

## Gender Medizin und Public Health

### Public Health

- Wissenschaft von der Prävention von Erkrankungen, Lebensverlängerung und Gesundheitsförderung
- Fokus auf Bevölkerungen und nicht so sehr auf das Individuum und integriert ebenso die soziale Verantwortung
- Public Health geht davon aus, dass Erkrankungen von sozialen und physischen Faktoren und vom gesundheitspolitischen Umfeld beeinflusst sind.

### The Global Gender Gap Report 2007[1]

Measuring the Global Gender Gap

- **Criteria for Measurement:**
  - **Economic participation** – presence of women in the workforce in quantitative terms, income, status
  - **Political Empowerment** – no. years female head of state, women at ministerial level, women with seats in parliament
  - **Educational attainment** – primary, secondary tertiary enrolment, literacy
  - **Health and well-being** – life expectancy female vs. male, sex ratio

**Tabelle 1. Gender Gap Index 2007\*0 to 1 scale: 0=inequality, 1=equality**

Gender Gap Index 2007		
Rank	Country	Score
1	Sweden	0.8133
2	Norway	0.805
3	Finland	0.804
4	Iceland	0.783
5	N. Zealand	0.764
6	Philippines	0.762
7	Germany	0.761
8	Denmark	0.751
9	Ireland	0.745
10	Spain	0.744
<b>27</b>	<b>Austria</b>	<b>0.706</b>

Das Experten –Komitee (Committee of experts on the inclusion of gender differences in health policies) hat 2006 Richtlinien über die Einbeziehung von geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Gesundheitspolitik festgestellt.

Diese Richtlinien geben klare Hinweise, wie man das biologische, kulturelle, und soziale Thema „Gender“ in die Präventions- Diagnose- und Therapieprogramme der Europarat-Mitgliedsstaaten integrieren kann. Wichtig ist auch das Training des Gesundheitspersonals zu dieser Thematik.

## **Gender specific Medicine and Public Health**

- „Being a woman or a man is a HEALTH DETERMINANT that is as significant as social origin, economic situation and ethnic origin“[2].

Gender Medicine ist die internationale Fachbezeichnung für Humanmedizin unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten.

Gender Medizin.....noch in der Phase der deskriptiven Forschung.....

### **Gender Glossar**

**Gender** –umfasst die gesellschaftlich, sozial u. kulturell geprägten Geschlechtsrollen von Frauen und Männern, die erlernt und somit grundsätzlich veränderbar sind; aus ihnen resultieren unterschiedliche Bedürfnisse, Interessen und Kompetenzen von Frauen u. Männern, Mädchen u. Jungen.

**Gender Studies-** Geschlechterforschung; Forschungsbereich, der das geschlechtsspezifische Verhalten von Frauen u. Männern in Relation zu normativen Verhaltenerwartungen untersucht.

Gender Perspektive - richtet ihren Blickwinkel auf beide Geschlechter in ihren unterschiedlichen Lebenssituationen mit verschiedenen Interessen u. nimmt sie in ihrer Differenz wahr.

**Gender Mainstreaming** – Strategie zur Herstellung der Gleichstellung von Frauen und Männern. Gender Mainstreaming besteht in der (Re- Organisation), Verbesserung, Entwicklung u. Evaluierung politischer Prozesse mit dem Ziel, einer geschlechterbezogene Sichtweise (s. Gender) in allen politischen Konzepten auf allen Ebenen u. in allen Phasen durch alle an politischen Entscheidungen beteiligte Akteure u. Akteurinnen einzubeziehen (Concil of Europe 1998) [3].

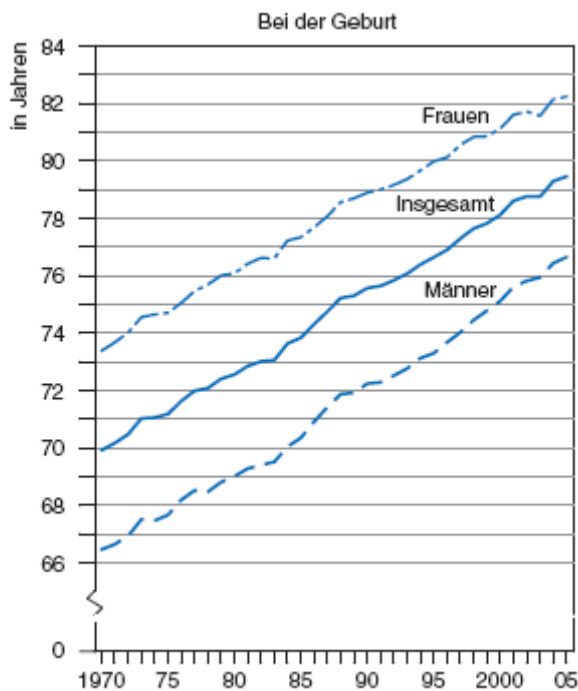
**Gender-Analyse** - Mit Hilfe der Gender-Analyse können die spezifischen Probleme, Zielvorstellungen und Potenziale von Frauen und Männern identifiziert werden.

- Sie zeigt auf, wo Ungleichheiten bestehen und ist somit die Grundlage für die Planung von Veränderungs- bzw. Umsetzungs-Zielen.
- Generelle Zielsetzung der Gender-Analyse ist es, die Ausgangssituation in geschlechtssensibler Weise zu betrachten und auf dieser Basis die Formulierung von Zielen bzw. Zieloptionen zu ermöglichen.
- Untersucht das Gender-spezifisches Krankheitsrisiko und Schutzfaktoren

## ***Gesundheitsdaten aus der Gender – Perspektive***

Die Lebenserwartung bei der Geburt ist seit 1970 kontinuierlich gestiegen. Männer hatten im Jahr 2005 eine durchschnittliche Lebenserwartung von 76,65 Jahren, Frauen von 82,2. Frauen leben in Österreich immer noch 5,6 Jahre länger als Männer, obwohl seit den 70er Jahren sank der Gewinn (1970 war die Differenz 8,9 Jahre) [4].

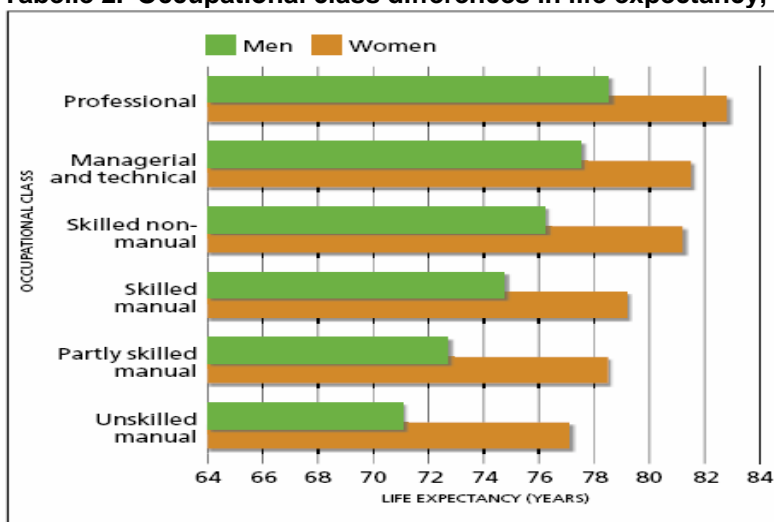
**Abbildung 1. Lebenserwartung bei der Geburt 1970 – 2005 [4].**



Die so genannte **Feminisierung des Alters**: 2/3 der >75Jährigen sind weiblich.

Das Geschlecht (engl. Gender) sowie auch die soziale Schicht, das Bildungsniveau, der Berufsstatus und andere Faktoren sind wichtige Gesundheitsdeterminante.

