GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 411

Anhang

Das Frauenprofil

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 412

Das Frauenprofil

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 413

„Das Frauenprofil“ soll als Teil des Gesundheitsberichtes einen Überblick über die wichtigsten Interessensbereiche für die Gesundheit der Frau liefern.

Auf der ganzen Welt wird die Notwendigkeit einer geschlechtsorientierten Gesundheitspolitik deutlich; der Gesundheitsschutz bedarf nicht nur Daten über Krankheiten und Beschwerden der beiden Geschlechter, sondern auch Informationen über deren Lebensstile, deren Rollen in der Arbeitswelt und deren unterschiedliche Exposition gegenüber Gesundheitsrisiken.

Den Schlussfolgerungen des kürzlich veröffentlichten Jahresberichtes des IOM (Institute of Medicine) in *Understanding the biology of sex and gender differences* zufolge wirft der Geschlechtsunterschied Fragen zu zahlreichen Problematiken auf, die man sich bis heute gar nicht vorgestellt hatte. Die Gesundheit der Frau hat sich auch durch die Wandlung ihrer sozialen Stellung geändert. Heute ist die Frau überbelastet: d.h., sie muss mehr Verpflichtungen nachkommen, als sie zu erfüllen imstande ist. Die Eile, größere Sorgen, mehr Stress und damit zusammenhängende Beschwerden sind nur einige der Probleme, die viele Frauen zu bewältigen haben. Frauen leiden häufiger an psychiatrischen Störungen als Männer, die Herzkreislauferkrankungen sind die häufigste Todesursache unter den Frauen. Die Umschreibung des Infarktes als the *widow maker disease* (Krankheit, die zu Witwen macht) gilt heute also nicht mehr.

Ein Dokument der OMS (Abteilung für die Gesundheit der Frau) in *gender and health* hebt die Wichtigkeit und Komplexität der Diversität der Frau hervor, wobei auf Unkenntnisse und Unterbewertung dieses Themas hingewiesen wird. Krankheiten - so das Dokument - können im Mann und in der Frau unterschiedlich verlaufen; Männer und Frauen reagieren auf verschiedene Art und Weise. Das Dokument spricht auch die beträchtlichen Vorurteile in der medizinischen Forschung an: *„Heute wird stets klarer, dass die medizinische Forschung immer vom männlichen Geschlecht beeinflusst war. Die Schwerpunkte, die Methoden und auch die Datenanalysen geben männliche Perspektiven wieder (..). Dieses Vorurteil ist darüber hinaus in zahlreichen Forschungsverfahren erkennbar. Bei den Krankheiten, die beide Geschlechter betreffen, ignorierten viele Forscher die potenziellen geschlechtlichen Unterschiede in Bezug auf die Diagnoseindikatoren, die Symptome, die Prognosen und die Effizienz unterschiedlicher Behandlungen (...).*

Solange die Forscher von einem männlichen Standard ausgehen, wird die den Frauen angebotene Behandlung immer das Nachsehen haben“.

Die Unterbewertung der gesundheitlichen Bedürfnisse der Frau in der klinischen und pharmakologischen Forschung, die auf den Mann und dessen biologische und soziale Realität ausgerichtet ist, hindert daran, die Differenzen zu erkennen, obwohl die je nach Geschlecht unterschiedlichen Verhaltensweisen und therapeutischen Reaktionen der Pharmaka wissenschaftlich immer deutlicher Bestätigung finden.

Das Leben einer Frau wird von zahlreichen, unterschiedlichen Faktoren beeinflusst, welche die Wahrung des Gesundheitszustandes tiefgreifend beeinflussen. Einige davon sind sozialer, kultureller, wirtschaftlicher, andere biologischer Natur.

Ein größeres Augenmerk auf die gesundheitlichen Probleme der Frau und deren Charakteristika kam in den letzten Jahren auf; im NGP 2006 – 2008 wird auf einige Pathologien Bezug genommen, welche besondere Auswirkungen auf die weibliche Bevölkerung haben, wie die Osteoporose (23% der Frauen im Alter über 40 Jahren und 14% der Männer über 60 Jahren - OSMED-Bericht 2004); außerdem sind Initiativen zur Prävention der Brust- und Gebärmuttertumoren vorgesehen, vor allem aber wird die Frau zum Focus von

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 414

Kommunikationskampagnen für die Prävention einiger mit dem Lebensstil verbundenen Krankheiten (Tabakkonsum, Ernährung, Bewegung), da sie auf die Risikofaktoren des täglichen Lebens eine direkte Kontrolle ausübt.
Auch auf Landesebene hielt man es deshalb für sinnvoll, einen Teil des Gesundheitsberichtes 2005 der Frau, ihrem gesundheitlichen Profil und ihren gesundheitlichen Bedürfnissen zu widmen.

Die Frauen unterliegen, wie oft gesagt wird, einem gesundheitlichen Paradox, d.h. einerseits leben sie länger, andererseits sind sie häufiger von invalidisierenden Krankheiten betroffen; in der Tat verzeichnen sie nicht nur höhere Prävalenzquoten für mindestens eine chronische Krankheit, sondern beklagen sich auch häufiger über ihren Gesundheitszustand und unterstreichen das schwierige Verhältnis Frau-Gesundheit. Frauen greifen häufiger zu Medikamenten, paradoxerweise fand dieser Aspekt jedoch bis heute nur geringe Aufmerksamkeit, da nur wenige klinische Studien auch Frauen miteinbezogen.
In der Provinz Bozen bestätigen die sozial-gesundheitlichen Indikatoren diese allgemeine Situation der Frau in der Welt der Gesundheit:

- Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt 83,9 Jahre für die Frauen, 77,6 Jahre für die Männer.
- 23,5% der gesamten weiblichen Bevölkerung leiden an mindestens einer chronischen Krankheit, der entsprechende Anteil der Männer beträgt 19,2%.
- 18,8% der Frauen halten gegenüber 12,4% der Männer ihren Gesundheitszustand für nicht gut.
- 70% der Frauen wurde mindestens ein Arzneimittel verschrieben, gegenüber 50,5% der Männer.

Südtirol kennzeichnet sich im gesamtstaatlichen Vergleich durch eine niedrigere Sterblichkeitsrate (8 pro 1.000 gegenüber knapp 10 pro 1.000 auf nationaler Ebene), höhere Fruchtbarkeitsraten (1,5 Kinder pro Frau in der Provinz Bozen gegenüber dem italienischen Durchschnitt von 1,2) und durch ein höheres Augenmerk auf die Prävention und gesunde Lebensstile (niedrigere Anteile von übergewichtigen Frauen und weniger „ungesunde“ Ernährungsgewohnheiten, aber leider ein höherer Anteil von Raucherinnen im Vergleich zum restlichen Italien), wodurch sich für die Südtiroler Frauen also ein allgemein positives Bild abzeichnet.
Bei den Daten über die Schwangerschaften und Geburten darf ein grundlegender Faktor nicht vernachlässigt werden: die Staatsbürgerschaft.
Das durchschnittliche Alter bei der Entbindung liegt für die ausländischen Einwohnerinnen bei 29,1 Jahren, für die italienischen Staatsbürgerinnen bei 31,5 Jahren.
Die erste Schwangerschaftsvisite erfolgt erst nach der 11. Schwangerschaftswoche für mindestens eine ausländische Frau von 3, gegenüber 17% der italienischen Frauen.
Die Fehlgeburtenrate beträgt 250 pro 1.000 von ausländischen Müttern Geborenen gegenüber 83,2 pro 1.000 von italienischen Müttern Geborenen.

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 415

Die Zahl der ausländischen, vorwiegend jungen Frauen steigt in der Provinz ständig an und stellt sicherlich neue Anforderungen an das Gesundheits- und Versorgungssystem im Bereich des Schutzes von Mutter und Kind.

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 416

1. DEMOGRAPHISCHE UND SOZIALE ENTWICKLUNG

1.1. BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR

50,6% der Südtiroler Bevölkerung sind Frauen. Dieser Prozentsatz liegt sowohl unter dem gesamtstaatlichen Vergleichswert (51,4%) als auch unter dem Durchschnittswert der Europäischen Union (51,2%), da die Südtiroler Bevölkerung durchschnittlich jünger ist. Ausgehend von einem konstanten biologischen Verhältnis der Geschlechter bei der Geburt zugunsten der männlichen Bevölkerung (2005 kamen auf 100 neugeborene Jungen 93 neugeborene Mädchen) überwiegt der Anteil der Frauen erst nach 55/60 Jahren deutlich und beträgt 3 Frauen pro Mann in der Bevölkerung über 85 Jahren.

Tabelle 1: **Weibliche Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung in den Ländern der Europäischen Union – Jahr 2000**

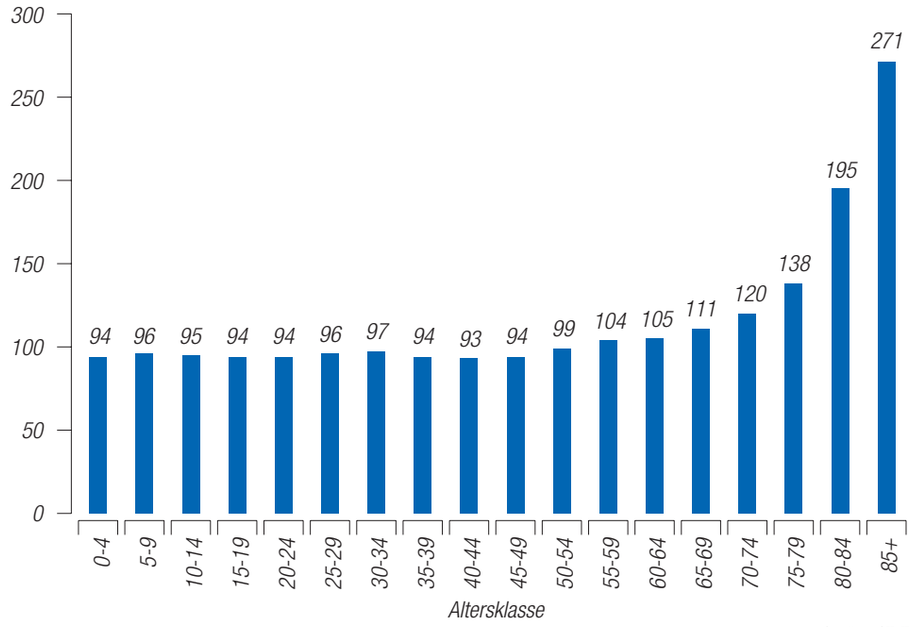
Land	*Gesamtbevölkerung**	*Anzahl der Frauen**	*Frauen in %*
EU 25	*451.265*	*231.213*	*51,2*
Lettland	*2.379,9*	*1.284,5*	*54,0*
Estland	*1.372,1*	*739,4*	*53,9*
Litauen	*3.512,1*	*1.867,8*	*53,2*
Ungarn	*10.221,6*	*5.356,4*	*52,4*
Portogal	*10.198,2*	*5.278,8*	*51,8*
Österreich	*8.002,2*	*4.133,9*	*51,7*
Italien	*57.679,9*	*29.676,6*	*51,5*
Frankreich	*58.748,7*	*30.215,3*	*51,4*
Polen	*38.653,6*	*19.870,2*	*51,4*
Slowakei	*5.398,7*	*2.773,6*	*51,4*
Tschechische Republik	*10.278,1*	*5.277,0*	*51,3*
Deutschland	*82.163,5*	*42.072,7*	*51,2*
Finnland	*5.171,3*	*2.648,3*	*51,2*
Slovenien	*1.987,8*	*1.017,0*	*51,2*
Belgien	*10.239,1*	*5.233,1*	*51,1*
Spanien	*39.733,0*	*20.297,2*	*51,1*
Zypern	*690,5*	*350,8*	*50,8*
Luxemburg	*435,7*	*221,1*	*50,8*
Vereinigtes Königreich	*59.623,4*	*30.252,8*	*50,7*
Griechenland	*10.554,4*	*5.354,6*	*50,7*
Dänemark	*5.330,0*	*2.695,9*	*50,6*
Schweden	*8.861,4*	*4.481,3*	*50,6*
Niederlande	*15.864,0*	*8.017,7*	*50,5*
Malta	*388,8*	*196,3*	*50,5*
Irland	*3.776,6*	*1.901,3*	*50,3*
Südtirol (2000)	*464,5*	*235,4*	*50,7*
Südtirol (2005)	*481,1*	*243,3*	*50,6*

** Werte in Tausend*

Quelle: Eurostat, ASTAT

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 417

Abbildung 1: **Anzahl der Frauen pro 100 Männer – Provinz Bozen, Jahr 2005**



Quelle: ASTAT

Der große Anteil der Frauen in den höchsten Altersklassen ist auch zum Teil das Ergebnis einer unterschiedlichen Lebenserwartung von Männern und Frauen. In der Provinz Bozen leben die Frauen, im Einklang mit den Werten auf gesamtstaatlicher und europäischer Ebene, durchschnittlich 6 Jahre länger als die Männer (die Lebenserwartung einer Südtirolerin bei der Geburt betrug 2004 83,9 Jahre gegenüber 77,6 Jahren für den Mann).

In der ausländischen Bevölkerung machten die Frauen im Jahr 2004 hingegen nur 48,1% an der Bevölkerung insgesamt aus. Dieser Anteil stieg in den Jahren jedoch beträchtlich an, da nicht mehr nur einzelne Personen einwandern und sich ansiedeln, sondern ganze Familien.

1.2. HÄUFIGSTE TODESURSACHEN

In Vergleich zur Gesamtbevölkerung fällt die weibliche Sterblichkeitsrate niedriger als jene der Männer aus; Frauen sind, so heißt es oft, von einem gesundheitlichen Paradox betroffen: einerseits leben sie länger, andererseits leiden sie häufiger an invalidisierenden Krankheiten.

Die allgemeine Sterblichkeitsrate in Italien betrug 2002 für die italienischen Frauen 953,5 pro 100.000 Einwohner (1.009,1 für die Männer). Auch Südtirol verzeichnet weibliche Sterblichkeitsraten unter jenen der Männer; in der Provinz senken die allgemein jüngere Bevölkerung und die guten Gesundheitsbedingungen die Werte im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt jedoch deutlich, wobei sich in den Jahren eine Konvergenz für beide Geschlechter um rund 8 pro 1.000 abzeichnet.

