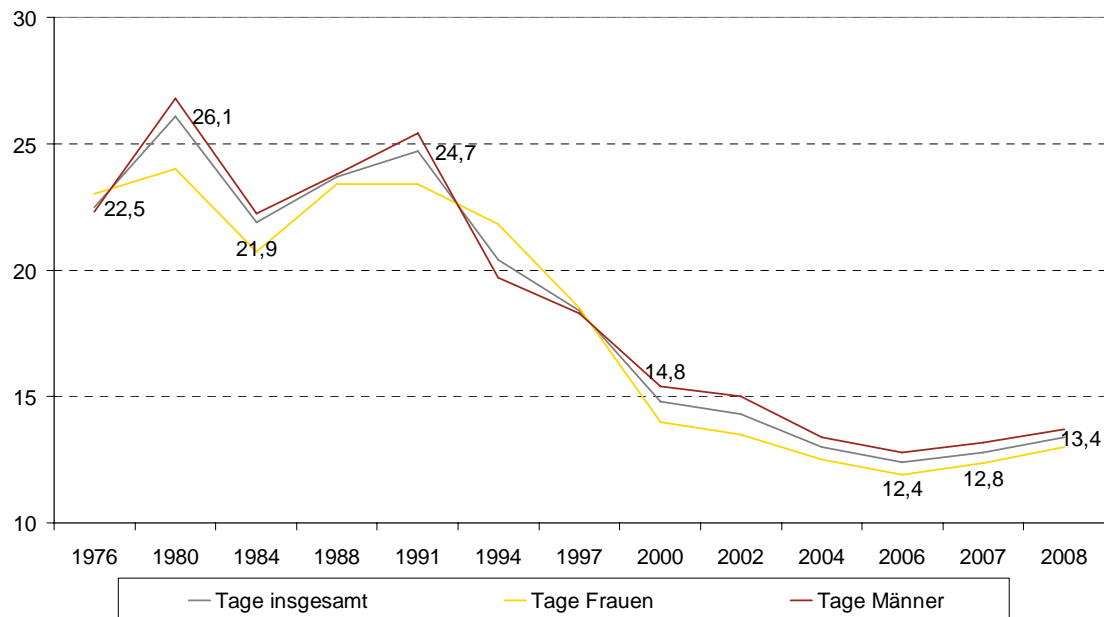


Gesundheit von Frauen und Männern in unterschiedlichen sozialen Lagen

Erika Zoike, spectrum|K – Das BKK Gemeinschaftsunternehmen, Berlin

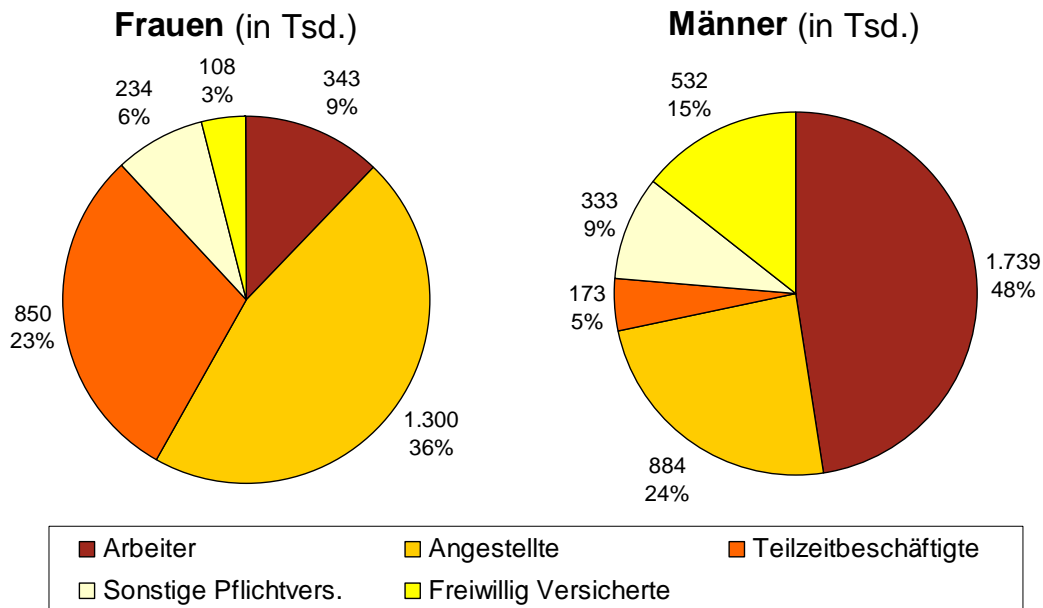
Der Krankenstand der Erwerbsbevölkerung bewegt sich seit Ende der Neunzigerjahre auf keinesfalls ‚gesundem‘ aber niedrigen Niveau, wenngleich seit 2007 kassenübergreifend wieder leichte Anstiege zu verzeichnen waren. Mit 13,4 AU-Tagen je beschäftigtes BKK Pflichtmitglied wird annähernd wieder das Niveau von 2004 erreicht.

