszufriedenheit stehen in einem engen Wechselverhältnis. Im vorliegenden Bericht wurde im Kapitel 4.1 auf das Gesundheitshandeln und auf Gesundheitskonzepte von Frauen eingegangen. Dabei wurden sowohl theoretische Ansätze als auch deren empirische Umsetzung diskutiert. Nachfolgend geht es um die Ausprägung der Lebenszufriedenheit bei Frauen im mittleren Lebensalter in den neuen und den alten Bundesländern.

Die Daten dazu wurden ebenfalls im Rahmen des Nationalen Untersuchungssurvey West (1990/1991) und Ost (1991/1992) erhoben. Mit Hilfe einer dreistufigen Skala (sehr zufrieden, mittelmäßig zufrieden und sehr unzufrieden) lassen sich folgende Aussagen treffen: Nur knapp die Hälfte der ostdeutschen Frauen (47 %) im Alter von 40-49 Jahren ist mit ihrem Leben sehr zufrieden. Das ist der niedrigste Anteil, der innerhalb der Datenanalyse unter allen Altersgruppen und in beiden Bundesgebieten auftritt. Bei den gleichaltrigen westdeutschen Frauen sind 63 % mit ihrem Leben sehr zufrieden. In der höheren Altersgruppen (50 - 59 Jahre) sind unter den Frauen der neuen Bundesländer etwas mehr als die Hälfte sehr zufrieden (52 %), Frauen der alten Bundesländer sind es zu mehr als zwei Drittel (68 %). Wird die Zufriedenheit in ausgewählten Lebensbereichen betrachtet, so werden die Unterschiede zwischen den ost- und den westdeutschen Frauen im mittleren Lebensalter noch deutlicher. So sind mit der Arbeitssituation 18 % der ostdeutschen Frauen im Alter zwischen 40 und 49 Jahre sehr unzufrieden, aber nur 4 % der westdeutschen Frauen. In der nächst höheren Altersgruppe (50-59 Jahre) sind 15 % der ostdeutschen und nur 4 % der westdeutschen Frauen mit der Arbeitssituation unzufrieden. Ähnlich hohe Unzufriedenheitsangaben werden bei der Bewertung der finanziellen Lage von den ostdeutschen Frauen gemacht. Der Anteil der sehr unzufriedenen Frauen ist in den neuen Bundesländern fast dreimal so hoch wie in den alten Bundesländern (40-49 Jahre: 14 % vs. 5 %; 50-59 Jahre: 15 % vs. 6 %) (Hoffmeister/Bellach 1995: 198ff.). Es zeigen sich in den beschriebenen Bewertungen der Lebensbereiche gravierende Unterschiede zwischen den Frauen in den alten und den neuen Bundesländern. Eingeschränkte finanzielle Ressourcen sowie die Gefährdung der Berufstätigkeit werden bei einem Teil der ostdeutschen Frauen als psychosoziale Belastungssituationen wirksam. Da die Untersuchung zu Beginn der neunziger Jahre stattgefunden hat, dürfte hier besonders der unmittelbare Einfluß der Systemtransformation zum Tragen gekommen sein.

Transformationsbedingte Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche

Die Systemtransformation wirkte sich nahezu auf alle Lebensbereiche der ostdeutschen Frauen verändernd aus, wenn auch auf unterschiedliche Gruppen mit unterschiedlicher Intensität. In einigen Lebensbereichen hat sie zu gravierenden Belastungen geführt, in anderen auch Ressourcen erschlossen. Es ist zu bemängeln, daß nur wenige Studien vorliegen, die speziell die psychosozialen und gesundheitlichen Auswirkungen des ge-

sellschaftlichen Wandels bei Frauen im mittleren Lebensalter untersuchen. Die Mehrzahl der Untersuchungen ist regional begrenzt. Nachfolgend werden Ergebnisse aus solchen Untersuchungen vorgestellt, die auf der Basis einer Zufallsauswahl die Bedeutung des Lebensereignisses „Systemwandel“ aus der Sicht der betroffenen Frauen reflektieren.

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Lebenslagen, Risiken und Gesundheit von Frauen in der Bundesrepublik Deutschland“ (Studienteil Ost) wurden im Jahr 1996 Frauen im mittleren Lebensalter (46 bis 60 Jahre) in einer städtischen Region (Magdeburg, N = 421) zu ihrer Lebenssituation, zum Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten und zu wendebedingten Veränderungen befragt (zur Beschreibung der Methodik siehe Lebenslagen, Risiken und Gesundheit von Frauen in der Bundesrepublik Deutschland – Schlußbericht 1997). Bezogen auf die Wiedervereinigung, wurden die Frauen gefragt, ob und wie sich Veränderungen in den Lebensbereichen Beruf, Familie, finanzielle Situation, soziale Kontakte, Wohnsituation und Freizeit bemerkbar gemacht haben. Die jeweilige Veränderung konnte mit den vorgegebenen Antworten: eher verbessert, eher verschlechtert oder gleichgeblieben eingeschätzt werden. Die Bewertungen der beruflichen Situation zeigen gravierende Veränderungen, die sich in den Arbeitsverhältnissen bei Frauen diesen Alters vollzogen haben. Bei nahezu der Hälfte der Frauen hat sich die berufliche Situation seit der Wende verschlechtert (46 %), verbessert hat sie sich nur bei 20 %. Es hat sich nicht nur der eigene Arbeitsstatus negativ entwickelt, sondern auch die berufliche Situation des Partners (53 %) und der Kinder (32 %). Eine Verbesserung hingegen ist nur bei 15 % der Partner und bei 24 % der Kinder eingetreten. Nach einer Studie von Bauer/Zemmerich (1994) verschlechterte sich das gesundheitliche Beschwerdenniveau der 55-60jährigen Frauen aus Ostdeutschland dann, wenn sie oder ihr Partner einen unsicheren Arbeitsplatz hatten oder arbeitslos waren. Eng mit sozialen Beziehungen verknüpfte Lebensbereiche sind seit der Wende weitgehend stabil geblieben. Das gilt besonders für die Ehe und Partnerschaft (83 %), für das Familienleben (79 %), für die Beziehungen zu den Kindern (83 %), aber auch für die Kontakte zu den Freunden (80 %). Dagegen haben sich die Beziehungen zu den weiteren Verwandten bei 17 % und insbesondere die Kontakte zu den Arbeitskolleginnen und -kollegen bei 41 % der Frauen verschlechtert. Verbessert hat sich die finanzielle Situation seit der Wende bei fast der Hälfte der Frauen (49 %), für 29 % hat sie sich verschlechtert. Die Wohnsituation hat sich für zwei Drittel der Frauen nicht verändert, verbessert hat sie sich bei 25 %. Der Bereich der Freizeit hat sich seit der Wende für 49 % positiv verändert.