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 418

Tabelle 2: **Häufigste Todesursachen nach Altersklasse in der weiblichen Bevölkerung in der Provinz Bozen – Jahr 2002**

Altersklasse	*Häufigste Todesursachen*	*%*
15-29	*Externe Ursachen*	*70,0*
30-44	*Tumoren*	*53,3*
45-59	*Tumoren*	*65,1*
60-69	*Tumoren*	*52,6*
70-79	*Erkrankungen des Kreislaufsystems*	*42,9*
80+	*Erkrankungen des Kreislaufsystems*	*61,9*
INSGESAMT	*Erkrankungen des Kreislaufsystems*	*52,4*

Quelle: Landessterblichkeitsregister

Die Todesursachen zeigen sich in den einzelnen Altersklassen unterschiedlich. Ein Vergleich der häufigsten Todesursachen in der weiblichen Bevölkerung Südtirols mit jenen der gesamtstaatlichen Bevölkerung weist keine bedeutenden Unterschiede auf.
In der jüngsten Altersklasse (15-29 Jahre) – wo die Anzahl der Todesfälle gering ausfällt (48 Todesfälle in Südtirol) – nehmen die externen Ursachen (Verkehrsunfälle und sonstige zufällige Ursachen) eine größere Bedeutung ein. In den anderen drei berücksichtigten Altersklassen (von 30 bis 69 Jahren) bleiben die Tumoren die erste Todesursache, mit besonders hohen Anteilen in der Altersklasse 45-59 Jahre. Ab dem Alter von 70 Jahren überwiegen hingegen die Krankheiten des Kreislaufsystems.

1.3. FAMILIE UND ARBEIT

Das allgemeine Gesellschaftsbild ist von einschneidenden Veränderungen gekennzeichnet. Seitdem sich in unserer Kultur neue Verhaltensmodelle behauptet haben, müssen sich die Gesellschaftsanalytiker auch verstärkt mit der Auslegung und Klärung der neuen Trends befassen.
Der Rückgang der Eheschließungen und Geburtenraten entspricht genau dem gesamtstaatlichen und europäischen Verlauf, obwohl sich auch heute noch, vor allem in der Provinz Bozen, ein Großteil der Frauen für die Familie entscheidet.

EHESCHLIEßUNGEN UND TRENNUNGEN

Die Eheschließungsraten verzeichnen einen deutlichen Rückgang (in der Provinz Bozen von 5,9 pro 1.000 Einwohner im Jahr 1990 auf 4,0 im Jahr 2003) und gleichzeitig einen Anstieg des Durchschnittsalter der Frauen bei der ersten Eheschließung (von 26 auf 31 Jahre), proportional zu jenem der Männer (von 29 auf 34 Jahre). Ansteigend ist auch die Zahl der Zusammenlebenden (ISTAT-Schätzungen aus dem Jahr 2000 zufolge ziehen es 12,8% der jungen Menschen vor, vor der Ehe zusammenzuleben, und allgemein verstreichen 4 Jahre Zusammenleben vor der Eheschließung). Die Anzahl der standesamtlichen Trauungen überschreitet die kirchlichen Trauungen (im Jahr 2003 wurden 57,7% der Südtiroler Ehen standesamtlich geschlossen); die Trennungen des Jahres 2003 haben sich im Vergleich zum Jahr 1990 verdoppelt, wenngleich die Zahlen leicht unter dem europäischen Durchschnitt liegen, während die Zahl der Scheidungen und als Folge davon auch die Alleinerzieherfamilien leicht zugenommen haben.

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 419

Tabelle 3: **Demographische Indikatoren für Eheschließungen – Provinz Bozen, Jahre 1990-2003**

Jahre	*Eheschließungsrate*	*Standesamtliche Eheschließungen (%)*	*Scheidungsrate*	*Trennungsrate*
1990	*5,9*	*38,1*	*0,6*	*0,7*
1993	*5,3*	*39,3*	*0,6*	*0,8*
1995	*5,5*	*39,6*	*0,6*	*1,1*
1998	*4,5*	*42,0*	*0,7*	*1,3*
2000	*4,6*	*49,0*	*0,7*	*1,1*
2003	*4,0*	*57,7*	*0,8*	*1,4*

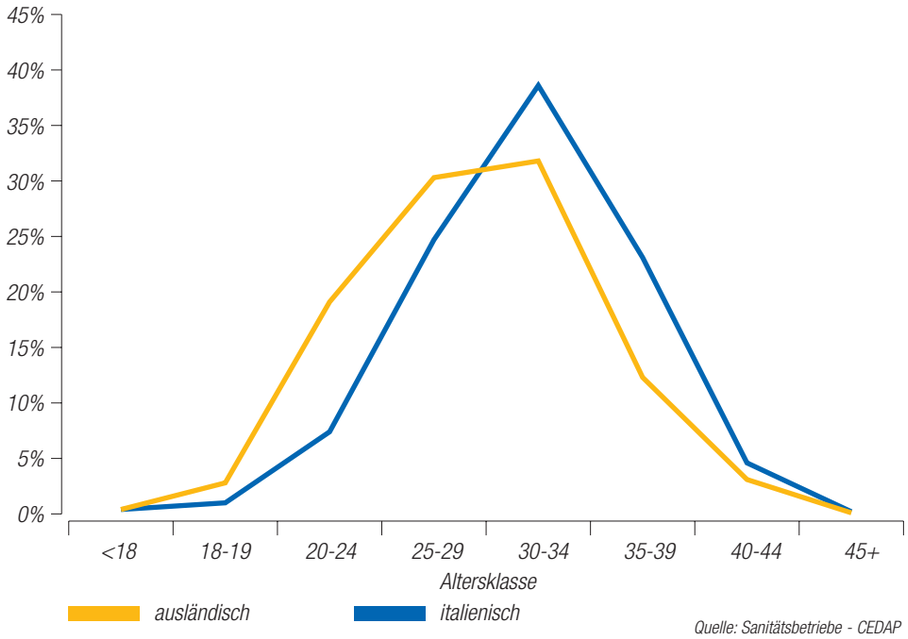
Quelle: ASTAT

Es gibt also nicht mehr nur ein Familienmodell; Gesellschaftsstudien und die täglichen Gegebenheiten zeigen, dass auch die traditionelle Familienform Änderungen unterlag, was sicherlich zum Teil auf den Übergang der letzten Jahrzehnte vom unbestrittenen männlichen Familienoberhaupt zu einer immer polyzentrischeren Realität, mit zunehmender Gleichberechtigung, gegenseitiger Achtung zwischen den Ehepartnern und an Bedeutung gewinnender Rolle der Frau in der Beziehung zu den Kindern, zurückzuführen ist.

Eine weitere Folge der neuen Familienstrukturen und Lebensstile, welche auch einen höheren Bildungsgrad und eine größere Miteinbeziehung der Frauen in die Arbeitswelt mit sich bringen, ist - bei einem Rückgang der Fruchtbarkeitsraten (rund 1,5 Kinder pro Frau im Jahr 2004 mit einem Rückgang von 45% gegenüber den 70er Jahren) - das höhere durchschnittliche Alter der Mütter aufgrund des Aufschubs der Entscheidungen für ein Kind. Im Jahr 2005 betrug das durchschnittliche Alter der Südtiroler Mütter bei der Geburt 31,1 Jahre (anfangs der 80er Jahre waren es noch 27,8 Jahre). Das Alter der Mütter mit vorhergehenden Entbindungen (Multiparen) betrug 32,3 Jahre, während das Alter der Nulliparen 29,5 Jahre war. Bedeutende Unterschiede ergeben sich in Bezug auf die Staatsbürgerschaft: für die Südtiroler Mütter italienischer Staatsbürgerschaft wurde ein Durchschnittsalter bei der Geburt von 31,5 Jahren verzeichnet, für die ausländischen Mütter in der Provinz sinkt es auf 29,1 Jahre (unterschiedliche Verteilung vor allem in den extremen Altersklassen).

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 420

Abbildung 2: **Alter der Mütter bei der Geburt nach Altersklassen und Staatsbürgerschaft – Provinz Bozen, Jahr 2005**



Quelle: Sanitätsbetriebe - CEDAP

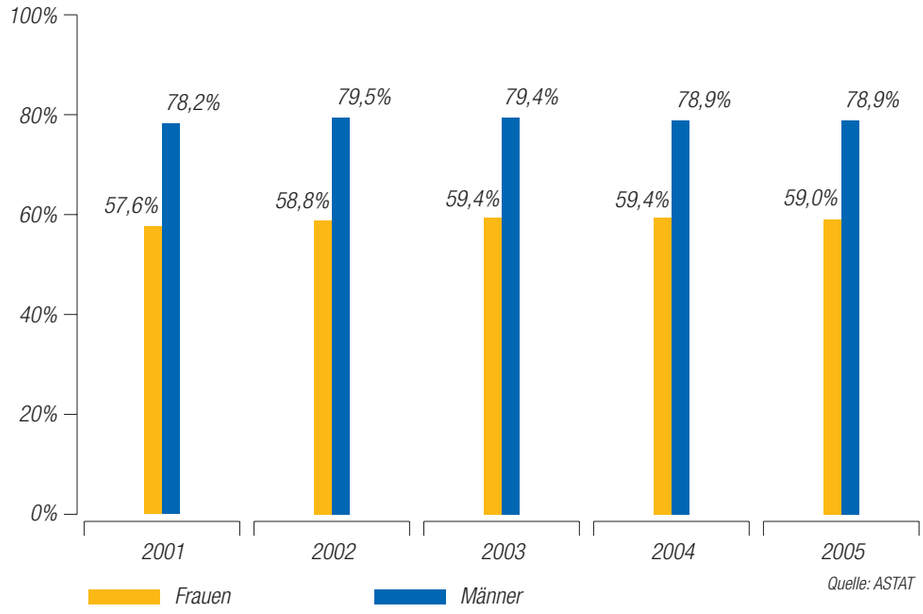
In den letzten Jahren verlief die weibliche Beschäftigungsrate ansteigend; der Druck der Frauen, die mit einer allgemein hohen Ausbildung und Qualifikation (55% der Südtiroler, die derzeit die Universität besuchen, sind Frauen) in die Arbeitswelt eintreten und diese trotz Ehe oder Mutterschaft nicht verlassen, bleibt hoch.

Auf gesamtstaatlicher Ebene trug laut ISTAT im Jahr 2004 die weibliche Komponente stärker als die männliche zur Erhöhung der Beschäftigungsrate bei, wenngleich mäßiger als in den Vorjahren. Der Anteil der Frauen an den Beschäftigten insgesamt erreichte im Jahr 2004 40,3%, wobei in Italien die weibliche Beschäftigungsrate weit unterhalb der EU-15 (43,5% im Jahr 2003) und der anderen großen Volkswirtschaften Europas (45,7% in Frankreich, 44,9% in Deutschland) liegt.

In der Provinz Bozen betrug die weibliche Beschäftigungsrate im Jahr 2005 59% (jene der Männer 79%). Die Arbeitslosenrate der Frauen entspricht in etwa jener der letzten Jahre und liegt auch weiterhin über der Arbeitslosenrate der Männer, wenn auch unter dem durchschnittlichen Vergleichswert der 25 Mitgliedstaaten der Europäischen Union: die Arbeitslosenrate der Frauen betrug 3,5% (10,0% EU-25) gegenüber 2,2% der Männer (8,4% EU-25). Der Anteil der teilzeitbeschäftigten Frauen überwiegt dabei: 36,2% gegenüber 4,1% der teilzeitbeschäftigten Männer, wobei in den meisten Fällen der Grund für diese Entscheidung die Familie ist. Höher ist der Anteil der Frauen auch für die befristeten Arbeitsverträge unter den abhängigen Arbeitnehmern: 16,9% Frauen, 7,8% Männer.

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 421

Abbildung 3: **Beschäftigungsrate nach Geschlecht – Provinz Bozen, Jahre 2001-2005**



Quelle: ASTAT

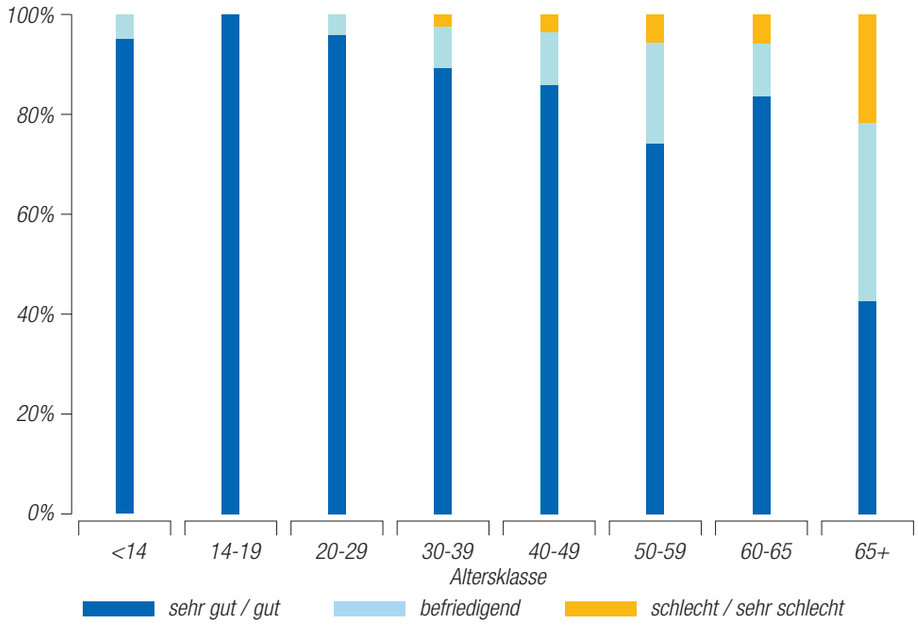
Die Gleichberechtigung am Arbeitsplatz ist für die italienischen Frauen jedoch lange noch nicht erreicht. Nach einer im Jahr 2005 vom World Economic Forum veröffentlichten Studie hält Italien den negativen Rekord bei der Mitbeteiligung, den wirtschaftlichen Möglichkeiten zwischen den Geschlechtern und bei der Teilnahme der Frauen an der Macht, verzeichnet jedoch unter seinen Stärken den Schutz der Gesundheit und der Mutterschaft.

1.4. WAHRNEHMUNG DER GESUNDHEIT

„Die Gesundheit ist ein Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Freiheit von Krankheiten“ (WHO, Weltgesundheitsorganisation); seine Wahrnehmung wird in vielen europäischen Ländern als globaler Indikator für den Gesundheitszustand der Bevölkerung verwendet.