Grafik 1: Langfristige Entwicklung der AU



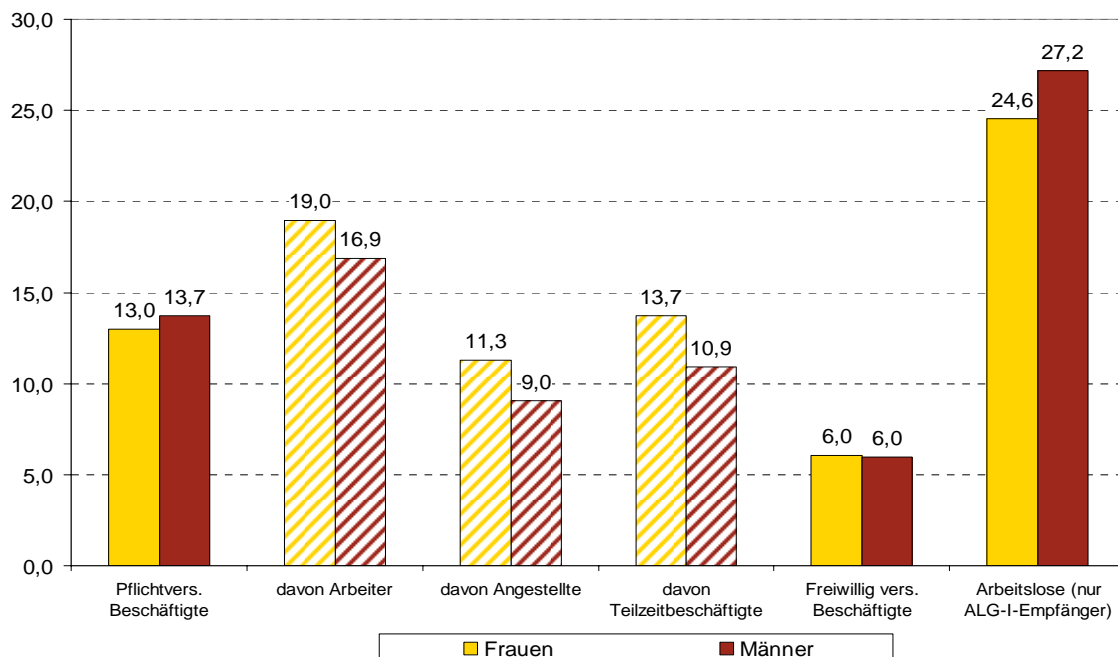
Weibliche BKK Mitglieder weisen insgesamt weniger Arbeitsunfähigkeitstage als die männlichen auf, was hauptsächlich mit einem höheren Anteil von Männern in gewerblichen Berufen mit stärkeren körperlichen Belastungen zusammenhängt. So werden fast die Hälfte der Männer, aber weniger als ein Zehntel der Frauen als Arbeiter(innen) ausgewiesen.