**Tabelle 2. Occupational class differences in life expectancy, England and Wales, 1997–1999 [5]**

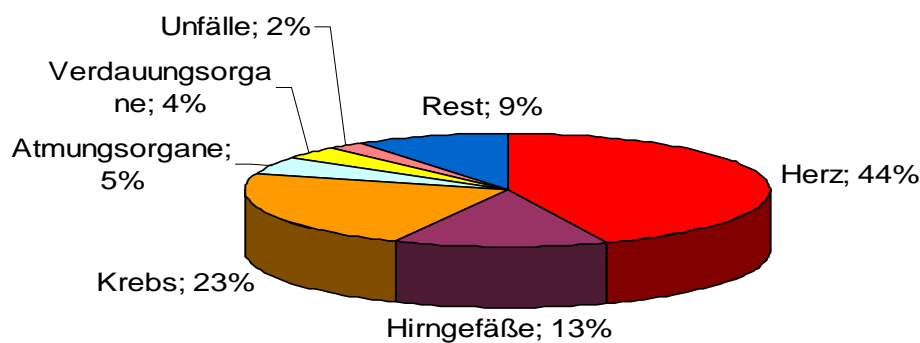


Häufigste Todesursachen sind bei Frauen und Männern Herz – Kreislauf- Erkrankungen und Krebs. Herz-Kreislauf-erkrankungen und Krebs verursachten 2005 68,8 % aller Sterbefälle [4].

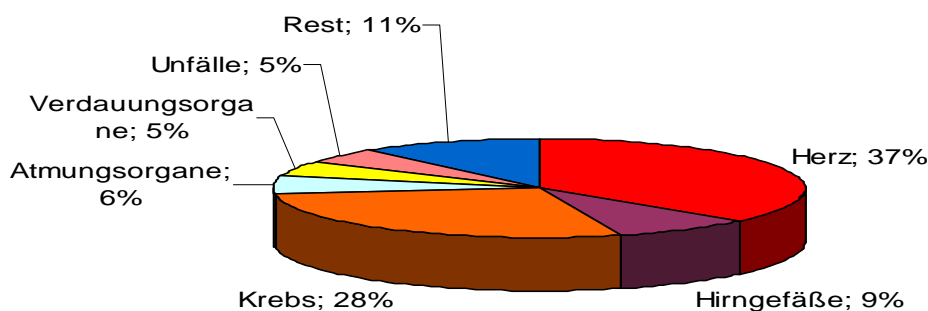
### Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die wichtigste Todesursache in den industrialisierten Ländern. Das gilt für Männer u. Frauen, wobei bei Frauen – im Gegensatz zu den Männern – durch das um etwa 15 Jahre spätere Auftreten der koronaren Herzkrankheit der Anstieg an kardiovaskulären u. im besonderen koronaren Todesfällen nach dem 75. Lebensjahr viel ausgeprägter ist [6]. Obwohl Männer eine höhere Sterblichkeit – gemessen an der altersstandisierte Rate - an Herz-Kreislauf- Erkrankungen haben, sterben jedes Jahr in absoluten Zahlen deutlich mehr Frauen als Männer an einer Krankheit dieser Todesursachengruppe. Die kardiologische Forschung war bis vor kurzem fast ausschließlich auf Männern fokussiert, vor allem was die Medikamentenstudien betrifft. Erst in den 1990er Jahren wurden Frauen in kardiologischen Studien mit einbezogen. Frauen unterscheiden sich wesentlich von Männern in der Symptompräsentation, haben eine höhere Mortalität an Herzinfarkten und Herzoperationen [7].

**Todesursachen 2001 - Frauen**



**Todesursachen 2001 - Männer**



## Krebserkrankungen

In Österreich erkrankten im Jahr 2002 18.413 Männer 16571 Frauen und an Krebs. 9199 Frauen und 10.046 Männer sind 2004 an Krebs verstorben [8].

Abbildung 2. Krebsinzidenz, Österreich, 2002 – Männer [9]

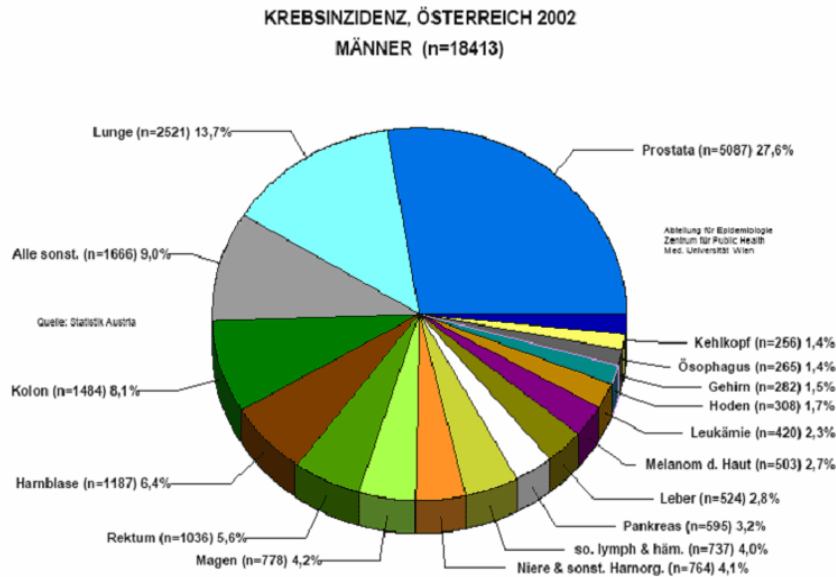


Abbildung 3. Krebsinzidenz, Österreich, 2002 – Frauen [9].

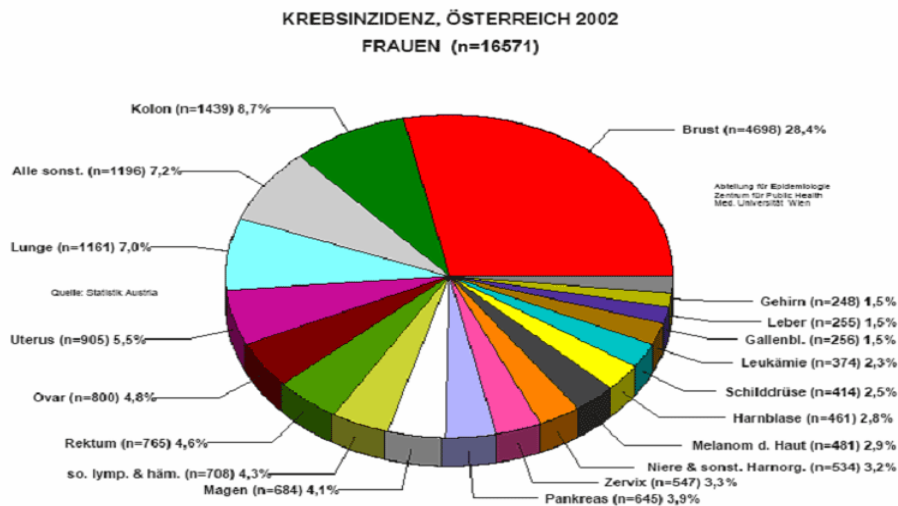


Abbildung 4. Krebsmortalität, Österreich, 2004 – Frauen [9].