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 422

Abbildung 4: **Wahrnehmung des Gesundheitszustandes – Weibliche Bevölkerung in der Provinz Bozen, Jahr 2005**



Quelle: ASTAT

Im Jahr 2005 bezeichneten 80% der Südtirolerinnen ihren Gesundheitszustand als gut/sehr gut. Dieser Prozentsatz ist natürlich höher in den jüngeren Altersklassen und sinkt mit ansteigendem Alter. Unabhängig vom Alter wird jedoch unter den Frauen ein höherer Anteil jener verzeichnet, die ihren Gesundheitszustand als nicht gut nennen, allgemein 18,8% gegenüber 12,4% der Männer, der auf 67,4% für die Frauen gegenüber 42,7% für die Männer in den höchsten Altersklassen ansteigt. Diese Unterschiede können zum Teil als Auswirkung der Langlebigkeit der Frauen ausgelegt werden; dabei muss jedoch auch das schwierige Verhältnis Frau-Gesundheit unterstrichen werden, in dem das Binom „längeres Leben = besserer Gesundheitszustand“ sicherlich nicht der Wahrheit entspricht.

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 423

2. GESUNDHEITSFAKTOREN UND PRÄVENTION

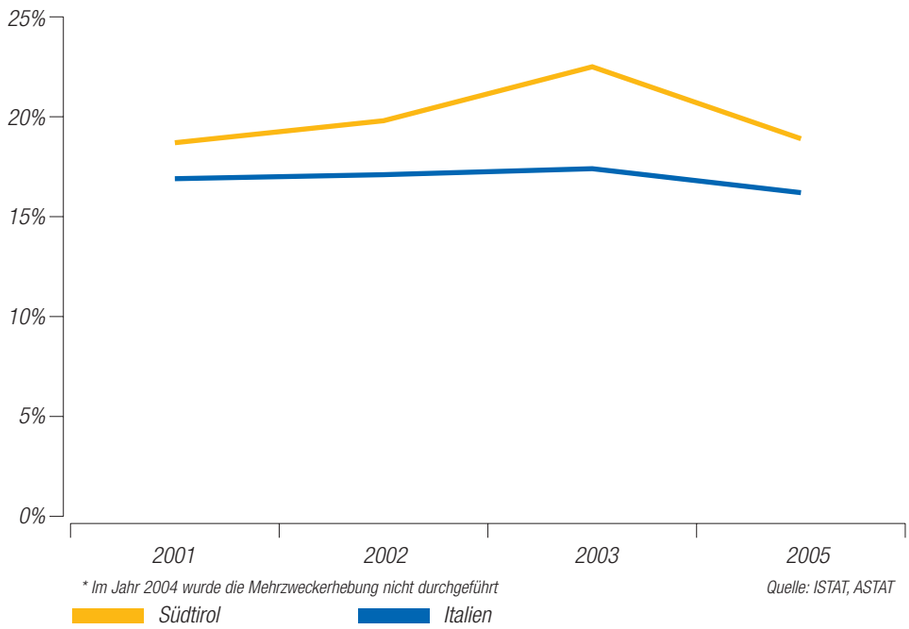
Die persönlichen, gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen erklären eine Reihe von Krankheiten: so bezeugen epidemiologische Studien, dass 60% der Herzkreislauferkrankungen durch eine Verminderung der individuellen Risikofaktoren (wie Tabakkonsum, fettreiche und ballaststoffarme Ernährung und wenig Bewegung) vermieden werden können. Schätzungen der WHO (Weltgesundheitsorganisation) zufolge sind in den fortschrittlichsten europäischen Ländern fast 25% der Krankheiten bei den Frauen (fast 50% für die Männer) auf ungesunde Lebensstile zurückzuführen.

2.1. TABAK UND ALKOHOL

TABAKKONSUM

Die Zigarette übt auch heute noch einen großen Reiz auf Frauen aus. Die Eroberung der Gleichberechtigung zwischen Mann und Frau führte leider auch zu einem Anstieg der Raucherinnen, der sich auch in den Jahren fortsetzte, in denen die Zahl der männlichen Raucher zusehends abnahm. Erst in letzter Zeit fiel der Anteil der Südtiroler Raucherinnen nach einem bedeutenden Anstieg in den letzten Jahren (durchschnittlich fast zwei Prozentpunkte pro Jahr) wieder auf die Prävalenzwerte von 2000 zurück (um die 18% mit einem durchschnittlichen Zigarettenkonsum pro Tag von 9), liegt aber immer noch über den gesamtstaatlichen Durchschnittswerten.

Abbildung 1: **Anteil der Raucherinnen – Vergleich Italien, Provinz Bozen, Jahre 2001-2005***

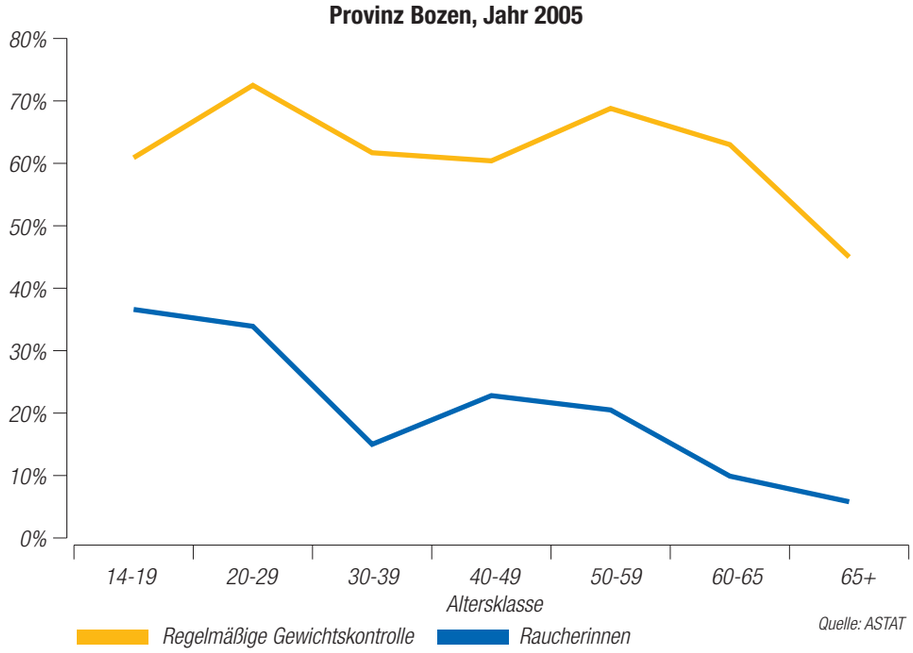


Einer der ausschlaggebenden Gründe, welche die Frauen zum Rauchen bewegen, ist, dass Rauchen das Körpergewicht reduziert; viele Frauen ziehen es in der Tat vor, Skla-

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 424

vinnen der Zigarette zu bleiben, anstatt zuzunehmen. Die Daten zeigen, dass in den weiblichen Altersklassen mit höheren Prävalenzwerten der Raucherinnen auch ein deutlich höheres Augenmerk auf die Gewichtskontrolle herrscht.

Abbildung 2: **Raucherinnen und Gewichtskontrolle nach Altersklasse – Provinz Bozen, Jahr 2005**



Quelle: ASTAT

ALKOHOLKONSUM

Rauchen geht oft mit anderen risikobehafteten Verhaltensweisen einher, beispielsweise mit einem übermäßigen Alkoholgenuss. Nationalen und internationalen Studien zufolge betrifft der Alkoholmissbrauch immer häufiger die Jugendlichen und vor allem die Mädchen, die auf Alkohol zurückgreifen, um wahrscheinlich mehr Sicherheit zu erlangen und von der Gruppe akzeptiert zu werden; ein weiteres „Risikoalter" der Frauen ist jenes zwischen 40-50 Jahren, sobald viele eine - leider oft enttäuschende - Lebensbilanz ziehen. Die WHO-Schätzungen für die europäischen Länder in Bezug auf alkoholhaltige Produkte als Ursachen aller Krankheiten sprechen von 8-10%.

Die Prävalenz der Alkoholkonsumentinnen betrug in Italien im Jahr 2005 58,1%; der entsprechende Anteil in der Provinz Bozen liegt höher: 67,0%. Der Alkoholgenuss außerhalb der Mahlzeiten und das „Binge Drinking" (Rauschtrinken) stellen Gesundheitsrisiken dar. In Bezug auf den ersten Fall erklärten 5,2% der Südtiroler Frauen, mindestens einmal pro Woche Wein oder Alkohol außerhalb der Mahlzeiten zu sich zu nehmen, während 9,5% der weiblichen Bevölkerung in der Provinz Bozen einen hohen Alkoholkonsum zu einem einzigen Anlass mindestens einmal im Jahr zugeben (durchschnittlich 5 „Binge Drinking"-Episoden in einem Jahr).

Tabelle 1: **Prozentanteil der Frauen, die mindestens ein alkoholisches Getränk im Jahr zu sich genommen haben, nach Alterklasse – Provinz Bozen, Jahr 2005**

	Altersklasse							Insgesamt
	14-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-65	65+	
% d. Frauen	65,9	88,9	63,7	67,2	73,6	62,9	53,1	67,0

Quelle: ASTAT

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 425

2.2. GEWICHT UND ERNÄHRUNG

Die Verbreitung von nicht korrekten Ernährungsgewohnheiten und die Fettleibigkeit stellen ein großes epidemiologisches, soziales und wirtschaftliches Problem dar, da sie zusammen mit zuwenig Bewegung zu den größten Risikofaktoren zahlreicher chronisch-degenerativer Krankheiten zählen.

BODY MASS INDEX

Die Südtiroler Frauen (weibliche Bevölkerung ab 14 Jahren) achten mehr auf ihre Linie. Gegenüber einem gesamtstaatlichen Durchschnitt von 8,7% Frauen mit Fettleibigkeitsproblemen und 25,8% (1 Frau von 4) übergewichtigen Frauen (Istat-Daten des Jahres 2003) verzeichnet Südtirol im Jahr 2005 geringere Werte: 6,6% für die Fettleibigkeit und 22,8% für die Prävalenz der Südtirolerinnen mit Übergewicht. Deutlich anders zeigt sich hingegen die Lage der Männer: die Südtiroler übersteigen den nationalen Durchschnitt um 7% (fast jeder Zweite ist in Südtirol übergewichtig oder fettleibig).

Tabelle 2: **Ernährungsgewohnheiten in der weiblichen Bevölkerung ab 3 Jahren in der Provinz Bozen – Konsum pro Tag, Jahr 2005**

Alters-klasse	*Nahrungsmittel*										
	Brot, Nudeln	*Wurst-waren*	*Weißes Fleisch*	*Rind-fleisch*	*Milch*	*Käse*	*Eier*	*Fisch*	*Gemüse und Blatt-gemüse*	*Sonstiges Gemüse*	*Obst*
03-13	*73,0*	*15,3*	*2,7*	*1,1*	*79,2*	*57,4*	*2,2*	*1,1*	*45,9*	*22,4*	*79,0*
14-19	*69,5*	*5,8*	*3,7*	*-*	*63,6*	*44,4*	*2,1*	*-*	*56,4*	*40,5*	*74,2*
20-29	*74,2*	*9,0*	*5,7*	*4,9*	*64,2*	*48,8*	*8,4*	*3,3*	*56,9*	*39,8*	*59,8*
30-39	*74,2*	*15,8*	*1,6*	*3,2*	*74,4*	*53,3*	*6,2*	*-*	*56,2*	*53,1*	*73,8*
40-49	*71,6*	*9,6*	*-*	*-*	*62,6*	*46,9*	*7,3*	*-*	*74,1*	*54,1*	*80,7*
50-59	*74,6*	*18,1*	*1,4*	*-*	*60,3*	*47,4*	*-*	*-*	*71,0*	*45,6*	*78,9*
60-65	*79,6*	*11,6*	*2,0*	*2,0*	*68,3*	*45,2*	*9,1*	*3,6*	*85,3*	*62,5*	*96,2*
65+	*79,6*	*7,2*	*4,0*	*2,7*	*72,1*	*46,2*	*4,1*	*1,4*	*70,0*	*39,8*	*81,8*
INSG.	***74,8***	***11,8***	***2,6***	***1,9***	***68,9***	***49,2***	***5,0***	***1,0***	***64,0***	***44,3***	***77,5***

Quelle: ASTAT

NAHRUNGS-MITTELKONSUM

Täglich Wurstwaren, Fleisch oder Käse zu sich nehmen gilt als „übermäßiger Konsum“ und somit als gesundheitsschädigend. Von den Südtirolerinnen konsumieren 11,8% mindestens täglich Wurstwaren, während nur 1 Frau von 2 in ihrer täglichen Ernährung auch Käse vorsieht. Der Großteil der „ungesunden“ Ernährungsgewohnheiten hängt umgekehrt proportional mit dem Bildungsgrad zusammen: solche Ernährungsgewohnheiten täglich oder mehrmals am Tag nehmen bei den Südtiroler Frauen mit niedrigerem Bildungsgrad im Vergleich zu den Frauen mit Oberschul- oder Universitätsabschluss fast um das Dreifache zu. Besonders die Frauen mit dem niedrigsten Bildungsgrad neigen stärker dazu, Gemüse aus ihrer Ernährung auszuschließen oder zumindest zu reduzieren und übermäßig Wurstwaren, weißes Fleisch und Käse zu konsumieren.

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 426

2.3. PROGRAMM ZUR FRÜHDIAGNOSE DES ZERVIXKARZINOMS

LANDESPROGRAMM FÜR DAS SCREENING DES ZERVIXKARZINOMS

Seit Februar 2001 läuft in Umsetzung des Beschlusses der Landesregierung Nr. 4034 vom 20.09.1999 ein Landesprogramm für die Verstärkung der Frühdiagnose des Zervixkarzinoms. Da sich zahlreiche Südtirolerinnen spontan dem Paptest unterziehen, besteht die Zielbevölkerung des Programms aus allen ansässigen Frauen im Alter zwischen 23 und 65 Jahren, die in den letzten drei Jahren keinen Paptest in einer Landesgesundheitseinrichtung vornehmen ließen.

ZIELBEVÖLKERUNG DES PROGRAMMS

Im Jahr 2005 wurden 32.194 Frauen eingeladen, am Screening-Programm teilzunehmen: 18.481 Frauen (57,4%) erhielten die Einladung zum ersten Mal, für die restlichen 13.713 (42,6%) handelte es sich um die erste und/oder zweite Aufforderung.

Das Verhältnis zwischen den eingeladenen und ansässigen Frauen entspricht auf Landesebene einem Wert von 23,3%, der sich innerhalb der einzelnen Sanitätsbetriebe homogen zeigt.

TEILNAHME AM PROGRAMM

Insgesamt nahmen im Laufe des Jahres 7.357 Frauen am Programm teil (22,9%). Die Teilnahme am Programm war in den jungen Altersklassen (23-29 Jahre) höher und sinkt mit ansteigendem Alter auf 19,8% für die 65-jährigen Frauen.

Analysiert man die Daten der Programmteilnahme nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb der Frau, schwankt die Teilnahme zwischen 20,7% (SB Meran) und 25,1% (SB Bruneck). Der Sprengel mit der höchsten Quote ist Taufers-Ahrntal (28,6%); den niedrigsten Anteil von 19,7% verzeichnen hingegen die Einwohnerinnen des Oberen Vinschgau.

