

**DAK Gesundheitsreport 2006
für Niedersachsen**

Herausgeber:

DAK Versorgungsmanagement

Martin Kordt
DAK Zentrale
Nagelsweg 27 - 31
20097 Hamburg
Tel.: 040 - 2396 2649; Fax: 040 - 2396 4649
E-Mail: martin.kordt@dak.de

Dieser Bericht wurde im Auftrag der DAK erstellt durch das

IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH

Wichmannstr. 5
D-10787 Berlin
Tel. 030 - 230 80 90, Fax 030 - 230 80 911,
E-Mail: iges@iges.de

April 2006

Inhalt

Vorwort	5
1 Der Krankenstand in Niedersachsen 2005 im Überblick.....	8
1.1 Welche Auffälligkeiten zeigen sich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt?.....	8
1.2 Niedersachsen im Vergleich zu anderen Bundesländern	11
1.3 Der Krankenstand in Niedersachsen nach Alter und Geschlecht	12
2 Welche Krankheiten sind für den Krankenstand verantwortlich?.....	13
3 Schwerpunktthema zur Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter	15
4 Ursachen für bundeslandspezifische Krankenstandsunterschiede	59
4.1 Wie können bundeslandspezifische Unterschiede im Krankenstand zustande kommen?.....	59
4.2 Die Wirtschaftsstruktur der DAK-Mitglieder in Niedersachsen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt.....	60
4.3 Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand in Niedersachsen	61
5 Krankenstände nach Wirtschaftszweigen	63
6 Schlussfolgerungen.....	65
Expertenbefragung: Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen.....	77
Anhang I: Hinweise und Erläuterungen	67
Anhang II: Tabellen	71
Anhang III: Expertenbefragung.....	76

Vorwort

Im siebenten Jahr in Folge liegt mit dem DAK-Gesundheitsreport 2006 für Niedersachsen eine detaillierte Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens vor.

Auch in diesem Jahr konnten wieder einige Unterschiede im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zwischen Niedersachsen und dem Bundesdurchschnitt bzw. den anderen Bundesländern festgestellt werden: Diese Unterschiede betreffen das Niveau des Krankenstandes insgesamt – Niedersachsen liegt etwas unter dem Bundesdurchschnitt –, aber auch einzelne Krankheitsarten oder den Krankenstand in den verschiedenen Wirtschaftszweigen.

In Deutschland verstirbt mehr als jede zweite Frau an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. Dessen ungeachtet werden kardiovaskuläre Erkrankungen, insbesondere der Herzinfarkt, primär als männliches und nicht als weibliches Gesundheitsproblem wahrgenommen. Daher widmet sich die DAK im Gesundheitsreport 2006 für Niedersachsen dieser Problematik und analysiert Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems im Schwerpunktteil „Gesundheit von Frauen im mittleren Alter“ vertiefend.

Der Krankenstand einzelner Betriebe, einer Branche und letztlich eines Bundeslands steht immer auch im Zusammenhang mit wirtschaftlichen Entwicklungen und den Belastungen, denen Beschäftigte in der Arbeits- und Umwelt ausgesetzt sind. Daher ist es wichtig, Gesundheit und Motivation der Beschäftigten weiterhin aktiv in den Mittelpunkt der Organisations- und Personalpolitik zu rücken. Die betrieblichen Arbeitsschutzexperten sowie alle dafür Verantwortlichen in den Unternehmen, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Gewerkschaften und wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen benötigen dafür eine verlässliche Datengrundlage. Der vorliegende Bericht liefert allen Beteiligten wichtige Informationen über das Morbiditätsgeschehen in Niedersachsen.

Alfred Semen
DAK-Landesgeschäftsführer

Hannover, April 2006

Das Wichtigste auf einen Blick

- 2005 belief sich der Gesamtkrankenstand der erwerbstätigen DAK-Mitglieder in Niedersachsen auf 3,0%. Der Krankenstand in Niedersachsen erreichte damit einen nah am Bundesdurchschnitt liegenden Wert (Bund 3,1%). Gegenüber dem Vorjahr ist der Krankenstand um 0,1 Prozentpunkte etwas gesunken (2004 3,1%).
Gesamtkrankenstand
- Die Betroffenenquote lag 2005 bei 45%. Dies bedeutet, dass für 45% der DAK-Mitglieder in Niedersachsen mindestens eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Der Wert in Niedersachsen entsprach damit exakt dem DAK-Bundesdurchschnitt (45%).
Betroffenenquote
- Mit 99,1 Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Versichertenjahre waren die DAK-Mitglieder in Niedersachsen im Jahr 2005 geringfügig seltener krank als im Bundesdurchschnitt (100,1 Fälle).
Fallhäufigkeit
- Eine durchschnittliche Erkrankung dauerte mit 11,1 Tagen etwas kürzer als im Bundesdurchschnitt (11,3 Tage).
Falldauer
- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes waren mit 23,9% Anteil am Krankenstand die wichtigste Krankheitsart gefolgt von Krankheiten des Atmungssystems (15,9%) sowie Verletzungen und Vergiftungen (14,1%). Psychische Erkrankungen hatten einen Anteil von 10,2%.
Die wichtigsten Krankheitsarten
- Die Wirtschaftsstruktur in Niedersachsen hat einen minimal negativen Effekt auf das Krankenstandsniveau. Der Krankenstand, der für einen „fairen“ Vergleich zwischen den Bundesländern herangezogen werden müsste, ist mit 3,00% jedoch immer noch niedriger als der Bundesdurchschnitt.
Wirtschaftsstruktur in Niedersachsen beeinflusst Krankenstand nur um 0,01
- Die Höhe des Krankenstandes in den einzelnen Branchen variiert deutlich zwischen 3,7% im Bereich „Gesundheitswesen“ und 2,1% im Bereich „Rechtsberatung/Wirtschaftsprüfung“.
Branchen mit deutlich unterschiedlichem Krankenstand
- In Niedersachsen waren von 100 Frauen im mittleren Alter kaum weniger Frauen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen arbeitsunfähig als im Bundesdurchschnitt. Anders ausgedrückt: In Niedersachsen haben kardiovaskuläre Erkrankungen für die Gesundheit von Frauen im mittleren Alter eine etwa gleich große Bedeutung.
Schwerpunktthema zur Bedeutung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen für die Gesundheit von Frauen im mittleren Alter

1 Der Krankenstand in Niedersachsen 2005 im Überblick

1.1 Welche Auffälligkeiten zeigen sich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt?

Krankenstand in Niedersachsen 2005 bei 3,0%

2005 lag der Krankenstand in Niedersachsen bei 3,0%. Das heißt, dass an jedem Kalendertag des Jahres durchschnittlich 3,0% der DAK-Mitglieder in Niedersachsen aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig waren. Im Vergleich zum bundesweiten Krankenstand erreichte Niedersachsen damit einen durchschnittlichen Wert (DAK insgesamt: 3,1%, vgl. Abbildung 1). Ein DAK-versicherter Beschäftigter in Niedersachsen war im Durchschnitt an insgesamt 11,0 Tagen arbeitsunfähig.

Betroffenenquote bei 45%

Im Jahr 2005 lag der DAK für 45% der Mitglieder in Niedersachsen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes vor. Dies bedeutet auch: Über die Hälfte aller DAK-Mitglieder in Niedersachsen war während des vergangenen Jahres kein einziges Mal aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig. Die Betroffenenquote im DAK-Bundesdurchschnitt lag bei 45%.

Häufigkeit von Erkrankungen geringfügig unter dem Bundesdurchschnitt

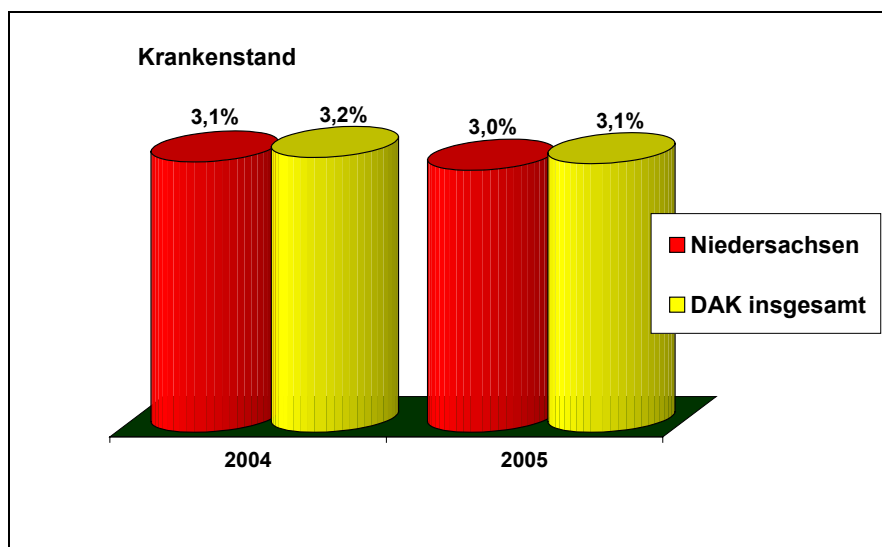
Der Krankenstand setzt sich zusammen aus der Erkrankungshäufigkeit und der durchschnittlichen Dauer einer Erkrankung.

Erkrankungsdauer in Niedersachsen etwas kürzer als im Bund

Ein Blick auf die Zusammensetzung des Krankenstandes zeigt, dass die Häufigkeit von Erkrankungen in Niedersachsen geringfügig unter dem Bundesdurchschnitt lag. Auf 100 ganzjährig Versicherte entfielen 2005 99,1 Erkrankungsfälle. Im Bundesvergleich waren es 100,1 Erkrankungsfälle. Eine Erkrankung dauerte in Niedersachsen mit durchschnittlich 11,1 Tagen etwas kürzer als bundesweit (11,3 Tage).

Abbildung 1

Abb. 1 Krankenstand: Niedersachsen im Vergleich zum Bund



Quelle: DAK AU-Daten 2005

Abbildung 2

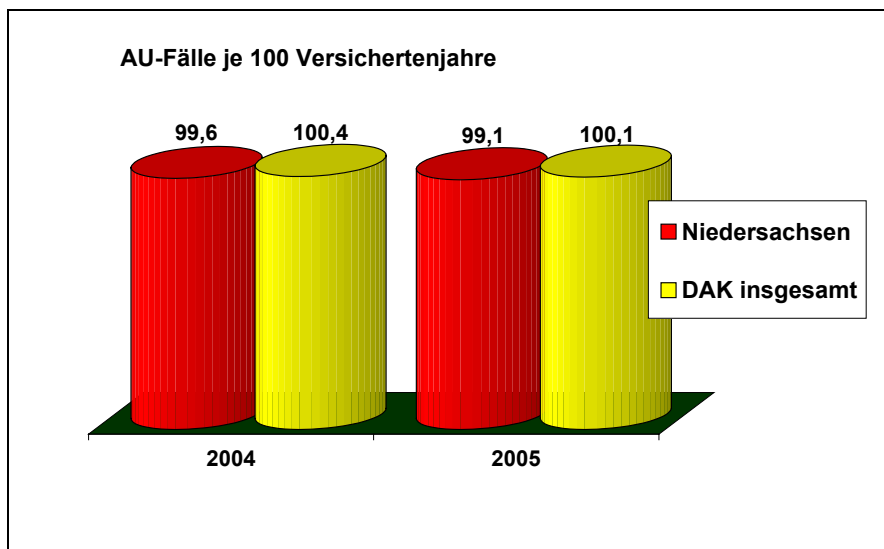


Abb. 2
Anzahl der
Erkrankungsfälle:
Niedersachsen im
Vergleich zum
Bund

Quelle: DAK AU-Daten 2005

Abbildung 3

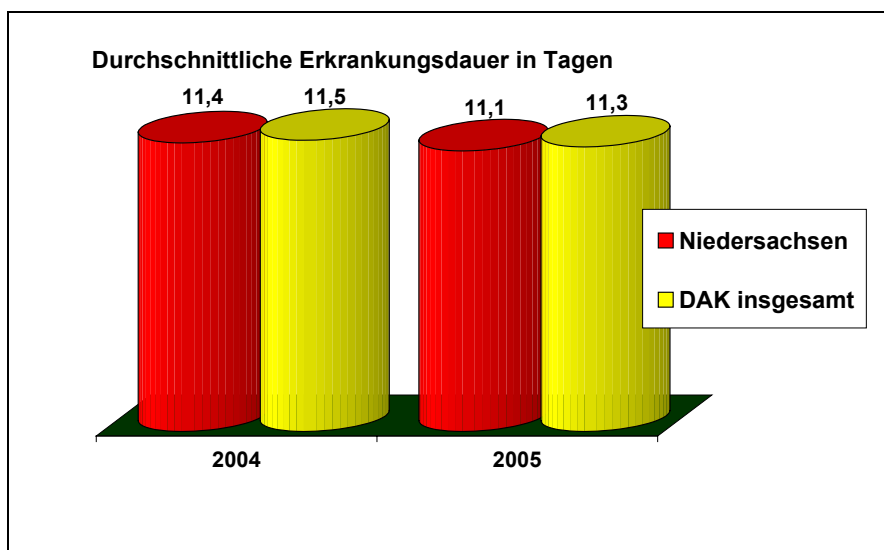


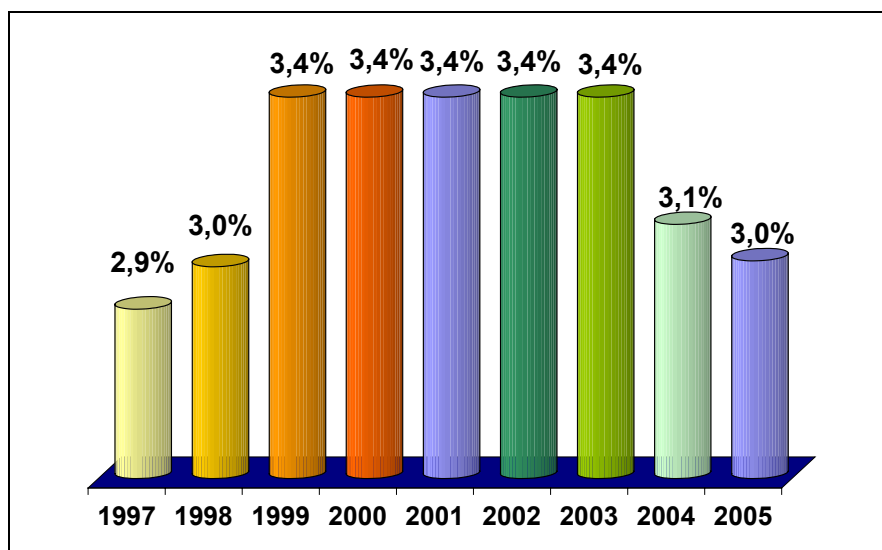
Abb. 3
Dauer einer durch-
schnittlichen
Erkrankung:
Niedersachsen im
Vergleich zum
Bund

Quelle: DAK AU-Daten 2005

**Krankenstand in
Niedersachsen auf
dem Niveau von
1998**

Abbildung 4 zeigt die Entwicklung des Krankenstandes in Niedersachsen seit 1997. Zwischen 1997 und 1999 stieg der Krankenstand von 2,9% auf 3,4% und verharrte fünf Jahre auf diesem Niveau. Seit zwei Jahren ist in Niedersachsen ein Rückgang des Krankenstandes zu beobachten. Mit 3,0% erreichte das Krankenstandsniveau im Jahr 2005 das Niveau von 1998.

Abbildung 4

**Abb. 4
Krankenstand:
Niedersachsen
1997 – 2005**

Quelle: DAK AU-Daten 2005

1.2 Niedersachsen im Vergleich zu anderen Bundesländern

Der Krankenstand in Niedersachsen lag 2005 – anders als 2004 – etwas unter dem Bundesniveau. Generell kann beobachtet werden, dass die östlichen Bundesländer sowie das Saarland deutlich über und die westlichen Bundesländer eher am Bundesdurchschnitt liegen. Die beiden südlichen Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern lagen in beiden Jahren deutlich unter dem Durchschnittswert.

Krankenstand in Niedersachsen leicht unterdurchschnittlich

Abbildung 5

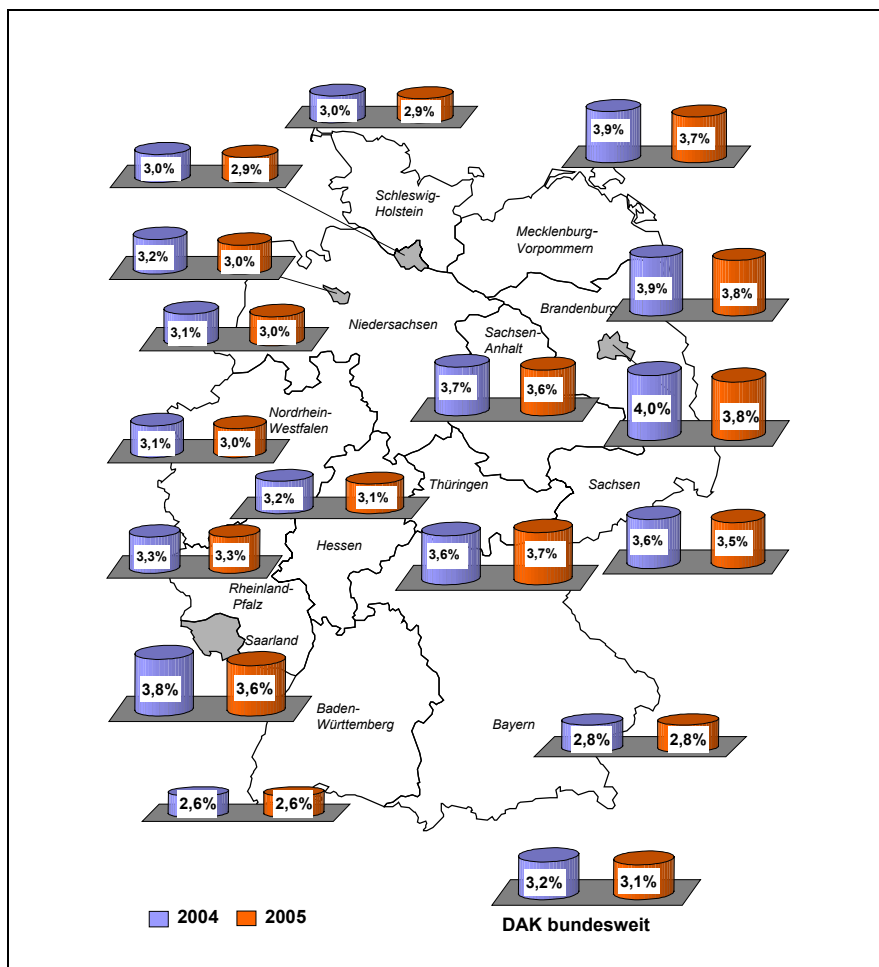


Abb. 5 Krankenstands-werte 2004 und 2005 nach Bundesländern

Quelle: DAK AU-Daten 2005

1.3 Der Krankenstand in Niedersachsen nach Alter und Geschlecht

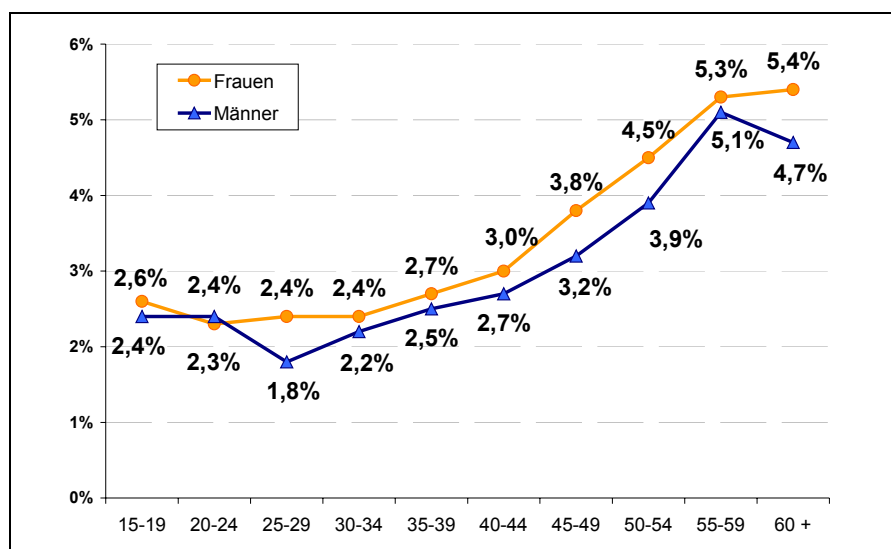
Soziodemografische Merkmale des Krankenstandes

Die Analyse nach den wichtigsten soziodemografischen Merkmalen – Geschlecht und Alter – gibt Hinweise, welche Versichertengruppen in Niedersachsen vor allem von Arbeitsunfähigkeiten betroffen sind.

Abbildung 6 zeigt die Krankenstandswerte 2005 getrennt nach Geschlecht sowie differenziert nach Alter.

Abbildung 6

Abb. 6
Krankenstand 2005 nach Geschlecht und zehn Altersgruppen in Niedersachsen



Quelle: DAK AU-Daten 2005

Krankenstand der Frauen liegt über dem der Männer

Der Krankenstand der weiblichen Versicherten liegt über dem der Männer. Der durchschnittliche Krankenstand betrug 2005 bei den Frauen 3,2% und bei den Männern 2,9%.

Im DAK-Gesundheitsreport 2001 wurde der Unterschied im Krankenstand zwischen Männern und Frauen gesondert untersucht. Dabei stellte sich heraus, dass die Hälfte des Unterschieds auf Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaften zurückzuführen ist.

Mit zunehmendem Alter steigt der Krankenstand der Beschäftigten in Niedersachsen tendenziell an

Nach dem 30. Lebensjahr steigt der Krankenstand stetig an, was durch die mit zunehmendem Alter größere Wahrscheinlichkeit von schwereren und damit länger dauernden Erkrankungen zu erklären ist. Nur in der höchsten Altersgruppe flacht die Kurve bei den Männern ab.

Dieser Effekt kommt vermutlich dadurch zustande, dass viele Kranke in diesem Alter bereits aus dem Beruf ausscheiden oder Möglichkeiten des vorgezogenen Ruhestandes in Anspruch nehmen (sog. „healthy worker“-Effekt).

2 Welche Krankheiten sind für den Krankenstand verantwortlich?

Die zehn Krankheitsarten mit den größten Anteilen an den Arbeitsunfähigkeitstagen und damit am Krankenstand der DAK-Mitglieder in Niedersachsen sind in Abbildung 7 dargestellt:

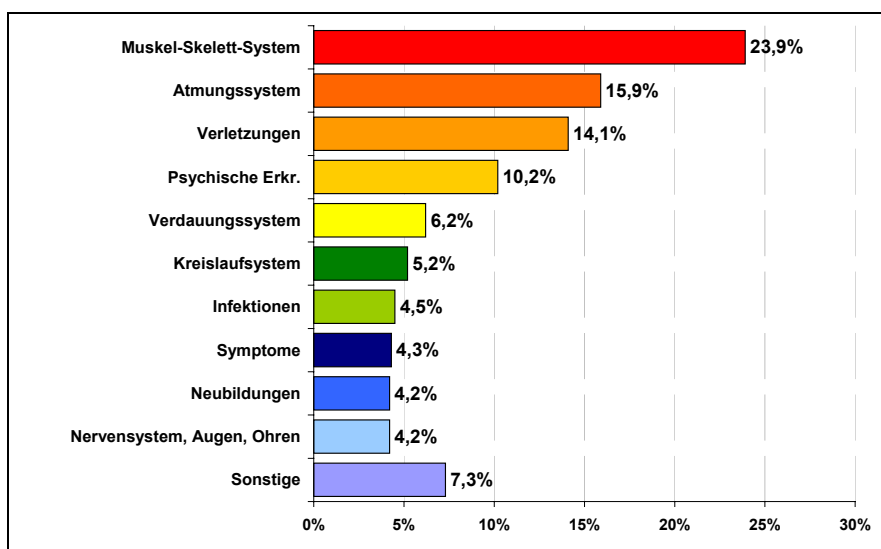
Die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie Krankheiten des Atmungssystems lagen mit 23,9% bzw. 15,9% an erster und zweiter Stelle. Zusammen mit der Diagnosegruppe „Verletzungen und Vergiftungen“ (14,1%) verursachten diese Erkrankungsarten rund 54% des Krankenstandes in Niedersachsen.

Die Rangfolge der beiden wichtigsten Krankheitsarten in Niedersachsen ist typisch und entspricht der bundesweiten Rangfolge: In der Regel sind Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems von vergleichsweise langer Dauer und liegen daher an der Spitze der Krankheitsarten.

Die wichtigste Diagnose bei den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sind Erkrankungen des Rückens. Die DAK hat dieser Krankheitsart im Gesundheitsreport 2003 eine Sonderanalyse gewidmet.

Erkrankungen des Atmungssystems kommen im Vergleich zu Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems zwar häufiger vor, haben jedoch aufgrund ihrer relativ kurzen Dauer einen geringeren Anteil an den AU-Tagen.

Abbildung 7



Quelle: DAK AU-Daten 2005

Rund 54% des Krankenstandes durch Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, Krankheiten des Atmungssystems und durch Verletzungen und Vergiftungen verursacht

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes stehen in Niedersachsen an erster Stelle

Abb. 7
Anteile der 10 wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen

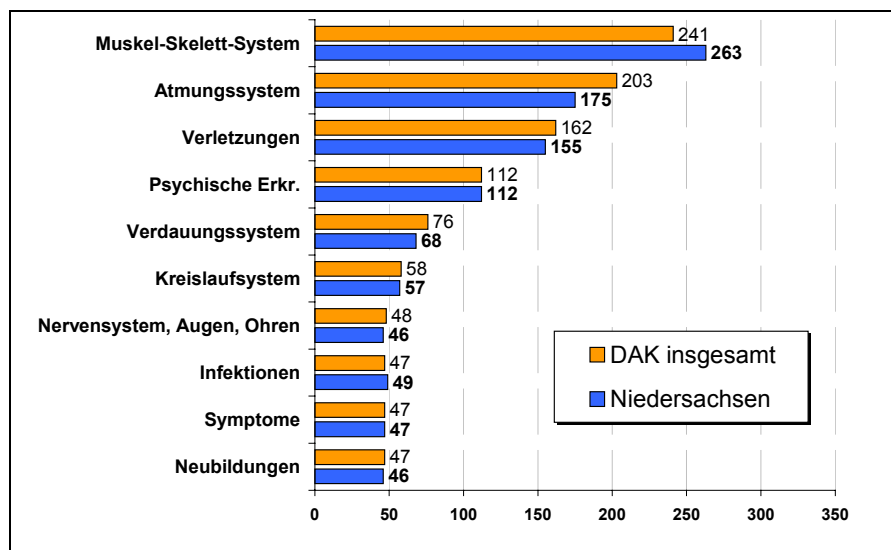
Für den Vergleich mit den Bundeswerten wird die Anzahl von Erkrankungstagen herangezogen, die je 100 ganzjährig Versicherte aufgrund einer Krankheit entstanden sind.

In Niedersachsen verursachen im Vergleich zum Bund insbesondere Muskel-Skelett-Erkrankungen mehr AU-Tage

Abbildung 8 zeigt, dass im Vergleich zum Bund in Niedersachsen Muskel-Skelett-Erkrankungen mehr AU-Tage verursachen. Erkrankungen des Atmungssystems, aber auch Verletzungen und Erkrankungen des Verdauungssystems verursachen in Niedersachsen hingegen weniger AU-Tage. Psychischen Erkrankungen sowie alle weiteren Erkrankungen verursachen genau oder annähernd gleich viele Ausfalltage.

