



Schriftliche Anfrage

ders Abgeordneten **Verena Osgyan**
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
vom 04.08.2014

Frauengesundheit in Bayern I

Ich frage die Staatsregierung:

1. Wie schätzt die Staatsregierung die Frauengesundheit in Bayern im Vergleich zu anderen deutschen Ländern und zu anderen europäischen Ländern ein (auch in Bezug auf die Lebenserwartung)?
2. Sind Frauen in gleicher Weise von den sogenannten „Zivilisationskrankheiten“ Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt etc. betroffen wie die männliche Bevölkerung?
3. Gibt es eine separate wissenschaftliche Wahrnehmung von Frauengesundheit?
4. Gibt es geschlechterspezifische Krankheitsbilder (mit Angabe, welche dies sind, der Verteilung auf die männliche und die weibliche Bevölkerung und der hierfür zur Verfügung stehenden geschlechterdifferenzierten Beratungs- und Behandlungsangebote)?
5. Wie hat sich die Kaiserschnittquote in den vergangenen zehn Jahren entwickelt und welche Gründe sieht sie dafür?
6. Wie hat sich im entsprechenden Zeitraum das Komplikationsrisiko bei Geburten entwickelt und welche Gründe sieht sie dafür?
7. Wie hoch ist in Abhängigkeit vom Qualifikationsniveau das statistische Risiko für Frauen, im Laufe ihres Berufslebens arbeitsunfähig zu werden, im Verhältnis zu männlichen Erwerbstätigen?
8. Wie ist das geschlechterspezifische Suchtrisiko zu bewerten (mit Aufschlüsselung der verschiedenen Abhängigkeitsformen, der Verteilung auf die männliche und die weibliche Bevölkerung und der hierfür zur Verfügung stehenden geschlechterdifferenzierten Beratungs- und Behandlungsangebote)?

Antwort

des **Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege**
vom 29.10.2014

1. Wie schätzt die Staatsregierung die Frauengesundheit in Bayern im Vergleich zu anderen deutschen Ländern und zu anderen europäischen Ländern ein (auch in Bezug auf die Lebenserwartung)?

Die Frauengesundheit ist für die Staatsregierung seit mehr als 10 Jahren ein wichtiges gesundheitspolitisches Thema. Die Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Frauen, insbesondere durch die Stärkung der Primärprävention und die Früherkennung von Krankheiten, steht dabei im Vordergrund. In der Vergangenheit wurden mehrere Veranstaltungen zum Thema Frauengesundheit durchgeführt, etwa die Foren „Brustkrebs – Was Frauen wissen müssen“ sowie „Anti-Aging und Gesundheit“ im Jahr 2005 und „Adipositas, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen und Männern – Handlungsbedarf für Medizin und Politik“ im Jahr 2007.

Ab 2006 wurde die statistische Erfassung des geschlechtsspezifischen Krankheitsgeschehens im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung weitgehend dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) übertragen. Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) hat darüber hinaus kürzlich das Faltblatt „Frauen – leben gesund länger“ vorgestellt, das auch im Internet abgerufen werden kann (<http://www.bestellen.bayern.de>).

Im Folgenden ist die mittlere Lebenserwartung von Frauen und Männern im bundesweiten Vergleich dargestellt. Die Lebenserwartung der bayerischen Frauen ist mit 83,1 Jahren durchschnittlich fast ein halbes Jahr höher als im Bundesdurchschnitt.

Mittlere Lebenserwartung 2009/2011		
	Weiblich	Männlich
Baden-Württemberg	83,6	79,2
Sachsen	83,2	77,3
Bayern	83,1	78,3
Hessen	82,9	78,4
Hamburg	82,6	77,6
Berlin	82,6	77,6
Brandenburg	82,4	77,0
Rheinland-Pfalz	82,4	77,7
Niedersachsen	82,4	77,4
Thüringen	82,3	76,7
Mecklenburg-Vorpommern	82,3	75,9
Schleswig-Holstein	82,3	77,5
Nordrhein-Westfalen	82,2	77,3
Bremen	82,1	76,5
Sachsen-Anhalt	81,9	75,7
Saarland	81,7	76,7
Deutschland	82,7	77,7

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, LfStaD

Im europäischen Vergleich liegt die Lebenserwartung der Frauen in Bayern den Angaben der Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) zufolge über dem Durchschnitt der EU27-Staaten (81,8 Jahre). Da die Lebenserwartung ein objektiver Indikator für die Gesundheit ist, kann die Gesundheit der Frauen in Bayern sowohl im nationalen als auch im internationalen Vergleich als gut bewertet werden.