Das Verhältnis zwischen den teilnehmenden und ansässigen Frauen beträgt insgesamt 5,3%, wobei die Werte zwischen 4,5% (SB Meran) und 5,9% (SB Bruneck) schwanken.

PAPTEST-ERGEBNISSE

In über 96% der Fälle hatte der von den teilnehmenden Frauen durchgeführte Paptest ein negatives Ergebnis. Für 55 Frauen (0,7%) wurde eine Dysplasie diagnostiziert; in zwei Fällen ergab der Test eine Karzinomdiagnose.

Tabelle 3: **Verteilung der am Zervix-Screening teilnehmenden Frauen nach Altersklasse und Wohnsitz-Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

Altersklasse	Bozen		Meran		Brixen		Bruneck		Insgesamt	
	abs. Wert	% von eingelad. Frauen	abs. Wert	% von eingelad. Frauen	abs. Wert	% von eingelad. Frauen	abs. Wert	% von eingelad. Frauen	abs. Wert	% von eingelad. Frauen
23-24	204	23,2	113	22,7	83	27,7	112	28,8	512	24,8
25-29	330	23,4	191	25,4	123	26,9	120	23,3	764	24,4
30-34	429	25,8	210	24,9	130	27,5	169	30,8	938	26,6
35-39	433	25,0	229	23,2	161	26,9	169	27,9	992	25,3
40-44	424	22,4	216	21,8	136	22,3	169	26,3	945	22,8
45-49	355	22,6	170	19,5	101	19,2	113	21,9	739	21,2
50-54	337	22,5	133	17,1	84	19,2	110	24,1	664	21,0
55-59	399	21,4	133	16,2	89	17,3	102	21,9	723	19,7
60-64	491	23,5	190	18,0	108	20,4	124	22,4	913	21,6
65	92	22,0	33	16,5	20	18,7	22	18,3	167	19,8
INSGES.	**3.494**	**23,2**	**1.618**	**20,7**	**1.035**	**22,7**	**1.210**	**25,1**	**7.357**	**22,9**

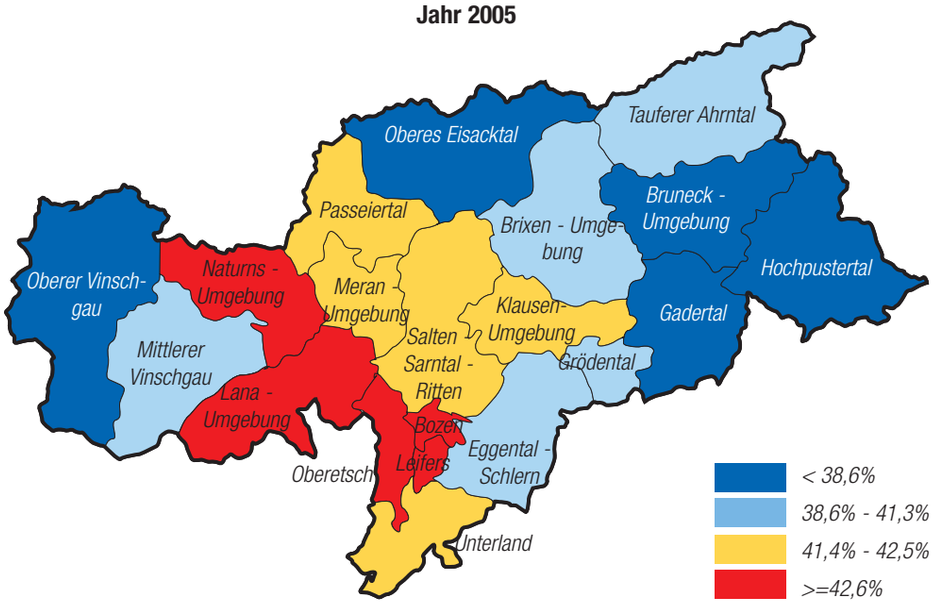
Quelle: Überbetrieblicher Dienst für Pathologische Anatomie

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 427

FLÄCHENDECKUNG DER BEVÖLKERUNG IM JAHR 2005

Zur Schätzung der Flächendeckung in der weiblichen Bevölkerung, d.h. des Anteils der Frauen, die mindestens einen Paptest durchgeführt haben, muss zum Screening auf Einladung der Prozentsatz der Frauen hinzugezählt werden, die im Jahr 2005 den Paptest spontan vornehmen ließen. Im Jahr 2005 ließen 57.410 Frauen im Alter zwischen 23-65 Jahren mindestens einen Paptest durchführen, was 41,5% der weiblichen Wohnbevölkerung entspricht. Weitet man die Analyse auf den Dreijahreszeitraum 2003-2005 aus, wird geschätzt, dass für 76,8% Südtirolerinnen im Alter von 20-65 Jahre mindestens eine zytologische Diagnose vorliegt.

Abbildung 3: **Territoriale Verteilung der Teilnehmerquote in der weiblichen Bevölkerung – Jahr 2005**



Die Europäische Gemeinschaft erhofft sich für dieses Programm eine Teilnehmerquote nicht unter 85% der Zielbevölkerung. In Italien gelten Deckungsgrade über 65% als annehmbar, der erwünschenswerte Standard beträgt über 80%.
Nach der ISTAT-Mehrzweckerhebung „Gesundheitszustand und Gesundheitsdienste“ der Jahre 1999-2000 schwankt der Anteil der Frauen, die den Paptest regelmäßig alle drei Jahre vornehmen lassen, zwischen 25,6% (Süden) und 61,0% (Nord-Osten). Die 2005 an einem Sample von in 123 Sanitätsbetrieben ansässigen Frauen durchgeführte PASSI-Studie (Fortschritte der Sanitätsbetriebe für die Gesundheit in Italien) informiert kürzlich, dass 70% der Interviewten erklären, in den letzten drei Jahren mindestens 1 Paptest durchgeführt zu haben.

2.4. PROGRAMM ZUR FRÜHDIAGNOSE DES MAMMAKARZINOMS

GESETZESVERWEISE

Das Screening des Mammakarzinoms ist in der Provinz Bozen im Programm für die Prävention und Bekämpfung der Neoplasien vorgesehen, das mit Beschluss der Landesregierung Nr. 2076 vom 27.04.1992 in geltender Fassung genehmigt wurde.

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 428

NEUES LANDESPROGRAMM ZUR FRÜHDIAGNOSE DES MAMMAKARZINOMS

Im Juli 2003 wurde offiziell das Landesprogramm zur Frühdiagnose des Mammakarzinoms eingeleitet, das eine Zielbevölkerung von 56.323 ansässigen Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren vorsieht, die in den vergangenen 18 Monaten keine mammographische Untersuchung vorgenommen haben.

Das Mammographie-Screening findet an den Sitzen der Röntgendienste in den öffentlichen Krankenhäusern statt.

Die Röntgenbefunde werden vom Röntgendienst des Krankenhauses Bozen analysiert und bewertet; eine Ausnahme bilden dabei die Mammographien der im Sanitätsbetrieb Brixen ansässigen Frauen, die von den Radiologen der Krankenhäuser Brixen und Sterzing untersucht werden.

ERGEBNISSE DER PROGRAMMRUNDE 2003-2005

Die während des Zeitraums eingeladene Bevölkerung betrug 98,6% (55.534 Frauen) der Zielbevölkerung.

34.720 Frauen wurden bis zum 31. Dezember 2005 einem Mammographie-Screening unterzogen; 27.351 davon (78,8% der untersuchten Frauen) gingen nach Erhalt der Einladung zur Kontrolle (49,2% der eingeladenen Frauen), während 7.369 Frauen (21,2%) schon vor Erhalt der Einladung eine Kontrolle durchführen ließen (13,3% der eingeladenen Frauen).

TEILNAHME AN DER PROGRAMMRUNDE 2003-2005

Die unbereinigte Teilnahmerate an der Mammographiekontrolle, berechnet an den eingeladenen Frauen, betrug auf Landesebene 62,5%, wobei diese Daten auch die spontan durchgeführten Kontrollen beinhalten; sie schwankt zwischen 56,3% für den Sanitätsbetrieb Bruneck und 64,8% für den Sanitätsbetrieb Bozen. Aufgrund von organisatorischen Problemen erhielt nur ein Teil der nicht teilnehmenden Frauen im Abstand von 2 Monaten eine zweite Einladung. Die derzeit von der Italienischen Gruppe für das Mammographie-Screening (GISMa) für diesen Parameter empfohlenen Werte sind ≥50% (annehmbar) und ≥70% (erwünschenswert).

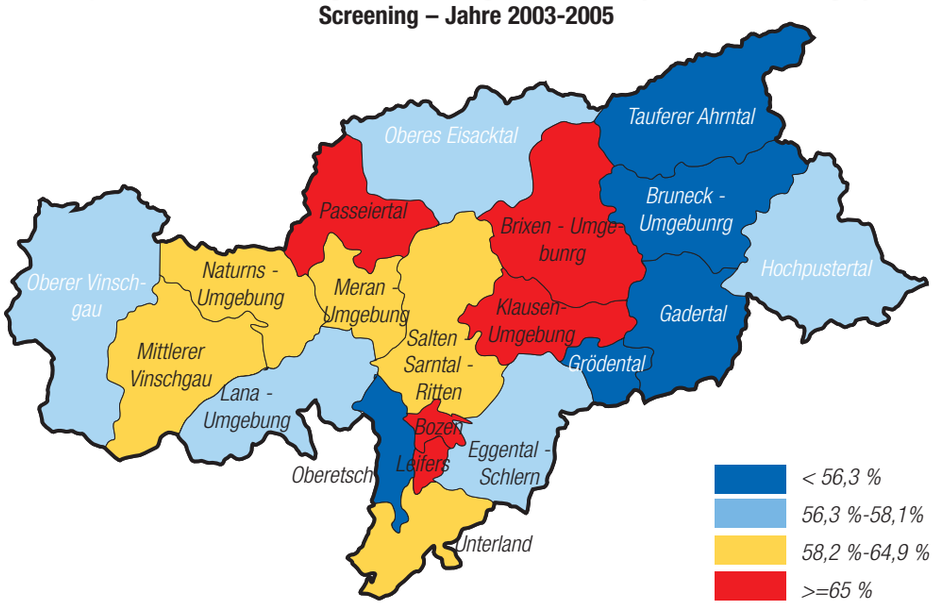
Tabelle 4: **Zielbevölkerung und teilnehmende Frauen nach Art der Teilnahme und Wohnsitz-Sanitätsbetrieb der Frau für das Mammographie-Screening - Jahre 2003-2005**

Sanitätsbetrieb	*Zielbev.*	*Teilnehm. Bev. (%)*	*Teilnahme auf Einladung*		*Spontane Teilnahme*		*Teilnahme insgesamt*	
			abs. Wert	*% teiln. Bev.*	*abs. Wert*	*% teiln. Bev.*	*abs. Wert*	*% teiln. Bev.*
Bozen	*27.138*	*98,3*	*14.203*	*53,2*	*3.097*	*11,6*	*17.300*	*64,8*
Meran	*14.398*	*98,7*	*6.155*	*43,3*	*2.566*	*18,0*	*8.721*	*61,3*
Brixen	*7.258*	*99,0*	*3.592*	*50,0*	*908*	*12,6*	*4.500*	*62,6*
Bruneck	*7.519*	*99,2*	*3.398*	*45,6*	*797*	*10,7*	*4.195*	*56,3*
Nicht angegeben	*10*	*100,0*	*3*	*30,0*	*1*	*10,0*	*4*	*40,0*
INSGESAMT	***56.323***	***98,6***	***27.351***	***49,2***	***7.369***	***13,3***	***34.720***	***62,5***

Quelle: Tumorregister Südtirol

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 429

Abbildung 4: **Territoriale Verteilung der unbereinigten Teilnahmequoten am Mammographie-Screening – Jahre 2003-2005**



Quelle: Tumorregister Südtirol

Auf gesamtstaatlicher Ebene belaufen sich die unbereinigten Teilnahmequoten am Screening der eingeleiteten Programme nach den Angaben des Vierten Berichtes der Nationalen Screening-Beobachtungsstelle (Jahr 2003) auf 58,3%.

Mit Bezug auf die Screening-Zielbevölkerung der Jahre 2003-2005 wurden insgesamt 318 Fälle von bösartigen Brusttumoren diagnostiziert, bei denen eine histologische Bestätigung vorliegt. 122 davon wurden in der Screening-Phase erfasst. Die Daten gelten als leicht unterschätzt, da sie nicht die nur auf klinisch-instrumenteller Basis durchgeführten Tumordiagnosen beinhalten. Für die Eingeladenen beträgt die unbereinigte Identifikationsrate (begrenzt auf die Diagnosen mit positiver Histologie) also 3,5 Tumoren pro 1.000 Frauen.

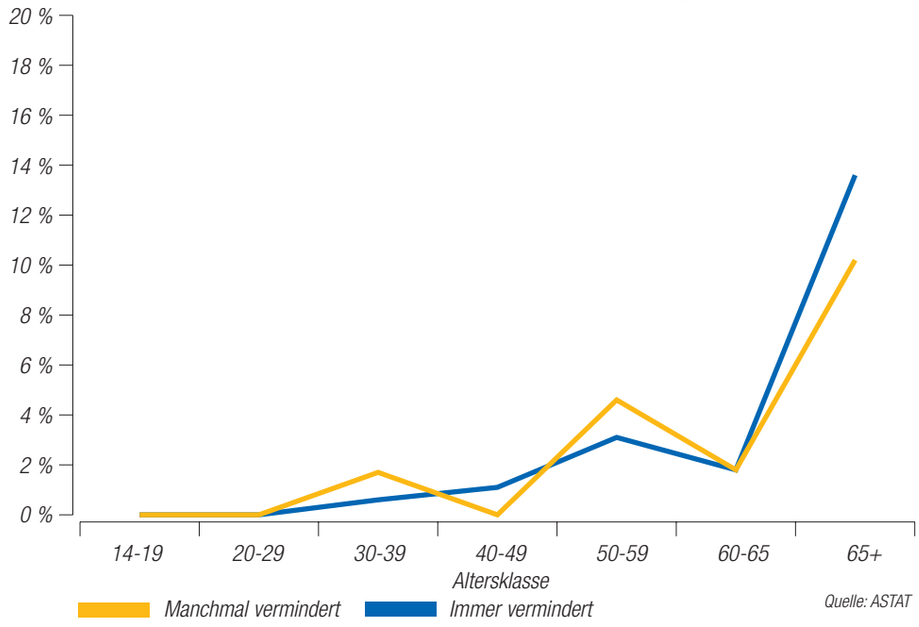
GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 430

3. MORBIDITÄT

3.1. CHRONISCHE KRANKHEITEN

Die Lebenserwartung allein kann nicht die Lebensqualität beschreiben: wie bereits im vorhergehenden Kapitel angedeutet leben die Frauen zwar länger als die Männer, sie leiden gleichzeitig aber auch häufiger an chronischen Krankheiten und deren invalidisierenden Folgen und verbringen einen längeren Teil ihres Lebens also in einem schlechten Gesundheitszustand. Im Jahr 2005 erklärte jede vierte Südtirolerin im Alter über 65 Jahren eine gelegentliche oder kontinuierliche Verminderung ihrer Selbstständigkeit aufgrund von chronischen Krankheiten oder Invalidität.