Abbildung 8

Abb. 8
AU-Tage je 100
Versichertenjahre
nach
Krankheitsarten



Quelle: DAK AU-Daten 2005

3 **Schwerpunktthema zur Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter**

Die DAK hat für ihren diesjährigen Gesamtreport, den „DAK-Gesundheitsreport 2006“, den Schwerpunkt „Gesundheit von Frauen im mittleren Alter“ gewählt. Im Rahmen dieses Schwerpunkts werden Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems umfassend untersucht.

Gesundheit von Frauen im mittleren Alter ist Schwerpunkt des Bundesreports

Im Folgenden sind die Ergebnisse dieser Analysen für die Bundesebene dargestellt. Die Ergebnisse für das Land Niedersachsen werden ergänzend dargestellt.

Warum interessiert sich die DAK für das Thema Herz-Kreislauf-Erkrankungen als gesundheitliches Problem von Frauen im mittleren Alter?

In Deutschland verstirbt mehr als jede zweite Frau an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung (HKE). Kreislauferkrankungen führen insgesamt zu den meisten Krankenhausaufenthalten bei Frauen. Und dennoch: Kardiovaskuläre Erkrankungen, insbesondere der Herzinfarkt, werden primär als männliches Problem eingestuft.

Frauen hingegen nehmen dieses Erkrankungsgeschehen zu wenig wahr: Sie unterschätzen ihr kardiovaskuläres Risiko. Die DAK hat es sich deshalb in diesem Jahr zur Aufgabe gemacht, Erkrankungen des Kreislaufsystems im Rahmen des Schwerpunkts „Gesundheit von Frauen im mittleren Alter“ besonders zu beleuchten.

Fokus auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) bei Frauen

Als mittleres Alter wird hier die Altersphase zwischen dem 45. und 65. Lebensjahr bezeichnet. In diesem Altersbereich sind Frauen noch wesentlich seltener von kardiovaskulären Erkrankungen betroffen als Männer. Dennoch, insgesamt betrachtet, sind Frauen nicht weniger sondern vor allem später betroffen: Erst jenseits des 60. Lebensjahres gewinnt dieses Erkrankungsgeschehen für Frauen immer mehr an Bedeutung. Die meisten sind dann bereits aus dem regulären Erwerbsleben ausgeschieden. Demzufolge spielen Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei erwerbstätigen Frauen auch nur eine untergeordnete Rolle für den Krankenstand: Der Herzinfarkt beispielsweise trifft im mittleren Alter hauptsächlich Männer und vergleichsweise wenige Frauen.

Frauen nicht weniger sondern später betroffen

Nichtsdestotrotz, das mittlere Lebensalter ist die Lebensphase in der die Prävention dieser häufig schwerwiegenden Erkrankungen einen immer höheren Stellenwert erlangt: Eine Minimierung der Risikofaktoren trägt maßgeblich dazu bei, das Herz-Kreislauf-Erkrankungsrisiko zu senken. Denn Frauen sind durch kardiovaskuläre Risikofaktoren genauso und zum Teil sogar stärker gefährdet als Männer.

Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen, die sowohl die medizinische Versorgung als auch die Eigenverantwortlichkeit der Frau mit Blick auf den Lebensstil ansprechen, leisten hier einen wichtigen Beitrag. Die DAK möchte ihre Versicherten mit entsprechenden Angeboten bei einer nachhaltigen Verhaltensänderung unterstützen.

Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen stehen im Vordergrund

Welche Fragen stehen konkret im Blickpunkt? – Gliederung des Schwerpunktthemas

Kapitel 3.1: Seite 18

Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen

Welche Erkrankungen des Kreislaufsystems sind besonders schwerwiegend? Sind diese auch bereits für den Krankenstand von Frauen im mittleren Alter bedeutsam? Welchen Beitrag leisten die am häufigsten zu Arbeitsunfähigkeit führenden kardiovaskulären Erkrankungen zum Krankenhaustagevolumen? Gibt es Unterschiede in der Rangfolge?

In diesem Kapitel wird die Bedeutung kardiovaskulärer Erkrankungen insgesamt sowie der Stellenwert der wichtigsten Erkrankungsgruppen innerhalb dieser Krankheitsart für den Krankenstand und das Krankenhaustagevolumen bei Frauen im mittleren Alter vorgestellt. Da sich das Erkrankungsgeschehen bei Frauen allerdings primär jenseits der Erwerbstätigkeit abspielt – einem Zeitraum den die AU- und Krankenhausdaten der DAK-Versicherten nicht abbilden – werden mit Blick auf die Todesursachenstatistik auch Rückschlüsse auf die Bedeutung kardiovaskulärer Erkrankungen bei Frauen nach Ausscheiden aus dem Erwerbsleben gezogen.

Kapitel 3.2: Seite 35

Welche kardiovaskulären Risikofaktoren sind für Frauen besonders relevant?

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Risikofaktoren bei Frauen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen dargestellt. Welche Faktoren haben bei Frauen eine größere risikoerhöhende Wirkung als bei Männern?

Kapitel 3.3: Seite 38

Werden Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen unterschätzt?

Werden Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen insgesamt unterschätzt? Wie reagiert das Versorgungssystem? Werden Frauen von ihrem Hausarzt über ihr persönliches kardiovaskuläres Risiko aufgeklärt? Gibt es Unterschiede in der Versorgung von kardiovaskulären Erkrankungen, speziell dem Herzinfarkt, zwischen Frauen und Männern? Welche Ursachen könnten hierfür relevant sein?

Grundlagen der Analyse sind einerseits eine Expertenbefragung, andererseits eine DAK-Bevölkerungsbefragung.

Kapitel 3.4: Seite 45

Wie kann das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gesenkt werden?

Was können Frauen konkret tun, um ihr kardiovaskuläres Risiko zu senken? Hier werden aktuelle Empfehlungen zu den wichtigsten Bereichen des Lebensstils – körperliche Aktivität, Ernährung, Rauchen – vorgestellt. Außerdem wird die Hormontherapie in einem Exkurs kritisch unter die Lupe genommen: Erkenntnisse der letzten Jahre widerlegten den vormals als präventiv eingestuftem Effekt auf kardiovaskuläre Erkrankungen. Warum nehmen Frauen Hormone? Entspricht dies den Empfehlungen zur Hormontherapie in den Wechseljahren?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

– Neue Präventions- und Versorgungsansätze der DAK

In diesem Kapitel werden Innovationen und Angebote der DAK aus den Bereichen Prävention und Integrierte Versorgung vorgestellt. Welche Angebote bietet die DAK dabei speziell für Frauen ?

**Kapitel 3.5:
Seite 52**

Die wichtigsten Ergebnisse der im Rahmen des Schwerpunktthemas vorgenommenen Analysen werden in Kapitel 3.6 zusammenfassend dargestellt.

**Kapitel 3.6:
Seite 56**

Welche Datenquellen wurden genutzt?

Neben den AU-Daten der erwerbstätigen DAK-Versicherten des Jahres 2005 werden für das diesjährige Schwerpunktthema auch erstmals Krankenhausdaten (KH-Daten) des Jahres 2005 dieser Versicherten ausgewertet. Bei den KH-Daten handelt es sich um die Entlassungsdiagnosen der Krankenhausfälle aus vollstationärer Behandlung.

**Erstmals werden
neben AU-Daten
auch KH-Daten aus-
gewertet**

Darüber hinaus wurde für diesen Report wieder eine repräsentative telefonische Bevölkerungsbefragung durchgeführt. Diesmal wurden 1.004 Frauen im Alter von 50 bis 70 Jahren zu kardiovaskulären Erkrankungen und Risikofaktoren, zu Aspekten des medizinischen Versorgungssystems und zur Hormontherapie in den Wechseljahren befragt.

**Bevölkerungsbefra-
gung bei 50- bis 70-
jährigen Frauen**

Außerdem wurden im Rahmen einer Expertenbefragung Fachleute aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie aus der Forschung um ihre Einschätzung zum Thema Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen gebeten. Dabei standen Fragen zu Risikowahrnehmung, Risikofaktoren, Diagnostik und Therapie sowie zur Prävention im Vordergrund.

**Experten-
befragung zu HKE
bei Frauen**

3.1 Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen

HKE bei Frauen häufigste Todesursache

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind bei Frauen in Deutschland die häufigste Todesursache: Jede zweite Frau verstirbt an den Folgen einer kardiovaskulären Erkrankung. Herz-Kreislauf-Erkrankungen stehen aber nicht nur an der Spitze der Todesursachen sondern führen bei Frauen auch zu den meisten Krankenhausaufenthalten. Diese Sachlage entgeht jedoch oft der Aufmerksamkeit, da kardiovaskuläre Erkrankungen bei Frauen durchschnittlich 10 bis 15 Jahre später auftreten als bei Männern.

Oft geht schweren kardiovaskulären Erkrankungen eine Arterienverkalkung voraus

Der Entstehung schwerwiegender Herz-Kreislauf-Erkrankungen geht eine oftmals über Jahre fortschreitende Arterienverkalkung (Arteriosklerose) voraus. In der Folge kommt es zu Gefäßverengungen bzw. schlimmstenfalls Gefäßverschlüssen in den betroffenen Organen. Aus der daraus resultierenden Minderdurchblutung, einer so genannten Ischämie, treten chronisch oder akut Engpässe in der Sauerstoffversorgung des Gewebes auf:

In der Folge können Herzinfarkt ...

- Sind die Herzkranzgefäße betroffen, liegt eine ischämische, auch als koronare Herzkrankheit (KHK) bezeichnete, Herzerkrankung vor. Schwere Komplikationen sind der Herzinfarkt und – infolge einer verminderten Pumpleistung des Herzens – eine Herzinsuffizienz (Herzmuskelschwäche).

Die Herzinsuffizienz wird allerdings wie auch Herzrhythmusstörungen, die ebenfalls Ursache eines plötzlichen Herztods sein können, in der ICD-Klassifizierung nicht den ischämischen sondern den sonstigen Formen der Herzkrankheit zugeordnet.

... und Schlaganfall auftreten

- Liegt eine Arterienverkalkung der hirnversorgenden Blutgefäße vor, kann es im Gehirn zu Blutungen oder Gefäßverschlüssen kommen. Die wichtigste Diagnose dieser so genannten zerebrovaskulären Krankheiten ist der Schlaganfall.

Bluthochdruck ebenfalls relevant

Neben einer Arterienverkalkung begünstigt eine Bluthochdruck-erkrankung (Hypertonie) – ebenfalls eine Krankheit des Kreislaufsystems – das Auftreten dieser schweren Erkrankungen.

Welche Erkrankungen stehen im Blickpunkt?

Neben der Krankheitsart insgesamt werden ausgewählte kardiovaskuläre Erkrankungsgruppen betrachtet

Im Zentrum der folgenden Betrachtungen steht zunächst die Krankheitsart insgesamt. In der weiteren Folge werden dann die bereits in den vorhergehenden Abschnitten kurz erläuterten und für den Krankenstand bei Frauen im mittleren Alter besonders bedeutsamen Erkrankungsgruppen näher beleuchtet:

- Ischämische Herzkrankheiten
- Zerebrovaskuläre Krankheiten
- Sonstige Formen der Herzkrankheit
- Hypertonie

Insgesamt beinhalten die Krankheiten des Kreislaufsystems in der ICD-10-Klassifizierung allerdings nicht nur diese vier sondern zehn Diagnosegruppen (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Diagnosegruppen der Krankheiten des Kreislaufsystems

ICD 10	Diagnosegruppe
I00 – I02	Akutes rheumatisches Fieber
I05 – I09	Chronische rheumatische Herzkrankheiten
I10 – I15	Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
I20 – I25	Ischämische Herzkrankheiten
I26 – I28	Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufs
I30 – I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit
I60 – I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten
I70 – I79	Krankheiten der Arterien, der Arteriolen und Kapillaren
I80 – I89	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert
I95 – I99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems

Quelle: ICD-10-Klassifizierung

Mit Ausnahme der Krankheiten der Venen (I80-I89) haben alle übrigen Diagnosegruppen (I00-I02, I05-I09, I26-I28, I70-I79, I95-I99) keine nennenswerte Bedeutung für den Krankenstand bei Frauen im mittleren Alter. In den weiteren Ausführungen werden diese Erkrankungsgruppen deshalb als „übrige Krankheiten des Kreislaufsystems“ zusammengefasst und nicht näher betrachtet.

Krankheiten der Venen treten zwar sehr häufig auf, die besonders verbreiteten Diagnosen – Krampfadern, Venenentzündungen und Hämorrhoiden – zählen aber nicht zu den schwerwiegenden Krankheiten des Kreislaufsystems. Aus diesem Grund wird diese Erkrankungsgruppe trotz ihrer hohen Bedeutung für den Krankenstand bei Frauen nicht vertiefend beleuchtet, sondern nur mit ihrem Anteil am Krankenstand dargestellt.

Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausdaten der erwerbstätigen DAK-Versicherten bilden allerdings nur einen Ausschnitt des Erkrankungsgeschehens ab: Aufgrund des höheren Erkrankungsalters spielt sich das kardiovaskuläre Erkrankungsgeschehen bei Frauen überwiegend jenseits der regulären Erwerbstätigkeit ab.

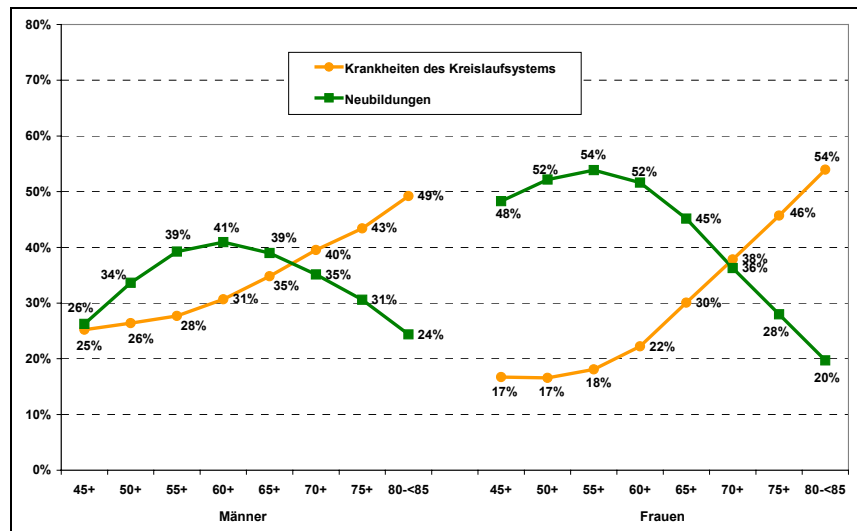
Ein Blick in die Todesursachenstatistik zeigt: Der Anteil der Todesfälle aufgrund kardiovaskulärer Erkrankungen steigt bei Frauen nach dem 60. Lebensjahr deutlich an und nimmt ab diesem Alter erheblich stärker zu als bei Männern (vgl. Abbildung 9).

Venenkrankheiten werden nicht betrachtet: wenngleich häufig sind sie nicht schwerwiegend

HKE bei Frauen erst ab 60. Lebensjahr immer häufiger

Abbildung 9

Abb. 9
Anteile der Sterbefälle an Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen bei Frauen und Männern im mittleren und höheren Alter



Quelle: Todesursachenstatistik 2004, modifiziert nach Daten des Statistisches Bundesamtes (2005)

Abbildung 9 zeigt neben der Entwicklung der kardiovaskulären Sterbefälle im Altersverlauf bei Frauen und Männern auch den Anteil der Sterbefälle aufgrund von Neubildungen. Krebs ist die zweithäufigste Todesursache bei Frauen.

Im mittleren Alter sterben Frauen häufiger an Krebs später an HKE

Aus der Darstellung wird deutlich, dass in den mittleren Lebensjahren bezogen auf alle weiblichen Todesfälle mehr Frauen an Neubildungen als an einer Erkrankung des Kreislaufsystems sterben. Ab dem 75. Lebensjahr kehrt sich dieses Verhältnis jedoch deutlich um. Im höheren Alter sterben weitaus mehr Frauen an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung als an Krebs.

Zwar sterben auch Männer im mittleren Alter häufiger an Krebs als an einer kardiovaskulären Erkrankung, die Unterschiede in den Anteilen dieser beiden Todesursachen sind aber nicht so ausgeprägt wie bei Frauen.

Vier Diagnosen der HKE häufigste Todesursachen

Ein Blick auf die fünf häufigsten, zum Tode führenden Einzeldiagnosen bei Frauen unterstreicht die Bedeutung kardiovaskulärer Erkrankungen (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Die fünf häufigsten Todesursachen bei Frauen 2004

ICD 10	Todesursache	Anteil an allen Todesfällen
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	11,1 %
I50	Herzinsuffizienz	7,6 %
I21	Akuter Myokardinfarkt	6,5 %
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	4,8 %
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	4,0 %

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2005

Die Todesursachenstatistik bezieht sich auf die gesamte Lebensspanne und die gesamte Bevölkerung. Die hier vorliegenden Analysen der AU-Daten sowie der Krankenhausdaten berücksichtigen hingegen – wie berichtet – nur die erwerbstätigen Mitglieder der DAK, einer Teilpopulation der Gesamtbevölkerung. Durch das Kriterium „Erwerbstätigkeit“ wird zudem der Lebensabschnitt berücksichtigt, in dem kardiovaskuläre Erkrankungen im Vergleich zu den höheren Altersgruppen noch nicht den Stellenwert für die Gesundheit von Frauen haben. Dennoch geben diese Datenquellen zu erkennen, dass Erkrankungen des Kreislaufsystems bereits bei Frauen im mittleren Lebensalter an Bedeutung gewinnen.

Die Todesursachenstatistik bildet die ganze Bevölkerung und Lebenszeit ab, die AU-Daten nur die aktiv Erwerbstätigen

Krankheiten des Kreislaufsystems – Bundesweite Analyse der Arbeitsunfähigkeiten

Nachfolgend wird zunächst die Bedeutung der Krankheitsart insgesamt, d.h. alle Diagnosegruppen beinhaltend, für den Krankenstand bei den DAK versicherten erwerbstätigen Frauen im mittleren Alter im Vergleich zu den männlichen Kollegen aufgezeigt. Anschließend werden die im Blickpunkt stehenden einzelnen Diagnosegruppen bei Frauen näher beleuchtet.

Erwerbstätige Frauen sind in den vier Altersgruppen des mittleren Alters erwartungsgemäß weniger von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen als ihre männlichen Kollegen. Dennoch steigt der Anteil der auf diese Krankheitsart entfallenden AU-Tage nicht nur bei den Männern von 7,1 % auf 15,1 %, sondern auch bei den Frauen von 4,2 % auf 6,5 % an (vgl. Abbildung 10).

Frauen im mittleren Alter weniger stark von HKE betroffen als Männer

Abbildung 10

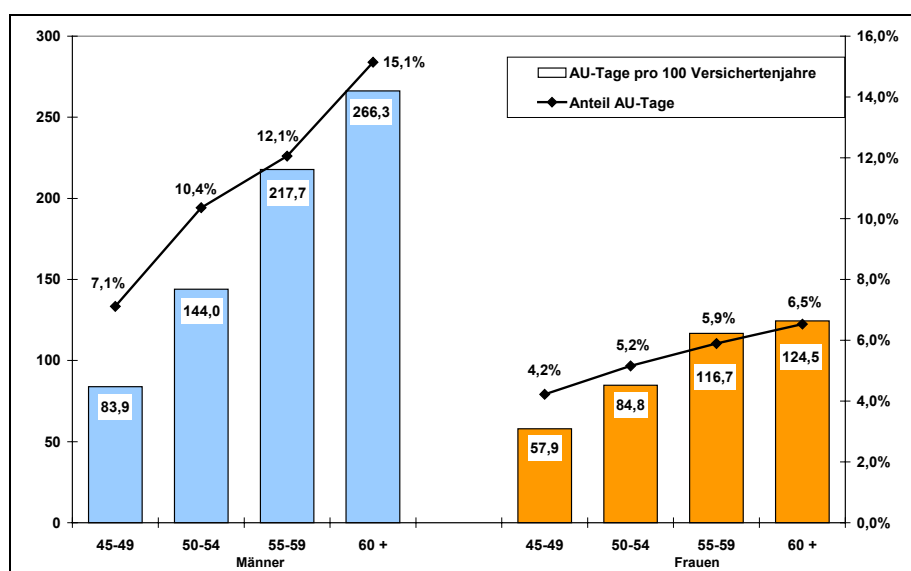


Abb. 10 AU-Tage aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems und Anteil am Gesamt-Krankenstand nach Geschlecht und Altersgruppe

Quelle: DAK AU-Daten 2005

Bei Frauen verdoppelt sich die Zahl der auf kardiovaskuläre Erkrankungen entfallenden Fehltage, bei Männern steigt die Zahl an Fehltagen um mehr als das Dreifache an.

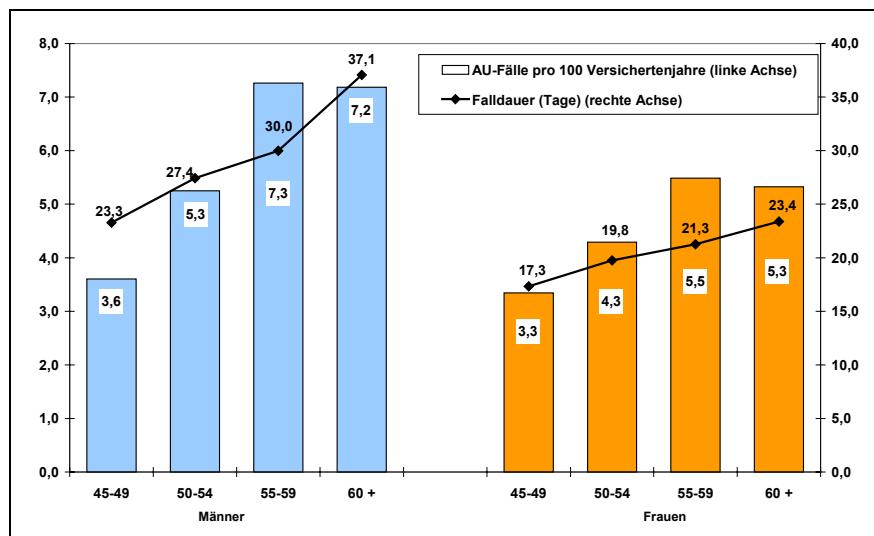
AU-Volumen steigt bei Frauen geringer an als bei Männern

Insgesamt steigt die Zahl der Fehltage im Altersverlauf bei den Frauen von 58 auf 125 Tage je 100 Versichertenjahre, bei den Männern ist ein Anstieg von 84 auf 266 Tage je 100 Versichertenjahre zu beobachten.

Unterschiedliche Entwicklungen zwischen Frauen und Männern zeigen sich bei diesem Erkrankungsgeschehen auch hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit und Falldauer (vgl. Abbildung 11).

Abbildung 11

**Abb. 11
AU-Fälle und Falldauer aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems nach Geschlecht und Altersgruppe**



Quelle: DAK AU-Daten 2005

Frauen haben weniger AU-Fälle und eine kürzere Falldauer

Frauen weisen in allen Altersgruppen eine geringere Erkrankungshäufigkeit und eine kürzere durchschnittliche Falldauer für Krankheiten des Kreislaufsystems auf als Männer. Auch nimmt die durchschnittliche Falldauer bei Frauen im Altersverlauf weniger stark zu als bei Männern.

Auffällig ist, dass die Zahl der Erkrankungsfälle bei beiden Geschlechtern ab dem 55. Lebensjahr nahezu konstant bleibt.

Lange Falldauer bedingt Anstieg des AU-Volumens nach 55. Lebensjahr

Der Anstieg des AU-Tagevolumens zwischen den beiden oberen Altersgruppen resultiert in erster Linie aus einer längeren Falldauer und weniger aus einer Zunahme der Erkrankungsfälle. Ursächlich hierfür ist vermutlich der bereits im Rahmenteil dieses Berichts beschriebene so genannte „healthy-worker-effect“: Gesundheitlich stark beeinträchtigte Beschäftigte nehmen Möglichkeiten des vorzeitigen Berufsausstiegs eher wahr und sind somit nicht mehr in der Gruppe der hier betrachteten aktiv Erwerbstätigen vertreten.

Prozentuale Zunahme an Fehltagen im mittleren Alter am höchsten

Krankheiten des Kreislaufsystems tragen im mittleren Alter bei Frauen erwartungsgemäß nicht maßgeblich zum Krankenstand bei. Erst die Analyse der Entwicklung der AU-Tage ausgehend von den 45- bis 49-jährigen Frauen hin zu den über 60-Jährigen zeigt ihre zunehmende Bedeutung für die Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter (vgl. Abbildung 12.).

Abbildung 12

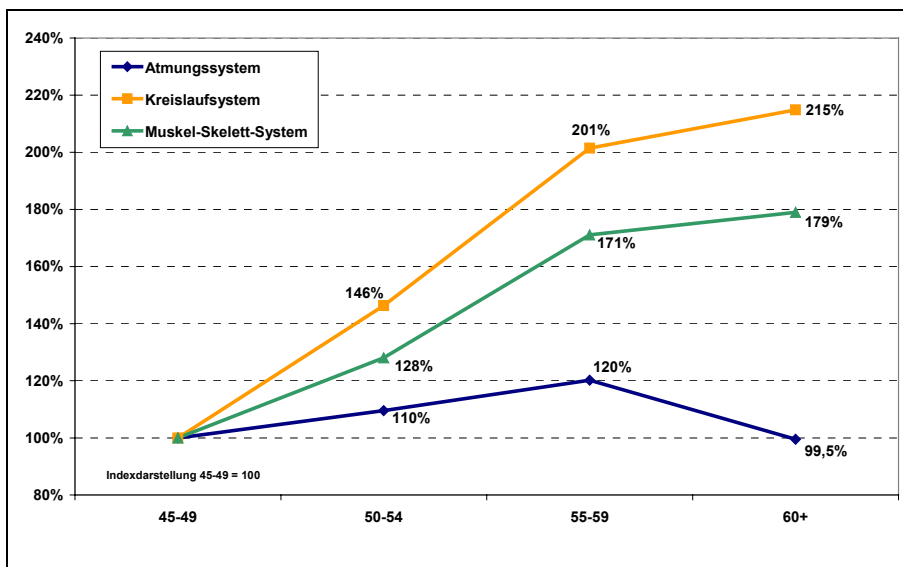


Abb. 12 Entwicklung der AU-Tage je 100 VJ aufgrund von Krankheiten des Kreislauf-, des Muskel-Skelett- und des Atmungssystems bei Frauen im mittleren Alter

(Indexdarstellung 45-49 = 100).

Quelle: DAK AU-Daten 2005

Im Vergleich zu Muskel-Skelett-Erkrankungen und den Erkrankungen des Atmungssystems steigt die Zahl der Fehltage aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems von 58 auf 125 Tage je 100 Versichertenjahre überproportional an. Dies entspricht einer Zunahme in Höhe von 115 %.

AU-Volumen HKE steigt überproportional an

Abbildung 13 zeigt den Anteil der fünf wichtigsten Diagnosegruppen am AU-Tagevolumen der Krankheiten des Kreislaufsystems.