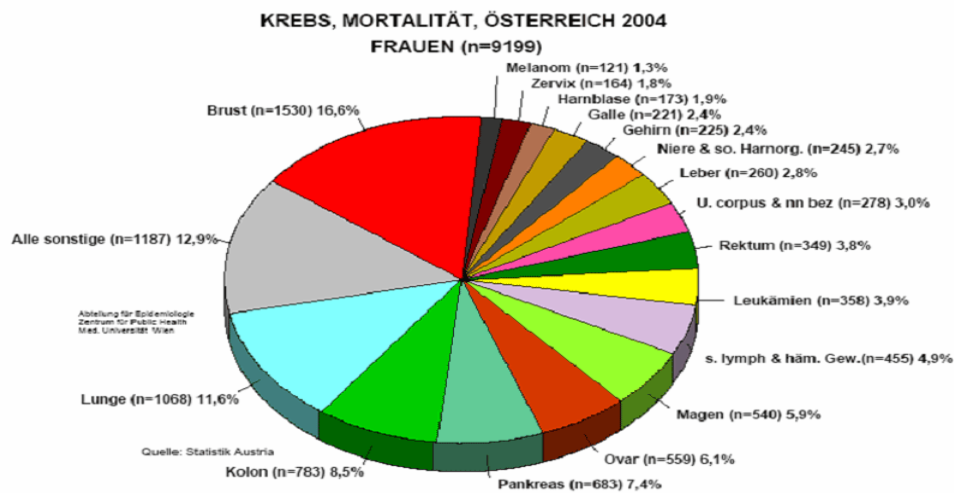
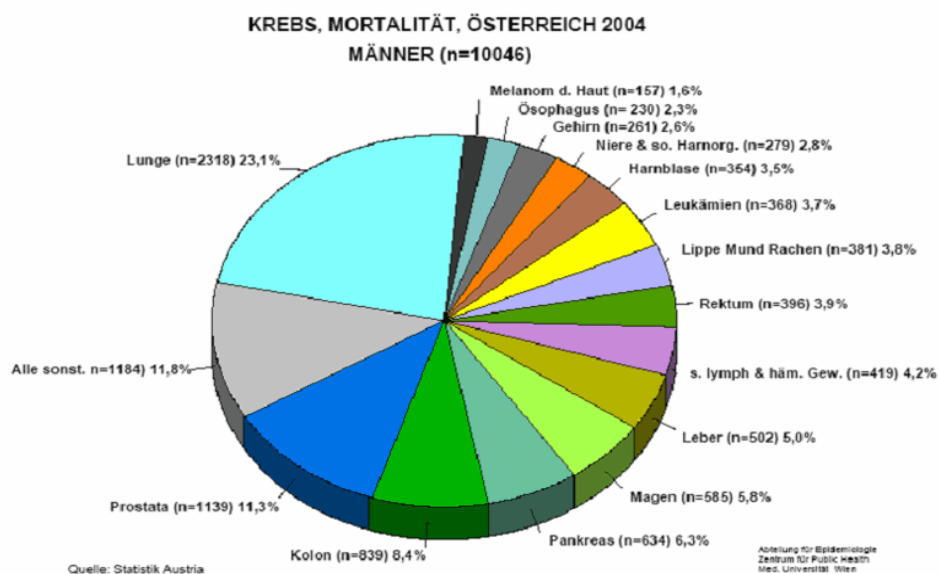
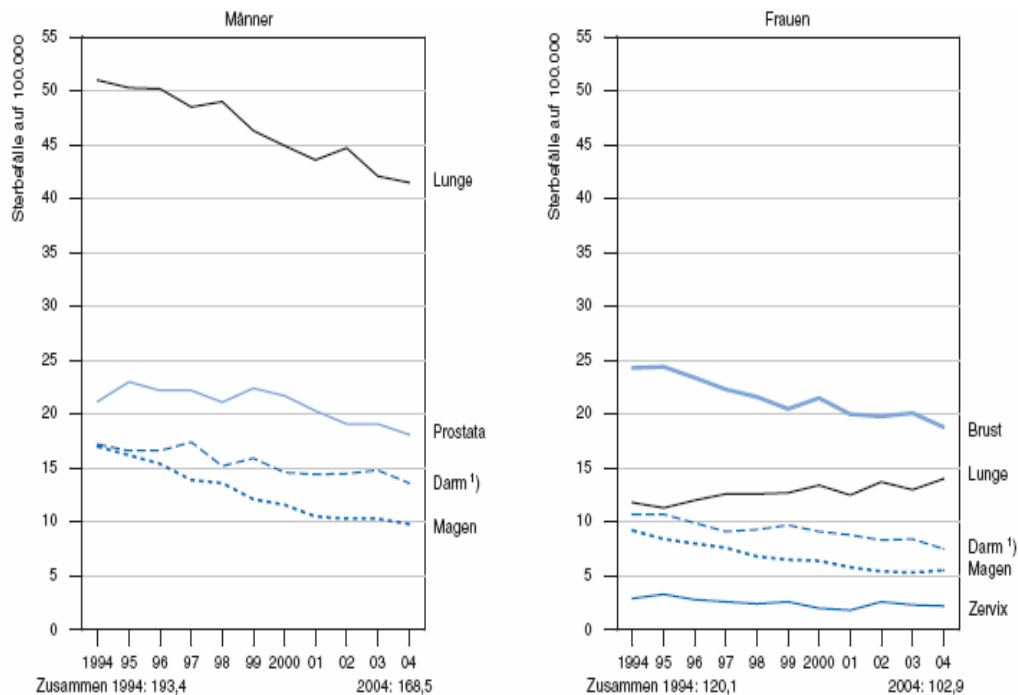


Abbildung 5. Krebsmortalität, Österreich, 2004 – Männer [9].



Seit dem Ende der 80 Jahre gehen Inzidenz und Mortalitätsraten zurück, gleichzeitig konnten die Heilungschancen erhöht und die Überlebenschancen der Patienten mit bösartigen Neubildungen verlängert werden. Krebserkrankungen sind die zweithäufigste Todesursache. Bei allen Tabakassoziierten Krebserkrankungen die Krankheitsraten und Sterblichkeit der Frauen in erschreckendem Ausmaß ansteigen, während die Erkrankung und Sterblichkeitsrate bei den Männern rückläufig geworden sind. Bei der Mehrzahl der Tumore, die nicht tabakassoziiert und nicht durch Geschlechtshormone getriggert werden, sind mit wenigen Ausnahmen die Erkrankungszahlen beider Geschlechter fast ident [10].

**Abbildung 6. Krebssterblichkeit 1994 bis 2004 Welt-Standardbevölkerung (WHO/WORLD), altersstandardisiert [11].**



Für die genauere Analyse vom Standpunkt der Gendermedizin erscheint es sinnvoll, die Kurven weiter aufzuschlüsseln und die verschiedenen Tumore in Gruppen Zusammen zu fassen:

- Tumore der Geschlechtsorgane und der geschlechtshormonbildenden und abhängigen Drüsen.
  - Bei der Frau: Ovarialtumore, T. der Tuben, Uteruskorpuskarzinom, Gebärmutterhalskrebskarzinom, Vulvakarzinom, Mammakarzinom.
  - Beim Mann: Hodentumore, T. der Samenleiter, Prostatakarzinom, Peniskarzinom.
- Tabak – assoziierte Krebserkrankungen: Lunge, Kopfhalstumore, Ösophagus-karzinome, Nieren und Blasentumore.
- Alle anderen bösartigen Tumore.

Diese grobe Unterteilung zeigt, dass:

- Doppelt so viele Frauen sterben an Tumoren der Geschlechtsorgane oder der Hormonabhängigen Drüsen wie Männer.
- Die tabakassoziierten Tumore bei Männern zwar noch deutlich häufiger sind, junge Frauen erschreckendem Tempo nachziehen. Der Anteil an Raucherinnen ist von etwa 13% im Jahr 1972 auf 26% im Jahr 2002 gestiegen, während die Männer in diesem Zeitraum schon eine Abnahme des Raucheranteils von 45% in 1972 auf 32% in 2002 verzeichnen konnten.
- Noch immer erkranken wesentlich mehr Männer als Frauen an Bronchuskarzinomen und Karzinomen der Atemwege, sowie an Harnwegs- und Blasenkarzinomen und Mesotheliomen [10].