Abbildung 1: **Prozentsatz der Frauen, die ihre eigene Selbstständigkeit aufgrund von Krankheit und Invalidität als vermindert erklären – Provinz Bozen, Jahr 2005**



Quelle: ASTAT

2004 litten in der Provinz Bozen 23,5% der gesamten weiblichen Bevölkerung an mindestens einer chronischen Krankheit (57.572 Personen), gegenüber 19,2% der Männer (45.528 Personen). Gerade ab dem Alter von 15 Jahren, in dem die ersten Unterschiede zwischen den Geschlechtern auftreten, verzeichnen die Frauen zunehmend höhere Werte chronischer Krankheiten als die Männer.

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 431

Tabelle 1: **Raten der chronischen Krankheiten nach Geschlecht und Altersklasse pro 100.000 Einwohner – Provinz Bozen, Jahr 2004**

Altersklasse	*Frauen*	*Männer*
0	*4.136,8*	*4.783,3*
01-04	*1.742,5*	*2.692,4*
05-14	*1.934,0*	*2.581,7*
15-44	*7.255,6*	*5.972,7*
45-64	*31.123,2*	*28.768,5*
65-74	*58.410,5*	*57.920,8*
74+	*73.110,5*	*72.237,6*
INSGESAMT	***23.484,9***	***19.160,6***

Quelle: OEP - Mapping der chronischen Krankheiten

Von den insgesamt 35 analysierten chronischen Krankheiten weisen die Frauen in 54% der Fälle höhere Raten auf. Die höhere Prävalenz der Frauen betrifft: die Kardiovaskulopathien allgemein, vor allem in Bezug auf die Hypertonie, während die Kardiopathien (vor allem in den fortgeschrittenen Altersklassen) unter den Männern stärker verbreitet sind; die Neuropathien, vor allem für die Alzheimer-Krankheit, die mit ansteigendem Alter eine fast doppelt so hohe Inzidenz im Vergleich zur männlichen Bevölkerung annimmt; und insbesondere die Autoimmunkrankheiten wie rheumatoide Arthritis, Lupus erythematodes und Hashimoto-Thyreoiditis (für die letztere Krankheit bestätigen die Daten die Aussagen der Fachliteratur, nach denen die chronische, autoimmune Thyreoiditis im weiblichen Geschlecht deutlich höher liegt - in Südtirol betrug die Prävalenz im Jahr 2004 422,61 Fälle pro 100.000 Frauen gegenüber 41,24 Fälle bei den Männern -; diese Krankheit entwickelt sich häufig zur Hypothyreose, die ihrerseits Werte von 4.036,01 Fällen pro 100.000 Frauen gegenüber 866,55 Fällen pro 100.000 Männer aufweist).

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 432

Tabelle 2: **Chronische Krankheiten nach Geschlecht pro 100.000 Einwohner – Provinz Bozen, Jahr 2004**

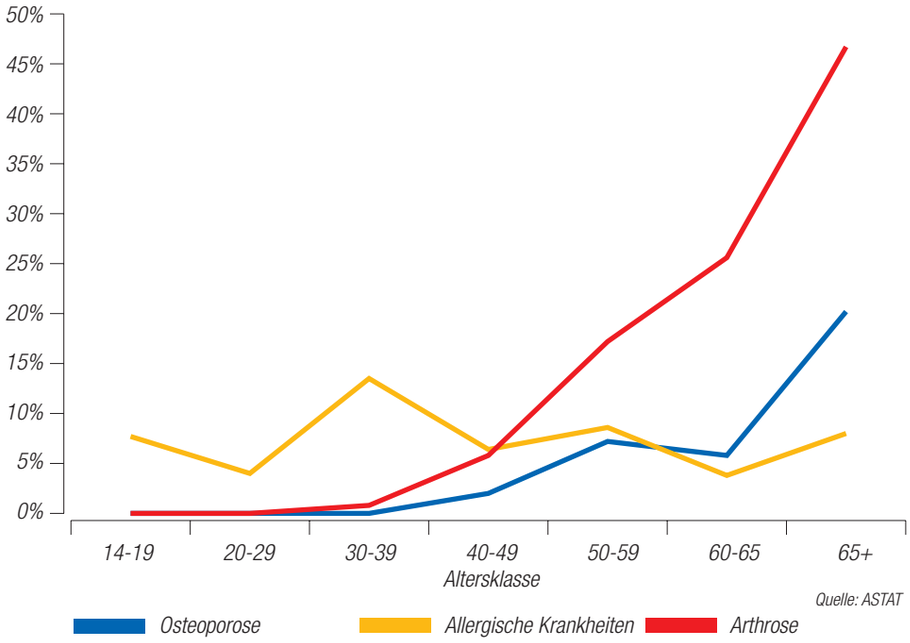
Chronische Krankheiten	Frauen	Männer
Transplantatträger	59,6	106,5
Niereninsuffizienz	312,9	518,1
HIV und AIDS	29,8	62,3
Neoplasie	2.698,8	2.587,4
Diabetes	2.881,2	3.110,2
Hypertonie	12.760,7	10.229,8
Kardiopathie	5.673,8	5.552,4
Vaskulopathie	757,5	1.072,4
Bronchopneumopatie	1.866,3	2.458,7
Hepato-Enteropathie	514,4	856,0
MRGE	648,6	675,1
Epilepsie	498,1	582,1
Parkinson	708,6	543,3
Alzheimer	272,5	116,6
Multiple Sklerose	130,1	64,0
Neuromyelitis optica	0,4	0,8
Demenz	229,3	117,8
Rheumatische Arthritis	443,8	165,4
LES	101,2	20,2
Systemische Sklerose	29,4	7,6
Sjörgen-Syndrom	33,9	4,2
Spondylitis ankylosans	13,9	29,5
Myasthenia gravis	11,8	7,2
Hashimoto-Thyreoiditis	422,6	41,2
Hämolytische Anämie	5,7	6,3
Akromegalie	11,4	9,3
Diabetes Insipidus	6,5	7,2
Addison-Krankheit	12,2	12,2
Hyper-Hypoparathyreoidismus	32,6	12,6
Hypothyreose	4.036,0	866,6
Cushing-Syndrom	7,3	2,1
Basedow-Krankheit	188,5	50,5
Hypophysärer Minderwuchs	22,0	32,0
Dyslipämie	2.621,7	2.716,2
Psychosen	895,0	549,2

Quelle: OEP - Mapping der chronischen Krankheiten

Neben den 35 in der Mapping-Studie analysierten Krankheiten gibt es natürlich weitere chronische Krankheiten, deren offizielle Prävalenzdaten jedoch aus ISTAT-Stichprobenerhebungen hervorgehen, die mehr auf subjektiven Erklärungen der Interviewten als auf epidemiologischen Daten basieren. Daraus geht hervor, dass Osteoporose und Arthrose 5,0% bzw. 12,6% der weiblichen Südtiroler Bevölkerung betreffen, im Alter von 40-44 Jahren auftreten und, im Fall der Arthrose, im fortgeschrittensten Alter fast jede zweite Frau befallen.

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 433

Abbildung 2: **Osteoporose, allergische Krankheiten und Arthrose – Weibliche Bevölkerung in der Provinz Bozen, Jahr 2005**



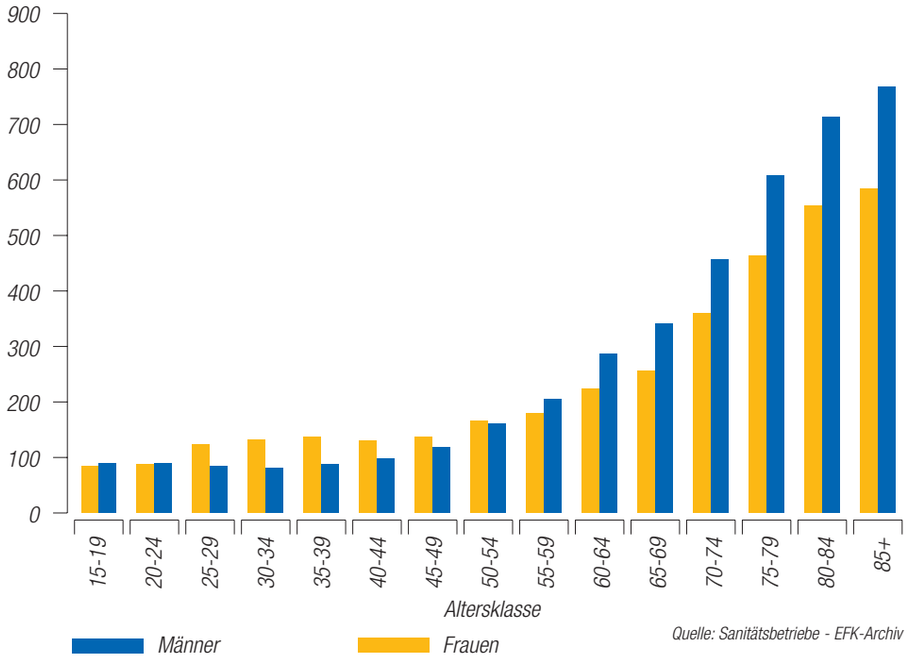
3.2. KRANKENHAUSAUFENTHALTE

Bei den Krankenhausaufenthalten sind keine großen Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu verzeichnen, außer in Bezug auf die Schwangerschaft, die Entbindungen und die damit zusammenhängenden Krankheiten, die natürlich die Ursachen und Häufigkeit der Aufenthalte der Frauen beeinflussen können.

Während die Hospitalisierungsraten der Männer für Aufenthalte von Akutkranken in den extremen Alterklassen höher ausfallen (vor allem aufgrund einer höheren Inzidenz von Traumata im Jugendalter und Kreislauferkrankungen in den fortgeschrittensten Altersklassen), sind die Hospitalisierungsraten der Frauen in den mittleren Altersklassen, eben aufgrund der Krankheiten und Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und dem weiblichen Fortpflanzungssystem (ausgeschlossen die Aufenthalte wegen Geburt) höher, was folglich weitgehend zu einem Gleichgewicht zwischen den durchschnittlichen Aufenthaltsraten insgesamt führt (Hospitalisierungsrate aufgrund von Aufenthalten von Akutkranken im Jahr 2005 von 189,19 pro 100.000 Frauen und 181,89 pro 100.000 Männer).

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 434

Abbildung 3: **Hospitalisierungsraten aufgrund von Aufenthalten von Akutkranken (ausgeschlossen die Aufenthalte aufgrund von Geburt) nach Geschlecht pro 100.000 Einwohner – Provinz Bozen, Jahr 2005**



Quelle: Sanitätsbetriebe - EFK-Archiv

Schließt man die Aufenthalte aufgrund von Geburt aus, die in der Bevölkerung immer die erste Stelle in der Rangliste der Aufenthalte einnehmen, sind für die Südtiroler Frauen die häufigsten Aufenthalts-DRGs die DRG 359 „Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor“ mit ziemlich hohen Prävalenzwerten vor allem in der Altersklasse 45-49 Jahre (rund 11% der gesamten Aufenthalte in derselben weiblichen Altersklasse) und die DRG 243 „Medizinische Rückenbeschwerden“ mit hohen Aufenthaltsraten vor allem in der Altersklasse 55-64 Jahre.

Tabelle 3: **Ordentliche Krankenhausaufenthalte (Geburten ausgeschlossen) der Südtiroler Frauen nach den häufigsten DRGs, kumulierter % der Aufenthalte – Jahr 2005**

DRG	Beschreibung der DRG	Aufenthalt	% kumuliert
359	Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, ohne Komplikationen	851	2,7
243	Medizinische Rückenbeschwerden	820	5,3
209	Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaßen	809	7,9
430	Psychosen	789	10,4
183	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Verdauungskrankheiten, Alter > 17 ohne Komplikationen	767	12,8
127	Herzinsuffizienz und Schock	732	15,1
14	Spezifische zerebrovaskuläre Erkrankungen außer transitorisch ischämischer Attacke (TIA)	482	16,6
139	Herzrhythmus- und Reizleistungsstörungen, ohne Komplikationen	465	18,1
184	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Verdauungskrankheiten, Alter < 18	447	19,5
390	Neugeborene mit sonstigen signifikanten Problemen	404	20,8

Quelle: Sanitätsbetriebe – EFK-Archiv

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 435

Im Erwachsenenalter hängen die Aufenthalte der Frauen häufig mit den Krankheiten und Störungen des weiblichen Fortpflanzungssystems zusammen, zwischen 55 und 75 Jahren stellen hingegen die Krankheiten und Beschwerden der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes die wichtigsten Aufenthaltsursachen dar, während für die über 75-jährigen Frauen wie für die Männer derselben Altersklasse die Krankheiten und Störungen des Herzkreislaufsystems überwiegen.