2. Sind Frauen in gleicher Weise von den sogenannten „Zivilisationskrankheiten“ Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt etc. betroffen, wie die männliche Bevölkerung?

Die folgenden Daten des Robert-Koch-Instituts (RKI) bzw. des Statistischen Bundesamts zeigen beispielhaft für einige sogenannte Zivilisationskrankheiten, wie häufig Männer und Frauen betroffen sind.

Koronare Herzerkrankung		
	Männlich	Weiblich
Deutschland	9,9%	6,7%
Bayern	7,9%	6,4%

Datenquelle: RKI, GEDA 2010

Bluthochdruck		
	Männlich	Weiblich
Deutschland	31,6%	31,0%
Bayern	31,4%	28,1%

Datenquelle: RKI, GEDA 2010

Diabetes mellitus		
	Männlich	Weiblich
Deutschland	8,5%	8,8%
Bayern	7,8%	8,5%

Datenquelle: RKI, GEDA 2010

Rückenschmerzen		
	Männlich	Weiblich
Deutschland	16,6%	24,5%
Bayern	15,1%	20,6%

Datenquelle: RKI, GEDA 2010

Ischämischer Schlaganfall bzw. Hirninfarkt (ICD I63), Krankenhausfälle 2012		
	Männlich	Weiblich
Deutschland	296/100.000	288/100.000
Bayern	291/100.000	269/100.000

Datenquelle: Statistisches Bundesamt

3. Gibt es eine separate wissenschaftliche Wahrnehmung von Frauengesundheit?

In der Wissenschaft und Forschung besteht seit Längerem ein Bewusstsein dafür, dass das Geschlecht eine Bedeutung für die Prävention, Diagnostik, Behandlung sowie Rehabilitation von Krankheiten haben kann. Dementsprechend wird das Gebiet der geschlechtsspezifischen Medizin bzw. Gendermedizin in verschiedener Hinsicht berücksichtigt.

Speziell die Frauengesundheitsforschung ist in Deutschland spätestens seit dem Frauengesundheitsbericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2001 verstärkt an den wissenschaftlichen Hochschulen präsent. Die Frauen- und Gleichstellungsministerinnenkonferenz (GFMK) sowie die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) haben in ihren Beschlüssen wiederholt die Frauengesundheitsforschung unterstützt. Einen Überblick über wichtige Dokumente und Ergebnisse der Frauengesundheitsforschung in Deutschland

gibt das Frauengesundheitsportal der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA): www.frauengesundheitsportal.de.

Im Folgenden sollen beispielhaft einige Initiativen auf dem Gebiet der geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung genannt werden. Im Jahr 2003 wurde an der Charité in Berlin das interdisziplinäre Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin (GiM) gegründet, das seit 2007 eigenständiges Institut ist. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert unter anderem ein Projekt des GiM, bei dem medizinische Fachliteratur auf die Geschlechtsspezifität hin überprüft und systematisch analysiert wird.

2007 wurde die Deutsche Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin e. V. (DGeGM) gegründet, die sich der Wissenschaft und Erforschung geschlechtsspezifischer Unterschiede in der klinischen Medizin, der Grundlagenforschung sowie der Prävention und Versorgung widmet und unter anderem die Zusatzbezeichnung „Gendermediziner/-in“ vergibt.

In Bayern bestehen zum Beispiel an der Frauenklinik des Universitätsklinikums Erlangen das Institut für Frauengesundheit sowie am Humanwissenschaftlichen Zentrum der Ludwig-Maximilians-Universität München eine Arbeitsgruppe Gesundheitsforschung mit dem Schwerpunkt der interdisziplinären Erforschung geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Prävention und Rehabilitation häufiger chronischer Krankheiten und Gesundheitsprobleme, insbesondere der Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Auch fachspezifisch wird die geschlechtsspezifische Medizin berücksichtigt, etwa durch die Arbeitsgruppe „Gendermedizin in der Kardiologie“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie sowie der „Chirurgischen Arbeitsgruppe Gendermedizin“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie.

4. Gibt es geschlechterspezifische Krankheitsbilder (mit Angabe, welche dies sind, der Verteilung auf die männliche und die weibliche Bevölkerung und der hierfür zur Verfügung stehenden geschlechterdifferenzierten Beratungs- und Behandlungsangebote)?

Als geschlechterspezifische Krankheitsbilder können zum einen Krankheiten verstanden werden, die nur bei einem Geschlecht auftreten. Dies wären z. B. schwangerschaftsassozierte Erkrankungen bei Frauen oder Prostatakrebs bei Männern. Zum anderen können darunter je nach Geschlecht unterschiedliche Ausprägungen von Krankheitsbildern verstanden werden, etwa im Hinblick auf die unterschiedliche Symptomatik von Herzinfarkten bei Männern und Frauen. Eine Übersicht hierzu liegt dem StMGP nicht vor.