Abbildung 13

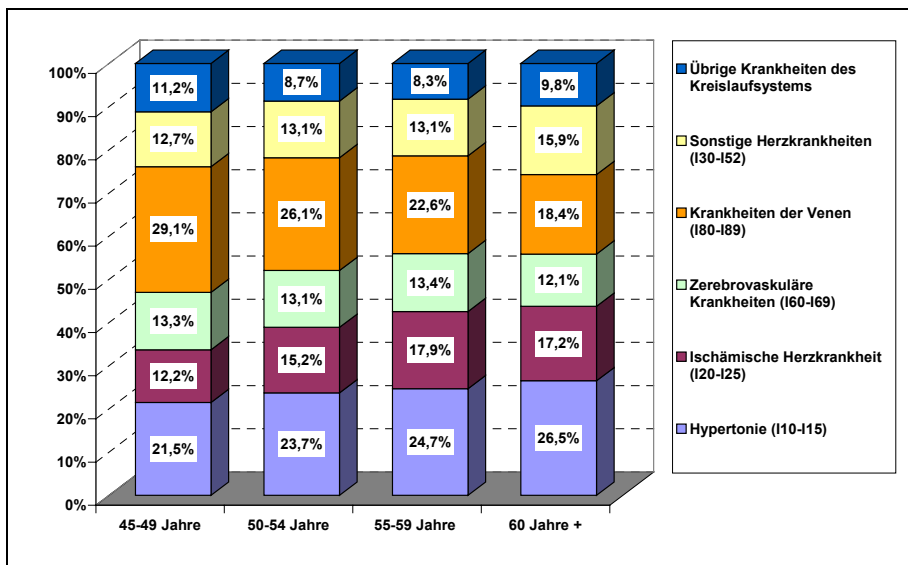


Abb. 13 Anteilswerte ausgewählter Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems am AU-Volumen der Kreislauferkrankungen insgesamt bei Frauen im mittleren Alter

Quelle: DAK AU-Daten 2005

Tabelle 3 zeigt entsprechend das AU-Volumen, die Fallzahl und die Falldauer der gezeigten Diagnosegruppen mit Ausnahme der nicht näher betrachteten Venenerkrankungen.

Tabelle 3: AU-Tage, AU-Fälle und Falldauer der wichtigsten Diagnosen der Krankheiten des Kreislaufsystems bei Frauen im mittleren Alter

	ICD 10	I10-I15	I20-I25	I30-I52	I60-I69
	Bezeichnung	Hypertonie	Ischämische Herzkrankheit	Sonstige Formen der Herzkrankheit	Zerebrovaskuläre Krankheiten
AU-Tage je 100 VJ	45-49 Jahre	12,5	7,1	7,4	7,7
	50-54 Jahre	20,1	12,9	11,1	11,1
	55-59 Jahre	28,8	20,9	15,3	15,7
	60 +	33,0	21,5	19,8	15,1
AU-Fälle je 100 VJ	45-49 Jahre	0,9	0,3	0,4	0,1
	50-54 Jahre	1,3	0,4	0,5	0,1
	55-59 Jahre	1,7	0,7	0,7	0,2
	60 +	1,7	0,8	0,7	0,2
Falldauer in Tagen	45-49 Jahre	13,9	27,0	19,8	86,8
	50-54 Jahre	15,4	28,8	23,5	91,2
	55-59 Jahre	16,8	29,8	97,4	94,3
	60 +	19,5	26,9	27,0	81,9

Quelle: DAK AU-Daten 2005

Bluthochdruckkrankheiten: Hohe Fallzahl, kurze Falldauer

- Der Anteil an Fehltagen aufgrund von Bluthochdruckkrankheiten (I10–I15) steigt im Altersverlauf um fünf Prozentpunkte von 21,5 % auf 26,5 % an (vgl. Abbildung 13). Die vergleichsweise hohen Fallzahlen tragen trotz der kurzen Falldauer zur großen Bedeutung dieser Krankheitsgruppe innerhalb der Krankheiten des Kreislaufsystems bei (vgl. Tabelle 3).

Ischämische Herzkrankheit: Hohe Zunahme der Fallzahl, keine Änderung der Falldauer

- Der Anteil ischämischer Herzkrankheiten (I20–I25) am AU-Volumen steigt ebenfalls um fünf Prozentpunkte von 12,2 % auf 17,2 % (vgl. Abbildung 24). Bei nahezu konstanter Falldauer resultiert die steigende Bedeutung dieser Erkrankungsgruppe im Altersverlauf aus einer Zunahme der Fälle (vgl. Tabelle 3).

Sonstige Herzkrankheiten: Zunahme von Fallzahl und Falldauer, Rhythmusstörungen und Herzinsuffizienz sehr bedeutsam

- Auch bei den sonstigen Herzkrankheiten (I30–I52) ist mit steigendem Alter ein Anstieg von 12,7 % auf 15,9 % zu beobachten. Innerhalb dieser Gruppe haben Herzrhythmusstörungen (I47 – I49) mit 52 % der darauf entfallenden Fehltag bei über 60-jährigen Frauen die anteilig größte Bedeutung für den Krankenstand. Die Diagnosen Herzrhythmusstörungen und Herzinsuffizienz bestimmen maßgeblich den hohen Anstieg zwischen den beiden oberen Altersgruppen (vgl. Abbildung 13).

Zerebrovaskuläre Krankheiten: Kleine Fallzahl, lange Falldauer

- Zerebrovaskuläre Erkrankungen (I60–I69) weisen innerhalb der Krankheiten des Kreislaufsystems mit 13,3 % bei 45- bis 49-Jährigen und 12,1 % bei über 60-jährigen Frauen einen nahezu konstanten Anteil am AU-Tagevolumen auf. Die insgesamt sehr kleinen Fallzahlen bedingen dabei den trotz der langen Falldauer vergleichsweise geringen Anteil am Krankenstand (vgl. Tabelle 3).

Fazit – Arbeitsunfähigkeit

Die Analyse der AU-Daten zeigt, dass der hohe Anstieg der Krankheiten des Kreislaufsystems am AU-Tagevolumen (vgl. Abbildung 14) vornehmlich aus der anteiligen Zunahme von Bluthochdruckerkrankungen und der ischämischen Herzkrankheiten resultiert. Der bekannteste und schwerwiegendste Vertreter dieser Erkrankungsgruppen ist der Herzinfarkt.

Der Herzinfarkt – ein rein männliches Problem?

Der Herzinfarkt¹ hat zwar für den Krankenstand bei Frauen eine zahlenmäßig untergeordnete Bedeutung, dennoch nimmt der auf akute und wiederholt auftretende Herzinfarkte (Re-Infarkte) entfallende Anteil am AU-Tagevolumen auch bei Frauen im Altersverlauf zu, sinkt jedoch bei den über 60-Jährigen wieder leicht .

Bluthochdruck und ischämische Herzkrankheiten bedingen hohen Anstieg des AU-Volumens der HKE

Herzinfarkt für Krankenstand bei Frauen kaum relevant

Abbildung 14

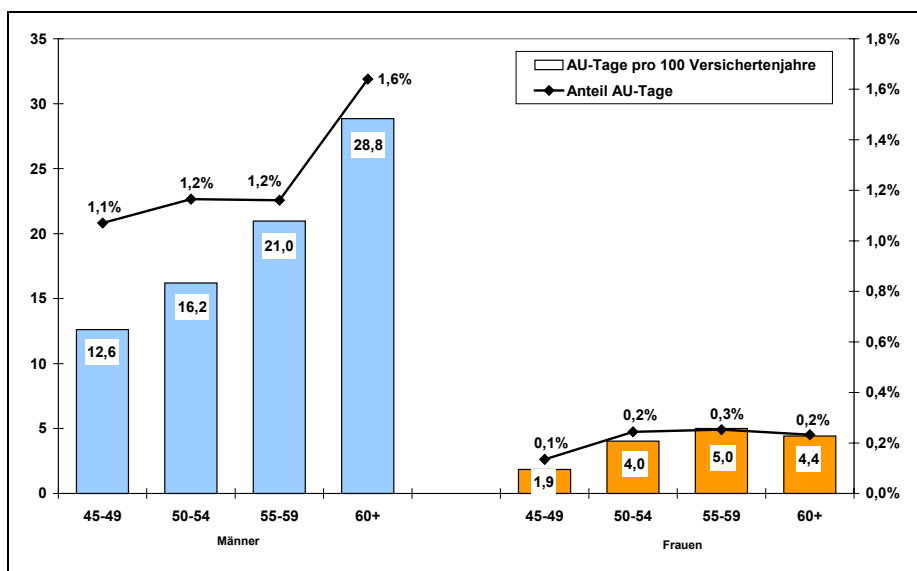


Abb. 14
AU-Tage aufgrund eines Herzinfarktes (akute und Re-Infarkte) und Anteil am Gesamt-Krankenstand nach Geschlecht und Alter

Quelle: DAK AU-Daten 2005

Je 100 Versichertenjahre entfallen 2005 bei 45- bis 49-jährigen Frauen lediglich 1,9 Ausfalltage auf die Diagnose Herzinfarkt. Im Altersverlauf steigt die Zahl der Fehltage auf bis zu 4,4 Tage bei den über 60-Jährigen an. Im Vergleich dazu werden 12,6 bzw. 29,8 Ausfalltage je 100 Versichertenjahre bei Männern in den genannten Altersgruppen beobachtet.

Auch die durchschnittliche Falldauer ist bei Frauen in drei der vier betrachteten Altersgruppen kürzer als bei den männlichen Kollegen. Lediglich in der Gruppe der 50- bis 54-jährigen Frauen dauert ein Erkrankungsfall durchschnittlich 83,8 Tage im Vergleich zu 81,8 Tagen bei gleichaltrigen Männern. Dies könnte ein Hinweis auf besonders schwere Formen von Herzinfarkten bei Frauen in diesem Alter sein, was auch andere Befunde nahe legen. Aus der Literatur ist be-

AU-Volumen steigt von 1,9 auf 4,4 Tage je 100 VJ

Überwiegend kürzere Falldauer bei Frauen

¹ Bei der Auswertung der AU- und Krankenhausdaten werden die Einzeldiagnosen I21 („Akuter Myokardinfarkt“) und I22 („Rezidivierender Myokardinfarkt“) unter dem Begriff „Herzinfarkt“ zusammengefasst.

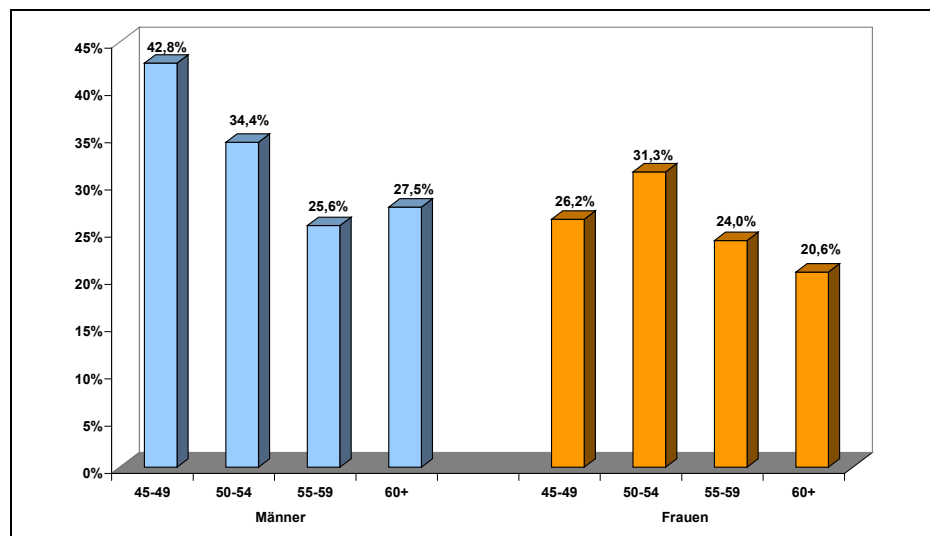
kannt, dass insbesondere Frauen unter 60 Jahren häufiger innerhalb von zwei Jahren nach einem Herzinfarkt versterben als Männer (29 % im Vergleich zu 20 %)².

Anteil an den ischämischen Herzkrankheiten hat der Infarkt bei Frauen eine ähnliche Bedeutung

Innerhalb der Gruppe der ischämischen Herzkrankheiten unterscheidet sich der Anteil der auf Akut- und Re-Infarkte entfallenden AU-Tage zwischen Frauen und Männern lediglich in der Gruppe der 45-49-Jährigen sehr deutlich. Zwischen 50 und 59 Jahren besteht dagegen nur ein marginaler Unterschied (vgl. Abbildung 15).

Abbildung 15

Abb. 15 Anteil AU-Tage aufgrund eines Herzinfarktes (akute und Re-Infarkte) an den AU-Tagen aufgrund ischämischer Herzkrankheiten nach Geschlecht und Alter



Quelle: DAK AU-Daten 2005

Der rückläufige Anteil der Herzinfarkte an den AU-Tagen im Altersverlauf resultiert aus einer zunehmenden Bedeutung insbesondere der chronisch ischämischen Herzkrankheit.

AU bildet nur einen Teilaspekt des Infarktgeschehens ab

An dieser Stelle sei jedoch erinnert, dass das AU-Geschehen nur einen Aspekt der Bedeutung des Herzinfarktes bei Frauen abbilden kann. Aus der Todesursachenstatistik wird deutlich, dass 6,5 % aller weiblichen Verstorbenen einem akuten Herzinfarkt erlegen sind (vgl. Tabelle 2 auf Seite 20). Damit steht der akute Herzinfarkt insgesamt an dritter Stelle der häufigsten Todesursachen bei Frauen.

Die Statistik zeigt: Zahl der Infarkte nimmt zwischen 1985 und 2003 bei Frauen weniger ab als bei Männern

Ein Blick auf die Zahl der Herzinfarkte (Erst- und Re-Infarkte) pro 100.000 Einwohner (Herzinfarktrate) bei Frauen zeigt, dass die Zahl der Erkrankungsfälle innerhalb der letzten 20 Jahre insgesamt rückläufig ist. Während zwischen 1985 und 2003 bei den Männern ein Rückgang um 32 % zu beobachten ist, hat im gleichen Zeitraum die Zahl der Herzinfarkte bei Frauen nur um 12 % abgenommen³. Nach Angaben des KORA-Herzinfarktregisters erlitten im Jahr 2003 124 von 100.000 Frauen und 372 von 100.000 Männern einen Herzinfarkt⁴.

² Vaccarino et al.: Sex differences in 2-year mortality after hospital discharge for myocardial infarction, *Annals of Internal Medicine* 134/3 (2001).

³ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Daten des KORA-Herzinfarktregisters Augsburg, Juni 2005.

⁴ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Daten des KORA-Herzinfarktregisters Augsburg, Juni 2005.

Während die Erkrankungsfälle insgesamt rückläufig sind, zeigt sich bei 45- bis 54-jährigen Frauen im Zeitverlauf – entgegen diesem Gesamttrend und entgegen der Entwicklung bei Männern in dieser Altersspanne – eine Zunahme der Herzinfarktrate (vgl. Tabelle 4).

Bei 45- bis 54-jährigen Frauen steigt die Zahl der Infarkte sogar an

Tabelle 4: Herzinfarkt-Raten¹ bei Frauen und Männern

Altersgruppe	1985/1987		2001/2003	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
45 – 49 Jahre	24,5	229,6	39,5	202,2
50 – 54 Jahre	67,9	439,1	95,1	392,0
55 – 59 Jahre	150,6	780,7	143,2	527,9
60 – 64 Jahre	235,3	1076,6	201,3	741,0

¹tödliche und nichttödliche Erst- und Re-Infarkte je 100.000 Einwohner

Quelle: KORA-Herzinfarktregister Augsburg, 2005

Diese Zahlen zeigen, dass der Herzinfarkt sicher kein rein männliches Problem ist und dass die Entwicklungen bei Frauen weniger günstig sind als bei Männern. Aufgrund der ungünstigen Risikofaktorenentwicklung (vgl. Kapitel 3.2 des Schwerpunktthemas) könnten Frauen zukünftig zunehmend früher und anteilig noch stärker von dieser Erkrankung betroffen sein.

Der Infarkt ist demzufolge kein rein männliches Problem

Ähnliches gilt für den Schlaganfall, der bei Frauen insgesamt quantitativ sogar noch bedeutsamer ist als der Herzinfarkt.

Der Schlaganfall – bei Frauen bedeutsamer als der Herzinfarkt

Der Schlaganfall zählt – wie der Herzinfarkt – zu den schwerwiegenden kardiovaskulären Erkrankungen.

Zwar sind Frauen im mittleren Alter auch von dieser Erkrankung weniger betroffen als Männer, die absoluten Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind aber mit Blick auf die Arbeitsunfähigkeit nicht so ausgeprägt wie beim Herzinfarktgeschehen:

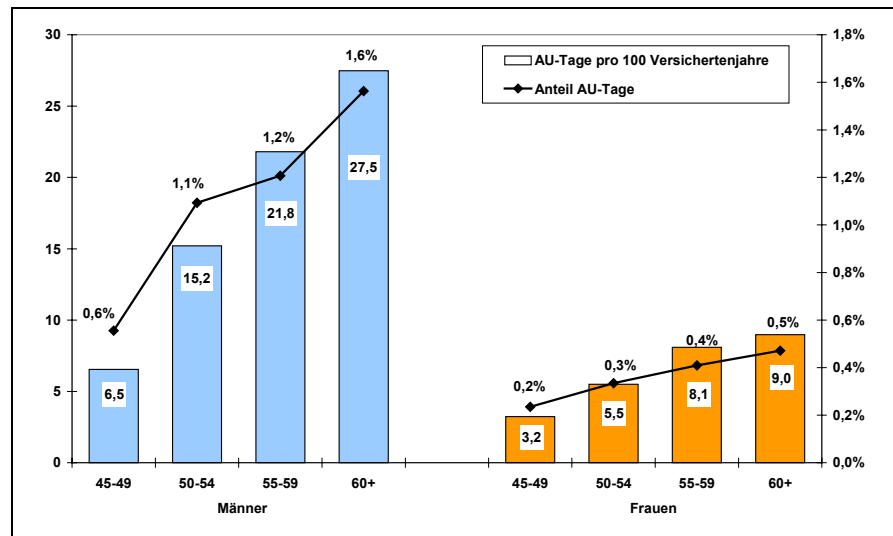
Auch von einem Schlaganfall sind Frauen weniger betroffen

2005 entfallen auf 100 erwerbstätige Frauen im Alter von 45 bis 49 Jahren 3,2 Ausfalltage auf die Diagnose Schlaganfall. Im Zeitverlauf steigt die Zahl der Fehltage auf bis zu 9 Tage bei den über 60-jährigen Frauen an. Im Vergleich dazu werden je 100 Männer 6,5 bzw. 27,5 Ausfalltage in den genannten Altersgruppen beobachtet (vgl. Abbildung 16).

AU- Volumen steigt bei Frauen von 3,2 auf 9 Tage je 100 VJ

Abbildung 16

Abb. 16
AU-Tage aufgrund
eines Schlaganfalls
und Anteil am Ge-
samt-Krankenstand
nach Geschlecht
und Alter



Quelle: DAK AU-Daten 2005

Falldauer sehr lang,
sinkt aber bei Frauen
ab

Ein AU-Fall dauert bei den 45- bis 49-jährigen Frauen 90,9 Tage und bei den über 60-Jährigen 78,5 Tage. Im Vergleich dazu liegt die durchschnittliche Falldauer aufgrund eines Schlaganfalls bei Männern bei 100,7 bzw. 112,8 Tagen.

Schlaganfall häu-
figste Ursache einer
Pflegebedürftigkeit

Der Schlaganfall ist bei Frauen mit 4,8 % aller Todesfälle eine der häufigsten Todesursachen. Außerdem ist ein Schlaganfall einer der häufigsten Gründe für eine Behinderung im Erwachsenenalter: 64 % der Schlaganfallpatienten, die das erste Jahr überleben, sind pflegebedürftig. Nach Angaben des Erlanger Schlaganfallregisters erleiden jährlich 170 von 100.000 Frauen einen Schlaganfall.

Fazit – Herzinfarkt und Schlaganfall

Im Vergleich zum Herzinfarkt

- entfallen je 100 Versichertenjahre bei Frauen nahezu doppelt so viele AU-Tage auf die Diagnose Schlaganfall und
- weisen Schlaganfälle bei Frauen unter 60 Jahren eine längere Falldauer auf.

Schlaganfall für AU
bedeutsamer als der
Herzinfarkt

Der Schlaganfall ist bei Frauen mit Blick auf die Häufigkeit des Auftretens und speziell im mittleren Alter in Bezug auf das AU-Geschehen quantitativ bedeutsamer als der Herzinfarkt.

Die höhere Bedeutung des Schlaganfalls bei Frauen im Vergleich zum Herzinfarkt spiegelt sich auch in den Krankenhausdaten (KH-Daten) wider⁵ (vgl. Seite 31).

⁵

Analog zu den AU-Daten sind zentrale Kennziffern bei den Krankenhausdaten die Zahl der Krankenhaustage und die Zahl der Krankenhaustage pro 100 Versichertenjahre.

Analyse der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems in Niedersachsen

Auch in Niedersachsen sind erwerbstätige Frauen im mittleren Alter erwartungsgemäß weniger stark von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen als ihre männlichen Kollegen. Dennoch ist auch bei den Frauen über die ersten drei Altersgruppen hinweg ein Anstieg des Anteils der auf diese Krankheitsart entfallenden AU-Tage von 3,9 % auf 5,9 % zu beobachten. Bei den über 60-jährigen Frauen nimmt der Anteil der AU-Tage hingegen ab (vgl. Abbildung 17).

Abbildung 17

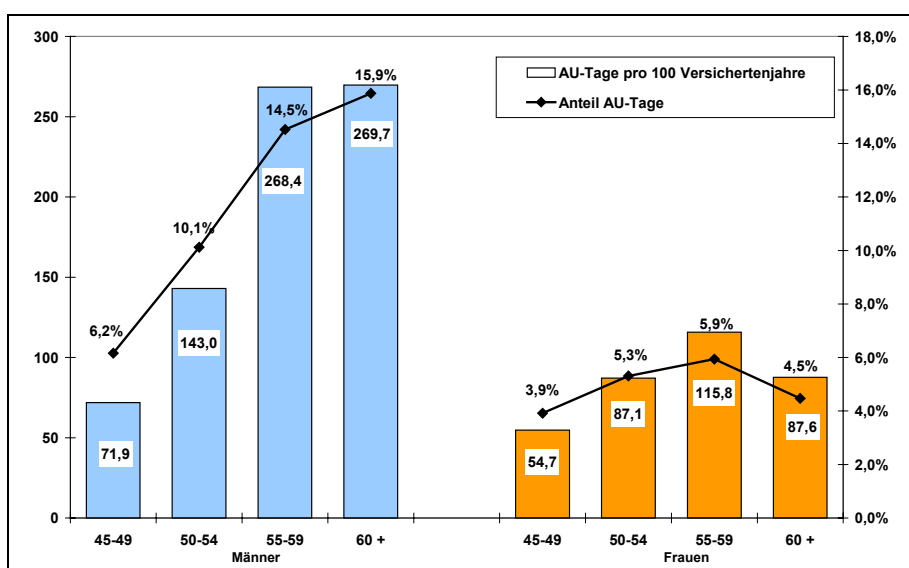


Abb. 17
AU-Tage aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems und Anteil am Gesamt-Krankenstand nach Geschlecht und Alter im Vergleich in Niedersachsen

Quelle: DAK AU-Daten 2005

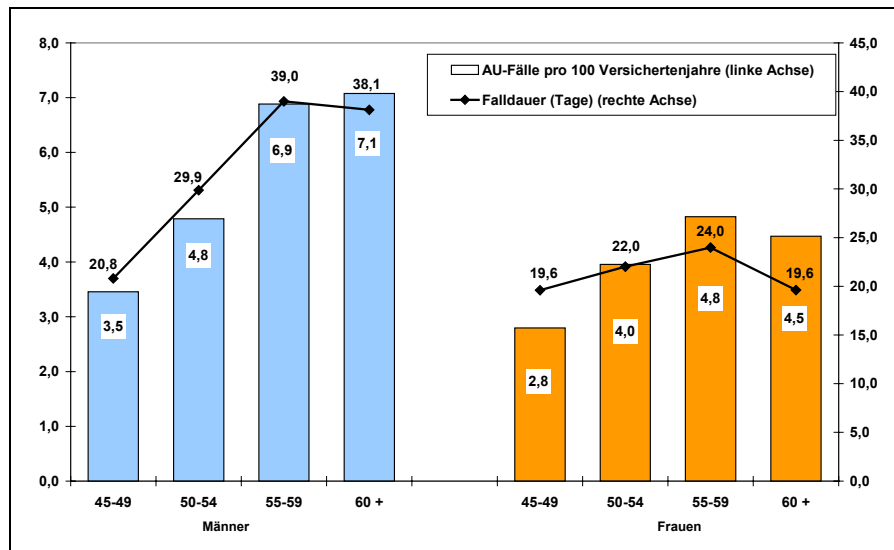
Weniger stark abweichend verlaufen die Entwicklungen im Altersverlauf für Frauen und Männer, wenn in Niedersachsen die Erkrankungshäufigkeit und die durchschnittliche Falldauer bei diesem Erkrankungsgeschehen betrachtet werden (vgl. Abbildung 18).

In Niedersachsen weisen 45- bis 54-jährige Frauen eine ähnlich hohe Erkrankungshäufigkeit auf als ihre männlichen Kollegen. Erst ab dem 55. Lebensjahr entwickeln sich die Erkrankungshäufigkeit sowie auch die Erkrankungsdauer deutlich auseinander. In der Gruppe der über 60-Jährigen liegen bei den Frauen Erkrankungshäufigkeit und -dauer deutlich unter der der Männer.

Auch in Niedersachsen tragen Erkrankungen des Kreislaufsystems insgesamt nicht maßgeblich zum Krankenstand bei. Erst die Analyse der Entwicklung der AU-Tage ausgehend von den 45- bis 49-jährigen Frauen hin zu den über 60-Jährigen zeigt ihre zunehmende Bedeutung für die Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter in Niedersachsen (vgl. Abbildung 19).

Abbildung 18

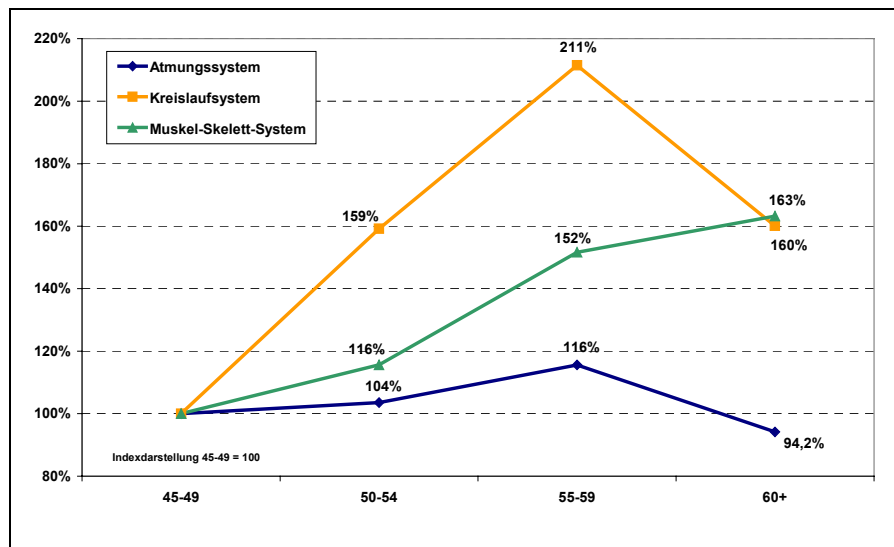
Abb. 18
AU-Fälle und Fall-
dauer aufgrund von
Krankheiten des
Kreislaufsystems
nach Geschlecht
und Alter in Nieder-
sachsen



Quelle: DAK AU-Daten 2005

Abbildung 19

Abb. 19
Entwicklung der AU-
Tage je 100 VJ auf-
grund von Krankhei-
ten des Kreislauf-
systems, des Mus-
kel-Skelett-System
und des Atmungs-
systems bei Frauen
im mittleren Alter
in Niedersachsen



Quelle: DAK AU-Daten 2005

AU-Volumen auf-
grund von HKE
steigt um 60 %

Der Anstieg der Fehltage aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems von 54,7 auf 87,6 Tage je 100 Versichertenjahre (vgl. Abbildung 17) entspricht einer Zunahme in Höhe von 60 % (vgl. Abbildung 19). Zwischen den Gruppen der 45-49-Jährigen und 55-59-jährigen Frauen nehmen die Fehltage jedoch um 111 % zu. Der deutliche Rückgang zwischen den beiden höheren Altersgruppen könnte aus dem bereits erwähnten „healthy-worker-effect“ resultieren, der in Niedersachsen deutlich ausgeprägter zu sein scheint.