Tabelle 4: **Häufigste DRGs der Krankenhausaufenthalte von Akutkranken (Frauen) nach Altersklasse (Geburten ausgeschlossen) – Provinz Bozen, Jahr 2005**

Altersklasse	*DRG*	*Beschreibung der DRG*	*%*
15-24	*183*	*Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Verdauungskrankheiten*	*4,3*
25-44	*359*	*Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, ohne Komplikationen*	*6,7*
45-54	*359*	*Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, ohne Komplikationen*	*8,5*
55-64	*243*	*Medizinische Rückenbeschwerden*	*3,6*
65-74	*209*	*Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaßen*	*5,8*
74+	*127*	*Herzinsuffizienz und Schock*	*6,2*

Quelle: Sanitätsbetriebe – EFK-Archiv

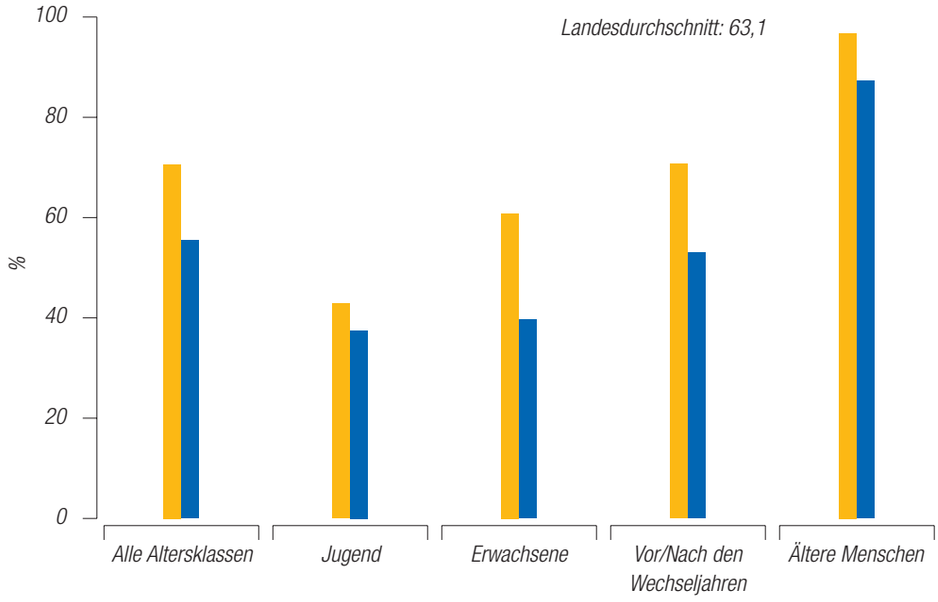
3.3. FRAUEN UND MEDIKAMENTE

Die internationalen wissenschaftlichen Gremien haben die Wichtigkeit der geschlechtsspezifischen Forschung und klinischen und pharmakologischen Erprobung anerkannt. Der Schutz der Gesundheit der Frau und eine effiziente Antwort auf die gesundheitliche Bedürfnisse müssen mit der Bewertung der biologischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern einhergehen, die notwendigerweise zu einer differenzierten Antwort auf die Pharmakotherapie führen müssen (man denke nur an die Hormonschwankungen, die das Fortpflanzungsleben der Frau von der Pubertät bis in die Wechseljahre beeinflussen, oder an die tiefgreifenden Änderungen während der Schwangerschaft). Bis heute wurde diesem Aspekt jedoch nur wenig Aufmerksamkeit zuteil, da die klinischen Studien nur selten auch Frauen miteinbezogen.

Wie aus den nationalen pharmako-epidemiologischen Untersuchungen hervorgeht, greifen Frauen häufiger als Männer zu Medikamenten. Im Jahr 2005 wurde 70,6% der Südtirolerinnen mindestens ein Medikament verschrieben (mit einer Differenz von 15% im Vergleich zu den Männern). Diese Werte schwanken in den verschiedenen Lebensphasen stark: im Jugendalter weisen die Mädchen im Vergleich zu den Jungen eine geringere Differenz in der Anzahl der Medikamentenverschreibungen auf, im fruchtbaren Alter ist die Differenz beträchtlich und nimmt dann vor und nach den Wechseljahren und im fortgeschrittenen Alter langsam ab (in dieser letzten Phase bedürfen fast alle Frauen einer Pharmakotherapie).

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 436

Abbildung 4: **Medikamentenverschreibungen nach Alter und Geschlecht – Provinz Bozen, Jahr 2005**



	Alle Altersklassen	Jugend	Erwachsene	Vor/Nach den Wechseljahren	Ältere Menschen
Männer	55,5	37,5	39,6	53,0	87,3
Frauen	70,6	42,9	60,8	70,7	96,8

Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte – Sanitätsbetrieb Bozen

Die Frauen weisen höhere Werte auch in Bezug auf die täglichen Medikamentendosen auf (fast 26% mehr als die Männer). Sie verzeichnen einen höheren Medikamentenverbrauch für den Gastrointestinaltrakt und den Stoffwechsel (+23%), für das Muskel- und Skelettsystem (+86%) und das Nervensystem (71%).

Tabelle 5: **Medikamentenverbrauch (DDD/1.000 Einwohner pro Tag) nach ATC und Geschlecht - Provinz Bozen, Jahr 2005**

	Frauen DDD/1.000 Einwohner pro Tag	Männer DDD/1.000 Einwohner pro Tag
Gastrointestinaltrakt/ Stoffwechsel	57,2	46,4
Blut und blutbildende Organe	55,3	47,0
Herzkreislaufsystem	259,9	242,8
Dermatologika	2,3	3,3
Urogenitaltrakt/ Sexualhormone	59,3	26,0
Systemische Hormonpräparate	33,7	13,0
Allgem. Antimikrobika zur syst. Verabreichung	12,5	11,1
Zytostatika	6,5	4,8
Muskel- und Skelettsystem	34,3	18,4
Zentrales Nervensystem	56,4	33,0
Antiparasitäre Pharmaka	0,9	0,3
Respirationstrakt	23,7	31,7
Sinnesorgane	11,4	8,5
Sonstige	0,1	0,2
INSGESAMT	**613,7**	**486,6**

Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte – Sanitätsbetrieb Bozen

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 437

4. BÖSARTIGE TUMOREN

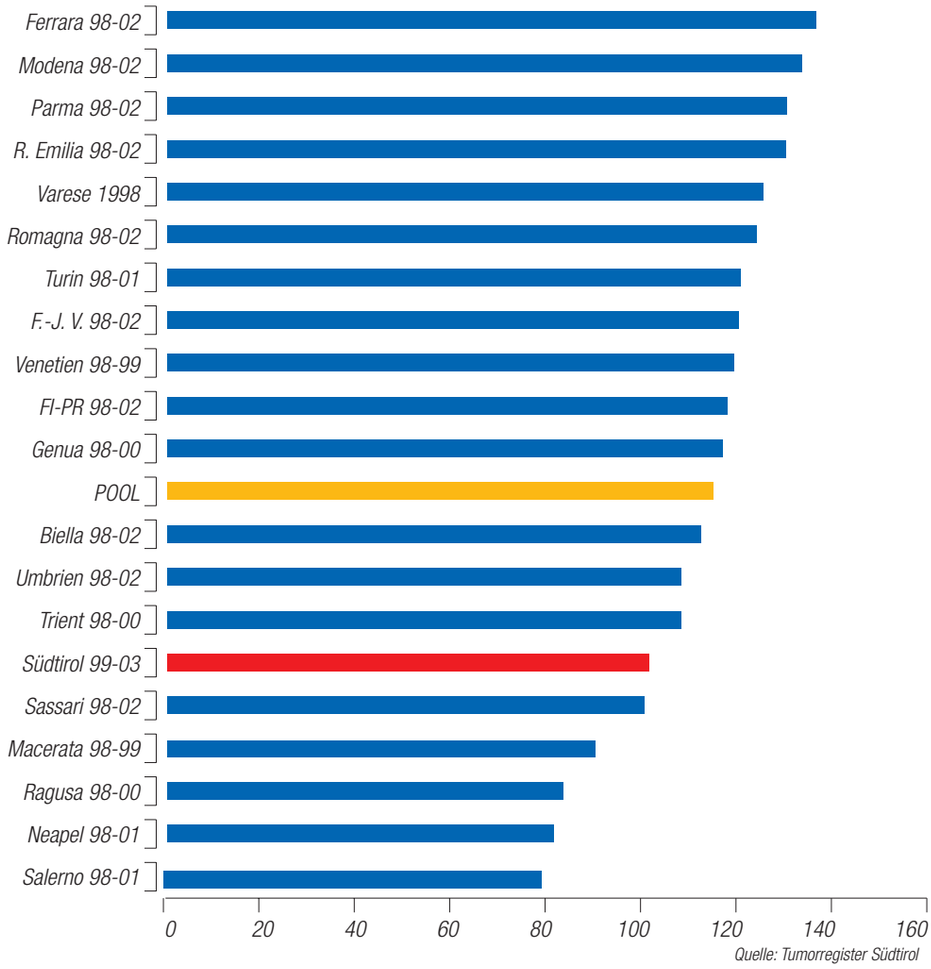
4.1. INZIDENZ

Die Inzidenz der Tumorerkrankungen verzeichnet in der weiblichen Bevölkerung Südtirols im gesamtstaatlichen Vergleich allgemein niedrigere Werte. Für verschiedene Tumorerkrankungen liegen die Landeswerte auf oder unter den geschätzten Vergleichswerten der 21 auf nationaler Ebene aktiven Tumorregister. Dieses Ergebnis steht sicherlich im Zusammenhang mit dem gesünderen Lebensstil (ausgewogene Ernährung, Bewegung, kein Tabak), den die Südtiroler periodisch erklären. Insbesondere muss auf die geringere Häufigkeit des Mammakarzinoms in den Südtiroler Frauen verwiesen werden. Dieser Tumor tritt in der weiblichen Bevölkerung am häufigsten auf und macht allgemein 25% aller neuen diagnostizierten Tumorfälle aus. Auf nationaler Ebene werden über 36.000 neue Tumordiagnosen pro Jahr geschätzt; für eine Frau beträgt das Risiko einer Mammakarzinom-Diagnose bis zu 74 Jahren rund 90,2‰ (jede elfte Frau erkrankt daran). In Bezug auf die Sterblichkeit ist die Tumorerkrankung für knapp ein Fünftel der Todesfälle die Hauptursache. Auf Landesebene wurden im Fünfjahreszeitrum 1999-2003 1.421 neue Tumorerkrankungen diagnostiziert (120,6 Fälle pro 100.000 Frauen), mit einem Durchschnitt von über 280 Fällen pro Jahr. Ab dem Alter von 30 Jahren ist das Mammakarzinom die häufigste Neoplasie mit einem Anteil zwischen 42% aller in den jüngeren Frauen diagnostizierten Tumoren bis 19% in den älteren Frauen.

Im gesamtstaatlichen Vergleich nimmt Südtirol eine untere Stelle in der Rangliste der standardisierten Inzidenzraten ein, mit einem Wert von 100,9 pro 100.000 gegenüber dem Vergleichswert der anderen italienischen Tumorregister von 111,4.

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 438

Abbildung 1: **Standardisierte Inzidenzraten (pro 100.000) – Mammakarzinom – Frauen - Italien**



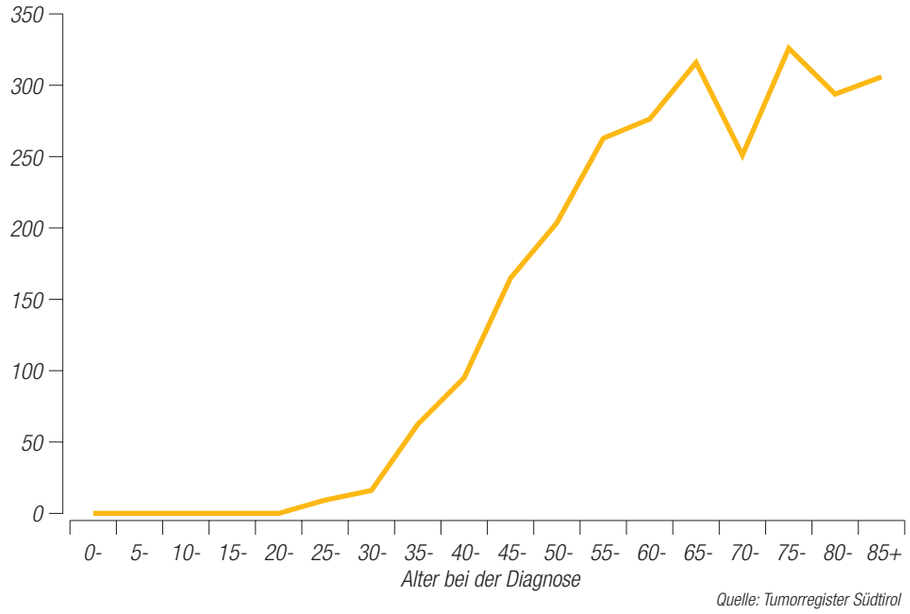
Quelle: Tumorregister Südtirol

DIE DIAGNOSTISCHE ANTIZIPATION

Knapp die Hälfte der Tumoren (47,8%) wird den Frauen im Alter von 50-69 Jahren diagnostiziert, was der Altersklasse der Frühdiagnose für diesen Tumor entspricht. Die Inzidenzkurve nach Altersklassen hebt eine diagnostische Antizipation des Tumors in den Frauen unter 70 Jahren hervor: im Laufe der ersten Screening-Runde 2003-2005 des Landesprogramms auf Einladung wurde bei 120 Frauen, die sich dem Mammographie-Screening unterzogen, eine Tumorerkrankung diagnostiziert. Deshalb ist es wichtig, die Beteiligung der Frau an einer so wichtigen Initiative für den Gesundheitsschutz mit jedem Mittel zu fördern, da bereits seit geraumer Zeit nachgewiesen werden kann, dass sie auf die Sterblichkeitsrate durch Neoplasie in erheblichen Maße Einfluss nehmen kann.

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 439

Abbildung 2: **Spezifische Inzidenzraten nach Alter (pro 100.000) – Mammakarzinom – Jahre 1999 - 2003**



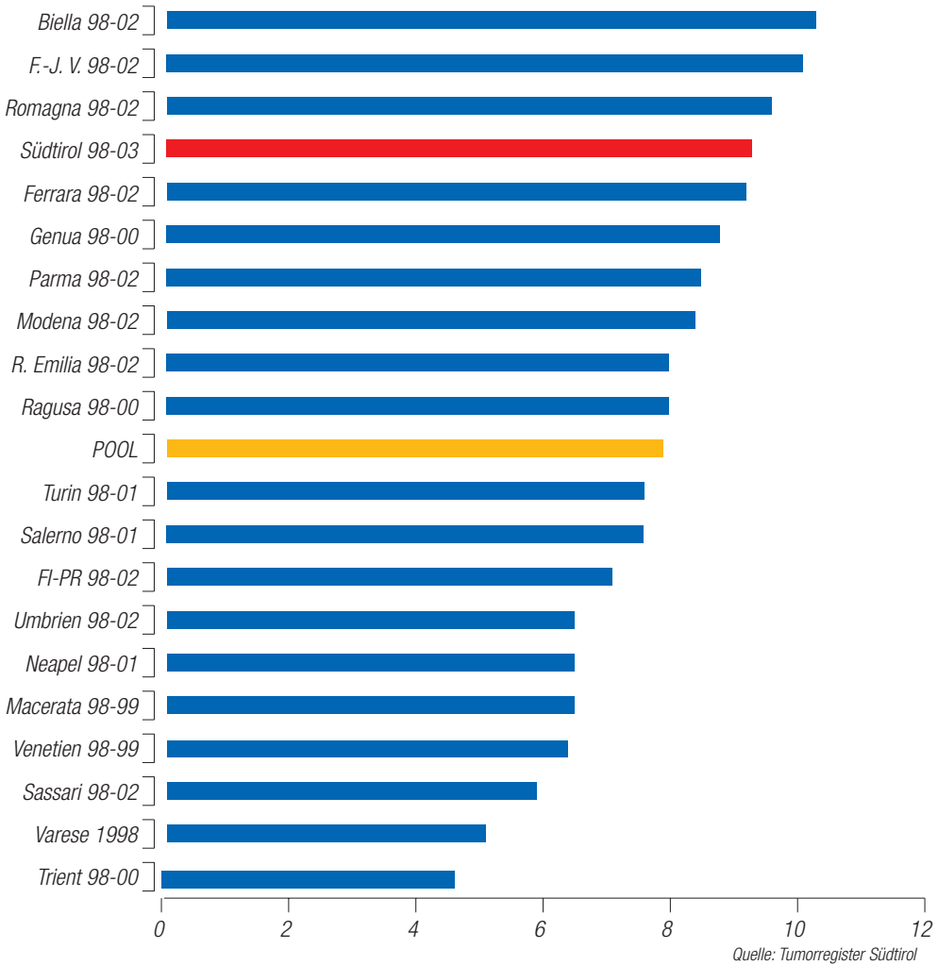
Quelle: Tumorregister Südtirol

Die Daten 1999-2003 ergeben mehr neue Fälle unter den Einwohnerinnen der Sanitätsbetriebe Bozen und Meran (mit standardisierten Raten von 106,8 bzw. 101,7 Fällen pro 100.000) als unter den Frauen von Brixen (90,7) und Bruneck (88,5).

