



BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT

Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011

Kurzfassung



Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011

Kurzfassung

Verfasst vom Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit, PGA

Linz, im Dezember 2010



**BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT**

IMPRESSUM:

Herausgeber und Verleger:

Bundesministerium für Gesundheit

Erscheinungsjahr: 2011

Für den Inhalt verantwortlich: Dr.ⁱⁿ Ines Stamm, Expertin für Frauengesundheit im BMG, Abteilung III/6

Druck: Kopierstelle BMG, 1030 Wien, Radetzkystraße 2

Titelbild: ©Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit, PGA

Bestellmöglichkeiten:

Telefon: +43-0810-818164

E-Mail: broschuerenservice@bmg.gv.at

Internet: <http://www.bmg.gv.at>

ISBN Nr. 978-3-902611-46-8

Projektteam

Wissenschaftliche Leitung

Dr.ⁱⁿ Anna Maria Dieplinger
Dr.ⁱⁿ Sarvenas Enayati

Wissenschaftliche Bearbeitung,
Koordination und Berichterstellung

Mag.^a Martha Scholz

Projektassistenz und Berichterstellung

Mag.^a Sonja Kodelitsch MSc.
Mag.^a (FH) Sigrid Ornetzeder
Lisa Rogl
Viktoria Sageder

Inhaltliche Beiträge (alphabetisch) –
Inhaltlich liegt die Expertise
bei den ExpertInnen!

Dr.ⁱⁿ Stefanie Auer
Mag.^a Dr.ⁱⁿ Micha Bitschnau MFHom
Mag. Robert Brandstetter
Mag.^a(FH) Evelyne Dachgruber
Mag.^a Birgit Dieminger
Dr.ⁱⁿ Anna Maria Dieplinger
Mag.^a Karin Dietachmayr
Isabell Eibl, MSc
DDr. Christian Fiala
OA Dr. med. Sahba Enayati
Dr.ⁱⁿ Sarvenas Enayati
Dr.ⁱⁿ Daniela Gattringer
Mag.^a Silvia Groth
a.o. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Karin Gutiérrez-Lobos
Dipl. LSB Susa Haberfellner
Univ.-Prof. Dr.ⁱⁿ Margarethe Hochleitner
Dr. Andreas Hochmuth
Mag.^a Julia Hebertshuber
DI Philipp Hohenblum
Mag.^a Agnes Kaiser
Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Alexandra Kautzky-Willer
Univ.-Prof. Dr. Jörg Keckstein
Mag.^a Sabine Kessler
Univ.-Doz.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Ingrid Kiefer
Priv.-Doz. Dr. med. Steffen Krause
Mag.^a Marion Kremla
Mag.^a Dr.ⁱⁿ Silvia Kronberger
Mag.^a (FH) Sabine Lex
Mag.^a Ingrid Löscher-Weninger

Primar Dr. med. Leonhard Loimer
Dr. Andreas Pentsch
Mag.^a Sabine Ploberger
Dr.ⁱⁿ Éva Rásky
OÄ.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Claudia Reiner-Lawugger
Dr. Alexander U. Rothe
Mag.^a Ekim San
Dr.ⁱⁿ Barbara Schildberger M.A.
Dr.ⁱⁿ Ilona Schöppl
Mag.^a Petra Schweiger
Mag.^a (FH) Edith Span
Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Angelika Stary
Mag.^a Wilma Steinbacher
Mag.^a Regina Steinhauser
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Andrea Thiekötter
Mag.^a phil. Claudia Maria Traint
Mag.^a Dr.ⁱⁿ Maria Uhl
Prim.Univ.Prof.Dr. Wolfgang U. Wayand
Mag.^a (FH) Martina Weilguny
OA Dr. Piotr Wegrzecki
Dr.ⁱⁿ Angela Wegscheider
Mag.^a (FH) Clara Wenger-Haargassner
Petra Wimmer
Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger
Mag.^a Hilde Wolf
Dr.ⁱⁿ Doris Wolfslehner

Lektorat, Endredaktion

Corinne Farid M.A.

Layout

Christine Kaar

Mit bestem Dank für die Bereitstellung
von Daten und Informationen
(alphabetisch)

Dr.ⁱⁿ Erika Baldaszi, Statistik Austria
Mag.^a (FH) Elisabeth Fasching, Hauptverband der
Sozialversicherungsträger
DDr.ⁱⁿ Inga Findl
Mag.^a Dr.ⁱⁿ Felice Gallé, Frauengesundheitszentrum,
Graz
Dr.ⁱⁿ Guggenberger Doris, Bundesministerium für
Unterricht, Kunst und Kultur, Abteilung Gender
Mainstreaming / Gender und Schule
Mag.^a Christine Hirtl, Frauengesundheitszentrum,
Graz
Anita Höfner, Statistik Austria
Dr.ⁱⁿ Elisabeth Jansche, Oberärztin, LKH Villach,
Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe

Mag.^a Margret Jöchel, Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit, AGES GmbH - CC INFE
Dr.ⁱⁿ med.Univ. Teresa Haidinger, Abteilung der Kardiologie im AKH Wien
Mag.^a Jeanette Klimont, Statistik Austria
Verena Chiara Kuckenberger M.A., GENDER : UNIT; Medizinische Universität Graz
Dr.ⁱⁿ Anna Labek; Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
Dr.ⁱⁿ Anna Lasser, BKA
Hermann Leitner, Leiter des Geburtenregisters, IET Institut für klinische Epidemiologie der Tilak
Dr.ⁱⁿ Katharina Mallich, Leiterin der Stabstelle Personalentwicklung, Medizinische Universität Wien
Mag.^a Elisabeth Pochobradsky, Gesundheit Österreich GmbH
Mag.^a Erika Sander, Senior Manager Business Operations, Austria, IMS HEALTH
Mag.^a Dr.ⁱⁿ Ulrike Schermann-Richter, Bundesministerium für Gesundheit
Mag.^a Dr.ⁱⁿ Barbara Schleicher, Gesundheit Österreich GmbH
Elke Welser, Caritas Oberösterreich: LENA

Zusammensetzung des Projektteams

AuftraggeberInnen und -vertretung

BM Alois Stöger diplôme

Dr.ⁱⁿ Ines Stamm

Bundesministerium für Gesundheit, Wien

ExpertInnen des Projektteams

Prof.(FH) Mag. Dr. Paul Brandl,

FH Linz

Dr.ⁱⁿ Anna Maria Dieplinger,

Institut für Gesellschaft- und Sozialpolitik,
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz

Mag.^a Karin Dietachmayr,

Strategie- und Organisationsentwicklerin

OA Dr. med. Sahba Enayati,

Klinikum Wels-Grieskirchen, V. Interne

Dr.ⁱⁿ Sarvenas Enayati,

Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik; Two
Wings Privatstiftung

Mag.^a Sabine Gruber,

Amt der Oö. Landesregierung

Mag.^a Sonja Kodelitsch MSc.,

Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit, PGA

Univ.Doz. Dr.ⁱⁿ Bettina Staudinger,

UMIT

Mag.^a Daniela Kern,

Mag.^a Sylvia Groth,

Mag.^a Martha Scholz,

Mag.^a Regina Steinhauser,

Mag.^a Hermine Steininger,

Mag.^a Friederike Widholm,

Mag.^a Hilde Wolf

Netzwerk Österreichischer
Frauengesundheitszentren



Vorwort

„Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ So steht es in der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation WHO. In diesem Sinne strebt eine nachhaltige Gesundheitspolitik danach, möglichst vielen Bürgerinnen und Bürgern ein möglichst hohes und umfassendes Maß an Gesundheit zu gewährleisten.

Der vorliegende österreichische Frauengesundheitsbericht 2010/2011 des Bundesministeriums für Gesundheit basiert unter anderem auf statistischen Daten von Statistik Austria, Gesundheitsberichten, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und zeigt geschlechtsspezifische Unterschiede in den verschiedensten gesellschaftlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung, der Medizin und im psychosozialen Umfeld auf, welche durch eine verantwortungsvolle Gesundheitspolitik gesteuert werden können.

Lebenswelten, Rollenbilder und gesellschaftliche Gesundheitsdeterminanten werden in diesem Bericht von ExpertInnen analysiert, Handlungsfelder werden aufgezeigt und mit statistischen Daten untermauert. Daraus wird ersichtlich, dass Männer und Frauen Unterschiede im Gesundheitsverhalten, im Krankheitserleben und in der Bewältigung von Krankheit aufweisen. Alle diese Unterschiede sind wichtige Indikatoren, die es im Interesse eines medizinischen Erfolgs in der Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen gilt. In diesem Zusammenhang können frauenspezifische Themen bei der derzeitigen Datenlage nicht mehr außer Acht gelassen werden; sie müssen in der Prävention, in der Behandlung und in der Nachsorge mitbeachtet werden. Für eine künftig bessere gesundheitliche Versorgung von Frauen werden am Ende des Berichts Handlungsfelder und Perspektiven zusammenfassend dargestellt.

Das österreichische Gesundheitssystem zählt zu einem der besten im internationalen Vergleich. Frauengesundheitsspezifische Fragestellungen und Problemfelder werden seit vielen Jahren in Österreich ernst genommen und laufend verbessert.

Nichtsdestotrotz bleibt dies auch weiterhin Aufgabe vieler Akteurinnen und Akteure, die mit ihrem unermüdlichen Einsatz in den verschiedensten Gesundheits- und Fraueneinrichtungen eine bestmögliche Versorgung auf einem sehr hohen qualitativen Stand gewährleisten.

Ihr Alois Stöger, Diplômé
Bundesminister für Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

I. EINLEITUNG 15

II. POLITISCHE RAHMENBEDINGUNGEN DER FRAUEN- GESUNDHEIT IN ÖSTERREICH 16

Frauen und Gleichstellungspolitik in Österreich und im internationalen Vergleich	16
Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau – CEDAW	17
Indikatoren der geschlechtsbedingten Diskriminierung	17
Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich	17
Health Literacy und Gesundheitskompetenz: Entscheidungen über mich nur mit mir	18

III. SOZIODEMOGRAFIE 19

Bevölkerungsstruktur	19
Geschlecht und Alter	20
Geburtenzahl und Fertilität	20
Familien'typen'	21
Geschlechtsunterschiede in den sozioökonomischen Rahmenbedingungen	21
Geschlechtsspezifische Aspekte der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen	22

IV. EPIDEMIOLOGIE 23

Lebenserwartung bei Frauen und Männern	23
Geschlechtsspezifische Todesursachen und Verletzungen	23
Frauenherzen	25
Epidemiologie der häufigsten Krebserkrankungen bei Frauen	26
Brustkrebs	27
Mammografie-Screening	28
Darmkrebs	29
Lungenkrebs	30
Gebärmutterhalskrebs	30
HPV-Impfung	31
Die psychische Gesundheit von Frauen	31
HIV / Aids	32
Verdauungstrakt, Stoffwechsel, Atmungsorgane, Muskelaufbau und Skelett	33

Die Gesundheitsmanagerin 34

**V. LEBENSREALITÄTEN UND GESUNDHEITSBEZOGENE
LEBENSWEISEN** **35**

Mädchen und junge Frauen 35

- Subjektive Gesundheit und Zufriedenheit 35
- Ernährung und Bewegung..... 36
- Rauchen, Alkohol und Cannabis..... 36
- Das Sexualverhalten von Mädchen und jungen Frauen 37
- Teenagerschwangerschaften 38
- Bildung – Schulbildung, Lehrausbildung, Universitäten/Fachhochschulen 39

Die Frau im reproduktiven Alter 40

- Menstruation 41
- Endometriose..... 41
- Kinderwunsch und Familienplanung 42
- Verhütung 42
- Notfallverhütung 43
- Schwangerschaftsabbruch..... 43
- Ungewollte Kinderlosigkeit und Kinderwunschbehandlung 44

Schwangerschaft, Geburt und Mutterdasein 45

- Schwangerschaft und Geburt 45
- Schwangerschaftskomplikationen 45
- Kaiserschnitt..... 47
- Alleinerzieherinnen 51

Die Frau in den Wechseljahren 52

Die Pensionistin / Hochbetagte Frauen 53

- Lebensqualität im Alter 54
- Die hochbetagte Frau 55

Frauen und Erwerbstätigkeit 55

- Die erwerbstätige Frau 55
- Atypische und prekäre Beschäftigungsverhältnisse 57
- Krankenstände und Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz 58
- Diskriminierung am Arbeitsplatz..... 60
- Die arbeitslose Frau..... 61
- Frauen und Karriere 64
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf 67
- Frauen und Zeit 70

Frauen und Partnerschaft. 71

- Familienformen mit und ohne Kinder 71
- Homosexuelle Beziehungen von Frauen 72

Migrantinnen 73

Migrantinnen in der Erwerbsbevölkerung	74
Migration und Gesundheit	75
Frauen und Behinderung	78
Definition von Behinderung (die nicht als Krankheit zu verstehen ist)	78
Lebenslagen von Frauen mit Behinderung.....	79
Herausforderungen und Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen mit Behinderungen	81
Politische Rahmenbedingungen und Maßnahmen der Veränderung	83
Frauen in sozialen und gesundheitlichen Lebenslagen	84
Frauen und Sucht	84
Die Frau als Ziel von Gewalt	96
Armut ist weiblich	99
Frauen als pflegende Angehörige.....	102

VI. SOZIALEPIDEMIOLOGIE, GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION 105

Frauenspezifische Ressourcen im österreichischen Gesundheitssystem	105
Internationale und europäische Frauengesundheitsprogramme	108
Gender – Umwelt – Gesundheit	109
Komplementär- und Alternativmedizin, Medical Wellness	112
Prävention und Gesundheitsförderung	112
Maßnahmen zur Früherkennung	115

VII. ENTWICKLUNG DER FRAUENGESUNDHEITSFÖRDERUNG 117

Gender-Medizin: Beispiele in Österreich	117
Gender Friendly Hospital	118
Geschlechtergerechte Medizin: Prüfung von Medikamenten an Frauen	119

VIII. EMPFEHLUNGEN 121

Handlungsempfehlungen zur Förderung der Frauengesundheit in Österreich	121
--	-----

I. EINLEITUNG

Der Österreichische Frauengesundheitsbericht 2010/2011 umfasst eine Themenaufstellung, die darlegt, dass geschlechterdifferenzierte und frauenspezifische Herangehensweisen im Gesundheitswesen nicht nur sinnvoll, sondern vielmehr dringend notwendig sind, um daraus zielgenaue Angebote, gesundheitspolitische Konsequenzen und Handlungsstrategien ableiten zu können. Die Inhalte des Österreichischen Frauengesundheitsberichts zeigen die gesundheitliche und psychosoziale Situation der weiblichen Bevölkerung in Österreich. Ziel ist unter anderem eine Bewusstseinsförderung, dass Geschlechtergerechtigkeit im Gesundheitssystem einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung darstellt.

Die WHO empfiehlt Frauengesundheitsberichte zur sozioökonomischen und gesundheitlichen Situation der Frau, die den Parlamenten, den Medien und der Öffentlichkeit vorgelegt werden sollen, sowie entsprechende Richtlinien zur Erstellung von Frauengesundheitsberichten. Die Inhalte des Frauengesundheitsberichts basieren auf diesen Empfehlungen der WHO und umfassen die politischen Rahmenbedingungen der Frauengesundheit in Österreich, die soziodemographische und epidemiologische Situation der weiblichen Bevölkerung, die Lebensrealitäten und gesundheitsbezogenen Lebensweisen der Frauen, Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Entwicklung der Frauengesundheitsförderung. Die daraus resultierenden Handlungsempfehlungen sollen als Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung und Umsetzung von Maßnahmen im Bereich der Frauengesundheit dienen.

Der aktuelle Frauengesundheitsbericht baut zudem auf den Ergebnissen des Österreichischen Frauengesundheitsberichts 2005/2006 (wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger, wissenschaftliche Bearbeitung und Berichterstellung: Dr.ⁱⁿ Erika Baldaszi) auf.

Der zeitliche Rahmen des Frauengesundheitsberichts bezieht sich auf die vergangenen zehn Jahre, mit dem Fokus auf Entwicklungstendenzen in der gesundheitlichen Lage von Frauen in Österreich.

Die Ergebnisse der beiden vorangegangenen und des aktuellen Frauengesundheitsberichts zeigen, dass sowohl in der Prävention, der Diagnostik und in der Versorgung die unterschiedlichen Bedürfnisse von Frauen und Männern stärker berücksichtigt werden müssen. Dies bringt nicht nur mehr Lebensqualität für alle Beteiligten, sondern kann langfristig gesehen auch zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgungen führen.

Hinweis: Sämtliche Literaturangaben sind im Hauptband des Österreichischen Frauengesundheitsberichts 2010/2011 angeführt.

II. POLITISCHE RAHMENBEDINGUNGEN DER FRAUENGESUNDHEIT IN ÖSTERREICH

Frauen und Gleichstellungspolitik in Österreich und im internationalen Vergleich

Die UN („United Nations“, d.h. die Vereinten Nationen) spielen sowohl historisch gesehen als auch heute noch eine zentrale Rolle in der Gleichstellungspolitik. Die Gleichberechtigung von Männern und Frauen ist in der UN-Menschenrechts-Charta von 1945 verankert. Auf dieser Grundlage setzten die Vereinten Nationen weitere Schwerpunkte, wie etwa 1975 mit dem Internationalen Jahr der Frauen. Die UN schafft den Rahmen für die internationale Zusammenarbeit zwischen Staaten, Institutionen, Verbänden und Organisationen, um Unterschiede - zwischen Frauen und Männern unterschiedlichsten Alters, in den verschiedenen Regionen der Welt lebend – zu erkennen und zu bekämpfen.

Große Fortschritte erzielte man bei den Weltfrauenkonferenzen, wobei die Ergebnisse der Vierten Weltfrauenkonferenz im Jahre 1995 bis heute wegweisend für die Frauengesundheitspolitik waren. Der dort erarbeitete Aktionsplan („platform for action - for equality, development and peace“) zum Thema Gesundheit ist rund um fünf Kernthemen aufgebaut:

1. Verbesserung des Zugangs für Frauen zu adäquater, leistbarer und qualitativer Gesundheitsversorgung, zu Gesundheitsinformationen und zu den dazugehörigen Leistungen
2. Stärkung von präventiven Programmen, die Frauengesundheit fördern
3. Durchführung von gender-sensitiven Programmen zur Bekämpfung sexuell übertragbarer Krankheiten wie HIV/AIDS sowie zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit
4. Förderung von Forschung und Aufklärung bezüglich Frauengesundheit
5. Aufstockung der Ressourcen und Überwachung der Fortschritte bezüglich Frauengesundheit

Im Jahr 2000 einigten sich eine große Zahl von Staaten sowie diverse Institutionen (beispielsweise die Weltbank, die Welthandelsorganisation etc.) auf die „Millennium Development Goals“ (MDGs). Demnach streben die an diesem Programm Beteiligten danach, bis 2015 in insgesamt acht Handlungsfeldern ein übergeordnetes Hauptziel zu erreichen, nämlich die Armut weltweit zu halbieren. Konkret auf das Thema Frauen und Gesundheit sind folgende MDGs ausgerichtet: Gleichberechtigung und Empowerment (MDG 3), die Reduzierung der Kindersterblichkeit (MDG 4), die Verbesserung der reproduktiven Gesundheit (MDG 5) und die Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderer Krankheiten (MDG 6).

Die verschiedenen Zielvorgaben und Maßnahmenpakete unterliegen einer langfristigen Planung, was eine regelmäßige Überprüfung notwendig macht. Im Fünfjahres-Abstand fanden Evaluationen der Zielsetzungen der 4. Weltfrauenkonferenz statt; der aktuelle Fortschritt wurde im März 2010 bei der Konferenz Peking+15 in New York beleuchtet. Die Weltbevölkerungskonferenzen wurden sowohl in Kairo 1999 als auch 2009 bei 15 ExpertInnenmeetings evaluiert.

Seit 2005 finden überdies jährlich Tagungen der Frauenstatuskommission in New York statt, die sich ebenfalls mit der Erreichung und Maßnahmensetzung bezüglich MDGs und mit dem Aktionsplan der 4. Weltfrauenkonferenz auseinandersetzt. Der Fortschritt der MDGs wird mit Berichten bzw. anhand von über 60 Indikatoren und mittels Monitoring auf globaler und nationaler Ebene beobachtet.

Aktuelle Ergebnisse dieser Evaluationen zeigen zwar Fortschritte, beispielsweise im Bereich Bildung, jedoch wird unter anderem die nach wie vor hohe Müttersterblichkeit, die Gewalt gegen Frauen und der geringe Anteil von Frauen in wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entscheidungsprozessen bemängelt.

Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau – CEDAW

Österreich ratifizierte 1982 das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW – Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women). Diese Konvention wurde 1979 von der UN-Generalversammlung auf den Weg geschickt. 186 Staaten unterzeichneten mit der Konvention auch den darin enthaltenen Artikel 12, der sich darauf bezieht, dass Frauen derselbe Zugang zum Gesundheitswesen sowie zu Diensten der Familienplanung gewährt wird wie Männern. Die Staaten verpflichten sich außerdem dazu, Frauen eine angemessene Versorgung rund um die reproduktive Gesundheit zu ermöglichen, wobei dies Schwangerschaft, Geburt, Stillzeit und eine entsprechende Ernährung mit einschließt. Im Jahr 2000 ratifizierte Österreich ein Fakultativprotokoll zur CEDAW. Diese Erweiterung bietet Frauen die Möglichkeit, nach Ausschöpfung der rechtlichen Instanzen des eigenen Staates Beschwerde beim CEDAW-Komitee einzulegen, womit gegebenenfalls ein Untersuchungsverfahren eingeleitet werden kann.

Indikatoren der geschlechtsbedingten Diskriminierung

Im Rahmen des ersten Human Development Reports im Jahre 1990 kam der Human Development Index (HDI) erstmals zum Einsatz. Bahnbrechend daran war, dass es mit dem HDI gelungen ist, mehrere verschiedene Faktoren, wie Lebenserwartung oder Einkommen, in einer Ziffer zwischen 0 und 1 zusammenzufassen, die über den menschlichen Entwicklungsstand Auskunft geben kann.

Seit 1995 gibt es zusätzlich zum HDI den „Gender-related Development Index“ (GDI) und das „Gender Empowerment Measure“ (GEM). Damit eröffnet sich die Möglichkeit, Ungleichheiten zwischen zwei Gruppen zu beziffern und somit Diskriminierungen aufgrund des Geschlechts mess- und vergleichbar zu machen. Der GDI ist dem Prinzip nach wie der HDI, zeigt jedoch auch Unterschiede in der Entwicklung zwischen Frauen und Männern. Ob und in welchem Maße Frauen im Gegensatz zu Männern an Entscheidungsprozessen im politischen und wirtschaftlichen Leben teilnehmen, lässt sich aus dem GEM ablesen. Das Ranking aus dem Jahr 2009 bescheinigt Österreich den 19. Rang beim GDI und den 13. Rang beim GEM. Vergleicht man dies mit den herangezogenen Daten aus der vorherigen Version des Österreichischen Frauengesundheitsberichtes aus 1998 und 1999, so zeigt sich beim GDI eine Verschlechterung um drei Positionen; beim GEM ist Österreich um einen Platz vom 12. auf den 13. Rang gefallen.

Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich

Die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation in der Madrider Erklärung „Gender Mainstreaming in Health“ aus dem Jahr 2001 besagen, dass in allen Belangen des Gesundheitswesens lokale Strategien für eine gendergerechte Gesundheitsversorgung zu entwickeln und umzusetzen sind. Eine gendergerechte Gesundheitsversorgung wird den Bedürfnissen und Lebensrealitäten von Männern und Frauen gleichermaßen gerecht.

In Österreich gibt es bereits verschiedene Bemühungen, Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen zu fördern und zu implementieren. Aber auch der große Forschungsbedarf im Bereich Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen wird in diesem Beitrag aufgezeigt.

Das biologische Geschlecht und Gender als soziale Geschlechterrolle beeinflussen neben anderen Faktoren wie Bildungs- und Einkommensschicht sowie Zugehörigkeit zu einer ethnischen Bevölkerungsgruppe sowohl den Gesundheitszustand, das Risikoverhalten, die Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit als auch den Zugang von Männern und Frauen zu medizinischen und öffentlichen Gesundheitseinrichtungen in erheblichem Maße.

Mithilfe der Gender-Perspektive werden Ansätze zur Entwicklung und Verbesserung von Angeboten in Forschung, Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation abgeleitet, welche auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Kosten im Gesundheitssystem von großer Relevanz sind.

Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen darf jedoch nicht zu einer unbeabsichtigten Erhärtung des Denkens in Bezug auf eine biologische Determiniertheit des Geschlechts führen. Es ist wichtig, dass das Geschlecht nicht nur auf das Biologische reduziert wird, sondern dass auch die Bedürfnisse von Frauen, die sich aus deren sozialem und kulturellen Kontext ergeben, mit berücksichtigt werden.

Die Gender-Perspektive sollte auch systematisch in Aus- und Weiterbildung bei Gesundheitsberufen und bei den MitarbeiterInnen, die in der Verwaltung im Gesundheitswesen tätig sind, integriert werden, um eine Unter- und Fehlversorgung von Frauen zu vermeiden.

Kritisch zu sehen ist die Doppelstrategie zwischen einer Frauenförderungs politik und einer Gender Mainstreaming Strategie im Gesundheitswesen. Die Gender Mainstreaming Strategie ist ursprünglich als Kritik an den bisherigen Frauenförderungsstrategien konzipiert worden. Die Frauenförderungs politik hat „nur“ die Frauen im Blick, ist in der Regel Aufgabe spezieller organisatorischer Einheiten und sieht die Benachteiligung von Frauen als Ansatzpunkt für spezielle Themen und Handlungsbedarfe. Die Gender Mainstreaming Strategie ist jedoch Aufgabe aller in der Gesamtorganisation und hat beide Geschlechter im Blick.

Health Literacy und Gesundheitskompetenz: Entscheidungen über mich nur mit mir

Frauen wollen, wenn sie Beschwerden haben, als gleichberechtigte Partnerinnen mit Ärztinnen und Ärzten sprechen. Sie wollen selbstbestimmt Entscheidungen über ihre Gesundheit treffen. So ergab etwa die Future Patient Studie 2003 in der Schweiz, dass 85% aller Befragten an der medizinischen Entscheidungsfindung mitwirken möchten. Dafür brauchen Frauen Wissen und Gesundheitskompetenz. Doch evidenzbasierte PatientInneninformationen, etwa in Broschüren oder auf Websites, sind dünn gesät. Die Zeit, die Ärztinnen und Ärzte im Durchschnitt für die Information ihrer PatientInnen aufwenden, beträgt eine Minute. Die MedizinerInnen selber schätzen diese Zeit auf neun Minuten. Beratungseinrichtungen, wie die Unabhängigen PatientInnenberatungsstellen in Deutschland, gibt es in Österreich nicht. Welche Kompetenzen Frauen entwickeln, wird bestimmt durch den Kontext, in dem sie leben: durch Ressourcen, aus denen sie schöpfen können, und durch Anforderungen, die sie bewältigen müssen. Rahmenbedingungen zu schaffen, die (insbesondere auch sozial benachteiligte) Frauen stärken, kompetente Patientinnen und Konsumentinnen im Gesundheitswesen zu werden, ist Aufgabe der Politik.

III. SOZIODEMOGRAFIE¹

Im Folgenden wird ein Überblick über ausgewählte demografische Indikatoren und Trends gegeben, die für eine geschlechtsspezifische Betrachtung von Gesundheit und Krankheit relevant sind. Hervorzuheben sind vor allem die Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung, die Veränderungen in der Fertilität, in den Familienstrukturen und in der Einkommenssituation.

Bevölkerungsstruktur

Die Bevölkerungszahl Österreichs ist seit 1951 insgesamt um mehr als 20% und in den letzten drei Jahrzehnten um 11% gewachsen. Betrug die EinwohnerInnenzahl laut Volkszählung 1981 7,56 Millionen, so waren es im Jahr 2009 8,36 Millionen ÖsterreicherInnen. Die Zunahme wird sich auch in Zukunft fortsetzen - allerdings nicht mehr in dem Ausmaß wie in der Vergangenheit, denn für 2030 ergibt die aktuelle Bevölkerungsprognose der Statistik Austria 9,05 Millionen Personen; das sind um 8% mehr als im Jahr 2009.