Grafik 2: Beschäftigungsstrukturen



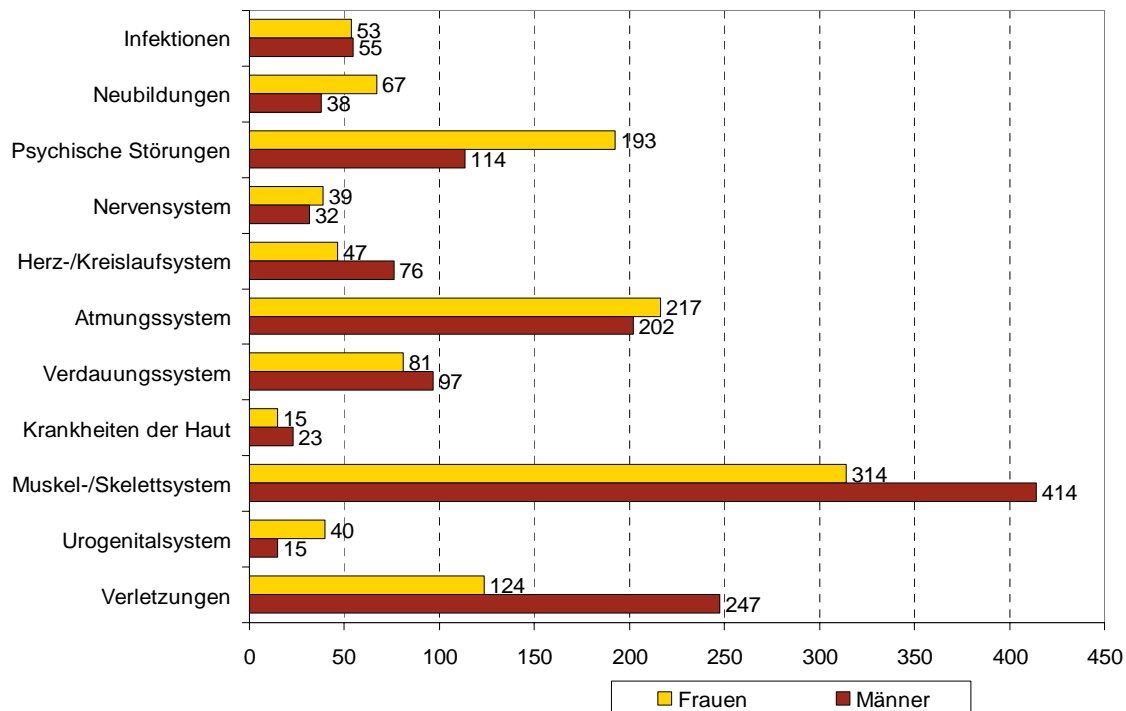
Innerhalb der unterschiedlichen Erwerbsgruppen verzeichnen Frauen jeweils mehr Krankheitstage als Männer. Diese Unterschiede innerhalb der Statusgruppen dürften durch die in der Regel relativ schlechteren beruflichen Positionen der Frauen im Vergleich zu den Männern sowie zudem durch häufige familiäre Mehrfachbelastungen beeinflusst sein.

Grafik 3: AU nach (Erwerbs-)Status



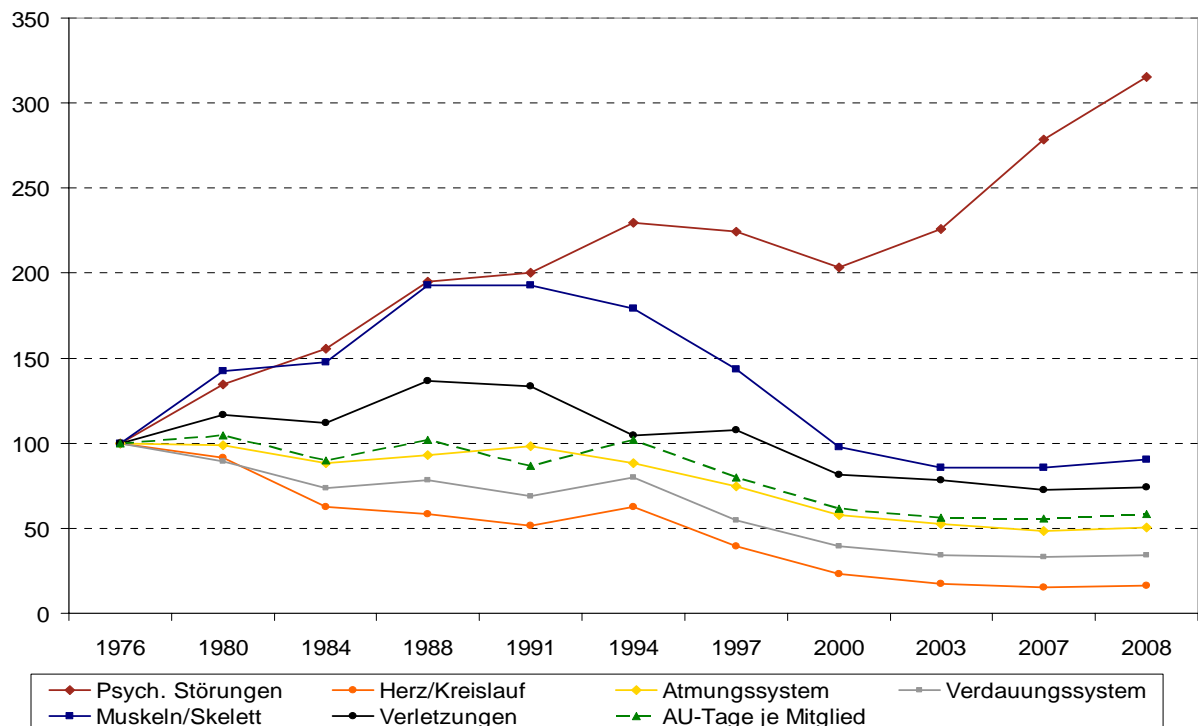
Frauen weisen auch ein von Männern unterschiedliches Krankheitsspektrum auf, wobei vor allem die psychischen Krankheitsarten, aber auch Neubildungen und Urogenitalerkrankungen bei ihnen eine größere Rolle spielen, während Muskel- und Skelett-Erkrankungen sowie Verletzungen das Krankheitsgeschehen bei Männern deutlich stärker prägen.