Bundesweite Analyse der Krankenhaustage aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems

0,4 % der Krankenhaustage bei 45- bis 49-jährigen Frauen entfallen auf die Diagnose Schlaganfall, 0,3 % auf die Diagnose Herzinfarkt. Im Altersverlauf verdreifacht sich der Anteil der Krankenhaustage, die auf Schlaganfälle entfallen, auf 1,2 % bei den über 60-Jährigen. Der Anteil der auf Herzinfarkte entfallenden Krankenhaustage verdoppelt sich hingegen nur auf 0,6 %.

Allerdings muss an dieser Stelle nochmals deutlich gemacht werden, dass auch die hier ausgewerteten KH-Daten nur die erwerbstätige Bevölkerung, in diesem Fall DAK-Versicherte mit Krankengeldanspruch, berücksichtigen. Diese Daten spiegeln – wie die AU-Daten – nicht die gesamte Bevölkerung wider.

Bei 100 ganzjährig bei der DAK versicherten 45- bis 49-jährigen Frauen wurden 2005 insgesamt 94 Krankenhaustage registriert, bei Männern entsprechend 96 Tage. Im mittleren Altersverlauf steigt die Zahl der Krankenhaustage bei Frauen auf 150 Tage in der höchsten Altersgruppe an. Bei Männern wurde analog eine Zunahme auf 190 Tage beobachtet.

Der Anteil der Krankheiten des Kreislaufsystems an allen Krankenhaustagen liegt bei Frauen im mittleren Alter zwischen 7,1 % und 13,2 %, was 6,7 und 19,7 Tagen je 100 Versichertenjahren entspricht (vgl. Abbildung 20). Bei Männern liegen die entsprechenden Anteile zum Vergleich bei 13,2 % bzw. 23,5 %, was 12,7 bzw. 44,6 Tagen je 100 Versichertenjahre entspricht.

Aus der Auswertung der KH-Daten wird weiterhin deutlich, dass Erkrankungsgruppen mit häufig schwerwiegenden Verläufen, den Erwartungen entsprechend, einen höheren Anteil am Krankenhaustagevolumen haben als Erkrankungen, die vornehmlich ambulant versorgt werden können (vgl. Abbildung 21).

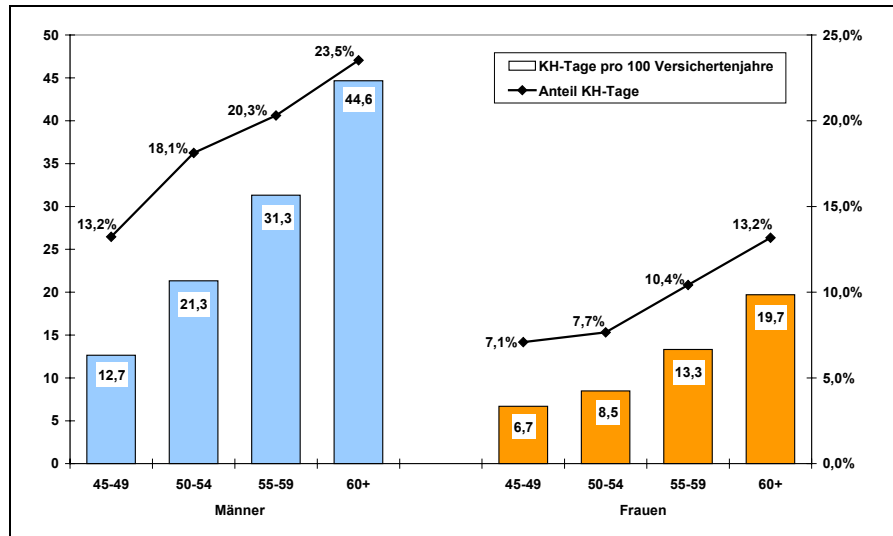
Schlaganfall auch anteilig am Krankenhaustagevolumen wichtiger als der Herzinfarkt

Auch KH-Daten beruhen auf erwerbstätigen DAK-Versicherten

KH-Tagevolumen der HKE steigt bei Frauen von 7,1 % auf 13,2 % an

Abbildung 20

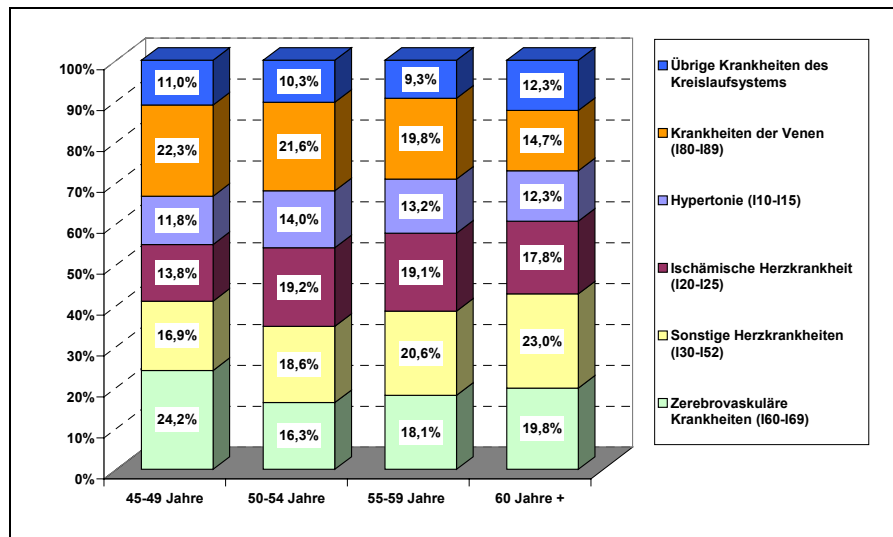
Abb. 20
Krankenhaustage aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems und Anteil am Krankenhaustagevolumen nach Geschlecht und Alter



Quelle: DAK KH-Daten 2005

Abbildung 21

Abb. 21
Anteilswerte ausgewählter Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems am Krankenhaustagevolumen der Kreislauferkrankungen insgesamt bei Frauen im mittleren Alter



Quelle: DAK KH-Daten 2005

Anteil zerebrovaskuläre Krankheiten nimmt zwischen 45 und 65 Jahren bei Frauen insgesamt ab

ischämische Herzkrankheiten nehmen dagegen deutlich zu

- Zerebrovaskuläre Erkrankungen (I60-I69) verursachen in der Gruppe der 45-49-jährigen Frauen knapp ein Viertel und in der Gruppe der über 60 Jährigen knapp ein Fünftel aller Krankenhaustage aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems. Während der Anteil dieser Diagnosegruppe an kardiovaskulären Erkrankungen insgesamt im Altersverlauf abnimmt, steigt der Anteil der auf Schlaganfälle entfallenden Krankenhaustage innerhalb dieser Gruppe von 44 % auf 54 % im Altersverlauf an.
- Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25) nehmen deutlich im anteiligen Krankenhaustagevolumen von 13,8 % auf 17,8 % im Altersverlauf zu. Der Anteil der innerhalb dieser Diagnosegruppe auf Herzinfarkte entfallenden Krankenhaustage sinkt hingegen – entsprechend der bereits in den AU-Daten beobachteten Entwicklung – von 33 % auf 26 % ab.

- Bei den sonstigen Formen einer Herzkrankheit (I30-I52) zeigt sich ebenfalls ein deutlicher Anstieg der anteiligen Krankenhaustage von 16,9 % auf 23,0 %. Die größten Anteile an Krankenhaustagen entfallen innerhalb dieser Diagnosegruppe auf Herzrhythmusstörungen.
- Bluthochdruckerkrankungen (I10-I15) bleiben mit annähernd 13 % anteiligem Krankenhaustagevolumen im Altersverlauf unverändert und werden mit Blick auf den hohen Anteil an AU-Tagen primär ambulant behandelt.

sonstige Herzkrankheiten steigen noch deutlicher an

Bluthochdruckerkrankungen bleiben nahezu konstant

Fazit – Krankenhausdaten

Insgesamt gewinnen ischämische Herzkrankheiten und sonstige Formen einer Herzkrankheit innerhalb der Krankheiten des Kreislaufsystems bei Frauen im mittleren Alter am stärksten an Bedeutung. Bluthochdruckerkrankungen tragen vergleichsweise gering zum Krankenhaustagevolumen bei, da sie primär ambulant behandelt werden können.

Ischämische und sonstige Formen der Herzkrankheit am wichtigsten

Zerebrovaskuläre Krankheiten kennzeichnet die längste Krankenhausaufenthaltdauer der Krankheiten des Kreislaufsystems.

Mit Blick auf den Vergleich zwischen Herzinfarkt und Schlaganfall bei Frauen wird deutlich, dass

Schlaganfall auch für KH-Tagevolumen bedeutsamer als Herzinfarkt

- Schlaganfälle insbesondere bei über 60-jährigen berufstätigen Frauen einen deutlich höheren Anteil am Krankenhaustagevolumen aufweisen als Herzinfarkte, und dass
- beide Erkrankungen allerdings insgesamt mit Blick auf ihren geringen Anteil an der Gesamtzahl der Krankenhaustage nur eine untergeordnete Rolle spielen.

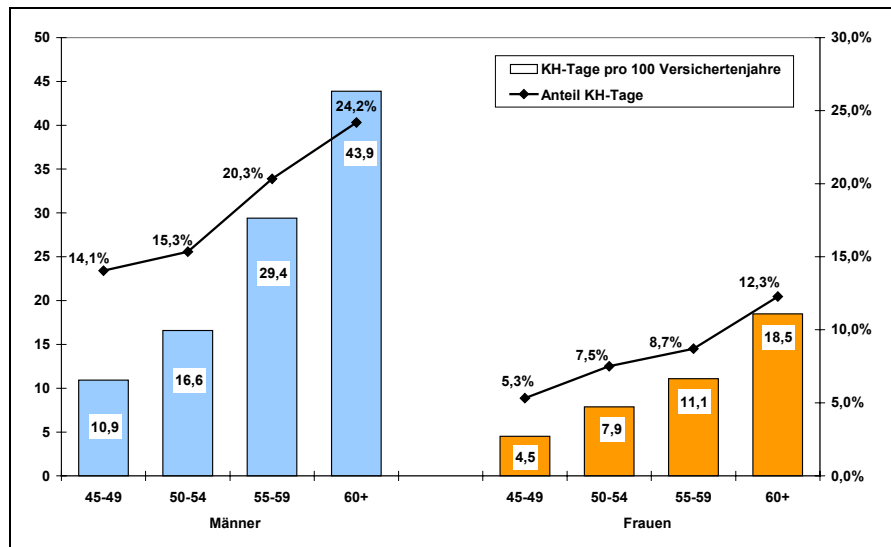
Analyse der Krankenhaustage aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems in Niedersachsen

In Niedersachsen sind – unter Berücksichtigung aller Diagnosen – in der Gruppe der 45- bis 49-jährigen Frauen 85,1 und in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren 40,4 Krankenhaustage je 100 Versicherungsjahre zu beobachten. Bei den Männern sind es 36,0 bzw. 48,7 Krankenhaustage. Der Anstieg im Altersverlauf erfolgt sowohl für Frauen als auch für Männer nicht stetig. Jeweils in der Gruppe der 55- bis 59-Jährigen ist das Krankenhaustagevolumen am höchsten: Frauen 94,0 und Männer 58,4 KH-Tage. Abbildung 22 zeigt die Entwicklung der Krankenhaustage im Altersverlauf für die Gruppe der Erkrankungen des Kreislaufsystems insgesamt.

In Niedersachsen steigt hingegen der Anteil der Krankenhaustage, die allein auf Erkrankungen des Kreislaufsystems zurückgeführt werden können, am gesamten Krankenhaustagevolumen sowohl für Männer als auch für Frauen stetig an. In der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren sind es bei den Frauen gut ein Achtel (12,3 %) und bei den Männern nahezu ein Viertel (24,2 %) aller Krankenhaustage, die durch Erkrankungen des Kreislaufsystems verursacht werden (vgl. Abbildung 22).

Abbildung 22

Abb. 22
Krankenhaustage
aufgrund von
Krankheiten des
Kreislaufsystems
und Anteil am Kran-
kenhaustagevolu-
men nach Ge-
schlecht und Alter in
Niedersachsen



Quelle: DAK KH-Daten 2005

Anders als bei den AU-Tagen flacht bei den Frauen der Anstieg der KH-Tage zwischen den beiden höheren Altersgruppen nicht ab. Der so genannte „healthy-worker-effect“ ist hier nicht zu beobachten.

Aufgrund einer teils zu geringen Zahl der Krankenhaufälle in den einzelnen Alters- und Diagnosegruppen (weniger als zehn) muss an dieser Stelle auf eine Darstellung der Anteilswerte ausgewählter Diagnosegruppen am Krankenhaustagevolumen leider verzichtet werden.

Gesamtfazit des Kapitels

Insgesamt zeigt sich, dass Frauen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den mittleren Lebensjahren im Bundesdurchschnitt und auch in Niedersachsen zunächst weniger betroffen sind als Männer. Ab dem 65. Lebensjahr gleichen sich die Sterberaten jedoch an, kardiovaskuläre Erkrankungen gewinnen für Frauen immer mehr an Bedeutung. Der Anstieg der Zahl der Herzinfarkte bei Frauen im mittleren Alter in den letzten 20 Jahren – entgegen dem rückläufigen Trend bei Männern – deutet darauf hin, dass Frauen zunehmend früher von schweren Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems betroffen sein könnten. Was die Ursachen dieser Entwicklung sein könnten, steht im Blickpunkt des nächsten Kapitels.

3.2 Welche kardiovaskulären Risikofaktoren sind für Frauen besonders relevant?

Aufgrund des späteren Erkrankungsalters entsteht leicht der Eindruck, Frauen seien von kardiovaskulären Erkrankungen weniger betroffen als Männer. Wie im vorhergehenden Kapitel deutlich wurde, gilt dies zwar überwiegend für die mittlere Altersphase, im höheren Alter holen Frauen aber deutlich auf und sterben letztlich sogar häufiger an kardiovaskulären Erkrankungen.

Ein wesentlicher Faktor für die höhere absolute Zahl der Erkrankungsfälle bei Frauen ist die demografische Entwicklung: Der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung steigt insgesamt an und aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen gibt es in den hohen Altersgruppen anteilig mehr Frauen. Mit zunehmendem Alter steigt das kardiovaskuläre Erkrankungsrisiko. Daraus resultierend sind die Mehrzahl der älteren Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen im höheren Alter weiblich. Damit die Zahl der betroffenen Frauen nicht immer weiter zunimmt, ist frühzeitige Prävention wichtig:

Frauen können – wie Männer – ihr kardiovaskuläres Risiko maßgeblich selbst beeinflussen. Die bedeutendsten, beeinflussbaren Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind seit über 20 Jahren bekannt: Rauchen, körperliche Inaktivität und eine ungesunde Ernährungsweise erhöhen das kardiovaskuläre Erkrankungsrisiko. Sie beeinflussen zudem das Entstehen von Erkrankungen, die ihrerseits ebenfalls als kardiovaskuläre Risikofaktoren fungieren (vgl. Abbildung 23).

Frauen nicht weniger, sondern später betroffen

Altersstruktur bedingt bereits höhere Zahl HKE- Erkrankungsfälle bei Frauen

Kardiovaskuläre Risikofaktoren des Lebensstils sind beeinflussbar

Abbildung 23

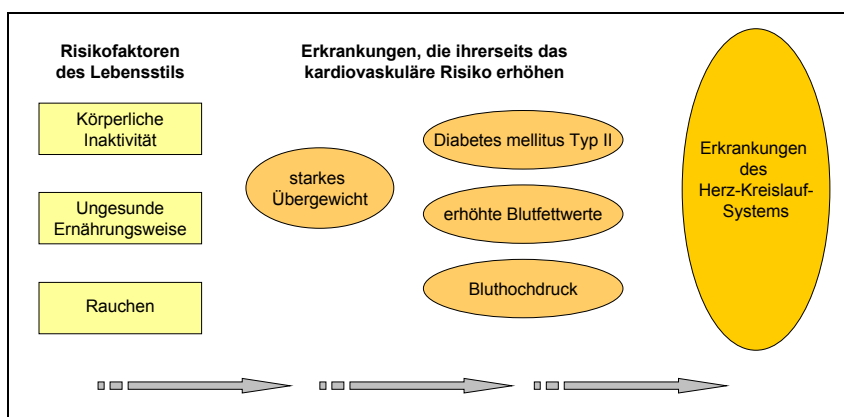


Abb. 23
**Auswahl kardio-
vaskulärer Risiko-
faktoren**

Quelle: eigene Darstellung

Die Forschung zu Risikofaktoren hat gezeigt, dass einige das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen bei Frauen stärker erhöhen als bei Männern⁶:

Nicht alle Risikofaktoren wirken gleich

⁶ Stangl V. et al.: Coronary atherogenic risk factors in women. European Heart Journal, 23: 1738ff (2002).

höheres Risiko bei Frauen durch Diabetes ...

Diabetes mellitus Typ II:

- Erhöht das kardiovaskuläre Erkrankungsrisiko bei Frauen stärker als bei Männern: Diabetikerinnen haben ein bis zu 6-fach, männliche Diabetiker ein bis zu 4-fach erhöhtes Herzinfarktisiko gegenüber nicht-diabetischen Patienten.
- Führt nicht nur zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko, sondern auch zu beschleunigten und schweren Verläufen kardiovaskulärer Erkrankungen.

... und erhöhte Triglyceride

Erhöhte Triglyceridwerte (eine Gruppe der Blutfette):

- Erhöhen das kardiovaskuläre Risiko bei Frauen mit Werten über 350 mg/dl (Normbereich: bis 200 mg/dl) um 70 %, bei Männern nur um 30 %.

Steigen bei Frauen insbesondere nach der Menopause an.

Ein Blick in die ersten Ergebnisse des Telefonischen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2003⁷ zeigt zudem, dass Frauen bereits im mittleren Alter von einigen Risikofaktoren stärker betroffen sind als Männer:

Bluthochdruck bei Frauen etwas häufiger

Bluthochdruck:

- Im Alter von 40 bis 65 Jahren geben 36,2 % der Frauen im Vergleich zu 33,8 % der Männer an, dass ihnen schon einmal eine Bluthochdruckerkrankung durch eine ärztliche Diagnose mitgeteilt wurde. Bluthochdruck steht nach Angaben der Deutschen Hochdruckliga mit insgesamt 50 % der kardiovaskulären Todesfälle bei Frauen in Zusammenhang (Männer: 45 %).

Frauen sind häufiger stark übergewichtig als Männer

Übergewicht:

- 27,2 % der Frauen zwischen 40 und 65 Jahren sind stark übergewichtig (Body-Mass-Index: > 30 kg/m²). Im Vergleich dazu liegt der Anteil bei Männern bei 23,8 %. Starkes Übergewicht erhöht das kardiovaskuläre Risiko bei Frauen um das 3,6-fache.

Immer mehr junge Frauen rauchen

Rauchen:

- Die Zahl der jungen Raucherinnen steigt entgegen einem rückläufigen Trend bei männlichen jungen Rauchern zwischen 1998 und 2003 an.

Rauchen und „Pille“ wirken zusammen stark risikoerhöhend

Starkes Rauchen erhöht das Herzinfarktisiko bei Frauen um das 4-fache gegenüber Nichtraucherinnen. Bei gleichzeitiger Einnahme oraler Kontrazeptiva („Pille“) ist das Risiko besonders stark erhöht: Frauen, die mehr als 15 Zigaretten am Tag rauchen und die „Pille“ nehmen, haben sogar ein 20-fach erhöhtes Risiko.

⁷ Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts: Erster Ergebnisbericht (2003).

Welche Konsequenzen resultieren daraus für Frauen?

Ungünstige Entwicklungen bei diesen Risikofaktoren haben für Frauen mit Blick auf das zukünftige Herz-Kreislauf-Erkrankungsgeschehen eine hohe Relevanz.

Immer mehr Menschen sind beispielsweise von Diabetes mellitus Typ II betroffen. Eine verbesserte Früherkennung sowie die hohe Diabeteshäufigkeit im höheren Alter tragen maßgeblich zu diesem Anstieg bei. Zudem erhöht die steigende Zahl übergewichtiger und inaktiver Menschen das Erkrankungsrisiko. Deshalb ist es gerade auch für Frauen wichtig, rechtzeitig auf den eigenen Lebensstil zu achten und Risikofaktoren durch entsprechende Verhaltensänderungen zu reduzieren. Dafür ist wiederum nicht nur das Wissen um die Risikofaktoren sondern auch die Wahrnehmung für das Erkrankungsrisiko eine zentrale Voraussetzung.

Diabetes, Bluthochdruck, erhöhte Triglyceridwerte, starkes Übergewicht und Rauchen gewinnen als kardiovaskuläre Risikofaktoren für Frauen immer mehr an Bedeutung. Um das Erkrankungsrisiko zu senken, muss der eigene Lebensstil kritisch betrachtet und gegebenenfalls das Verhalten verändert werden. Doch sind sich Frauen ihres Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bewusst? Werden sie von medizinischer Seite hinreichend aufgeklärt? Zwei Aspekte aus den Bereichen Risikowahrnehmung und Versorgung, denen im folgenden Kapitel nachgegangen wird.

3.3 Werden Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen unterschätzt?

HKE werden als „männliches“ Problem gewertet

„Breitflächige Aufklärung, dass der Herzinfarkt nicht nur bei Männern, sondern auch bei Frauen die häufigste lebensbedrohliche Erkrankung ist, und dass präventive Maßnahmen nicht nur zwingend erforderlich, sondern auch höchst wirksam sind.“

*Prof. Bernhard Rauch,
Institut für Herzinfarktforschung Ludwigshafen*

„Die koronare Herzerkrankung gilt noch immer als Männerkrankheit, wird daher weder von Ärzten noch von Frauen rechtzeitig ernst genommen.“

*Prof. Ingeborg Siegfried,
Gesellschaft f. Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Hessen*

„Das Vorurteil lautet: Frauen sterben an Brustkrebs, Männer an Herzinfarkt“. Dieses Vorurteil geht vollständig an der Realität vorbei.“

*Prof. Hartmut Gülker,
Herzzentrum Wuppertal*

Herz-Kreislauf-Erkrankungen und hier insbesondere der Herzinfarkt werden in der Bevölkerung noch immer als vornehmlich männliches Gesundheitsproblem wahrgenommen.

Frauen sterben an Brustkrebs, Männer am Herzinfarkt. Diese Einschätzung teilen viele Frauen, wie Ergebnisse eines DAK-Gesundheitsbarometers, einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung aus dem Jahr 2002, zeigen: 70 % der befragten Frauen hielten danach Krebs für die häufigste weibliche Todesursache, nur 24 % sehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf Platz eins der häufigsten Todesursachen bei Frauen⁸ – entgegen der tatsächlichen Situation. Wie bereits berichtet, verstirbt jede zweite Frau an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, nur jede Vierte an Krebs.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse hat die DAK schon damals gefordert, dass Aufklärung und Prävention hinsichtlich kardiovaskulärer Erkrankungen bei Frauen früh beginnen müssen. Die Aufmerksamkeit für dieses Erkrankungsgeschehen bei Frauen muss erhöht werden, die DAK möchte mit dem Fokus auf dieses Thema im diesjährigen Schwerpunktteil des DAK-Gesundheitsreports die damalige Forderung unterstreichen.

Wird dieser Unterschätzung im Versorgungssystem aktiv entgegengewirkt?

Die DAK hat diese Ergebnisse auch zum Anlass genommen, Experten aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie aus der Forschung im Rahmen einer schriftlichen Befragung um ihre Einschätzung der Situation zu bitten.

Die Experten bestätigen mehrheitlich, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen von Frauen unterschätzt werden. Um dieser Fehleinschätzung entgegen zu wirken, sollte nach Meinung der Experten die Aufklärung bezüglich kardiovaskulärer Erkrankungen, insbesondere unter Berücksichtigung der Risikofaktoren, verbessert werden.

Als besonders wichtige Aufklärungsthemen wurden genannt:

- Frauen sind sich ihrer Gefährdung im Hinblick auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht ausreichend bewusst. Das Brustkrebsrisiko steht bei Vielen im Vordergrund.
- Kardiovaskuläre Risikofaktoren sind nicht nur für Männer, sondern auch für Frauen sehr bedeutsam: Starkes Übergewicht, Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte und eine Zuckerkrankheit wirken sich bei Frauen sogar ungünstiger aus. Darüber hinaus

⁸ DAK-Gesundheitsbarometer „Was wissen Frauen über den Herzinfarkt?“ (2002), www.presse.dak.de.

erhöht die Kombination Zigarettenrauchen und Einnahme der „Pille“ das Risiko schwerwiegender kardiovaskulärer Erkrankungen bereits in jüngeren Jahren. Frauen sollten stärker über ihre Risiken aufgeklärt werden.

- Frauen sollten auch dahingehend aufgeklärt werden, dass aufgrund der zunehmend ungünstigen Risikoverteilung mit einem immer früheren Krankheitsbeginn kardiovaskulärer Erkrankungen bei Frauen zu rechnen ist.
- Frauen sollten über die bei Frauen häufig „atypischen“ Symptome eines Herzinfarktes aufgeklärt werden (siehe hierzu Näheres auf Seite 42).

Einige Experten führen an, dass auch auf ärztlicher Seite das Wissen um Besonderheiten bei den kardiovaskulären Risikofaktoren und der Symptomatik eines Herzinfarktes bei Frauen nicht hinreichend verbreitet ist. Handlungsbedarf bestehe hier vor allem auch in der ärztlichen Aus- und Fortbildung.

Auch auf ärztlicher Seite Defizite

Werden Frauen von ihrem Hausarzt über ihr persönliches Herz-Kreislauf-Erkrankungsrisiko aufgeklärt?

Im Rahmen der diesjährigen DAK-Bevölkerungsbefragung, die im November 2005 mit 1.004 Frauen zwischen 50 und 70 Jahren durchgeführt worden ist, wurde dieser Frage nachgegangen.

In die Auswertung einbezogen wurden nur die Befragten, die nicht an einer Herzerkrankung leiden oder einen Schlaganfall erlitten haben (N=900). Von diesen bejahten lediglich 32 %, dass sie schon einmal mit ihrem Hausarzt über ihr persönliches Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gesprochen haben.