Eine zweite Neoplasie, für die eine effiziente Frühdiagnose besteht, ist das Zervixkarzinom. Auch in diesem Fall verfügt die Frau über ein Instrument (den Paptest), das die Läsionen erkennt und somit frühzeitig deren Entwicklung in Krebszellen verhindert. Die Prävention durch Screening mit und ohne Einladung wird in der Provinz Bozen bei einem großen Teil der Bevölkerung durchgeführt und hat sicherlich einen Einfluss auf die niedrige Inzidenz der Krankheit: durchschnittlich werden weniger als 25 neue Fälle pro Jahre verzeichnet (10 pro 100.000 Einwohnerinnen). Auf gesamtstaatlicher Ebene schwanken die standardisierten Raten zwischen 5 und 10 Fällen pro 100.000, was eine hohe Aufmerksamkeit seitens der weiblichen Bevölkerung auf nationaler Ebene bestätigt.

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 440

Abbildung 3: **Standardisierte Inzidenzraten (pro 100.000) – Zervixkarzinom – Frauen - Italien**



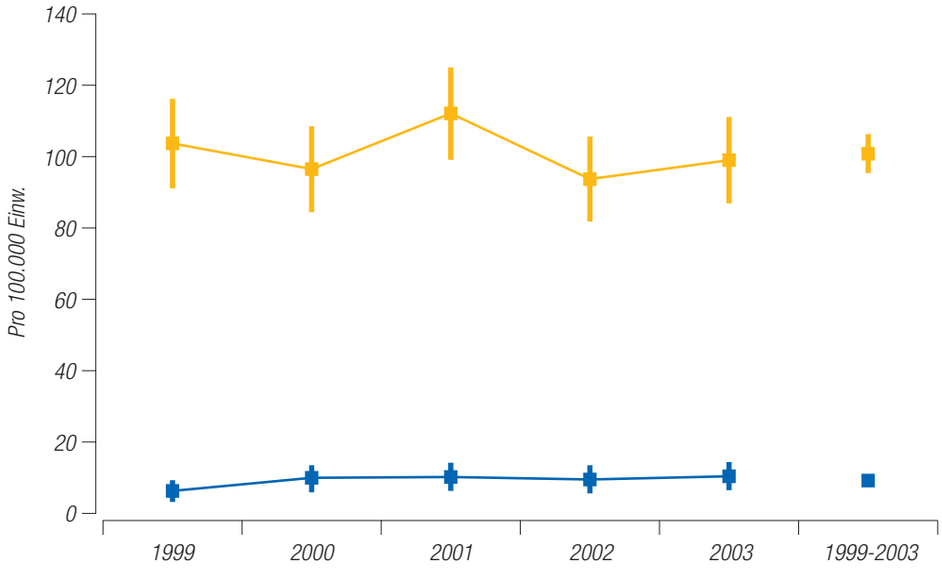
Quelle: Tumorregister Südtirol

ZEITLICHER VERLAUF

Für beide Tumorerkrankungen hebt der zeitliche Verlauf zwischen 1999 und 2003 keine besonderen Trends hervor. Der Verlauf des Zervixkarzinoms ist zeitlich sehr stabil. Das Mammakarzinom verzeichnet zwar Schwankungen in der Anzahl der neuen Fälle (von 264 bis 316 pro Jahr), die Raten weichen jedoch nicht wesentlich von den Durchschnittswerten des gesamten Zeitraums ab.

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 441

Abbildung 4: **Standardisierte Inzidenzraten (pro 100.000) – Mammakarzinom und Zervixkarzinom – Jahre 1999 - 2003**



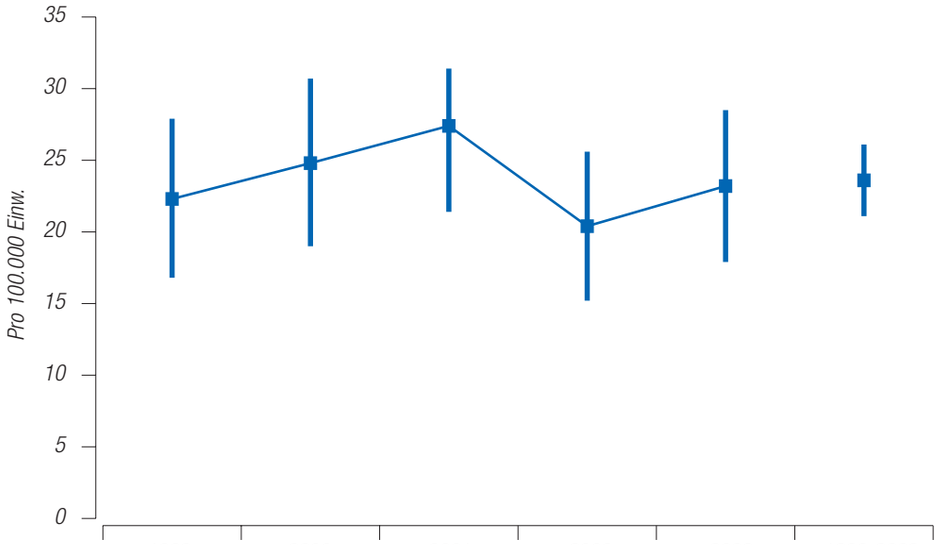
Quelle: Tumorregister Südtirol

4.2. STERBLICHKEIT

Die Sterblichkeit aufgrund von Tumorerkrankungen in der weiblichen Bevölkerung Südtirols in den Jahren 1999-2003 (131,1 Todesfälle pro 100.000) entspricht in etwa dem Durchschnittswert der italienischen Register (130,9). Jedes Jahr sterben knapp 500 in Südtirol ansässige Frauen aufgrund eines Tumors: es handelt sich vorwiegend um das Mammakarzinom (16% der Fälle), das Kolon-Rektum-Karzinom (13,6%) oder das Lungenkarzinom (8,8%). Das Durchschnittsalter der Frau beim Tod beträgt rund 74 Jahre, sinkt jedoch auf 71 Jahre im Fall des Mammakarzinoms (durchschnittlich 80 Todesfälle pro Jahr). Die Analyse des zeitlichen Verlaufs zeigt eine gewisse Variabilität der standardisierten Sterblichkeitsraten aufgrund dieses Tumors, ohne jedoch beträchtlich von den Durchschnittswerten des untersuchten Zeitraums abzuweichen. Die Überlebenschance von 5 Jahren wird auf nationaler Ebene für diesen Tumor auf rund 75% geschätzt und entspricht den europäischen Vergleichswerten.

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 442

Abbildung 5: **Standardisierte Sterblichkeitsraten (Pro 100.000) - Mammakarzinom – Jahre 1999-2003**



	1999	2000	2001	2002	2003	1999-2003
LOW	16,8	19,0	21,4	15,2	17,9	21,1
SIR	22,3	24,8	27,4	20,4	23,2	23,6
HIGH	27,9	30,7	31,4	25,6	28,5	26,1

Quelle: Tumorregister Südtirol

Niedriger sind die Sterblichkeitsraten aufgrund des Zervixkarzinoms: 27 Südtirolerinnen verstarben innerhalb von 5 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 73 Jahren. Die Überlebenschance ist in allen in den ersten Phasen der Krankheit diagnostizierten Fällen sehr hoch und sinkt anschließend von 20% auf 65% in den fortgeschritteneren Tumorstadien.

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 443

5. WEITERE WICHTIGE THEMEN FÜR DIE GESUNDHEIT DER FRAU

5.1. ERNÄHRUNGSSTÖRUNGEN

Gestörte Ernährungs- und Essverhalten (Anorexia nervosa, Bulimie, sonstige Störungen) nahmen auf nationaler Ebene in den letzten Jahrzehnten mit Inzidenz und Prävalenz stark zu und stellen ein schweres sozial-gesundheitliches Problem in allen entwickelten Ländern dar. In Italien werden die Personen mit Ernährungsstörungen auf rund 3 Millionen geschätzt, insbesondere leiden rund 9 Mädchen pro 100 daran. Im Mittelpunkt der Ernährungsstörung steht eine obsessive Überbewertung des Körpergewichtes und dessen Kontrolle.

Nach den Daten des Gesundheitsministeriums sind 90%, die von diesen Störungen betroffen sind, Frauen; der Grund ist in der problematischen Beziehung, den die Frauen mit dem eigenen Körper, der eigenen Identität und ihrem Selbstbewusstsein haben, zu suchen; Frauen haben zweifellos ein konfliktreichere Beziehung zum eigenen Körper als die Männer. Anorexie, Bulimie, psychogene Fettleibigkeit sind oft Krankheiten, die einem problematischen Verhältnis zu den Eltern, vor allem zur Mutter, entstammen; es sind Krankheiten der Trennung: Mutter und Tochter haben oft Mühe, eine getrennte Identität aufzubauen und tendieren dazu, in der Mutter-Tochter-Position „verankert“ zu bleiben.

Tabelle 1: **Ticketbefreiungen, ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte aufgrund von Ernährungsstörungen (Anorexia nervosa, Bulimie, Ernährungsstörungen) in Landeseinrichtungen – Jahre 2004-2005**

	2004		2005
Altersklasse	Ticketbefreiung	Aufenthalte	Aufenthalte
15-19	41	12	20
20-24	46	9	11
25-29	36	7	12
30-34	25	4	5
35-39	22	4	7
40-44	14	1	11
45-49	5	2	1
50-54	3	3	1
55-59	1	-	-
60-64	-	1	-
65-69	-	-	-
70-74	-	1	1
75-79	-	-	-
80-84	-	1	-
84+	-	-	2
Insgesamt	**193**	**45**	**71**

Quelle: Sanitätsbetriebe – Befreiungen, EFK-Archiv

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 444

Im Laufe des Jahres 2004 betrugen die aktiven Ticketbefreiungen von Südtirolerinnen aufgrund von Anorexia nervosa und Bulimie 193, über 60% davon wurden Mädchen unter 30 Jahren erteilt (rund 3 Mädchen pro 1.000 zwischen 15 und 29 Jahren). Die Zahl der ordentlichen Aufenthalte von Frauen mit der Diagnose Anorexia nervosa oder Anorexia mit nicht spezifizierter Ursache, Bulimia nervosa und nicht spezifizierte Ernährungsstörungen nahm von 2003 bis 2005 über 55% zu; der Anstieg betrifft dabei nicht mehr nur die Mädchen, sondern auch die Frauen im Alter von 35 bis 44 Jahren.

5.2. FAMILIENPLANUNG

Wie bereits im ersten Kapitel erwähnt, sind für den demographischen und sozialen Bereich Begründungen notwendig, die menschliche Verhaltensweisen in Bezug auf die derzeitigen gesellschaftlichen Prozesse - vor allem das Fortpflanzungsverhalten, das durch einen starken Geburtenrückgang in den entwickelten Ländern gekennzeichnet ist - erklären. In Europa erreicht die Gesamtfruchtbarkeitsrate in keinem Land den Wert von 2,1 Kindern pro Frau, was bedeutende politische, wirtschaftliche und soziale Folgen mit sich bringt. Die erhöhte Beteiligung der Frauen am Arbeitsmarkt, das vielfältigere Angebot an Lebensentscheidungen, auch aufgrund von mehr Mitteln zur Geburtenkontrolle, wirkten sicherlich als Bremse der Fruchtbarkeit; der Rückgang darf dabei jedoch nicht mit einem Verlust der Bedeutung und Rolle der Kinder im Leben der Eltern in Verbindung gebracht werden (hierzu gibt es einschlägige internationale Studien).

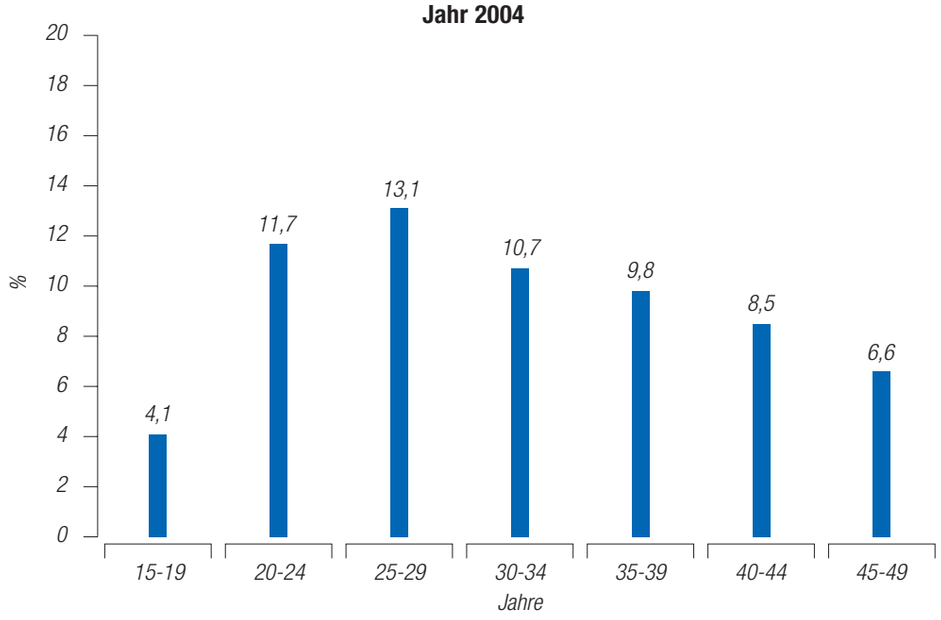
Mit der Einführung der Antibabypille in Italien oder besser mit deren Legalisierung im Jahr 1975 und den nachfolgenden Initiativen zur legalisierten Einführung der Abtreibung wurde eine große Aufklärungsarbeit über die Verhütungsmittel geleistet. Der Geburtenrückgang und die gleichzeitig geringere Abtreibungsrate können zum Teil mit einem höheren Einsatz von Verhütungsmitteln erklärt werden. Junge Mädchen sind oft nur spärlich informiert und verhüten nicht in Sicherheit, während die Frauen im mittleren Alter, die bereits eine Schwangerschaft hinter sich haben oder eine anspruchs- und verantwortungsvolle Arbeit ausüben, oft auf sehr sichere Arten der Verhütung zurückgreifen (Pille, Spirale oder, nach einem gewissen Alter und einer bestimmten Anzahl von Kindern, Sterilisation).

