



OWL – Region für Frauengesundheit

Prof. Dr. Doris Bardehle
Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst
Nordrhein-Westfalen (lögD)

Zur Gesundheit von Frauen in OWL: Daten, Fakten, Tendenzen

Interdisziplinäres Zentrum für
Frauengesundheit (IZFG)
Expertinnengespräch

Bad Salzuflen, 22. Februar 2005

Vorwort

Im Jahre 2002 wurde vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen der Gesundheitsbericht NRW mit dem Thema: Gesundheit von Frauen und Männern herausgegeben (1).

Ein Jahr später publizierte das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einen Bericht zur Gesundheitssituation von Frauen in Deutschland (2). In diesen Berichten wurde belegt, dass es trotz höherer Lebenserwartung der Frauen viele gesundheitliche Probleme bei Frauen gibt, die geschlechtsspezifisch sind und in der Vergangenheit weder in der medizinischen Forschung noch in der ärztlichen Versorgung berücksichtigt wurden.

Es kristallisierten sich einige Problemfelder heraus, die besonders beachtet werden sollten: Dazu zählten z.B.

- ◆ die Notwendigkeit geschlechtsdifferenzierter Versorgungs- und Therapiekonzepte bei Herz-Kreislauf-Krankheiten,
- ◆ die Beachtung gynäkologischer Erkrankungen, speziell Über- oder Unterversorgungen,
- ◆ das reproduktive Verhalten, bzw. auftretende Störungen während der Schwangerschaft, unter und nach der Geburt,
- ◆ die rechtzeitige Diagnostik von Brustkrebs und die Vermeidung vorzeitiger Sterblichkeit infolge von Brustkrebs,
- ◆ die stärkere Beachtung psychosomatischer Störungen,

um nur einige zu nennen.

5 Jahre später wollen wir versuchen, anhand einiger Kennziffern die gesundheitliche Lage und Versorgung von Frauen in Ostwestfalen zu umreißen. Als Hintergrund dient der Bericht der Enquetekommission des Landtags Nordrhein-Westfalen: „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ (3).

Soziale Lage und Gesundheit von Frauen

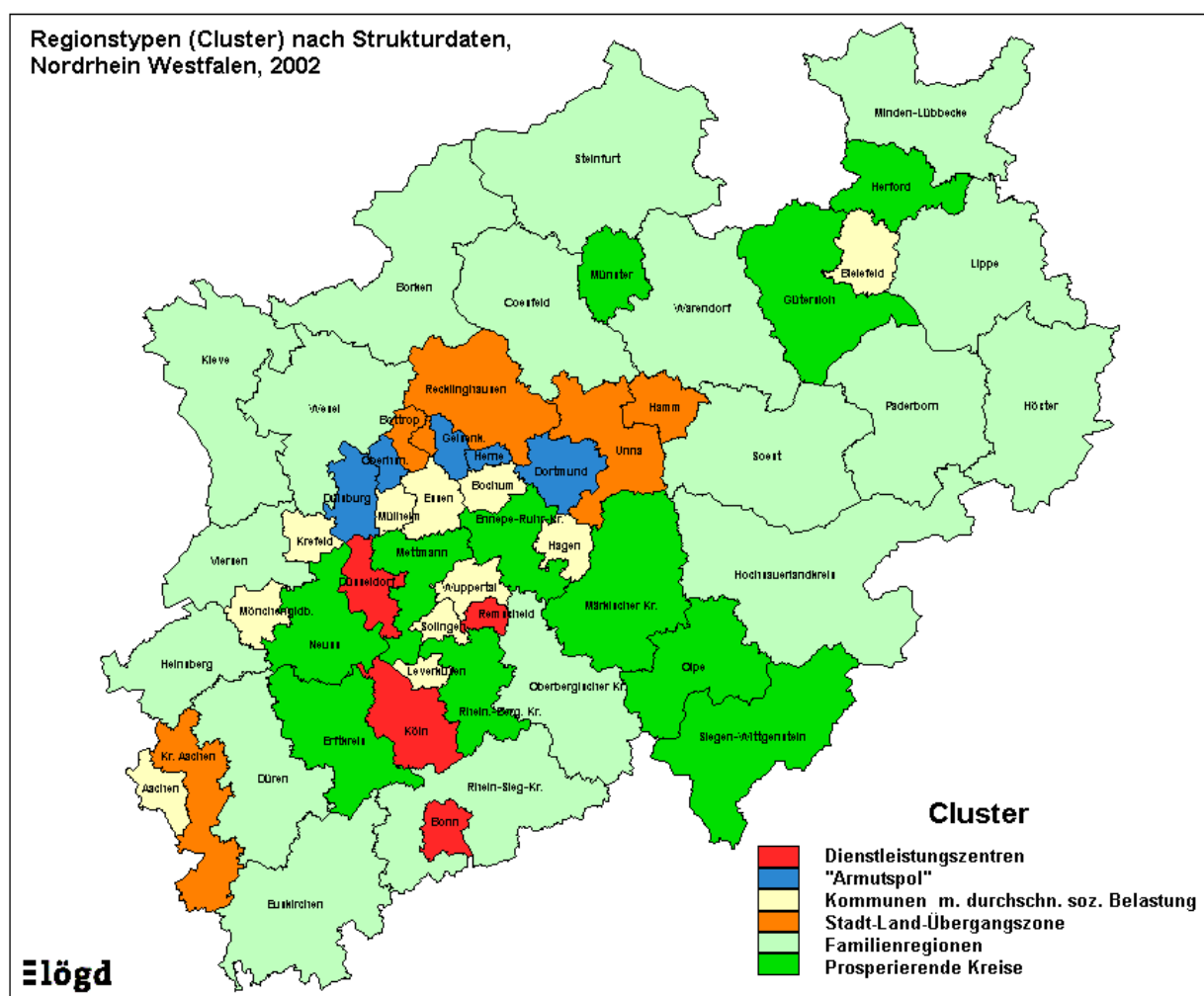
Auch für die Frauengesundheit gilt, dass die soziale Lage Einfluss auf die Gesundheit hat. Kriterien, die zur Bewertung der sozialen Lage genutzt werden, sind z.B. das verfügbare Einkommen, der Anteil arbeitsloser Frauen oder die Anzahl von Sozialhilfeempfängerinnen (s. Tab. 1).