Von 900 Frauen sprachen 32 % mit dem Hausarzt über ihr HKE-Risiko

Differenziert man die Befragten in solche mit kardiovaskulären Risikofaktoren, in diesem Fall das Vorliegen einer Zuckerkrankheit, eines Bluthochdrucks oder einer Fettstoffwechselstörung (erhöhte Blutfettwerte) (N=364), und solche ohne diese Risikofaktoren (N=536) zeigt sich folgendes Ergebnis (vgl. Abbildung 24):

364 Frauen wiesen Zucker, Hochdruck und/ oder erhöhte Blutfettwerte auf

- Zwar haben 51 % der Frauen mit mindestens einem dieser Risikofaktoren schon einmal mit ihrem Hausarzt über ihr kardiovaskuläres Risiko gesprochen, die andere Hälfte (48,6 %) hat dies jedoch nicht getan. Mit Blick auf die Bedeutung dieser Risikofaktoren für das Entstehen kardiovaskulärer Erkrankungen sollten erheblich mehr Frauen individuell beraten werden. Hier besteht eindeutig ein noch stärkerer Aufklärungsbedarf durch den Hausarzt.
- Von den Frauen ohne Risikofaktor gibt überhaupt nur nahezu jede Fünfte (19,5 %) an, mit ihrem Hausarzt über ihr persönliches Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gesprochen zu haben. Zwar ist dieser Anteil erwartungsgemäß geringer, dennoch sollte auch ohne Vorliegen dieser Risikofaktoren eine stärkere Aufklärung hinsichtlich kardiovaskulärer Erkrankungsrisiken erfolgen: 80,5 % sprechen hier eine deutliche Sprache.

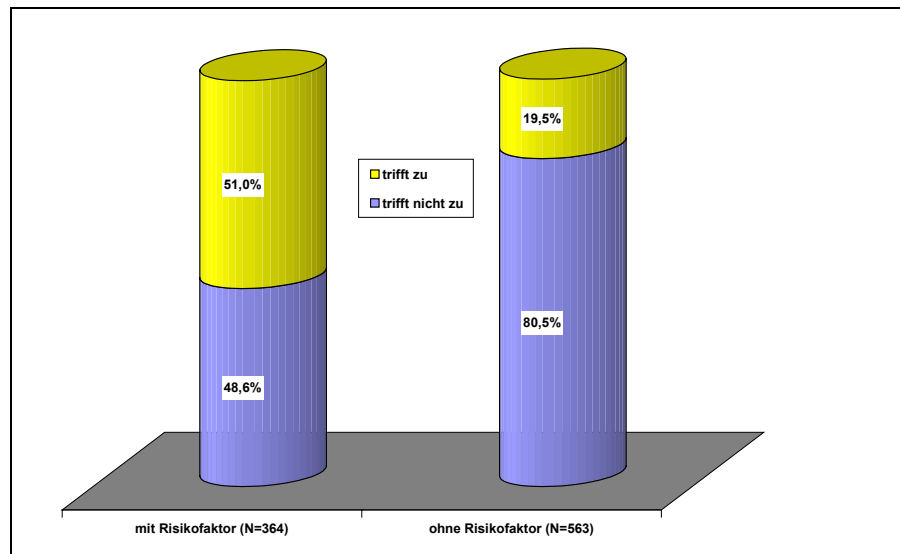
Die Hälfte der Frauen mit Risikofaktor wurde über ihr HKE-Risiko informiert, die andere nicht ...

Ohne Risikofaktor wurden nur knapp 20 % aufgeklärt

Abbildung 24

Abb. 24
Frage 4:
Trifft nachfolgende
Aussage auf Sie
zu?: „Mein Hausarzt
hat schon einmal
mit mir über mein
persönliches Risiko
für Herz-Kreislauf-
Erkrankungen ge-
sprochen.“

Risikofaktor: Zu-
ckerkrankheit, er-
höhte Blutfettwerte,
Bluthochdruck



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2005

Mehr Aufklärung für
eine bessere Vor-
sorge

Mit Blick auf die befragte Altersgruppe – 50- bis 70-jährige Frauen – sollte spätestens zu diesem Zeitpunkt eine Sensibilisierung für Herz-Kreislauf-Erkrankungen stattfinden. Das Wissen um das Risiko und die Risikofaktoren ist nicht zuletzt eine wichtige Voraussetzung für eine adäquate Gesundheitsvorsorge.

Kennen Frauen die so genannte Gesundheitsuntersuchung, den Check-up 35?

Check-up 35 zur
Früherkennung ei-
ner HKE

Eine adäquate Gesundheitsvorsorge beinhaltet die regelmäßige Teilnahme an entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen. Im Hinblick auf kardiovaskuläre Erkrankungen, aber auch Nierenerkrankungen sowie Diabetes mellitus Typ II wird zur Früherkennung die so genannte Gesundheitsuntersuchung – auch als Check-up 35 bezeichnet – angeboten. Ziel ist dabei die frühzeitige Erkennung von Risikofaktoren. Ab dem 35. Lebensjahr können alle Versicherten einer gesetzlichen Krankenkasse diese Untersuchung alle zwei Jahre kostenlos in Anspruch nehmen. Im Rahmen der DAK-Bevölkerungsbefragung sollte geklärt werden, ob Frauen zwischen 50 und 70 Jahren dieses Angebot kennen bzw. nutzen.

80,4 % kennen den
Check-up 35 ...

In der Auswertung berücksichtigt wurden nur Frauen ohne Herzkrankheit bzw. Schlaganfall sowie ohne Zuckerkrankheit, Bluthochdruck bzw. Fettstoffwechselstörungen (N=536). 80,4 % dieser Frauen geben an, die Gesundheitsuntersuchung zu kennen.

... aber nur jede
zweite Frau nimmt
daran teil

Insgesamt nimmt die Hälfte der Frauen, die diese Untersuchung kennen (N=430), dieses Vorsorgeangebot regelmäßig in Anspruch (vgl. Abbildung 25). Ein Viertel der Frauen nimmt hingegen nicht regelmäßig am Check-up 35 teil, ein weiteres Viertel hat diese Untersuchung bislang sogar noch nie genutzt.

Im Vergleich dazu nehmen 66,1 % regelmäßig an der Krebsvorsorge teil, nur 8,7 % geben hier an, noch nie teilgenommen zu haben. Für diese Auswertung wurden entsprechend nur die Frauen berücksichtigt, die nicht an Krebs erkrankt waren (N=961).

Abbildung 25

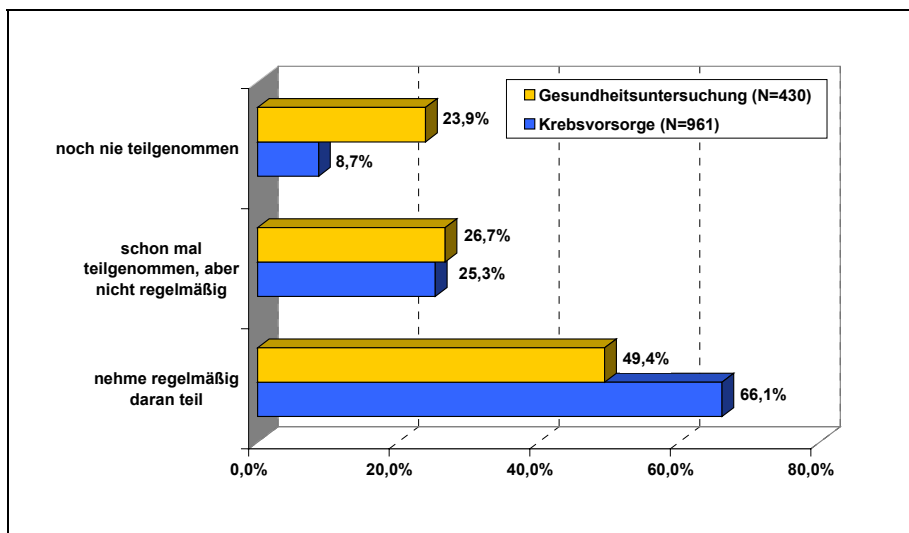


Abb. 25
Frage 2
„Haben Sie an dieser Gesundheitsuntersuchung schon einmal teilgenommen?“

Frage 3
„Nehmen Sie an den jährlichen Krebsvorsorgeuntersuchungen beim Frauenarzt teil?“

Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2005

Von den Frauen, die die Gesundheitsuntersuchung nicht oder nur unregelmäßig nutzen (N=218), verneinten 80,6 % die Frage, ob ihr Hausarzt sie schon einmal direkt aufgefordert hat, an dieser Untersuchung teilzunehmen. Auch hier ist der Hausarzt deutlich stärker gefordert, Aufklärung zu leisten bzw. konkret auf die Bedeutung dieser Vorsorgeuntersuchung hinzuweisen und zur Teilnahme aufzufordern.

Im Rahmen der Expertenbefragung räumte die Mehrheit der Experten ein, dass kardiovaskuläre Erkrankungen auch bei Ärzten primär als Gesundheitsproblem von Männern gelten und für Frauen deshalb zu wenig in Betracht gezogen würden, wobei dies nicht unbedingt für die entsprechenden Fachärzte gelte. Zudem wiesen die Experten – wie bereits erwähnt – darauf hin, dass auch bei Ärzten die spezifische Bedeutung der einzelnen kardiovaskulären Risikofaktoren für Frauen nicht hinreichend bekannt wäre. Somit unterstreicht die DAK-Bevölkerungsbefragung die Aussage der Experten, wonach hier Handlungsbedarf in der ärztlichen Aus- und Fortbildung bestehe.

Wie sieht die Versorgungslage von Frauen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Vergleich zu Männern aus?

Aus Studien und Auswertungen von Krankheitsregisterdaten sind Unterschiede hinsichtlich der Versorgung insbesondere des Herzinfarktes zwischen Frauen und Männern bekannt.

Aktuelle Daten aus verschiedenen Herzinfarktregistern in Deutschland weisen darauf hin, dass Frauen nach einem Herzinfarkt später ein Krankenhaus erreichen als Männer, d. h. eine längere so genannte Prähospitalzeit aufweisen.

Nur jede fünfte Frau, die den Check-up 35 nicht oder unregelmäßig nutzt, wurde vom Hausarzt zur Teilnahme aufgefordert

HKE gilt nach Expertenmeinung auch bei Ärzten primär als „männliches“ Problem

Unterschiede in der Versorgung

„Frauen mit Herzinfarkt oder akuter koronarer Erkrankung sind aufgrund des höheren Alters häufig allein stehend und haben keinen sorgenden Partner, der eine ärztliche Beurteilung befürwortet oder veranlasst.“

*Prof. Helmut Gohlke,
Deutsche Herzstiftung*

„Frauen haben andere Beschwerden als Männer. Die Lokalisation bei Herzbeschwerden befindet sich in vielen Fällen im Oberbauch und nicht im Brustkorb, wie es bei Männern typisch ist“

*Prof. Ingeborg Siegfried,
Gesellschaft f. Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Hessen*

„Bei Frauen ist die Herzinfarkt-Symptomatik öfter „atypisch“ als bei Männern.“

*Prof. Hartmut Gülker,
Herzzentrum Wuppertal*

„Nach Daten des Berliner Herzinfarktregisters sterben Frauen häufiger an einem Infarkt im Krankenhaus als Männer.“

*Dr. Birga Maier,
Berliner Herzinfarktregister*

Gründe hierfür könnten sein:

- Die Lebens- und Versorgungssituation der vornehmlich älteren Patientinnen: Die Entscheidung, ärztliche Hilfe zu holen, wird häufig vom Lebenspartner oder anderen Angehörigen getroffen. Ältere Frauen leben öfter allein bzw. sind verwitwet.
- Bei Frauen macht sich ein Herzinfarkt häufig mit anderen Symptomen bemerkbar als bei Männern. Diese "weiblichen" Symptome (vgl. Tabelle 5) werden häufig fehlgedeutet. Dies beeinträchtigt eine zeitnahe Arztkontaktierung bzw. die sich anschließende Einleitung von Akuttherapiemaßnahmen zur Verbesserung der Überlebensprognose.

Tabelle 5: Typische Herzinfarktsymptome bei Frauen

Kurzatmigkeit
Schwäche
Ungewöhnliche Müdigkeit
Übelkeit & Erbrechen
Oberbauchschmerzen
Schmerzen zwischen den Schulterblättern
Akuter Brustschmerz

Quelle: eigene Zusammenstellung nach Literaturangaben

Das "typische" Akut-Symptom Brustschmerz tritt bei Frauen seltener auf. Stattdessen klagten Frauen häufiger über Kurzatmigkeit, Schwäche, ungewöhnliche Müdigkeit, „unklare“ Oberbauchbeschwerden, Übelkeit und Erbrechen sowie Schmerzen im Rücken- und Nackenbereich⁹.

Darüber hinaus weisen die Ergebnisse verschiedener Register, in denen das Herzinfarktgeschehen in Deutschland erfasst wird, darauf hin, dass Frauen in manchen Regionen nach einem Infarkt auch häufiger im Krankenhaus versterben als Männer:

Sowohl Auswertungen des ACOS-Registers¹⁰ als auch des Berliner Herzinfarktregisters bestätigen dies. Das ACOS-Register erfasst deutschlandweit das Auftreten des akuten Koronarsyndroms, zu dem auch der Herzinfarkt gerechnet wird. Das Berliner Register erfasst die Herzinfarkte in der Region Berlin. Frauen weisen hier eine um 30 % höhere Krankenhaussterblichkeit nach einem Infarkt auf als Männer¹¹.

Im Gegensatz dazu zeigt die letzte Erhebung des KORA-Herzinfarktregisters in Augsburg von 2002 keine Unterschiede mehr hinsichtlich der Krankenhaussterblichkeit zwischen Männern

⁹ McSweeney J.C. et al.: Women's Early Warning Symptoms of Acute Myocardial Infarction. Circulation 108: 2619ff (2003).

¹⁰ ACOS: Akutes Koronarsyndrom-Register mit 154 bundesweit beteiligten Kliniken.

¹¹ Theres H. et al.: Influence of gender on treatment and short-term mortality of patients with acute myocardial infarction in Berlin. Zeitschrift für Kardiologie 93: 954-963 (2004).

und Frauen. Möglicherweise besteht aufgrund der bereits gut 20-jährigen Studiendauer in dieser Region mittlerweile eine verbesserte Aufmerksamkeit für das Herzinfarktgeschehen, von der die Frauen profitieren. Dies würde den Nutzen und damit die Notwendigkeit einer stärkeren Sensibilisierung aufzeigen bzw. unterstreichen.

Gründe für eine in manchen Regionen beobachtete höhere Krankenhaussterblichkeit von Frauen nach Herzinfarkt könnten sein:

- Die längere Prähospitalzeit
- Eine schlechtere Prognose aufgrund des höheren Durchschnittsalters und des häufigeren Vorliegens von Risikofaktoren, speziell Diabetes mellitus Typ II bei den vornehmlich älteren Frauen
- Unterschiede in der Akuttherapie zwischen Männern und Frauen

Nachfolgend soll nun näher beleuchtet werden, wie die Fachleute im Rahmen der Expertenbefragung die Versorgung von Frauen mit kardiovaskulären Erkrankungen in Deutschland bewerten.

In welchen Bereichen bestehen aus Sicht der Experten in Deutschland Defizite in der gesundheitlichen Versorgung hinsichtlich kardiovaskulärer Erkrankungen bei Frauen?

Während einige der Experten die bereits genannten Punkte „atypische“ Herzinfarktsymptomatik, längere Prähospitalzeit sowie höhere Sterblichkeit im Krankenhaus bei Frauen im Zusammenhang mit der Akutbehandlung kardiovaskulärer Ereignisse (Herzinfarkt, Schlaganfall) anführten, sehen die anderen keine Unterschiede in der Akutbehandlung von Frauen im Vergleich zu Männern.

Hinsichtlich der Dauerbehandlung von Frauen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen wird von der Mehrheit der Experten genannt, dass eine leitliniengerechte Therapie weder bei Frauen noch bei Männern in ausreichendem Umfang angewandt würde. Allerdings schließen sich auch dieser Meinung nicht alle an: Einige Fachleute sehen wiederum keine Defizite in der Langzeittherapie kardiovaskulärer Erkrankungen bei Frauen.

Wie bereits berichtet, sehen die Experten auf ärztlicher Seite mehrheitlich Defizite in der Wahrnehmung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Gesundheitsproblem nicht nur bei Männern sondern auch bei Frauen. Des Weiteren bestünden – wie ebenfalls bereits genannt – Wissenslücken hinsichtlich der Unterschiede bei den Risikofaktoren und der Herzinfarktsymptomatik.

In der Region Augsburg sterben Frauen nicht häufiger nach Infarkt im Krankenhaus

„Die Qualität der Akutbehandlung nach kardiovaskulären Ereignissen hat sich bei Frauen und Männern in den letzten zwei Jahrzehnten angeglichen. Dies belegen Studien wie das MONIKA-Projekt Augsburg.“

*Prof. Eberhard Windler,
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf*

„In der ärztlichen Fortbildung wird das Thema Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen bisher kaum angesprochen.“

*Prof. Ingeborg Siegfried,
Gesellschaft f. Prävention
und Rehabilitation
von Herz-Kreislauf-
Erkrankungen in Hessen*

„Ergebnisse aus Medikamentenstudien mit Männern werden auf Frauen übertragen.“

*Prof. Petra Kolip,
Universität Bremen*

„Eine Befolgung der derzeit existierenden Leitlinien sollte die Bedürfnisse der Frauen vollständig abdecken.“

*Prof. Helmut Gohlke,
Deutsche Herzstiftung*

„Die bestehende Vorsorgeuntersuchung – Check-up 35 – sollte vollständig genutzt werden. Allerdings wurde diese um das EKG gekürzt!“

*Dr. Diethard Sturm,
Deutscher
Hausärzteverband*

Die Mehrheit der Experten verneint allerdings die Hypothese, nach der "typische und hinlänglich bekannte Symptome einer kardiovaskulären Erkrankung bei Frauen voreilig und ohne gründliche diagnostische Abklärung als psychosomatische Beschwerden qualifiziert würden". Einzelne Experten räumen ein, dass Frauen Herz-Kreislauf-Erkrankungen möglicherweise anders beurteilen könnten als Männer.

Die Erforschung kardiovaskulärer Erkrankungen speziell bei Frauen ist vergleichsweise jung: Erst seit Beginn der 90er Jahre werden Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen zunehmend in der medizinischen Forschung untersucht. Zuvor wurden nahezu alle wissenschaftlichen Studien zu diesem Erkrankungsspektrum ausschließlich mit Männern durchgeführt. In der Folge galt beispielsweise das klassische Leitsymptom eines Herzinfarktes, ein plötzlicher Brustschmerz, auch für Frauen als wichtigstes Warnsignal.

Wie könnte die Versorgungssituation von Frauen mit kardiovaskulären Erkrankungen nach Einschätzung der Experten verbessert werden?

Die Hälfte der Experten befürwortet die Erstellung neuer medizinischer Leitlinien oder die Ergänzung bzw. Anpassung bestehender Leitlinien an die speziellen Erfordernisse von Frauen.

Die anderen Experten äußerten:

- Eine Umsetzung der bisherigen Leitlinien würde die Bedürfnisse auch der Frauen abdecken.
- Bislang existiert keine Datenbasis für die Erstellung neuer Leitlinien speziell für Frauen.

Einige Experten befürworten die Intensivierung der ärztlichen Fortbildung zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen.

Mehrheitlich sehen die Experten allerdings keinen Sinn in der Einführung einer neuen Vorsorgeuntersuchung im Hinblick auf kardiovaskuläre Risiken speziell für Frauen.

Frauen unterschätzen ihr kardiovaskuläres Erkrankungsrisiko. Nur jede Zweite der 50- bis 70-Jährigen, die den so genannten Check-up 35 kennen, nimmt auch regelmäßig daran teil. Weitere Aufklärung und Information ist wichtig. Dies gilt nicht nur für Risikofaktoren sondern insbesondere auch für das Beschwerdebild eines Infarktes bei Frauen: Frauen weisen im Vergleich zu Männern häufig andere Symptome auf, was dazu führen kann, dass der Herzinfarkt nicht als solcher erkannt wird. Dies könnte auch ein Erklärungsansatz für die längere Prähospitalzeit von Frauen mit Infarkt sein. Inwieweit dieser Aspekt sowie das Vorliegen von Risikofaktoren, wie Diabetes mellitus Typ II, darüber hinaus eine möglicherweise höhere Krankenhaussterblichkeit von Frauen erklärt, bleibt offen. Die Experten geben ein insgesamt heterogenes Meinungsbild zur medizinischen Versorgungssituation von Frauen mit kardiovaskulären Erkrankungen ab: Nicht alle sehen Defizite in der Akut- und Langzeittherapie, wenngleich Wissensdefizite – speziell bei den Risikofaktoren und Symptomen – auch auf Seiten der Ärzte eingeräumt werden. Handlungsbedarf wird hier neben der Aufklärung der Frauen deshalb auch in der Intensivierung der ärztlichen Fortbildung zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen gesehen.

3.4 Wie kann das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gesenkt werden?

Der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen kommt mit Blick auf den steigenden Anteil älterer Menschen und der damit verbundenen höheren Zahl von Erkrankungsfällen in der Bevölkerung eine zentrale Bedeutung zu. Dabei steht der eigene Lebensstil im Zentrum: Je früher damit begonnen wird, Risikofaktoren zu minimieren, desto besser. Spätestens ab dem 40. Lebensjahr sollten Frauen mit der Risikoreduktion beginnen, empfiehlt der wissenschaftliche Beirat der "Initiative Frauenherz"¹².

Bei der Prävention der HKE steht der Lebensstil im Mittelpunkt

Was kann konkret getan werden?

Die erste evidenzbasierte „Leitlinie zur Prävention koronarer Herzerkrankungen bei Frauen“ wurde 2004 von der American Heart Association (AHA) veröffentlicht¹³: Neben der Entwöhnung des Rauchens, stehen auf Seiten des Lebensstils die körperliche Aktivität und eine gesunde Ernährungsweise im Mittelpunkt präventiver Maßnahmen (vgl. Tabelle 6).

Nicht Rauchen, mehr Bewegung, gesünder Essen

Tabelle 6: Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen: Empfehlungen

Rauchen	<ul style="list-style-type: none"> • Vollständige Entwöhnung
Körperliche Aktivität	<ul style="list-style-type: none"> • An den meisten, vorzugsweise allen Tagen in der Woche sollte für mindestens 30 min eine moderate bis intensive körperliche Aktivität absolviert werden (z.B. Walking, Nordic Walking, Radfahren)
Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Ernährung sollte ballaststoffreich, kaloriengerecht und fettarm sein. • Der Anteil an so genannten gesättigten Fettsäuren (vornehmlich in tierischen Produkten enthalten) sollte gering sein. Dafür ist ein hoher Anteil an einfach und mehrfach ungesättigten Fettsäuren (Olivenöl, Rapsöl), insbesondere an so genannten Omega-3-Fettsäuren (fetter Seefisch, Leinöl, Rapsöl), zu bevorzugen. • Insgesamt entspricht die Lebensmittelauswahl weitgehend der „Mittelmeerkost: Viel Obst und Gemüse und Salate, Vollkorngetreideprodukte, fettarme Milchprodukte, Fisch und Hülsenfrüchte, Geflügel und fettarmes rotes Fleisch.

Quelle: Eigene Zusammenstellung nach Vorgaben der AHA

¹² 2004 schlossen sich Kardiologinnen und Kardiologen zur Aktion Frauenherz zusammen (www.frauenherz.info.de).

¹³ Mosca et al.: Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women. *Circulation* 109: 672ff (2004).

Risikofaktor Rauchen und „Pille“ spezifisch weiblich

Die genannten Empfehlungen zur körperlichen Aktivität und zur Ernährung tragen auch maßgeblich dazu bei, den koronaren Risikofaktoren Übergewicht, Diabetes mellitus Typ II, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen vorzubeugen.

Die Empfehlung, mit dem Rauchen aufzuhören, hat einen besonders hohen Stellenwert für die Raucherinnen, die parallel die „Pille“ nehmen. Im Rahmen der Vorstellung der kardiovaskulären Risikofaktoren wurde bereits eindringlich darauf hingewiesen, dass sich das Herzinfarktrisiko bei rauchenden Frauen unter Pilleneinnahme dramatisch erhöht. Dies ist in der Tat eine spezifisch weibliche Risikokonstellation, auf die auch hier nochmals explizit hingewiesen werden soll.

Ein bewusster Umgang mit kardiovaskulären Risikofaktoren bedeutet speziell für Frauen im mittleren Alter, sich auch mit der Einnahme von Hormonen in und nach den Wechseljahren kritisch auseinanderzusetzen.

„Die Einnahme von Hormonen in der Postmenopause schützt vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen – das war bis vor wenigen Jahren ein Dogma.“

*Dr. Diethard Sturm,
Deutscher
Hausärzteverband*

Denn während die so genannte Hormonersatztherapie in ihrem Wirkungsspektrum lange auch als protektiver Faktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen galt, zeigt sich in den letzten Jahren zunehmend, dass das Risiko für Herzinfarkte und Schlaganfälle erhöht ist¹⁴. Grund genug, das Thema „Hormontherapie in den Wechseljahren“ in einem Exkurs etwas näher zu beleuchten.

Exkurs: Hormontherapie in den Wechseljahren

Viele Frauen leiden in den Wechseljahren unter verschiedenen Beschwerden, die aus der Abnahme der Östrogenproduktion im Körper resultieren. Besonders häufig treten Hitzewallungen und Schweißausbrüche – so genannte vasomotorische Symptome – auf, auch vaginale Beschwerden werden oft genannt.

Gemäß den im Jahr 2004 aktualisierten Konsensempfehlungen zur Hormontherapie im Klimakterium und in der Postmenopause¹⁵ ist die Behandlung vasomotorischer Beschwerden der wichtigste Indikationsgrund einer Hormontherapie.

Daneben galt die Prävention einer Osteoporose und der dadurch bedingten Knochen- und Wirbelkörperfrakturen seit langem als eine weitere Indikation für eine Hormontherapie. Inwieweit dies heute noch gerechtfertigt ist, bleibt mit Blick auf unterschiedliche Empfehlungen unklar:

Wechseljahresbeschwerden Hauptindikation einer Hormontherapie

¹⁴ Farquhar CM et al.: Long term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women. Cochrane Database Systematic Review, Ausgabe 3/3 (2005).

¹⁵ Klimakterium ist eine andere Bezeichnung für den Begriff Wechseljahre bzw. Menopause, Postmenopause bezeichnet die Zeit nach den Wechseljahren. Vgl. „Konsensempfehlungen zur Hormontherapie im Klimakterium und in der Postmenopause“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2004).

Den bereits genannten Konsensempfehlungen zu Folge ist die Hormontherapie zur Prävention dieses Erkrankungsgeschehens geeignet, die dafür erforderliche Langzeittherapie aber mit potenziellen Risiken verbunden.

In den Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft wird die Osteoporoseprophylaxe dagegen aufgrund der nur geringen Abnahme der Frakturhäufigkeit und des erhöhten Risikos für andere Erkrankungen nicht als Indikation einer Hormontherapie empfohlen, es sei denn, andere Therapieformen sind nicht geeignet. Nur dann sollte eine Hormontherapie eingesetzt werden.

Darüber hinaus galt die Hormontherapie ebenfalls lange als ein Schutzfaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Aufgrund von Studienergebnissen der letzten Jahre, die zeigen, dass das Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko nicht verringert sondern erhöht ist, wird die Hormontherapie in den Konsensempfehlungen jedoch nicht mehr als geeignete Präventionsmaßnahme gewertet. Damit liegt hier keine Indikation mehr für eine Hormontherapie vor.

Neben dem beobachteten höheren Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse nach Hormongabe ist vor allem das Risiko für Thrombosen und auch für Brustkrebs erhöht. Das Risiko für Dickdarmkrebs wird dagegen gesenkt.