In Österreich leben mehr Frauen als Männer, wobei sich der Frauenanteil 2009 an der Gesamtbevölkerung auf 51,3% belief. Dies entspricht einer Maßzahl von 949 Männern auf 1.000 Frauen. Betrachtet man die Entwicklung des geschlechtsspezifischen Anteils während der letzten zehn Jahre, so zeigt sich für Frauen eine Zunahme um 3,9%, bei Männern um 5,5%. Folglich sank der Frauenanteil geringfügig ab.

Tabelle 1: Bevölkerung Bundesländer nach Geschlecht, 2009

		Frauen	Männer	Frauenanteil
Österreich	8.355.260	4.287.213	4.068.047	51,3
Burgenland	283.118	144.696	138.422	51,1
Kärnten	560.605	288.838	271.767	51,5
Niederösterreich	1.605.122	819.059	786.063	51,0
Oberösterreich	1.410.403	717.679	692.724	50,9
Salzburg	529.217	272.338	256.879	51,5
Steiermark	1.207.479	618.025	589.454	51,2
Tirol	704.472	359.914	344.558	51,1
Vorarlberg	367.573	186.481	181.092	50,7
Wien	1.687.271	880.183	807.088	52,2

Quelle: Statistisches Jahrbuch Österreichs 2010, S. 51

Ausländische Staatsangehörige

Am 1. Jänner 2009 lebten insgesamt 870.704 Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit in Österreich. Dies entspricht 10,4% der Gesamtbevölkerung. Knapp ein Drittel der Frauen mit ausländischer Staatsbürgerschaft ist im Alter zwischen 18 und 39 Jahren.

¹ Zusammenfassung der Beiträge aus dem Hauptband Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Autorinnen: Dr.ⁱⁿ Barbara Schildberger M.A., Mag.^a Martha Scholz

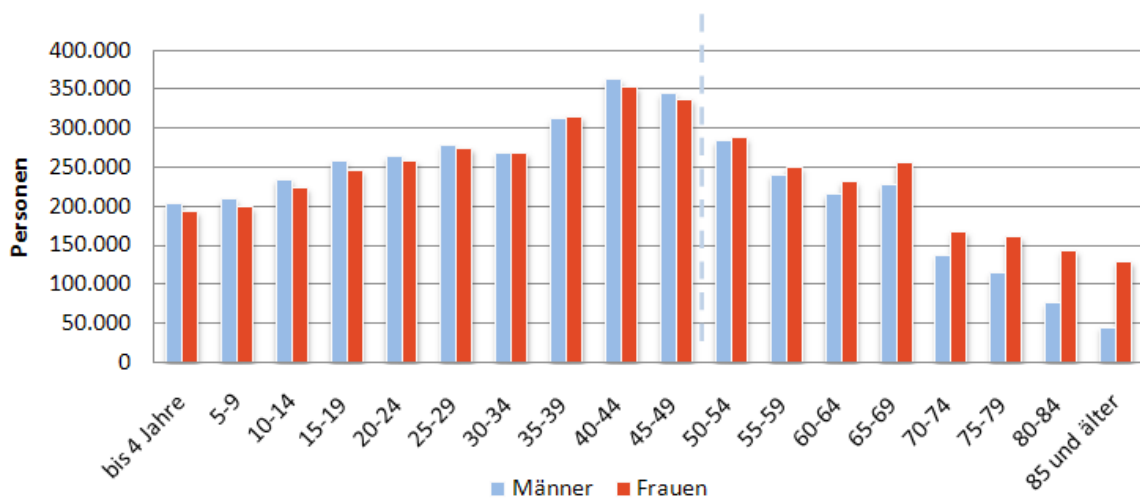
Geschlecht und Alter

Demografische Entwicklungen haben erhebliche Auswirkungen auf die soziale und wirtschaftliche Lage einer Nation. Der in Europa und allgemein in den Industrieländern wohl massivste Trend mit den nachhaltigsten Auswirkungen besteht in der zunehmenden Überalterung der Bevölkerung. Wesentliche Ursachen dafür sind rückläufige Kinderzahlen, eine durch Zuwanderung wachsende Bevölkerung und eine steigende Lebenserwartung, was zu einer grundlegenden Veränderung der Bevölkerungsstruktur führt. Die ‚Veralterung‘ der Gesellschaft bringt für die erwerbstätige Bevölkerung verstärkte Belastungen in Form von Auswirkungen auf Pensionen, auf die Gesundheitsversorgung und auf Pflegeformen mit sich. Eine Erhöhung der Erwerbsbeteiligung würde die demografische Entwicklung mit den daraus entstehenden sozialen Kosten ins Gleichgewicht bringen.

Im Jahr 2009 gab es in Österreich 1.763.900 (21,1%) Kinder und Jugendliche unter 19 Jahren und 5.140.400 Personen (61,5%) im Alter zwischen 20 und 64 Jahren. Der Anteil der Älteren ab 65 Jahren betrug 1.450.900 und entspricht 17,4% der Gesamtbevölkerung. Die Entwicklung der Altersgruppen innerhalb der letzten drei Jahrzehnte zeigt, dass der Anteil der bis 29-Jährigen um 5% ab-, während die Anzahl der Personen im Alter von 30 bis 44 Jahren um 2% zugenommen hat; eine weitere Erhöhung um 4% ergab sich bei der Gruppe der 45- bis 59-Jährigen. Eine geringfügige Zunahme von jeweils 2% zeichnet sich bei den Altersgruppen der über 60-Jährigen ab.

Unter der **Feminisierung des Alters** versteht man das zunehmende starke Überwiegen des Frauenanteils in den älteren und alten Bevölkerungsgruppen. Während im Alter von bis zu 49 Jahren Männer in der Mehrzahl sind, ist ab 50 Jahren ein Überwiegen der weiblichen Bevölkerung zu erkennen, das mit zunehmendem Alter deutlicher wird. Ab dem 75. Lebensjahr lebten 2009 fast doppelt so viele Frauen wie Männer (431.000 Frauen, 234.000 Männer) in Österreich. Dieser hohe Frauenanteil wird vor allem mit einer höheren Lebenserwartung der Frauen, wie auch mit den hohen Verlusten der männlichen Bevölkerung im zweiten Weltkrieg begründet.

Abbildung 1: Altersgruppen in Fünf-Jahres-Schritten nach Geschlecht (Absolutzahlen, 2009)



Quelle: Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html (dl 02.04.2010)

Geburtenzahl und Fertilität

Die durchschnittliche Kinderzahl in Österreich betrug 2009 1,39 Kinder und bleibt auf niedrigem Niveau stabil, wobei die Fertilitätsrate von Frauen in den letzten zehn Jahren deutlich unter 1,5 Kindern pro Frau

lag. Die Tendenz, zu einem immer späteren biographischen Zeitpunkt Kinder zu bekommen, steigt weiter kontinuierlich an. Dieser Trend der Verschiebung der reproduktiven Phase wird als komplexe Konsequenz sozialer Individualisierungstendenzen sowie sich wandelnder bildungs-, arbeitsmarktrelevanter und familienpolitischer Rahmenbedingungen erkannt. Insgesamt lässt sich in Österreich jedoch eine Verlangsamung des Geburtenrückgangs erkennen. Im Betrachtungszeitraum der letzten Jahrzehnte ist das durchschnittliche Fertilitätsalter der Mütter bei der Geburt von 26,7 (Jahr 1970) auf 29,7 Jahre im Jahr 2009 (+ 3,0 Jahre) gestiegen. Das Durchschnittsalter der Mütter bei der Erstgeburt lag vor 30 Jahren bei rund 23 Jahren und stieg bis zum Jahr 2009 auf 28,2 Jahre. Mütter werden somit im Vergleich zu vorherigen Generationen immer älter.

In Bezug auf Bildung und Staatsangehörigkeit der Mütter Neugeborener konnten in den vergangenen Jahren deutliche Veränderungen festgestellt werden. Der allgemeine Trend der steigenden Bildungsbeteiligung von Frauen spiegelt sich auch bei Müttern wieder: während 1998 5,1% der Mütter einen Universitätsabschluss vorweisen konnten, waren es im Jahre 2008 mit 10,8% doppelt so viele. Im selben Zeitraum sank der Prozentsatz von Müttern, welche eine Lehre als höchsten Bildungsabschluss angaben, um 6,7 Prozentpunkte.

Der Anteil der Mütter Neugeborener mit österreichischer Staatsbürgerschaft ist im Zeitraum von 1998 bis 2008 um 5,5% gesunken, hingegen hat sich der Anteil von Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien oder aus der Türkei kaum verändert. Einen prozentuellen Anstieg von 4,9% verzeichnen Mütter mit einer Staatsangehörigkeit, die außerhalb der EU-15 Staaten liegt.

Familien'typen'

Hinsichtlich des Familienstandes wird ersichtlich, dass bei Frauen und Männern der Anteil der Ledigen steigt, während der Anteil der Verheirateten und Verwitweten sinkt. Die Anzahl der ledigen Frauen war 2008 geringer als jene der Männer (1,05 Mio. Frauen zu 1,25 Mio. Männern), der Anteil beim Familienstand ‚geschieden‘ und ‚verwitwet‘ war im Vergleich höher. Im Jahr 2008 waren 82,5% der verwitweten Personen Frauen – eine Tatsache, die auf die unterschiedliche Lebenserwartung von Frauen und Männern zurückzuführen ist.

Die österreichischen Familientypen betreffend, ist seit 1981 eine kontinuierliche Abnahme von insgesamt 12% bei Ehepaaren mit Kindern zu verzeichnen; die Anzahl der Ehepaare ohne Kinder stieg während der letzten dreißig Jahre von 29% auf 31%. Lebensgemeinschaften ohne Kinder verzeichnen seit den 80er Jahren einen Anstieg um 6%, Lebensgemeinschaften mit Kindern stiegen um insgesamt 4%. Dazu ist zu bemerken, dass in absoluten Zahlen die Anzahl der Lebensgemeinschaften mit Kindern von 32.900 im Jahr 1981 auf 145.100 im Jahr 2009 gestiegen ist – dies entspricht einer Steigerung um mehr als das Vierfache. Der Anteil der AlleinerzieherInnen ist seit 2001 von 16% auf insgesamt 13% gesunken. Gab es in Österreich 2001 noch 352.960 AlleinerzieherInnen-Familien (16% von insgesamt 2.206.000 Familien), waren es im Jahr 2009 insgesamt 292.500 (13% von 2.334.700 Familien).

Geschlechtsunterschiede in den sozioökonomischen Rahmenbedingungen

Der Gesundheitszustand eines Menschen ist nicht nur von biologischen, sondern auch von sozioökonomischen Faktoren abhängig. In Österreich und in allen anderen europäischen Ländern weisen Bevölkerungsgruppen mit geringem sozioökonomischem Status im Vergleich zu Gruppen mit hohem sozioökonomischem Status einen schlechteren Gesundheitszustand, sowie eine höhere Mortalität auf. Soziale Ungleichheit in Form von Unterschieden nach Bildung, beruflichem Status und Einkommen - Faktoren, die die Gesundheit maßgeblich beeinflussen - bildet das zentrale Themengebiet der Sozialepidemiologie. Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 wurde deutlich, dass die sozialen Determinanten Bildung und Arbeitslosigkeit das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung erheblich beeinflussen.

Der **Bildungsgrad** ist ein wichtiger Aspekt im Bereich der Gesundheit, da dieser die Handlungsweisen, den Zugang zu sozialen und medizinischen Dienstleistungen, die ökonomische Lebenssituation und auch den

Lebensstil der Menschen wesentlich beeinflusst. Im Zeitraum von 2001 bis 2004 ist eine deutliche Veränderung des Bildungsstandes von Frauen zu erkennen. Der Anteil von Frauen mit abgeschlossener Hochschulbildung erhöhte sich von 2001 bis 2008 um 3,6%, im Vergleich zu 1994 um knapp 7%. Dem gegenüber steht eine Reduzierung des Anteils von Personen mit Pflichtschulabschluss, welcher sich in den Vergleichsjahren 2001 und 2008 um 10,8% bei Frauen und um etwa 7% bei Männern verringerte. Dazu ist zu bemerken, dass in absoluten Zahlen die Anzahl der HochschulabsolventInnen von 337.400 im Jahr 2001 auf 489.400 im Jahr 2008 gestiegen ist. Dies entspricht einer Zunahme von 45% (verglichen mit dem Jahr 1994 sind es sogar 73%!). Im Bereich der Pflichtschulabschlüsse als höchste Schulbildung ist die Anzahl von 1.173.600 Personen auf 797.900 Personen gesunken, was einem Rückgang von etwa 32% seit 2001 entspricht. Der Frauenanteil bei Universitäten und Hochschulen lag im Jahr 2008 bei insgesamt 46% und entspricht einer Zunahme von 4,6% innerhalb der letzten sieben Jahre. Grundsätzlich lässt sich jedoch erkennen, dass Frauen häufiger als höchste Ausbildung einen Pflichtschulabschluss aufweisen als Männer.

Ein Vergleich höchster und niedrigster Bildungsstufe im Jahr 2001/2002 ergab bei Frauen und Männern im Alter von 35 Jahren einen Vorsprung in der Lebenserwartung von 2,8 bzw. 6,2 Jahren. Allgemein betrachtet sind bei Frauen im Alter von 35 Jahren die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen den Bildungsschichten geringer und ihre Lebenserwartung deutlich höher als bei gleichaltrigen Männern: 35-jährige Frauen mit Hochschulabschluss hatten noch 49,9, Frauen mit Pflichtschulabschluss 46,6 Lebensjahre zu erwarten (46,6 bzw. 40,2 Jahre bei Männern).

Geschlechtsspezifische Aspekte der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen

Vier von fünf ÖsterreicherInnen ab 15 Jahren gaben bei der Österreichischen Gesundheitsbefragung an, innerhalb der letzten zwölf Monate eine/n AllgemeinmedizinerIn aufgesucht zu haben. Frauen wiesen durchschnittlich mehr **ÄrztInnenbesuche** auf als Männer. Im Alter auftretende gesundheitliche Einschränkungen führen zu vermehrter Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. 74% der österreichischen Bevölkerung absolvierte einen Arztbesuch während der letzten 12 Monate, 26% zwei oder mehr Arztbesuche. Bei der Bevölkerung ab 75 Jahren beträgt dieses Verhältnis, so zeigt es die Gesundheitsbefragung, 66% zu 34%. Vor allem die Häufigkeit der Inanspruchnahme von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin nimmt bei Frauen und Männern mit dem Alter stark zu.

Im Jahr 2008 wurden in den österreichischen Akut-Krankenanstalten insgesamt 2.678.627 Entlassungen nach **stationären Aufenthalten** verzeichnet, in den übrigen Versorgungssektoren waren es 115.862. Dies entspricht einer Gesamtzahl von 2.794.489 Fällen und 33.521 Aufenthalten auf 100.000 EinwohnerInnen. Die Zahl der stationär behandelten Fälle zeigt seit Jahren eine steigende Tendenz. Betrachtet man die Merkmale Alter und Geschlecht, so zeigen sich deutliche Unterschiede bei stationären Aufenthalten. Im Jahr 2008 betrafen insgesamt 18% mehr Spitalsentlassungen aus Akut-Krankenanstalten Frauen als Männer - besonders ab einem Alter von 80 Jahren, wo die Zahl der Entlassungen von Frauen jene von Männern um das Doppelte bis Dreifache überstieg. Insgesamt wird rund die Hälfte aller Spitalsentlassungen in Akutspitälern bei ab 60-Jährigen durchgeführt.

IV. EPIDEMIOLOGIE²

Laut WHO-Definition befasst sich die Epidemiologie mit der Untersuchung der Verteilung von Krankheiten, physiologischen Variablen und sozialen Krankheitsfolgen in menschlichen Bevölkerungsgruppen sowie mit den Faktoren, die diese Verteilung beeinflussen. Die Epidemiologie unterscheidet sich (da bevölkerungsbezogen) wesentlich von der klinischen (individuumbezogenen) Medizin; Methoden und Ergebnisse beider ergänzen sich gegenseitig und zwar sowohl im Bereich der Diagnostik als auch in der Therapie.

Lebenserwartung bei Frauen und Männern

Im Jahr 2008 hatten Männer in Österreich eine durchschnittliche Lebenserwartung von rund 77,6 Jahren, Frauen eine von 83,0 Jahren. Somit stieg die Lebenserwartung in den letzten zwei Jahrzehnten (1999, 2008) bei Männern um 5,3 Jahre, bei den Frauen um 4,2 Jahre. Der Vorsprung der weiblichen Lebenserwartung verringerte sich in den beiden letzten Jahrzehnten deutlich: von 7,0 Jahren im Jahr 1981 auf 6,5 Jahre im Jahr 1991 und auf 5,4 Jahre im Jahr 2008. Die ferne Lebenserwartung, das heißt die noch zu erwartenden Lebensjahre, stieg ab dem 60. Lebensjahr bei Männern und Frauen von 1970 bis 2008 um mehr als sechs Jahre und beträgt heute bei Männern 21,3 Jahre und bei Frauen 25,1 Jahre. Auch in Zukunft ist mit einem weiteren Anstieg der ferneren Lebenserwartung zu rechnen. Im Vergleich der heutigen EU-Staaten lag im Jahr 2008 die Lebenserwartung in Österreich gleichauf mit Finnland, hinter Italien, Spanien und Frankreich, wo eine Lebenserwartung von über 84 Jahren bei Frauen verzeichnet wird. Deutlich niedrigere Werte weisen die osteuropäischen Länder Bulgarien und Rumänien mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung von etwa 77 Jahren auf.

Laut Statistik Austria kann man davon ausgehen, dass im Durchschnitt männliche Neugeborene 61,7 und weibliche Neugeborene 63,7 Lebensjahre ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen vor sich haben; das sind bei Männern 80 und bei Frauen 76% der Gesamtlebenszeit. Das bedeutet zugleich, dass Männer insgesamt 15,5 und Frauen 19,4 Lebensjahre mit beeinträchtigenden Erkrankungen leben. Damit wird die Tatsache verdeutlicht, dass Frauen zwar eine höhere Lebenserwartung, aber auch eine längere Lebensphase mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen haben.

Geschlechtsspezifische Todesursachen und Verletzungen

Die Anzahl der Sterbefälle hat sich in Österreich von 1970 bis 2009 von rund 98.800 auf 77.381 verringert. Obwohl in absoluten Zahlen pro Jahr mehr Frauen als Männer sterben, ist die Sterblichkeit der Frauen (in altersstandardisierten Raten) im Vergleich zu jener der Männer deutlich geringer. In allen Lebensaltern (bis hin zur Altersgruppe der unter 80-Jährigen) sterben weniger Frauen als Männer.

Nach wie vor bilden Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Haupttodesursache für Männer und Frauen: Im Jahr 2009 erlagen in Österreich 48% der insgesamt 40.751 verstorbenen Frauen und 37% der 36.630 verstorbenen Männer einer Herz-Kreislauf-Erkrankung (als Grundleiden). Im Vergleich zum Jahr 2000 ergibt dies einen Rückgang von etwa 20% für beide Geschlechter. Grundsätzlich ist die Sterblichkeit der Männer bei allen Erkrankungen höher als die der Frauen, ausgenommen beim Tod durch eine Herz-Kreislauf-Erkrankung.

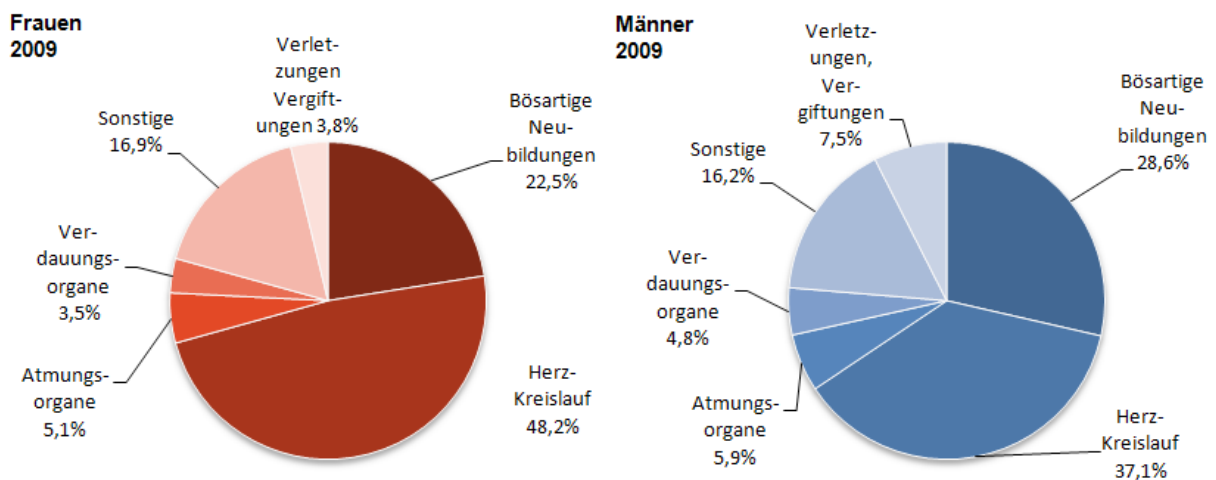
² Zusammenfassung der Beiträge aus dem Hauptband Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. AutorInnen: Dr.ⁱⁿ Stefanie Auer, Mag. Robert Brandstetter, Mag.^a(FH) Evelyn Dachgruber, Mag.^a Birgit Dieminger, Isabell Eibl MSc, OA Dr. med. Sahba Enayati, Frauengesundheitszentrum, Dr.ⁱⁿ Daniela Gattringer, a.o. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Karin Gutiérrez-Lobos, Dr. Andreas Hochmuth, Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Alexandra Kautzky-Willer, Univ.-Doz.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Ingrid Kiefer, Priv.-Doz. Dr. med. Steffen Krause, Mag.^a (FH) Sabine Lex, Dr. Andreas Pentsch, Mag.^a Sabine Ploberger, Dr.ⁱⁿ Éva Rásky, Dr. Alexander U. Rothe, Mag.^a Martha Scholz, Mag.^a (FH) Edith Span, Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Angelika Stary, Mag.^a Wilma Steinbacher, Prim.Univ.Prof.Dr. Wolfgang U. Wayand, OA Dr. Piotr Wegrzecki

Zweithäufigste Todesursache bilden sowohl bei Frauen als auch bei Männern bösartige Neubildungen. 19.642 Menschen verstarben 2009 in Österreich an Krebs; das sind knapp ein Drittel weniger Todesfälle wie aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Bei den 2009 in Österreich verstorbenen Frauen war Krebs für 22,5%, bei den Männern für 28,6% aller Sterbefälle verantwortlich. Von den Krebs-Sterbefällen im Jahr 2009 betrafen 53,3% Männer und 46,7% Frauen.

An dritter Stelle der Todesursachen standen im Jahr 2009 bei den Frauen Erkrankungen der Atmungsorgane (2.066 Frauen bzw. 5,1% aller weiblichen Sterbefälle), an vierter Stelle Erkrankungen der Verdauungsorgane (1.428 Frauen bzw. 3,5% aller weiblichen Verstorbenen).

Dritthäufigste Todesursache bei den Männern waren Verletzungen und Vergiftungen mit 2.754 Todesfällen (vs. 1.537 Fällen bei Frauen). 7,5% der gesamten Todesfälle von Männern vs. 3,8% jener von Frauen waren letztendlich auf Verletzungen und Vergiftungen zurück zu führen.

Abbildung 2: Gestorbene 2009 nach Hauptdiagnosegruppen in Österreich, ICD-10



Quelle: Statistik Austria

Insgesamt weist die Sterblichkeit von Männern und Frauen ein deutliches Ost-West-Gefälle auf, insbesondere jene aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aufgrund bösartiger Neubildungen und Krankheiten der Verdauungsorgane.

Im Vergleich zu anderen Europäischen Ländern ist in Österreich die Sterblichkeit insgesamt relativ niedrig. Im Jahr 2006 lag die altersstandardisierte Sterberate bei 888,2 Gestorbenen auf 100.000 EinwohnerInnen, in Österreich lag diese im selben Vergleichsjahr bei 431,9 Gestorbenen.

Verletzungen und Sterblichkeit aufgrund von **Unfällen** und anderen Gewalteinwirkungen sind bei Männern in allen Altersgruppen höher als bei Frauen. Jungen erleiden häufiger Verletzungen als Mädchen, da sie körperlich aktiver sind und häufiger gefährliche körperliche Aktivitäten zeigen. Im Jahr 2008 sind in Österreich 842.431 Unfälle passiert, 473.831 (56%) davon betrafen Männer, 368.600 (44%) Frauen. Während Personen im Alter von 15 bis 24 Jahren 2008 vor allem beim Sport (33%) oder bei der Arbeit und in der Schule (30%) verunglückten, waren SeniorInnen vor allem im Bereich Heim und Freizeit gefährdet. Knapp drei Viertel aller Unfälle waren Heim-, Freizeit- und Sportunfälle. Frauen sind stärker von Heim- und Freizeitunfällen betroffen als Männer (223.800 vs. 185.000 Unfälle im Jahr 2008), wobei sich insbesondere bei über sechzigjährigen Frauen die Unfälle häufen (100.900 Unfälle).

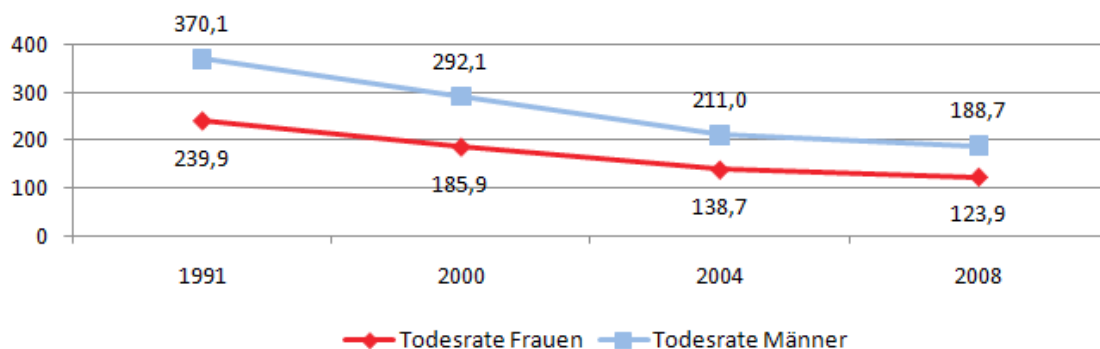
Gemessen an allen Sterbefällen in Österreich beträgt der Anteil der durch **Unfälle Getöteten** im Jahr 2008 3,4% (relative Unfallmortalität). Unfälle mit tödlichem Ausgang betreffen zwar in Summe Männer häufiger als Frauen: Von den 2.587 tödlichen Unfällen des Jahres 2009 betrafen 60% Männer. Auch die altersstandardisierten Raten zeigen eine stärkere Betroffenheit der Männer: Sie sind in allen Altersgruppen bei den Männern höher als bei den Frauen. Dennoch sind in den höheren Altersgruppen (ab 80 Jahren) aufgrund ihrer

stärkeren zahlenmäßigen Repräsentanz in absoluten Zahlen mehr Frauen als Männer von Unfällen mit tödlichem Ausgang betroffen. In jedem Fall stellt die Gruppe der 75-Jährigen und Älteren eine wichtige Zielgruppe für Maßnahmen der Unfallprävention dar, wobei Frauen in dieser Altersgruppe bei weitem überwiegen.

Frauenherzen

Herz-Kreislaufkrankungen sind nicht nur bei Männern die führende Todesursache, sondern auch bei Frauen. Nach dem 75. Lebensjahr steigt die Todesrate durch einen Herzinfarkt bei Männern um das 5-fache, bei Frauen aber um das 9-fache. Die um ca. 8-9 Jahre höhere Lebenserwartung der Frauen führt dazu, dass schließlich der Anteil an Frauen, die an einem Herzinfarkt sterben, höher ist als der an Männern. Jüngere Frauen mit Herzinfarkt haben im Vergleich zu Männern ein deutlich höheres Sterberisiko. Bis zum Alter von 50 Jahren weisen Frauen ein doppelt so hohes Risiko auf wie Männer, an einem Herzinfarkt zu sterben. Der Anteil an Herz-Kreislaufkrankungen als Ursache einer stationären Behandlung ist in den Jahren 2001 bis 2008 sowohl bei Frauen als auch Männern zurückgegangen. Allerdings ist der Anteil an Herzinfarkten sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern relativ gleich angestiegen, was am ehesten auf die neuen Definitionen für Herzinfarkte zurückzuführen ist.