Grafik 4: Krankheitsarten nach Geschlecht



Der langjährige BKK Trend lässt erkennen, dass die psychischen Störungen die im Krankheitsspektrum am stärksten steigenden AU-Ursachen für Arbeitsunfähigkeit bilden. Seit 1976 – dem Beginn der BKK Krankheitsartenstatistik – haben sie sich die hierdurch ausgelösten Krankheitstage verdreifacht, allein in den letzten 10 Jahren erhöhten sie sich bei den Frauen um etwa zwei Drittel.

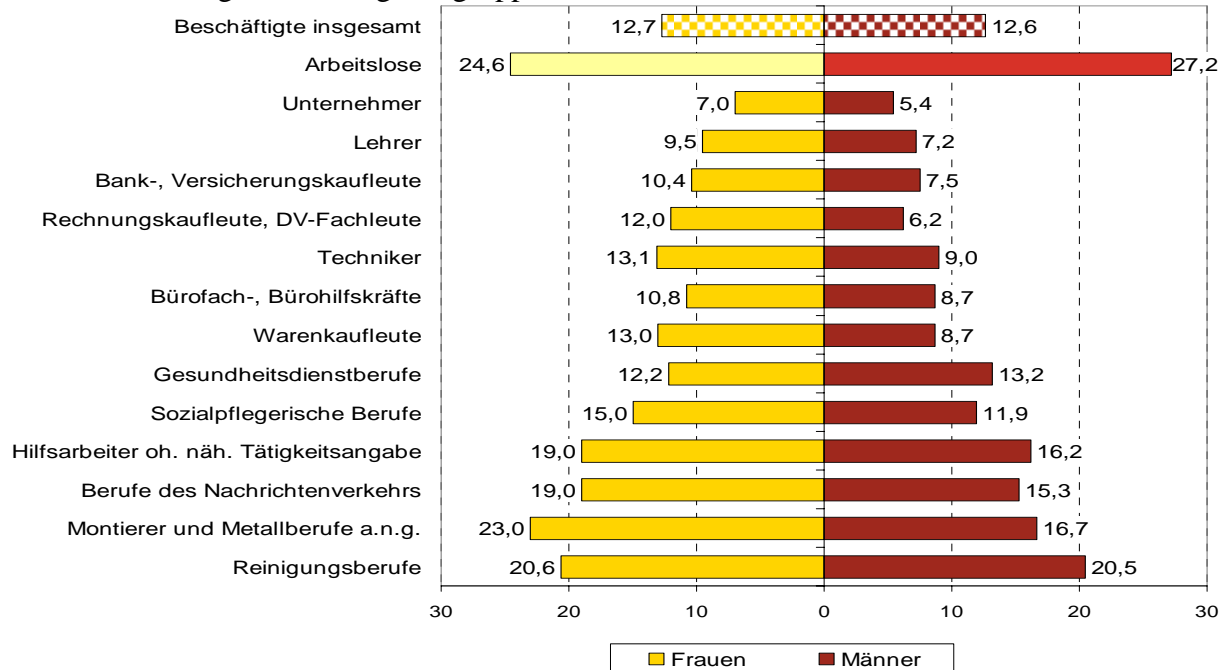
Grafik 5: Krankheitsursachen bei Arbeitsunfähigkeit seit 1978 (Frauen)