Eine zusammenfassende Bewertung der Veränderungen des Lebens seit der Wende durch die Frauen ergab, daß sich für die überwiegende Mehrheit das Leben seit der Wiedervereinigung in verschiedener Richtung verändert hat. Mehr als ein Drittel der Frauen (38 %) schätzt ein, daß sich ihr Leben zum Positiven verändert hat. Mehr als ein Fünftel der befragten Frauen (22 %) sehen eine Verschlechterung ihrer Lebenssituation, und für fast ein Drittel (31 %) blieb das Leben stabil. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Mirow (1998:48ff.), der Frauen aus einer Zufallstichprobe in drei Altersgruppen (20-30, 40-50 und 60-70 Jahre) in einer großstädtischen Region zur Lebensweise und zum

Gesundheitsverhalten befragte (N = 370). Auch in dieser Studie hat sich bei den Frauen der mittleren Altersgruppe (40-50 Jahre) die Arbeitssituation seit der Wende bei fast der Hälfte (46 %) verschlechtert, während die familiäre Situation (69 %) und die Beziehungen zu Freunden und Bekannten (72 %) bei der überwiegenden Mehrheit stabil geblieben sind. Die finanzielle Situation hat sich für 45 % der Frauen verbessert und bei 37 % der Frauen verschlechtert. Positive Veränderungen fallen im Bereich der Freizeit auf. 25 % der Frauen haben eine Verbesserung erlebt, und bei der Hälfte hat sich in diesem Bereich nichts verändert. In dieser Studie wurde auch nach wendebedingten Veränderungen im Gesundheitszustand gefragt mit dem Ergebnis, daß die Mehrheit der Frauen (59 %) keine Veränderungen des Gesundheitszustandes erfahren haben, aber 32 % eine Verschlechterung erlebten. Gegenüber der älteren (29 %) und der jüngeren Altersgruppe (11 %) stellen die Frauen im mittleren Alter den höchsten Anteil mit einer negativen Bewertung des Gesundheitszustandes (32 %). Synchron zu den wendebedingten Veränderungen fielen die Angaben zur Zufriedenheit mit den einzelnen Lebensbereichen aus. Am wenigsten zufrieden waren die Frauen (40-50 Jahre) mit ihrer Arbeitssituation (36 %) (ebd.:41ff.).

In dieser Altersgruppe waren auch die meisten Frauen mit der derzeitigen finanziellen Situation unzufrieden (35 %). Die höchste Zufriedenheit bestand bei den Beziehungen zu Freunden und Bekannten (89 %) und mit der familiären Situation (85 %). Erstaunlich positiv wurde auch die ärztliche Betreuung eingeschätzt. 90 % der Frauen waren mit der ärztlichen Betreuung zufrieden. Zu einem ähnlich hohen Ergebnis kommen Winkler/Haupt (1998: 172) bei 50-59-Jährigen. In der Untersuchung von Mirow (1998:46) wurde auch deutlich, daß Frauen im mittleren Lebensalter nach wie vor die Doppelorientierung Beruf und Familie favorisierten. Die Mehrheit der Frauen (74 %) hielt Beruf und Familie für gleich wichtig. 24 % hielten die Familie für wichtiger als den Beruf und umgekehrt, den Beruf für wichtiger halten nur 5 %. Sowohl in der Magdeburger Studie als auch in der Studie von Mirow wurde zudem der subjektive Gesundheitszustand der Frauen erhoben. Die Ergebnisse sind erstaunlich konsistent. Der Gesundheitszustand wird in beiden Studien von über 40 % der Frauen mit eher gut angegeben und von 18 % mit eher schlecht, während 40 % ihn als zufriedenstellend beurteilen. Zusammenhänge zum aktuellen Arbeitsstatus konnten in der Magdeburger Studie nachgewiesen werden. Mehr erwerbstätige als arbeitslose Frauen schätzen ihren Gesundheitszustand als eher gut ein (49 % vs. 35 %). Vorruheständlerinnen (Altersgruppe 55-60 Jahre) schätzen ihren Gesundheitszustand weniger schlecht als erwerbstätige und arbeitslose Frauen ein. Das kann wohl damit erklärt werden, daß diese Frauen durch den Vorruhestand von dem Druck einer unsicheren beruflichen Situation bzw. vor Arbeitslosigkeit entlastet worden sind.