Allgemeine Informationen zur Frauengesundheit sowie zu Beratungs- und Betreuungsangeboten bietet das Frauengesundheitsportal der BzGA. Hier finden sich zum Beispiel Erläuterungen zu den Themen Brustkrebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, HIV/AIDS und Osteoporose. Für Informationen zur Männergesundheit wird auf den im Jahr 2012 vom damaligen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit veröffentlichten Bericht „Gesund in Bayern – Männergesundheit“ verwiesen.

5. Wie hat sich die Kaiserschnittquote in den vergangenen zehn Jahren entwickelt und welche Gründe sieht sie dafür?

Der Anteil der Entbindungen durch Kaiserschnitt ist in den vergangenen Jahren bundesweit insgesamt angestiegen.

Laut Daten der 2012 veröffentlichten Studie „Kaiserschnitt-geburten – Entwicklung und regionale Verteilung“ lag die Zahl der Entbindungen durch Kaiserschnitt im Jahr 2000 bundesweit bei 160.183 und im Jahr 2010 bei 209.441. In Bayern gab es im Jahr 2012 33.819 Entbindungen durch Kaiserschnitt, das entsprach einem Anteil von 32,4 % an allen Entbindungen. Einen Überblick über die Entwicklung der Entbindungen an bayerischen Krankenhäusern von 1991 bis 2012 zeigt die folgende Übersicht:

Entbindungen in bayerischen Krankenhäusern von 1991 bis 2012							
Jahr	Entbindungen		darunter Entbindungen durch				
	Anzahl	Kaiserschnitt		Zangengeburt		Vakuumextraktion	
		Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
1991	132 897	21 340	16,1	2 061	1,6	8 860	6,7
1992	132 303	21 693	16,4	1 794	1,4	8 641	6,5
1993	131 520	22 095	16,8	2 088	1,6	8 925	6,8
1994	126 063	22 297	17,7	1 588	1,3	8 021	6,4
1995	124 199	21 711	17,5	1 608	1,3	7 832	6,3
1996	127 719	23 439	18,4	1 655	1,3	7 684	6,0
1997	128 872	24 915	19,3	1 575	1,2	7 536	5,8
1998	124 270	24 767	19,9	1 381	1,1	6 893	5,5
1999	120 667	24 644	20,4	1 309	1,1	6 970	5,8
2000	118 409	25 560	21,6	1 139	1,0	6 467	5,5
2001	113 997	26 325	23,1	995	0,9	6 170	5,4
2002	111 045	27 847	25,1	778	0,7	5 694	5,1
2003	109 584	29 002	26,5	639	0,6	5 006	4,6
2004	107 291	29 656	27,6	682	0,6	5 175	4,8
2005	104 432	29 770	28,5	557	0,5	5 272	5,0
2006	101 705	30 883	30,4	458	0,5	5 265	5,2
2007	103 833	31 955	30,8	570	0,5	5 534	5,3
2008	103 463	33 341	32,2	449	0,4	5 641	5,5
2009	100 405	33 196	33,1	418	0,4	5 778	5,8
2010	101 977	33 348	32,7	423	0,4	5 961	5,8
2011	100 788	33 593	33,3	431	0,4	6 121	6,1
2012	104 483	33 819	32,4	313	0,3	6 662	6,4

Datenquellen: 1991-2011: LfStad; 2012: Statistisches Bundesamt

In Bezug auf die Gründe für die steigende Zahl von Kaiserschnittentbindungen wird auf die Antwort des damaligen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit auf die Schriftliche Anfrage der Frau Abgeordneten Christa Naaß (SPD) vom 19.03.2013 (LT-Drs. 16/16160) verwiesen.

6. Wie hat sich im entsprechenden Zeitraum das Komplikationsrisiko bei Geburten entwickelt und welche Gründe sieht sie dafür?

Die Statistik zur Qualitätssicherung in der Geburtshilfe weist in den vergangenen Jahren insgesamt einen steigenden Anteil von Geburtskomplikationen aus. Der Anteil speziell der Dammriss °III/IV und der Plazentalösungsstörungen geht dagegen etwas zurück.