Branchenbezogen werden für Frauen die höchsten Krankheitsausfälle im Sozialwesen, in den öffentlichen Verwaltungen sowie in den Telekommunikationsunternehmen verzeichnet. Einen

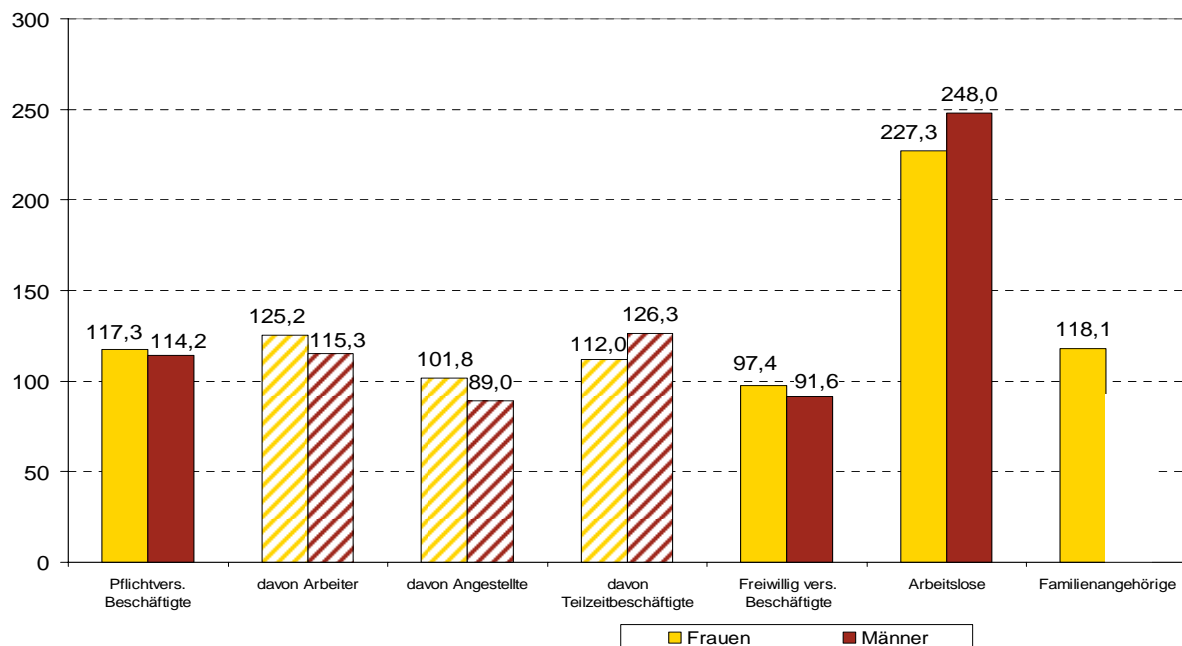
entscheidenden Einfluss auf die Höhe der Arbeitsunfähigkeit haben neben dem Status (s.o) die unterschiedlichen Arten der beruflichen Tätigkeit. Die Erkrankungsrisiken und Krankheitsdauern variieren stärker als nach anderen Merkmalen nach den mit der Tätigkeit verbundenen körperlichen und psychischen Beanspruchungen.

Grafik 6: AU-Tage nach Tätigkeitsgruppen



Erwerbsstatus und Tätigkeit beeinflussen nicht nur das AU-Geschehen sondern spiegeln sich ebenso in anderen Kenngrößen der medizinischen Versorgung, wie in den stationären Behandlungen oder auch bei den Arzneimittelverordnungen.