Daß bereits eine unsichere Arbeitssituation bzw. die drohende Arbeitslosigkeit ein Gesundheitsrisiko darstellt, hat Seeland (1998) in einer Untersuchung in Sachsen 1993/94 bei Frauen im Alter von 18-65 Jahren (N = 1018) nachgewiesen. Bei seiner Gruppenbildung in Berufstätige ohne Sorge um den Arbeitsplatz, in Berufstätige mit Sorge um den Arbeitsplatz, in Kurzzeit- und Langzeitarbeitslose hatten Beschäftigte in Sorge um

den Arbeitsplatz einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand als Arbeitslose und Berufstätige ohne Sorge. Eine weitere Unterteilung der Arbeitslosen in kurz- und langzeitarbeitslose Frauen ergab bei den Langzeitarbeitslosen die ungünstigsten Werte. Sie gaben auch die meisten Beschwerden an, gefolgt von den Beschäftigten in Sorge um den Arbeitsplatz. Nach einem halben Jahr hatten die Beschwerden insbesondere bei den Langzeitarbeitslosen zugenommen. Die Ergebnisse zum subjektiven Gesundheitszustand konnten durch das Arzturteil bestätigt werden. In dieser Studie war nur noch jede zehnte Frau über 50 Jahre ohne Sorgen und Probleme um den Arbeitsplatz (Seeland 1998: 36). Als besonders gravierende Auswirkungen der Arbeitslosigkeit wurden von den Frauen in dieser Untersuchung finanzielle Schwierigkeiten und der schwindende Kontakt zu den Arbeitskolleginnen und -kollegen angegeben. Bemerkenswert war das Ergebnis, daß sich mehr jüngere als ältere Frauen offenbar mit der Arbeitslosigkeit abgefunden hatten. Ältere Frauen wollten noch häufiger versuchen, aus der Arbeitslosigkeit wieder herauszukommen. Als eine Ressource, auf die bei drohender Arbeitslosigkeit oder bestehender Arbeitslosigkeit zurückgegriffen wird, hat sich nach Seeland (1998: 42) die Familie bewährt. Sie hat sich auch in der Wende als stabilisierender Faktor erwiesen.

Bauer/Zemmrlich (1994) befragten gezielt 55-60jährige zufällig ausgewählte Frauen in Ostberlin und Brandenburg (N = 361) zur gesundheitlichen Befindlichkeit und Lebenszufriedenheit. Nur noch ein Drittel (31 %) der befragten Frauen dieser Altersgruppe war berufstätig, aber keine dieser Frauen war mehr in einer regulären Vollbeschäftigung tätig. Mehr als die Hälfte der Frauen war im Vorruhestand (55 %), und 8 % waren arbeitslos (ebd.: 32ff.). Auch in dieser Stichprobenpopulation wurden von 44 % der Frauen negative gesundheitliche Auswirkungen des gesellschaftlichen Umbruchs benannt. Die negative Bewertung der gesundheitlichen Befindlichkeit und Lebenszufriedenheit war am höchsten bei den Arbeitslosen, gefolgt von den Vorruheständlern und berufstätigen Frauen. Insgesamt fühlten sich zwei Drittel der Frauen gesundheitlich beeinträchtigt. Auf die gesundheitliche Befindlichkeit hatte die berufliche Situation des Partners auch in dieser Studie einen wesentlichen Einfluß. Bei beruflichen Problemen des Partners stieg das Beschwerdenniveau, ebenso führten geringe Sozialkontakte und mangelnde Hilfe von Angehörigen oder Freunden zu einem schlechteren Befinden. 68 % der Vorruheständlerinnen hatten sich nicht rechtzeitig auf diese neue Lebensphase einstellen können.

Als bedeutendster Risikofaktor für die allgemeine Lebenszufriedenheit und das gesundheitliche Befinden der ostdeutschen Frauen im mittleren Lebensalter konnten in den verschiedenen regionalen Studien die Arbeitslosigkeit und/oder die unsichere Erwerbssituation festgestellt werden (Weßling 1993; Bauer/Zemmrlich 1994; Harych/Harych 1997; Mirow 1998; Seeland 1998). Das trifft nicht nur auf die Arbeitslosigkeit der Frauen selbst zu, sondern auch auf Veränderungen der beruflichen Situation im familiären Nahraum (Partner und Kinder). Frauen müssen nicht nur ihre eigene Situation verarbeiten, sondern auch die berufliche Unsicherheit und Arbeitslosigkeit ihrer Partner und erwachsenen Kinder mit bewältigen. Erleichternd dürften die langjährigen

Partnerschaften und die daraus resultierenden Unterstützungen wirken. In diesem Zusammenhang fällt auch der hohe Anteil von Frauen auf, für den weite Teile des Netzes (Freunde und Bekannte/ Nachbarn) stabil geblieben sind. Es ist naheliegend, diesbezüglich von psychosozialen Ressourcen auszugehen.