Abbildung 3: Todesrate durch Krankheiten des Herzkreislaufsystems in Österreich pro 100.000 Männer und Frauen



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Der Anteil an Frauen in **medizinischen Studien** zu Herzgefäßerkrankungen betrug in den Jahren 1997 bis 2006 in den USA lediglich 27% und in Europa lediglich 16-25%, obwohl der Anteil an Frauen mit Herzgefäßerkrankungen in der Bevölkerung in diesem Zeitraum dem der Männer entsprach.

Bis zu 90% der kardiovaskulären Erkrankungen sind durch Risikofaktoren wie Dyslipoproteinämie, Hypertonie, Diabetes mellitus, Fehl- und Überernährung, Rauchen, Bewegungsmangel und Stress bedingt. Die Prävalenz der KHK ist unabhängig vom Geschlecht eng mit diesen Risikofaktoren verbunden. In einer eigens durchgeführten Pilotstudie aus dem Jahr 2009 wurde für Österreich erstmals erforscht, wie groß das Bewusstsein für kardiovaskuläre Risikofaktoren in der Allgemeinbevölkerung ist, welche Prävention getätigt wird und was die Barrieren für Frauen und Männer in puncto Herzgesundheit sind. Auf die Frage nach der Haupttodesursache in Österreich hin konnten 70% der Männer und Frauen richtigerweise die Herz-Kreislaufkrankungen identifizieren. Damit scheint den ÖsterreicherInnen die Bedeutung des Risikos von Herz-Kreislaufkrankungen bewusst zu sein. Sowohl Männer als auch Frauen hatten jedoch massive Defizite beim Erkennen der Risikofaktoren.

Die **Diagnostik** der Koronaren Herzkrankheit stellt sowohl durch die Unterschiede in der Symptomatik, als auch in der Aussagekraft der üblichen diagnostischen Methoden eine Herausforderung dar. Lediglich 32% der Frauen klagten über klassische Angina pectoris-Beschwerden wie belastungsabhängige, linksthorakale Schmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm, gegenüber 69% der Männer, die solche Beschwerden ange-

ben. Frauen berichten dagegen häufiger von Atemnot, über ein abdominelles Druckgefühl, Rückenschmerzen, verminderte körperliche Belastbarkeit und schnelle Ermüdung. Das Belastungs-EKG, welches am häufigsten für die Abklärung von Herzgefäßerkrankungen genutzt wird, hat bei Frauen einen nur geringen prädiktiven Wert. Sowohl die Sensitivität als auch die Spezifität sind erniedrigt. Dies führt dazu, dass sowohl viele falsch negative als auch falsch positive Befunde gestellt werden. Frauen durchlaufen daher ein wesentlich längeres Zeitintervall, bis sie zu einer invasiven Diagnostik des Herzens mittels Koronarangiographie überwiesen werden. Der Zeitraum vom Auftreten der ersten Beschwerden bis zur Koronarangiographie ist bei Frauen mit angiographisch dokumentierter KHK durchschnittlich länger als 6 Jahre. Bei Männern liegt diese Zeitspanne bei lediglich 9 Monaten. Bei 70% der Männer führte bereits der erste Besuch beim Facharzt/bei der Fachärztin zu einer Einleitung einer invasiven Diagnostik, dagegen benötigten 76% der Frauen mit KHK mehr als zwei fachärztliche Konsultationen, um zu einer invasiven Diagnostik überwiesen zu werden. Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es also sowohl in der Vorfelddiagnostik als auch in der Anzahl der Facharztbesuche nach Beginn der Symptomatik bis hin zur Diagnose einer koronaren Herzerkrankung. Die schlechtere Behandlung von Frauen mit Herzinfarkt zeigt sich unter anderem in der selteneren Behandlung auf der Intensivstation. Es werden weiterhin Männer deutlich häufiger als Frauen auf der Intensivstation betreut. Auch bei der Behandlung von Herzkrankheiten mittels **Herzbypass-Operationen** gibt es eine große Diskrepanz zwischen Frauen und Männern.

Nach einem akuten Herzereignis bzw. nach einer Herzintervention sollten Frauen an einem umfassenden Programm zur Sekundärprävention, einer Rehabilitation, teilnehmen.

Frauen sind sowohl in der kardiologischen Rehabilitation als auch in der Rehabilitationsforschung unterrepräsentiert. Internationale Studien zeigen, dass sie diese Möglichkeiten nicht nur weniger wahrnehmen, sondern auch häufiger abbrechen. Dies, obwohl Frauen in gleichem Maße bezüglich der Risikofaktormodifikation, der Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, der funktionellen Kapazität und der Lebensqualität von der Rehabilitation profitieren.

Epidemiologie der häufigsten Krebserkrankungen bei Frauen

In Österreich entfallen bei Frauen 23% aller Todesfälle auf Krebserkrankungen. Damit ist Krebs nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache bei Frauen.

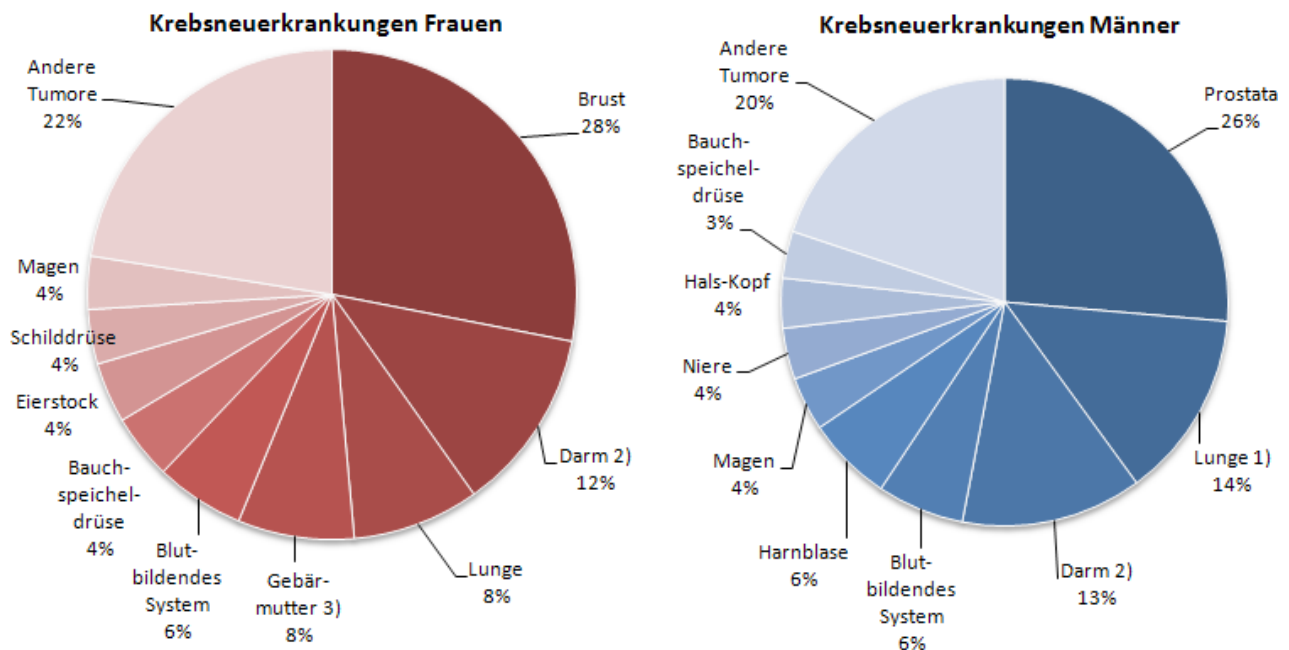
Brustkrebs ist mit einem Anteil von 28% an allen Tumoren seit langem die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Jährlich treten in Österreich etwa 4.600 Neuerkrankungen an Brustkrebs auf. Etwa 1.500 Frauen sterben jährlich an Brustkrebs.

Bei Frauen gibt es jährlich etwa 2.000 **Darmkrebsneuerkrankungen** und etwa 1.000 damit verbundene Sterbefälle. Im vergangenen Jahrzehnt verlief die Entwicklung günstig; sowohl Neuerkrankungs- als auch Sterberaten sind gesunken.

Etwa 1.300 Frauen erkranken pro Jahr neu an **Lungenkrebs**, und etwa 1.100 sterben daran. Die Entwicklung verlief hier bei Frauen im vergangenen Jahrzehnt sehr ungünstig: sowohl die altersstandardisierten Neuerkrankungs- als auch die Sterberaten sind in diesem Bereich gestiegen.

Der **Gebärmutterhalskrebs** stellt für Frauen in Österreich kein hohes Erkrankungs- und Sterberisiko dar. In Österreich erkranken jährlich etwa 350 Frauen neu an Gebärmutterhalskrebs, und etwa 160 sterben daran. Die Sterblichkeit sank im letzten Jahrzehnt nur geringfügig.

Abbildung 4: Häufigste Tumorlokalisationen bei Krebserkrankungen 2007 nach Geschlecht



Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, S. 43, 1) C33-C34, 2) C18-C21, 3) C53-C55

Brustkrebs

Die Häufigkeit von Brustkrebs bei Frauen variiert stark zwischen den einzelnen Ländern. Dies lässt darauf schließen, dass Brustkrebs nicht allein durch erbliche Faktoren verursacht wird, sondern auch Umweltfaktoren und der Lebensstil das Brustkrebsrisiko beeinflussen. Wie groß jedoch die Bedeutung von genetischen, von Umwelt- und Lebensstilfaktoren, von sozioökonomischer und kultureller Schichtzugehörigkeit, von Reproduktionsverhalten, Ernährung und Bewegung ist, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden. Körperliche Aktivität und Ernährung sind die stärksten modulierenden Faktoren in der Brustkrebsentstehung, sie können sowohl schützen als auch das Risiko erhöhen. Es liegen Hinweise vor, dass Übergewicht in der Postmenopause, Alkoholkonsum, geringer Gemüseverzehr, kalorienreiche Ernährung in Kindheit und Jugend und hohe Fettzufuhr im mittleren Alter das Brustkrebsrisiko erhöhen.

In den letzten Jahrzehnten sind zunehmend Studien publiziert worden, die einen Zusammenhang zwischen einerseits Brustkrebsentstehung und -entwicklung und andererseits einer langjährigen Hormontherapie in den Wechseljahren nachweisen.

Zur Primärprävention von Brustkrebs werden allgemeine Verhaltensweisen propagiert, wie etwa die Empfehlung, regelmäßig Sport zu betreiben. Seitens der Medizin, der Kostenträger und der politischen Entscheidungsträger besteht Handlungsbedarf. Denn Brustkrebs ist die häufigste Krebstodesursache für Frauen. Im fortgeschrittenen Stadium ist die Heilungsaussicht nicht gut. Zudem ist die Effektivität von Interventionen in der Primärprävention wissenschaftlich nicht eindeutig geklärt. Für Frauen stellt eine Brustkrebserkrankung einen großen Einschnitt in ihr Leben und eine Belastung dar, deshalb haben auch sie großes Interesse an einer Verbesserung der Situation. Um die gesundheitliche Versorgung zu verbessern, wird eine sekundärpräventive Maßnahme, die Früherkennung, propagiert. Die Wahl des Screening-Tests stellt eine große Herausforderung dar: Er soll einfach, sicher und genau sein. Aktuell steht das Mammografie-Screening zur Verfügung. Dieses ist derzeit das einzige Testverfahren, das in der Wissenschaftswelt als Screening-Instrument anerkannt ist. Seine Testgüte ist sehr gut, die Sensitivität liegt bei 60–90% und die Spezifität bei 94–99%. Die Früherkennung von Brustkrebs erfolgte in Österreich bisher als opportunistisches Screening und nicht als nationales Screening-

Programm. Um die Schäden durch ein Screening möglichst gering zu halten, soll in Zukunft auch hier ein qualitätsgesichertes organisiertes Screening umgesetzt werden.

Mammografie-Screening

Die Beurteilung, inwieweit der Nutzen eines **Programm-Screenings** mit der Wirkung, die Brustkrebssterblichkeit zu senken, tatsächlich gegeben ist, kann nur über kontrollierte, randomisierte Studien erfolgen. Bisher sind dazu in den letzten Jahrzehnten mehrere bevölkerungsbezogene Studien mit einer Studienpopulation von insgesamt über 500.000 Frauen gemacht worden. Die Ergebnisse dieser Studien und systematischer Übersichtsarbeiten sind bezüglich Nutzen- und Schadensbewertung von Mammografie-Screening-Programmen nicht eindeutig.

Die Darstellung des möglichen Nutzens und des möglichen Schadens ist von großer Bedeutung für die Entscheidungsfindung von Betroffenen, ÄrztInnen und GesundheitspolitikerInnen. Angaben der relativen Mortalitätsreduktion (15 bis zu 30%), wie sie üblicherweise erfolgen, sind dabei wenig hilfreich, denn sie sind für statistische Laien miss- und unverständlich. Sinnvoll wäre die Angabe der absoluten Mortalitätsreduktion oder die Angabe, wie viele Frauen gescreent werden müssen, damit eine von ihnen einen Nutzen hat („Number Needed to Screen“/NNS). Der mögliche Schaden sollte ebenfalls auf diese Art dargestellt werden. Bezogen auf die Frauen in Österreich würde dies bedeuten, dass in einem qualitätsgesicherten Programm-Screening mit einem zweijährigen Intervall über zehn Jahre in der relevanten Bevölkerungsgruppe der 50- bis 69-jährigen Frauen mit circa einer Million Frauen 500 bis 1.000 Frauen in diesem Zeitraum von zehn Jahren einen Nutzen haben. Das wären pro Jahr 50 bis 100 Frauen weniger, die an Brustkrebs sterben. Um dies zu erreichen, hätten in dieser Bevölkerungsgruppe in diesem Zeitraum 100.000 bis 500.000 Frauen ein falsch-positives Ergebnis, das wären jährlich etwa 10.000 bis 50.000 Frauen mit einem abklärungswürdigen Mammogramm, und 3.000 bis 9.000 Frauen können in den zehn Jahren mit einer Übertherapie rechnen, das wären jährlich 300 bis 900 Frauen. Welche Frauen dies konkret sind, kann nicht gesagt werden.

Das derzeitige, nicht qualitätsgesicherte, opportunistische Screening in Österreich bedeutet, dass in der Nutzen-Schaden-Bilanz mit mehr Schaden als Nutzen zu rechnen ist. Durch das von Gesundheitsminister Alois Stöger geplante nationale Mammografie-Screening Projekt basierend auf den EU-Guidelines soll sich das ändern. Gleichzeitig muss das opportunistische Mammografie-Screening im Rahmen der Vorsorge neu für Frauen zwischen 40 und 50 Jahre eingestellt werden. Ein Nachweis des Nutzens für diese Altersgruppe konnte wissenschaftlich noch nicht erbracht werden. Wegen der höheren Dichte des Brustgewebes ist hier die Wahrscheinlichkeit eines falsch-positiven Ergebnisses für jüngere Frauen höher als für ältere Frauen. Die Sensibilität gegenüber Röntgenstrahlen ist bei jüngeren Frauen zudem höher.

Der Rat der Europäischen Union gibt in einer Richtlinie vor, dass bei Nachweis eines Nutzens qualitätsgesicherte Screening-Programme in den Mitgliedstaaten einzuführen sind. Die Europäische Union sieht den wissenschaftlichen Nachweis des Nutzens des Brustkrebs-Screenings mittels Mammografie für die Altersgruppe der 50- bis 69-Jährigen trotz wissenschaftlicher Kontroverse als erbracht an und gibt für die Umsetzung entsprechende Qualitätsleitlinien vor.

Europäische Leitlinien zum qualitätsgesicherten Mammografie-Screening

- *Information der Frauen über Nutzen und Schaden des Mammografie-Screening-Programms*
- *Das Mammografie-Screening erfolgt in zertifizierten Zentren, in denen auch die rasche Abklärung des Befundes und die Nachsorge durch ein interdisziplinäres Team erfolgen kann (RadiologIn, RöntgenassistentIn, PathologIn, GynäkologIn, psycho-onkologisches Krankenpflegefachpersonal, MedizinerIn, PsychologIn, PsychotherapeutIn, Breast Nurse)*
- *Einladung von symptomlosen Frauen der Altersgruppe 50 bis 69 Jahre alle zwei Jahre*
- *Teilnahmerate über 70%*
- *Einsatz technisch hochwertiger Mammografiegeräte unter kontinuierlicher technischer Qualitätssicherung; hierzu gibt es differenzierte technische Angaben, die einzuhalten sind*
- *Die Mammografie erfolgt unter standardisierten Bedingungen*
- *RadiologInnen begutachten mindestens 5.000 Mammografien pro Jahr*
- *Obligate Doppelbefundung durch zwei spezifisch geschulte RadiologInnen*
- *Kontinuierliche spezifische Aus- und Fortbildung der RadiologInnen und RöntgenassistentInnen in den europäischen Referenzzentren*
- *Laufende Dokumentation, Monitoring und Analyse von Ergebnissen und Adaptierung*
- *Aufbau eines flächendeckenden Brustkrebsregisters*
- *Vernetzung mit EUREF (European Reference Organization for Quality Assured Breast Screening and Diagnostic Services) und dem EBCN (European Breast Cancer Network)*

Rund 40% der Frauen, die an Brustkrebs erkranken, werden geheilt. Um dieses Outcome zu verbessern, erfolgen zwei Maßnahmen. Einerseits werden Screening-Programme durchgeführt – in der Hoffnung, die Heilungschancen durch die Vorverlegung des Diagnosezeitpunktes zu erhöhen – und andererseits Abklärung, Therapie und Nachsorge standardisiert und zentralisiert. Diese Schritte erfolgen bisher nur vereinzelt in sogenannten Brustzentren in interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Wichtig wäre es, Brustzentren als integrierte Versorgungseinrichtungen zu etablieren und diese einheitlich nach EUSOMA-Kriterien zu zertifizieren. Inzwischen sind auch Leitlinien für die Aus- und Weiterbildung der professionellen Kräfte, die Brustkrebspatientinnen versorgen, veröffentlicht worden. Die Einhaltung dieser Standards könnte eine optimale Versorgung der Brustkrebs-Patientinnen sichern.

Darmkrebs

Primärpräventive Maßnahmen sind keine bekannt. Denn randomisierte, kontrollierte Studien erbrachten bisher keinen wissenschaftlich begründeten Wirknachweis für Interventionen. Im „European Code against Cancer“ der Europäischen Kommission werden generelle Empfehlungen zur Krebsprävention gegeben: nicht zu rauchen bzw. das Rauchen einzustellen; Übergewicht zu vermeiden; mehr Früchte und Gemüse zu konsumieren; Nahrungsmittel, die tierische Fette enthalten, zu limitieren; den Alkoholkonsum zu mäßigen (Frauen sollten nur einen alkoholischen Drink pro Tag trinken); exzessive Sonnenexposition zu vermeiden; Sicherheitsvorschriften zu beachten, die sich auf Krebs verursachende Stoffe beziehen.

Da Darmkrebs relativ häufig vorkommt, besteht auch hier Handlungsbedarf. Darmkrebs entsteht im Verlauf von Jahren aus Vorstufen/Polypen. Das Screening ermöglicht das Erkennen und Abtragen von Polypen – insofern kann hier von einer Darmkrebsvorsorge gesprochen werden – vor ihrer malignen Entartung. Dies kann zu einer Reduktion der Neuerkrankungen und der Mortalität an Darmkrebs führen. Ziel des Screenings ist es, Vorstadien und bösartige Tumore möglichst früh zu entdecken und in weiterer Folge zu entfernen. Für ein Screening stehen folgende Testverfahren zur Diskussion: Hämoccult-Untersuchungen/FOBT („Faecal Occult Blood Tests“) – nicht im Routineeinsatz sind molekulare Tests –, die flexible Sigmoidoskopie, die Endoskopie des unteren Darmabschnittes und die Kolonoskopie/Koloskopie (Darmspiegelung), hier wird der gesamte Darm untersucht.

Die Diskussion über das Darmkrebs-Screening, über das geeignete Testverfahren und über den möglichen Nutzen bzw. Schaden erfolgt bisher kaum, auch nicht unter geschlechterspezifischen Aspekten. Ob und welche Unterschiede es zwischen Frauen und Männern in der Früherkennung und in der Diagnose gibt, ist noch kaum untersucht.

Die American Cancer Society empfiehlt aufgrund wissenschaftlicher Studienergebnisse, das Darmkrebs-Screening mit 50 Jahren zu beginnen, jedes Jahr einen FOBT, die Sigmoidoskopie alle fünf Jahre, eine Kolonoskopie alle zehn Jahre durchzuführen. Die Empfehlungen der unterschiedlichen wissenschaftlichen Gesellschaften weichen voneinander ab und stimmen mit den Empfehlungen der Österreichischen Krebshilfe nicht ganz überein. Diese empfiehlt, den Okkulttest/FOBT einmal jährlich ab dem 40. Lebensjahr und die Koloskopie ab dem 50. Lebensjahr alle sieben bis zehn Jahre durchzuführen. Auch für das Darmkrebs-Screening sieht die Europäische Kommission den Nutzen als gegeben an und empfiehlt daher die Einführung eines entsprechenden Screening-Programms.

Eine Nutzen-Schaden-Abwägung wie für das Brustkrebs-Screening ist nicht möglich, da entsprechende Studien und Daten fehlen.

Lungenkrebs

Rauchen ist der bedeutendste vermeidbare Risikofaktor für Lungenkrebs. In Österreich rauchen mehr weibliche als männliche Jugendliche. Geschlechterspezifisch ist das Rauchverhalten von Frauen und Männern unterschiedlich; eine Bedeutung haben die Art des gerauchten Tabaks, die Inhalationstiefe und die Schnelligkeit, mit der eine Zigarette geraucht wird. Das Rauchen einzustellen wäre die wichtigste primärpräventive Intervention, was zahlreiche Studien belegen.

Hingegen konnte der Nutzen von regelmäßigen Screening-Untersuchungen mittels Lungen-Röntgenuntersuchungen oder Computer-Tomografie bisher nicht nachgewiesen werden. Auch Screening-Untersuchungen von RaucherInnen erbrachten bisher keinen Nutznachweis. Geschlechterspezifische Aspekte finden in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Lungenkrebs-Screening noch wenig Beachtung.

Beim Lungenkrebs-Screening sind ebenfalls Überdiagnosen nachweisbar. Nach einer kürzlich veröffentlichten Studie hatte jeder fünfte diagnostizierte Tumor keinen Krankheitswert. Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen ist ein Lungenkrebs-Programm-Screening als nicht zielführend einzustufen. Da Lungenkrebs Neuerkrankungen und -sterbefälle bei Frauen eine steigende Tendenz aufweisen und mit dem Einstellen des Rauchens eine primärpräventive Maßnahme zur Verfügung steht, sind geschlechterspezifische Interventionen zu forcieren.

Gebärmutterhalskrebs

Gebärmutterhalskrebs ist in Österreich eine seltene Erkrankung. Berechnet auf den Jahresdurchschnitt der Jahre 2003 bis 2007 bekamen von den etwa 4,2 Millionen in Österreich lebenden Frauen jährlich 444 Frauen die Diagnose Gebärmutterhalskrebs, 170 starben daran. An Gebärmutterhalskrebs erkranken in Österreich somit jährlich 9 von 100.000 Frauen, und 2 von 100.000 sterben daran. In Österreich liegt das Risiko für eine Frau, vor dem 75. Lebensjahr (Lebenszeitrisiko) an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken, unter 1% (1 von 100). Das Risiko für eine Frau, vor dem 75. Lebensjahr an Gebärmutterhalskrebs zu sterben, liegt bei 0,2% (2 von 1.000 Frauen).

Seit den 1950er Jahren ist der Gebärmutterhalskrebs europaweit rückläufig. Welchen Anteil die Früherkennung am Rückgang des Gebärmutterhalskrebses hat, kann nicht genau angegeben werden. Geschätzt wird, dass ohne Früherkennung etwa doppelt so viele Frauen an Gebärmutterhalskrebs sterben würden.

Inzwischen weiß man, dass diese Krebsart fast immer von Viren, nämlich von Humanen Papillom Viren (HPV), verursacht wird. Diese werden von Haut zu Haut übertragen. Eine Ansteckung ist sowohl im heterosexuellen wie im homosexuellen Kontakt möglich.

Mehr als 120 verschiedene HP-Viren sind bekannt, von denen etwa 40 die Genitalregion betreffen. MedizinerInnen unterscheiden Hoch- und Niedrigriskotypen. Eine HPV-Infektion kommt bei Frauen und Männern, die Sex mit anderen haben, häufig vor. Das Risiko steigt mit der Anzahl der Partner. Allerdings führt die Ansteckung bei Frauen eher als bei Männern zu Zell- und Gewebeveränderungen in der Genitalregion. In der

Regel bemerken weder Frauen noch Männer die Infektion. Die eigenen Abwehrkräfte werden gut mit diesen Erregern fertig.

Wenn Krebszellen die gesamte Schleimhaut ausmachen, aber noch nicht in tieferes Gewebe eingedrungen sind, spricht man vom CIN III („Cervicale Intraepitheliale Neoplasie“) oder CIS („Carcinoma in situ“), das sich zu Krebs weiterentwickeln kann, aber nicht muss. Eine Metastasierung ist in diesem Stadium ausgeschlossen. Von invasivem Krebs spricht man, wenn sich die Krebszellen in tiefere Gewebsschichten ausgedehnt haben und damit auch in Blut- und Lymphgefäße eindringen können. Die Ausbreitung kann Becken, Blase, Darm und Scheide betreffen. Eine Metastasierung in diesem Stadium ist möglich.

Gebärmutterhalskrebs kann sich durch Schmierblutungen bemerkbar machen, während Schmerzen nicht zu den frühen Symptomen dieser Form von Krebs gehören.

Meist entsteht der Gebärmutterhalskrebs an der Oberfläche des Muttermundes und ist deshalb mit Hilfe der Früherkennung relativ leicht zu entdecken (Plattenepithelkarzinom). Allerdings gibt es auch die selteneren Adenokarzinome, die vom Drüsengewebe im Inneren des Gebärmutterhalses ausgehen und deren Vorstufen durch den PAP-Abstrich nicht so gut aufzuspüren sind.

Bei leichten bis mittelschweren Zellveränderungen (PAP III, PAP III D), wird empfohlen, den Zellabstrich innerhalb von drei bis sechs Monaten zu wiederholen, worauf u.U. zu einem HPV-Test oder zu einer Gewebeprobeentnahme geraten wird.

Da Zellveränderungen am Muttermund nicht medikamentös behandelt werden können, besteht die Therapie in der großflächigen Entfernung des auffälligen Gewebes (meist Konisation). Eine solche Operation soll die mögliche Weiterentwicklung zum Gebärmutterhalskrebs verhindern. Um unnötige Operationen zu vermeiden, muss der PAP-Befund durch eine Gewebeprobe (Biopsie) vorher abgeklärt werden.

HPV-Impfung

Zum jetzigen Zeitpunkt kann nicht beurteilt werden, in welchem Ausmaß die HPV-Impfung Gebärmutterhalskrebs verhindern kann. Derzeit sind ein Zweifachimpfstoff und ein Vierfachimpfstoff zugelassen. Beide sollen Infektionen mit den HPV-Typen 16 und 18 verhindern, die für die Mehrzahl der Krebserkrankungen an Gebärmutterhals und Scheide verantwortlich sind. Der Vierfachimpfstoff soll zusätzlich die Infektionen mit den HPV-Typen 6 und 11, die Feigwarzen an den Genitalien verursachen können, verhindern. Auch wenn der Impfstoff vor der Zulassung an 20.000 Frauen getestet wurde und weltweit bereits viele Millionen Einheiten verimpft wurden, kann die langfristige Verträglichkeit noch nicht abschließend beurteilt werden. Das Europäische Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) ruft seine Mitgliedsländer auf, die HPV-Impfung nur unter kontrollierten Studienbedingungen einzuführen. Als Grund werden die vielen Unsicherheiten in Bezug auf die Impfung angegeben. Geforderter Minimalstandard sei, die Namen der Geimpften zu dokumentieren, ebenso die unerwünschten Wirkungen und den Einfluss auf die Zahl der Zellveränderungen und Krebsvorstufen. Gleichzeitig wird eine Qualitätssicherung der Krebsfrüherkennung angemahnt. Nur so könne man langfristig den Nutzen und Schaden der HPV-Impfung überhaupt beurteilen.