Tab. 1: Ausgewählte Kennziffern zur sozialen Lage von Frauen in OWL, 2003

Lfd. Nr.	Verwaltungsbezirk	Bevölkerung, bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen 2003			
		Frauen 31.12.2003 Anzahl	Verfügbares Einkommen* je Einw. in €	Arbeitslose Frauen Quote in %	Sozialhilfeempfängerinnen außerh. v. Einrichtungen Anzahl
1	Kreisfreie Städte Bielefeld	171 948	17 764	13,0	9 777
2	Kreise Gütersloh	177 798	20 089	9,7	3 691
3	Herford	132 270	20 213	8,9	3 361
4	Höxter	78 397	16 014	7,3	1 453
5	Lippe	188 060	18 294	8,8	5 991
6	Minden-Lübbecke	165 878	17 756	9,3	4 292
7	Paderborn	149 756	16 026	8,0	4 963
8	Reg.-Bez. Detmold	1 064 107	18 173	9,5	33 528
9	Nordrhein-Westfalen	9 276 568	17 470	9,4	387 778

Die kreisfreie Stadt Bielefeld fällt mit einem hohen Anteil arbeitsloser Frauen und einer hohen Zahl von Sozialhilfeempfängerinnen auf. Mit Hilfe von soziodemographischen Kennziffern lassen sich die Kreise und kreisfreien Städte von NRW in 6 Gruppen einteilen. Das trifft auch auf die kreisfreie Stadt Bielefeld und die 6 Kreise von OWL zu (Abb. 1). Demzufolge gehören Bielefeld und die 6 Kreise zu drei verschiedenen Clustern. Mit dem „Durchschnittstyp“ schneidet Bielefeld am ungünstigsten ab, da anhand soziodemographischer Kennziffern ein Vergleich mit „Ruhrgebietsstädten“ wie Essen, Bochum, Mülheim, Hagen oder Aachen möglich ist. Die übrigen Kreise gehören zu den positiv zu bewertenden Clustern „Familienzone“ und „prosperierende Cluster“ (Erklärungen s. im Anhang).

Abb. 1: Zuordnung der Kreise und kreisfreien Städte NRW's zu den 6 Clustern für das Jahr 2002



Anhang: Erklärung zu der verwendeten Methode der Clusterbildung zur ökologischen Typisierung von Kreisen und kreisfreien Städten

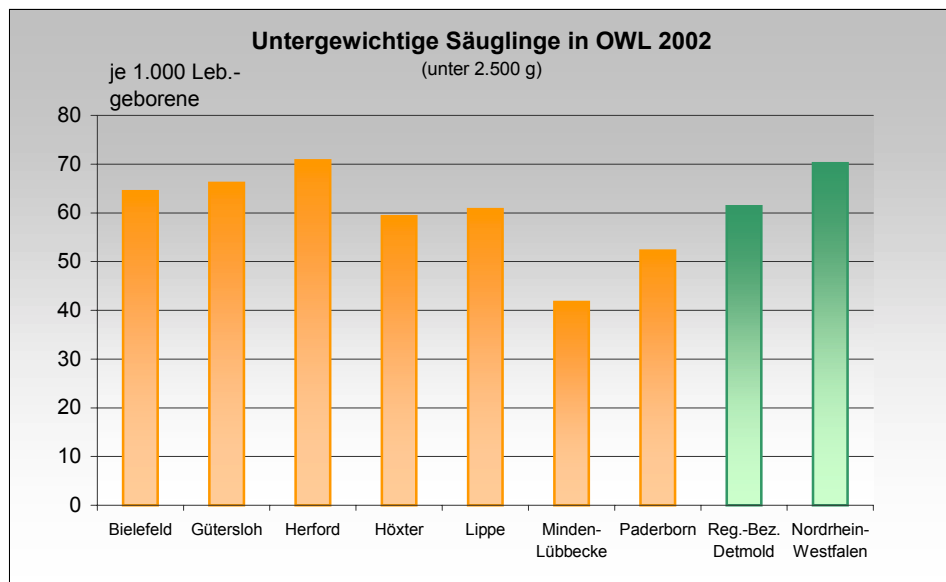
Untergewichtige Säuglinge und Säuglingssterblichkeit in OWL

Ein wichtiges Kriterium für die soziale Lage lässt sich über Kennziffern zu Säuglingen, wie untergewichtig lebend geborene Kinder oder auch die im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder ableiten. Faktoren wie Rauchen in der Schwangerschaft, die sozialen Lebensumstände, der Bildungsstand der Mutter und deren Gesundheit beeinflussen die Gesundheit des Neugeborenen. Der Anteil von Kindern, deren Geburtsgewicht unter 2.500 g

lag, betrug im Jahre 2003 61,3‰ und lag damit unter den Werten des Landes NRW (70,3‰).

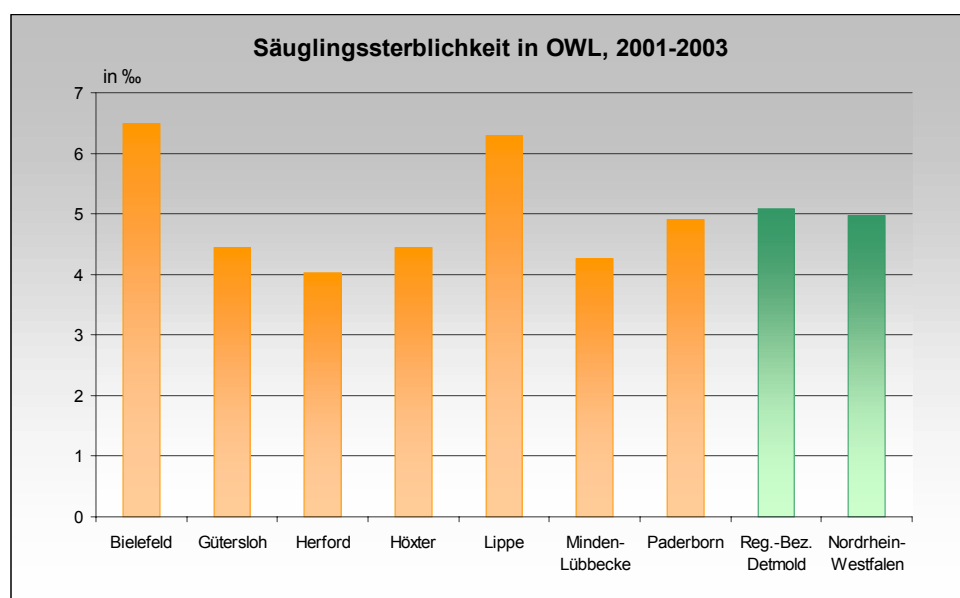
Die Schwankungen zwischen den 6 Kreisen und Bielefeld sind jedoch ziemlich ausgeprägt und sollten von den Kreisen Herford, Höxter und Lippe beachtet werden (s. Abb. 2)

Abb. 2



Die Säuglingssterblichkeit liegt mit 5,1‰ im Regierungsbezirk Detmold geringfügig über den Werten des Landes NRW im Jahre 2003. Die Stadt Bielefeld und der Kreis Lippe liegen mit 6,5 bzw. 6,3‰ über den Durchschnittswerten (s. Abb. 3). Für die Säuglingssterblichkeit besteht die Regel, dass die Sterblichkeit der Knaben höher als die der Mädchen liegt.