Gesundheit im Klimakterium

Von Schultz-Zehden (1997:47) wurden erstmalig auch Frauen aus Ostberlin in eine regionale Untersuchung zum Körpererleben im Klimakterium im Jahre 1992/93 einbezogen. Ein Ziel dieser Studie bestand darin, die Häufigkeit und Verteilung von Beschwerden im Klimakterium bei Frauen aus Berlin (45-55 Jahre, N = 230) mit einem standardisierten Verfahren (Menopause-Bewertungsskala nach Hauser et al. 1994) zu ermitteln. Neu an dieser Studie war, daß die Zielgruppe über Multiplikatoren aus der Bevölkerung rekrutiert wurde und nicht aus Patientinnen der gynäkologischen Sprechstunde bestand. Neben der Häufigkeit wurde erstmalig auch die Intensität von Beschwerden mit der o. g. Methode erfaßt. Im Ergebnis konnte festgestellt werden, daß die Symptome, die von den Frauen genannt wurden, von geringer Intensität waren und in die Stufe „leichte Beschwerden“ eingeordnet werden konnten. Die Untersuchung wurde von der Autorin mit einem umfangreicheren Methodeninventar bundesweit mit einem Ost-West-Anteil von 30 % zu 70 % Frauen 1997 wiederholt (50-70 Jahre, N = 1038). Die Ergebnisse der ersten Untersuchung konnten in der neuen Erhebung hinsichtlich des Ausprägungsgrades der Beschwerden bestätigt werden (Schultz-Zehden 1998:42). Eine differenzierte Analyse nach Ost-West-Frauen wurde nicht vorgenommen, so daß diese Ergebnisse nur für die Frauen in Gesamtdeutschland interpretiert werden können. In der Studie wurden auch Daten zur Hormoneinnahme und zur Häufigkeit von Gebärmutteroperationen erhoben. Danach nahmen 43 % der Frauen (50-70 Jahre) zum Zeitpunkt der Erhebung Hormone ein bzw. hatten früher welche eingenommen (ebd.:77). Im Durchschnitt betrug die Anwendungsdauer bei diesen Frauen fünfeinhalb Jahre (ebd.:80). Es konnte ein Zusammenhang zwischen früheren Pillenanwenderinnen (zur Verhütung) und Hormonanwenderinnen nachgewiesen werden. Frauen, die Hormone einnahmen, hatten früher häufiger die Pille zur Empfängnisverhütung benutzt (ebd.: 83). Eine operative Entfernung der Gebärmutter gaben 24 % der Frauen an (durch Hysterektomie 15 % und Totaloperation 9 %). Bei den 50-60jährigen Frauen betrug dieser Anteil sogar 30 % (ebd.:38).

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Lebenslagen, Risiken und Gesundheit von Frauen in der Bundesrepublik Deutschland“ wurden 1996 in Bremen und Magdeburg von Frauen im mittleren Lebensalter u. a. auch Daten zum Klimakterium erhoben und im Ost-West-Vergleich ausgewertet (Hinze et al. 1999). Es bestand ein besonderes Interesse daran, das Vorkommen von Wechseljahresbeschwerden und die Einstellung der Frauen zum Klimakterium vor dem Hintergrund unterschiedlicher Lebensverläufe und des gesellschaftlichen Wandels in Ostdeutschland in den beiden Frauenpopulationen vergleichend zu untersuchen. Differentere Ergebnisse wurden erwartet. Die Daten wurden in beiden Städten bevölkerungsbezogen mit einem standardisierten Methodeninventar

erhoben (Menopause-Bewertungsskala nach Hauser et al. 1994). In den Vergleich waren in Magdeburg N = 421 Frauen und in Bremen N = 278 Frauen im Alter von 46-60 Jahren einbezogen.

Tabelle 8.6-10: Häufigkeit von Wechseljahresbeschwerden (unabhängig von der Beschwerdenstärke) bei Frauen im Alter von 46-60 Jahren - Vergleich Magdeburg mit Hansestadt Bremen 1996

Beschwerden	Magdeburg	Bremen
	in %	
N	407	264
Abnahme der Sexualität	65,1	61,4
Reizbarkeit ¹⁾	57,0	69,7
Schlafstörungen ¹⁾	56,3	68,6
Allg. Leistungsminderung ¹⁾	54,5	67,0
Hitzewallungen ¹⁾	48,9	62,9
Gelenk- und Muskelbeschwerden ¹⁾	47,2	61,0
Depressive Verstimmungen ¹⁾	45,5	62,9
Herzbeschwerden	39,6	43,2
Trockenheit der Scheide ¹⁾	32,9	44,7
Harnwegsbeschwerden	30,5	36,4
Haarausfall	24,3	29,9
keine Beschwerden	9,0	7,9