Die psychische Gesundheit von Frauen

Zur Inzidenz und Prävalenz von psychischen und Verhaltensstörungen liegen ebenso wie zu den Krankheiten des Nervensystems für Österreich keine Angaben vor. Aus der amtlichen Statistik stehen Daten zur Krankenhausmorbidity (Anzahl der stationären Aufenthalte) sowie zur Mortalität aufgrund dieser Erkrankungen zur Verfügung. Insgesamt waren im Jahr 2008 136.051 Spitalsaufenthalte (72.199 von Frauen und 63.852 von Männern) aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen zu verzeichnen. Bei den Frauen entfielen 5,0%, bei den Männern 5,2% aller Spitalsaufenthalte des Jahres 2008 auf diese Krankheitsgruppe. Die Sterblichkeit aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen ist gering (im Jahr 2008 sind 206 Männer und 213 Frauen aufgrund von Erkrankungen dieser Krankheitsgruppe beim stationären Aufenthalt verstorben), wobei hier

allerdings zusätzlich auch Selbstmorde zu berücksichtigen sind, da der überwiegende Teil der Selbstmorde auf psychische Störungen zurückzuführen ist.

Betrachtet man die Altersverteilung bei Spitalsentlassungen mit Hauptdiagnose ‚**Psychische und Verhaltensstörungen**‘, so erkennt man einen höheren Anteil bei Männern bis hin zur Altersgruppe 65 Jahre und älter. Nimmt man die Anzahl stationärer Aufenthalte als Hinweis auf Geschlechtsunterschiede im Bereich psychischer und Verhaltensstörungen, so fällt auf, dass Männer deutlich häufiger als Frauen aufgrund alkoholbedingter Störungen in stationärer Behandlung sind: Im Jahr 2008 gingen 71% der insgesamt 25.713 Spitalsaufenthalte aufgrund alkoholbedingter Störungen auf das Konto der Männer. Ein ähnliches Geschlechtsverhältnis gilt für Spitalsaufenthalte aufgrund von Drogenabhängigkeit (5.313 Spitalsaufenthalte; 64% Männer, 36% Frauen). Hingegen wurden mehr als zwei Drittel der 36.074 stationären Aufenthalte aufgrund **affektiver Störungen** (Depressionen) von Frauen in Anspruch genommen (24.088 bzw. 67%). Bei Frauen waren 1,7% und bei Männern 1,0% aller Spitalsaufenthalte des Jahres 2008 in Österreich auf affektive Störungen zurückzuführen. Die insgesamt 15.566 durch Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises bedingten Krankenhausaufenthalte des Jahres 2008 wurden von beiden Geschlechtern annähernd gleich in Anspruch genommen; bei Männern standen 0,6% und bei Frauen 0,5% aller Spitalsaufenthalte im Zusammenhang mit der Diagnose Schizophrenie. Nimmt man zusätzlich die Anzahl stationärer Aufenthalte als Hinweis auf Geschlechtsunterschiede im Bereich Krankheiten des Nervensystems, so fällt auf, dass bei den **Demenzerkrankungen** und der **Alzheimer-Erkrankung** die stationären Aufenthalte von Frauen deutlich überwiegen (Alzheimer: 64,7% Frauen, Demenz: 66,0% Frauen). Weltweit leben derzeit etwa 35.6 Millionen Menschen mit einer demenziellen Erkrankung. 2030 werden es bereits 65.7 Millionen sein, und für 2050 prognostizieren Epidemiologen 115.4 Millionen betroffene Menschen. Ein klar definierter etablierter Risikofaktor, eine Demenz zu entwickeln, ist das Lebensalter. Die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken, liegt bei zu Hause lebenden Personen zwischen 85 und 89 Jahren bei 30% und bei Personen zwischen 90 und 94 Jahren bei ungefähr 50%, bei 95-Jährigen und Älteren sind 75% betroffen. Männer und Frauen werden in Österreich heute noch unterschiedlich alt, begünstigt sind heute noch die Frauen. Daraus ergibt sich eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Frauen, an einer Demenz zu erkranken.

HIV / Aids

Das Bundesministerium für Gesundheit geht von 6.200 bis 9.000, die Aids Hilfe Wien von 12.000 bis 15.000 HIV-positiven PatientInnen in Österreich aus, wovon rund ein Drittel weiblich ist. Etwa 20% der 1.268 in Österreich mit AIDS lebenden Menschen sind Frauen. In den letzten Jahren ist ein Anstieg der Neuinfektionen bei Frauen zu verzeichnen. Frauen sind vor allem biologisch und epidemiologisch eher gefährdet, sich mit HIV zu infizieren. Genauere Hinweise zu epidemiologischen Daten liefert die Österreichische Kohortenstudie. Das Risiko für Frauen, sich mit HIV zu infizieren und spät diagnostiziert zu werden, erhöht sich bei Frauen, die 1) über 30 Jahre alt sind, 2) sich heterosexuell infiziert haben und 3) aus Hochprävalenzländern stammen.

Frauen in klinischen Studien sind immer noch unterrepräsentiert. Dieses Bild zeigt sich nicht bloß bei Studien zu HIV/AIDS, sondern auch in anderen medizinischen Bereichen. Dabei stellen Frauen aber einen beträchtlichen Teil der PatientInnen-Zielgruppe dar und setzen mehr pharmazeutische Ressourcen ein als Männer. Die Forderung, den Anteil an Frauen in Studien zu erhöhen, wurde bereits vor 16 Jahren von UNAIDS gestellt. Auch heute können wichtige Geschlechtsunterschiede und frauenspezifische Besonderheiten häufig kaum ausreichend untersucht werden.

Auf der Internationalen AIDS Konferenz in Wien 2010 wurden die Ergebnisse der Studie „CAPRISA 004“ präsentiert. In dieser Studie wurde die Wirksamkeit eines Vaginalgels untersucht, welches eine antiretrovirale Substanz enthält und zum Schutz gegen eine HIV-Infektion dienen soll. Dabei wurde eine Reduktion von HIV-Infektionen um ca. 40% beobachtet. Der Aspekt, der in diesem Zusammenhang an erster Stelle steht, ist die mögliche Unabhängigkeit der Frauen. Sowohl die Verwendung eines Kondoms, als auch die eines Femidoms, ist vom männlichen Sexualpartner abhängig. Mit einem solchen Vaginalgel gäbe es eine Möglichkeit für Frauen, sich zu schützen, ohne dass der Sexualpartner involviert sein muss. Auch wenn es sich dabei um

keine hundertprozentige Schutzmaßnahme handelt, bietet das Tenofovir-Vaginalgel eine Risikominimierung. Laut StudienleiterInnen könnten durch das Vaginalgel im Laufe der kommenden 10 Jahre über eine halbe Million Neuinfektionen verhindert werden.

Seit 2006 gab es in Österreich neun Fälle, in denen Kinder mit HIV geboren wurden. Da viele Frauen erst im Rahmen der Schwangerschaft von ihrer HIV-Infektion erfahren und die Neuinfektionen bei Frauen im Steigen begriffen sind, ist es erfreulich, dass seit 1. Januar 2010 der Mutter-Kind-Pass in Österreich um einen Labortest auf HIV erweitert wurde, der mit einer einhergehenden Beratung durch den betreuenden Arzt/ die betreuende Ärztin durchgeführt werden sollte. Bei einem positiven Testergebnis sind ein kompetentes Unterstützungssystem sowie die Überweisung zu einem Spezialisten/einer Spezialistin wichtig. Die heutigen Therapieoptionen ermöglichen es, das Risiko einer Übertragung des Virus von der Mutter auf das Kind auf weniger als zwei Prozent zu senken und somit HIV-positiven Frauen das Umsetzen des Kinderwunsches zu erleichtern. Laut der Österreichischen AIDS Gesellschaft gibt es derzeit keine Hinweise darauf, dass eine Schwangerschaft oder die Geburt den Verlauf einer HIV-Infektion ungünstig beeinflusst. Umgekehrt aber ist bei HIV-infizierten Frauen das Risiko für Komplikationen in der Schwangerschaft erhöht (Frühgeburtlichkeit, Nebenwirkungen einer antiretroviralen Therapie).

Versicherte HIV-positive PatientInnen in Österreich haben Zugang zur antiretroviralen Therapie. Sieben Schwerpunktambulanzen in Österreich stehen HIV-positiven Patientinnen zur Verfügung. In Schwerpunktambulanzen und bei HIV-SpezialistInnen ist die Versorgungssituation gut, die Versorgung bei FachärztInnen ist jedoch nicht gut.

Verdauungstrakt, Stoffwechsel, Atmungsorgane, Muskelaufbau und Skelett

„Hatten Sie jemals eine **Harninkontinenz**?“ bejahten im Jahr 2007 6% der ÖsterreicherInnen; betrachtet man nur die Frauen, waren es 8%. Am häufigsten betrifft es Frauen im Alter von 75 Jahren und mehr, nämlich fast jede Dritte, hingegen nur 3% der 15- bis 60-Jährigen. Knapp 90% der inkontinenten Frauen berichteten über ein Auftreten dieses Problems innerhalb der letzten zwölf Monate, in 4 von 5 Fällen hat dieses Gesundheitsproblem ein Arzt diagnostiziert. In der Realität haben aber nur ca. 40% der PatientInnen in den letzten zwölf Monaten ein Medikament gegen die Beschwerden eingenommen bzw. eine Therapie erhalten.

Das **Reizdarmsyndrom** (RDS) wird als symptombasierte, funktionelle gastrointestinale Erkrankung definiert. Die Erkrankung ist scheinbar eine Störung der Funktion des Darmes ohne organische Ursache. Die Prävalenz des RDS liegt in westlichen Industrieländern bei 10 bis 15%, wobei nur etwa 25% der „Symptomträger“ einen Arzt/eine Ärztin konsultieren und Frauen hier überrepräsentiert sind. Frauen zwischen 25 und 50 Jahren erkranken 2 - 3 mal häufiger als Männer.

Viele der Erkrankungen des **Muskel-Skelett-Systems, der Atmungsorgane oder des Stoffwechsels** nehmen einen chronischen Verlauf. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, vor allem Arthrosen, Deformitäten der Wirbelsäule und Rückenschmerzen, betreffen Frauen deutlich stärker als Männer: im Jahr 2008 waren rund 161.000 Spitalsaufenthalte von Frauen, das sind 11,1% aller stationäre Spitalsaufenthalte von Frauen und rund 112.000 Spitalsaufenthalte bzw. 9,1% aller Spitalsaufenthalte von Männern darauf zurück zu führen. Stationäre Aufenthalte aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane dagegen sind bei Frauen mit 44,4% seltener als bei Männern: 4,4% (64.686) aller stationären Aufenthalte von Frauen und 6,6% (80.964) von Männern waren 2008 durch Krankheiten der Atmungsorgane bedingt. Was die Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten betrifft, so überwiegen stationäre Aufenthalte von Frauen mit 57,8%. Im Jahr 2008 waren 38.896 stationäre Aufenthalte von Frauen und 28.395 von Männern auf Krankheiten dieser Art zurückzuführen. Die bedeutendste Erkrankung innerhalb dieser Krankheitsgruppe ist der Diabetes mellitus. Die Geschlechtsverteilung innerhalb der Diagnosegruppe ist annähernd ausgewogen. Die Diagnose Diabetes mellitus ist bei Frauen im Vergleich zu 2001 um 32% gesunken.

Schwangerschaftsdiabetes (GDM) betrifft ungefähr 10% (5 bis 18%) aller graviden Frauen und stellt somit eine der häufigsten Erkrankungen in der Schwangerschaft dar. GDM geht einerseits mit akuten Schwangerschaftskomplikationen einher und gefährdet andererseits langfristig die Gesundheit von Mutter und Kind. Zusätzlich haben diese Frauen auch ein höheres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Die Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 ergab vor allem bei Frauen im höheren Alter ein größeres Auftreten der Diagnose **Osteoporose**. Jede vierte Frau und nur jeder 23. Mann ab einem Alter von 60 Jahren ist davon betroffen. Die häufigsten Schmerzen sind im Bereich der Lendenwirbelsäule, Oberschenkel, Knie, Unterschenkel, Rücken, Nacken, Schultern und Hüften zu lokalisieren.

Die Gesundheitsmanagerin

Der Frau in ihrer Rolle als Familienmanagerin kommt auch im Bereich Gesundheit der gesamten Familie eine wichtige Funktion zu. Neben den Kernaufgaben Erziehung und Haushaltsführung plant sie unter anderem auch häufig Vorsorgeuntersuchungen, Sozialkontakte und das Freizeitprogramm der Familie und könnte so ihre gesamte Familie zu aktivem, gesundheitsbewusstem Verhalten motivieren.

Aufgrund unterschiedlicher physiologischer Bedürfnisse und Körperzusammensetzung ergeben sich bei einigen Nährstoffen Differenzen in den Bedarfsempfehlungen für Frauen und Männer. Frauen haben im Vergleich zu Männern einen geringeren Anteil an fettfreier Körpermasse, wodurch der Grundumsatz und infolge dessen der Energiebedarf verringert ist. Die tägliche Nahrungszufuhr ist neben dem physiologischen Bedarf unter anderem auch von Alter, Gesundheitszustand, Angebot, Verfügbarkeit, Preis, Kultur und Tradition sowie vom Geschlecht abhängig. Frauen haben häufiger ein ambivalentes Verhältnis zum Essen, sie sind häufiger kontrollierte bzw. gezügelte Esser und an sozialen Normen wie Gesundheit, Attraktivität und dem derzeitigen Schlankheitsideal orientiert. Frauen sind eher dazu bereit, ihre Ernährungsgewohnheiten zu ändern, um ihr Gewicht zu kontrollieren oder einen gesünderen Lebensstil zu erreichen. Im Trinkverhalten zeigen sich ebenfalls deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede.

Etwa die Hälfte der österreichischen Bevölkerung betätigt sich zumindest einmal pro Woche in der Freizeit körperlich (Männer: 60%, Frauen: 49%). Sportlich aktive Frauen haben ein größeres Selbstvertrauen (77%), sie fühlen sich erfolgreicher (77%) und haben eine höhere Selbstachtung (62%). Zudem behaupten 68% der aktiven Frauen, dass **Sport** auch einen großen Einfluss auf den Erfolg im täglichen Leben, zum Beispiel in Bezug auf die berufliche Karriere, haben kann. ÖsterreicherInnen, die gelegentlich Sport betreiben, schätzen sich wesentlich häufiger als sehr oder ziemlich gesund beziehungsweise als glücklicher oder zufriedener ein als jene, die nie Sport betreiben.

V. LEBENSREALITÄTEN UND GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSWEISEN³

Mädchen und junge Frauen

Mädchen sind mit vielen Anforderungen des Lebens konfrontiert - einerseits durch das (körperliche und psychische) Erwachsenwerden, andererseits durch Schule, Berufsauswahl, Lehre, Familie, Freunde und Peers, gesellschaftliche Erwartungen, Schönheitsideale u.v.m. Die Pubertät ist eine Zeit der emotionalen, psychischen und physischen Veränderungen und somit zentraler Einflussfaktor auf das subjektive Wohlbefinden. Der Gesundheitszustand und auch das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen variiert mit der sozioökonomischen Lage ihrer Familien. Die Chance für Kinder aus wohlhabenderen Familien, gesund zu sein, ist deutlich höher als die Chance derer aus schlechter gestellten Familien. Auch die Schule wirkt sich auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen aus.

Subjektive Gesundheit und Zufriedenheit

Mädchen bewerten ihre subjektive Gesundheit generell schlechter als Jungen, zudem sinkt die Bewertung mit steigendem Alter. Hier spricht die Literatur vom „Pubertätsloch der Gesundheit“. Auch die Bewertung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität ist bei den Mädchen schlechter als bei Jungen und nimmt mit dem Alter ab. Die Lebenszufriedenheit wird auf einer Skala von 0 bis 10 mit rund 7,8 bewertet, was als gut einzustufen ist, doch auch hier liegt der Wert der Mädchen unter dem der Jungen. Mädchen haben zudem häufiger körperliche und psychische Beschwerden als Jungen (bei den 15-jährigen Mädchen ist der Anteil 2,4mal höher).

Beim signifikanten Zusammenhang der Bewertung der subjektiven Gesundheit als „ausgezeichnet“, der hohen Zufriedenheit mit dem eigenen Leben und dem sozioökonomischen Status der Familien ist auffallend, dass bei Mädchen mit steigender sozialer Schicht beide Bewertungskriterien häufiger gewählt werden. Mädchen der Oberschicht haben eine 2,5 - 3,3mal höhere Chance, sehr gesund und sehr zufrieden zu sein, als Mädchen aus unteren sozialen Schichten. Ein weiterer wichtiger Aspekt für die subjektive Gesundheit ist der Rückhalt in der Familie. Der Rückhalt in der Familie beeinflusst ebenfalls die subjektive Gesundheit unserer Jugendlichen. Werden die Mädchen also von beiden Elternteilen viel unterstützt, fühlen sie sich subjektiv „ausgezeichnet“ gesund und sind „sehr zufrieden“ im Leben. Beide Kriterien werden schlechter bewertet, wenn die Unterstützung durch einen oder beide Elternteile geringer wird.

Die Selbstwirksamkeit ist eine zentrale Ressource für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Sie beschreibt das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten, die Probleme und Herausforderungen des Alltags zu meistern und ist ein wichtiger Indikator in der Prävention (insbesondere in der Suchtprävention). Auffällig ist hierbei, dass es keine bedeutenden Schwankungen zwischen den Altersgruppen und den Geschlechtern gibt. Aufgrund fehlender Vergleichsdaten kann nicht von einer hohen oder niedrigen Einschätzung gesprochen werden.

Auf einer Skala von 1 (gering) bis 5 (hoch) schätzen die jugendlichen Mädchen ihre Selbstwirksamkeit auf ca. 3,7, die Jungen liegen in allen Altersgruppen knapp darüber.

³ Zusammenfassung der Beiträge aus dem Hauptband Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. AutorInnen: Mag.^a(FH) Evelyne Dachgruber, Mag.^a Karin Dietachmayr, DDr. Christian Fiala, Dr.ⁱⁿ Daniela Gattringer, Mag.^a Sylvia Groth MAS, Dipl. LSB Susa Haberfellner, Mag.^a Julia Hebertshuber, Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Margarethe Hochleitner, Mag.^a Agnes Kaiser, Univ.-Prof. Dr. Jörg Keckstein, Mag.^a Sonja Kodelitsch MSc., Mag.^a Marion Kremmla, Mag.^a Dr.ⁱⁿ Silvia Kronberger, Mag.^a Ingrid Löscher-Weninger, Primar Dr. med. Leonhard Loimer, Mag.^a (FH) Sigrid Ornetzeder, OÄ.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Claudia Reiner-Lawugger, Mag.^a Ekim San, Dr.ⁱⁿ Barbara Schildberger M.A., Dr.ⁱⁿ Ilona Schöppl, Mag.^a Martha Scholz, Mag.^a Petra Schweiger, Mag.^a Regina Steinhäuser, Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Andrea Thiekötter, Mag.^a phil. Claudia Maria Taint, Dr.ⁱⁿ Angela Wegscheider, Petra Wimmer, Mag.^a (FH) Martina Weilguny, Mag.^a (FH) Clara Wenger-Haargassner, A.o. Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger, Mag.^a Hilde Wolf, Dr.ⁱⁿ Doris Wolfslehner

Ernährung und Bewegung

Die Wahrnehmung des eigenen Körpers beeinflusst das Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Jugendlichen maßgebend. Generell ist die Pubertät – wie oben bereits dargestellt – eine schwierige Zeit in Bezug auf die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben und mit der eigenen Gesundheit. Dem eigenen Körper wird dabei aufgrund verschiedenster Entwicklungen mehr Beachtung geschenkt. Dazu kommen kulturell vorgegebene Schönheitsideale, die insbesondere bei Mädchen implizieren, schlank sein zu müssen. Eine ungesunde Ernährung wirkt sich auf die physische und kognitive Entwicklung aus und geht mit schwerwiegenden Gesundheitsproblemen einher (Herz-Kreislaufkrankungen, Krebserkrankungen, Schlaganfälle). Die Kombination von schlechter Ernährung und mangelnder Bewegung erhöht das Risiko für Übergewicht und Adipositas. Eine unausgewogene Ernährung und unregelmäßiges Essen begünstigen Krankheiten.

Bewegung bei Kindern und Jugendlichen verbessert die körperliche Fitness, den Blutdruck, die Knochen substanz, sie verringert das Risiko für Übergewicht und Adipositas und reduziert das Risiko von typischen Zivilisationskrankheiten (Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus, Osteoporose).

Kinder sollten sich auf Empfehlung von ExpertInnen täglich mindestens 60 Minuten lang so bewegen, dass sie außer Atem geraten und zu schwitzen beginnen. Wer sich im Kindesalter viel bewegt, wird das erlernte Bewegungsverhalten mit höherer Wahrscheinlichkeit ins Erwachsenenalter mitnehmen.

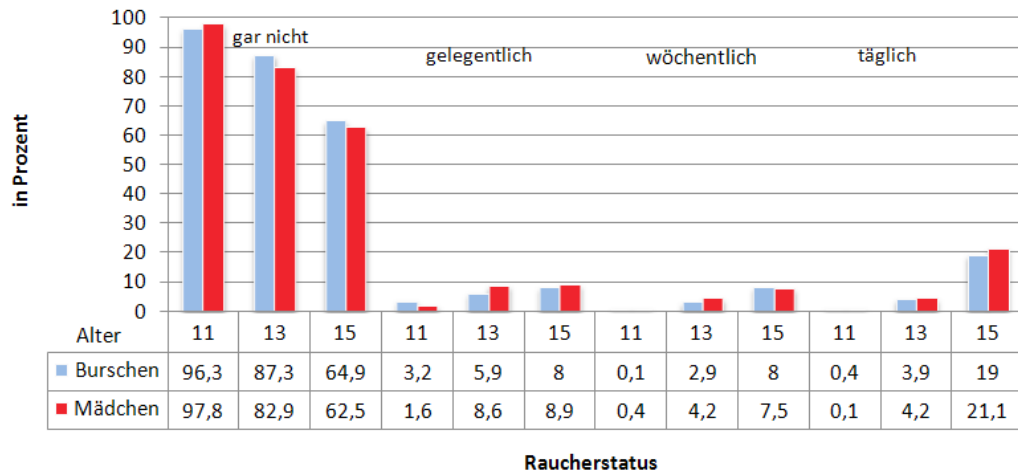
Mädchen sind im Durchschnitt 3,9 Tage die Woche 60 Minuten körperlich aktiv, Jungen etwas häufiger (4,4 Tage/Woche). Die körperlichen Freizeitaktivitäten sind bei Mädchen somit deutlich geringer. Bei beiden Geschlechtern nimmt das Bewegungsausmaß mit dem Älterwerden ab. Lediglich ein Zehntel der 15-Jährigen entspricht den Empfehlungen der ExpertInnen. In Stunden ausgewertet zeigt sich, dass mehr als die Hälfte der Jugendlichen weniger als zwei Stunden pro Woche körperlich aktiv sind (Mädchen 58,8% und Jungen 43,4%). Ein Fünftel der SchülerInnen führt mehr als drei Stunden pro Woche körperliche Aktivitäten durch, wobei auch hier der durchschnittliche Wert der Mädchen deutlich unter jenem der Jungen liegt. Ein Bewegungsmangel zieht nicht nur physisch negative Konsequenzen nach sich, sondern äußert sich auch auf der psychischen Ebene, z.B. durch innere Unruhe, Unausgeglichenheit, Nervosität, Verspannungen. Zur mangelnden körperlichen Aktivität kommt das viele Sitzen, sowohl in der Schule als auch in der Freizeitgestaltung (vor dem Fernseher und vor Spielkonsolen) erschwerend hinzu.

Rauchen, Alkohol und Cannabis

Menschen verfestigen im Jugendalter ihre eigene Persönlichkeit, sie grenzen sich ab und/oder passen sich gesellschaftlichen Normen an, erwerben neue Fähigkeiten und sind mit ständig wachsenden Herausforderungen des Lebens konfrontiert. Oft befinden sie sich entwicklungsbedingt in einer psychisch labilen Phase, weshalb Drogen in diesem Lebensabschnitt besonders verlockend und demzufolge gefährlich sein können.

In der EU hat sich zuletzt der Anteil an erwachsenen RaucherInnen verringert, der Anteil der jugendlichen Nikotin-KonsumentInnen ist jedoch drastisch angestiegen. Besonders auffällig ist, dass der Anteil an Mädchen im Vergleich zu den Jungen stark im Ansteigen begriffen ist. Im Jahr 2001 gaben 25% der 15-jährigen Mädchen und 20% der gleichaltrigen Jungen an, täglich zu rauchen. Mit steigendem Alter sinkt der Anteil der NichtraucherInnen bei beiden Geschlechtern. Besonders unter den 13- und 15-jährigen Mädchen ist auffällig, dass sie einen höheren Anteil an gelegentlich und täglich Rauchenden aufweisen als die gleichaltrigen Jungen. Bei 15-jährigen RaucherInnen zeigt die Studie, dass diese mit Ende des 13. Lebensjahres mit dem Rauchen begonnen haben.

Abbildung 5: Raucherstatus der 11-, 13- und 15jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2007, Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang, S. 42

Alkoholkonsum gilt ebenso als Risikofaktor für zahlreiche Erkrankungen, zudem reduziert übermäßiger Alkoholkonsum die Lebenserwartung. Bei Jugendlichen steht Alkoholkonsum oft in engem Zusammenhang mit anderen gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen, wie z.B. tödliche Verletzungen, Unfälle im Straßenverkehr, Selbstmord, Tötungsdelikte unter Einfluss von Alkohol, Rauchen, Einnahme illegaler Substanzen, riskantes Sexualverhalten, verminderte schulische Leistung, Depressionen, Angststörungen. Alkohol kann in diesem Zusammenhang in beiden Richtungen wirken – als Auslöser sowie als Folge. In der Literatur gibt es Hinweise darauf, dass sich der Alkoholkonsum bis ins Erwachsenenalter eher stabil hält, das heißt er wird Teil des Lebensstils und der Lebensführung. Das Einstiegsalter beim Konsum von Alkohol wird auf durchschnittlich 13,1 Jahre gesetzt, die erste Trunkenheit erfolgt mit 14,1 Jahren. Zwischen den Geschlechtern gibt es in diesem Zusammenhang keinen Unterschied. Im Bereich des regelmäßigen Alkoholkonsums zeigt sich deutlich, dass auch hier der Konsum mit steigendem Alter zunimmt, wobei die Mädchen anteilmäßig deutlich unter den Jungen liegen. Über 32% der 15-jährigen Mädchen und mehr als 41% der gleichaltrigen Jungen trinken mindestens einmal wöchentlich ein alkoholisches Getränk. Die Jugendlichen greifen am häufigsten zu Bier (insbesondere die Jungen), zu Spirituosen und Alkopops. Ein Fünftel der 15-jährigen Mädchen ist etwa ein- bis zweimal pro Monat betrunken (ebenso ein Fünftel der Jungen), jedes vierzehnte Mädchen (jeder achte Junge) etwa einmal wöchentlich.

Cannabis hat unter Jugendlichen den Charakter einer „illegalen Alltagsdroge“ und ist die meist konsumierte illegale Substanz weltweit. Die Meinung, dass Cannabis sehr geringe Gesundheitsrisiken und kaum ein Risiko zur Abhängigkeit beinhaltet, wird in der Literatur differenziert betrachtet: bei einer labilen Persönlichkeit bestehen sehr wohl Abhängigkeitsrisiken bei exzessivem Gebrauch, es kann sogar Psychosen auslösen. Die negativen Auswirkungen des Tabak-Rauchens sind mit Cannabis noch verstärkt (mehr Karzinogene, mehr Teer und Kohlenmonoxid), es erzeugt Rauschzustände, die die Konzentration und Leistungsfähigkeit schwächen und die Persönlichkeitsentwicklung hemmen können. Insgesamt 12,8% der befragten Mädchen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren wie auch 14,3% der Jungen machten bereits Erfahrungen mit Cannabis. 8% der Mädchen konsumierten Cannabis während der letzten zwölf Monate und rund 2,7% in den letzten 30 Tagen. Generell neigen aber Jungen mehr zum Cannabiskonsum als Mädchen.