Abb. 3



Die Zahl der Lebendgeborenen von 19.878 für den Regierungsbezirk verteilt sich ziemlich gleichmäßig auf die Kreise. Die Fruchtbarkeitsziffer (Lebendgeborene je 1.000 Frauen von 15-44 Jahren) ist dennoch in Bielefeld, Herford und Höxter geringer als in den anderen Kreisen. Auf Tab. 2 sind diese Kennziffern für OWL für das Jahr 2003 dargestellt. Zusätzlich

Tab. 2: Lebendgeborene, Säuglingssterblichkeit und ambulante gynäkologische Versorgung, OWL, 2003

Lfd. Nr.	Verwaltungsbezirk	Lebendgeborene, 2003			Säuglingssterblichkeit in ‰ 2001 - 2003	ambulante tätige Gynäkologen, 2003	
		insgesamt	je 1 000 Frauen*	< 2 500 g je 1 000**		Anzahl	Frauen (>15 J.) je Arzt
		1	Kreisfreie Städte Bielefeld	3 137	45,5	64,4	6,5
2	Kreise Gütersloh	3 533	49,2	66,1	4,4	35,0	4 203,5
3	Herford	2 263	45,4	70,7	4,0	26,5	4 219,5
4	Höxter	1 362	45,2	59,3	4,4	13,0	5 032,8
5	Lippe	3 471	49,3	60,7	6,3	34,5	4 568,7
6	Minden-Lübbecke	3 031	48,4	41,7	4,3	29,5	4 719,2
7	Paderborn	3 081	48,2	52,3	4,9	26,0	4 774,5
8	Reg.-Bez. Detmold	19 878	47,6	61,3	5,1	217,5	4 107,6
9	Nordrhein-Westfalen	159 883	44,1	70,2	5,0	2 168,6	3 641,9

Datenquelle/Copyright:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und Westfalen-Lippe

* 15- bis 44-jährige Frauen
** 2002

wurde der gynäkologische Versorgungsgrad als Kennziffer: Frauen (ab 15 Jahre) je Gynäkologe dargestellt, um die ambulante gynäkologische Versorgung in die Betrachtung einzubeziehen.

Während Bielefeld eine sehr gute gynäkologische Versorgung ausweist, liegt am anderen Ende der Kreis Höxter mit mehr als 5000 Frauen pro Gynäkologe.

Der gynäkologische Versorgungsgrad spielt darüber hinaus eine Rolle bei den Aktionen, die zur Bekämpfung der Brustkrebsmorbidity beschlossen wurden bzw. werden.

Entwicklung der Lebenserwartung

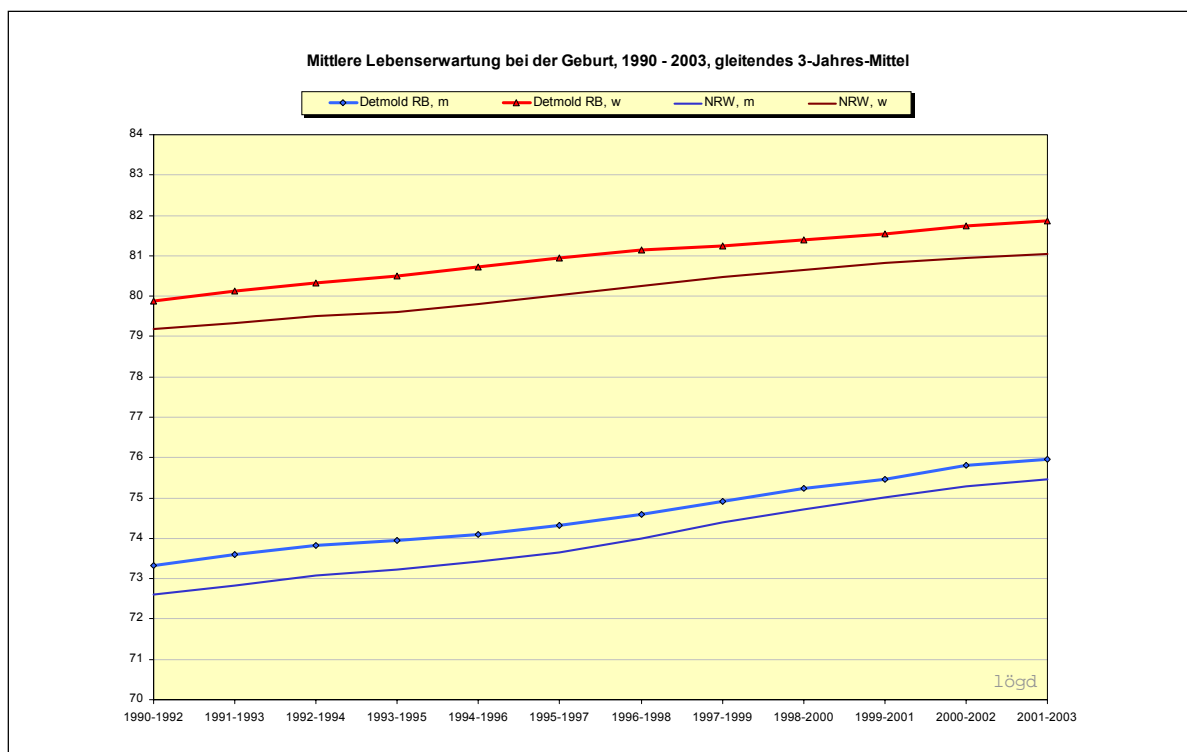
Die Lebenserwartung ist ein sehr anschaulicher Indikator zur zusammenfassenden Beurteilung der gesundheitlichen Lage und medizinischen Versorgung einer Bevölkerung. Die Lebenserwartung gibt an, wie viele Jahre ein Neugeborenes bei den gegenwärtig vorherrschenden Sterberisiken im Durchschnitt noch leben kann. Die getrennte Berechnung der Lebenserwartung für Frauen und Männer weist auf größere Unterschiede hin, die auf unterschiedliche Sterberisiken in den einzelnen Altersgruppen zurückzuführen sind.

Die Lebenserwartung ist in Deutschland in den letzten 100 Jahren um ca. 30 Jahre angestiegen. Dieser Anstieg hat sich etwas verlangsamt, hält aber immer noch an.

War es in der Vergangenheit der Rückgang der Säuglingssterblichkeit, der zu einem Anstieg der Lebenserwartung führte, sind es gegenwärtig verbesserte Behandlungsmöglichkeiten, z.B. beim Herzinfarkt, bei Krebserkrankungen, bei chronischen Erkrankungen, die zur weiteren Steigerung der Lebenserwartung führen.

Der steigende Trend der Lebenserwartung bei Frauen und Männern ist aus der Abb. 4 zu erkennen. Es ist ebenfalls abzulesen, dass sich der Anstieg der Lebenserwartung in den letzten Jahren etwas verlangsamt hat. Um die Kurve etwas zu glätten, werden sog. gleitende Mittelwerte über 3 Jahre dargestellt.