Die Diagnostik und die Therapien von Tumoren läuft nicht geschlechtsspezifisch unterschiedlich ab.

Die Dosierung von Zytostatika wird aus Körpergröße und Körpergewicht berechnet. Bei mehreren Tumorarten zeigen Studien, dass Frauen zwar häufiger und schwerwiegendere Nebenwirkungen hinnehmen müssen, dafür aber auch längere Überlebenszeiten erreichen (Dickdarmkrebs). Es wäre interessant durch geschlechtstrennte Auswertungen weiterer

Therapieschemata, diese Befunde weiter zu untersuchen, um die Therapieergebnisse weiter zu verbessern. Auch bei der seelischen Bewältigung der Tumorerkrankungen finden sich geschlechtsspezifische Muster

Die Annahme von Gesundenuntersuchungen und Screeninguntersuchungen zu frühen Diagnostik maligner Tumoren durch Frauen ist wesentlich höher als bei Männern [10].

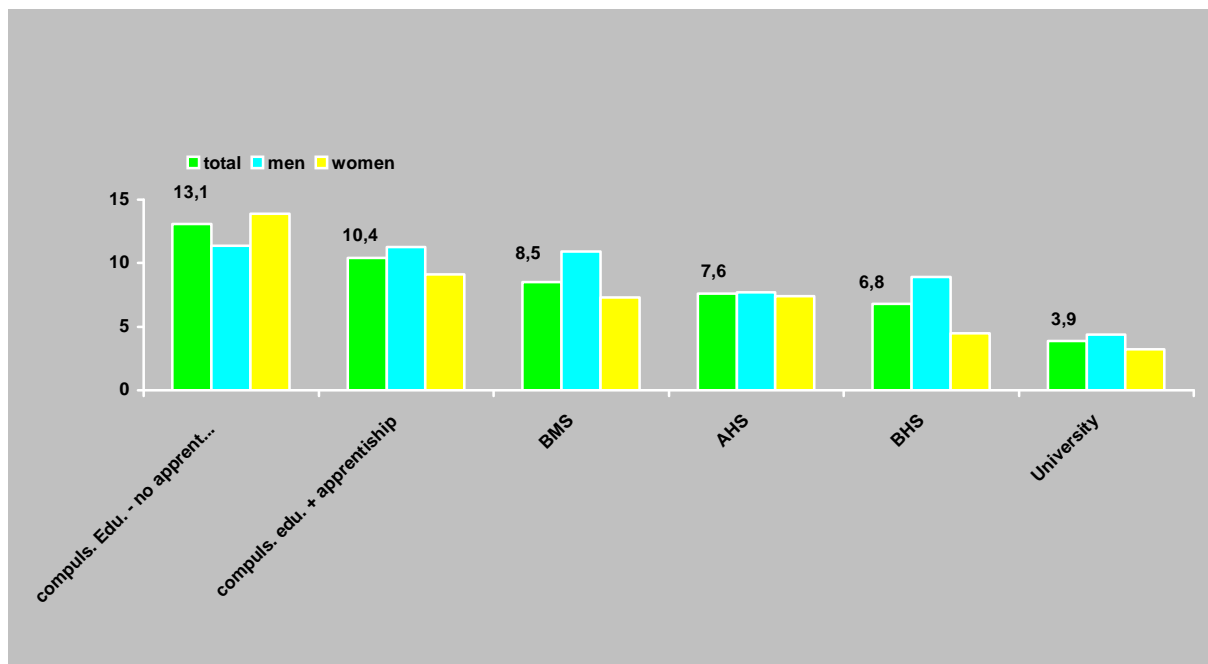
## Ernährung

Im Bereich der Ernährung im Allgemeinen, sowie im Bereich Ernährungsbildung, Gewichtsreduktion und Essstörungen im Besonderen existieren eine Vielzahl von geschlechtsspezifischen Unterschieden.

- Männer haben einen höheren Energiebedarf als Frauen
- Unterschiedliches Essverhalten
- Unterschiedliches Ernährungswissen und -interesse: Überlegenheit der Frauen gegenüber der Männer
- Frauen beschäftigen sich intensiver mit ihrem Körpergewicht, haben Schlankeitsideal, andere Wunschvorstellungen, kontrollieren ihr Gewicht strenger als Männer
- Frauen nehmen Ernährungsberatung und Gewichtsreduktionsprogramme häufiger in Anspruch als Männer.
- Essstörungen betreffen 10 bis 20-mal häufiger Frauen als Männer als Folge der derzeitigen Schlankeitsideal [12].

Auch zum Thema Übergewicht unterscheidet sich der Anteil an Adipösen Männer und Frauen nach dem **Bildungsniveau**: Männer und Frauen mit einer Hochschulbildung haben eine viel niedrigere Adipositas-prävalenz, im Vergleich mit der Gruppe mit Pflichtschuleabschluss. In der am wenigsten gebildeten Gruppe sind Frauen diejenige, die am meistens Adipös sind.

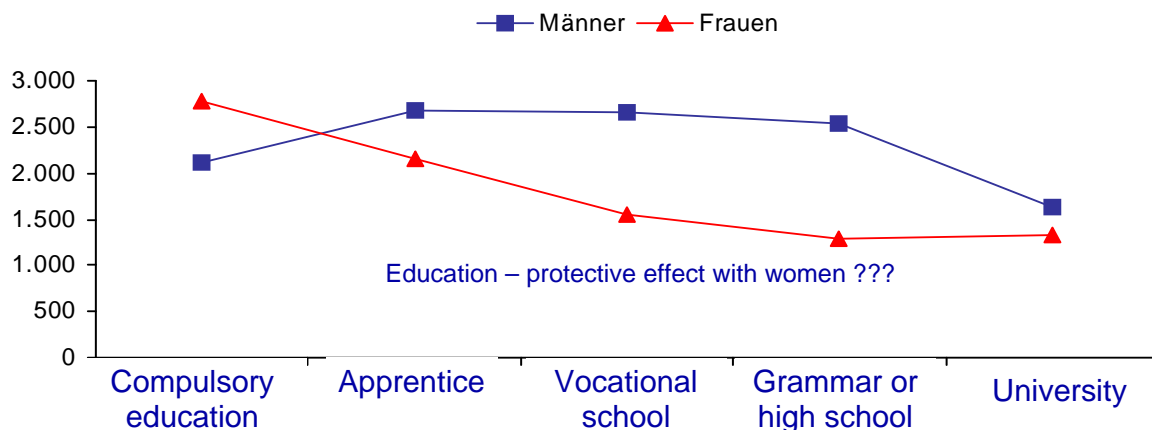
**Abbildung 7. Adipositas Prävalenz in Österreich nach Bildungsniveau getrennt nach dem Geschlecht [13].**



Dasselbe wie oben kann man auch über andere Erkrankungen sagen, wie z. B. Diabetes Mellitus (Abb. 8).