Diese unterschiedlichen Effekte einer Hormontherapie verdeutlichen, wie wichtig im Einzelfall eine Risiko-Nutzen-Abwägung ist. In den Empfehlungen zur Anwendung einer Hormontherapie wird eine Risiko-Nutzen-Abwägung gemeinsam mit der Rat suchenden Frau gefordert und darauf hingewiesen, dass eine derartige Therapie nur bei bestehender Indikation – primär der Behandlung vasomotorischer Symptome – angewendet werden sollte. Doch wie sieht die Praxis aus?

Aus welchen Gründen erhalten Frauen eine Hormontherapie in den Wechseljahren?

Im Rahmen der DAK-Bevölkerungsbefragung wurde den Gründen für die Einnahme von Hormonen in den Wechseljahren nachgegangen.

Zunächst wurde dafür im Vorfeld bei den 1.004 befragten Frauen zwischen 50 und 70 Jahren erfragt, ob gegenwärtig Hormone eingenommen werden oder zu einem früheren Zeitpunkt schon einmal eingenommen worden sind. Die Befragung ergab, dass nur 15 % aktuell Hormone einnehmen (vgl. Abbildung 26). 55 % und damit über die Hälfte der Frauen haben noch nie Hormone eingenommen.

Bei den Frauen, die Hormone einnehmen (N=148), wurden in einer anschließenden Frage die Gründen für die Hormoneinnahme erfragt, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

Osteoporoseprävention mit Hormonen wegen Langzeitrisiken umstritten

Hormone schützen nicht vor HKE: Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko zum Teil sogar erhöht

Hormone erhöhen Thrombose- und Brustkrebsrisiko

Individuelle Risiko-Nutzen-Abwägung vor Hormonnahme wichtig

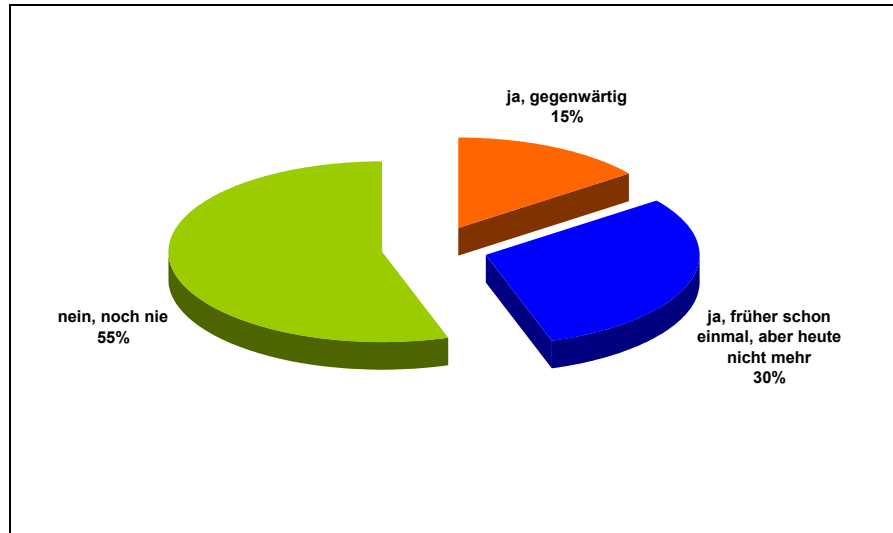
15 % der befragten Frauen nehmen aktuell Hormone

61,5 % der aktuell behandelten Frauen nennen Wechseljahresbeschwerden als ein Grund der Hormonnahme

61,5 % dieser Frauen gaben an, Hormone aufgrund von starken Wechseljahresbeschwerden einzunehmen. Als weitere, häufig angeführte Gründe wurden die Vorbeugung bzw. Behandlung von Osteoporose von 34,3 % sowie die Einnahme von Hormonen ganz allgemein gegen die Folgen des Alterns von 22,6 % genannt (vgl. Abbildung 27).

Abbildung 26

**Abb. 26
Frage 5
„Nehmen Sie persönlich gegenwärtig ein Hormonpräparat ein oder haben Sie früher schon mal eines genommen?“**

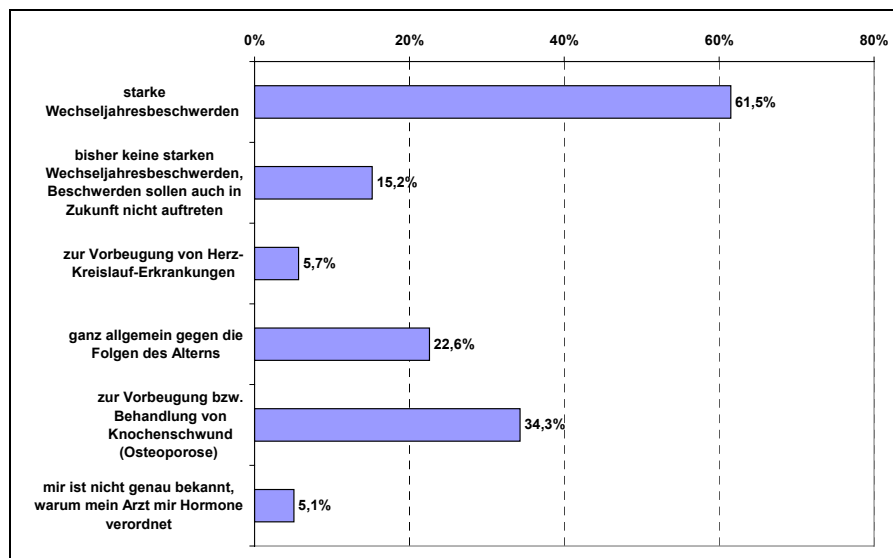


Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2005

Abbildung 27

**Abb. 27
Frage 6
„Was ist bei Ihnen der Grund für die Hormonbehandlung?“**

(die Frage richtete sich nur an Frauen, die aktuell Hormone einnehmen N=148, Mehrfachnennungen waren möglich)

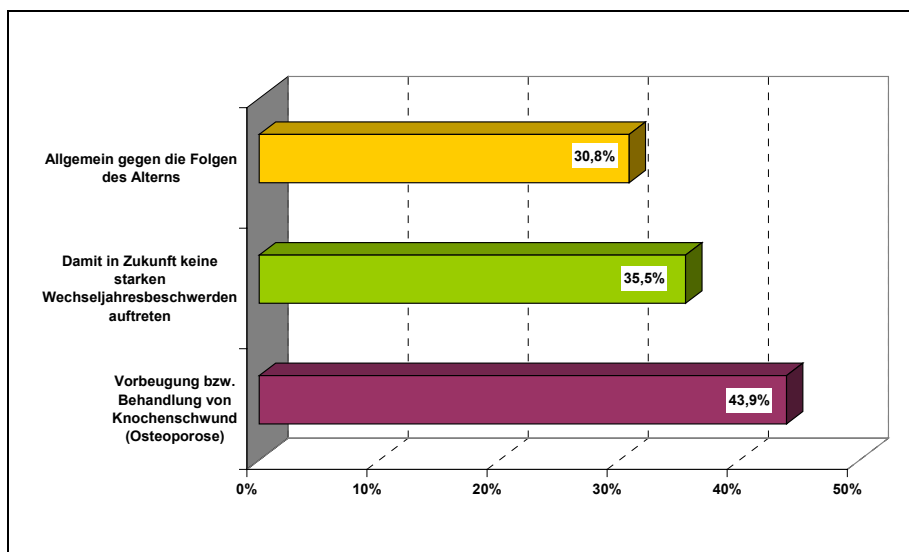


Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2005

Zwar nannte mit 61,5 % der überwiegende Teil der Frauen die Hauptindikation starke Wechseljahresbeschwerden als Behandlungsgrund für eine Hormontherapie, 38,5 % gaben dies aber gleichwohl nicht an (N=57). Warum nehmen diese Frauen Hormone?

Dieser Frage wurde im Rahmen einer differenzierteren Auswertung des Befragungsergebnisses nachgegangen (vgl. Abbildung 28).

Abbildung 28



Quelle: DAK Bevölkerungsbefragung 2005

Als häufigste Gründe für eine Hormoneinnahme wurden genannt:

- Zur Vorbeugung bzw. Behandlung von Osteoporose (44 %)
- Prävention von Wechseljahresbeschwerden (36 %)
- Ganz allgemein gegen die Folgen des Alterns (31 %)

Zusammenfassend nimmt zwar der überwiegende Teil der Frauen Hormone aufgrund von Wechseljahresbeschwerden, dennoch gibt von den Frauen, die nicht unter Wechseljahresbeschwerden leiden, nahezu jede Zweite als Einnahmegrund die Vorbeugung oder Behandlung von Osteoporose an. Vor dem Hintergrund, dass diese Indikation für eine Hormontherapie in der Fachwelt nicht einheitlich bewertet wird und die erforderliche Langzeittherapie mit Risiken verbunden ist, ist dieser hohe Anteil bedenkenswert.

Auch die beiden weiteren, häufig genannten Gründe – die Prophylaxe von Wechseljahresbeschwerden und die Einnahme von Hormonen allgemein gegen die Folgen des Alterns – sind mit Blick auf die Risiken einer Hormontherapie als sehr bedenklich einzustufen.

38,5 % nehmen Hormone ohne Wechseljahresbeschwerden

Abb. 28 Frage 6 „Was ist bei Ihnen der Grund für die Hormonbehandlung?“

(Die Frage richtete sich nur an Frauen, die Hormone nicht aufgrund von Wechseljahresbeschwerden einnehmen, N=57, Mehrfachnennungen waren möglich: Dargestellt sind die drei häufigsten Gründe)

Einnahmegründe keine Indikation

Nicht alle Frauen leiden unter Wechseljahresbeschwerden

„Die Meinung, Hormone würden vor einer KHK schützen, war ein langjähriger, großer Irrtum, dem die Ärzte und die Bevölkerung gleichermaßen anheim gefallen sind.“

*Prof. Bernhard Rauch,
Institut für Herzinfarktfor-
schung Ludwigshafen*

„Die Erkenntnis, dass Hormonersatztherapie in der Postmenopause sich eher ungünstig auswirkt, ist relativ neu und daher möglicherweise noch nicht ausreichend verbreitet.“

*Prof. Helmut Gohlke,
Deutsche Herzstiftung*

Empfehlungen zur Hormontherapie von einigen Gynäkologen nicht akzeptiert

Ärzte klären Frauen unzureichend auf

Etwa ein Drittel bis ein Viertel aller Frauen weist keine oder nur leichte Beschwerden in den Wechseljahren auf. Eine Prophylaxe ist vor diesem Hintergrund fragwürdig und stellt auch keine Indikation einer Hormontherapie dar. Selbiges gilt für den Alterungsprozess.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse stellt sich die Frage, warum so viele Frauen Hormone ohne gesicherte Indikation trotz der mit der Einnahme verbundenen Risiken nehmen?

Warum erhalten Frauen Hormone ohne bestehende Indikation gemäß den aktuellsten Empfehlungen?

Im Rahmen der DAK-Expertenbefragung wurden die Fachleute gebeten mit Blick auf das kardiovaskuläre Erkrankungsrisiko auch zur Hormontherapie Stellung zu beziehen.

Die Expertenbefragung hat mehrheitlich ergeben, dass sowohl Frauen als auch Ärzte meinen, die Hormontherapie würde vor einer kardiovaskulären Erkrankung schützen und das Risiko aus diesem Grund zu wenig beachten. Dennoch ist auch hier die Einschätzung nicht homogen: Ein Experte vertritt die Auffassung, dass Hormone das Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht fördern.

Auch eine andere Expertenbefragung – repräsentativ durchgeführt mit rund 400 niedergelassenen Frauenärzten im Rahmen einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zur Hormontherapie in den Wechseljahren¹⁶ – hat gezeigt, dass viele Frauenärzte noch immer die gesundheitlichen Risiken einer Hormontherapie unterschätzen: 80 % meinen, die Risiken würden überbewertet.

Es zeigte sich außerdem, dass die Empfehlungen zur Hormontherapie (Indikationsstellung, Wirkungsspektrum) nicht von allen akzeptiert werden: Mehr als die Hälfte der befragten Gynäkologen hält eine Hormonbehandlung für wichtig, um dem Alterungsprozess der Frauen entgegenzuwirken. 36 % stufen eine Hormontherapie noch immer als geeignet ein, Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorzubeugen, lediglich 35 % stimmen dieser Aussage nicht zu.

Da verwundert es nicht, dass nach Ergebnissen einer Forsa-Umfrage aus dem Jahr 2003, 63 % der Frauen, die Hormone einnahmen, von ihren Ärzten nicht über Risiken wie Herzinfarkt und Schlaganfall aufgeklärt worden sind¹⁷.

¹⁶ vgl. Klauber J. und Zawinell A: Hormontherapie – Gesundheitsrisiken unterschätzt. Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 7-8 (2005).

¹⁷ Forsa-Umfrage im Auftrag der Zeitschrift Stern und des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003).

Die Hormontherapie in den Wechseljahren steht seit einigen Jahren zunehmend in der Kritik. Dies ist allerdings offenbar, nach Einschätzung der Experten und den Ergebnissen der WIdO-Studie, noch nicht hinreichend in der ärztlichen Praxis angekommen. Zahlreiche Studien haben Risiken aufgezeigt, die in der Konsequenz eine sorgfältigere Risiko-Nutzen-Abwägung einer Hormongabe auf individueller Ebene notwendig machen. Frauen sollten über die Risiken einer Hormontherapie in den Wechseljahren stärker aufgeklärt werden, insbesondere, wenn die Beweggründe einer Hormoneinnahme nicht symptomgeleitet sondern rein prophylaktischer Natur sind.

**Hormontherapie
zunehmend kritisch
bewertet**

Herz-Kreislauf-Erkrankungen kann durch einen Verzicht auf das Rauchen, eine ausgewogene Ernährung sowie regelmäßige körperliche Aktivität vorgebeugt werden. Zu einem risikobewussten Verhalten gehört darüber hinaus gerade für Frauen im mittleren Alter die kritische Auseinandersetzung mit einer eventuellen Hormontherapie. Studien haben gezeigt, dass Hormone nicht – wie lange angenommen – vor kardiovaskulären Erkrankungen schützen. Gegenteiliges scheint sogar der Fall zu sein: Das Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko ist unter Hormoneinnahme erhöht. Hormone sollten nach derzeitigen Empfehlungen in erster Linie nur bei Vorliegen von Wechseljahresbeschwerden verordnet werden. Die Realität scheint jedoch eine andere zu sein: Zwar nimmt der überwiegende Teil der Frauen Hormone aufgrund derartiger Beschwerden, viele nehmen Hormone aber auch aus fragwürdigen Beweggründen, die nicht zweifelsfrei als Indikation empfohlen sind. Ursachen hierfür könnten wiederum Aufklärungsdefizite und eine nachgiebige Verordnungspraxis auf Seiten der Frauenärzte sein: Nicht alle Frauenärzte ordnen die neueren wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechend ein, d.h., es bestehen nach wie vor weit verbreitet veraltete Meinungen zu Risiken und Nutzen einer Hormontherapie. Dies könnte eine geforderte individuelle Risiko-Nutzen-Abwägung mit der Patientin behindern.

3.5 Herz-Kreislauf-Erkrankungen – Neue Präventions- und Versorgungsansätze der DAK

Der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen kommt mit Blick auf den steigenden Anteil älterer Menschen und der damit verbundenen höheren Zahl von Erkrankungsfällen in der Bevölkerung eine zentrale Bedeutung zu.

Bewegung und gesundes Essen senken HKE-Risiko

Um die Krankheitslast zu senken, stehen Maßnahmen zur Minimierung kardiovaskulärer Risiken im Blickpunkt des Interesses: Neben dem Rauchverhalten, betrifft dies – wie bereits genannt – vor allem die körperliche Aktivität und eine gesunde Ernährungsweise.

Besonders Frauen nutzen Präventionsangebote der Krankenkassen

Entsprechende Angebote von Seiten der Krankenkassen zur Primärprävention von Erkrankungen werden dem Präventionsbericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Folge mit anteilig 75 % vornehmlich von Frauen genutzt. 62 % aller Kursteilnehmer waren zudem im Alter von 30 bis 59 Jahren. Hier gilt es, das Angebot weiter auszubauen und zu verbessern.

„Die Risiken Diabetes, Übergewicht und Bewegungsmangel nehmen gerade bei Frauen im mittleren und höheren Lebensalter immer weiter zu, ohne dass geeignete Interventionsstrategien zum Tragen kommen.“

*Prof. Hartmut Gülker,
Herzzentrum Wuppertal*

„Gesundheit beginnt im Kopf“ – Doch Wissen alleine reicht häufig nicht aus

Vielen Menschen fällt es schwer, ihren Lebensstil nachhaltig zu verändern. Die meisten Lebensstiländerungen entfalten ihren Effekt auf die Gesundheit jedoch nur dann, wenn sie auch langfristig aufrechterhalten werden.

Die DAK greift diese Problematik auf und geht mit einer wissenschaftlichen Studie in Kooperation mit der Universität Hamburg zur Selbstregulation von Gesundheitsverhalten neue, innovative Wege in der Verhaltensprävention.

Gesundheit beginnt im Kopf: Von der Fantasie zum Ziel zum gesunden Lebensstil - Neue Studie der DAK und der Universität Hamburg hilft gesunden Lebensstil zu verwirklichen

„Für die gesundheitliche Versorgung sind nicht nur für Frauen bessere Studien zur Lebensstilmodifikation sinnvoll.“

*Dr. Sandra Dunkelberg,
Deutsche Gesellschaft
für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin*

Zusammen mit dem Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg, hat die DAK in einer Studie unter Leitung von Prof. Dr. Gabrielle Oettingen und Diplom-Psychologin Gertraud Stadler neue Techniken zur Lebensstiländerung erprobt. Erstmals wurde ein von Prof. Dr. Oettingen entwickelter Ansatz der Motivationsforschung in der Gesundheitsförderung angewandt. Kern dieses neuen Ansatzes ist das Gegenüberstellen von positiver Zukunft und möglichen Hindernissen (mentales Kontrastieren) in erstmaliger Kombination mit der Erarbeitung konkreter Durchführungsstrategien. Letztere wurden methodisch von Prof. Dr. Peter Gollwitzer von der Universität Konstanz entwickelt.

Innovativ ist nicht nur das Studiendesign, die DAK setzt auch mit Blick auf das Studienziel – Senkung des kardiovaskulären Risikos durch mehr Bewegung und eine gesündere Ernährung – bei der Wahl der Studienteilnehmer wichtige Akzente: Durchgeführt wurde die Studie mit gesunden DAK-versicherten Frauen im Alter von 30 bis 50 Jahren.

Die DAK setzt damit nicht nur theoretisch im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas ihren Focus auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen, sondern sieht auch bei der Weiterentwicklung ihrer Präventionsangebote für die Praxis großen Bedarf.

Und die Ergebnisse der Studie sind viel versprechend: Frauen, die die neue Technik anwandten, trieben auch nach vier Monaten Studiendauer noch wesentlich mehr Sport und ernährten sich gesünder als die Vergleichsgruppe, die nur Informationen hinsichtlich eines gesunden Lebensstils erhielt. Dies zeigt wiederum, dass Wissen allein nicht ausreicht. Die DAK setzt nun alles daran, die Ergebnisse in die Praxis, die Prävention, aber auch in die Rehabilitation, zu übertragen.

Frauen können aber auch schon jetzt mit Hilfe eines speziellen Motivationsprogramms der DAK sprichwörtlich durchstarten, um ihr kardiovaskuläres Erkrankungsrisiko durch mehr Bewegung und eine gesündere Ernährung zu senken.

Frauen starten durch – das Motivationsprogramm der DAK

Das Programm richtet sich speziell an Frauen zwischen 30 und 60 Jahren. Im Zentrum stehen auch hier mehr Bewegung und ein gesünderes Essverhalten. Neben vielen Tipps ist der besondere Bestandteil dieses Programms ein Appell, den Lebensstil nicht im Alleingang zu ändern, sondern sich einen Partner (Freundin, Kollegin, Bekannte, Schwester etc.) für ein so genanntes Cross-Coaching zu suchen - frei nach dem Motto „Zu zweit geht es leichter“. Damit die Umsetzung der Verhaltensänderung im Alltag leichter fällt, helfen Ernährungs- und Bewegungspunkte als Orientierung. Mit dem Sammeln dieser Punkte können die eigenen Erfolge sichtbar gemacht und dokumentiert werden.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden von vielen Frauen unterschätzt, mit diesem Programm liefert die DAK nicht nur einen wichtigen Beitrag zur Aufklärung sondern zeigt auch gleich praxisnahe Wege auf, das eigene Risiko zu senken.

Die DAK bietet ihren Versicherten neben dem hier speziell für Frauen vorgestellten Programm eine Vielzahl von Angeboten zur Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen an. Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen können außerdem Angebote aus den Bereichen integrierte Versorgung und dem DAK-Gesundheitsprogramm „Koronare Herzkrankheit“ nutzen.

„Mehr Bewegung schaffen – erst in den Köpfen und dann in den Beinen.“

*Dr. Diethard Sturm,
Deutscher
Hausärzteverband*

Wissen allein reicht nicht aus

Spezielles Motivationsprogramm für Frauen bereits im Angebot

„Zu Zweit geht es leichter“ – Cross-Coaching Kernelement des Ess- und Bewegungsprogramms

„Wichtig ist der Aufbau und die Förderung von Präventions- und Rehabilitationsprogrammen, die an den Bedürfnissen von Frauen orientiert sind.“

*Prof. Bernhard Rauch,
Institut für Herzinfarktforschung
Ludwigshafen*

Kooperationsprojekte im Rahmen einer Integrierten Versorgung (IV) für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die koronare Herzkrankheit und den Schlaganfall

Auf regionaler Ebene gibt es für DAK-Versicherte im Rahmen der Integrierten Versorgung zahlreiche Behandlungsnetzwerke für Herzkreislauf-Erkrankungen.

Qualitätsgesicherte Therapieabläufe, mehr Lebensqualität und Beratung

Ziele dieses Versorgungsmodells sind die Sicherstellung qualitätsgesicherter Therapieabläufe mit einer nahtlos aufeinander abgestimmten medizinischen Versorgung und eine bessere Beratung für DAK-Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen. Im Zentrum steht die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen.

IV-Kooperationen der DAK für die koronare Herzkrankheit

Kooperationen in Brandenburg ...

In der Region Brandenburg bestehen Kooperationen mit den Kliniken Uckermark und Barnim, den Krankenhäusern Angermünde und Prenzlau, wo vornehmlich die Akutversorgung stattfindet, und der Rehabilitationsfachklinik Wolletzsee.

... Berlin

In Berlin besteht eine Kooperation mit dem St. Getraudenkrankenhaus und der kardiologischen Gemeinschaftspraxis Dres. Levensen / Albrecht / Eisenhut.

... und Hamburg

Eine weitere Kooperation besteht mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Einrichtungen sind auf KHK spezialisiert

Alle Einrichtungen sind auf die Diagnostik und Therapie der koronaren Herzkrankheit spezialisiert und arbeiten eng mit Kollegen aus der Umgebung zusammen.

Neben den genannten Kooperationen im Rahmen der integrierten Versorgung bietet das DAK-Gesundheitsprogramm „Koronare Herzkrankheit“ eine umfassende Betreuung für Patienten mit dieser Erkrankung an ihrem Wohnort. Ansprechpartner ist der behandelnde Arzt vor Ort.

IV-Kooperationen der DAK für den Schlaganfall

Kooperationen in der Region Mainz

In der Region Mainz kooperiert die DAK mit der Klinik und Poliklinik für Neurologie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, der Rehabilitations-Klinik Rheingrafenstein in Bad Münster am Stein-Ebernburg und dem NRW Neurologischen Reha-Zentrum Wiesbaden.

Patientennetz für Schlaganfallpatienten

Mit dem beta Institut für Sozialmedizinische Forschung und Entwicklung in Augsburg hat die DAK eine Kooperation in Form eines Patientennetzes für Schlaganfallpatienten. In die Kooperation einbezogen sind außerdem ausgesuchte Ärzte und Kliniken.

Gemeinsames Ziel ist die Verbesserung der Behandlung in der Akut-Phase und in der Rehabilitation nach einem Schlaganfall, damit eine Pflegebedürftigkeit und ein erneuter Schlaganfall vermieden werden können.

Herzsport – wichtig in der Rehabilitation

Als ergänzende Behandlungsmöglichkeit bietet die DAK ihren Versicherten die Kostenübernahme von Herz-Sportkursen an. Dieser, in der Gruppe und unter ärztlicher Aufsicht durchgeführte, Rehabilitationssport speziell für herzkranken Menschen trägt dazu bei, Ausdauer, Kraft, Koordination und Flexibilität zu verbessern. Ziele sind außerdem, die eigene Belastungsgrenze kennen zu lernen und zum eigenverantwortlichen Bewegungstraining zu motivieren. Die Notwendigkeit von Herzsport kann vom behandelnden Arzt auf einer Verordnung festgestellt werden. Bei der Kostenübernahmeentscheidung legt die DAK den einheitlichen begrenzten Leistungsumfang fest.

Herzsport wichtig in der Rehabilitation der HKE

Das Angebot neuer Präventions- und Versorgungsansätze ist ein Hauptanliegen der DAK. Mit dem Programm „Frauen starten durch“ bietet die DAK ein spezielles Motivationsprogramm für Frauen, das auf einem so genannten „Cross-Coaching“ basiert: Frauen sollen das Programm nicht im Alleingang sondern zu zweit mit einer Gleichgesinnten durchführen. Kernelement ist die Umstellung der Ess- und Bewegungsgewohnheiten zur Senkung des kardiovaskulären Erkrankungsrisikos. Um das Angebot weiter zu verbessern, geht die DAK in diesem Bereich auch in der Forschung neue Wege: Getreu dem Motto „Wissen alleine reicht nicht“ wurden im Rahmen einer Studie neue Ansätze aus der Motivationsforschung mit viel versprechenden Ergebnissen in der Praxis erprobt. Auch im Bereich der integrierten Versorgung hält die DAK zahlreiche Angebote für ihre Versicherten bereit: Therapieabläufe bei der koronaren Herzkrankheit und dem Schlaganfall sind in regionalen Kooperationen aufeinander abgestimmt und verbessern die Lebensqualität und Versorgung der Betroffenen.