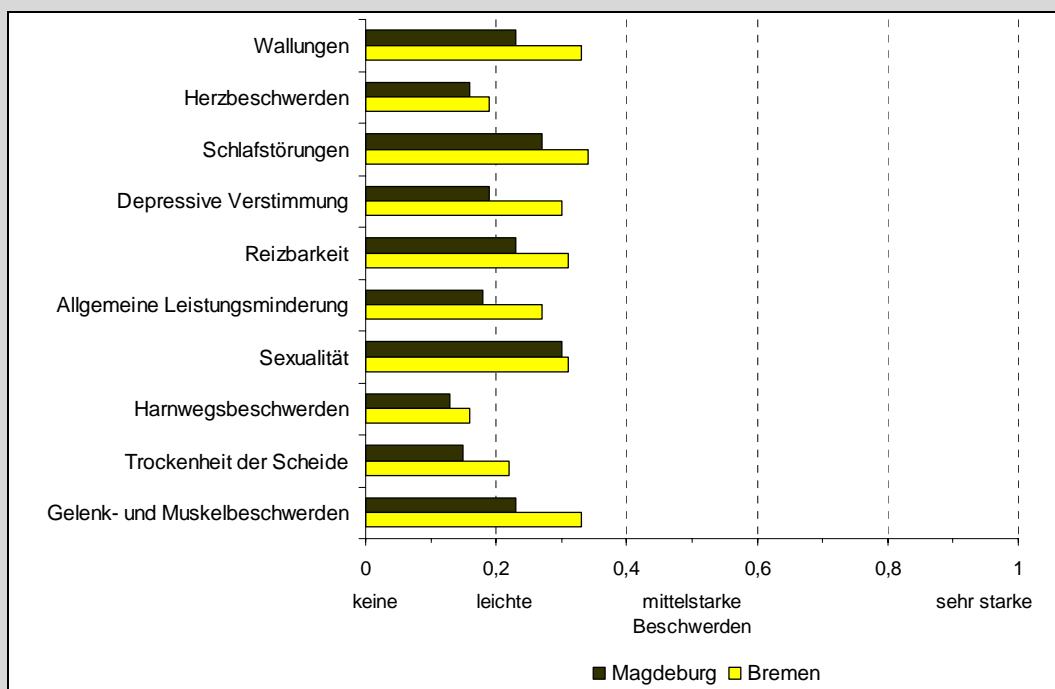
1) $p \leq 0,001$

Quelle: Hinze et al. 1999: 64.

In der Tabelle 8.6-10 werden die Ergebnisse über die Häufigkeit der Wechseljahresbeschwerden dargestellt. Sie zeigen nach der Rangfolge ihres Auftretens ein nahezu gleiches Muster in beiden Stichproben, wobei die Bremer Frauen etwas häufiger Beschwerden angeben als die Magdeburger Frauen. Bei Betrachtung der Beschwerdenstärke werden bei allen Symptomen von beiden Gruppen nur Werte von geringer Stärke (leichter Schweregrad) erreicht. Damit haben sich die Erwartungen in Bezug auf ein ausgeprägteres Beschwerdeprofil im Klimakterium bei ostdeutschen Frauen nicht bestätigt.

Informationen zum Umgang mit den Wechseljahren wurden von den Frauen über Aussagen zum Arztkontakt und zur Medikamenteneinnahme (Einnahme jemals wegen Beschwerden) gewonnen. Die Ergebnisse weisen auf eine hohe Medikalisierung des Klimakteriums in beiden Regionen hin.

Abbildung 8.6-1 Wechseljahresbeschwerden nach MRS (Mean) – Vergleich Magdeburger/Bremer Frauen (46-60 Jahre) 1996



Quelle: Hinze et al. 1999: 64

Tabelle 8.6-11: Einnahme von Medikamenten wegen Beschwerden in den Wechseljahren ¹⁾ bei Frauen im Alter von 46-60 Jahre - Vergleich Magdeburg mit Hansestadt Bremen 1996

Antwortvorgaben (Mehrfachnennungen möglich)	Magdeburg	Bremen
	in %	
N	421	278
Hormone (Tabletten, Pflaster, Spritzen)	39,7	45,3
Schmerztabletten	7,1	5,0
Schlaftabletten	2,9	2,2
Beruhigungstabletten	5,5	5,8
Blutdrucksenkende Mittel	16,4	8,3
Vitamine	8,6	6,8
Calcium	10,7	6,8
Mittel für den Stuhlgang	3,8	4,7
Mittel gegen Magenbeschwerden	5,9	3,6

¹⁾ Einnahme jemals wegen Beschwerden

Quelle: ebd.: 66.

Nahezu alle Frauen mit Beschwerden in den Wechseljahren haben verschiedene Ärzte aufgesucht und haben bei Beschwerden am häufigsten Hormone eingenommen (~ 40 %) (vgl. Tabelle 8.6-11).

Zur Einstellung über die Wechseljahre befragt, schätzt nahezu die Gesamtheit der Frauen beider Studien die Wechseljahre als eine zur Normalität im Leben einer Frau gehörende Phase ein, und die Hälfte der Frauen meint, daß es sich bei den Wechseljahren um eine vorübergehende Phase im Leben der Frau handelt (Tabelle 8.6-12).

Tabelle 8.6-12: „Wie denken Sie über die Wechseljahre?“ - Vergleich Magdeburg mit Hansestadt Bremen (Frauen im Alter von 46-60 Jahren) 1996

Antwortvorgaben (Mehrfachnennungen möglich)	Magdeburg	Bremen
	in %	
N	412	278
Normale Phase im Leben einer Frau	90,0	90,3
Lebensabschnitt mit neuen Zielen ²⁾	18,9	27,7
Vorübergehende Phase mit körperlicher und seelischer Beeinträchtigung	49,5	52,2
Außer daß keine Schwangerschaft mehr möglich ist, keine Veränderung ³⁾	26,2	17,9
Frauen sind in den Wechseljahren gesellschaftlichen Vorurteilen ausgesetzt	4,9	5,7
In den Wechseljahren läßt die Attraktivität nach	9,0	8,6
In den Wechseljahren sind die Frauen nicht mehr so leistungsfähig	15,8	15,1

1) $p \leq 0,001$; 2) $p \leq 0,01$; 3) $p \leq 0,05$

Quelle: ebd.: 67.

Entgegen den Erwartungen gibt es auch eine große Übereinstimmung im Antwortverhalten zum Attraktivitätsverlust und zur gesellschaftlichen Abwertung der Frauen in den Wechseljahren. In beiden Gruppen werden diese Vorgaben nur von wenigen Frauen bejaht. Ein divergentes Antwortverhalten gibt es dagegen bei der Bewertung des Klimakteriums als einen Lebensabschnitt, der neue Ziele eröffnet. Die Frauen aus Bremen haben dazu offensichtlich häufiger eine akzeptierende Einstellung. Möglicherweise sehen ostdeutsche Frauen bedingt durch die gesellschaftlichen Veränderungen zur Zeit für sich weniger Perspektiven zur Gestaltung dieses Lebensabschnittes.