**Abbildung 8. Age standardised prevalence of diabetes mellitus per 100.000 adults from 25 years, 1999 [14]**



## Neurologie

- In vielen Bereichen, wie z. B. die Neurologie, haben bisher Gender - Aspekte eine minimale Rolle in der Forschung und Praxis gespielt.
- Einiges wurde bereits in den vergangenen Jahren untersucht und berücksichtigt, wie z. B. die Frage: In wie weit beeinflusst eine Schwangerschaft den Krankheitsverlauf einer Multipler Sklerose oder einer Epilepsie und wie sie in der Therapie berücksichtigt werden muss.
- Einige anderen Fragen sind noch offen, wie z. B.:
- Ob sich Unterschiede finden hinsichtlich der Funktionsweise des weiblichen und männlichen Gehirns.
- Ob degenerative Erkrankungen und Schlaganfall Machen einen geschlechtsspezifischen Zugang Notwendig [15].

## Arztbesuche- Allgemeinmedizin

- ❖ Frauen gehen signifikant häufiger (mit 1,5fach höheren Wahrscheinlichkeit) zum Allgemeinmediziner
  - Mit steigender Bildung signifikant geringere Besuchsfrequenz, besonders in Wien
    - Gesünder?
    - Eher gleich zum Facharzt/ärztin?
  - Ältere häufiger, dabei Wiener Frauen 60+ signifikant häufiger – Wahrscheinlichkeit 5mal größer als für 45-59jährige
    - u.a. demografischer Effekt in Wien
- ❖ Unterschiedliche Ausprägungen und Erscheinungsformen von Symptomen in Abhängigkeit vom Geschlecht des Patienten müssen bei den Überlegungen und Entscheidungen mit einbezogen werden
- ❖ Mit zunehmender Bildung steigt die Wahrscheinlichkeit für das Aufsuchen [16] 4fach bei Wiener Männern mit Uni-Abschluß geht zum Internisten im Vergleich zu Pflichtschulabschluss ! [17]
- ❖ Weibliche und Männliche Ärzte unterscheiden sich in Ihrem professionellen Verhalten Weibliche Ärzte erzielen durchschnittlich mehr an Information im psychosozialen Bereich (Roter und Hall, 2001)
- **Prävention – abhängig vom Geschlecht der ÄrztInnen ?**
  - Von Ärztinnen vermehrt angeboten:
    - Grippeimpfungen
    - Pap-Test
    - Mammographie
    - Blutdruckmessungen

- Präventive Beratung – insbesondere in sensiblen Bereichen wie Drogenkonsum und Sexualverhalten
- Ärztinnen kommunizieren „anders“
- Interessieren sich stärker für das soziale Milieu der PatientInnen
- Interessieren sich stärker für die PatientInnen selber
- Ärzte – mehr Zeit für History taking
- Höhere PatientInnenzufriedenheit bei Ärztinnen
- Patientinnen weniger häufig die Zielgruppe von Präventionsberatung [18]

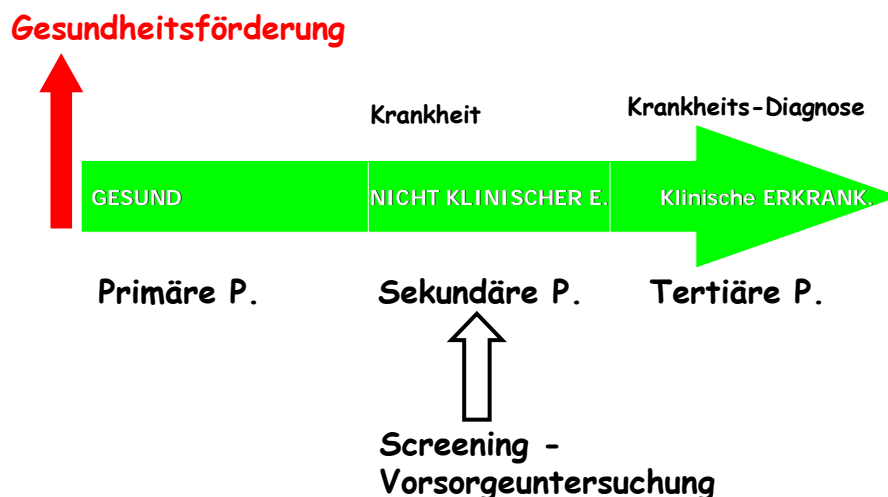
### Interesse der MedizinstudentInnen an Prävention (SS 2002 Sozialmedizin, Wien)

- Ernährungswissenschaften für Mediziner: 70-100 % Studentinnen
- Lebensstilmedizin: 70-100 % Studentinnen
- Gender Medicine und Prävention: 98 % Studentinnen
- Rauchertherapie: 75% Studentinnen

## Früherkennung-Screening

Unter Screening (Krankheitsfrüherkennung, Filteruntersuchung), einer Maßnahme der sekundären Prävention, versteht man die Früherfassung von Krankheiten. Die Krankheit soll in einer präklinischen Phase, wenn subjektiv noch keine Beschwerden (Symptome) wahrgenommen werden, mit Hilfe von speziellen Untersuchungsverfahren erfasst werden. Durch eine vorzeitige Therapie soll eine Verbesserung der Prognose erreicht werden [19].

Schema des Verlaufes einer Erkrankung und ihrer möglichen Früherkennung durch Screening.



Zielgruppe ist eine Population, die sich aus objektiv und subjektiv gesunden Personen (= frei von klinischen Symptomen) zusammensetzt. Die Untersuchung erfolgt mit relativ einfachen Methoden.

**Ziel der Filteruntersuchung ist nicht die endgültige Diagnose, sondern das Auffinden von Personen, bei denen der Verdacht groß ist, dass die gesuchte Krankheit vorliegt.**

Die endgültige Diagnose der Krankheit ist Aufgabe nachgeschalteter Untersuchungsverfahren [19].

## 10 Beurteilungs/Entscheidungskriterien für Screening Programme nach Wilson & Junger (WHO1968)

1. Die Erkrankung soll ein bedeutsames Gesundheitsproblem sein
2. Die Biologie, der natürliche Verlauf der Erkrankung von der latenten Phase bis zur manifesten Erkrankung, muss weitgehend verstanden sein.
3. Die Erkrankung muss eine identifizierbare Frühphase haben.
4. Die Behandlung im Frühstadium muss wirksamer sein als im Spätstadium.
5. Ein geeigneter Test für die Entdeckung der Frühphase der Erkrankung muss existieren.
6. Der Test muss für die Bevölkerung annehmbar sein.
7. Untersuchungsintervalle des Screening-Tests müssen im vorhinein bekannt sein.
8. Einrichtungen müssen a priori verfügbar sein, die den erhöhten Versorgungsbedarf, der durch Screening- Programme anfällt, abdecken.
9. Das Risiko von physischen/psychischen Schaden assoziiert mit dem Screening muss geringer sein als der Nutzen (substantieller/ moderater Nettonutzen)
10. Die Kosten müssen in einem annehmbaren Verhältnis zum Nutzen stehen [20,21].

### KRITERIEN FÜR DIE BEWERTUNG VON SCREENING-TESTS - qualitative Kriterien

Eine Screening-Untersuchung darf grundsätzlich kein Risiko/Belastung für den Probanden darstellen; es werden ja "gesunde Personen" untersucht (der weitaus überwiegende Teil der untersuchten Personen hat die Krankheit nicht!). Sie soll Personen identifizieren, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit die gesuchte Krankheit tatsächlich vorliegt.

**Die wichtigsten qualitativen Kriterien sind:**

#### **Reliabilität**

Darunter versteht man die **Zuverlässigkeit** eines Tests. Ein Test weist eine hohe Zuverlässigkeit auf, wenn er bei mehrmaliger Anwendung beim selben Individuum unter gleichen Bedingungen übereinstimmende Ergebnisse erbringt (geringe Schwankung der Testergebnisse).