Abb. 4



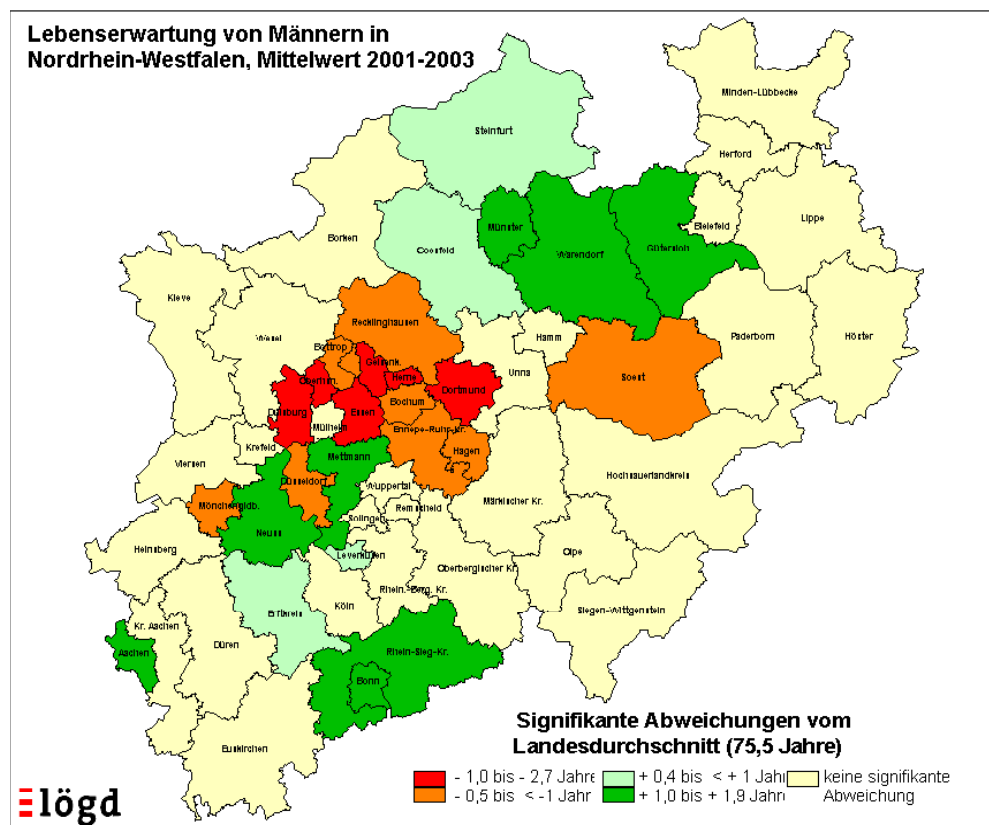
Die Lebenserwartung der Frauen stieg z.B. in OWL von 1990-1992 bis 2001-2003 um 2 Jahre. Der Durchschnitt für den Regierungsbezirk liegt über dem Durchschnitt von NRW, d.h. dass OWL eine höhere Lebenserwartung der Frauen hat als das Land NRW (s. Tab. 3).

Tab. 3: Lebenserwartung in OWL, 1990 - 1992 und 2001 - 2003

Lfd. Nr.	Verwaltungsbezirk	Mittlere Lebenserwartung Frauen		Suizidsterbefälle 2000 - 2002	
		1990 - 1992	2001 - 2003	Anzahl	je 100 000 Frauen
1	Kreisfreie Städte Bielefeld	80,2	82,2	11	6,3
2	Kreise Gütersloh	79,8	81,9	7	4,0
3	Herford	80,0	81,8	9	7,1
4	Höxter	79,7	81,8	4	4,6
5	Lippe	79,9	81,8	9	4,6
6	Minden-Lübbecke	79,8	81,9	5	2,8
7	Paderborn	79,2	81,5	5	3,6
8	Reg.-Bez. Detmold	79,9	81,9	49	4,7
9	Nordrhein-Westfalen	79,2	81,0	463	5,0

Datenquelle/Copyright:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW

Abb. 6



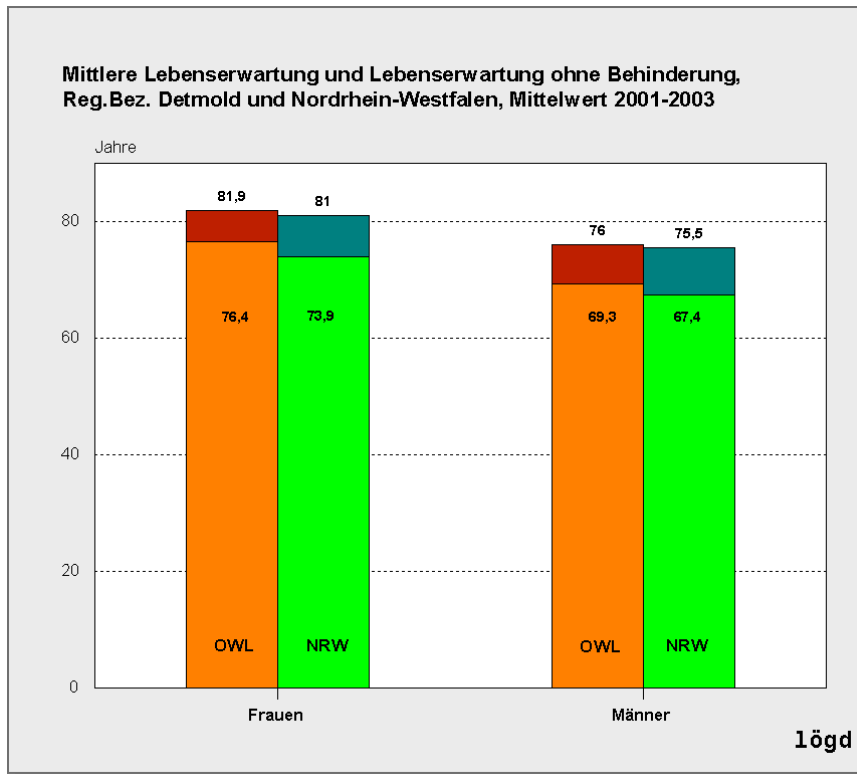
Bei diesem Indikator sind in OWL die Frauen sozusagen im Vorteil, ihre Lebenserwartung ist nicht nur grundsätzlich höher als die der Männer in der Region, sondern die Lebenserwartung der Frauen ist auch im Vergleich mit anderen Verwaltungsbezirken in NRW höher.

Die Berechnung der Lebenserwartung ohne Behinderung soll den Aspekt der differenzierten Betrachtung von Lebenserwartung bei guter Gesundheit und Lebenserwartung unter gesundheitlichen Einschränkungen berücksichtigen. Als Kriterium wird die Anerkennung einer Schwerbehinderung von wenigstens 50 genommen. Ab dieser Grenze gilt die Lebenserwartung mit Behinderung.