Anteil der Geburtskomplikationen an allen vaginalen Entbindungen, Bayern			
	Geburtskomplikationen	Dammriss °III/IV	Plazentalösungsstörungen
2013	32,7 %	6,1 %	11,8 %
2012	Keine Daten		
2011	31,0 %	6,5 %	12,8 %
2010	29,8 %	6,5 %	13,7 %
2009	28,5 %	7,2 %	15,0 %
2008	27,6 %	7,3 %	14,6 %
2007	27,6 %	8,0 %	15,8 %
2006	26,5 %	8,5 %	15,8 %

Datenquelle: BAQ; Bezug: Schwangere

An mütterlichen Todesfällen waren im Jahr 2013 zwei Fälle, im Jahr 2012 kein Fall, im Jahr 2011 zwei Fälle, im Jahr 2010 vier Fälle, im Jahr 2009 drei Fälle, im Jahr 2008 kein Fall und 2007 sieben Fälle zu verzeichnen.

Darüber hinaus weist die Statistik einen steigenden Anteil von Kindern mit Geburtsrisiken aus: im Jahr 2006 waren 72,7 % der Kinder betroffen, im Jahr 2013 77,2 %. Die häufigsten Ursachen waren dabei 2013 der vorzeitige Blasensprung mit 24,8 %, gefolgt von einer pathologischen Kardiotokographie (CTG) mit 19 %, einer protrahierten Geburt mit 14,7 % und einer Terminüberschreitung mit 10,6 %. Die relativen Anteile der genannten Geburtsrisiken waren 2006 ähnlich.

Anteil der Kinder mit Geburtsrisiken an allen Kindern, Bayern	
2013	77,2 %
2012	Keine Daten
2011	77,0 %
2010	76,5 %
2009	75,4 %
2008	74,6 %
2007	73,9 %
2006	72,7 %

Datenquelle: BAQ; Bezug: Kinder

7. Wie hoch ist in Abhängigkeit vom Qualifikationsniveau das statistische Risiko für Frauen, im Laufe ihres Berufslebens arbeitsunfähig zu werden, im Verhältnis zu männlichen Erwerbstätigen?

Daten zum allgemeinen statistischen Risiko für Arbeitsunfähigkeit im Laufe des Berufslebens liegen dem StMGP nicht vor. Dem Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse 2013 kann ein Vergleich der Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage nach Geschlecht und Ausbildungsstand entnommen werden. Dabei zeigt sich, dass es mit steigendem Ausbildungsgrad zu einem weitgehend stetigen Rückgang der gemeldeten Fehlzeiten kommt. Die Fehlzeiten bei Frauen liegen in allen Ausbildungskategorien auf einem höheren Niveau als bei Männern, geschlechtsspezifische Unterschiede sind bei höherem Ausbildungsstand stärker ausgeprägt als bei geringerem Ausbildungsstand.

Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildung, Männer 2012



Abbildung 43 (Beschäftigte TK mit Angabe zur Ausbildung, standardisiert, unterschiedliche Achsenskalierung für Fall- beziehungsweise Tagesangaben)

Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildung, Frauen 2012



Abbildung 44 (Beschäftigte TK mit Angabe zur Ausbildung, standardisiert; unterschiedliche Achsenskalierung für Fall- beziehungsweise Tagesangaben)

8. Wie ist das geschlechterspezifische Suchtrisiko zu bewerten (mit Aufschlüsselung der verschiedenen Abhängigkeitsformen, der Verteilung auf die männliche und die weibliche Bevölkerung und der hierfür zur Verfügung stehenden geschlechterdifferenzierten Beratungs- und Behandlungsangebote)?

Es gibt spezifische Unterschiede im Suchtverhalten zwischen Männern und Frauen. Beispielsweise ist aus epide-

miologischen und klinischen Studien bekannt, dass rund 70 % der arzneimittelabhängigen Menschen Frauen sind, bei den Menschen mit Alkoholabhängigkeit bilden Männer mit rund 75 % die überwiegende Mehrheit. Neben realen Prävalenzunterschieden können auch Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten die gewonnenen Daten beeinflussen. Empirisch belegen Frauen tendenziell häufiger professionelle Hilfe in Anspruch als Männer. Sowohl im Bereich der Prävention als auch der Beratung und der Behandlung werden diese Unterschiede berücksichtigt. Das StMGP fördert daher seit vielen Jahren verschiedene zielgruppenspezifische Präventionsprojekte. Weiterführende Informationen finden sich beim Bayerischen Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung (www.zpg-bayern.de) oder der Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe (www.kbs-bayern.de).

Die dem StMGP in diesem Bereich bekannten aktuellen Daten und Zahlen zu Erkrankten und den entsprechenden Versorgungsstrukturen wurden in der Interpellation der SPD-Fraktion „Entwicklung der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung psychisch erkrankter, seelisch behinderter und suchtkranker Menschen in Bayern“ (LT-Drs. 17/482) ausführlich dargestellt. Aktuellere Zahlen und Daten liegen dem StMGP derzeit nicht vor.