Das Sexualverhalten von Mädchen und jungen Frauen

Die Entwicklung einer reifen und gesunden Sexualität ist eine der zentralen Entwicklungsaufgaben im Jugendalter und kann als Ausdruck der Zufriedenheit mit sich selbst wie auch als Fähigkeit, eine vertrauensvolle Be-

ziehung einzugehen, gesehen werden. Beschäftigt man sich mit der Aufklärung von Jugendlichen, erhält man oft den Eindruck, dass Jugendliche heutzutage dem Thema Sexualität viel offener gegenüberstehen, besser aufgeklärt sind und darum großzügiger mit ihrer Sexualität umgehen. Jugendliche Mädchen und Jungen halten sich selbst für aufgeklärt und informiert, Studien zeigen aber andere Ergebnisse und unterstreichen den hohen Informationsbedarf im Bereich der Aufklärung.

Die Zeit der physischen und psychischen Veränderungen geht mit der subjektiven Bewertung des eigenen Körperempfindens einher: 48% der Mädchen geben bei der Studie des BzGA an, sich in ihrem Körper wohl zu fühlen (bei Mädchen mit Migrationshintergrund nur 41%), 24% fühlen sich zu dick und 4% der Mädchen zu dünn. Rund 67% der Mädchen versuchen, sich körperlich fit zu halten, und drei Viertel der Mädchen geben an, sich gerne zu stylen. Das Aussehen ist somit sehr wichtig und hat mehr Bedeutung als die eigene Körperfiness. Die Jungen sind generell weniger kritisch, sie sind von den Schlankheitsnormen der Mädchen wenig beeindruckt; bei ihnen steht eher die Fitness im Vordergrund.

Bei Jugendlichen ist eine Vorverlegung sowohl der sexuellen Reifungsprozesse als auch der ersten sexuellen Erfahrungen und Veränderungen in den Beziehungsmustern zu erkennen: 39% der 14-jährigen, 22% der 15-jährigen, 15% der 16-jährigen und 8% der 17-jährigen Mädchen geben an, noch keine sexuellen Erfahrungen gesammelt zu haben. Der Anteil ist bei Mädchen mit Migrationshintergrund in allen Altersgruppen deutlich höher. Mit dem Alter steigt auch der Anteil der erfahrenen Mädchen. Die Anteile an erfahrenen Mädchen mit Migrationshintergrund sind in diesem Bereich geringer.

Ein bemerkenswertes Ergebnis der BzGA-Studie betrifft den hohen Stellenwert der Institution Schule im Zusammenhang mit Wissensvermittlung im Bereich Sexualität und Verhütung. 85% der Mädchen und 81% der Jungen geben an, ihr Wissen zu diesen Themen in der Schule vermittelt bekommen zu haben. Dieser Anteil ist noch höher bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund.

Teenagerschwangerschaften

Der Anteil an Teenager-Müttern hat sich in den letzten 20 Jahren halbiert; die soziale Sorge um eine junge Mutterschaft wurde damit allerdings nicht geschmälert. Mangelhafte Aufklärung, Unwissen sowie das soziale Umfeld werden als Ursachen für Schwangerschaften bei jugendlichen Mädchen genannt. Teenager-Mütter kommen nachweislich häufiger aus sozial schlecht gestellten Familien. Eine mangelhafte Aufklärung sowie ein schlechter Zugang zu FrauenärztInnen (rezeptpflichtige hormonelle Kontrazeption) dürften auch die Ursache für eine höhere Rate an Interruptiones sein. Waren es 2002 ca. 1.700 gebärende Mädchen zwischen 11-18 Jahren, so waren es im Jahr 2006 ca. 1.500 (seither bleibt die Anzahl zirka gleich). Eine besondere Aufgabe unserer Gesellschaft wird es sein, die Prävention im Sinne einer altersgerechten und kompetenten Aufklärung aller Jugendlichen durchzuführen und sich in Zukunft auch zu überlegen, wie betroffenen jugendlichen Müttern der Wiedereinstieg in die Schule oder die Weiterführung einer Berufsausbildung ermöglicht werden kann. Derzeit ist es immer noch so, dass Frauen, die in sehr jungen Jahren ihr erstes Kind bekommen haben, gegenüber Frauen, die erst später geboren haben, berufsmäßig und daher auch finanziell weit schlechter gestellt sind. Diese Tatsache wirkt sich in weiterer Folge natürlich wieder auf das Kind aus.

Sexualpädagogische Aufklärungsprojekte

Sexualpädagogische Aufklärungsprojekte sollen die Gesundheit Jugendlicher fördern, indem sie dazu beitragen, gerade jungen Menschen ein hohes Maß an Wissen zu vermitteln, damit diese fähig sind, in Zukunft eigene gesunde Entscheidungen in Bezug auf ihre Sexualität treffen zu können. Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen männlichen und weiblichen SexualpädagogInnen zu schaffen wäre ein guter Ansatzpunkt, um auf die Bedürfnisse von Mädchen und Jungen eingehen zu können. Das Anbieten von Einzelgesprächen und das Einführen einer Verhütungsmittelmaßnahme und Kondomschulung als MUSS sind nur einige wenige Maßnahmen, über die in Zukunft diskutiert werden sollte. Die Jugendlichen wollen mehr über Pornos, Körperschönheit und Missbrauch erfahren. Anzuführen ist hier noch, dass die Jugendlichen Spaß, die Gewinnung von Information und das Besprechen von Problemen als wichtige Faktoren einer sexualpädagogischen Aufklärung nannten.

Bildung – Schulbildung, Lehrausbildung, Universitäten/Fachhochschulen

Rund 48% der SchülerInnen im Regelschulwesen sind weiblich. In Volks- und Hauptschulen und in der Neuen Mittelschule liegt der Anteil an Mädchen knapp unter 50%, in Sonderschulen und Polytechnischen Schulen zwischen 35% und 37%. AHS-Unterstufen verzeichnen eine Überrepräsentation der Mädchen mit 52%, in den Oberstufen sogar mit 55%. In Oberstufenrealgymnasien dominieren die Mädchen mit über 61% und in allgemein bildenden höheren Schulen für Berufstätige mit knapp 56%. Zusammenfassend besuchen somit Mädchen berufsbildende mittlere und maturaführende Schulen häufiger als Jungen. An den Berufsschulen sind hingegen die Jungen deutlich überproportional vertreten.

Den größten Frauenanteil findet man in berufsbildenden Akademien mit knapp 70% weiblicher Auszubildender, in Anstalten der LehrerInnen- und ErzieherInnenbildung mit 78%, und höhere Anstalten der LehrerInnen- und ErzieherInnenbildung werden zu 95% von weiblichen Studierenden besucht.

Insgesamt ist im Vergleichszeitraum 1990-2009 die Anzahl der MaturantInnen um knapp 38% gestiegen. Der Anteil der Mädchen mit Matura-Abschluss hat sich in den letzten 20 Jahren fast verdoppelt (+45%), jener der Jungen stieg um etwa ein Viertel. Im Jahr 2009 waren 56% der MaturantInnen weiblich; auf die Bevölkerungszahl von Österreich umgelegt ergibt dies, dass etwa jede zweite Frau heutzutage die Matura erwirbt. In allen maturaführenden Schulformen sind Mädchen überproportional vertreten, abgesehen von land- und forstwirtschaftlich höheren Schulen mit einem Frauenanteil von 42% und technisch und gewerblich höheren Schulen mit 24%. Wobei auch hier der Anteil der Maturantinnen stetig steigt – im Vergleichszeitraum seit 1990 ist der Anteil der Frauen im Bereich der technisch höheren Schulen um 7% gestiegen, im land- und forstwirtschaftlichen Schulbereich um insgesamt 11%.

Seit dem Jahr 1970 schwankt die Anzahl der **Lehrlinge** zwischen 45.454 (1970) und 39.131 (2009). Das Ergreifen eines Lehrberufs oder die Entscheidung für den weiteren Schulweg ist von vielen Faktoren abhängig. Ausschlaggebend dafür, wozu sich junge Menschen entscheiden, ist auch ihre Sozialisation. Insgesamt gab es 2009 zirka halb so viele weibliche (44.812) wie männliche (86.864) Lehrlinge. Die weiblich dominierten Lehrlingsbranchen sind der Handel, die Banken und Versicherungen, der Tourismus und die Freizeitwirtschaft, bei Rechtsanwälten und in öffentlichen Ämtern. Im Gewerbe und Handwerk wie auch in der Industriebranche dominiert sehr stark die männliche Lehrlingsgruppe. Die Verteilung der Lehrlinge über das gesamte österreichische Bundesgebiet ergibt die meisten weiblichen Lehrlinge in Wien (37,5%) und Kärnten (37,2%), gefolgt von Salzburg mit 36,8%, Tirol, Oberösterreich, Steiermark und Vorarlberg. Das Schlusslicht bilden Niederösterreich und das Burgenland mit 28% bzw. 27,5%. Bundesländer mit Tourismusgebieten weisen einen auffällig höheren Anteil an weiblichen Lehrlingen auf. Fast die Hälfte aller möglichen Lehrlingsausbildungen sind bei Mädchen auf nur drei Berufe beschränkt: Einzelhandel (24,3% aller weiblichen Lehrlinge), Bürokauffrau (12,2%) und Friseurin und Perückenmacherin (Stylistin) mit 11,6%. Weniger als jeweils 5% der weiblichen Lehrlinge wählen den Lehrberuf zur Restaurantfachfrau, Köchin, Gastronomiefachfrau, Hotel- und Gastgewerbeassistentin, Pharmazeutisch-kaufmännischen Assistentin, Verwaltungsassistentin oder Blumenbinderin und -händlerin (Floristin). Männer verteilen sich bei der Wahl ihres Lehrberufes viel stärker auf unterschiedliche Berufsbranchen.

Der Anteil von Frauen mit abgeschlossener **Hochschulbildung** erhöhte sich von 2001 bis 2008 um 3,6%, im Vergleich zu 1994 um knapp 7%. Dazu ist zu bemerken, dass in absoluten Zahlen die Anzahl der HochschulabsolventInnen von 337.400 im Jahr 2001 auf 489.400 im Jahr 2008 gestiegen ist. Dies entspricht einer Zunahme von 45% (verglichen mit dem Jahr 1994 sind es 73%!).

Der Frauenanteil bei Universitäten und Hochschulen liegt im Jahr 2008 bei insgesamt 46% und entspricht einer Zunahme von 4,6% innerhalb der letzten sieben Jahre. Im Wintersemester 2009 begannen insgesamt 29.662 Frauen und 23.129 Männer mit dem Studium an einer österreichischen Universität. Jährlich beginnen stetig mehr Frauen als Männer mit einem Studium, die geschlechtsspezifische Verteilung blieb innerhalb des letzten Jahrzehnts annähernd gleich.

Im europäischen Vergleich weist Österreich eine der niedrigsten Studierendenquoten auf und zudem einen vergleichsweise geringen zahlenmäßigen geschlechtsspezifischen Unterschied. Während in Österreich im Studienjahr 2005/2006 etwa 40% der Bevölkerung ein Studium an einer Universität/Hochschule begannen, waren es im EU19-Durchschnitt 55%. Den höchsten Anteil an Studierenden in Relation zur Bevölkerung hatte Polen mit insgesamt 78%. In allen europäischen Vergleichsländern (ausgenommen Deutschland) ist der

Frauenanteil über jenem der Männer, der Durchschnittswert liegt bei 15% mehr weiblichen Studierenden. Die Geschlechterverhältnisse bei der Wahl der Studienrichtung sind in Österreich sehr unterschiedlich. Den höchsten Frauenanteil findet man im Bereich der Veterinärmedizin mit 80,8%, der Geisteswissenschaften (70,5%) und Naturwissenschaften mit 60,5%. Besonders wenig weibliche Studierende entscheiden sich für ein Studium der Technik und Montanistik, wo sich der Anteil bei etwas über 20% beläuft. Über 50% der Studierenden in den sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Studienrichtungen sind Frauen.

Eine deutliche Trendwende ergibt sich im Bereich der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften und der Humanmedizin. Waren die beiden Studienrichtungen bisher weiblich dominiert, so gleicht sich die Geschlechterverteilung aufgrund von Aufnahmetests und Zugangsbeschränkungen jährlich weiter an.

Der zunehmende Anteil weiblicher Studierender in der Bevölkerung spiegelt sich wiederum in den Zahlen der Studienabschlüsse: im Jahr 2004/2005 war der Anteil an Studienabschlüssen von Frauen erstmals höher als jener der Männer. Im Studienjahr 2008/2009 betrug der Frauenanteil insgesamt 55,6%. Im Bereich der Bachelor- und Diplomstudien überwiegt die Anzahl der Frauen, Doktoratsstudien werden zu 57% von Männern abgeschlossen.

Tabelle 2: Studienabschlüsse 2008/2009 nach Geschlecht

Studienart	Studienabschlüsse			in %	
	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
Insgesamt	15058	12039	27097	55,6	44,4
Bachelorstudium	3468	3249	6717	51,6	48,4
Diplomstudium	9237	6093	15330	60,3	39,8
Masterstudium	1380	1419	2799	49,3	50,7
Doktoratsstudium	973	1278	2251	43,2	56,8

Abbildung: Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung. Uni:data warehouse. Gender Monitoring: Studienabschlüsse Universitäten, Studienabschlüsse nach Studienart. Quelle: Datenmeldungen an Universitäten auf Basis UniStEV. Datenprüfung und -aufbereitung: bm.wf. Abt I/9

Fachhochschulen erfreuen sich generell immer größerer Beliebtheit, und es werden laufend neue Studiengänge kreiert. Während im Studienjahr 2002/2003 lediglich 2.658 Studierende eine Fachhochschule absolvierten (31,6% Frauen), waren es im Studienjahr 2008/2009 bereits 8.744 AbsolventInnen (45,7% Frauen). Festzustellen ist, dass in Fachhochschulen bis dato mehr männliche als weibliche AbsolventInnen ihr Studium finalisieren.

Im Bereich der **Privatuniversitäten** ist die Geschlechterverteilung unter den AbsolventInnen relativ ausgewogen, wobei in allen Studienjahren der Anteil an weiblichen Absolventinnen seit 2005 etwas höher war.

Die Frau im reproduktiven Alter

Reproduktive Gesundheit bedeutet in der Definition des Kairoer Aktionsprogramms „...“, dass Menschen ein befriedigendes und ungefährliches Sexualleben haben können und dass sie die Fähigkeit zur Fortpflanzung und die freie Entscheidung darüber haben, ob, wann und wie oft sie hiervon Gebrauch machen wollen. In diese letzte Bedingung eingeschlossen sind das Recht von Männern und Frauen, informiert zu werden und Zugang zu sicheren, wirksamen, erschwinglichen und akzeptablen Familienplanungsmethoden ihrer Wahl ... zu haben ..., und das Recht auf Zugang zu angemessenen Gesundheitsdiensten, die es Frauen ermöglichen,

eine Schwangerschaft und Entbindung sicher zu überstehen, und die für Paare die bestmögliche Voraussetzung schaffen, dass sie ein gesundes Kind bekommen.“⁴

Soziale und gesundheitliche Situationen und Risiken verändern oder bedrohen die reproduktive Gesundheit von Frauen und Männern, wie z.B. der soziale Wandel von Partnerschaften, die Ansteckungsgefahr sexuell übertragbarer Krankheiten, neue Reproduktionstechnologien, u.s.w.

Menstruation

Durch den ambivalenten gesellschaftlichen Umgang mit der Menstruation (in unserer Kultur) werden viele Mädchen kaum auf das Eintreten der ersten Regelblutung vorbereitet; etwa die Hälfte der Mädchen erlebt die Menarche als negatives Ereignis, das von Schmerzen, Peinlichkeit, Scham und Ekel geprägt ist. Positive Seiten sind für junge Mädchen die Zugehörigkeit zur Gruppe der anderen menstruierenden Mädchen oder das Gefühl des Aufregenden und Besonderen.

Das prämenstruelle Syndrom (PMS) beschreibt den körperlichen und psychischen Zustand, den Frauen vor Eintritt der Menstruation haben: manche Frauen bemerken depressive Verstimmungen, eine leichte Ermüdbarkeit, einen Energieverlust, Appetitschwankungen, körperliche Symptome wie Überempfindlichkeit der Brüste, oder aber auch eine gesteigerte Kreativität, Sensibilität oder Sinnlichkeit.

Rund drei Viertel aller Frauen im gebärfähigen Alter nehmen in den Tagen vor Beginn der Menstruation körperliche und/oder psychische Veränderungen wahr. Die Angaben zur Prävalenz des PMS schwanken je nach Definition zwischen zwanzig und fünfzig Prozent; schwerer ausgeprägte Formen werden als Prämenstruelle Dysphorische Störung (PMDS; DSM-IV) bezeichnet und treten bei rund zwei bis fünf Prozent aller Frauen auf.

Endometriose

Menstruationsbeschwerden werden meist als normal bewertet, und es wird übersehen, dass ein Teil der Frauen dadurch beträchtliche Einschränkungen der Lebensqualität und Gesundheit in Kauf nehmen muss. Ursache der Menstruationsbeschwerden ist in vielen Fällen eine Endometriose - die zweithäufigste gutartige Frauenkrankheit. Die Endometriose kommt bei ungefähr 15 Prozent der Frauen im gebärfähigen Alter vor und führt bei etwa fünfzig Prozent dieser Frauen zu Beschwerden. Die Endometriose gilt bei dreißig Prozent der Frauen, die an Blutungsstörungen leiden, als eine der entsprechenden Ursachen. Eine Endometriose kann eine ungewollte Kinderlosigkeit verursachen und wird in dreißig bis vierzig Prozent der Fälle dafür verantwortlich gemacht.

Die genauen Ursachen und Entstehungsmechanismen der Endometriose sind weiterhin unklar.

Ebenso wie die normale Schleimhaut der Gebärmutter bluten auch die Endometrioseherde zum Zeitpunkt der Menstruation ab. Sie bluten damit in die Bauchhöhle, zwischen das Bauchfell, in das umliegende Gewebe, in die Gebärmuttermuskulatur, in die Blase, in den Darm oder bilden Blutzysten im Eierstock. Dies kann zu Reizungen des Bauchfells, zu Schmerzen und Funktionsbeeinträchtigungen der betroffenen Organe führen. Es können Verwachsungen und Narbengewebe an verschiedenen Stellen des Beckens entstehen. Diese können über die Organgrenzen hinauswachsen und Darm-, Nieren- und Blasenfunktion schädigen. Viele dieser Veränderungen bedeuten aber auch, dass sie die Befruchtung, den Transport und die Einnistung einer Eizelle behindern und damit zur Kinderlosigkeit führen. Die Behandlung kann sowohl operativ und/oder medikamentös erfolgen, und es gibt komplementärmedizinische Möglichkeiten. Über die individuelle gezielte, krankheitsangepasste Schmerztherapie hinaus gibt es physikalische Maßnahmen, psychologische Beratung und Rehabilitationsmaßnahmen.

Bedeutung der Endometriose für die Frauengesundheit

- Die Endometriose kommt fast ausschließlich in der reproduktiven Lebensphase vor. Zwei Drittel aller Patientinnen sind unter 35 Jahre alt, 10% sind jünger als zwanzig Jahre.

4 http://www.weltbevoelkerung.de/pdf/fs_kairo_plus_10.pdf (dl 16.11.2010)

- Die Endometriose ist die zweithäufigste gutartige gynäkologische Erkrankung der Frau im gebärfähigen Alter.
- Die Bedeutung liegt vor allem in ihrer Häufigkeit und in ihren gravierenden Folgen für die Lebensqualität und Lebensplanung der Frauen. Das Ausmaß an Schmerzen, das Frauen, die eine Endometriose erdulden müssen, ist enorm.
- Bei fünfzig Prozent aller von einer Endometriose betroffenen Frauen ist die Krankheit mit Schmerzen verbunden.
- Es wird geschätzt, dass zwischen sieben und 15 bzw. 18% aller Frauen im geschlechtsreifen Alter eine Endometriose haben, das sind in Österreich zwischen 120.000 und 310.000 Frauen.
- Die Endometriose ist die Ursache für dreißig bis fünfzig Prozent der Fälle an weiblicher Unfruchtbarkeit.
- Im Mittel vergehen sieben Jahre vom Auftreten der ersten Symptome bis zur Diagnosestellung.
- Die Endometriose ist bei 30-80% Prozent der Frauen die Ursache für chronisch wiederkehrende Unterbauschmerzen.
- Es existiert eine siebenfache familiäre Häufung der Endometriose.
- Rund 15% der behandelten Frauen erleben Krankheitsrückfälle.

Auf Seiten der **behandelnden TherapeutInnen und ÄrztInnen** besteht noch immer zu wenig Wissen über die Endometriose, die sich als komplexes, verwirrendes Krankheitsbild mit nicht eindeutig geklärter Genese präsentiert. In Österreich gibt es ein zertifiziertes Endometriosezentrum, am Landeskrankenhaus Villach, unter der Leitung von Prim. Univ.-Prof. Dr. Jörg Keckstein, das sich europaweit als Kompetenzzentrum etabliert hat.

Kinderwunsch und Familienplanung

Mutterschaft bzw. die Elternrolle stellt eine der Möglichkeiten der Lebensgestaltung für Frauen dar und konkurriert mit anderen Bereichen, wie z.B. mit dem Berufsleben und mit der Karriere. Eine glückliche und stabile Paarbeziehung kann den Wunsch nach einer Familienplanung begünstigen, eine Partnerschaft bedeutet jedoch nicht selbstverständlich Elternschaft. Die Entscheidung, kein/e Kind/er zu bekommen, beruht unter anderem auf dem Wunsch, Selbstverwirklichung und Autonomie für sich als Priorität zu sehen. Andere Paare/Frauen sehen ihre Selbstverwirklichung darin, ein Kind/Kinder zu bekommen und schaffen sich somit Wert- und Sinnbezüge für das eigene Leben.

Die Entscheidung für ein Kind wird gut durchdacht und geplant, Einkommensverluste und veränderte Freizeitaktivitäten sind dabei wichtige Aspekte. Die letzten Jahrzehnte sind gekennzeichnet durch einen deutlichen Wandel in den Motiven für Kinderwünsche und durch die Zunahme der Zahl kinderloser Ehen und Partnerschaften. Daten aus dem „Generations and Gender Survey“ (GGG) 2008/2009 legen den Schluss nahe, dass der Großteil der ÖsterreicherInnen beabsichtigt, ein Kind/Kinder zu bekommen. Nur 8% der Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter gaben an, überhaupt keine Kinder zu wollen.

Verhütung

Die meisten Frauen erwarten von einer guten Verhütungsmethode, dass diese sicher/wirksam, gut verträglich und einfach in der Anwendung ist. Dafür steht in Österreich eine große Anzahl an Verhütungsmethoden zur Verfügung: gemeinsam mit den rund vierzig Pillen (orale Kontrazeptiva) und anderen Produkten (Verhütungsring, Verhütungspflaster, Hormonspirale, Hormonstäbchen, Dreimonatsspritze etc.) und den nicht hormonellen Verhütungsmitteln werden ca. sechzig verschiedene Präparate angeboten. Die Verhütungsmethoden unterscheiden sich sehr deutlich in ihrer Wirksamkeit. Diese wird mit dem Pearl-Index (= Anzahl der Schwangerschaften pro 100 AnwenderInnen pro Jahr) angegeben. Je niedriger der Wert des Pearl-Index, umso zuverlässiger ist die Methode. Dabei unterscheidet man zwischen dem theoretischen Wert (bei fehlerfreier Anwendung) und dem praktischen Wert. Je näher beide Werte beisammen liegen, umso einfacher ist die wirksame Anwendung.

73% der Paare in Österreich verhüten. Etwa die Hälfte dieser Paare wendet eine sehr wirksame Methode an. 27% der Frauen/Paare verhüten nicht. 7% haben einen Kinderwunsch, 9% gehen davon aus, dass sie selbst bzw. der/die PartnerIn unfruchtbar sind. 11% der Frauen/Paare haben keinen Kinderwunsch, sie sind vermutlich fruchtbar und verhüten nicht. Diese zählen zur Risikogruppe für ungewollte Schwangerschaften. Die drei häufigsten Verhütungsmethoden, die 18- bis 45-jährige Frauen in einer Partnerschaft anwenden, sind die Pille (44,5%), das Kondom (21,4%) und die Kupfer- oder Hormonspirale (17,2%). Alle anderen Methoden werden nur von einer sehr kleinen Anzahl an Frauen angewendet. Mit zunehmendem Alter der Frauen nimmt die Anwendungshäufigkeit von Langzeit-Verhütungsmethoden wie z.B. die Kupferspirale oder die Hormonspirale zu: Etwa ein Viertel der 26- bis 40-jährigen Frauen wendet diese sicheren Methoden an.

Notfallverhütung

In Österreich stehen zwei unterschiedliche Hormonpräparate zur Notfallverhütung zur Verfügung: eine rezeptfrei erhältliche „Pille danach“ (Vikela/Postinor) und eine rezeptpflichtige „Pille danach“ (EllaOne). Die Pille danach bringt Frauen einen hohen Zugewinn an Selbstbestimmung. Diese Haltung teilen laut einer repräsentativen Umfrage von Oekonsult (2009) 87% der ÖsterreicherInnen. Die Kenntnis über den Wirkmechanismus des Medikaments ist gering: So glauben 75% der Befragten fälschlicherweise, die Pille danach sei eine Abtreibungspille. Information und Aufklärung sind also nach wie vor wichtig und werden von 88% der ÖsterreicherInnen ausdrücklich gewünscht. Die beiden genannten Produkte unterscheiden sich in ihrem Wirkstoff und hinsichtlich der erlaubten Spanne der Einnahme nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr (72 Stunden beim rezeptfreien Produkt, 5 Tage beim rezeptpflichtigen Produkt). Wenn eine Schwangerschaft bereits eingetreten ist, wird diese durch die Pille danach nicht beendet. Das ist ein wesentlicher Unterschied zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch mit Mifegyne®, einem völlig anderen Wirkstoff, bei dem eine bereits bestehende Schwangerschaft beendet wird.

Gründe für die Einnahme der Pille danach sind zu rund einem Drittel Anwendungsfehler mit Kondomen, zu einem weiteren Drittel keine Anwendung eines Verhütungsmittels. Auf das restliche Drittel fallen vor allem Anwendungsfehler bei der Pille („vergessen“) und sonstige Anwendungsfehler anderer Verhütungsmittel. Die WHO stuft die rezeptfreie „Pille danach“ (Vikela/Postinor) als unbedenklich (im Sinne von Gesundheitsrisiken) und als gut verträglich ein. Es besteht keine Gefahr einer Überdosierung, es gibt keine ernsthaften Nebenwirkungen und keine Risiken in Bezug auf die zukünftige Fruchtbarkeit. Eine ärztliche Betreuung ist nicht erforderlich, aus diesem Grund besteht auch keine Rezeptpflicht.

Die Datenlage zur rezeptpflichtigen „Pille danach“ zeigt keinen zusätzlichen Vorteil (hinsichtlich Wirksamkeit oder Verträglichkeit), außer der Tatsache, dass die Zeitspanne für die Einnahme länger ist.

Schwangerschaftsabbruch

Der Schwangerschaftsabbruch ist ein internationales Thema der Frauengesundheit - die Selbstbestimmung über die eigene Fruchtbarkeit ein zentrales Anliegen der Frauengesundheitsbewegung. In österreichischen Studien zeigen sich folgende Gründe für einen Abbruch: ein Drittel nennt ökonomische Faktoren als besonders bedeutend, zwei Drittel einen passenden Partner / eine passende Partnerin und die ganz persönliche Bereitschaft für ein (weiteres) Kind. Darüber hinaus werden die bereits abgeschlossene Familienplanung, die Ausbildungs- und Arbeitssituation oder eine hohe Berufszufriedenheit als ausschlaggebend angesehen, ebenso wie eine negative Einstellung zur Sexualität.