Berechnungen der Lebenserwartung ohne und mit Behinderung ergeben für OWL ein relativ günstiges Bild. Die Differenz zwischen der Lebenserwartung der Frauen von 81,9 Jahren (2001-2003) und der Lebenserwartung ohne Behinderung der Frauen von 76,4 Jahren ergibt eine Spanne von 5,5 Jahren, bei Männern beträgt diese Spanne 6,7 Jahre.

Der Abstand zwischen beiden Werten liegt für NRW bei Frauen bei 7,1 Jahren und bei Männern bei 8,1 Jahren (s. Abb. 7).

Abb. 7

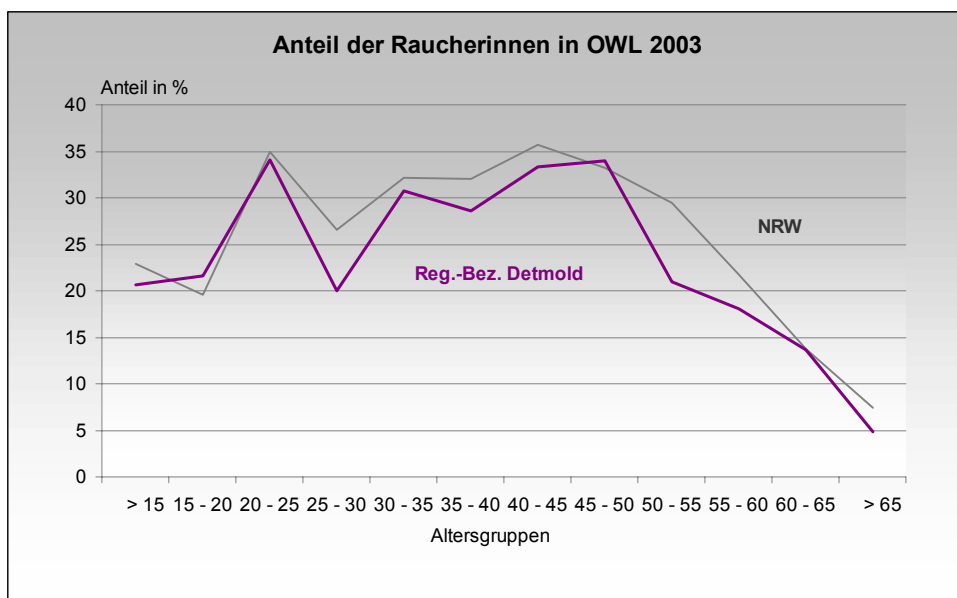


Die Spanne zwischen der Lebenserwartung ohne und mit Behinderung ist in OWL für beide Geschlechter günstiger als im NRW-Durchschnitt. Bei der Interpretation ist jedoch zu beachten, dass die Anerkennung von Schwerbehinderung in NRW durch 10 Versorgungsämter ausgesprochen wird und erkennbare Unterschiede in der Handhabung der Anerkennung vorliegen. Für ganz OWL ist das Versorgungsamt Bielefeld zuständig, so dass Begutachtungen von Anträgen auf Schwerbehinderung zumindest in Bielefeld und den 6 Kreisen von OWL nach denselben Kriterien erfolgen.

Rauchen und Übergewicht bei Frauen in OWL

Bereits im Jahre 2001 wurde von der Landesgesundheitskonferenz in NRW festgestellt, dass in NRW mehr Mädchen als Jungen rauchen und das Einstiegsalter bei 12 Jahren liegt. Rauchende Mädchen und Frauen stellen auch wegen negativer Auswirkungen auf die Reproduktionsfähigkeit, gesundheitliche Schäden wie Zunahme von Lungenkrebs und kardiovaskulären Erkrankungen eine Risikopopulation dar. Der Anteil von Nichtraucherinnen und von Rauchern nach Altersgruppen gilt als Erfolgskriterium von Präventionsstrategien gegen das Rauchen. In Abb. 8 wird nach den Mikrozensus-Angaben für das Jahr 2003 der Anteil der Raucherinnen nach Altersgruppen ausgewiesen. Während in den meisten der aufgeführten Altersgruppen der Raucheranteil bei Frauen in OWL geringfügig unter dem NRW-Durchschnitt liegt, übertreffen die 15-19-jährigen den Landesdurchschnitt.

Abb. 8



Schwerpunkt von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sollten die Altersgruppen der 15-19-jährigen und der 20-24-jährigen Frauen sein, deren Raucheranteil gesenkt werden sollte.

Ein weiteres Gesundheitsproblem stellt das Übergewicht dar (s. Tab. 4).

Tab. 4: Durchschnittlicher BMI, OWL, 2003

Alter von ... bis unter ...	Durchschnittlicher Body Mass Index (BMI), Frauen, 2003	
	Reg.Bez. Detmold	NRW
18 - 40	22,6	23,1
40 - 65	24,9	25,1
> 65	25,6	25,9
> 18	24,3	24,6

Datenquelle/Copyright:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Mikrozensus

Als Normalgewicht bezeichnen wir einen Body-Mass-Index von 18 bis 24,9 kg/m².

Der Mikrozensus 2003 ermittelte den durchschnittlichen BMI für 0,5% der weiblichen Bevölkerung von NRW (Stichprobengröße). Aus Tabl. 4 ist erkennbar, dass der durchschnittliche BMI für die 18-39jährigen Frauen noch im Normbereich lag, für die 40-64jährigen wurde bereits der Grenzwert zum Übergewicht erreicht, für die über 65jährigen lag der Durchschnittswert aller befragten Frauen bereits im Bereich des Übergewichts. Gehen wir davon aus, dass ca 50% über dem Durchschnittswert und ca 50% unter dem Durchschnittswert liegen, so ergibt sich, dass ab den 50jährigen Frauen 50% und mehr übergewichtig sind. Obwohl OWL etwas günstiger liegt als NRW, weisen diese Werte auf Verhaltensweisen hin, die durch Gesundheitsförderungsmaßnahmen und geänderte Eß- und Freizeitgewohnheiten verändert werden sollten.

Herzinfarkte bei Frauen in OWL, 2002

Nahezu die Hälfte aller Todesfälle sind Folgen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Ischämischen Herzkrankheiten, dar. insbesondere der Herzinfarkt spielen eine bedeutsame Rolle. Die Herzinfarktsterblichkeit ist in den vergangenen Jahren auf Grund verbesserter Prophylaxe, Diagnostik, Therapie und Rehabilitationsmaßnahmen zurückgegangen. Im Landesgesundheitsbericht „Gesundheit von Frauen und Männern in NRW“ wurde bereits im Jahre 2001 darauf hingewiesen, dass die Rehabilitationsmaßnahmen nicht genügend geschlechtsspezifisch orientiert sind und in zu geringem Maße von Frauen in Anspruch genommen werden.

Aus Tab. 5 ist die Relation zwischen Krankenhausbehandlungen, medizinischen Rehabilitationsleistungen und Todesfällen infolge von Herzinfarkten bei Frauen in OWL für das Jahr 2002 dargestellt.

Lfd. Nr.	Verwaltungsbezirk	Herzinfarkt (I21) 2002					
		Krankenhausfälle		Sterbefälle		Med. Reha (I20 - I25)	
		Anzahl	je 100 000 Frauen	Anzahl	je 100 000 Frauen	Anzahl	je 100 000 Frauen
1	Kreisfreie Städte Bielefeld	247	145,6	109	64,2	18	25,6
2	Kreise Gütersloh	114	64,4	92	51,9	26	33,4
3	Herford	183	138,2	105	79,3	18	31,6
4	Höxter	99	125,7	61	77,4	12	39,2
5	Lippe	177	93,8	114	60,4	16	20,8
6	Minden-Lübbecke	213	128,2	146	87,9	20	28,9
7	Paderborn	113	75,8	107	71,8	21	33,7
8	Reg.-Bez. Detmold	1 146	107,9	734	69,1	131	29,5
9	Nordrhein-Westfalen	12 888	139,0	6 962	75,1	1 323	35,6

Datenquelle/Copyright:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

Die Unterschiede zwischen den Kreisen und Bielefeld sowie auch die Relationen zwischen den Kennziffern sind sehr unterschiedlich und bedürfen weiterer Erklärungen.

Klimakterische Beschwerden bei Frauen in OWL, 1994 und 2002

Als spezielle gynäkologische Erkrankung wurde bereits im Gesundheitsbericht NRW „Gesundheit von Frauen und Männern“ eine Analyse von stationären Behandlungen infolge von klimakterischen Störungen für das Jahr 1997 vorgenommen (1). Während der Landesdurchschnitt im Jahre 1994 bei 129 stationären Behandlungen je 100.000 Frauen lag, verringerte sich dieser Wert bis zum Jahre 2002 auf 84 je 100.000 Frauen (s. Tab. 6).

Besonders betroffen sind 55-59jährige Frauen wegen behandlungsbedürftigen, klimakterischen Erkrankungen. Der Rückgang der stationären Behandlungen beträgt 1/3 innerhalb von 9 Jahren. Zu vermuten sind neue, evtl. schonendere Behandlungsmethoden und die Vermeidung stationärer Behandlungen wegen klimakterischer Störungen. Dennoch gibt es erhebliche Schwankungen zwischen den Kreisen mit Maximalwerten in Bielefeld und Höxter. OWL liegt unter dem Landesdurchschnitt. Es fällt auf, dass Höxter einen geringen Versorgungsgrad mit Gynäkologen hat (s. Tab. 2) und höhere stationäre Behandlungsraten wegen klimakterischer Störungen.

Tab. 6: Stationäre Behandlungen wegen klimakterischer Beschwerden, OWL, 1994 und 2002

Lfd. Nr.	Verwaltungsbezirk	Krankenhausfälle, klimakterische Beschwerden, 1994, 2002			
		ICD-9: 627 (1994)		ICD-10: N95 (2002)	
		Anzahl	je 100 000 Frauen	Anzahl	je 100 000 Frauen
1	Kreisfreie Städte Bielefeld	261	153,0	151	89,0
	Kreise				
2	Gütersloh	187	114,2	102	57,6
3	Herford	114	88,4	101	76,3
4	Höxter	143	184,2	71	90,1
5	Lippe	175	94,8	125	66,2
6	Minden-Lübbecke	107	66,5	95	57,2
7	Paderborn	124	90,2	94	63,1
8	Reg.-Bez. Detmold	1 111	108,6	739	69,6
9	Nordrhein-Westfalen	11 814	128,9	7 758	83,7

Datenquelle/Copyright:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW

Brustkrebserkrankungen in OWL

Bisher gibt es kein Register zur Erfassung von Brustkrebserkrankungen für die Region OWL. Um eine Inzidenzrate für OWL, Bielefeld und die 6 Kreise berechnen zu können, wurden die Inzidenzraten des Krebsregisters für den Regierungsbezirk Münster auf die Region OWL übertragen. Auf dieser Basis wurde berechnet, wie viele Neuerkrankungen an Brustkrebs in OWL zu erwarten sind, wenn die Inzidenzraten der einzelnen Altersgruppen der Region Münster auf die Region OWL übertragen würden. Für das Jahr 2001 (nur bis zum Jahr 2001 liegen die Inzidenzraten für die Region Münster vor) wurden rund 1.319 Neuerkrankungen an Brustkrebs für OWL berechnet, die sich entsprechend Tab. 7 bei der angenommenen Inzidenzrate von 125 je 100.000 Frauen auf die Kreise und Bielefeld verteilen.

Tab. 7: Brustkrebserkrankungen und Sterbefälle in OWL, 2001, 2002

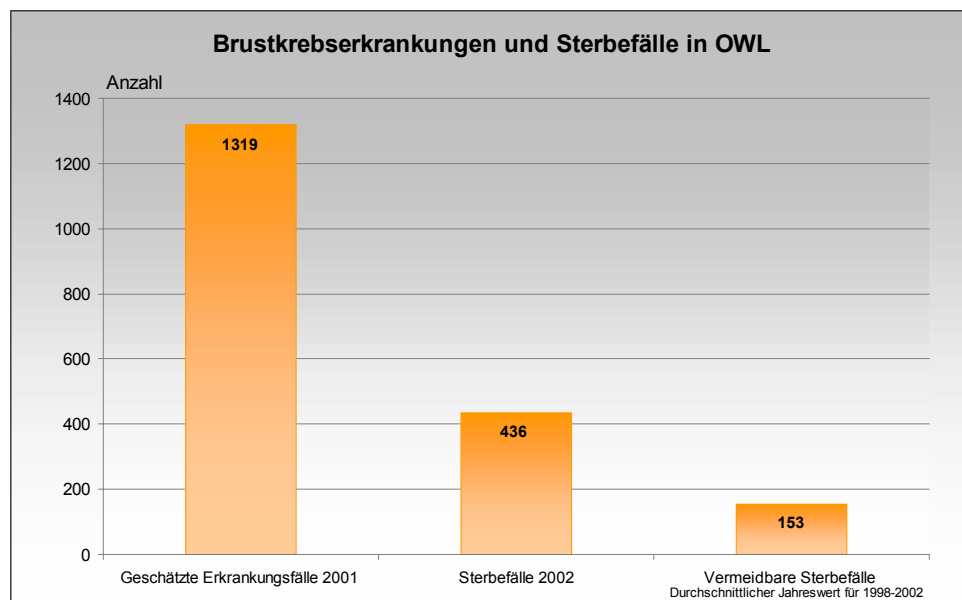
Lfd. Nr.	Verwaltungsbezirk	Brustkrebs (C50) bei Frauen						
		Geschätzte Erkrankungsfälle 2001*		Krankenhausfälle 2002		Sterbefälle 2002		Vermeidbare Sterbefälle 1998 - 2002 25 - 64 J. Mittelwert
		Anzahl	je 100 000 Frauen	Anzahl	je 100 000 Frauen	Anzahl	je 100 000 Frauen	
1	Kreisfreie Städte Bielefeld	211	124,6	941	554,8	59	34,8	27
	Kreise							
2	Gütersloh	219	124,6	511	288,5	57	32,2	23
3	Herford	165	124,6	552	416,9	56	42,3	23
4	Höxter	98	124,6	200	253,9	34	43,2	10
5	Lippe	235	124,6	588	311,4	98	51,9	27
6	Minden-Lübbecke	207	124,6	383	230,6	84	50,6	27
7	Paderborn	184	124,6	367	246,3	48	32,2	16
8	Reg.-Bez. Detmold	1 319	124,6	3 175	299,0	436	41,1	153
9	Nordrhein-Westfalen	11 535	124,6	35 637	384,3	4 146	44,7	1 492

Datenquelle/Copyright:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW
Epidemiologisches Krebsregister für den Reg.Bez. Münster

* Inzidenz des Krebsregisters
für den Reg.Bez. Münster

Die stationären Behandlungen infolge von Brustkrebs liegen etwa dreimal höher. Dahinter verbergen sich zwei Faktoren:

Abb. 9



1. Stationär behandelt werden Frauen, die im Jahr 2002, 2001 und davor erkrankt sind, z.B. bei wiederholten Behandlungen infolge von Komplikationen.
2. Die stationäre Behandlung erfolgt teilweise in mehreren Zyklen, z.B. bei notwendiger Chemo- und Strahlentherapie nach der chirurgischen Behandlung.

Von den im Jahre 2002 verstorbenen 436 Frauen waren 153 Frauen im Alter von 25 bis 64 Jahren. Die Sterblichkeit in dieser Altersgruppe gilt als vermeidbare Sterblichkeit, weil durch Früherkennungsmaßnahmen die Brustkrebssterblichkeit junger Frauen verhütet werden kann.

Demzufolge liegt in der Reduzierung vermeidbarer Brustkrebssterbefälle ein Potenzial für Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Frauen in OWL.

Die Konzentration der Behandlung in Brustkrebszentren soll in NRW zu einer spürbaren Qualitätsverbesserung in der Behandlung und Versorgung führen. Zu Brustkrebszentren in OWL sollen das Klinikum Minden, das Klinikum Lippe/Lemgo, das Städt. Krankenhaus Bielefeld-Mitte, Op.Standorte Bielefeld/Herford, Gütersloh und Kreis Höxter/Paderborn profiliert werden, in denen mindestens 150 Erstopoperationen pro Jahr, Zusatzbehandlungen (Strahlen-, Chemotherapie und Diagnostik betrieben werden und integrierte regionale Netze mit ambulanten Gynäkologen und Rehaeinrichtungen aufgebaut werden.

Schwerbehinderte Frauen, vorzeitige Berentungen, Pflegebedürftige Frauen in OWL, 2002 und 2003

Eine Übersicht über schwerbehinderte Frauen, vorzeitig berufs- und erwerbsunfähige sowie über pflegebedürftige Frauen weist auf ein ständig wachsendes Problem der gesundheitlichen Lage und Versorgung älterer Frauen hin, deren Lebenserwartung höher als die von Männern ist.

Gegenwärtig gibt es in OWL mehr als 66.000 schwerbehinderte Frauen, mehr als 16.000 erwerbsunfähige, frühberentete Frauen und 7.000 Frauen, die im Jahre 2002 zu Pflegefällen wurden (Inzidenzangaben). Hohe Werte weist die kreisfreie Stadt Bielefeld auf. Fast 33.000 pflegebedürftige Frauen wurden im Jahre 2001 in OWL von Angehörigen, ambulanten Pflegediensten oder in stationären Pflegeeinrichtungen betreut und versorgt (Ind. 3.49 (L),

Tab. 8: Schwerbehinderte, vorzeitige Berentungen, Pflegebegutachtungen von Frauen, OWL, 2002, 2003

Lfd. Nr.	Verwaltungsbezirk	Schwerbehinderte 2003		Rentenzugänge 2003		Rentenbestand 2003		Pflegebegutachtungen 2002	
		Anzahl	je 100 000 Frauen	Anzahl	je 100 000 Frauen	Anzahl	je 100 000 Frauen	Zugänge	je 100 000 Frauen
1	Kreisfreie Städte Bielefeld	13 360	7 769,8	346	498,6	3 058	4 406,5	1 234	727,6
	Kreise								
2	Gütersloh	9 518	5 353,3	308	399,5	2 317	3 005,0	1 052	594,0
3	Herford	7 526	5 689,9	254	451,8	2 188	3 891,7	918	693,3
4	Höxter	5 129	6 542,3	123	407,0	1 075	3 557,0	535	679,1
5	Lippe	11 612	6 174,6	330	435,7	2 942	3 884,3	1 392	737,3
6	Minden-Lübbecke	10 607	6 394,5	302	442,5	3 021	4 426,4	1 194	718,8
7	Paderborn	8 812	5 884,2	218	354,0	1 855	3 011,9	721	483,8
8	Reg.-Bez. Detmold	66 564	6 255,4	1 881	428,9	16 456	3 752,6	7 046	663,6
9	Nordrhein-Westfalen	775 418	8 358,9	14 209	385,4	313 163	3 938,9	58 439	630,3

Datenquelle/Copyright:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW,
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger,
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nordrhein und Westf.-Lippe

lög).