#### **Validität**

Übereinstimmung zwischen Testergebnis und Realität. Es geht um die Frage, ob der Test auch wirklich das misst, was gemessen werden soll. Der Test soll in der Lage sein, aus der großen Masse der Untersuchten jene Personen herauszufiltern, bei denen die Wahrscheinlichkeit, dass sie die Krankheit haben, sehr hoch ist. Die Kenngrößen für die Validität sind die Sensitivität und die Spezifität, und die daraus ableitbare positive und negative Korrektheit.

#### **Sensitivität**

Kranke sollen korrekt als Kranke identifiziert werden - möglichst wenige falsch negative Tests (falsch negativ = erkrankte Person wird vom Test fälschlicherweise als "gesund" eingestuft).

#### **Spezifität**

Gesunde Testteilnehmer sollen korrekt als gesund erkannt werden - möglichst wenige falsch positive Tests (falsch positiv = gesunde Person wird vom Test fälschlicherweise als "krank" eingestuft).

Bei Screening-Untersuchungen wird im allgemeinen größerer Wert auf die Sensitivität eines Tests gelegt, weil möglichst alle Menschen mit Gesundheitsstörungen entdeckt werden sollen und dieser Untersuchungsfilter möglichst engmaschig sein soll (unter Inkaufnahme falsch positiver Ergebnisse, die bei anschließenden spezifischeren Untersuchungen falsifiziert werden).

Ist eine Untersuchungsmethode zu wenig empfindlich, entgehen dem Untersucher zu viele Krankheitsfälle. Ist die Untersuchungsmethode zu wenig spezifisch, bedeutet dies eine hohe Zahl Falsch-Positiver, d.h. gesunde Personen werden als krank bezeichnet, unnötigerweise beunruhigt und mit einer weiteren diagnostischen Abklärung belastet. Bei Filteruntersuchungen legt man Wert auf eine hohe Empfindlichkeit, um möglichst wenige wirklich Kranke "durch die Maschen des Netzes schlüpfen zu lassen" [19].

**Tabelle 3. KRITERIEN FÜR DIE BEWERTUNG VON SCREENING-TESTS - qualitative Kriterien [22]**

Faktoren	Kriterien
<b>Einfachheit</b>	Der Test muss einfach durchzuführen und leicht interpretierbar sein.
<b>Annehmbarkeit</b>	Der Test soll für die Bevölkerung akzeptabel sein.
<b>Kosten</b>	Die Kosten müssen in einem annehmbaren Verhältnis zum Nutzen stehen.
<b>Reliabilität</b>	Zuverlässigkeit eines Tests. Die Wiederholung des Tests muss übereinstimmende Ergebnisse erbringen.
<b>Validität</b>	Übereinstimmung zwischen dem Test und dem was er zu messen vorgibt. Es geht also um die Frage ob der Test auch misst, was er vorgibt zu messen
<b>Sensitivität</b>	Kranke sollen korrekt als Kranke identifiziert werden - möglichst wenige falsch negative Tests
<b>Spezifität</b>	Gesunde Testteilnehmer sollen korrekt als gesund erkannt werden - möglichst wenige falsch positive Tests

**Tabelle 4. Vorteile und Nachteile der Filteruntersuchungen [23]**

Vorteile	Nachteile
Verbesserte Prognose für die früh diagnostizierten Fälle	Längere Krankheitsdauer in den Fällen, wo die Prognose sich nicht ändert
Weniger radikale Therapie	Übertriebene Behandlung von bedenklichen Läsionen
Ersparnis der Behandlungskosten	Ressourcen Verschwendung
Beruhigung der Patienten mit negativen Ergebnissen	Falsch beruhigende Ergebnisse der Patienten mit falsch-negativen Tests
	Sorgen und teilweise Morbidität für die Patienten mit falsch- positiven Ergebnissen
	Risiko durch die Durchführung der Filteruntersuchung

### **Beurteilung der Effektivität von Screening-Programmen unter Verwendung der Outcome-Maße**

- Senkung der Mortalität in der gescreenten Population
- Senkung der Letalitätsrate bei gescreenten Personen
- Prozentuale Zunahme der Fälle, die in einem früheren Stadium erkannt wurden
- Senkung der Komplikation
- Vermeidung/Minderung der Rezidivrate von Metastasen
- Verbesserung der Lebensqualität von gescreenten Personen [24].

### **Ethische Fragen bei der Früherkennung Verantwortung, Wirksamkeit, Sicherheit, Evaluation, Kommunikation und Partizipation in der Krankheitsfrüherfassung (Bouvier et al., 1995)**

- Verantwortung  
Organisatoren und Durchführende einer Maßnahme tragen eine besondere Verantwortung gegenüber teilnehmenden Personen und der Allgemeinheit
- Keine Hinweise auf Nachteile für die Einzelnen und für Gemeinschaft
- Solide epidemiologische Hinweise – Wirksamkeit der Früherfassung in Hinblick auf angestrebtes Ziel

### Vorsorgeuntersuchung NEU Empfehlung (ab 2005) Die fünf Kernbereiche

1. Body-Mass-Index
  2. Gesamtcholesterin und HDL-Cholesterin
  3. **PAP-Abstrich jährlich ab 18 Jahre**
  4. Mammographie Screening für Brustkrebs – für alle Frauen zwischen 40 – 70 Jahren empfohlen alle zwei Jahre
  5. **Darmkrebsvorsorge** ab dem 50. Lebensjahr alle zehn Jahre eine Koloskopie und bei jeder Vorsorgeuntersuchung ein Test auf fäkal okkultes Blut angeboten.
- Einladungs und Wiedereinladungssystem über VU [25]

### Brustkrebs-Screening

#### Mammakarzinom

- häufigstes Karzinom der Frau
- jede 10te Frau erkrankt daran
- Häufigkeitsgipfel in der Menopause
- 16% aller Todesfälle für bös. Tumore bei Frauen.
  - In Österreich erkranken pro Jahr rund 5.200 an Brustkrebs. Im Jahr 2004 sind exakt 1.530 dieser Krankheit erlegen.
- Die Inzidenz ist seit Beginn der 90er Jahre gestiegen, allerdings bei sinkender Sterblichkeitsrate.
- Wahrscheinlich ist dies ein Mischeffekt aus vermehrter Früherkennung und besseren therapeutischen Möglichkeiten.

#### Screening for Breast Cancer - (USPSTF)

- Fair evidence – Mammographie reduziert Mortalität bei den 50-69jährigen Frauen, Altersgruppe die vor allem in den Studien eingeschlossen war
- Für 40-49 Jahre Frauen Evidence schwächer, absoluter Benefit kleiner als für ältere Frauen, da Inzidenz geringer
- Die meisten, aber nicht alle Studien zeigen eine Reduktion der Mortalität bei 40-49jährigen Frauen
- Evidenz ist generalisierbar für Frauen älter als 70 Jahre
- Die absolute Wahrscheinlichkeit des Benefits durch ein Screening mittels Mammographie steigt mit dem Lebensalter
- Das Risiko der Nachteile durch ein Screening (falsch positive Befunde, Biopsien, Ängste, Kosten) nimmt dem Alter ab (40-70 Jahre)
- Die Balance zwischen Benefits und Nachteilen gleicht sich mit steigendem Alter des Screenees an [26].

#### Ziele eines Brustkrebs Screening Programmes

- Optimum quality
- Mortality ↓↓
- Adverse effects ↓↓ eg. anxiety, discomfort, diagnostic procedures generated by positive test results
- Reaching target groups ↑↑
  - Age not the only criteria in selecting target group
  - Vulnerable populations, barriers of screening
- Assurance that targets can be evaluated

#### Österreich: opportunistisches Screening

Im Gegensatz zum Screening - der systematischen, flächendeckenden Durchuntersuchung aller Frauen zwischen 50 und 69 Jahren - gibt es in Österreich derzeit die so genannte opportunistische Mammographie: Eine Frau geht dann zum Früherkennungsröntgen, wenn sie selbst es möchte oder wenn es von Arzt oder Ärztin angeraten wird.