3.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen gelten vornehmlich als „männliches“ Gesundheitsrisiko. Die Realität sieht jedoch anders aus: Mehr als jede zweite Frau erliegt einer kardiovaskulären Erkrankung. Insgesamt betrachtet sind Frauen nicht weniger sondern erst später betroffen als Männer. Im Durchschnitt treten Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen etwa 10 bis 15 Jahre später auf. Dies hat zur Folge, dass kardiovaskuläre Erkrankungen für den Krankenstand und das Krankenhaustagevolumen bei Frauen im mittleren Alter eine geringere Rolle spielen als für Männer. Die Analyse der Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhaustage aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems bei Frauen im mittleren Lebensalter für das Jahr 2005 kommt zu folgenden Ergebnissen:

- Bei 45- bis 49-jährigen im Vergleich zu über 60-jährigen Frauen entfallen 2005 bundesweit lediglich 4,2 % zu 6,5 % des AU-Volumens auf Krankheiten des Kreislaufsystems (**Niedersachsen: 3,9 % zu 4,5 %**). Die Zahl der Erkrankungsfälle steigt von 3,3 auf 5,3 je 100 Versicherungsjahre (**Niedersachsen: 2,8 auf 4,5**) und die Falldauer nimmt von 17,3 auf 23,4 Tage zu. In **Niedersachsen** liegt die Falldauer in beiden Altersgruppen bei **19,6 Tage**.
- Insbesondere der deutliche Anstieg der Falldauer führt 2005 dazu, dass im Altersverlauf die Zahl der Fehltage mit 115 % stärker ansteigt als bei den für den Krankenstand wichtigsten Erkrankungen, den Erkrankungen des Muskel-Skelett- und Atmungssystems. In **Niedersachsen** steigt die Zahl der Fehltage über die vier Altersgruppen hinweg nur um 60 %. Es ist jedoch hervorzuheben, dass zwischen den Gruppen der 45- bis 49-jährigen und 55- bis 59-jährigen Frauen die Fehltage um 111 % zunehmen. Ursächlich für den deutlichen Rückgang zwischen den beiden höheren Altersgruppen könnte der „healthy-worker-effect“ sein.
- Innerhalb der Kreislauferkrankungen entfällt der höchste Anteil an Fehltagen auf Bluthochdruckkrankheiten. Diese nehmen zusammen mit ischämischen Herzkrankheiten im Altersverlauf am stärksten zu. Auch sonstige Formen einer Herzkrankheit steigen an. Der Anteil zerebrovaskulärer Krankheiten bleibt konstant. Krankheiten der Venen sind zwar für den Krankenstand bedeutsam, zählen aber nicht zu den schwerwiegenden Erkrankungen dieser Gruppe und wurden deshalb nicht näher betrachtet.
- Innerhalb der Gruppe der ischämischen Herzkrankheiten entfällt durchschnittlich ein Viertel der AU-Tage auf akute und wiederholt auftretende Herzinfarkte. Insgesamt hat der Infarkt für den Krankenstand bei Frauen im mittleren Alter nur eine geringe Bedeutung. Zahlen des KORA-Herzinfarktregisters Augsburg deuten allerdings darauf hin, dass die Zahl der Infarkte gerade in diesem Alter bei Frauen in den letzten Jahren zugenommen hat.
- Auch der zu den zerebrovaskulären Krankheiten zählende Schlaganfall spielt für den Krankenstand nur eine untergeordnete Rolle, wenngleich diese größer ist als die des Herzinfarktes.

- Die Auswertung der KH-Daten für das Jahr 2005 zeigt, dass im Bundesdurchschnitt Kreislauferkrankungen bei Frauen im mittleren Alter mit 7,1 % bis 13,2 % insgesamt einen höheren Anteil am Krankenhaustagevolumen haben als am AU-Volumen. Die stärksten Anstiege sind auch hier bei ischämischen und sonstigen Herzkrankheiten zu beobachten. Bluthochdruckerkrankungen haben nur eine geringe

Bedeutung. In Niedersachsen steigt der Anteil der Herz-Kreislauf-Erkrankungen an den Krankenhaustagen bei Frauen im mittleren Alter von 5,3 % auf 12,3 %.

Dennoch, mit Blick auf den sprunghaften Anstieg kardiovaskulärer Erkrankungen nach Ausscheiden aus dem aktiven Erwerbsleben, sollten Frauen spätestens im mittleren Lebensalter beginnen, Risikofaktoren zu minimieren: Eine gesündere Ernährung, mehr Bewegung und ein Nikotinverzicht verringern das Erkrankungsrisiko.

Insbesondere Diabetikerinnen, aber auch Frauen mit Fettstoffwechselstörungen (speziell Hypertriglyceridämie) haben ein höheres Erkrankungsrisiko als männliche Betroffene. Auch treten die Risikofaktoren Bluthochdruck und starkes Übergewicht bei Frauen im mittleren Alter häufiger auf als bei Männern.

Problematisch ist allerdings, dass viele Frauen ihr kardiovaskuläres Erkrankungsrisiko unterschätzen. Die Fachleute der DAK-Expertenbefragung fordern mehrheitlich, dass Frauen stärker über ihr Risiko, die Risikofaktoren und auch die Symptome kardiovaskulärer Erkrankungen, speziell des Herzinfarktes, aufgeklärt werden. Die DAK-Bevölkerungsbefragung mit 1.004 Frauen zwischen 50 und 70 Jahren ergab jedoch, dass nahezu jede zweite Frau, die bereits Risikofaktoren aufweist, bisher nicht mit ihrem Hausarzt über ihr individuelles Risiko gesprochen hat.

80 % der befragten Frauen kennen die so genannte „Gesundheitsuntersuchung“, ein Vorsorgeangebot zur Früherkennung von Risikofaktoren und kardiovaskulären Erkrankungen. Dennoch nimmt nur jede Zweite auch regelmäßig daran teil. Die Übrigen nutzen dieses Angebot nicht oder nur unregelmäßig. Auch wurde nur jede Fünfte dieser Frauen von ihrem Hausarzt zur Teilnahme an dieser Vorsorge aufgefordert. Hier besteht stärkerer Aufklärungsbedarf durch den Hausarzt.

Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass Frauen nach einem Herzinfarkt später ein Krankenhaus erreichen. Ein Missdeuten der Symptome sowie das Fehlen helfender Angehöriger bei im höheren Alter oftmals allein stehenden Frauen könnten auch aus Sicht der Experten hierfür ursächlich sein. Inwieweit Frauen nach einem Infarkt im Krankenhaus häufiger versterben, bleibt hingegen unklar: In einigen Regionen scheint dies so zu sein, in anderen nicht. Die Experten haben ein heterogenes Meinungsbild zur Akut- und Langzeitversorgung von Frauen mit kardiovaskulären Erkrankungen. Insgesamt sollte nach mehrheitlicher Einschätzung die leitliniengerechte Therapie stärker umgesetzt werden. Auch sehen die Fachleute mehrheitlich, dass auf Seiten der Ärzte zudem Wissensdefizite hinsichtlich weiblicher Spezifika bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Risikofaktoren, Herzinfarktsymptome) bestehen. Einige befürworten eine diesbezügliche Intensivierung der ärztlichen Fort- und Weiterbildung.

Ähnliches gilt auch für die Hormontherapie in den Wechseljahren: Die daraus resultierenden Risiken werden offenbar unterschätzt. Gemäß Konsens- und Therapieempfehlungen stellen starke Wechseljahresbeschwerden die Hauptindikation einer Hormonbehandlung dar. Hinterfragt man die Einnahmegründe, so zeigt die DAK-Bevölkerungsbefragung, dass Frauen, die Hormone nehmen (15 %), mehrheitlich unter diesen Beschwerden leiden, 38,5 % aber keine derartigen Beschwerden aufweisen. Diese Frauen geben als häufigste Gründe für die Hormoneinnahme die Vorbeugung bzw. Behandlung einer Osteoporose, die Vorbeugung von Wechseljahresbeschwerden sowie zur Vorbeugung gegen die Folgen des Alterns an: Gründe, die keine eindeutige Indikationsstellung darstellen. Hormone schützen auch nicht vor kardiovaskulären Erkrankungen, wie ursprünglich angenommen. Im Gegenteil, das Infarkt- und Schlaganfallrisiko ist erhöht. Dennoch, auch diese Meinung scheint – wie Expertenbefragungen zeigen – sich noch nicht hinreichend durchgesetzt zu haben.

Die Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen muss stärker in den Vordergrund gerückt werden: Frauen müssen besser über das Erkrankungsrisiko und Risikofaktoren sowie nicht zuletzt auch über Beschwerdebilder aufgeklärt werden. Die DAK möchte mit dem diesjährigen Schwerpunkt im Rahmen ihres Gesundheitsreports ihren Beitrag dazu leisten und die Aufmerksamkeit für dieses Erkrankungsgeschehen auch bei Frauen erhöhen.

Darüber hinaus bietet die DAK bereits spezielle Angebote für Frauen: „Frauen starten durch“ – ein spezielles Motivationsprogramm für eine gesünderes Essverhalten und mehr Bewegung. Die Motivation steht auch im Mittelpunkt eines neuen Ansatzes zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen, der kürzlich bei Frauen wissenschaftlich untersucht wurde: Ziel ist eine langfristige Lebensstiländerung, ebenfalls in den Kernbereichen Ernährung und Bewegung.

Denn Wissen ist Voraussetzung und wichtig, aber eben nicht alles. Die DAK bedient beide Seiten: Frauen sollen Herz-Kreislauf-Erkrankungen auch für sich besser wahrnehmen und frühzeitig vorbeugen.

4 Ursachen für bundeslandspezifische Krankenstandsunterschiede

Der Krankenstand in Niedersachsen lag 2005 mit 3,0% nah am Niveau des bundesweiten DAK-Krankenstandes von 3,1%. Im Folgenden sollen mögliche bundeslandspezifische Ursachen für den Krankenstand näher analysiert werden.

4.1 Wie können bundeslandspezifische Unterschiede im Krankenstand zustande kommen?

Auf der Landkarte der DAK-Krankenstände (Abbildung 5) sind teilweise deutliche regionale Abweichungen zum Bundesdurchschnitt erkennbar: Berlin liegt im Jahr 2005 mit einem Krankenstand von 3,8 % deutlich über und Baden-Württemberg mit nur 2,6 % deutlich unter dem DAK-Bundesdurchschnitt.

Bei Vergleichen zwischen einzelnen Bundesländern oder auch zwischen einem Bundesland und dem Bundesdurchschnitt ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Zusammensetzung der DAK-Versicherten in einem Bundesland deutlich von der Zusammensetzung der DAK-Versicherten bundesweit abweichen kann. Dies gilt zum einen für die Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht. Diese beiden Faktoren werden jedoch in allen DAK-Gesundheitsreports bereits durch ein Standardisierungsverfahren ausgeglichen.

Zum anderen gibt es einen weiteren wichtigeren Faktor, der zu Krankenstandsunterschieden führen kann: Die Wirtschaftsstruktur ist nicht in allen Bundesländern identisch.

Die bundesweiten Zahlen der DAK zeigen, dass Beschäftigte in Wirtschaftszweigen, wie etwa den Öffentlichen Verwaltungen oder dem Gesundheitswesen erheblich höhere Krankenstände haben als Beschäftigte, die beispielsweise bei Banken und Versicherungen oder in der Rechts- und Wirtschaftsberatung arbeiten. Der Gesamtkrankenstand in einem Bundesland hängt aus diesem Grund auch davon ab, wie groß die Anteile von Beschäftigten aus Wirtschaftszweigen mit hohem oder niedrigem Krankenstand an den DAK-Mitgliedern in dem betreffenden Bundesland sind.

In den folgenden Auswertungen wird daher der Einfluss, den die Wirtschaftsstruktur eines Bundeslandes auf den Krankenstand hat, näher beleuchtet.

Regionale Abweichungen der Krankenstände vom Bundesdurchschnitt

Einfluss von Alter und Geschlecht wird ausgeschaltet

Aber: Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand

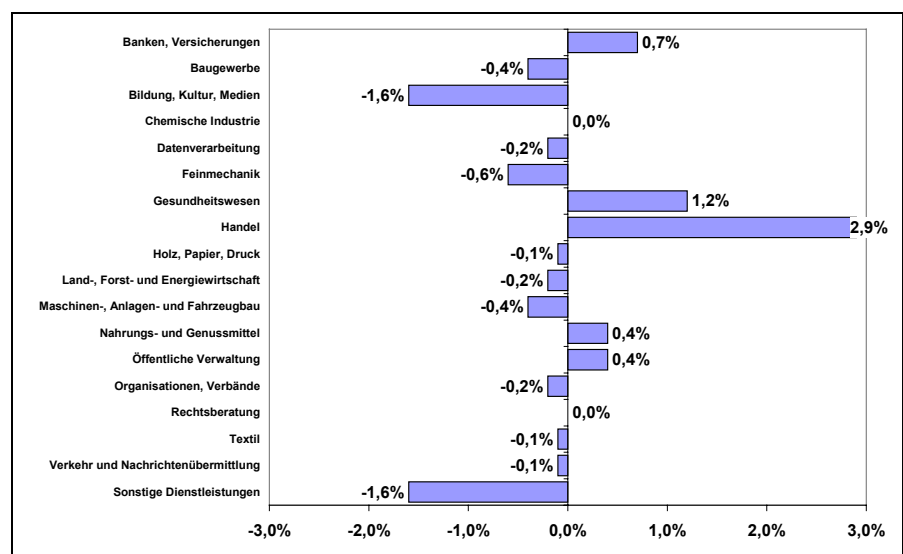
Abweichende Wirtschaftsstruktur kann Auswirkungen auf das Krankenstandsniveau haben

4.2 Die Wirtschaftsstruktur der DAK-Mitglieder in Niedersachsen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Als erstes stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob die Zusammensetzung der DAK-Mitglieder in Niedersachsen nach Wirtschaftsgruppen überhaupt nennenswert vom DAK-Bundesdurchschnitt abweicht. Abbildung 29 zeigt, welche Unterschiede zum Bundesdurchschnitt beim Anteil von Mitgliedern aus unterschiedlichen Wirtschaftsgruppen bestehen.

Abbildung 29

Abb. 29
Abweichungen in der Verteilung der DAK-Mitglieder in Niedersachsen auf Wirtschaftsgruppen 2005 vom DAK-Bundesdurchschnitt



Quelle: DAK AU-Daten 2005

Die Zusammensetzung der Wirtschaftszweige, in denen die DAK-Mitglieder in Niedersachsen beschäftigt waren, zeigt eine gegenüber der DAK insgesamt deutlich abweichende Struktur. Die DAK-Mitglieder in Niedersachsen waren im Vergleich zum Bundesdurchschnitt weniger häufig in den Wirtschaftsgruppen „Bildung, Kultur und Medien“ und „Sonstige Dienstleistungen“ beschäftigt. Nennenswert häufiger waren sie demgegenüber in den Wirtschaftsgruppen „Handel“, „Gesundheitswesen“ sowie „Banken und Versicherungen“ tätig.

Angesichts der Vielzahl kleinerer und größerer Abweichungen in der Wirtschaftsstruktur des Bundeslandes Niedersachsen gegenüber dem DAK-Bundesdurchschnitt lässt sich natürlich nicht auf einen Blick erkennen, ob daraus für das Bundesland insgesamt nun eine krankenzustandserhöhende oder -vermindernde Wirkung resultiert.

4.3 Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand in Niedersachsen

Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf die Höhe des Krankenstandes lässt sich berechnen. Das Ergebnis ist: Die Wirtschaftsstruktur in Niedersachsen wirkte sich minimal ungünstig auf den Krankenstand der DAK-Mitglieder aus.

Abbildung 30

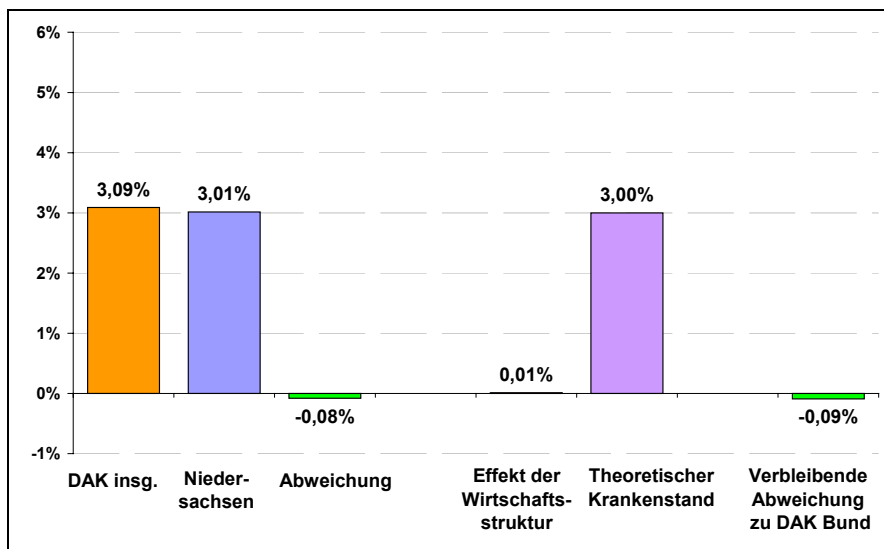


Abb. 30
Einfluss der Wirtschaftsstruktur auf den Krankenstand in Niedersachsen

Quelle: DAK AU-Daten 2005

Abbildung 30 zeigt den Krankenstandsunterschied zwischen Niedersachsen und dem Bund gesamt. Der Krankenstand in Niedersachsen liegt um 0,08%-Punkte unter dem Bundesdurchschnitt. Der Effekt der Wirtschaftsstruktur in Niedersachsen beträgt 0,01%-Punkte. Das bedeutet, dass ein nicht nennenswerter Anteil, nämlich 0,01%-Punkte des Krankenstandes in Niedersachsen, durch eine im Vergleich zum Bundesdurchschnitt „ungünstigere“ Wirtschaftsstruktur bedingt ist.

Für einen fairen Vergleich zwischen den Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt müsste man also den Einfluss der besonderen Wirtschaftsstruktur in Niedersachsen auf den Krankenstand in Rechnung stellen. Abbildung 30 zeigt den „theoretischen Krankenstand“, der sich ergibt, wenn man den Krankenstandswert um den Einfluss der besonderen Wirtschaftsstruktur bereinigt. Beim Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt wäre theoretisch also ein minimal niedrigerer Krankenstand von 3,00% anzusetzen.

Es bleibt also eine Abweichung von -0,09%-Punkten, die nicht auf die Alters-, Geschlechts- oder Wirtschaftsstruktur zurückgeführt kann.

Der Krankenstand in Niedersachsen wird minimal durch die Wirtschaftsstruktur beeinflusst

Für einen fairen Vergleich muss der bereinigte Krankenstand von 3,00% herangezogen werden

Gute Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit

Welche Faktoren genau den Krankenstand in Niedersachsen beeinflussen, kann den vorliegenden Krankenstandsdaten nicht entnommen werden.

Günstige Krankenstandswerte können zum Beispiel durch gute Arbeitsbedingungen und die damit verbundene hohe Arbeitszufriedenheit und -motivation begründet sein.

Belastungen und Beanspruchungen am Arbeitsplatz sind je nach Wirtschaftszweig sehr unterschiedlich. Dies drückt sich nicht zuletzt in branchenspezifisch sehr unterschiedlichen Krankenständen aus. Im folgenden Kapitel werden daher die Krankenstandswerte in 19 Wirtschaftszweigen in Niedersachsen vergleichend dargestellt.

5 Krankenstände nach Wirtschaftszweigen

Nach den Betrachtungen zur Wirtschaftsstruktur und ihrem Einfluss auf den Krankenstand sollen nun abschließend die Krankenstände der einzelnen Branchen in Niedersachsen dargestellt werden.

Abbildung 31 zeigt die Krankenstände der Branchen, in denen DAK-Mitglieder in Niedersachsen wie auch bundesweit besonders stark vertreten sind. Abbildung 32 zeigt die Zahlen für die übrigen Wirtschaftsgruppen.

Abbildung 31

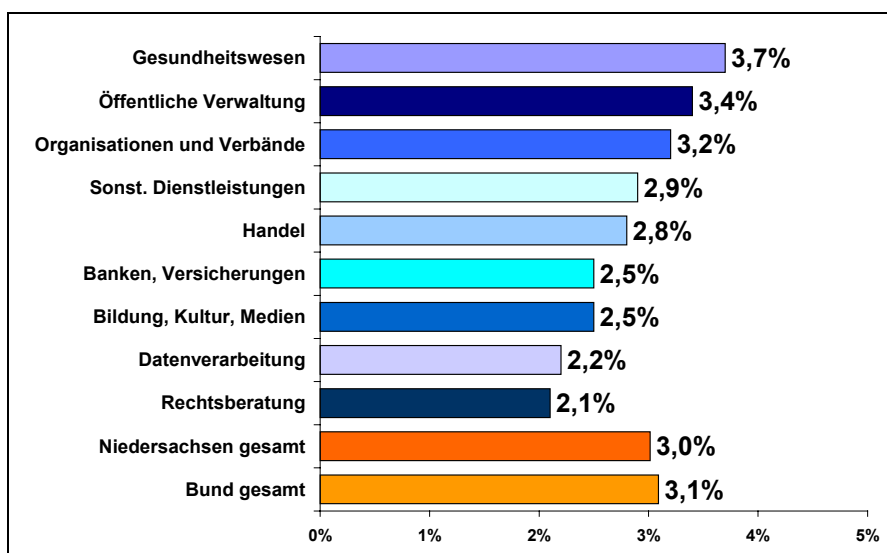


Abb. 31
Krankenstands-
werte 2005 in den
neun Wirtschafts-
gruppen mit be-
sonders hohem
Anteil von DAK-
Mitgliedern in Nie-
dersachsen

Quelle: DAK AU-Daten 2005

In Niedersachsen wies die Wirtschaftsgruppe „Gesundheitswesen“ mit 3,7% den höchsten Krankenstand unter den wichtigen Branchen auf, gefolgt von „Öffentliche Verwaltung“ mit 3,4% sowie „Organisationen und Verbände“ mit 3,2%. Insbesondere der Krankenstand im „Gesundheitswesen“ lag deutlich über dem Durchschnitt in Niedersachsen.

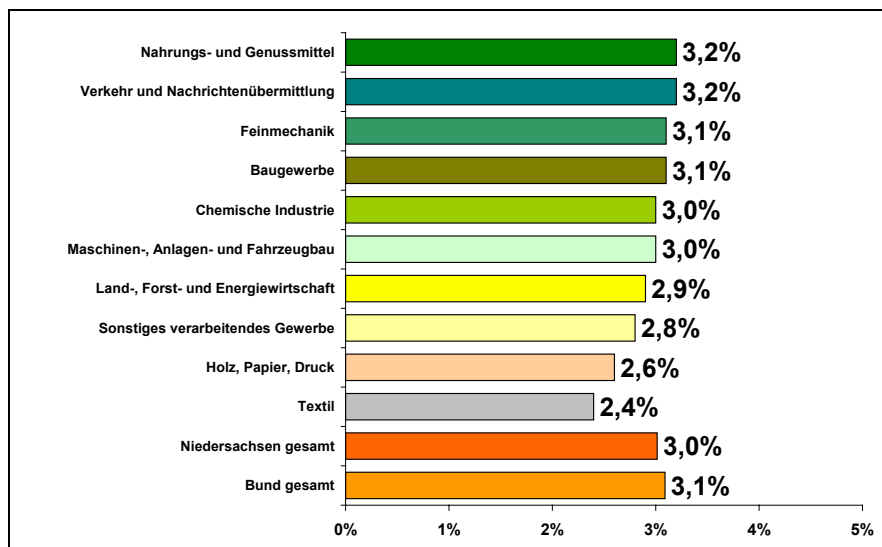
Deutlich unter dem Durchschnitt in Niedersachsen liegen dagegen die Branchen „Rechtsberatung/Wirtschaftsprüfung“ mit 2,1%, „Datenverarbeitung“ mit 2,2%, „Bildung, Kultur, Medien“ sowie „Banken und Versicherungen“ mit jeweils 2,5%.

Der hohe Krankenstand in der Branche „Gesundheitswesen“ ist vor allem durch die hohe Fallzahl verursacht; sie beträgt 109 AU-Fälle pro 100 Versicherte, während der Gesamtwert für Niedersachsen bei 99,1 Fällen liegt. Die durchschnittliche Falldauer in dieser Wirtschaftsgruppe liegt mit 12,4 Tagen ebenfalls über dem Durchschnitt in Niedersachsen (11,1 Tage).

Wirtschaftsgruppe
„Gesundheitswe-
sen“ weist in Nie-
dersachsen den
höchsten Kran-
kenstand auf

Abbildung 32

Abb. 32
Krankenstands-
werte 2005 in den
übrigen zehn Wirt-
schaftsgruppen



Quelle: DAK AU-Daten 2005

Bei den übrigen Wirtschaftsgruppen lagen „Nahrungs- und Genussmittel“ und „Verkehr und Nachrichtenübermittlung“ 0,2%-Punkte über dem durchschnittlichen Krankenstand in Niedersachsen. Die Krankenstandswerte der restlichen Branchen befanden sich nahezu auf dem oder lagen unter dem Durchschnittswert. Diese zum Teil besonders günstigen Werte sind möglicherweise darauf zurückzuführen, dass DAK-Mitglieder hier überwiegend nicht in gewerblichen, sondern in Verwaltungs- und Büroberufen beschäftigt sind.

6 Schlussfolgerungen

Der Krankenstandswert der DAK-Mitglieder in Niedersachsen liegt mit 3,0% nah am bundesweit von der DAK beobachteten Wert. Bereinigt man diesen Wert um den minimal ungünstigen Effekt der Wirtschaftsstruktur Niedersachsens, ergibt sich ein Krankenstand in Höhe von 3,00%, der ebenso unter dem Bundesdurchschnitt liegt. Dies ist der Wert, den man für einen fairen Vergleich mit anderen Bundesländern heranziehen sollte.

Im zweiten Jahr in Folge ist in Niedersachsen – wie auch bundesweit – ein Rückgang des Krankenstandes zu beobachten. Mit 3,0% erreichte das Krankenstandsniveau im Jahr 2005 das Niveau von 1998 (2004: 3,1%).

Erklärungen für das bei den DAK-Mitgliedern in Niedersachsen leicht sinkende Krankenstandsniveau müssen auf der volkswirtschaftlichen wie auch der betrieblichen Ebene gesucht werden. Die jeweiligen Faktoren können sich dabei in ihrer Wirkung verstärken oder auch aufheben: Auf volkswirtschaftlicher Ebene besteht ein enger Zusammenhang zwischen wirtschaftlicher Konjunktur und der damit verbundenen Lage auf dem Arbeitsmarkt und der Höhe des Krankenstandes. Bei schwacher Konjunktur und steigender Arbeitslosigkeit sinkt in der Tendenz auch das Krankenstandsniveau. Das moderate Wirtschaftswachstum der letzten Jahre bei gleichzeitigem Arbeitsplatzabbau übt in diesem Sinne einen tendenziell krankenstandssenkenden Einfluss aus.

Auf der betrieblichen Ebene kommt es durch einen verstärkten Wettbewerb und die Notwendigkeit von Einsparungen zu Arbeitsverdichtungen und Rationalisierungen, die krank machende Arbeitsbelastungen der Beschäftigten zur Folge haben. Dass diese Entwicklung nicht zu einem Anstieg des Krankenstandes geführt hat, ist vermutlich auf Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Berücksichtigung von Fragen der Mitarbeitergesundheit bei der Organisations- und Personalentwicklung in den Unternehmen zurückzuführen.

Die Betrachtung des Gesamt Krankenstandes sagt für die Beurteilung der gesundheitlichen Belastung allein allerdings eher wenig aus. Die Auswertungen des DAK-Gesundheitsreports für Niedersachsen zeigen teilweise größere Krankenstandsunterschiede zwischen den Branchen, die auf Unterschiede in den Gesundheitsgefährdungen und Arbeitsbelastungen der Beschäftigten hindeuten.

Auch können je nach Branche konjunkturelle und strukturelle Entwicklungsaspekte für die Krankheitsquote eine große Rolle spielen. Beispielsweise fällt auf, dass der Krankenstand in den Branchen besonders gering ist, in denen kleinbetriebliche Strukturen wie z. B. bei der „Rechtsberatung“ oder der „Datenverarbeitung“ vorliegen. Für Groß- und Kleinbetriebe gleichermaßen ist das Betriebsklima, d. h. die soziale Kultur des Unternehmens, eine wichtige Einflussgröße, um den Krankenstand erfolgreich zu senken.

Der für Niedersachsen registrierte Krankenstand liegt mit 3,0% nah am Bundesdurchschnitt

In Niedersachsen weiterer Rückgang des Krankenstandes

Schwache konjunkturelle Entwicklung hat einen senkenden Einfluss auf den Krankenstand

Betriebliche Gesundheitsförderung verhindert einen Anstieg des Krankenstandes

Einflussfaktoren auf den betrieblichen Krankenstand

Strukturelle Aspekte, soziale Kultur und Betriebsklima können die Krankheitsquote beeinflussen

Informationen über Morbiditätsgeschehen als Grundlage für Präventionsmaßnahmen

Die im „DAK Gesundheitsreport 2006“ für das Bundesland Niedersachsen enthaltenen Informationen über das Morbiditätsgeschehen können den Verantwortlichen des betrieblichen Gesundheits- und Arbeitsschutzes als Grundlage für gezielte Präventionsmaßnahmen in den Betrieben dienen.