Als wesentliche Unterstützung bei der Bewältigung des Klimakteriums wird von beiden Frauengruppen gleich häufig die ärztliche Beratung favorisiert (Tabelle 8.6-13). Die Hormoneinnahme wird von ca. 30 % der Frauen in beiden Gruppen als antiklimakterisches Therapeutikum akzeptiert. Frauen aus Bremen nennen darüber hinaus als Copingstrategien für die Wechseljahre häufiger als Magdeburger Frauen Gespräche mit betroffenen Frauen, sportliche Betätigung und Entspannungstechniken. Frauen aus

Magdeburg sehen häufiger in einem stärkeren familiären und beruflichen Engagement eine Möglichkeit, die Wechseljahre zu meistern.

Auswirkungen der gesellschaftlichen Veränderungen im Osten auf den Ausprägungsgrad von Wechseljahresbeschwerden waren bei Frauen, die seit der Wende negative Veränderungen in wichtigen Lebensbereichen erfahren haben, nachweisbar. Frauen mit einer unsicheren beruflichen Perspektive (unsichere Arbeitsverhältnisse oder Arbeitslose) erreichen höhere Beschwerdenwerte als Frauen, die noch berufstätig oder sozial abgesichert sind. Die Einschätzung wichtiger Lebensbereiche wurde als ein weiterer Indikator für die erreichte Lebensqualität nach der Vereinigung einbezogen. Die Ergebnisse geben zu erkennen, daß diejenigen Frauen, die Veränderungen in wichtigen Lebensbereichen (Beruf, Familie) seit der Wende negativ bewerten, deutlich höhere Beschwerdenstärken aufweisen als Frauen, die darüber ein positives Urteil abgegeben haben.

Tabelle 8.6-13: „Was sollten Frauen Ihrer Meinung nach in den Wechseljahren tun?“ - Vergleich Magdeburg mit Hansestadt Bremen (Frauen im Alter von 46-60 Jahren) 1996

Antwortvorgaben (Mehrfachnennungen möglich)	Magdeburg	Bremen
	in %	
N	416	278
Sich vom Frauenarzt beraten lassen	80,3	80,9
Sich einer Selbsthilfegruppe anschließen	1,2	2,5
Gespräch mit anderen Frauen in den Wechseljahren führen ²⁾	34,6	45,0
Sich stärker im Beruf engagieren	10,6	7,2
Sich stärker um die Familie kümmern ²⁾	15,1	8,3
Ein neues Aufgabenfeld (z. B. Ehrenamt) suchen	20,0	25,5
Sich sportlich betätigen ³⁾	40,4	49,6
Eine Technik zur Entspannung lernen ¹⁾	17,1	37,4
Hormone einnehmen	32,7	28,8
Sich nicht so viele Gedanken um die Wechseljahre machen ²⁾	73,6	63,7
So weiter machen wie bisher	52,4	45,0
Gar nichts tun	3,1	2,9

1) $p \leq 0,001$; 2) $p \leq 0,01$; 3) $p \leq 0,05$

Quelle: ebd.: 67.

Die zusammenfassende Bewertung der Lebensveränderung seit der Vereinigung erbrachte folgendes Ergebnis: Frauen, die der Meinung sind, ihr Leben habe sich seit der Wende in der Gesamtheit verschlechtert, liegen mit ihren Beschwerdenstärken deutlich über den Werten der Frauen, die ein positives Urteil abgegeben haben. In der ost-deutschen Studie wurden auch Zusammenhänge zwischen klimakterischen Beschwerden und dem subjektiven Gesundheitszustand überprüft. Es konnte eine enge Kohärenz zwischen beiden Gesundheitsindikatoren festgestellt werden. Stärker ausgeprägte klimakterische Beschwerden waren mit einer weniger guten Einschätzung der subjektiven Gesundheit verbunden.

In die Bremer Studie waren Frauen im Alter von 30 bis 74 Jahre einbezogen. Von ihnen wurden mit dem gleichen Methodeninventar Daten erhoben. Damit bot sich eine gute Gelegenheit nachzuprüfen, ob die dem Klimakterium allgemein zugeschriebenen Beschwerden im Altersgang eine Spezifik erkennen lassen. Wie das Verteilungsmuster der Beschwerdenstärke zeigt (Tabelle 8.6-14), nimmt die Intensität der Symptome im mittleren Lebensalter (50 bis 59 Jahre) zu, um in den nachfolgenden Altersjahren wieder abzufallen.