Die Frauen werden nicht aktiv rekrutiert, sondern es wird ihnen die Möglichkeit zur Vorsorge angeboten.

Die Vorsorgemammografie wird in Österreich von 600.000 Frauen jährlich wahrgenommen. Allerdings nicht unbedingt alle Frauen die es nötig hätten werden erreicht. Die eine Hälfte geht viel zu oft, die andere kaum zur Mammografie. Zudem erreichen wir vor allem die jüngeren Frauen.

So sind, nach einer aktuellen oberösterreichischen Aufstellung, nur 43 Prozent aller untersuchten Frauen im Zielgruppenalter von 50 bis 69!

Vor allem in ländlichen Bereichen und bei sozial niedrigeren Schichten ist die Rate geringer.

Wir kommen mit einem opportunistischen Screening nicht an jene Frauen heran, die es am meisten bräuchten [27].

Systematische, qualitätsgesicherte Mammographie- Screenings für Frauen über 50 gelten Richtlinien von WHO und EU zufolge als wesentliche Maßnahme im Kampf gegen Brustkrebs. Die Europäische Kommission und das Europäische Parlament haben alle Mitgliedsstaaten zur Implementierung der EU-Screening- Leitlinien bis zum Jahr 2008 aufgerufen.

### Österreichische Pilotprojekte für organisiertes Screening

Im Auftrag des Gesundheitsministeriums hat das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen daher ein Konzept für Pilotprojekte ausgearbeitet, die im **Burgenland, Vorarlberg, Wien und Salzburg im Zeitraum 2006 bis 2008** durchgeführt werden. Das Konzept sieht die Einladung aller Frauen zwischen 50 und 69 Jahren zum Mammographie-Screening im Abstand von jeweils zwei Jahren vor [28].

Unter dem Motto "**Ich schau auf mich**" implementieren die Stadt **Wien** und die Wiener Gebietskrankenkasse im 15., 16. und 17. Bezirk nun ein Pilotprojekt zu einer organisierten Brustkrebsfrüherkennung. Ein wichtiges Ziel der neuen Mammographie- Initiative ist es, möglichst viele Frauen zu erreichen, die aus sozialer Benachteiligung oder fehlender Information die bestehenden Angebote zur Brustkrebs-Früherkennung bisher nicht ausreichend in Anspruch genommen haben. Zielgruppe des neuen Wiener Projekts sind alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren aus den drei ausgewählten Bezirken, das sind knapp 24.000 Personen. Stadträtin Wehsely: "65 Prozent von ihnen haben in den vergangenen zwei Jahren keine Mammographie machen lassen. Diesen Anteil wollen wir deutlich senken [29].

---

1 - <http://www.weforum.org/en/initiatives/gcp/Gender%20Gap/index.htm>

2 - Strasbourg, April 2005, Expert Committee meeting.

3 - Pschyrembel Sozialmedizin, De Gruyter 2007

4 - Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2005.

5 - Wilkinson R & Marmot M. The Solid Facts. Second edition. WHO 2003.

6 - Weber T et al. Kardiologie. Beitrag in: Gender Medizin - Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis, Rieder A, Lohff B. (Hrsg.) Springer 2004

7 - BMGF. Oesterreicher Frauengesundheitsbericht 2005/2006. Verfasst vom Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung. 2006

8 - Statistik Austria, erfasst von der Abteilung für Epidemiologie der Medizinischen Universität Wien, 2005

9 - Abbildung erfasst von der Abteilung für Epidemiologie der Medizinischen Universität Wien, 2005

10 - Marosi C , Vutuc C. et al. Onkologie. Beitrag in: Gender Medizin - Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis, Rieder A, Lohff B. (Hrsg.) Springer 2004

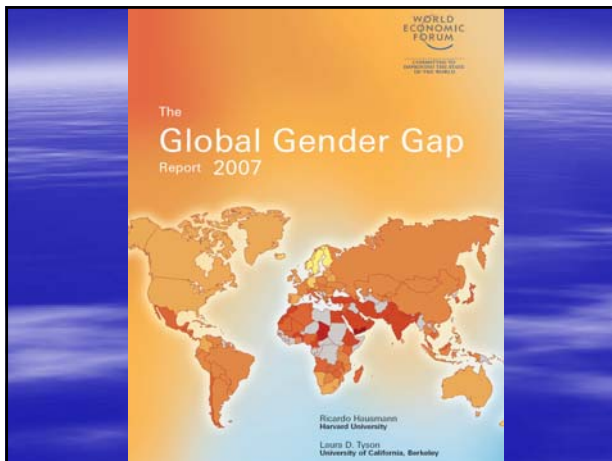
11 - Statistik Austria, Statistisches Jahrbuch 2006

12 - Kiefer I, Rathmanner T. Ernährungsberatung, Gewichtsreduktion und Essstörungen. Beitrag in: Gender Medizin - Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis, Rieder A, Lohff B. (Hrsg.) Springer 2004

13 - Kiefer I, Rieder A (Ed.), Rathmanner T et al. 1. Österreichischer Adipositasbericht 2006  
Rathmanner et al, Journal für Ernährungsmedizin, 2007

14 - Rieder A , Rathmanner T, Kiefer I, Dorner T, Kunze M. Österreichischer Diabetesbericht 2004  
Dorner T, et al, Wien Klin Wochenschr, 2006.

- 
- 15 - Schröder C, Wenzel C. et al. Neurologie. Beitrag in: Gender Medizin: A. Rieder, B. Lohff (Hrsg.), Springer Verlag, 2004
  - 16 - Rabady S. und Rebhandl E. Allgemeinmedizin. Beitrag in: Gender Medizin: A. Rieder, B. Lohff (Hrsg.), Springer Verlag, 2004
  - 17 - Studienbericht zum Großstadtfaktor, Rieder et al, ÖIF, ÄKW 2003
  - 18 - Walter, 2004, Lurie 1993, Cassard 1997, Franks und Bertakis 2003, Frank und Harvey 1996
  - 19 - Heidinger G. Design und Analyse präventivmedizinischer Studien und Forschungsprojekte. Skriptum für MPH Studierenden 2005
  - 20 - Wilson, J. M. G., and G. Junger. 1968. The principles and practice of screening for disease. Public Health Papers:WHO 34
  - 21 - Council of Europe. Recommendation No R(94)11 on screening as a tool of preventive medicine. 1994.  
[http://www.coe.int/T/E/Social\\_Cohesion/Health/Recommendations/Rec\(1994\)11.asp#TopOfPage](http://www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/Health/Recommendations/Rec(1994)11.asp#TopOfPage) ). Accessed 31-10-2003.
  - 22 - Cochrane and Holland 1971, in „Policy Brief : Screening in Europe“. WW Holland S Stewart, C Masseria European Observatory on Health Systems and Policies. WHO 2006
  - 23 - Chamberlain, in „Policy Brief : Screening in Europe“. WW Holland S Stewart, C Masseria European Observatory on Health Systems and Policies. WHO 2006
  - 24 - Gordis L. Epidemiologie. Saunders Philadelphia 2001
  - 25 - Vorsorgeuntersuchung NEU. Wissenschaftliche Grundlagen Hauptverband der Sozialversicherungsträger.
  - 26 - U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Guidelines Screening for Breast Cancer. Feb. 2002
  - 27 - <http://www.aerztewoche.at/viewArticleDetails.do?articleId=4053>
  - 28 - [http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/news\\_einzel.htm?channel=CH0089&doc=CMS1191139320859](http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/news_einzel.htm?channel=CH0089&doc=CMS1191139320859)
  - 29 - <http://www.wien.gv.at/vtx/vtx-rk-xlink?SEITE=020070212010>