Im internationalen Durchschnitt kommen auf 1.000 Frauen im Alter zwischen 15 und 45 Jahren etwa 29 Abtreibungen (Schätzung 2003). Für Gesamt-Europa beträgt diese Zahl durchschnittlich 28/1.000. In Österreich ist ein Schwangerschaftsabbruch ohne medizinische Indikation und auf Verlangen der Frau in den ersten drei Monaten nach Beginn der Schwangerschaft (=abgeschlossene Nidation) legal, wird aber nicht von den Krankenkassen bezahlt. Es gibt daher keine österreichweite Statistik. Erfasst werden nur die wenigen medizinisch begründeten Schwangerschaftsabbrüche, die mit einem Spitalsaufenthalt in Verbindung stehen. In Österreich können Frauen zwischen einem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch mit Mifegyne® und einem chirurgischen Abbruch in Vollnarkose oder in Lokalanästhesie wählen – je nach Präferenz, Anamnese,

Alter der Schwangerschaft, Erfahrung und klinischer Beurteilung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin und je nach Verfügbarkeit von Ressourcen und Infrastruktur.

Die gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich

In Österreich wurde der Schwangerschaftsabbruch 1975 im Strafgesetzbuch (StGB) § 96 und 97 geregelt:

1. Der Schwangerschaftsabbruch ist straffrei, wenn er auf Verlangen der betroffenen Frau von einem Arzt/einer Ärztin nach einer Beratung innerhalb der ersten drei Schwangerschaftsmonate vorgenommen wird. Laut Gesetz beginnt die Schwangerschaft mit der abgeschlossenen Einnistung der befruchteten Eizelle (=Nidation), d.h. ca. 3 Wochen nach dem ersten Tag der letzten Regelblutung. „Fristenregelung“
2. Bei Vorliegen einer medizinischen bzw. embryopathischen Indikation oder bei Unmündigkeit: Der Schwangerschaftsabbruch ist während der Gesamtdauer der Schwangerschaft straffrei (=Spätabbruch), wenn er zur Abwendung einer nicht anders abwendbaren ernstesten Gefahr für das Leben oder eines schweren Schadens für die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren unerlässlich ist oder wenn eine ernste Gefahr besteht, dass das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein werde (embryopathische Indikation), oder die Schwangere zur Zeit der Schwängerung unmündig war, das heißt, das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
3. Zur Rettung der Schwangeren aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr ohne zeitliche Grenze.

In fast allen europäischen Ländern gilt eine Indikationslösung für Schwangerschaftsabbrüche nach den ersten drei Monaten (=Spätabbrüche). Wenn die Gesundheit der schwangeren Frau oder ihr Leben gefährdet ist bzw. eine schwere Fehlbildung des Fetus vorliegt, ist ein Abbruch auch im späteren Verlauf der Schwangerschaft straffrei. Die Einschätzung der gesundheitlichen Gefährdung bzw. der Fehlbildung wird primär von den behandelnden ÄrztInnen vorgenommen. Um die ärztliche Entscheidung nicht alleine treffen zu müssen sowie zur Absicherung in schwierigen Situationen wurden in manchen gynäkologischen Spitalsabteilungen spezielle Gremien geschaffen, die fallbezogen eine Vorgehensweise festlegen.

Ungewollte Kinderlosigkeit und Kinderwunschbehandlung

Die MedizinerInnen gehen von einer Unfruchtbarkeit (Sterilität) aus, wenn sich bei regelmäßigem Geschlechtsverkehr über ein Jahr keine Schwangerschaft einstellt. In den meisten Fällen liegt jedoch keine vollständige Unfruchtbarkeit vor, sondern nur eine Fehlfunktion, die möglicherweise ärztlich behandelt werden kann. Ein unerfüllter Kinderwunsch ist keineswegs nur Frauensache: Die Medizin weiß heute, dass mit jeweils 30 bis 40% die Ursachen bei Mann und Frau gleich verteilt sind. Bei etwa 15 bis 30% der Paare kann sogar bei beiden PartnerInnen ein Problem vorliegen. Nur in 5 bis 10% der Fälle ist keine organische Ursache zu finden. In diesen Fällen kann eine seelische Belastungsreaktion die Ursache für den unerfüllten Kinderwunsch sein.

Die häufigste Störung der Fruchtbarkeit beim Mann ist dabei eine mangelhafte Produktion normaler und gut beweglicher Spermien. Die Ursachen hierfür können vielfältig sein: eine Mumps-Infektion in der Kindheit, ein Hodenhochstand, Hormonstörungen, Umweltbelastungen, Stress etc.

Die häufigsten Ursachen bei der Frau sind eine eileiterbedingte Unfruchtbarkeit (verklebte oder anderweitig verschlossene Eileiter), eine Endometriose oder ein polyzystisches Ovar (viele kleine Zysten in den Eierstöcken). Aber auch eine Störung der Eizellreifung, eine Veränderung der Gebärmutter und des Gebärmutterhalses, Fehlbildungen von Eierstöcken, Eileitern oder Gebärmutter oder auch Störungen im Immunsystem können der Grund für die Unfruchtbarkeit sein. Oft kann diesen Ursachen aber durch medizinische Behandlungen entgegengewirkt werden.

Je nach Gesundheitszustand der zu behandelnden Paare können unterschiedliche Methoden der assistierten Reproduktion angewendet werden. Generell lässt sich sagen, dass die Anzahl der Kinderwunsch-Behandlungen in Österreich kontinuierlich ansteigt. 2001 wurden 4.740 Versuche bei 3.283 Paaren vorgenommen, 2008 waren dies bereits 6.096 Versuche bei 4.483 Paaren. Die Anzahl der Versuche und Paare sowie der entstandenen Schwangerschaften steigt stetig an (erzielte Schwangerschaften 2001: 986, 2008: 1729). In 74,0% der Fälle wurde 2008 eine ICSI durchgeführt (Schwangerschaftsrate 35,0%), 19,0% der Versuche waren eine normale IVF (Schwangerschaftsrate 35,0%), und in 8,0% der Fälle wurde ein Kryotransfer vorgenommen (Schwangerschaftsrate 33,0%). Bei den restlichen 11,4% musste der Versuch leider vor der eigentlichen Behandlung aus medizinischen oder persönlichen Gründen abgebrochen werden.

Im Jahre 2000 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit der IVF-Fonds (Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation) eingerichtet, um Paare mit unerfülltem Kinderwunsch bei IVF-Behandlungen finanziell zu unterstützen. Geregelt ist dieser durch das IVF-Fonds-Gesetz, BGBl. I Nr. 180/1999 (zuletzt geändert durch die IVF-Fonds-Gesetz-Novelle 2004, BGBl. I 2004/42 und die IVF-Fonds-Gesetz-Novelle 2010, BGBl. I Nr. 3/2010). Die Kostenübernahme erfolgt aber nur an IVF-Instituten und Krankenanstalten, die einen Vertrag mit dem IVF-Fonds abgeschlossen haben. Vom Fonds werden bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen 70% der Kosten für die Behandlung und die Medikamente für höchstens vier Versuche übernommen. Dies führt zu einer extremen finanziellen Entlastung der betroffenen Kinderwunschpaare, da nur mehr ein Selbstbehalt von 30% übernommen werden muss.

Wie bei jeder medizinischen Behandlung ist auch die künstliche Befruchtung mit einigen Risiken verbunden, über die die Patientinnen im Vorhinein natürlich genau aufgeklärt werden müssen.

Zentral in diesem Bereich ist die internationale Diskussion zum Thema **Bioethik**, insbesondere zum Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin (Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin [Biomedizinkonvention] des Europarates vom 4. April 1997). Der Beitritt zur Biomedizinkonvention des Europarates ist Teil des Regierungsprogramms 2008–2013 „Gemeinsam für Österreich“. Eine diesbezügliche interministerielle Arbeitsgruppe wurde im Bundesministerium für Gesundheit eingerichtet. Diese Konvention regelt u. a. auch die Zwecke zur Forschung mit entwicklungsfähigen Zellen (Präimplantationsdiagnostik) bzw. mit humanen embryonalen Stammzellen sowie ethische Aspekte des Fortpflanzungsmedizinrech

Schwangerschaft, Geburt und Mutterdasein

Schwangerschaft und Geburt

Das Reproduktionsverhalten und die Rahmenbedingungen von Schwangerschaft und Geburt haben in den vergangenen Jahrzehnten einen tiefgreifenden Wandel erlebt: Noch nie zuvor in der Geschichte waren die **Geburtenzahlen** so niedrig wie derzeit in Europa; dem steht ein zunehmender medizinischer und technischer Aufwand bei der Schwangeren- und Geburtsbetreuung gegenüber.

In Österreich gab es im Jahr 2009 insgesamt 76.344 Geburten, was somit einer Zahl von 9,1 Lebendgeborenen auf 1.000 ÖsterreicherInnen entspricht. Auf 1.000 Lebendgeburten kommen 3,7 Totgeborene. Geschlechtsspezifisch gesehen kamen im Jahr 2009 insgesamt 1.048 Jungen auf 1.000 lebendgeborene Mädchen. Die Daten des Geburtenregisters Österreich weisen darauf hin, dass die Fertilitätsrate kontinuierlich abnimmt und der Anteil der Erstgebärenden gegenüber dem der Frauen mit drei oder mehr Kindern zunimmt. Gab es im Jahr 2000 insgesamt 77.546 Geburten, so waren es im Jahr 2009 nur noch 75.305. Der Anteil an Mehrlingsgeburten ist im Zeitraum 2000 (1,37%) bis 2009 (1,72%) angestiegen.

Schwangerschaftskomplikationen

Eine besonders häufige Diagnose für Frauen in der Schwangerschaft und im Wochenbett ist die Anämie. Eine **Anämie** in der Schwangerschaft steht - besonders, wenn schon vor der Schwangerschaft der Eisenspeicher erniedrigt war - in Interdependenz zu erheblichen Risiken für die Mutter und das Ungeborene.

Unter **Abort** wird ein spontanes Ende der Schwangerschaft verstanden, wobei der totgeborene Fetus ein Geburtsgewicht von 500g nicht erreicht. Diese Diagnose wurde im Erhebungsjahr 2008 insgesamt 3.171 Mal

gezählt und liegt somit an zweiter Stelle der intramural im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft codierten Diagnosen. Bezogen auf die Gesamtzahl aller festgestellten Schwangerschaften liegt die Rate an klinisch festgestellten Aborten zwischen 11 und 15% (in der Zeitspanne zwischen Implantation und Periodenblutung gehen der Schätzung zufolge 4mal mehr Embryonen unbemerkt ab). Eine weitere häufige medizinische Diagnose betrifft den **Diabetes mellitus während der Schwangerschaft**. Sie spiegelt die Folgen der in den Industrieländern vorherrschenden ungesunden Lebensgewohnheiten (Überernährung, Fehlernährung und Bewegungsmangel) wider. Unter Gestationsdiabetes versteht man eine während der Schwangerschaft erstmals auftretende Glukosetoleranzstörung. Eine Trendanalyse zeigt, dass speziell jüngere Schwangere (< 35 Jahre) davon betroffen sind. In Studien konnte nachgewiesen werden, dass Frauen mit einem Gestationsdiabetes auch nach der Geburt eine gestörte Glukosetoleranz oder eine chronische Insulinresistenz aufwiesen. Das Risiko, nach einem Gestationsdiabetes einen Diabetes mellitus Typ 2 zu entwickeln, ist erwiesenermaßen erhöht und wird durch ein erhöhtes Körpergewicht bzw. durch Adipositas, durch ein höheres Lebensalter und eine familiäre Vorbelastung zusätzlich verstärkt. Für die Kinder von an Diabetes mellitus erkrankten Müttern steigen die Adipositasprävalenz sowie das Risiko, selbst eine Glukosetoleranzstörung bzw. einen Diabetes mellitus zu entwickeln. Diabetische Schwangere erkranken mit 5 bis 10% an einer Hypertonie, das Risiko für Infektionen (vaginal, Harnwegsinfektionen) ist erhöht und somit ebenfalls die Gefahr von vorzeitiger Wehentätigkeit und Frühgeburtlichkeit.

Frühgeburtlichkeit entsteht aufgrund von vorzeitigem Wehen, aufgrund von vorzeitigem Blasensprung oder vorzeitig indizierter Schwangerschaftsbeendigung und steht in direktem Zusammenhang mit pathogenen Faktoren. Obgleich umfangreiche Maßnahmen in den Bereichen Prävention, Diagnostik und Therapie in der Schwangerenbetreuung standardisiert wurden, konnte die Inzidenz der Frühgeburtlichkeit nicht gesenkt werden. Demgegenüber steht allerdings ein beachtlicher Rückgang der neonatalen Mortalität, besonders bei Frühgeborenen. Die folgende Tabelle zeigt die Frühgeburtlichkeit in Österreich in den vergangenen Jahren:

Tabelle 3: Schwangerschaftswoche lebendgeborene Kinder

Schwangerschaftswoche	2005	2007 in %	2009
bis 27+6	0,6	0,5	0,5
28+0 bis 31+6	1,1	1,0	0,8
32+0 bis 36+6	7,9	8,0	7,6
37+0 bis 41+6	88,7	89,3	90,1
ab 42+2	1,2	0,9	0,8
o.A.	0,6	0,5	0,3

Quelle: Geburtsregister Österreich

Ein im Zusammenhang mit der Prävention von Frühgeburtlichkeit noch sehr wenig erforschter und diskutierter Aspekt betrifft das psychische und soziale Wohlbefinden von schwangeren Frauen sowie die psychosoziale Beratung und Betreuung in der Schwangerschaft. Des Weiteren sind vorherrschende Konzepte der Schwangerenbetreuung zu überdenken bzw. eine intensive Einbindung von Hebammen (z.B. in der Mutter-Kind-Pass Vorsorge) anzudenken. So sind zum Beispiel in Irland und Finnland Hebammen intensiv in die Beratung und Betreuung von schwangeren Frauen eingebunden; beide Länder weisen im europäischen Vergleich eine der niedrigsten Frühgeburtenrate auf.

Besondere Aufmerksamkeit verdient die Risikokonstellation **Schwangerschaft und Adipositas**: In einer Schwangerschaft sind die adipösen Frauen einem signifikant erhöhten Risiko z.B. für Frühgeburt, Gestationsdiabetes, Hypertonie und Präeklampsie ausgesetzt, und dies vor dem Hintergrund eingeschränkter diagnostischer Möglichkeiten (z.B. in der Pränataldiagnostik). Im Rahmen der Geburt bieten massiv adipöse Frauen erhebliche Probleme im Zusammenhang mit notfallmäßigen, aber auch elektiven operativen Eingriffen (z.B. Kaiserschnitt: Intubation, Beatmung, Regionalanästhesie, Operationstechnik oder Versorgung

eines Dammschnittes oder Beherrschung von Blutungskomplikationen, Dosierung von Medikamenten etc.), deren Raten bei adipösen Patientinnen insgesamt erhöht sind. Aufgrund der beträchtlichen gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Folgen von Adipositas in der Schwangerschaft wird im Adipositasbericht Österreich auf die Notwendigkeit hingewiesen, betroffene Frauen schon vor dem Eintritt der Schwangerschaft zu den Themen Ernährung und Bewegung umfassend zu beraten und zu betreuen.

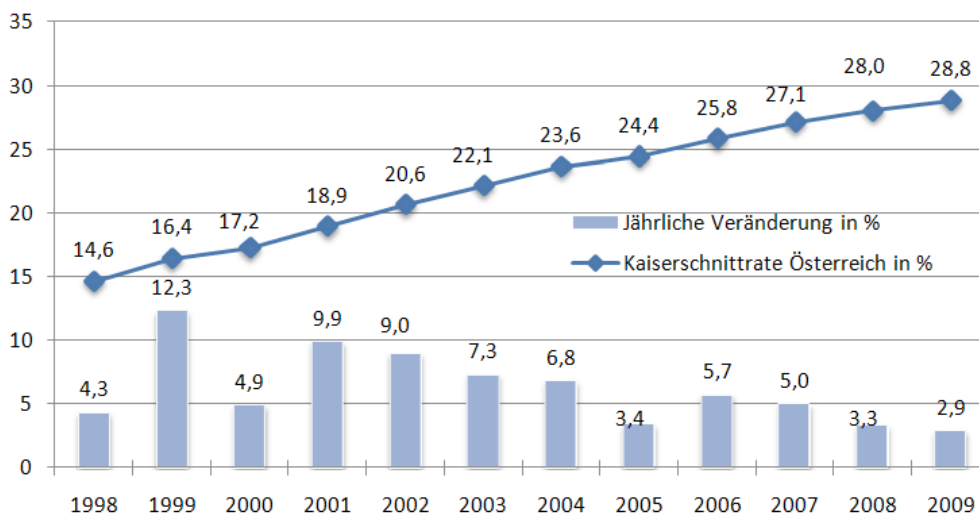
Die **Möglichkeiten der Pränataldiagnostik** zählen heute für beinahe fast alle Schwangeren zu Routineuntersuchungen; Fortschritte in der Pränatalmedizin haben das kindliche Outcome bei bestimmten Erkrankungen wesentlich verbessert. Nach wie vor gilt jedoch (und dessen sind sich viele Frauen nicht bewusst), dass durch pränatale Diagnostik die Gesundheit des Kindes nicht zu 100% vorausgesagt werden kann. Die Pränataldiagnostik und Pränatalmedizin können bei allem Fortschritt nur ein begrenztes Spektrum an Erkrankungen und Beeinträchtigungen beim Ungeborenen diagnostizieren und behandeln. Am häufigsten festgestellte vorgeburtliche Erkrankungen und Beeinträchtigungen sind genetische Anomalien, Neuralrohrdefekte, Organfehlbildungen, Skelettfehlbildungen und angeborene Stoffwechselerkrankungen.

Ein besonderer Fokus der Pränataldiagnostik und Pränatalmedizin muss auf den besonderen Beratungs- und Betreuungsbedarf von Frauen und Paaren (bzw. Familien) vor, während und nach der Untersuchung gelegt werden - besonders, wenn fetale Auffälligkeiten einer Entscheidung über das weitere Vorgehen bedürfen. Diese Situationen sind für die Betroffenen sehr belastend (das Gefühl, hin- und hergerissen zu sein, Nieder geschlagenheit, Verzweiflung und Stimmungsschwankungen).

Kaiserschnitt

International und in Österreich ist ein starker Anstieg der Kaiserschnitttrate zu verzeichnen. Die früher geltende Notlösung eines Kaiserschnitts (Sectio) wird in der heutigen Zeit immer mehr zu einem Trend entgegen der natürlichen Geburt und lässt einen perfekt geplanten Geburtstermin zu. In den letzten 11 Jahren ist die Kaiserschnitttrate in Österreich um mehr als 14% gestiegen und belief sich im Jahr 2009 auf 28,8% (21.989 Fälle). In den Bundesländern Burgenland, Steiermark, Tirol, und Kärnten überschritt die Kaiserschnitttrate bereits die 30%-Marke.

Abbildung 6: Kaiserschnittraten 1998-2009



Quelle: Statistik Austria 2010, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009, S. 31

Dabei ist zu unterscheiden zwischen einer medizinisch indizierten Sectio und der Sectio auf Wunsch: Von einer absoluten Indikation ist zu sprechen, wenn die/der GeburtshelferIn aus zwingenden geburtsmedizinischen Gründen, zur Rettung von Leben und Gesundheit des Kindes und/oder der Mutter, nur zu diesem Entbindungsweg raten kann. Bei neun von zehn Fällen liegen relative Indikationen vor, bei denen die Risiken für

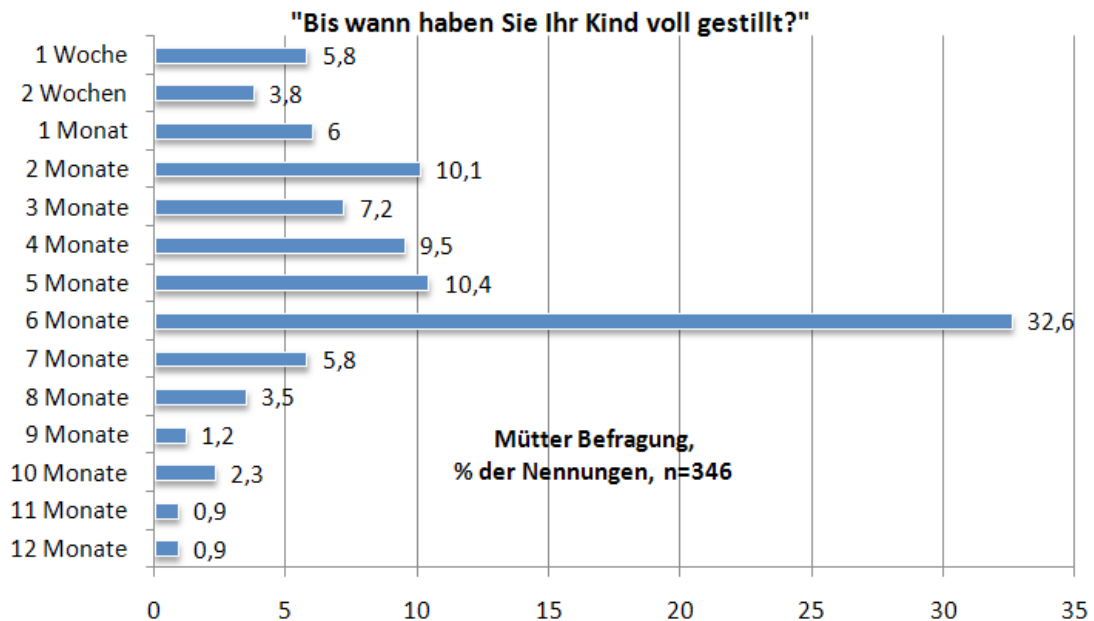
Mutter und Kind abzuwägen sind. In den letzten 11 Jahren ist die Kaiserschnitttrate in Österreich um mehr als 14% gestiegen und belief sich im Jahr 2009 auf 28,8% (21.989 Fälle). In den Bundesländern Burgenland, Steiermark, Tirol, und Kärnten überschritt die Kaiserschnitttrate bereits die 30%-Marke. Altersspezifisch liegt die Rate bei unter 20-Jährigen bei rund 20%, bei 40- bis 44-Jährigen beträgt sie bereits rund 40%. Zu den medial immer wieder präsenten und viel diskutierten Wunschsectiones gibt es keine zufriedenstellende Datenaufbereitung, da dieser Terminus weder als Diagnose, noch als Kategorie kodiert wird. Die bestehende Evidenz spricht klar dafür, dass in risikoarmen Situationen die vaginale Geburt nach wie vor die sicherste Form der Entbindung ist.

Die **Säuglingssterblichkeit** ist in den letzten Jahrzehnten rapide zurückgegangen. Verbesserte medizinische Versorgungsstrukturen, ausgebaute sozialstaatliche Rahmenbedingungen und verbesserte Lebensstandards konnten die Säuglingssterblichkeitsrate kontinuierlich senken. Während im Jahr 1961 noch 32,7 von 1.000 Säuglingen starben, waren es im Jahre 2009 lediglich 3,8 von 1.000 (zum Vergleich im Jahr 1970 waren es noch 32,7 pro 1.000, im Jahr 1990 7,8 und 2000 nur noch 4,8 pro 1.000). Die Anzahl sinkt also kontinuierlich. Im europäischen Vergleich weist Luxemburg die geringste Rate auf (2007: 1,8 pro 1.000) und Rumänien die höchste (12 von 1.000).

Die Säuglingssterblichkeit steht nachweislich in direkter Interdependenz zu soziodemographischen Merkmalen der Mutter. So zeigt die Datenlage klar, dass die Säuglingssterblichkeitsrate bei MigrantInnen höher ist als bei in Österreich geborenen Müttern. Niedrigere Lebensstandards, schlechtere Wohnverhältnisse, schlechtere soziale Partizipationsmöglichkeiten, eine ungenügende und nicht adäquate Nutzung der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen sowie soziokulturelle Unterschiedlichkeiten sind nur einige der möglichen Gründe für eine höhere Säuglingssterblichkeitsrate bei MigrantInnen. In Österreich geborene inländische Mütter weisen eine markant geringere Säuglingssterblichkeit auf als im Ausland geborene inländische Mütter (3,8 im Vergleich zu 5,9). Ausländische Mütter verfügen über eine Säuglingssterblichkeit von durchschnittlich 4,7 auf 1.000, bei türkischen Müttern steigt dieser Anteil auf 5,5.

In der vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Studie „Säuglingsernährung heute 2006“ wurde das Thema **Stillen** österreichweit umfassend analysiert. Eine neuere Datenlage liegt zurzeit nicht vor. Der Anteil der Frauen, die ihre Kinder bei der Entlassung aus dem Krankenhaus voll stillen (also ohne jegliche andere Muttermilchersatznahrungs- bzw. Flüssigkeitszufuhr), ist durchaus hoch einzustufen. Sehr positiv ist der niedrige Anteil an Frauen, welche nicht stillen, zu werten, eingedenk der Tatsache, dass die Müttergeneration der Stillenden jener Kohorte zuzurechnen ist, in welcher Stillen als unpraktisch, unmodern und obsolet propagiert wurde. Das in den 50er, 60er und zu Beginn der 70er Jahre verlorene Wissen im natürlichen Umgang mit dem Stillen bedurfte großer Anstrengung an Überzeugungsleistung, Schulungen, organisatorischen Umstrukturierungen und werbestrategischen Änderungen, um diesen Paradigmenwechsel durchsetzen zu können. In Bezug auf die Stilldauer zeigen Erhebungen, dass gut ein Drittel der Frauen ihr Kind bis 6 Monate voll gestillt hat. Jeweils 1% der befragten Frauen stillten ihr Kind rund ein Jahr.

Abbildung 7: Stillverhalten im ersten Lebensjahr des Kindes



Quelle: „Säuglingsernährung heute 2006“ S. 92

Mütter sind über die Sinnhaftigkeit und den Wert der Muttermilch sehr gut aufgeklärt und informieren sich zum Teil bereits vor oder während der Schwangerschaft über das Stillen. Stillkrisen treten vermehrt zu Beginn der Stillperiode auf. Eine häufige Reaktion darauf ist die Umstellung auf Milchfertignahrung. Gerade in den ersten drei Monaten ist die Angst, das Kind bekäme auf Grund von perzipiertem „Milchmangel“ nicht ausreichend Nahrung, sehr groß. Dabei scheint ein Netzwerk an unterstützenden Maßnahmen für stillende Mütter zu fehlen, damit nicht als Lösung abgestillt und in Folge dessen zur Milchflaschennahrung gegriffen wird. Hier könnte die Geburtsklinik proaktiv eingreifen, indem ein Maßnahmenpaket gewisse Probleme vorwegnimmt und die Mutter darauf vorbereitet. Es wäre wichtig, mehrere konkrete Ansprechpersonen zu identifizieren und Mütter darüber zu informieren, sowie den Zugang – sowohl intra- als auch extramuraler Natur – kostenfrei zu ermöglichen. Vor allem eine fremdsprachige Stillberatung ist rar. Die Stillinformation sollte verpflichtend in weiterführenden medizinischen Ausbildungen ebenso vorkommen wie in Schwesternschulen und an der medizinischen Universität.

Schwangeren Frauen stehen in Österreich zwei Möglichkeiten der Geburt zur Verfügung:

- die klinische Spitalsgeburt, bei der die Frau wählen kann, ob sie wenige Stunden nach der Geburt das Krankenhaus verlässt und das Wochenbett zu Hause mit einer Betreuung verbringt, wobei die Pflege, Beratung und Betreuung von Mutter und Kind durch eine Hebamme erfolgt (ambulante Geburt); oder ob sie die ersten Tage des Wochenbettes ebenfalls im Krankenhaus verbringt;
- die außerklinische Geburt, entweder in Geburtshäusern (oder ähnlichen Einrichtungen) oder als Hausgeburt.

Die Kosten für Hausbesuche durch eine Hebamme übernimmt die Krankenkasse: vier Besuche bis zum Ende der 40. Schwangerschaftswoche, drei weitere Besuche in der 41. und 42. Schwangerschaftswoche, fünf Tage nach der Geburt und weitere sieben Hausbesuche bei besonderen pflegerischen Maßnahmen. Voraussetzung für eine Hausgeburt sind eine komplikationslose Schwangerschaft sowie eine unauffällige, allgemeine und geburtshilfliche Anamnese. Die Hausgeburt ist im Zeitraum von drei Wochen vor bis zwei Wochen nach dem errechneten Geburtstermin möglich. Bei Verdacht auf bzw. bei Auftreten von Regelwidrigkeiten und Komplikationen wird eine ärztliche Betreuung veranlasst oder auch der Wechsel in ein Krankenhaus vorgenommen. Die Erstuntersuchung des Neugeborenen wird bei der Hausgeburt von der Hebamme übernommen.

Die **Außerklinische Geburtshilfe** ist in Österreich mit einem Anteil von 1,5% an Hausgeburten im Europäischen Vergleich wenig ausgebaut. Die im Bericht zur außerklinischen Geburtshilfe 2006 bis 2007 analysierten Daten lassen aufgrund der wenigen Fallzahlen zumindest eine Tendenz erkennen, wie viele Frauen die Hausgeburtshilfe andenken bzw. in Anspruch nehmen.

Die häufigsten Indikationen, welche im Zuge der o.a. Studie erwähnt wurden, waren fehlender oder mangelnder Geburtsfortschritt/sekundäre Wehenschwäche (45%), vorzeitiger Blasensprung ohne Wehen oder mit Wehenschwäche (17%), suspekter kindlicher Herztöne (17%) und Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien (15%).

In Österreich gibt es seit 2001 die **Möglichkeit der anonymen Geburt**, d.h. Gebärende haben die Möglichkeit, anonym in einem Krankenhaus zu entbinden und dieses nach der Geburt wieder zu verlassen (vorausgesetzt, der Gesundheitszustand der Mutter erlaubt dies). Im selben Jahr wurden an unterschiedlichen Kliniken in Österreich sogenannte **Babynester** eingerichtet, in denen Mütter ihr Baby in die Obhut der jeweiligen Einrichtungen übergeben können. Im Zeitraum 2002 bis 2008 konnten in Österreich 249 anonyme Geburten verzeichnet werden, seit dem Jahr 2002 wurden 19 Säuglinge in den Babynestern abgegeben. Die Implementierung der anonymen Geburt und der Babyklappen soll vorrangig Müttern in Notsituationen helfen und als Prävention von Neonatiziden gelten. Die präventive Wirkung dieser Maßnahmen wird jedoch angezweifelt, da die Zielgruppe – Frauen, die ihr Kind nach der Geburt töten könnten – wahrscheinlich nicht erreicht wird. In Bezug auf die medizinische und psychische Versorgung der betroffenen Frauen bietet insbesondere die anonyme Geburt die Chance der Begleitung der Frauen in einer extremen Notlage.

Die psychischen Folgen einer Geburt können weit reichen. Der **Baby-Blues**, unter dem 70 bis 80% aller Wöchnerinnen leiden, wird in der Literatur auch als Postpartale Krise bezeichnet. Aufgrund der hormonellen Änderungen, aber auch unter anderem durch ein negatives Geburtserlebnis, die Trennung der Mutter-Kind-Einheit, ambivalente Gefühle gegenüber der neuen Lebenssituation oder durch familiäre Belastungen werden die sogenannten ‚Heultage‘ nach der Geburt von Weinen, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Wut, Ängsten, Erschöpfung, Denk- und Gedächtnisproblemen, Anspannung, Ruhelosigkeit und Gefühlsschwankungen begleitet. Davon abgegrenzt ist die **Wochenbettdepression** mit einer Inzidenz von 6 bis 22% als depressive Erkrankung zu verstehen. Bei Frauen, welche schon einmal psychisch erkrankt waren, liegt das Wiedererkrankungsrisiko nach der Geburt bei 30 bis 60%. Eine Wochenbettdepression ist vorrangig durch folgende Symptome gekennzeichnet: depressive Verstimmung, Antriebsmangel, Energielosigkeit, Freudlosigkeit, Interessenverlust, Müdigkeit, Schlaf- und Appetitstörungen, Konzentrationsstörungen, Ängste, Sorgen, Zwangsgedanken, Schuldgefühle, Gefühl der Gefühllosigkeit und Suizidgedanken sowie emotionale Labilität. Eine Studie konnte feststellen, dass sowohl der Babyblues wie auch die Wochenbettdepression bei Müttern nach Kaiserschnitt öfter auftreten. Die **Wochenbettpsychose** ist die schwerste psychische Erkrankung im Wochenbett, von der 1 bis 3 von 1.000 Wöchnerinnen betroffen sind. Ein wesentliches Merkmal der Psychose ist der augenscheinliche Realitätsverlust und die Desorientierung der erkrankten Frau. Sie leidet unter Angstzuständen, Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Aus diesem Grund besteht eine sehr große Gefahr der Selbst- und Kindstötung. Ungeachtet dessen, unter welcher Form der psychischen Beeinträchtigung oder Erkrankung die Frauen leiden, ist zu beachten, dass die mütterliche Überforderung nach der Geburt das Risiko, psychisch zu erkranken, erhöht. Die vorherrschenden kleinfamiliären Strukturen bieten wenig Entlastungsmomente für junge Mütter. Soziale Isolation, fehlende AnsprechpartnerInnen und ein Mangel an Unterstützung, Überforderung, Schlafentzug und Unsicherheiten können im Wochenbett besonders belastend wirken und zu psychischen Beeinträchtigungen führen. In diesem Sinne ist darüber nachzudenken, durch welche Maßnahmen Frauen im Wochenbett entlastet werden könnten.

Peripartale psychische Erkrankungen treffen Mütter in allen Bevölkerungsschichten. Sie sind in höchstem Maße stigmatisierend und bleiben daher oft unerkannt und unbehandelt. Die betroffenen Frauen ziehen sich aus Scham, Angst und aus Schuldgefühlen zurück, sie sind mit Therapiemaßnahmen schwer zu erreichen und verschließen sich Unterstützungsangeboten zum Wohl des Kindes. Aus diesem Grund ist es wichtig, Netzwerke zu etablieren, an denen die unterschiedlichsten Organisationen und Berufsgruppen beteiligt sind, die mit Schwangerschaft, Geburt, Kleinkindern und psychiatrisch-/psychotherapeutischen Betreuungsmöglichkeiten

zu tun haben, um diese zu vernetzen, Risikofamilien oder Mütter zu erkennen und deren Bedürfnisse adäquat zu betreuen. In Wien ist die Etablierung eines solchen Netzwerkes gelungen. Die Anzahl der Mütter, die von psychischen Erkrankungen in dieser Zeit betroffen sind, ist hoch: 10-15% aller Mütter erkranken peripartal an einer Depression oder Angsterkrankung, ca. 1-2% entwickeln eine Bindungsstörung und 1-2‰ der Mütter leiden an einer postpartalen Psychose. Das bedeutet, bei ca. 77.000 Geburten jährlich in Österreich, dass ca. 10.000 Mütter von peripartalen Depressionen, 1000 Mütter von Interaktionsstörungen zu ihrem Kind und 100 Mütter von postpartalen Psychosen betroffen sind. Mütter mit chronischen psychischen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen brauchen in dieser Zeit eine intensive, der Lebensphase entsprechende, psychiatrische Betreuung. Dafür gibt es derzeit kaum gewidmete Betreuungseinrichtungen und selten die Möglichkeit, Mutter und Kind gemeinsam im Rahmen eines psychiatrischen Krankenhauses aufzunehmen. In Wien wurde über das Wiener Programm für Frauengesundheit (Univ.Prof.ⁱⁿ B. Wimmer-Puchinger) ein „early warning“- System etabliert, das die Früherkennung peripartaler psychischer Erkrankungen bereits in den gynäkologischen Abteilungen ermöglichen soll. Ein psychosozialer Leitfaden liegt in den gynäkologischen Abteilungen auf, der die Früherkennung einer psychosozialen Problematik erleichtert. Alle Mütter bekommen bei der Anmeldung zum „Wäschepaket“ die Broschüre „Eigentlich sollte ich glücklich sein“ zum Thema Depression in der Schwangerschaft und nach der Geburt.

Diese Broschüre hat sich bereits sehr bewährt, da sie einerseits einen entängstigenden und entstigmatisierenden Charakter hat, andererseits ein Adressverzeichnis beinhaltet, in dem Frauen sowohl hoch- als auch niederschwellige Hilfsangebote finden können.

Alleinerzieherinnen

Das Forum für alleinerziehende Mütter und Väter bezeichnet als „alleinerziehend“ Elternteile, die überwiegend alleine die tägliche Verantwortung für die Erziehung und Betreuung der Kinder, sowie für den Lebensunterhalt tragen. Die Belastungen von AlleinerzieherInnen sind auf einen Blick zu erkennen: die hohe alleinige Verantwortung für das Kind/die Kinder, den Haushalt und auch die alleinige finanzielle Verantwortung, sowie die psychischen Belastungen, die daraus resultieren. Der Hauptteil der Zeit fließt in die Aufrechterhaltung, die Organisation und die Gestaltung des gemeinsamen Lebens, ein weiterer großer Teil in die Erwerbstätigkeit und in die Arbeiten im Haushalt. Da die meisten Alleinerziehenden Mütter sind, ist hierbei noch die Tatsache zu berücksichtigen, dass Frauen generell weniger verdienen als Männer, was zu einer höheren Armutsgefährdung führt. Die Familien- und Haushaltsstatistik 2009 der Statistik Austria geht von 292.500 Ein-Eltern-Familien aus, wovon 42.900 (15%) alleinerziehende Väter und 249.600 (85%) alleinerziehende Mütter sind. Im Frauenbericht 2010 des Bundesministeriums für Frauen und Öffentlichen Dienst wird von einer Gesamtzahl an Alleinerzieherinnen von 251.000 Frauen ausgegangen. In absoluten Zahlen sind das ca. 9.000 alleinerziehende Mütter unter 24 Jahren (= 3,59%), ca. 145.000 Alleinerzieherinnen zwischen 25 und 49 Jahren (= 57,77%) und 97.000 über 50 Jahren (=38,64%). Bei Frauen mit Kindern im Haushalt lag 2009 die Erwerbstätigenquote bei etwa 75%, die Teilzeitquote zwischen 65,7 und 67,9%. Bei Alleinerzieherinnen lag 2009 die Erwerbstätigenquote bei über 79,3%, die Teilzeitquote bei ca. 54%. Die Erwerbstätigenquote liegt bei AlleinerzieherInnen höher, da diese die alleinige Verantwortung für die Erhaltung der Familie tragen. Nur wenige Alleinerzieherinnen können es sich finanziell leisten, Teilzeit arbeiten zu gehen. Trotz des hohen Anteils an Erwerbstätigen bei den alleinerziehenden Frauen haben Alleinerziehendenhaushalte eine der höchsten Armutsgefährdungsquoten (29%). Wichtig in Anbetracht der hohen Belastungen der Alleinerzieherinnen ist ein stabiles Unterstützungsnetzwerk aus Verwandten, FreundInnen, Bekannten und/oder NachbarInnen, die ebenfalls Bezugspersonen für das Kind/die Kinder sind und z.B. Betreuungs- oder auch andere Aufgaben übernehmen können (und wollen).

Etwa zwei Drittel der befragten Alleinerzieherinnen erhalten regelmäßig Unterhaltszahlungen für die Kinder, 17% erhalten einen Unterhaltsvorschuss, 10% keinen Unterhalt und 8% erhalten die Unterhaltszahlungen der Väter unregelmäßig. Bei 17% der befragten Mütter wurde auf Wunsch beider Elternteile eine gemeinsame Obsorge mit dem Vater vereinbart, bei 80% liegt die Obsorge bei der Mutter.

Die Empfindung der Lebenssituation hat einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der alleinerziehenden Mütter, sowie auch auf das subjektive Empfinden. Lediglich 8% der Alleinerzieherinnen empfinden ihre Lebenssituation als sehr angenehm, 43% als eher angenehm. 23% sind wenig zufrieden mit den Bedingungen und 26% empfinden sie als schwierig. Immer schwieriger werdende finanzielle Bedingungen führen dazu, dass immer mehr Frauen ihre Situation als weniger angenehm empfinden. Alleinerziehende sind im Vergleich zu verheirateten Frauen häufiger mit dem Leben insgesamt unzufrieden. Knapp 50% der alleinerziehenden Mütter quälen sich laufend mit Zukunftsängsten, im Vergleich zu 26% der verheirateten Mütter. Zudem haben sie das Gefühl, sich auf weniger Personen verlassen zu können: 70% der verheirateten Mütter geben an, sich auf mehr als drei Personen verlassen zu können - im Gegensatz zu nur 47% bei den Alleinerzieherinnen. Die andauernden Mehrfachbelastungen alleinerziehender Elternteile schlagen sich auch in der Gesundheit und in der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit nieder. Es liegen viele psychische Belastungen vor, die sich mit anhaltender Dauer somatisch auswirken können. Nur 13% der alleinerziehenden Mütter empfinden ihren Gesundheitszustand als sehr gut, 44% als gut. „Mittelmäßig“ antworten 35% der Befragten und „schlecht“ immerhin 8%. Immerhin 51% der befragten Alleinerzieherinnen klagen über das Gefühl der Überforderung bis hin zum Burnout. 9% geben an, dass sie sich täglich überfordert fühlen, 28% wöchentlich, 25% monatlich und lediglich 39% seltener als einmal im Monat.

Die Frau in den Wechseljahren

Die Wechseljahre sind eine Phase im Älterwerden einer Frau und keine Krankheit. Daher bedürfen sie keiner therapeutischen Intervention. Diese Sichtweise der Menopause hat die Weltgesundheitsorganisation schon 1981 vertreten: Der Gesundheitszustand der Frauen in dieser Zeit ist nicht als endokrinologischer Mangelzustand zu werten, der durch Hormonsubstitution korrigiert werden kann oder soll.

Die Wechseljahre als einen Mangelzustand an Sexualhormonen zu sehen, war und ist eine medikalisierende Sichtweise. Hormonbehandlungen machen Frauen zu Patientinnen und Abnehmerinnen von Medikamenten und lenken ab von den sozialen und persönlichen Lebenswelten, in denen älter werdende Frauen leben und die ihre Gesundheit bestimmen.

Im Wechsel ändert sich unter anderem die Höhe der vom eigenen Körper gebildeten Sexualhormone. Ein niedriger werdendes Niveau an Östrogen, das im Blut gemessen werden kann, ist für Frauen vor, in und nach dem Wechsel normal. Gestagene werden nach dem Ausbleiben des Eisprungs natürlicherweise nicht mehr gebildet. Eine Hormonbehandlung ist daher physiologisch nicht erforderlich. Diese kann eine Frau bei Beschwerden erwägen. Hierbei ist es sinnvoll, mögliche erwünschte und nicht erwünschte Wirkungen gegeneinander abzuwägen. Dafür ist eine unabhängige Information, die sich an der wissenschaftlichen Evidenz orientiert, unabdingbare Voraussetzung.

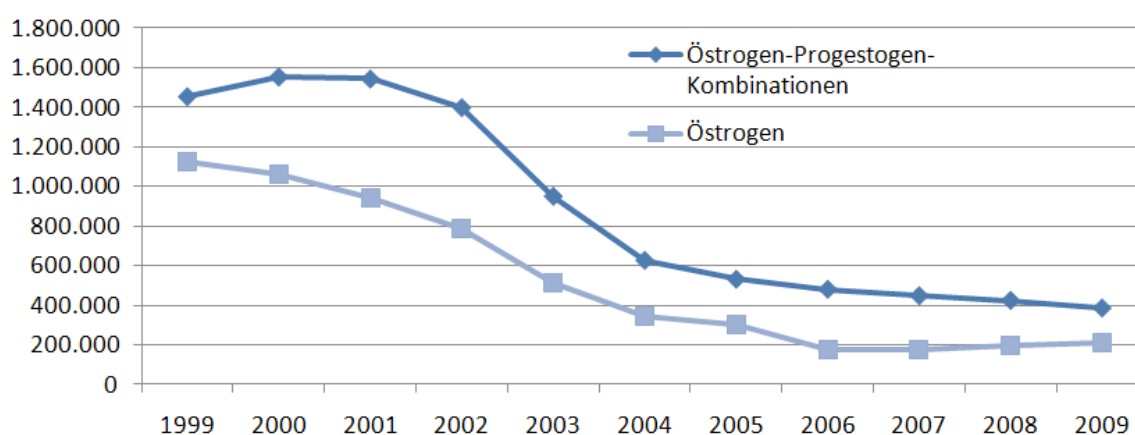
Seit September 2009 gibt es in Deutschland eine evidenzbasierte S3 Leitlinie zur Hormontherapie in und nach den Wechseljahren, die den Nutzen und die gesundheitlichen Risiken bewertet und Empfehlungen gibt, die ÄrztInnen zur Unterstützung der Frau für ihren Entscheidungsprozess heranziehen können. Sie weist darauf hin, eine Hormonbehandlung nicht mehr für Jahre und Jahrzehnte zu geben, sondern nur noch für eine kurze, begrenzte Zeit. Besonderen Wert legt die Leitlinie auf eine fundierte Risikokommunikation, also darauf, einer Frau in für sie verständlichen Worten den für sie nachvollziehbar möglichen Nutzen und mögliche Risiken darzulegen. In Österreich gibt es bisher keine qualitätsgesicherte Leitlinie zur Behandlung von Frauen mit Hormonen in den Wechseljahren.

Es sprechen viele Studien gegen eine generelle Einnahme von Hormonen in und nach dem Wechsel, da die Ergebnisse zeigen, dass der Schaden gegenüber dem Nutzen überwiegt. Eine Einnahme erhöht das Risiko für Brustkrebs, Herz-Kreislaufkrankungen, Leber- und Gallenerkrankungen, Thrombosen und Alzheimer-Erkrankungen. Die Therapie verbessert nicht die Lebensqualität oder das psychische Befinden.

Die Entscheidung der Frau für oder gegen eine Hormontherapie wird individuell verschieden sein - je nachdem, wie sie den möglichen Nutzen oder Schaden für sich bewertet.

Für Österreich sind keine Daten darüber zugänglich, wie viele Frauen in den letzten 10 Jahren vor, in und nach den Wechseljahren Hormone eingenommen und damit aufgehört haben. Doch lässt sich aus den Angaben, wie viele Packungen Östrogen-Progestogen-Kombinationen in Österreich jährlich verkauft wurden, auf einen prozentualen Rückgang schließen. So ging die Anzahl der verkauften Packungen von 1999 1.455.119 Stück auf 386.874 Stück im Jahre 2009, und damit um 2/3 zurück, wobei von 2002 auf 2003, dem Jahr der Publikation der Ergebnisse der WHI Studie, die verkauften Packungen um 450.000 am stärksten sanken. Bei den Östrogenen, die als Einzelpräparat auch gegeben werden, sank die Anzahl der verkauften Packungen von 1.128.198 im Jahre 1999 auf 209.239 im Jahre 2009 (mit seit 2006 wieder steigender Tendenz!), wobei letztere Zahl somit ca. 1/5 der 1999 verkauften Packungen entspricht.

Abbildung 8: Anzahl verkaufter Packungen Östrogen-Progestogen-Kombination und Östrogen-Monopräparate, 1999-2009



Quelle: IMS DPMÖ YTD12/1999-2009

Trotz der sehr umfassenden Evidenz zum möglichen Schaden einer Hormonbehandlung im Wechsel behaupten Gynäkologen immer noch, dass eine maßgeschneiderte und individualisierte Behandlung sinnvoll sei. Frauen sollten sich darüber im Klaren sein, dass diese Einschätzung nicht durch Evidenz gestützt ist.

Die Pensionistin / Hochbetagte Frauen

Die Phase dieses Alters teilt sich in zwei Abschnitte: Als 3. Lebensalter gilt der Abschnitt, in welchem die „best agers“ (nach der aktiven Familien- und Berufsphase) über viel Zeit, gute Gesundheit und (meist noch) ausreichend Geld verfügen. In dieser Phase (= Alter der Selbsterfüllung) gestalten die „jungen Alten“ ihr Leben nach eigenen Vorstellungen. Das 4. Lebensalter bezeichnet die Zeit der schwindenden Kräfte und der sich verschlechternden Gesundheit. Die Alltagsbewältigung stellt einen großen Energieaufwand dar, und die alten Frauen und Männer sind auf die Hilfe anderer angewiesen; d. h. es ist das Alter der Abhängigkeit und Altersschwäche.

„Die Gesellschaft ergraut“ – so heißt es im Seniorenbericht („Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen 1999“, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen); einerseits aufgrund der steigenden Lebenserwartung, andererseits wegen des Geburtenrückgangs, der auch durch die Migration jüngerer Menschen nicht aufgewogen werden kann. Zudem wird die Altersphase dadurch verringert, dass das Pensionsantrittsalter in den vergangenen Jahrzehnten erhöht wurde. Die Phase des Ruhestandes hat sich seit den 60er Jahren bei Frauen von 18 auf 26 Jahre verlängert, bei Männern von 13 auf 20 Jahre.

Frauen leben im Allgemeinen länger als Männer. Alte Frauen sind in der Überzahl: auf 100 Frauen über 60 Jahre kommen dem „Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen“ (2000) zufolge 66 gleichaltrige Män-

ner, bei den über 75-Jährigen beträgt das Verhältnis 100:44, bei der Gruppe 85+ gibt es rund dreimal so viele Frauen wie Männer. Diese Werte werden sich jedoch wieder annähern, bereits 2015 wird bei den über 60-Jährigen ein Verhältnis von 100:80 prognostiziert, ab dem Jahr 2025 sogar von 100:85.

Der Anteil an ledigen Frauen in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen beläuft sich auf 6,3% (14.041 Frauen) und nimmt mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab. Bei Frauen über 90 Jahren pendelt sich der Anteil etwa 4% ein. Der Anteil an ledigen Männern liegt bei den 60- bis 64-Jährigen bei 7,3% (14.930 Männer) und sinkt ab 75 Jahren auf unter 2,5%.

Zwei Drittel der Frauen zwischen 60 und 64 Jahren sind verheiratet (147.528 Frauen), auch dieser Anteil sinkt mit dem Alter. Bei den 70- bis 74-jährigen Frauen liegt der Anteil nur noch bei 50% (83.571 Frauen). Der Anteil der verheirateten Männer ist in allen Altersgruppen markant höher.

Lebensqualität im Alter

Ein längeres Leben ist nicht unbedingt mit einem längeren gesunden Leben gleichzusetzen, da dieses oftmals von einer Pflegephase bzw. von einer Phase mit Beschwerden und Behinderungen gekennzeichnet ist. Mit dem Lebensalter steigt bei alten Menschen auch das psychische Wohlbefinden, und es liegt ein Zuwachs an Gelassenheit, Ausgeglichenheit und eine Abnahme an Nervosität und Gereiztheit vor. Ob sich die Menschen in ihrer Selbsteinschätzung eher gesund oder krank fühlen, hängt mehr von ihrem sozialen Status als vom Geschlecht ab.

Entscheidend für den Gesundheitszustand und die Konstitution im Alter sind der Lebensstil aus jüngeren Jahren (einschließlich solcher Faktoren wie Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel) sowie die individuelle Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation nach bereits aufgetretenen Einschränkungen. Die häufigsten Gesundheitsbedrohungen im Alter sind Demenzerkrankungen, Osteoporose, Inkontinenz, Parkinson-Krankheit sowie chronische Krankheiten und Beschwerden (erhöhter Blutdruck, Erkrankungen der Gelenke, Diabetes, Gefäßstörungen an den Beinen).

Die am häufigsten genannten Beschwerden von Frauen ab 60 Jahren betreffen Rücken- und Kreuzschmerzen, Schlafstörungen, Kreislaufstörungen, Herzbeschwerden, Gelenk-, Nerven-, Muskelschmerzen, Wetterempfindlichkeit, Sehstörungen, Schwindel, Schwäche und Müdigkeit und Beinleiden. Generell nehmen alle Beschwerden mit steigendem Alter zu. Erwähnenswert erscheint zudem, dass das Risiko, an Krebs zu erkranken, wie auch die Krebssterblichkeit sinkt, was auf Früherkennungsprogramme zurückzuführen ist. Ältere Menschen schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand immer häufiger mit „gut“ ein - das zeigen die Umfragen des Mikrozensus im Vergleich.

Soziale Beziehungen sind ein Indikator für die Lebensqualität im Alter. Es werden sowohl familiäre als auch außerfamiliäre Beziehungen zusammengefasst: Beziehungen mit dem Partner/der Partnerin, mit Kindern, Enkelkindern, Geschwistern, FreundInnen, Nachbarschaftskontakte und Kontakte zu jungen Personen allgemein. Sie sind ein zentrales Element der sozialen Integration und wirken sich auf das Wohlbefinden aus. Darüber hinaus schaffen solche Beziehungen soziale Unterstützung. Häufiger Grund für das Wegbrechen von sozialen Netzwerken oder von Vertrauenspersonen ist die Mortalität (des Partners/der Partnerin, von Familienmitgliedern sowie auch von FreundInnen und Bekannten). Ausschlaggebend in sozialen Beziehungen sind das Potential an Hilfestellung, die Häufigkeit des Kontakts und die emotionale Beziehungsenge. Zwei Drittel der Frauen zwischen 60 und 64 Jahren verfügen über einen Partner bzw. Ehepartner. Dieser Anteil sinkt mit dem Alter, mit 75 bis 79 Jahren reduziert sich dieser Anteil auf ein Drittel, mit 85+ auf 10% der Frauen. 90% der Frauen zwischen 60 und 64 Jahren verfügen über mindestens ein Kind bzw. Schwiegerkind; dieser Anteil reduziert sich mit dem Alter nur minimal. Mehr als 70% der Frauen ab 60 Jahren sind Großmütter.

Ein Zusammenleben im gleichen Haushalt hat das größte Unterstützungspotential. Für alte Menschen haben familiäre Beziehungen einen höheren Stellenwert als nicht-familiäre. Laut Mikrozensus 1998 haben 87% der SeniorInnen mindestens ein Kind und in vielen Fällen somit auch ein Enkelkind. 27% aller älteren Menschen sind sogar bereits Urgroßeltern (das heißt, ihre Familie umfasst vier Generationen); bei der Hälfte der SeniorInnen gibt es drei Generationen. Zwischen Eltern und Kindern besteht vermehrter Kontakt, wenn Enkelkinder vorhanden sind.

Ein Großteil lebt im (hohen) Alter alleine, da diese Frauen – insbesondere Witwen - nach dem Tod ihres Ehemanns keine neue Partnerschaft oder Ehe mehr eingehen (wollen). Ältere Männer hingegen heiraten zu einem höheren Anteil erneut. Mit steigendem Bildungsgrad ist eine bessere Integration im gesellschaftlichen Leben zu verzeichnen. Höher gebildete SeniorInnen verbringen mehr Zeit mit FreundInnen und Verwandten, sie telefonieren öfter und nehmen aktiv am kulturellen Leben teil. Zudem ist soziale Isolation natürlich auch durch einen schlechteren Gesundheitszustand bedingt.

Zwischen Stadt und Land gibt es keine merklichen Unterschiede im Bereich der sozialen Isolation/Integration. 2% der über 60-Jährigen haben keinen Besuchskontakt mit ihren Nachkommen, 20% relativ wenig (definiert als weniger als ein Besuch pro Woche). Väter werden jedoch generell weniger besucht als Mütter. Die zentrale Hilfsperson in der Familie ist die Mutter bzw. die Tochter, wenn es um Betreuung und Pflege geht. Zudem sind der Kontakt und die Gesprächshäufigkeit zwischen Müttern und Töchtern stärker ausgeprägt.

Die hochbetagte Frau

Österreichweit leben etwa 645.000 Menschen im Alter von über 75 Jahren, knapp 426.000 davon sind Frauen. Der Anteil an Hochaltrigen wird weiter steigen. Im Jahr 2010 waren 873 Frauen und 167 Männer über 100 Jahre alt. Die Mehrheit der hochaltrigen Frauen ist verwitwet (65%), ein Fünftel ist verheiratet, und ein sehr geringer Teil ist geschieden oder ledig.

Ab 75,80 Jahren sind Menschen oft mit dem Verlust ihrer Partnerin/ihres Partners oder auch mit dem eines Kindes konfrontiert, sowie mit möglicher Pflegebedürftigkeit durch gesundheitliche Beeinträchtigungen und mit dem Einzug in ein Alten- und Pflegeheim.

Beeinflusst wird die Hochaltrigkeit von zwei wichtigen Faktoren: einerseits vom geschlechtsspezifischen Unterschied, der Frauen im Sinne eines längeren Lebens „bevorteilt“, und andererseits von der sozialen Tatsache, dass Wohlhabende (gemessen an Ausbildung, Einkommen und sozialer Schichtzugehörigkeit) länger gesund bleiben und länger leben als die Armen.