Aspekte und Forderungen für weiterführende Diskussionen

Aus Sicht der DAK ergeben sich aus den Ausführungen zu kardiovaskulären Erkrankungen bei Frauen im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas abschließend einige Aspekte bzw. Forderungen, die der weiteren Diskussion bedürfen:

- Frauen unterschätzen ihr Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Risikobewusstsein ist eine wichtige Voraussetzung für die Gesundheitsvorsorge. Hier richtet sich der Appell nicht nur an die Eigenverantwortung der einzelnen Frau sondern auch an das medizinische Versorgungssystem, insbesondere an die Hausärzte. Die Aufklärung muss in vielen Bereichen verbessert werden.
- Frauen, die Gesundheitsvorsorgeangebote insbesondere für kardiovaskuläre Erkrankungen (Check-up 35) nicht oder nur unregelmäßig nutzen, sollten stärker zur Inanspruchnahme aufgefordert werden. Diese Angebote sind ein wichtiges Instrument zur Früherkennung von Erkrankungen und Risikofaktoren.
- Frauen sollten verstärkt auf kardiovaskuläre Risikofaktoren hingewiesen bzw. bei Vorliegen von Risikofaktoren auf ihr erhöhtes Herz-Kreislauf-Erkrankungsrisiko aufmerksam gemacht werden. Eine Minimierung von Risikofaktoren hat einen hohen Stellenwert in der Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen.
- Am Beispiel Herzinfarkt zeigt sich, dass bei Frauen andere Symptome im Vordergrund stehen als bei Männern. Eine breitflächige Kommunikation in der Bevölkerung ist nötig, damit ein Herzinfarkt auch als solcher erkannt wird. Frauen erreichen nach Infarkt bislang später als Männer ein Krankenhaus, diese Situation muss verbessert werden.
- Auch auf medizinischer Seite scheinen weibliche Spezifika nicht immer hinreichend bekannt zu sein. Entsprechende Modifikationen in der medizinische Aus- und Weiterbildung könnten diese Situation verbessern. Das Wissen bezüglich der Unterschiede zwischen den Geschlechtern sollte durch entsprechende Forschungsausrichtungen kontinuierlich erweitert werden.
- Die Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen steht gerade bei Frauen im mittleren Alter im Vordergrund: Präventionsmaßnahmen sollten sich im Sinne der Nachhaltigkeit stärker an geschlechtsspezifischen Bedürfnissen und Rahmenbedingungen orientieren und die Motivationsförderung in den Mittelpunkt stellen.

Anhang I: Hinweise und Erläuterungen

Erwerbstätige DAK-Mitglieder in Niedersachsen 2005

Der Gesundheitsreport berücksichtigt in Niedersachsen lebende Personen, die im Jahr 2005 aktiv erwerbstätig und wenigstens einen Tag lang Mitglied der DAK waren sowie im Rahmen ihrer Mitgliedschaft einen Anspruch auf Krankengeldleistungen der DAK hatten. Für diesen Personenkreis erhält die DAK die ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, falls eine Krankheit auftritt. Allerdings ist zu beachten, dass nur diejenigen krankheitsbedingten Ausfalltage in die Auswertung einfließen, für die der DAK Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorlagen.

Datenbasis:
alle in Niedersachsen lebenden erwerbstätigen Personen, die 2005 Mitglied der DAK waren

Die gesamte Datenbasis für das Bundesland Niedersachsen umfasst rund 270.400 DAK-Mitglieder, die sich zu 63,5% aus Frauen und zu 36,5% aus Männern zusammensetzen. Die DAK versichert auch in Niedersachsen sehr viele weibliche Beschäftigte in typischen Frauenberufen (z. B. im Gesundheitswesen, Handel, Büros, Verwaltungen). Daher der im Vergleich zu anderen Krankenkassen deutlich höhere Frauenanteil.

Erläuterungen zu den wichtigsten Begriffen und Kennzahlen

Nicht alle Mitglieder im Bundesland Niedersachsen waren das ganze Jahr über bei der DAK versichert. Rechnet man die rund 270.400 Mitglieder auf „ganzjährig versicherte Mitglieder“ um, ergeben sich für das Jahr 2005 etwa 242.100 Versichertenjahre. Viele der Auswertungen zeigen die Krankenstandskennwerte „pro 100 Versichertenjahre“. Wir verwenden diese Bezugsgröße anstelle von „pro 100 Mitgliedern“, weil sie zu präziseren Ergebnissen führt.

Viele Kennwerte werden „pro 100 Versichertenjahre“ angegeben

Die Kennzahl „Krankenstand“ wird hier in der für die Daten einer gesetzlichen Krankenkasse angemessenen Weise berechnet: Alle Tage, für die der DAK eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt (einschließlich Sonn- und Feiertage) dividiert durch die Zahl der Versichertentage (die ebenfalls Sonn- und Feiertage einschließen) und multipliziert mit 100.

Krankenstand

Diese Kennzahl gibt an, wie viele krankheitsbedingte Fehltage – insgesamt oder aufgrund von Krankheiten aus einer bestimmten Krankheitsgruppe – auf 100 ganzjährig versicherte Personen entfielen. Die Kennzahl AU-Tage pro 100 Versichertenjahre ist im Prinzip eine andere Darstellungsweise des Krankenstandes: Dividiert man sie durch 365¹⁸, so erhält man den Krankenstandswert.

Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre

¹⁸ In Schaltjahren beziehen sich die Berechnungen entsprechend auf 366 Kalendertage.

AU-Fälle oder Fallhäufigkeit	<p>Als ein Arbeitsunfähigkeitsfall wird jeder ununterbrochene Zeitraum von Arbeitsunfähigkeit mit der gleichen Hauptdiagnose gezählt. Im Gesundheitsreport finden Sie zumeist die Kennzahl Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 100 Versichertenjahre.</p> <p>Fälle von weniger als drei Tagen Dauer sind in den Daten der DAK nur enthalten, wenn für den betreffenden Fall eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt wurde.</p>
Durchschnittliche Falldauer	<p>Die durchschnittliche Falldauer errechnet sich, indem man die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Zahl der Fälle dividiert.</p>
Betroffenenquote	<p>Die Betroffenenquote ist der Anteil von Versicherten, der im Berichtszeitraum überhaupt wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit hatte. Die Differenz zwischen Betroffenenquote und 100 % ergibt somit den Anteil der Versicherten ohne Arbeitsunfähigkeit.</p>
Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen	<p>Als Diagnose eines Arbeitsunfähigkeitsfalls wird jeweils die vom Arzt angegebene Hauptdiagnose ausgewertet. Weitere Diagnoseangaben zu einem Fall werden nicht berücksichtigt.</p>

Hinweise zu den standardisierten Kennzahlen

Die Bedeutung der Altersstruktur bei Vergleichsbetrachtungen	<p>Bei Vergleichen zwischen Gesundheitsberichten unterschiedlicher Krankenversicherungen müssen die standardisierten Kennzahlen herangezogen werden. Hintergrund dafür ist der starke Einfluss des Lebensalters auf die Krankheitshäufigkeit eines Menschen. Ältere leiden öfter unter chronischen Krankheiten als Jüngere und haben daher zumeist auch längere Arbeitsunfähigkeiten. Bei Jüngeren beobachtet man hingegen zumeist eine größere Zahl von Krankheitsfällen, die aber nur sehr kurze Zeit dauern und daher wenig Einfluss auf den Krankenstand haben.</p>
Vergleiche sollten nicht zu irreführenden Schlussfolgerungen führen!	<p>Wenn sich die jeweiligen Anteile der älteren und der jüngeren Personen in zwei zu vergleichenden Gruppen voneinander unterscheiden, dann wird die Gruppe mit dem höheren Anteil Älterer beim Krankenstand in der Regel schlechter abschneiden. Dies muss jedoch nicht bedeuten, dass in der betreffenden Versichertenpopulation stärkere gesundheitliche Belastungen existieren - es kann auch einfach an der größeren Zahl von älteren Mitgliedern liegen.</p>
Lösung für zusammenfassende Vergleiche: standardisierte Kennzahlen	<p>Eine Möglichkeit, mit diesem Problem umzugehen, besteht darin, immer nur altersgruppenweise zu vergleichen. Darüber hinaus besteht aber auch Interesse daran, zusammengefasste Werte für die gesamte DAK mit den Ergebnissen aus anderen Gesundheitsberichten zu vergleichen. Um dabei die geschilderten Probleme mit unterschiedlichen Altersstrukturen ausschalten zu können, berechnet man so genannte standardisierte Kennzahlen. Durch die Standardisierung werden Einflüsse auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, die aus diesen Abweichungen folgen können, aus den beobachteten Zahlen herausgerechnet.</p>

Dies geschieht, indem beiden Gruppen rechnerisch eine identische Altersstruktur unterlegt wird. In den DAK-Gesundheitsreporten wird diese Standardisierung nicht nur für die Altersstruktur, sondern auch für die Anteile der Geschlechter vorgenommen. Unterlegt wird gemäß der „Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des § 20 SGB V“ der Alters- und Geschlechtsaufbau der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik im Mai 1992.

Standardisierung nach Geschlecht und Alter auf die Erwerbsbevölkerung der Bundesrepublik

An den standardisierten Kennzahlen lässt sich dann der Unterschied zwischen den DAK-Ergebnissen und den entsprechenden Resultaten anderer Gesundheitsberichte ablesen, der nicht auf verschiedene Alters- und Geschlechtsstrukturen zurückgeführt werden kann und der daher anderweitig erklärt werden muss.

Was die standardisierten Kennzahlen zeigen

Korrektur um den Einfluss der Wirtschaftsstruktur

Der Einfluss der Wirtschaftsstruktur wurde folgendermaßen korrigiert: Für den Krankenstand eines Bundeslandes werden durch indirekte Standardisierung auf die Referenzpopulation der DAK-Mitglieder insgesamt (bundesweit) zwei Erwartungswerte berechnet: EW_1 indirekt standardisiert nach Alter und Geschlecht, EW_2 indirekt standardisiert nach Alter, Geschlecht und Wirtschaftsstruktur. Der Quotient aus EW_1 und EW_2 ergibt einen Korrekturfaktor, mit dem die direkt standardisierten Krankenstandswerte multipliziert werden.

Anhang II: Tabellen

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die für das Bundesland Niedersachsen für die Berichtsjahre 2004 und 2005 analysierten AU-Daten. Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes erhalten so die Möglichkeit, über die im Bericht vorgestellten Zahlen hinaus eigene Berechnungen vorzunehmen oder die Zahlen mit Ergebnissen anderer Gesundheitsberichte zu vergleichen.

An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Kennzahlen aus diesem Bericht nur mit den Ergebnissen in Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen unmittelbar verglichen werden können.

Verzeichnis der in Anhang II aufgeführten Tabellen:

Tabelle A1:	Die wichtigsten Krankheitsarten 2005: DAK-Bund und Niedersachsen.....	72
Tabelle A2:	Die wichtigsten Krankheitsarten 2004: DAK-Bund und Niedersachsen.....	73
Tabelle A3:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2005: DAK-Bund und Niedersachsen.....	74
Tabelle A4:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2004: DAK-Bund und Niedersachsen.....	75

Tabelle A1: Die wichtigsten Krankheitsarten 2005:
DAK bundesweit und Niedersachsen

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	DAK Bund	47,3	8,0	5,9	4,2%
		Niedersachs.	49,3	9,0	5,5	4,5%
C00- D48	Neubildungen	DAK Bund	46,6	1,3	35,6	4,1%
		Niedersachs.	46,0	1,2	37,5	4,2%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	DAK Bund	112,4	3,9	28,5	10,0%
		Niedersachs.	112,2	3,9	28,6	10,2%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	DAK Bund	47,5	4,4	10,8	4,2%
		Niedersachs.	45,9	4,2	10,9	4,2%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	DAK Bund	57,6	3,0	19,1	5,1%
		Niedersachs.	57,5	2,8	20,6	5,2%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	DAK Bund	202,7	31,6	6,4	18,0%
		Niedersachs.	175,3	29,8	5,9	15,9%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungs- systems	DAK Bund	76,1	12,3	6,2	6,7%
		Niedersachs.	68,2	12,0	5,7	6,2%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	DAK Bund	241,5	14,3	16,9	21,4%
		Niedersachs.	262,5	15,2	17,3	23,9%
N00- N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	DAK Bund	25,7	2,6	10,1	2,3%
		Niedersachs.	22,5	2,4	9,4	2,0%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	DAK Bund	47,3	5,2	9,1	4,2%
		Niedersachs.	47,5	5,3	8,9	4,3%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	DAK Bund	162,4	9,3	17,4	14,4%
		Niedersachs.	154,9	9,2	16,9	14,1%
A00- Z99	Gesamt	DAK Bund	1.127,6	100,1	11,3	100,0%
		Niedersachs.	1.100,1	99,1	11,1	100,0%

Tabelle A2: Die wichtigsten Krankheitsarten 2004:
DAK bundesweit und Niedersachsen

Krankheitsart (ICD 10)			Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
			AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	DAK Bund	47,8	8,2	5,8	4,1%
		Niedersachs.	48,9	9,0	5,4	4,3%
C00- D48	Neubildungen	DAK Bund	48,9	1,4	35,1	4,2%
		Niedersachs.	53,2	1,4	37,9	4,7%
F00- F99	Psychische Erkrankungen	DAK Bund	113,0	4,1	27,8	9,8%
		Niedersachs.	113,3	4,0	28,7	10,0%
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	DAK Bund	51,7	4,7	11,1	4,5%
		Niedersachs.	54,8	4,5	12,1	4,8%
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	DAK Bund	64,8	3,3	19,8	5,6%
		Niedersachs.	59,8	3,1	19,3	5,3%
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	DAK Bund	178,9	27,9	6,4	15,5%
		Niedersachs.	157,2	26,6	5,9	13,8%
K00- K93	Krankheiten des Verdauungs- systems	DAK Bund	83,9	13,7	6,1	7,2%
		Niedersachs.	77,1	13,4	5,8	6,8%
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	DAK Bund	261,6	15,3	17,1	22,6%
		Niedersachs.	278,2	15,9	17,5	24,4%
N00- N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	DAK Bund	27,8	2,7	10,3	2,4%
		Niedersachs.	25,3	2,5	10,0	2,2%
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	DAK Bund	48,0	5,1	9,4	4,2%
		Niedersachs.	46,1	5,1	9,0	4,0%
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	DAK Bund	166,2	9,7	17,1	14,4%
		Niedersachs.	160,3	9,6	16,8	14,1%
A00- Z99	Gesamt	DAK Bund	1.157,1	100,4	11,5	100,0%
		Niedersachs.	1.138,1	99,6	11,4	100,0%

Tabelle A3: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2005:
DAK bundesweit und Niedersachsen

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Kranken- stand
		AU-Tage	AU-Fälle		
Banken, Versicherungen (65 - 67)	DAK Bund	946,9	96,7	9,8	2,6%
	Niedersachsen	908,4	96,5	9,4	2,5%
Baugewerbe (45)	DAK Bund	1.158,3	93,8	12,3	3,2%
	Niedersachsen	1.138,8	93,9	12,1	3,1%
Bildung, Kultur, Medien (73, 80, 92)	DAK Bund	1.009,1	106,8	9,4	2,8%
	Niedersachsen	924,1	92,8	10,0	2,5%
Chemische Industrie (23 - 25)	DAK Bund	1.080,9	106,2	10,2	3,0%
	Niedersachsen	1.105,2	109,4	10,1	3,0%
Datenverarbeitung (72)	DAK Bund	792,2	83,9	9,4	2,2%
	Niedersachsen	804,6	88,0	9,1	2,2%
Feinmechanik (30 - 33)	DAK Bund	998,9	98,4	10,2	2,7%
	Niedersachsen	1.132,4	105,3	10,8	3,1%
Gesundheitswesen (85)	DAK Bund	1.319,1	107,3	12,3	3,6%
	Niedersachsen	1.347,4	109,1	12,4	3,7%
Handel (50 – 52)	DAK Bund	1.021,6	86,4	11,8	2,8%
	Niedersachsen	1.024,4	85,5	12,0	2,8%
Holz, Papier, Druck (20 - 22)	DAK Bund	999,5	93,5	10,7	2,7%
	Niedersachsen	951,3	97,2	9,8	2,6%
Land-, Forst- und Energiewirtschaft (01 - 02, 05, 10 - 14, 37, 40, 41)	DAK Bund	1.166,5	103,6	11,3	3,2%
	Niedersachsen	1.061,8	95,2	11,2	2,9%
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (29, 34, 35)	DAK Bund	1.056,7	103,6	10,2	2,9%
	Niedersachsen	1.099,4	105,1	10,5	3,0%
Nahrungs- und Genussmittel (15 - 16)	DAK Bund	1.183,5	94,6	12,5	3,2%
	Niedersachsen	1.185,9	103,9	11,4	3,2%
Öffentliche Verwaltung (75)	DAK Bund	1.290,7	113,8	11,3	3,5%
	Niedersachsen	1.226,5	107,8	11,4	3,4%
Organisationen, Verbände, soz. Einrichtungen (91, 95)	DAK Bund	1.203,8	126,6	9,5	3,3%
	Niedersachsen	1.159,7	125,9	9,2	3,2%
Rechtsberatung, Wirtschaftsprüfung (74.1)	DAK Bund	727,7	77,2	9,4	2,0%
	Niedersachsen	784,3	83,4	9,4	2,1%
Sonstige Dienstleistungen (55, 70, 71, 74.2-74.8, 90, 93)	DAK Bund	1.081,6	93,2	11,6	3,0%
	Niedersachsen	1.072,2	93,9	11,4	2,9%
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (26 - 28, 36)	DAK Bund	1.092,1	102,8	10,6	3,0%
	Niedersachsen	1.022,8	103,3	9,9	2,8%
Textil (17 - 19)	DAK Bund	1.035,6	95,8	10,8	2,8%
	Niedersachsen	877,3	92,9	9,4	2,4%
Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60 - 64)	DAK Bund	1.191,3	97,3	12,2	3,3%
	Niedersachsen	1.182,4	93,4	12,7	3,2%

(*) In Klammern sind die Wirtschaftszweige gem. Systematik der Bundesanstalt für Arbeit angegeben, die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Tabelle A4: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2004:
DAK bundesweit und Niedersachsen

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Kranken- stand
		AU-Tage	AU-Fälle		
Banken, Versicherungen (65 - 67)	DAK Bund	966,0	94,4	10,2	2,6%
	Niedersachsen	969,0	95,3	10,2	2,6%
Baugewerbe (45)	DAK Bund	1.170,2	92,1	12,7	3,2%
	Niedersachsen	1.200,1	90,7	13,2	3,3%
Bildung, Kultur, Medien (73, 80, 92)	DAK Bund	1.069,1	110,3	9,7	2,9%
	Niedersachsen	1.011,9	94,5	10,7	2,8%
Chemische Industrie (23 - 25)	DAK Bund	1.091,7	103,7	10,5	3,0%
	Niedersachsen	1.172,6	109,3	10,7	3,2%
Datenverarbeitung (72)	DAK Bund	803,6	82,8	9,7	2,2%
	Niedersachsen	825,6	84,4	9,8	2,3%
Feinmechanik (30 - 33)	DAK Bund	990,2	98,1	10,1	2,7%
	Niedersachsen	1.126,7	108,2	10,4	3,1%
Gesundheitswesen (85)	DAK Bund	1.341,2	107,4	12,5	3,7%
	Niedersachsen	1.385,2	109,7	12,6	3,8%
Handel (50 - 52)	DAK Bund	1.040,0	85,5	12,2	2,8%
	Niedersachsen	1.081,2	86,1	12,6	3,0%
Holz, Papier, Druck (20 - 22)	DAK Bund	1.001,9	92,5	10,8	2,7%
	Niedersachsen	987,7	94,9	10,4	2,7%
Land-, Forst- und Energiewirtschaft (01 - 02, 05, 10 - 14, 37, 40, 41)	DAK Bund	1.214,2	105,6	11,5	3,3%
	Niedersachsen	1.088,5	96,8	11,2	3,0%
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (29, 34, 35)	DAK Bund	1.055,7	101,1	10,4	2,9%
	Niedersachsen	1.116,1	103,8	10,7	3,0%
Nahrungs- und Genussmittel (15 - 16)	DAK Bund	1.246,3	93,6	13,3	3,4%
	Niedersachsen	1.318,5	104,2	12,7	3,6%
Öffentliche Verwaltung (75)	DAK Bund	1.395,6	124,7	11,2	3,8%
	Niedersachsen	1.372,5	124,5	11,0	3,8%
Organisationen, Verbände, soz. Einrichtungen (91, 95)	DAK Bund	1.229,5	126,9	9,7	3,4%
	Niedersachsen	1.155,8	114,0	10,1	3,2%
Rechtsberatung, Wirtschaftsprüfung (74.1)	DAK Bund	750,8	76,7	9,8	2,1%
	Niedersachsen	674,1	80,1	8,4	1,8%
Sonstige Dienstleistungen (55, 70, 71, 74.2-74.8, 90, 93)	DAK Bund	1.099,8	92,1	11,9	3,0%
	Niedersachsen	1.077,0	93,7	11,5	2,9%
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (26 - 28, 36)	DAK Bund	1.154,2	102,1	11,3	3,2%
	Niedersachsen	1.138,3	103,3	11,0	3,1%
Textil (17 - 19)	DAK Bund	993,7	94,1	10,6	2,7%
	Niedersachsen	1.116,1	95,6	11,7	3,0%
Verkehr und Nachrichtenübermittlung (60 - 64)	DAK Bund	1.235,8	97,2	12,7	3,4%
	Niedersachsen	1.191,3	94,4	12,6	3,3%

(*) In Klammern sind die Wirtschaftszweige gem. Systematik der Bundesanstalt für Arbeit angegeben, die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Anhang III: Expertenbefragung

Die Befragung

Insgesamt wurden 20 Wissenschaftler und erfahrene Praktiker um eine Teilnahme an der Befragung zum Auftreten und zur Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen gebeten. Neun dieser Fachleute haben den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt, dies entspricht einer Rücklaufquote von 45 %. Der für diesen Zweck entwickelte Fragebogen enthält ausschließlich offene Fragen.

Der Fragebogen ist im Folgenden abgedruckt. Die Liste der Expertinnen und Experten, die an der Befragung teilgenommen haben, finden Sie auf Seite 81.

Expertenbefragung: Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen

A Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen gelten als ein Gesundheitsproblem, dem zu wenig Aufmerksamkeit sowohl von Seiten der Ärzte, als auch der Frauen selbst gewidmet wird. Darüber hinaus gibt es auch Studienergebnisse, die auf Unterschiede in der medizinischen Versorgung von Männern und Frauen mit HK-Erkrankungen bzw. -Risiken hindeuten.

- In welchen der im Folgenden genannten Bereiche bestehen aus Ihrer Sicht in Deutschland Defizite in der gesundheitlichen Versorgung hinsichtlich HK-Erkrankungen bei Frauen?
- Bezüglich welcher konkreten Mängel besteht ein besonders dringlicher Handlungsbedarf?

A1 Information und Aufklärung der Bevölkerung über HK-Erkrankungen bei Frauen, über die Bedeutung von Risikofaktoren speziell bei Frauen usw.

Bestehende Defizite:

Besonders dringlicher Handlungsbedarf:

A2 Früherkennung, Diagnostik, Screening, individuelle ärztliche Beratung zu HK-Erkrankungen und Risiken bei Frauen

Bestehende Defizite:

Besonders dringlicher Handlungsbedarf:

A3 Behandlung, Intervention bei bereits vorhandenen Risiken und Erkrankungen (z. B. Hypertonie, Hyperlipidämie, Adipositas) bei Frauen

Bestehende Defizite:

Besonders dringlicher Handlungsbedarf:

A4 Akutbehandlung bei kardiovaskulären Ereignissen (Herzinfarkt, Schlaganfall) von Frauen

Bestehende Defizite:

Besonders dringlicher Handlungsbedarf:

A5 Dauerbehandlung von Frauen mit HK-Erkrankungen

Bestehende Defizite:

Besonders dringlicher Handlungsbedarf:

A6 Bestehen aus Ihrer Sicht in weiteren Bereichen Defizite bzw. liegt ein dringlicher Handlungsbedarf vor (bitte eintragen)?

Bestehende Defizite:

Besonders dringlicher Handlungsbedarf:

B Es gibt Studienergebnisse, die darauf hindeuten, dass HK-Erkrankungen bei Frauen häufig erst spät erkannt oder nicht adäquat behandelt werden, weil die Beschwerden der betroffenen Frauen nicht richtig gedeutet werden oder keine gezielte Diagnostik durchgeführt wird.

- Welche Rolle spielen dabei aus Ihrer Sicht die folgenden potenziellen Ursachen?

B1 HK-Erkrankungen gelten sowohl bei Ärzten, als auch bei den Frauen selbst primär als Gesundheitsproblem von Männern und werden daher zu wenig in Betracht gezogen.

B2 Bei vielen Ärzten bestehen Wissensdefizite bezüglich der spezifisch weiblichen Symptomatik bei HK-Erkrankungen.

B3 Typische und hinlänglich bekannte Symptome einer HK-Erkrankung werden bei Frauen oftmals voreilig und ohne gründliche diagnostische Abklärung als psychosomatische Beschwerden qualifiziert.

B4 Viele Frauen und Ärzte sind der Meinung, dass die Einnahme von Hormonen in der Postmenopause vor HK-Erkrankungen schützt und achten daher zu wenig auf dieses Risiko.

B5 Welche sonstigen Ursachen kommen aus Ihrer Sicht in Betracht (bitte eintragen)?

C Wie beurteilen Sie die Notwendigkeit bzw. Eignung folgender Maßnahmen, um eine Verbesserung hinsichtlich HK-Erkrankungen bei Frauen zu erreichen:

C1 Erstellung neuer medizinischer Leitlinien oder Ergänzung bzw. Anpassung bestehender Leitlinien an die speziellen Erfordernisse von Frauen

C2 Intensivierung der ärztlichen Fortbildung zu HK-Erkrankungen bei Frauen

C3 Einführung einer neuen Vorsorgeuntersuchung im Hinblick auf HK-Risiken speziell für Frauen

C4 Gibt es aus Ihrer Sicht weitere Maßnahmen (bitte eintragen)?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Liste der befragten Expertinnen und Experten

Dr. Sandra Dunkelberg

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Allgemeinmedizin

Mitglied des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Prof. Dr. Helmut Gohlke

Herzzentrum Bad Krozingen, Klinische Kardiologie II

Vorstandsmitglied der Deutschen Herzstiftung

Prof. Dr. Hartmut Gülker

Herzzentrum Wuppertal, HELIOS Kliniken Wuppertal GmbH

Lehrstuhl für Kardiologie, Universität Witten/Herdecke

Mitglied der Enquetekommission Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW

Prof. Dr. Petra Kolip

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung

Dr. Birga Maier

Interdisziplinärer Forschungsverbund Epidemiologie in Berlin

Vorstandsmitglied des Berliner Herzinfarktregisters e.V.

Prof. Dr. Bernhard Rauch

Institut für Herzinfarktforschung, Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein GmbH

Prof. Dr. Ingeborg Siegfried

Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Hessen e.V.

Dr. Diethard Sturm

Praxis für Allgemeinmedizin, Hohenstein-Ernstthal

1. Stellvertretender Vorsitzender im Bundesvorstand des Deutschen Hausärzteverbandes

Prof. Dr. Eberhard Windler

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin