

2288/AB XXII. GP

Eingelangt am 10.01.2005

Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.

BM für Gesundheit und Frauen

Anfragebeantwortung



Herrn
Präsidenten des Nationalrates
Dr. Andreas Khol
Parlament
1017 Wien

GZ: BMGF-11001/0178-I/A/3/2004

Wien, am 5. Jänner 2005

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 2352/J der Abgeordneten Mag. Gisela Wurm und GenossInnen** wie folgt:

Zu der in der vorliegenden Anfrage angesprochenen Problematik – die mir sehr wichtig ist - möchte ich grundsätzlich Folgendes anmerken:

Die Unterschiede hinsichtlich Inzidenz, Prävalenz und Symptomatik bei Männern und Frauen mit KHK (koronarer Herzerkrankung) erscheinen einerseits biologisch bedingt, hängen andererseits aber auch mit dem Lebensstil zusammen: Frauen haben während der reproduktiven Lebensphase einen gewissen Schutzfaktor durch Östrogene, welcher jedoch in der Menopause fehlt. Dies führt dazu, dass Frauen im Durchschnitt um rund zehn Jahre später als Männer an Herz-Kreislaufkrankungen (Schlaganfälle mit eingeschlossen) erkranken. Die koronare Herzkrankheit ist die führende Todesursache bei Frauen über dem 65. Lebensjahr. Aufgrund des zunehmenden Anteils älterer Frauen an der Gesamtbevölkerung ist die Anzahl der Frauen mit Herz-Kreislaufkrankung absolut gesehen im Ansteigen, der Anteil beträgt über 50%. Zusätzlich wirken

sich die Lebensstilfaktoren auf die Herzgesundheit von Frauen aus, so ist die Anzahl der Raucherinnen in den letzten 20 bis 30 Jahren wesentlich gestiegen.

In Österreich beträgt die Zahl der im Jahre 2002 an Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems verstorbenen Frauen 532,8 pro 100.000 Frauen (im Vergleich dazu beträgt die Zahl der Verstorbenen im Jahr 2002 bei den Männern 379,0 pro 100.000); (Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2002).

Das Risiko für die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer KHK wird bei Frauen meist unterschätzt, da die Beschwerden sowohl von den Patientinnen selbst als auch von ihren behandelnden Ärzten eher mit anderen Ursachen erklärt oder als weniger bedrohlich wahrgenommen werden.

Zu den wichtigen Maßnahmen im Präventiv- und im Behandlungsbereich bei KHK zählt, das Bewusstsein auf eine erhöhte Aufmerksamkeit für die Diagnostik kardiovaskulärer Erkrankungen bei Frauen zu lenken, wichtig ist auch die Sensibilisierung mittels gezielter Informationen für Frauen über Herz-Kreislaufkrankungen (wie z.B. Erkennen der Beschwerden und Präventionsmaßnahmen).

Generell ist mir die Umsetzung der Prinzipien der „geschlechtergerechten Medizin“ ein großes Anliegen. Frau Prof. Anita Rieder, die Autorin des Buches „Gender Medizin“ wird von mir immer wieder als Beraterin herangezogen. Ich verweise auch auf die Berichterstattung über mein Zusammentreffen mit der amerikanischen Kardiologin und Begründerin der „gender based medicine“, Frau Prof. Marianne Legato und meinen Appell an die medizinische Ausbildung und Praxis, die Prinzipien der geschlechtergerechten Medizin umzusetzen.

Frage 1:

Die genaue Registrierung von Todesursachen ist ein wichtiges Anliegen der Gesundheitsstatistik. Im internationalen Vergleich ist die Todesursachenstatistik in Österreich äußerst präzise. Dies steht mit einer relativ hohen Obduktionsrate in Zusammenhang.

Tatsache ist aber, dass Frauen nicht nur öfter Herzkrankheiten erleiden als Männer, sondern auch einen Herzinfarkt seltener überleben, die Ursache hierfür ist wissenschaftlich noch nicht eindeutig geklärt.

Frage 2:

Es wird von einer Obduktion abgesehen, wenn der Totenbeschauerarzt dies wegen einer Einschätzung der Eindeutigkeit der Todesursache nicht für notwendig erachtet. Bei dieser Einschätzung fließt auch das Alter des/der Verstorbenen ein. Bei hohem Alter (Frauen haben bekannterweise eine höhere Lebenserwartung als Männer) sind chronische Myokardschäden (inklusive Mikroinfarkten) infolge der altersbedingten Arteriosklerose häufiger. Ein sogenannter „natürlicher Tod“ in hohem Alter ist an mit Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit von einer Arteriosklerose begleitet und wahrscheinlich auch verursacht.

Frage 3:

Wichtig ist jedenfalls die präventivmedizinische Konsequenz der Todesursachenstatistik, d.h. der Einfluss der Zahlen auf die Gesundheitsversorgung. Frauen werden im Schnitt nicht nur älter, sondern sind auch im Allgemeinen gesundheitsbewusster, was u.a in einer höheren Frequenz der Arztbesuche (verglichen mit Männern) zum Ausdruck kommt. Frauen haben auch insgesamt eine viel längere körperliche Aktivität (die auch eine längere Selbstständigkeit zu Hause gewährleisten kann). Die in rezenten

wissenschaftlichen Studien beschriebene Tatsache, dass Herzinfarkte bei Frauen öfter übersehen werden als bei Männern ist jedoch ein Hinweis auf den Bedarf intensiverer Vorsorgebemühungen: mein Ressort entwickelte gemeinsam mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger die „Vorsorgeuntersuchung neu“, die erstmals alles- und geschlechterspezifisch differenziert u.a. auch auf die Früherkennung und Verhütung von Herz-Kreislaufkrankheiten ausgerichtet ist. Ein wichtiges Ziel ist nicht nur eine Frequenzerhöhung der Vorsorgeuntersuchungen, sondern auch ein genderspezifisches Vorgehen in der praktischen Durchführung. Im Zusammenhang mit der „Vorsorgeuntersuchung neu“ wird ein Gesundheitspass für SeniorInnen konzipiert, der den SeniorInnen noch im Jahre 2005 zur Verfügung stehen soll.

Mit freundlichen Grüßen

Maria Rauch-Kallat
Bundesministerin