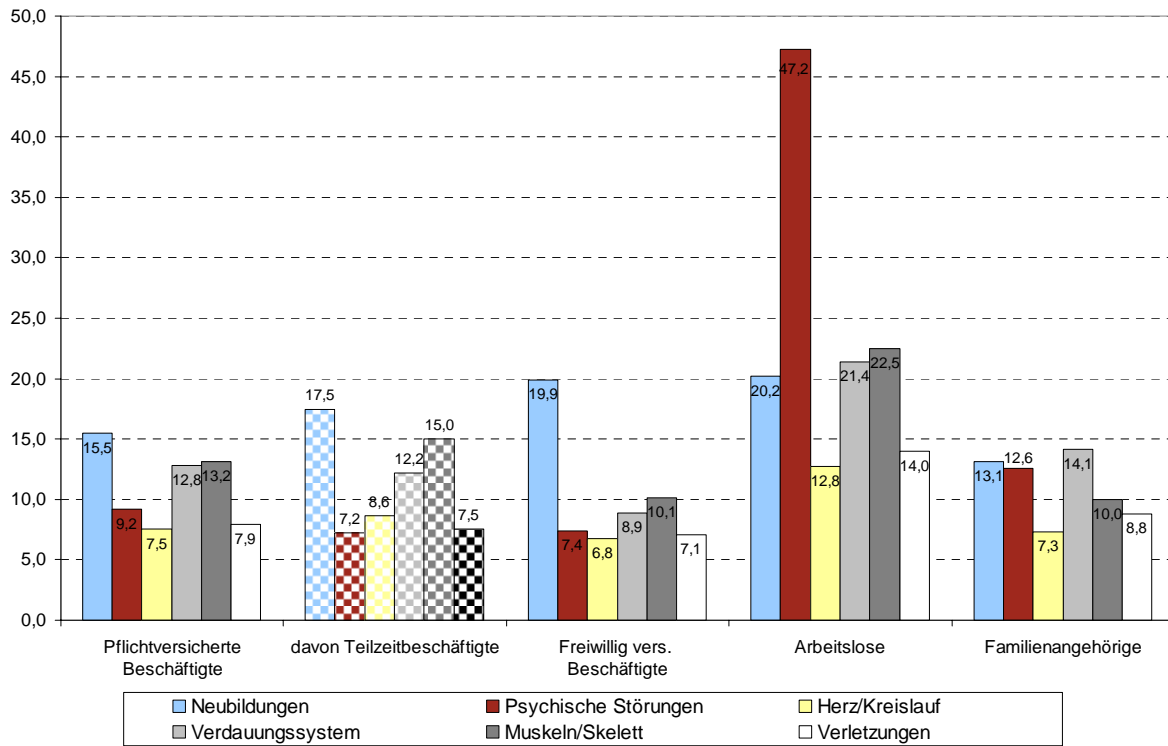
Grafik 7: Stationäre Behandlungen nach Versichertenstatus



Die stationären Krankheitsursachen unterstreichen die Bedeutung der psychischen Erkrankungen und zugleich ihre soziale Differenzierung. Bemerkenswert ist hier auch, dass

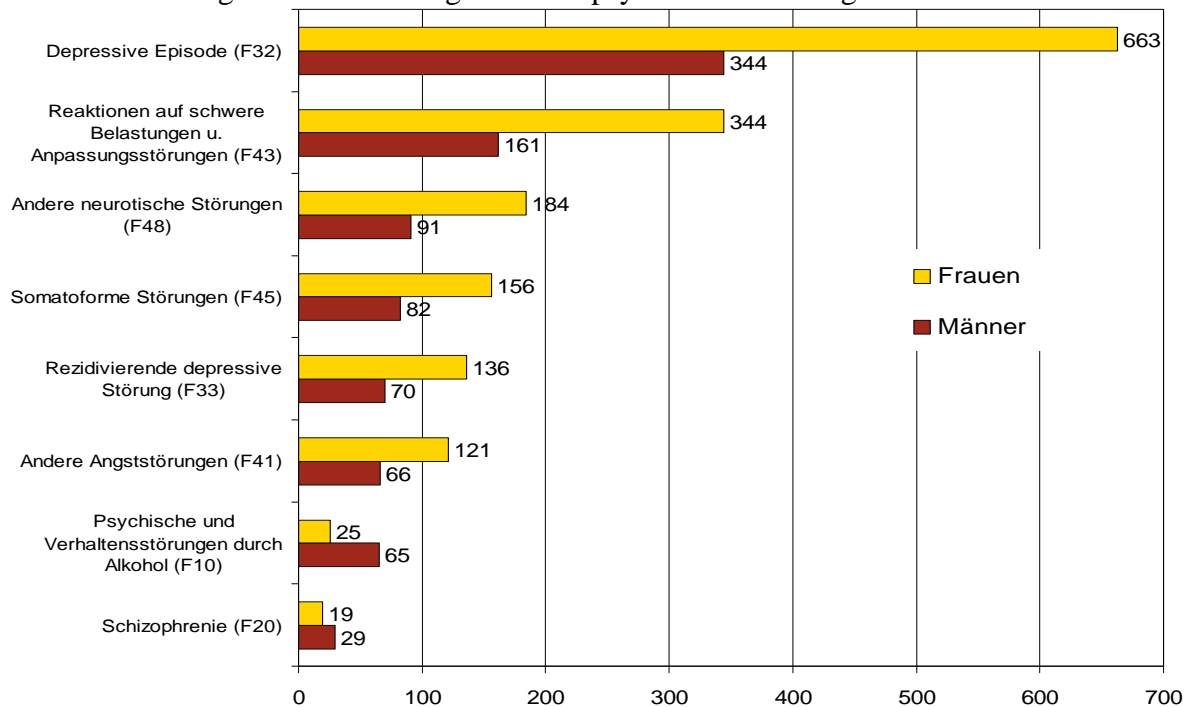
nach den arbeitslosen Frauen die als Familienangehörige mitversicherten Frauen ohne unabhängigen Erwerbsstatus am häufigsten unter einer psychischen Störung, die eine stationäre Behandlung erforderlich macht, leiden.