ORALE KONTRAZEPTIVA

In Bezug auf die vom NGD erlaubten oralen Kontrazeptiva betrug der Anteil der Frauen im fruchtbaren Alter, welche die Pille verwendet haben, 9,3%, bei insgesamt über 101.000 Packungen. Der höchste Prozentsatz fällt dabei in die Altersklasse 25-29 Jahre.

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 445

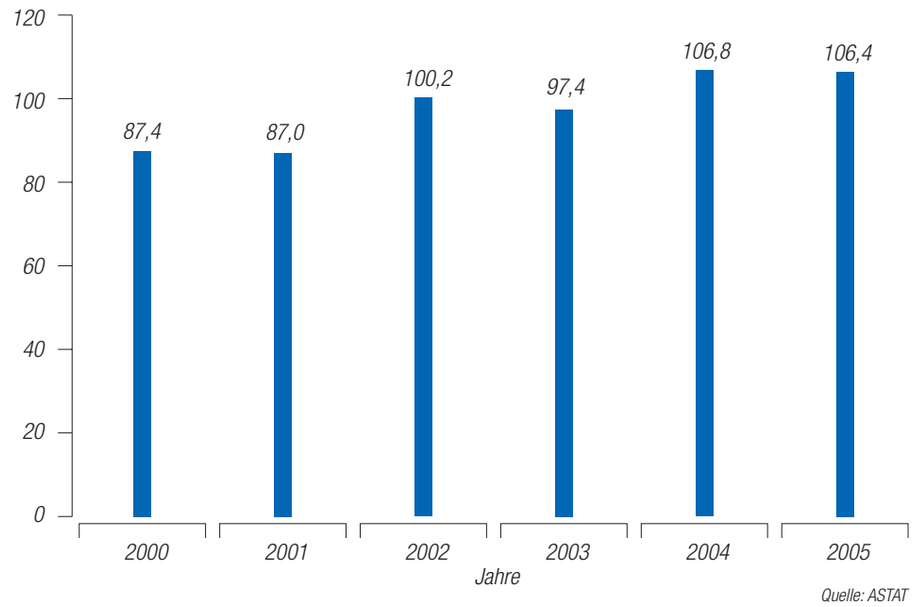
Abbildung 1: **Prozentsatz der Südtirolerinnen, die orale Kontrazeptiva verwenden – Jahr 2004**



Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte – Sanitätsbetrieb Bozen

Von 2000 bis 2005 erfuhr die Abtreibungsrate (freiwilliger Schwangerschaftsabbruch) in Südtirol einen Anstieg von 22% (von 87,4 auf 106,4 pro 1.000 Lebendgeborene), liegt aber immer noch weit unter den gesamtstaatlichen Vergleichswerten. 30% der freiwilligen Schwangerschaftsabbrüche des Jahres 2005 wurden von Frauen ausländischer Staatsbürgerschaft vorgenommen; dieser Anteil steigt proportional zum konstanten Zuwachs der ausländischen Frauen in der Provinz in den letzten Jahren.

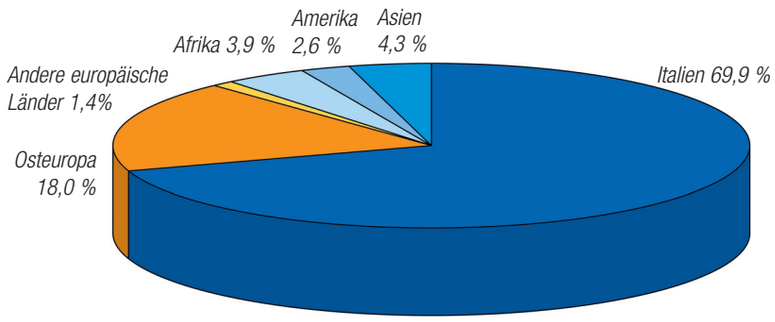
Abbildung 2: **Abtreibungsrate – Provinz Bozen, Jahre 2000-2005**



Quelle: ASTAT

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 446

Abbildung 3: **Freiwillige Schwangerschaftsabbrüche nach Staatsbürgerschaft in den Landeseinrichtungen - Jahr 2005**



Quelle: ASTAT

3,4% der Frauen, die 2005 ein Kind zur Welt brachten, hatten bereits einen freiwilligen Schwangerschaftsabbruch hinter sich: für 82,2% dieser war es ein einziger Abbruch, für 13,1% waren es zwei Abbrüche und für die restlichen 4,7% drei oder mehrere Abbrüche vor der letzten Entbindung.

Tabelle 2: **Anzahl der freiwilligen Schwangerschaftsabbrüche vor der letzten Entbindung nach Alter der Mutter – Provinz Bozen, Jahr 2005**

Alter	*Anzahl der freiwilligen Schwangerschaftsabbrüche*			
	1	*2*	*3*	*3+*
Frauen <35 Jahre	*102*	*15*	*2*	*2*
Frauen >=35 Jahre	*55*	*10*	*5*	*-*
INSGESAMT	***157***	***25***	***7***	***2***

Quelle: Sanitätsbetriebe - CEDAP

5.3. KONTROLLEN UND PRÄVENTION IN DER SCHWANGERSCHAFT

Die beste Behandlung besteht seit jeher in der Prävention, und gerade in der Schwangerschaft hat dieses Konzept seine höchste Applikation gefunden. Eine Frau mit Kinderwunsch sollte wissen, dass Prävention bereits vor der Schwangerschaft beginnt; anhand der sogenannten „präkonzeptionellen Kontrollen“ können einige Erbkrankheiten erkannt (wie die angeborene Anämie) und die Immunabwehr der Mutter gegenüber den verbreitetsten Infektionskrankheiten wie Röteln und Toxoplasmose, der allgemeine Zustand des Organismus, die vergangenen Krankheiten und eventuell verwendete Medikamente bewertet werden. Auch die rechtzeitige Feststellung der Schwangerschaft und das sofortige Aufsuchen einer Krankenanstalt oder des Arztes gehören zur Prävention. Regelmäßige Kontrollen trugen in Italien und weltweit in den letzten 40 Jahren dazu bei, die Probleme für Mutter und Kind drastisch zu reduzieren.

Die Zahl der Frauen, die im Jahr 2005 in Südtirol entbunden haben und mindestens eine invasive Pränataldiagnostik durchführen ließen, beträgt 579 (10,2%). 4,8% ließen eine Amniozentese vornehmen, 3,0% eine Chorionbiopsie; außerdem wurden 156 Fetoskopien/Chordozentesen durchgeführt (2,8% der Frauen). Im Vergleich zu anderen italienischen Regionen (wie Emilia Romagna) ließen anteilsmäßig jedoch nur wenige Südtirolerinnen eine Amniozentese vornehmen. Bei den Frauen im Alter über 35 Jahren (Risikofaktor) ist eine invasive Pränataldiagnostik in 25% der Fälle zu beobachten.

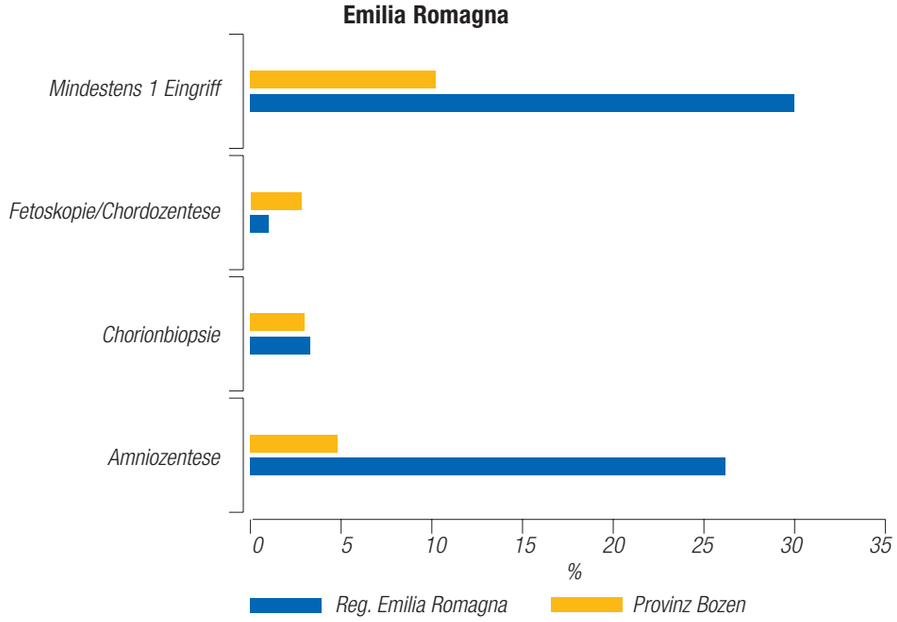
GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 447

Tabelle 3: **Verteilung der Geburten nach Durchführung von Pränataldiagnostiken und Alter der Mutter – Provinz Bozen, Jahr 2005**

Alter	Pränataldiagnostik							
	Amniozentese		Chorionbiopsie		Fetoskopie/ Chordozentese		Mindestens ein Eingriff	
		%		%		%		%
Frauen<35 Jahre	74	1,8	20	0,5	117	2,8	208	5,0
Frauen>=35 Jahre	197	13,3	150	10,1	39	2,6	371	25,0
Insgesamt	**271**	**4,8**	**170**	**3,0**	**156**	**2,8**	**579**	**10,2**

Quelle: Sanitätsbetriebe - CEDAP

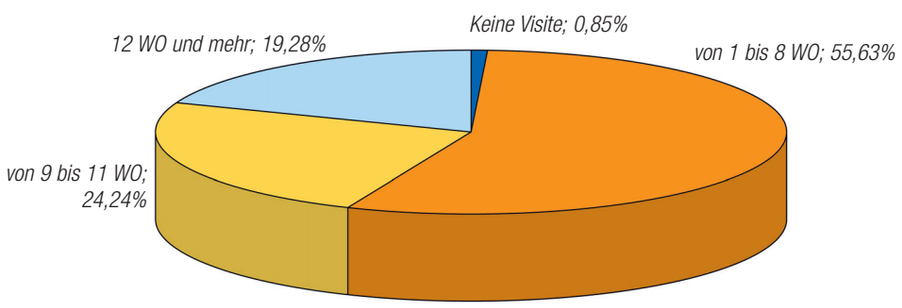
Abbildung 4: **Durchführung von Pränataldiagnostiken – Vergleich Provinz Bozen, Region Emilia Romagna**



Quelle: Sanitätsbetriebe - CEDAP, Region Emilia Romagna

92,4% der werdenden Südtiroler Mütter führten im Jahr 2005 mehr als vier Visiten während der Schwangerschaft durch. 55,6% der Frauen nahmen die 1. Visite innerhalb der 8. Schwangerschaftswoche vor. Die Primigravide führen im Vergleich zu den Plurigravide weniger häufig eine Erstvisite erst nach der 11. Schwangerschaftswoche durch (17,2% gegenüber 21,1%). Die ausländischen Bürgerinnen lassen die erste Schwangerschaftsvisite später vornehmen (fast eine ausländische Frau von 3 erst nach der 11. Schwangerschaftswoche).

Abbildung 5: **Zeitpunkt (in Wochen) der ersten Schwangerschaftsvisite – Provinz Bozen, Jahr 2005**



Quelle: Sanitätsbetriebe - CEDAP

GB_Appendice_Buch_dt:GB 16.10.2006 15:30 Uhr Seite 448

BIBLIOGRAPHIE

ASSR, Monitor Nr.12, 2005. Donne e Farmaci, 59-62

ASTAT. Gender-Bericht, 2006.

ASTAT. Statistisches Jahrbuch für Südtirol, 2005.

ASTAT. Tabellensammlung. Mehrzweckerhebung der Haushalte, 2005.

ASTAT. Erwerbstätige und Arbeitssuchende in Südtirol, 2001-2005 .

ASTAT. Sozialporträt Südtirol, 2004.

Commision of the European Communities. The state of women's healt in the European Community, Brussel 1997

CNR. Report, La nuova immagine della famiglia nelle società avanzate, 1998, 94-95

Corriere della Sera. „Wef: in Italia donne discriminate sul lavoro", 17.05.2005

EUROSTAT. Bevölkerungstatistik, 2004.

http://it.wikipedia.org/wiki/Tiroidite_di_Hashimoto

http://www.provincia.torino.it/salute/dwd/pdf/determinanti.pdf

http://www.sceglitu.it/newsletter/arisi.php

IOM. Report annuale, Understanding the biology of sex and gender differences

ISS. DossieR, alcol, donna e salute, 57-67

ISTAT. Statistisches Jahrbuch für Italien 2005.

ISTAT. Kurzstatistiken. Der Gebrauch und Missbrauch von Alkohol in Italien, 2006

Gesundheitsministerium. Nationaler Gesundheitsplan 2006-2008

Gesundheitsministerium. Le donne in Italia tra salute, dipendenza e solitudine, 2005.

Gesundheitsministerium. Fumo, alcol, alimentazione errata e sedentarietà sono causa di malattie per la metà degli europei, 2006

Gesundheitsministerium. L'emancipazione non passa per il fumo, 2004

Gesundheitsministerium. Centri per la cura dei disturbi alimentari (Anoressia e bulimia)

Ministerium für Chancengleichheit, Gesundheitsministerium. Anoressia, bulimia e obesità psicogena.

WHO. (Abteilung Gesundheit für die Frau), Gender and Healt

OSMED. L'uso dei farmaci in Italia, 2004

Ministerpräsidentschaft, Nationale Kommission für die Chancengleichheit. Kit Candidata.

Provinz Turin. Quaderni della Salute nr.2, La salute delle donne, 2005.