SP-SHF (2006) 3  
RESTRICTED

COMMITTEE OF EXPERTS ON THE INCLUSION OF GENDER  
DIFFERENCES IN HEALTH POLICY (SP-SHF)

**Recommendation  
on the inclusion of gender differences in health policy**

**Determining good practices and drawing up clear recommendations on how to integrate the biological, cultural and social dimension of gender into Council of Europe Member States public health programs (prevention, diagnosis, care)**

**Integrating the gender dimension in training programs for the health professionals**

Rieder, 2006

**Social Determinants of Health**

- The Social Gradient
- Stress
- Early Life
- Social Exclusion
- Work
- Unemployment
- Social Support
- Addiction
- Food
- Transport

Gender particularly interacts with socioeconomic circumstances (Whitehead, Diderichsen, 1997)

**GENDER**

WHO 2003

**TEXTBOOK Gender Medicine**  
for Students, Physicians, Health Professionals  
2nd edition (end 2007)  
Rieder, Lohff (Eds.)  
Voss (Scientific Coordinator)  
Springer Verlag

**Gender Medizin**  
Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis  
7. Auflage

- Additional new topics:
  - Urology
  - Radiology
  - Clinical pharmacology
  - Dermatology
  - Metabolic problems
  - Psychotherapy
  - Sense organs

**First edition: Report Committee of Experts on the Inclusion of Gender Differences in Health Policy (SP-SHF) Council of Europe 2006**

**Wiener Männergesundheitsbericht 1999**

- 1st comprehensive international scientific report on men's health
- Foundation for the definition of the main focus points for men's health care
- Basis for the identification of priorities in public health care and in prevention
- Basis for health political discussions

Schmeiser-Rieder et al, 1999, MA-L (Hrsg),  
Rieder et al, Lancet 2001, Schmeiser-Rieder et al,  
WHO-Health Report on the Aging Male, 2000

Rieder, 2006

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN  
a m f

**Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006**

<http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0330&doc=CMS1114154451979>



# Fonds Soziales Wien

## Frauengesundheit

Das Wiener Programm für Frauengesundheit zeigt Problemfelder auf und sensibilisiert für frauengesundheitliche Anliegen. Zu den einzelnen Bereichen führen wir Pilotprojekte durch und bieten den Frauen Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen an wie:

"Alles Unter Kontrolle" - Prävention und Therapie von Harninkontinenz bei Frauen, "Wechsel" - Hormone im Wechsel und Essstörungen.

Link: [dieses at](#)  
 Link: [essstörungshotline.at](#)

© 2005-2007 Fonds Soziales Wien | [Home](#) | [Impressum](#) | [Kontakt](#) | [Jobs](#)

Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger

Rieder, 2006



# „Ein Herz für Wien“

## Ein Herz für Wien

**Achten wir auf Ihr Herz. Es schlägt für Sie!**

Ein gesundes Herz zu haben, ist nicht selbstverständlich. Nach wie von vielen Herz-Kreislauferkrankungen mit 46% die Haupttodesursache in der Wiener Bevölkerung dar. Die wesentlichen Risikofaktoren - Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bluthochdruck, Übergewicht, Stress - lassen sich nur durch die schrittweise Änderung von Lebensgewohnheiten "in den Griff bekommen".

**7 Schritte**  
zu einem gesunden Herzen

**Das herzgesunde Rezept**  
Jede Woche sein!

**"Obst sticht Schokolade"**  
Spielanregung für Ihre herzgemachte Ernährung

**Vorsorge**  
Nutzen Sie diese Möglichkeit einmal im Jahr

**Unsere Projekte**  
für Ihre Herzgesundheit

**Aktuelle Meldungen**  
Keine aktuellen Meldungen.  
**Service**  
So erreichen Sie uns:  
[Duba International Award für "Ein Herz für Wien"](#)

Copyright © 2007 Fonds Soziales Wien, Fachbereich Wien, Tirolerische Bäder | [Impressum](#) | [Kontakt](#) | [Service](#)

Rieder, 2006

# F.E.M.

ein Gesundheitszentrum für Frauen, Eltern und Mädchen.

- F.E.M. bietet Hilfe bei spezifischen Frauenproblemen.
- mit Ihrer Ernährung oder Essverhalten unzufrieden sind.
- Fragen zu Ihrer Partnerschaft
- Informationen und Unterstützung während Schwangerschaft und Geburt
- Fragen zum Thema Sexualität, Verhütung, Kinderwunsch
- Informationen, Rat oder Unterstützung benötigen.
- Schwierigkeiten bei der Erziehung oder mit der Elternrolle.
- seelische Probleme oder Schwierigkeiten.



<http://www.fem.at/home4x.htm>

Frauen Stadt Wien
Fonds Gesundes Österreich
WIKOV
SOZIALES WIEN
SE

# M.E.N.

- GESUNDHEITSBERATUNG & ÄRZTLICHE SPRECHSTUNDE
- PSYCHOLOGISCHE/PSYCHOSOZIALE BERATUNG FÜR MIGRANTEN/FLÜCHTLINGE
- ONLINE BERATUNG ZU UROLOGIE UND SEXUALITÄT...
- JUGENDBERATUNG



<http://www.men-center.at>

Frauen Stadt Wien
Fonds Gesundes Österreich
WIKOV
SOZIALES WIEN
SE

# Pilotprojekt: „ich schau auf mich“

SOZIALES WIEN
wgkk
Frauen Stadt Wien

AKTUELL
VORSORGE
LEISTUNGEN
SERVICE

**Wiener Pilotprojekt Mammographie-Screening "Ich schau auf mich!"**

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Wenn Brustkrebs zu einem möglichst frühen Zeitpunkt seiner Entstehung entdeckt wird, stehen auch die Heilungschancen sehr gut.

Im Laufe der nächsten beiden Jahre führt die Wiener Gebietskrankenkasse gemeinsam mit der Stadt Wien, vertreten durch DieCie - Wiener Programm für Frauengesundheit, ein Pilotprojekt für Mammographie-Screening mit dem Titel "Ich schau auf mich!" durch.

Unter Screening, oder auch Reihenuntersuchung genannt, ist eine Untersuchung zu verstehen, die bei einer Zielgruppe einer definierten Bevölkerung durchgeführt wird, ohne dass bei einer einzelnen Person ein Krankheitsverdacht besteht.

**Das Projekt**  
 Im Rahmen des Projektes werden alle Frauen aus dem 15., 16. und 17. Bezirk im Alter von 50 bis 69 Jahren im Zeitraum Mai 2007 bis Ende 2008 zur Mammographie-Untersuchung in eines von 3 Screeningzentren eingeladen. Um möglichst viele Frauen in den definierten Zielbezirken zu erreichen und zur Untersuchung zu motivieren, erhalten die Frauen der genannten Altersgruppe einen versprochenen Einladungsbrief (in Deutsch, Englisch, Türkisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch) mit konkretem Terminvorschlag und Informationsbrochüre. Über eine ebenfalls mehrsprachige Hotline können Informationen eingeholt und Untersuchungstermine koordiniert werden. Ziel dieser Vorgehensweise ist, jene Frauen, die an einem bisher symptomlos verlaufenden Brustkrebs erkrankt sind, zu entdecken.

WÄHLEN SIE EINEN SV TRÄGER

VORSORGE
SCHWELLSUCHE