Schwerpunkte zur Verbesserung der Frauengesundheit in OWL

In der Analyse wurden nur einige Schwerpunkte der gesundheitlichen Lage von Frauen in OWL nach Kreisen und der kreisfreien Stadt Bielefeld dargestellt, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

Es lassen sich folgende Schlussfolgerungen aus den vorgestellten Schwerpunkten ableiten:

1. Der Anteil untergewichtiger Lebendgeborener sollte reduziert werden. Das kann im Rahmen von Präventivmaßnahmen vor und während der Schwangerschaft erfolgen.
2. Die Säuglingssterblichkeit muss reduziert werden. Der gegenwärtige Stand der Säuglingssterblichkeit wird als zu hoch eingeschätzt, speziell betroffen sind Bielefeld und der Kreis Lippe. Maßnahmen zur Senkung der Säuglingssterblichkeit sind mit dem ersten Schwerpunkt verbunden.
3. Reduzierung des Anteils rauchender Frauen, speziell junger Frauen (15-19 Jahre, 20-24 Jahre, aber auch 40-49 Jahre) Vorgeschlagen werden verstärkte Campagnen in OWL.
4. Reduzierung der Herzinfarktsterblichkeit, z.B. in Minden, Herford, Höxter und Paderborn. Kreise mit erhöhten Raten sollten ihre Situation analysieren und Aufklärungs- und Interventionsprogramme durchführen.
5. Reduzierung vermeidbarer Brustkrebssterbefälle 25-64jähriger Frauen Brustkrebssterbefälle jüngerer Frauen gelten als vermeidbar und sollten durch Früherkennungsprogramme reduziert werden. Die Relation Brustkrebssterbefälle: vermeidbare Brustkrebssterbefälle sollte ständig als Evaluationskriterium beobachtet werden.
6. Regelmäßige Analyse der gesundheitlichen Lage in OWL. Durch Analyse vorhandener Daten können Schwerpunkte herausgefunden werden, die als Grundlage für gezielte Programme zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage genutzt werden können.

Literatur

1. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2000): Gesundheitsberichte NRW. Gesundheit von Frauen und Männern. Iögd. Bielefeld. 380 S.
2. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Verlag Kohlhammer, 706 S.
3. Landtag Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2004): Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquetekommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. Verlag für Sozialwissenschaften. 365 S.
4. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2002): Gesundheitsberichte NRW: Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen. Gesundheitssurvey Nordrhein-Westfalen. Druckpunkt Offset GmbH, Bergheim. Düsseldorf. 2002, 150 S.

Anhang

Clusterzugehörigkeit der Kreise und (kreisfreien) Städte des Regierungsbezirks Detmold

Die Clusterzugehörigkeit der Kreise und (kreisfreien) Städte kann über den gesamten Berichtszeitraum von 1991 – 2002 als sehr stabil angesehen werden. Die Zuordnung in der folgenden Übersicht steht für das Berichtsjahr 2002, sie ist für die meisten Regionen über alle Jahre gültig. Die Angaben in eckigen Klammern zeigen andere beobachtete Clusterzugehörigkeiten im Berichtszeitraum.

Cluster 3 - „Durchschnittstyp“: Bielefeld [ehemals Dienstleistungszentrum in 1991], strukturell vergleichbar mit den Ruhrgebietsstädten Bochum, Essen und Mülheim sowie den kreisfreien Städten Hagen, Wuppertal, Solingen, Leverkusen, Krefeld, Mönchengladbach und Aachen

Cluster 5 - Familienzone: Minden-Lübbecke [→ Prosperierender Kreis], Höxter, Lippe [→ Prosperierender Kreis], Paderborn

Cluster 6 - Prosperierende Kreise: Herford [→ Familienzone], Gütersloh

Allgemeiner Teil

Soziodemographische Strukturgrößen

1. Bevölkerungsstruktur und soziale Desintegration: eine hohe Beziehung zu diesem Faktor zeigen die Indikatoren
 - ◆ Bevölkerungsveränderung, Mittel der letzten 5 Jahre, NRW, Berichtsjahre 1991-2002
 - ◆ Anteil der Altersgruppe 0 bis 14 Jahre, NRW, Berichtsjahre 1991-2002 mit *negativer* Gewichtung (demographischer Einfluss) und die Indikatoren
 - ◆ Anteil nichtdeutsche Bevölkerung, NRW, Berichtsjahre 1991-2002
 - ◆ Sozialhilfe-Empfänger (Hilfe zum Lebensunterhalt), NRW, Berichtsjahre 1991-2002
 - ◆ Arbeitslose, NRW, Berichtsjahre 1991-2002
 - ◆ Anteil der Altersgruppe über 65 Jahre, NRW, Berichtsjahre 1991-2002 mit *positiver* Gewichtung (soziale Situation);
2. Armut und Wohlstand: dieser Faktor wird im wesentlichen von dem Indikator
 - ◆ Verfügbares Einkommen je Einwohner in €, NRW, Berichtsjahre 1991-2002 gewichtet.
3. „Wohnquartiereffekt“, der häufig fortschreitende Urbanisierungsprozesse begleitet:
 - ◆ Dieser Faktor beschreibt die komplexen Bezüge sozialer und ethnischer Segregation in sich verstädternden Wohnsituationen (kurz „Wohnquartiereffekt“), gekennzeichnet durch den Kontrast zwischen Ausländeranteil, Bevölkerungsdichte und Bevölkerungswachstum einerseits und heterogener Bevölkerungsstruktur (Junge unter 15 J., Alte über 65 J.) und Armutspotenzial (Sozialhilfebezieher, Arbeitslose) andererseits. Dieser Faktor ist in allen Clustern meßbar. Seine exakte Wirkung läßt sich nur durch eine flächendeckende Erfassung von Stadtteil-bezogenen Segregationsmustern analysieren und verstehen, die aber bisher nur für einige Städte verfügbar sind (4).

Regionaltypisierung mit 6 Clustern

Cluster 1: Dienstleistungszentren

Charakteristik: Agglomerationsräume und deren Umlandkreise; wenig familiengeprägte Städte, und gering ausgeprägte Armut;

Cluster 2: sog. „Armutspol“ (nach Strohmeier; 1)

Charakteristik: Altindustrielle Ruhrgebietskernstädte, durch soziale Not und Armut geprägte schrumpfende Städte mit abnehmender und altersstrukturell „älterer“ Bevölkerung, hoher Bevölkerungsdichte und gleichzeitig hohem Ausländeranteil;

Cluster 3: „Durchschnittstyp“

Charakteristik: Kreise und Städte (intern heterogen strukturiert) mit sich in der Summe aufhebender sozialer Belastung infolge deutlich kontrastierter Stadtteilsituation, mit im Durchschnitt geringem Armuts- und sozialem Belastungspotential bei durchschnittlicher Prosperität;

Cluster 4: „Stadt-Land-Übergangszone“

Charakteristik: Kreise und Städte an der Peripherie von Ballungsräumen, z.T. Regionen, die in sich sehr heterogen strukturiert sind; traditionell ländlich in der Umgebung gewachsenen Urbanisationskerne mit zunehmend ungünstiger Altersstruktur. Dieses Cluster entspricht inhaltlich nicht dem Cluster 4 aus Strohmeier (1).

Cluster 5: Familienzone

Charakteristik: Demographischer Wachstumspol und Familienzone des Landes, familiengeprägte Stadtrandlagen. Dazu zählen ländliche und suburbane Regionen, die nur unterdurchschnittlich von Armut und Arbeitslosigkeit betroffen sind.

Cluster 6: Prosperierende Kreise

Charakteristik: Vorwiegend ländliche Kreise, deutlich weniger von Armut und sozialer Desintegration betroffen, Defizite durch ein geringes demographisches Entwicklungspotential.