Die vorgestellten regionalen Studienergebnisse lassen viele Gemeinsamkeiten im Beschwerdebild und in den Verhaltensmustern der ost- und westdeutschen Frauen in den Wechseljahren erkennen. Im Vergleich zu früheren Angaben aus der Literatur, die größtenteils aus der Patientenklientel stammen, fällt die geringe Intensität der Wechseljahresbeschwerden auf. Zugleich ist eine verhältnismäßig hohe Medikalisierung des Klimakteriums durch Arztkontakte und Hormonbehandlung, aber auch eine beachtliche Hormonakzeptanz bei beiden Frauengruppen festzustellen. Diese Ergebnisse stimmen mit neuen Entwicklungen und Trends in der Klimakteriumsforschung überein. Was die Hormonsubstitution angeht, so wurde bereits bei der Auswertung von Daten der Nationalen Untersuchungssurveys eine Zunahme der Hormonanwenderinnen (45-64 Jahre) vom ersten Survey (1984-1986) zum dritten Survey (1990-1991) von 3,8 % auf 15,9 % bei Frauen in den alten Bundesländern festgestellt (Maschewsky-Schneider 1997: 565). In der Altersgruppe 50-59 Jahre stieg die Hormoneinnahme sogar von 4,7 % auf 22 % (Einnahme zum Zeitpunkt der Befragung). Wie neuere Ergebnisse beweisen, ist der Anteil der Frauen, die Hormone einnehmen, in den letzten Jahren offensichtlich weiter gestiegen. In einer europäischen Studie wurde 1996 der Anteil von Frauen mit Hormontherapie in der Perimenopause ermittelt. Er reichte von 18 % in Spanien, 31 % in England, 33 % in Deutschland bis zu 55 % in Frankreich (Schneider 1997: 370).

Tabelle 8.6-14: Mittelwerte der Wechseljahresbeschwerden (MRS) nach Altersgruppen (Studie Bremen)

Beschwerden	Altersgruppen				
	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74
N	187	160	187	127	57
Wallungen	0,06	0,20	0,38	0,22	0,12
Herzbeschwerden	0,07	0,12	0,22	0,17	0,14
Schlafstörungen	0,17	0,26	0,37	0,28	0,26
Depressive Verstimmungen	0,24	0,25	0,32	0,22	0,18
Reizbarkeit	0,27	0,27	0,33	0,25	0,17
Allgemeine Leistungsminderung	0,16	0,20	0,29	0,24	0,26
Sexualität	0,14	0,21	0,37	0,33	0,36
Harnwegsbeschwerden	0,06	0,08	0,19	0,20	0,13
Trockenheit der Scheide	0,04	0,08	0,26	0,27	0,11
Gelenk- und Muskelbeschwerden	0,07	0,19	0,37	0,37	0,32
Haarausfall	0,08	0,08	0,14	0,11	0,12

Quelle: ebd.: 68.

In der Wahrnehmung und Bewertung der Wechseljahre gibt es bei den Frauen aus Ost und West in den beiden Studien bemerkenswerte Übereinstimmungen. Sie bestehen in einer realitätsbezogenen Sicht auf die Wechseljahre, die von der Mehrheit der Frauen als ein natürlicher Vorgang mit passageren, körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen beurteilt werden. Die Studienergebnisse zeigen am Beispiel der Frauen aus Magdeburg die Implikation der Wechseljahresbeschwerden in das soziale und allgemeine gesundheitliche Befinden. Es konnte auch der Nachweis erbracht werden, daß bestimmte körperliche und psychische Beschwerden im mittleren Alter in Verbindung mit dem Klimakterium eine stärkere Ausprägung erfahren, die sich offenbar im späteren Lebensalter wieder abschwächt.

8.6.4 Zusammenfassung

Die Analyse der amtlichen Gesundheitsdaten läßt bei der Lebenserwartung und Sterblichkeit für ostdeutsche Frauen im mittleren Lebensalter in den 90er Jahren eine weitere Verbesserung erkennen. Die fernere Lebenserwartung konnte im Zeitraum von 1990 bis 1997 erhöht und die allgemeine Sterblichkeit gesenkt werden. Damit haben sich wichtige Gesundheitsparameter ostdeutscher Frauen an die der westdeutschen Frauen weiter angenähert. Die Ursachen dafür sind sicher auf die allgemeine Verbesserung der Lebensbedingungen und des medizinischen Versorgungsstandards in Ostdeutschland zurückzuführen. Speziell konnten die unnatürlichen Todesursachen (Selbstmorde, Kraftfahrzeugunfälle) gesenkt werden. Dagegen bestehen bei den Herz-Kreislauf-Sterblichkeiten, trotz einer Senkung bei den ischämischen Herzkrankheiten, immer noch deutliche Differenzen zwischen den alten und neuen Bundesländern.

Bei anderen Parametern des Gesundheits- und Krankheitsgeschehens ist eine Vielzahl von Gemeinsamkeiten und Ähnlichkeiten in der Verteilung und den Strukturen bei Frauen aus den neuen und den alten Bundesländern zu beobachten (stationäre Morbidität, Gesundheitsverhalten, Beschwerdepfeil und Verhalten in den Wechseljahren). Diese Ergebnisse belegen, dass für Frauen allgemein das mittlere Lebensalter ein Schnittpunkt ist, wo sich einige Gesundheitsparameter verändern. So nimmt in diesem Zeitraum die Zufriedenheit mit der allgemeinen Gesundheit ab. Beschwerden, die auf gesundheitliche Beeinträchtigungen durch das Klimakterium hindeuten, nehmen zu. Risikofaktoren wie Blutdruck und Körpergewicht steigen an. Es kommt zu einer häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und zu einer Zunahme des Medikamentenkonsums.

Als ein bedeutender Risikofaktor für die allgemeine Lebenszufriedenheit und das Gesundheits- und Wohlbefinden hat sich für die ostdeutschen Frauen im mittleren Lebensalter die transformationsbedingte Ausgrenzung aus dem Erwerbsleben herausgestellt. Damit waren für sie nicht nur finanzielle Einbußen und die Aufgabe der ökonomischen Selbständigkeit verbunden, sondern es traten auch Status- und Werteverluste sowie Einbußen an sozialer Integration auf. Die empirischen

Untersuchungsergebnisse weisen auf Beeinträchtigung des gesundheitlichen Befindens bei arbeitslosen Frauen und bei Frauen in unsicheren Arbeitsverhältnissen hin.