Grafik 8: Krankheitsgruppen bei stationären Behandlungen nach Versichertenstatus



Die nach Krankheitstagen wichtigsten psychischen Diagnosen im erwerbsfähigen Alter sind bei Männern und Frauen Depressionen und Reaktionen auf schwere Belastungen.

Grafik 9: AU-Tage nach Einzeldiagnosen bei psychischen Störungen

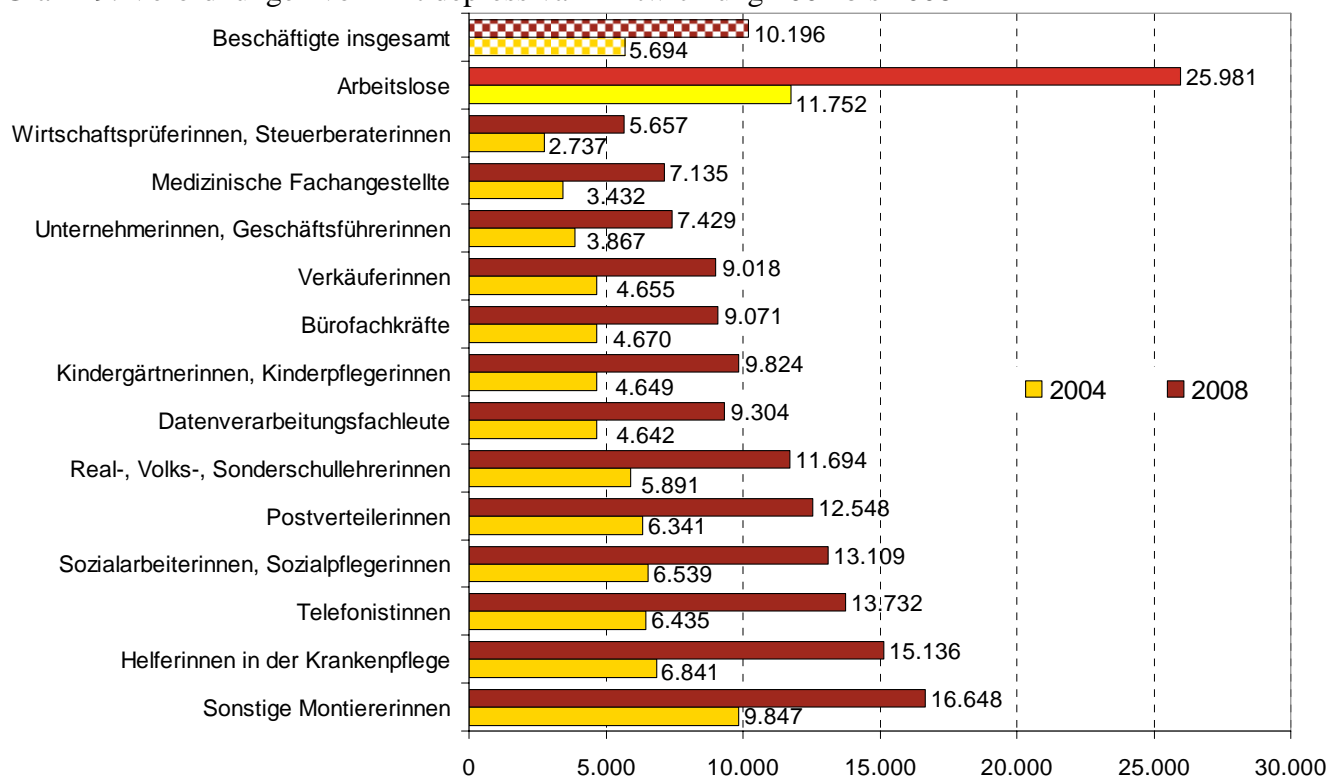


Während bei den meisten psychischen Einzelerkrankungen die Frauen mehr Krankheitstage als die Männer aufweisen, verhält es sich bei den Alkoholkrankheiten (noch) deutlich umgekehrt, allerdings legen auch hier die Frauen in den letzten Jahren zu. Auch Schizophrenien sind häufiger bei Männern als bei Frauen Krankheitsursache.

Noch stärker als die Zahl der dokumentierten Diagnosen erhöhten sich gerade in den letzten Jahren die Verordnungsmengen von Psychopharmaka. Auch hier differenzieren sich die Versichertengruppen erheblich nach Geschlecht, Status und Art ihrer Erwerbstätigkeit.

Auch hier erweisen sich die Arbeitslosen als die bei weitem am stärksten betroffene Gruppe. Aber auch Helferinnen in der Krankenpflege, Telefonistinnen und Kindergärtnerinnen ließen sich 2008 mehr als die doppelten Verordnungsmengen – hier von Antidepressiva – gegenüber dem Vergleichsjahr 2004 verschreiben.

Grafik 9: Verordnungen von Antidepressiva – Entwicklung 2004 bis 2008



Die Daten belegen, wie sehr die hier beschriebenen problematischen gesundheitlichen Entwicklungen zum einen die sozial schwächeren Schichten wie auch beschäftigte Frauen in typischen Frauenberufen treffen. Auf die sozialen und arbeitsplatzbezogenen Bedingungen haben Krankenkassen nur einen begrenzten Einfluss. Ihre Handlungsmöglichkeiten beziehen sich vor allem auf Prävention und natürlich eine möglichst angemessene Versorgung, die jedoch auch dem Kostendruck im Gesundheitswesen unterliegt.

Positive Ansätze der Krankenkassen sind vor allem auf folgenden Feldern erkennbar:

- Präventionsziele der Gesetzlichen Krankenversicherung 2008 – 2009
Im Mittelpunkt stehen hierbei

- › Die Reduktion psychischer Belastungen durch betriebliche Gesundheitsförderung sowie
- › Eine stärkere Einbeziehung der älteren Beschäftigten
- › Zielgruppenspezifische Ansätze der BKK
 - › z. B. Gesundheitslotsen: Die besten Vermittler für Gesundheit sind diejenigen, die das kulturelle Umfeld kennen und die ‚richtige Sprache‘ sprechen – was keineswegs nur für MigrantInnen, sondern ebenso für verschiedene soziale Gruppen gilt.
 - › Das Programm: Mit MigrantInnen für MigrantInnen (BKK Gesundheitsprogramme, die über das deutsche Gesundheitswesen und Versorgungsangebote informieren) bildet für einen solchen Ansatz ein hervorragendes Beispiel, was inzwischen auch in der betrieblichen Prävention übernommen wird.
 - › ‚Interkulturelle‘ Ansätze im betrieblichen Gesundheitsmanagement, Gesundheitslotsen - ‚**peer-to-peer**‘ – im Betrieb.
- › Betriebliches Gesundheitsmanagement, Kooperation der Krankenkassen mit Unternehmen

Hier bieten viele Krankenkassen Unterstützung auf mehreren Ebenen an, wie

 - › (Psychische) Fehlbelastungen zu analysieren, mit dem Ziel, diese zu vermeiden oder zumindest zu verringern
 - › Hilfsangebote der Krankenkassen für Betroffene und Betriebe unter Beteiligung der **Selbsthilfeorganisationen** im Umgang mit psychisch Erkrankten - z.B. in Kooperation mit dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK).

Und nicht zuletzt

- › Programme für Arbeitslose – JobFit-Programme der BKK
 - › Mit einem Setting in einem nicht repressivem Umfeld, z.B. bei Fortbildungsmaßnahmen. Wichtig für die Akzeptanz ist die Unabhängigkeit von Leistungsgewährungen aller Art.
- › Hilfen für Betroffene
 - › Schnelle Information und Beratung betroffener Versicherter.