Den Einschränkungen in den materiellen und psychosozialen Ressourcen stehen aber auch mit der Vereinigung eingetretene Gewinne in wichtigen Lebensbereichen gegenüber. Dazu zählen die Verbesserung des Wohnkomforts, der Dienstleistungen, der erweiterten Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten sowie Verbesserungen in der medizinischen Versorgung und Prävention. Die hohe Zufriedenheit der ostdeutschen Frauen mit der medizinischen Betreuung spricht dafür, dass die Umstellung des Gesundheitswesens bisher ohne größere Probleme gelungen ist.

Von jeder Frau in den neuen Bundesländern war im Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Wandel ein hohes Maß an Kompensation und Flexibilität zu einem Zeitpunkt erforderlich, an dem sich Gesundheit und Leistungsvermögen in einer physiologisch kritischen Phase, dem Klimakterium, befanden. Als wesentliche psychosoziale Ressource der Frauen hat sich offenbar in dieser Zeit die Stabilität in den interpersonellen familiären Beziehungen sowie des weiteren sozialen Netzes der Freunde und Bekannte erwiesen. Es ist naheliegend davon auszugehen, dass diese Unterstützungsleistungen als Puffer gegen kumulierende Belastungen in der Wendezeit gewirkt haben.

Schlußfolgerungen

Es besteht noch ein dringlicher Forschungsbedarf zur gesundheitlichen Situation der Frau im mittleren Lebensalter. Notwendig sind theoretische Arbeiten zur Definition und Bestimmung dieser Lebensphase, die sich nicht nur auf die medizinischen Determinanten vorrangig auf das Klimakterium beschränken, sondern das ganze Spektrum psychosozialer Einflußfaktoren auf das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen der Frauen berücksichtigen. Dringend erforderlich sind sozialepidemiologische Studien, die den Zusammenhang zwischen allgemeiner Gesundheit, Klimakterium und Lebenssituation der Frauen im mittleren Alter untersuchen. Dabei ist besonderes Augenmerk auf den Zeitpunkt gesundheitlicher Umbrüche zu richten, und es sind die Hintergründe für das Divergieren von subjektivem Gesundheitsbefinden und objektiven Gesundheitsbefunden in diesem Lebensabschnitt aufzuspüren.

Aus der Sicht der Frauengesundheitsforschung ist der zunehmenden Medikalisierung dieser Lebensphase entgegenzuwirken, denn ein Großteil der Frauen bewältigt diesen Lebensabschnitt ohne größere psychische Probleme und bei guter Gesundheit. In wissenschaftlichen Studien ist die gesundheitliche Relevanz der Hormonsubstitution und ihre psychosozialen Begleiterscheinungen zu prüfen und eine Einschätzung ihres Nutzens im Vergleich zu alternativen Behandlungs- und Präventionsstrategien vorzunehmen.

Die Mehrheit der amtlich vorliegenden Gesundheitsdaten ist nicht auf das mittlere Lebensalter zugeschnitten. Die Gesundheitsberichterstattung ist deshalb aufgefordert, die

Datenbasis zu diesem Lebensabschnitt zu verbessern. So sollten künftig in die Routineberichterstattung auch spezifische Gesundheitsindikatoren zur Hormonanwendung und zur Hysterektomiefrequenz aufgenommen werden.

Für diesen Lebensabschnitt sind Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu entwickeln, die sich nicht ausschließlich am medizinischen Defizitmodell des Klimakteriums orientieren, sondern sich auf die psychosozialen Gesundheitsbedürfnisse dieser Zielgruppe ausrichten und auch die Wertvorstellungen und Sichtweisen der betroffenen Frauen über diese Umstellungsphase einbeziehen. Die Gesundheitsförderung hat Gesundheitsressourcen und die gesundheitlichen Schutzfaktoren der Frauen im mittleren Lebensalter zu erkunden und zu mobilisieren. Die Stärkung der Selbstkompetenz, die Förderung der körperlichen Aktivitäten, die Verfügbarkeit über soziale Netze, eine harmonische Partnerschaft und eine befriedigende Berufstätigkeit sowie eine gesicherte soziale Lebensperspektive gelten als wichtige gesundheitsfördernde Potentiale für eine erfolgreiche Bewältigung von Krisen im Klimakterium.

Eine gesundheitspolitische Aufgabe ist es, sich dafür einzusetzen, dass sich diese Schutzfaktoren und Potentiale wirksam entfalten können und soziale Belastungen und gesundheitliche Risiken weitgehend abgebaut werden. Dazu sind die Möglichkeiten zum beruflichen Neu- und Wiedereinstieg für Frauen auszubauen, die finanzielle Sicherung im Alter zu garantieren und insbesondere für ostdeutsche Frauen, gemeindenahere Angebote für den Verlust von sozialen Netzwerken zu fördern.

Eine besondere Bedeutung kommt in dieser Lebensphase der ärztlichen Betreuung in der Sprechstunde zu. Die Ärztin/der Arzt sollten offen für Symptome und Auswirkungen des sozialen Umfeldes auf das gesundheitliche Befinden der Frau sein und insbesondere bei Arbeitslosigkeit bzw. drohender Entlassung dem Gespräch große Aufmerksamkeit beimessen und den Gesundheitszustand dieser Risikogruppe sorgfältig beobachten. Dabei sind die Selbsthilfepotentiale zu stärken und den Frauen Kontakte zu Beratungsstellen, Selbsthilfe- und Gesundheitsförderungsgruppen zu vermitteln.