Bei Krankheiten im Alter muss den psychosomatischen Zusammenhängen eine hohe Bedeutung beigemessen werden. Der somatische Prozess wird begleitet von Veränderungen im seelisch-geistigen Bereich sowie im sozialen Umfeld. Ein weiteres Charakteristikum des Alterns ist die auftretende Chronizität von Leiden, die entweder aktiv und fortschreitend sind, oder auch stagnierend und trotz allem eine Behandlung nötig machen.

Das durchschnittliche Eintrittsalter ins Heim liegt bei etwa 82 Jahren, also im hochaltrigen Bereich. Nur sieben Prozent der alten Menschen (meist Hochaltrige) wohnen in Altenwohn- und Pflegeheimen.

Frauen und Erwerbstätigkeit

Die Erwerbsarbeit ist als zentraler Bestandteil in unserer Gesellschaft zu sehen und erfüllt wichtige Funktionen: Durch Erwerbsarbeit verfügen die Menschen über Geld, um sich ihr Leben leisten zu können, die grundlegenden und darüber hinaus gehenden Bedürfnisse befriedigen zu können und um finanziell unabhängig zu sein. Ein Arbeitsverhältnis gibt eine gewisse Zeitstruktur vor und ist identitätsstiftend. An ihrem Arbeitsplatz pflegen die ArbeitnehmerInnen soziale Kontakte, und die Arbeit bietet Abwechslung zur frei verfügbaren Zeit.

Selbstständige oder unselbstständige Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit, Karriere, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie das Haushaltsmanagement stellen Frauen vor große Herausforderungen.

Die erwerbstätige Frau

Im Jahresdurchschnitt 2008 waren 3,419 Millionen Personen erwerbstätig, die Erwerbsquote der Frauen lag bei 46,5% (1,589 Mio). Die höchste Erwerbsbeteiligung von Frauen verzeichnet Wien, die geringste Quote ist in Oberösterreich mit 44,2% zu finden. Fast zwei Drittel der erwerbstätigen Bevölkerung in Österreich leben

in Gemeinden mit weniger als 20.000 EinwohnerInnen. Dabei spielt natürlich die Land- und Forstwirtschaft eine nicht unbedeutende Rolle, wenn auch deren Umfang in den letzten Jahrzehnten abgenommen hat. In Bezug auf den Dienstleistungssektor, in dem Frauen einen hohen Anteil nehmen, lässt sich erkennen, dass dieser vor allem im städtischen Bereich vertreten ist.

Folgende Ziele und Maßnahmen wurden im Juni 2010 für den nationalen Aktionsplan zur Gleichstellung von Frauen und Männern am Arbeitsmarkt in Österreich entwickelt. Dabei wurden insgesamt 55 Maßnahmen in 4 Maßnahmenclustern zusammengefasst:

- Bildung und Berufswahl diversifizieren (1-11)
 - Rollenstereotypen aufbrechen
 - Ausbildung und Berufsbildung diversifizieren
- Chancen am Arbeitsmarkt erhöhen – Barrieren der Erwerbsbeteiligung abbauen (12-32)
 - Bildungsbeteiligung und Abschlüsse von Frauen gezielt fördern
 - Erhöhen der Erwerbsbeteiligung und Vollzeitbeschäftigung von Frauen
 - Infrastruktur, die die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglicht
 - Selbstständigkeit von Frauen unterstützen
- Mehr Frauen in Führungspositionen (33-45)
 - Führung in der Verwaltung
- Reduzieren der Einkommensunterschiede zwischen Männern und Frauen (46-55)

In Österreich ist der Arbeitsmarkt geschlechtsspezifisch stark segregiert. So gibt es einen deutlichen Unterschied in der Beschäftigung der Frauen und Männer nach Berufen, Branchen und Betriebsgrößen. Seit den 60-er Jahren hat sich an dieser Segmentierung jedoch nur wenig verändert.

Die **geschlechtsspezifische Arbeitsteilung** in „männliche“ Erwerbsarbeit und „weibliche“ Familienarbeit gilt als zentrale Dimension der Ungleichheit: Männer leisten (hauptsächlich) Erwerbsarbeit, Frauen leisten Erwerbs- und Familienarbeit. Die Vereinbarung von Familie und Beruf ist immer noch ein „Frauenproblem“, da zwar immer mehr Frauen berufstätig sind, Männer umgekehrt jedoch nicht im gleichen Ausmaß Familienarbeit übernehmen.

Zwei Drittel der Frauen arbeiten in Frauenberufen (d. h. in Berufen mit über 50% Frauenanteil). Knapp ein Zehntel arbeitet in Bereichen, in denen der Männeranteil unter 20% liegt (= stark segregierte Frauenberufe). Die stark segregierten Berufe sind nicht-wissenschaftliche Lehrkräfte (Kindergarten, Volks- und Sonderschullehre), biowissenschaftliche und Gesundheitsfachkräfte (Krankenschwestern, Hebammen, BiotechnikerInnen und verwandte Berufe). Die „segregierten“ Frauenberufe umfassen die Berufe der VerkäuferInnen, SekretärInnen, BuchhalterInnen, LehrerInnen, FriseurInnen, KellnerInnen, Reinigungskräfte und KassiererInnen – wobei alle diese Tätigkeiten zur Gruppe der Dienstleistungsberufe gezählt werden.

In gemischten/integrierten Berufen arbeitet knapp ein Viertel der Frauen: landwirtschaftliche Fach- und Hilfskräfte, sonstige Fachkräfte wie Sozialpflegende oder Verwaltungsfachkräfte, MaschinenbedienerInnen, MedizinerInnen, sonstige WissenschaftlerInnen und LeiterInnen von Kleinunternehmen. In den höher qualifizierteren dieser Berufe ist der Frauenanteil geringer als z.B. im landwirtschaftlichen Bereich oder bei der Maschinenbedienung.

In Männerberufen sind nur 8% der Frauen beschäftigt (aber die Hälfte aller Männer): Dies sind Handwerksberufe, Tätigkeiten im Produktionsbereich, Hilfsarbeit im Baugewerbe, technische, höhere und leitende Dienste in Privatwirtschaft und Verwaltung. Stark segregierte Bereiche sind hier vor allem in der Produktion zu finden. Der Zugang zu typischen Männerberufen ist zwar theoretisch gegeben, allerdings praktisch (insbesondere in stark segregierten Männerberufen) aufgrund der Rahmenbedingungen schwer in die Praxis umzusetzen. Frauen in typischen Männerberufen nehmen nach wie vor eine Außenseiterrolle ein.

Österreich hat nach Vergleichsdaten der ILO („International Labour Organisation“) im OECD-Durchschnitt die höchste Arbeitsmarktsegregation innerhalb Europas, nach Finnland und Schweden. Über 61% der Erwerbstätigen müssten ihren Beruf wechseln, um eine Gleichverteilung der Geschlechter über alle Berufe und Branchen zu erreichen.

Im Primärsektor (Land- und Forstwirtschaft und Fischerei), der einen kleinen Anteil der Beschäftigten beherbergt (0,55%), ist der Frauenanteil mit 36,6% sehr hoch. Im Sekundärsektor (Industrie, Bergbau, Verarbeitendes Gewerbe, Energieversorgung, Wasser/Abwasser/Abfall/Umwelt) ist der Frauenanteil mit durchschnittlich 21,4% beachtlich geringer (bei 26,51% der Beschäftigten).

Die höchsten Frauenquoten gibt es im tertiären Sektor, der sich wie folgt darstellt: Rund 73% der Beschäftigten sind in diesen Wirtschaftsbereichen beschäftigt.

Den weitaus größten Frauenanteil gibt es bei Dienstleistungen und bei der Herstellung von Waren in privaten Haushalten mit knapp 90%, gefolgt von Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens mit einem Anteil an Frauen von über drei Vierteln. 70% beträgt der Frauenanteil bei der Erbringung von sonstigen Dienstleistungen. Im Wohnungs- und Grundstückswesen sind 65,2% Frauen tätig, knapp über 60% sind es im Bereich der exterritorialen Organisationen und im Bereich des Gastgewerbes und der Gastronomie.

Insbesondere im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens und in Gastgewerbe und Gastronomie sind die Rahmenbedingungen sehr belastend: In vielen Fällen äußert sich dies in geringen Löhnen und (familienunfreundlichen) Arbeitszeiten, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erschweren.

Knapp unter 60% ist der Anteil an Frauen im Bereich der öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung sowie im Bereich Erziehung und Unterricht. In Bezug auf den Bereich Erziehung und Unterricht sollte unbedingt berücksichtigt werden, dass die vorschulische Erziehung wie auch der Unterricht an Volksschulen beinahe ausschließlich weiblich ist. Ab den mittleren Schulen sind auch männliche Pädagogen zu verzeichnen.

Atypische und prekäre Beschäftigungsverhältnisse

Als „working poor“ wird die Gruppe von Personen bezeichnet, die trotz Erwerbstätigkeit ihren Lebensunterhalt bzw. den ihrer Familie nicht adäquat bestreiten können und somit zu den Armutsgefährdeten zählen. Gründe für einen unzureichenden Verdienst sind u.a. atypische und prekäre Beschäftigungsverhältnisse, die keine Job-Sicherheit bieten und somit keine Zukunftsplanung zulassen, die durch ein geringes Wochenstundenausmaß gekennzeichnet sind und/oder auch durch die vertragliche Gestaltung des Arbeitsverhältnisses (keine Anstellung, sondern z.B. freie Dienstnehmerverträge, Werkverträge) und beispielsweise keine Pensionsversicherung bieten.

Zu den atypischen Beschäftigungsverhältnissen zählen Teilzeitarbeit, Befristungen, Leih- und Zeitarbeit sowie geringfügige Beschäftigung.

Im Jahr 2009 waren 29,6% der unselbstständig Beschäftigten in ihrer Haupttätigkeit atypisch beschäftigt. Häufig sind dies zugleich Niedriglohnbeschäftigungen; Frauen sind deutlich überrepräsentiert (48% der Frauen und nur 13% der Männer sind in atypischen Beschäftigungsverhältnissen), und 27% dieser Dienstverhältnisse sind im Produktions- und Dienstleistungsbereich angesiedelt. 24,2% der Frauen und 7,4% der Männer zählen zu den Niedriglohnbeschäftigten, d. h. sie verdienen einen Betrag unterhalb der Niedriglohnschwelle von € 7,65 pro Stunde.

Die Gesamtzahl an atypischen Beschäftigungsverhältnissen belief sich im Jahr 2004 auf 3.266.000 und ist im Jahr 2009 auf 3.532.300 (+ 8%) gestiegen. Insbesondere die Wirtschafts- und Finanzkrise war ein Auslöser dafür. Der Anteil an Männern und Frauen ist im Zeitvergleich annähernd gleich geblieben. Frauen sind in allen Bereichen – außer in der Leih- und Zeitarbeit – stärker in atypischen Beschäftigungsformen vertreten. Ein überdurchschnittliches Wachstum der atypischen Beschäftigungsverhältnisse war im Jahr 2009 zu verzeichnen, in dem sich die Wirtschaftskrise auch in den Arbeitsmarktdaten nieder schlug. Die Zahl der Leih- und Zeitarbeitskräfte sowie der freien Dienstverträge ist gesunken, die Zahl der Erwerbstätigen in Teilzeitarbeit und in geringfügiger Beschäftigung ist überdurchschnittlich gewachsen.

Manche atypisch Beschäftigte sind mit mehreren Dienstverhältnissen gleichzeitig konfrontiert, z.B. mit Teilzeitanstellungen und mit Beschäftigungen als freie DienstnehmerInnen. 2009 waren rd. 1 Mio. Personen in ihrer Haupttätigkeit atypisch beschäftigt, das entspricht somit knapp einem Drittel der unselbstständig Beschäftigten (29%).

Personen in atypischen Arbeitsverhältnissen sind deutlich stärker von einer Niedriglohnbeschäftigung betroffen als Personen in Normalarbeitsverhältnissen. 27% der atypisch Beschäftigten lagen im Jahr 2006 unter der Niedriglohnschwelle (unter € 7,65 brutto pro Stunde), bei den „normal“ Beschäftigten waren das 8,7%. Bei

den Männern zählen 7,4% zu der Gruppe der NiedrigverdienerInnen, bei den Frauen sind das erschreckende 24,2%. Ausschlaggebend ist hier die höhere Anzahl an atypisch Beschäftigten bei Frauen und auch generell die geschlechtsspezifischen Lohn- bzw. Gehaltsunterschiede.

In Bezug auf sozioökonomische Faktoren sind neben Frauen vor allem jüngere Beschäftigte, Personen mit höchstens einem Pflichtschulabschluss sowie Beschäftigte in Dienstleistungsbranchen überdurchschnittlich oft in Niedriglohnbeschäftigungsverhältnissen. 69% der 15- bis 19-jährigen Frauen arbeiten in Niedriglohnverhältnissen, 31% der 20- bis 29-Jährigen, jeweils 20% der 30- bis 39-Jährigen, 40- bis 49-Jährigen und 50- bis 59-Jährigen und 31% der Frauen über 60 arbeiten mit Niedrigverdiensten. Bei Männern sind diese Anteile in allen Altersgruppen erheblich geringer.

Je höher das Bildungsniveau, desto geringer ist der Anteil an Niedriglohn-beschäftigten Frauen und Männern.

Tabelle 4: Bildungsniveau bei niedriglohnbeschäftigten Frauen

Frauenanteil in Niedriglohnbeschäftigung	in %
höchstens Pflichtschulabschluss	41,0
Lehrabschluss	25,5
Berufsbildende mittlere Schule	18,0
Allgemeinbildende höhere Schule	19,0
Berufsbildende höhere Schule	12,0
Meisterausbildung, Kollegs, Akademien	10,0
Universität und Fachhochschule	4,0

Quelle: Geisberger, T. et al.: Niedriglöhne und atypische Beschäftigung in Österreich. In: Statistische Nachrichten 6/2010. Einkommen und Löhne. Seite 457.

Eine atypische Beschäftigung ist in Bezug auf die Stabilität des Arbeitsverhältnisses oder auch in finanziellen Belangen durch einen höheren Grad der Unsicherheit gekennzeichnet. Teilzeitarbeitsplätze bieten beispielsweise aber auch Vorteile, z.B. im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Generell sind aber trotz Zunahme der atypischen Beschäftigungsformen die Normalarbeitsverhältnisse dominierend (dies gilt allerdings mehr für Männer als für Frauen).

Krankenstände und Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz

Folgendermaßen stellt sich die Verteilung der Krankenstandsfälle bzw. -tage in Österreich (in den Vergleichsjahren 1999 und 2008) dar:

Tabelle 5: Entwicklung der Krankenstandsfälle und -tage nach Geschlecht 1999, 2008 (ArbeiterInnen und Angestellte)

Jahr		Krankenstandsfälle	Krankenstandstage
1999	Gesamt	3.169.818	39.659.222
	Anteil Frauen	43%	41%
2008	Gesamt	3.502.960	38.762.041
	Anteil Frauen	46%	45%

Jahr	Geschlecht	Krankenstands- fälle pro 1.000	Kranken- standstage pro 1.000	Durchschnittsdauer eines Krankenstands in Tagen
1999	Männer	1.199	15.432	12,9
	Frauen	1.098	13.206	12,0
	Gesamt	1.153	14.431	12,5
2008	Männer	1.146	12.978	11,3
	Frauen	1.102	11.868	10,8
	Gesamt	1.126	12.456	11,1

Quelle: Statistisches Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung 2009, S.80

Der Österreichischen Sozialversicherung zufolge waren 2,9 Millionen Krankenstandstage auf Arbeitsunfälle (einschließlich Wegunfälle und Berufskrankheiten) und 3,9 Millionen Krankenstandstage auf Freizeitunfälle (ein Viertel davon Sportunfälle) zurückzuführen.

Die Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung von Statistik Austria im Jahr 2007 zeigt im Zusammenhang mit den arbeitsbezogenen Gesundheitsproblemen und Arbeitsunfällen folgende Ergebnisse: 56% der Erwerbstätigen unterlagen 2007 physisch und/oder psychisch belastenden Faktoren. 40% waren physischen Belastungsfaktoren (z.B. durch schwere Lasten) ausgesetzt, ca. 33% litten unter psychischen Belastungsfaktoren, hauptsächlich unter Zeitdruck. 13% wiesen ausgeprägte gesundheitliche Beschwerden auf, 5% der Erwerbstätigen hatten im letzten Jahr einen Arbeitsunfall.

63% der Männer waren belastenden Bedingungen ausgesetzt, gegenüber 47% der Frauen. Der höhere Anteil an belasteten Männern erklärt sich durch den höheren Anteil an Männern in Berufen mit körperlich beschwerlichen Arbeitsbedingungen. Am stärksten belastet ist die Gruppe der im Bereich der Land- und Forstwirtschaft Beschäftigten und Selbstständigen (66%), gefolgt von der Gruppe der Unselbstständigen mit manuellen Tätigkeiten (65%). Die häufigsten physischen Belastungen entstehen durch das Hantieren mit schweren Lasten oder durch schwierige Körperhaltungen bei der Arbeit, des Weiteren durch das Arbeiten mit Chemikalien, Dämpfen, Rauch, Lärmbelastigung oder Beeinträchtigung durch Vibrationen. Männer sind diesen Faktoren generell öfter ausgesetzt als Frauen (Männer zu 48%, Frauen zu 35%).

Berufsbedingte Probleme und Beschwerden treten bei 8,7% der Erwerbstätigen auf. Die häufigsten Beschwerden betreffen Knochen-, Gelenks- oder Muskelprobleme, am stärksten im Bereich des Rückens. Aufgrund der Arbeitssituation litten 2007 0,8% der Erwerbstätigen unter Stress, Angstzuständen und Depressionen; am stärksten betroffen ist hier die Gruppe der hochqualifizierten Angestellten. Mehr als doppelt so viele Männer (6,4%) wie Frauen (3,4%) erlitten im Jahr 2007 einen Arbeitsunfall, am häufigsten in der Gruppe der 15- bis 30-Jährigen und unselbstständig Beschäftigten in manuellen Berufen.

32% der Erwerbstätigen waren zumindest einem psychischen Belastungsfaktor ausgesetzt (36% der Männer, 28% der Frauen), ein Großteil davon litt unter Zeitdruck. Belästigung und Mobbing betrifft Frauen öfter als Männer (2,2% der Männer, 2,5% der Frauen). Weniger als 1% der Erwerbstätigen litt am Arbeitsplatz unter der Androhung von Gewalt oder unter Gewalt selbst. Die psychischen Belastungsfaktoren betreffen 37% der Selbstständigen und 35% der Unselbstständigen mit nicht-manuellen Tätigkeiten, und ca. 29% der unselbstständig Erwerbstätigen mit manuellen Tätigkeiten. Diejenigen, die von Zeitdruck am stärksten betroffen sind, sind Erwerbstätige in hochqualifizierten Tätigkeiten und freien Berufen, mit 39 bzw. 36%. Den geringsten Zeitdruck verzeichneten Hilfsarbeitskräfte mit 19%.

Tabelle 6: Geschlechtsspezifische Unterschiede der Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz

Risiko / Gesundheits- ergebnis		Stärkere Exposition/ größere Häufigkeit
Unfälle	Männer	Männer weisen eine höhere Unfallrate auf, selbst unter Berücksichtigung der geringeren Arbeitsstundenzahl bei Frauen.
Erkrankungen der oberen Gliedmaßen	Frauen	Hohe Häufigkeit bei einigen äußerst repetitiven Tätigkeiten von Frauen, wie „leichte“ Montagearbeiten am Fließband und Dateneingabetätigkeiten, bei denen die Frauen wenig Einfluss auf die Arbeitsweise nehmen können.
Heben von schweren Lasten	Männer	Frauen leiden jedoch z.B. in Reinigungs-, Verpflegungs- und Pflegetätigkeiten an Schädigungen durch das Heben und Tragen schwerer Lasten.
Stress	Frauen	Hohe Häufigkeit bei Männern und Frauen. Besondere Stressfaktoren bei Frauen sind sexuelle Belästigung, Diskriminierung, Tätigkeiten mit wenig Ansehen und geringen Einflussmöglichkeiten, emotional anstrengende Tätigkeiten sowie Doppelbelastung durch die bezahlte Lohnarbeit und die unbezahlte Arbeit zu Hause.
Angriffe seitens der Öffentlichkeit	Frauen	Weibliche Arbeitnehmerinnen sind häufiger einem Publikumsverkehr ausgesetzt.
Lärm / Hörverlust	Männer	Frauen können z.B. in der Textil- und Lebensmittelproduktion starker Lärmbelastung ausgesetzt sein.
Arbeitsbedingte Krebserkrankung	Männer	Größere Häufigkeit bei Frauen in bestimmten Herstellungsbranchen.
Asthma und Allergien	Frauen	z.B. durch Reinigungsmittel, Sterilisationsmittel und Staub in Schutzhandschuhen aus Latex, die im Gesundheitswesen eingesetzt werden, sowie durch Stäube in der Textil- und Bekleidungsindustrie
Hautkrankheiten	Frauen	z.B. aufgrund von Arbeiten mit nassen Händen im Cateringbereich; durch Hautkontakt mit Reinigungsmitteln, Haarbehandlungskemikalien
Infektionskrankheiten	Frauen	z.B. im Gesundheitswesen oder bei Tätigkeiten im Kontakt mit Kindern
Ungünstige Tätigkeiten und Schutzausrüstung	Frauen	Schutzausrüstung wurde für den „Durchschnittsmann“ entworfen, was für viele Frauen und „Nicht-Durchschnittsmänner“ problematisch ist.
Reproduktive Gesundheit	beide	Zu den vernachlässigten Bereichen gehören Fruchtbarkeit, Menstruationsstörungen, Menopause und männliche reproduktive Gesundheit.
Ungünstige Arbeitszeiten	beide	Bei Männern ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie lange bezahlte Arbeitsstunden ableisten, während Frauen mehr unbezahlte Arbeit zu Hause erledigen.

Quelle: EASWH, 2003

Diskriminierung am Arbeitsplatz

Die Europäischen Richtlinien 2002/73/EG zur Gleichbehandlung von Männern und Frauen hinsichtlich des Zugangs zur Beschäftigung, zur Berufsbildung und zum beruflichen Aufstieg sowie in Bezug auf die Arbeitsbedingungen und 2006/54/EG zur Verwirklichung des Grundsatzes der Chancengleichheit und Gleichbehandlung von Männern und Frauen in Arbeits- und Beschäftigungsfragen (Neufassung) betrachten Belästigung und sexuelle Belästigung als Diskriminierung. Diese Formen von Diskriminierungen kommen nicht nur am

Arbeitsplatz vor, sondern auch im Zusammenhang mit dem Zugang zur Beschäftigung, zur Berufsbildung und zum beruflichen Aufstieg.

Die arbeitslose Frau

Der Verlust des Arbeitsplatzes ist eine einschneidende und mitunter traumatische Erfahrung mit negativen Auswirkungen auf das Selbstvertrauen und auf die Handlungsfähigkeit des/der Betroffenen. Von Arbeitslosigkeit betroffene Menschen, insbesondere Frauen und Männer mit niedriger Qualifikation und geringem Einkommen, AlleinerzieherInnen und Personen in Teilzeit- und atypischen Beschäftigungsverhältnissen, sind verstärkt armutsgefährdet. Arbeit/Erwerbsarbeit gilt als wesentlicher Bestandteil unserer Gesellschaft und beinhaltet verschiedenste Faktoren, die der englische Soziologe Anthony Giddens wie folgt beschreibt: Geld, Aktivitätsniveau, Abwechslung, Zeitstruktur, Sozialkontakte und persönliche Identität. Zusätzlich zum „Entlassungsschock“ kommt es daher gegebenenfalls auch zum Verlust bzw. zu Einschränkungen der eben erwähnten Funktionen der Arbeit.

Die Arbeitslosenquote bei Frauen ist generell geringer als die bei Männern. Allerdings finden sich Frauen eher in Teilzeitjobs und atypischen Beschäftigungsverhältnissen, welche gleichzeitig weniger ökonomische Sicherheit bieten. Hausfrauen, die bei ihren Männern mitversichert und nicht als arbeitslos bzw. (beim Arbeitsmarktservice/AMS) als arbeitssuchend gemeldet sind, werden in der Arbeitslosenstatistik nicht angeführt. Diese versteckte Arbeitslosigkeit findet demzufolge keine Berücksichtigung.

In den Jahren 2006 bis 2009 schwankte die Arbeitslosenquote der Frauen zwischen 6,0 und 6,5%, 2009 lag sie bei insgesamt 6,3% und ist somit trotz Weltwirtschaftskrise gesunken. Auffallend ist, dass sich die Anzahl der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse von 2008 auf 2009 mehr als verdoppelt hat. Eine geringfügige Beschäftigung bietet als einziges Einkommen keine finanzielle Absicherung für ArbeitnehmerInnen und eignet sich in erster Linie als Zuverdienstmöglichkeit. Die Geringfügigkeitsgrenze liegt aktuell bei €366,33,-/Monat. Der Anteil arbeitsloser Frauen bis zum Alter von 24 Jahren erreichte 2008 die höchste Anzahl mit etwa 27.000 arbeitslosen Frauen, im Zeitraum 2006 bis 2009 kam es hier zu einer Steigerung der absoluten Zahlen von insgesamt 5%.

Ähnlich verhielt sich das Ansteigen der Arbeitslosigkeit bei Frauen über 50 Jahren zwischen 2006 und 2008. Die Wirtschaftskrise zeigt somit ihre Auswirkungen besonders bei den Altersgruppen der Frauen unter 24 und über 50 Jahren. Der Anteil an arbeitslosen Frauen mit ausländischer Staatsangehörigkeit erreichte 2008 einen Höchstwert von insgesamt 19,5%. In absoluten Zahlen stieg die Quote im Vergleichszeitraum 2006 bis 2009 um insgesamt 12%. In vielen Fällen verfügen ausländische Frauen über ein geringes Ausbildungsniveau und belegen Arbeitsplätze, die in wirtschaftlichen Krisenzeiten schnell reduziert werden.

Tabelle 7: Arbeitslosenquote der Frauen, gemessen am Arbeitskräftepotenzial nach bestimmten Merkmalen, 2006-2009

Arbeitslose Frauen	2006	in %	2007	in %	2008	in %	2009	in %
Absolut	103.396	6,4	97.902	6,0	124.346	6,5	106.726	6,3
davon:								
bis 24 Jahre	16.681	16,1	15.588	15,9	26.996	21,7	17.471	16,4
50 Jahre und älter	16.378	15,8	15.886	16,2	26.996	21,7	18.227	17,1
Ausländerinnen	15.861	15,3	15.291	15,6	24.271	19,5	17.795	16,7

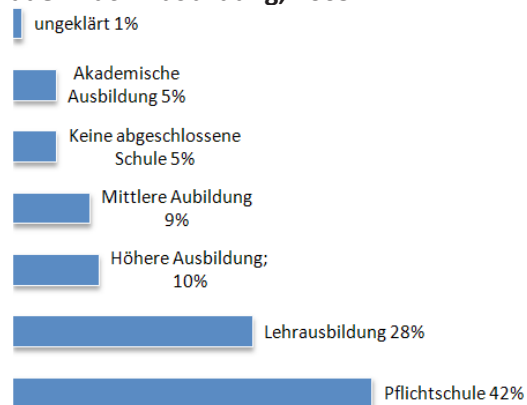
Quelle: AMS Arbeitsmarktdaten, <http://iambweb.ams.or.at/ambweb/AmbwebServlet?trn=start>, (dl 17.09. 2010)

Insbesondere die Gruppe der über 50-jährigen ArbeitnehmerInnen ist deutlich stärker vom Anstieg der Arbeitslosigkeit betroffen und hat ein überdurchschnittliches Risiko, langzeitarbeitslos zu werden. Ältere werden oft bei Neueinstellungen von den Unternehmen diskriminiert.

Zwischen 2006 und 2008 sank die Arbeitslosenquote bei Männern kontinuierlich (von 7,1% 2006 auf 6,1% im Jahr 2008), im Jahr 2009 kam es zu einem Anstieg, der sich bei 7,9% einpendelte. Dies stellt den bisherigen Höhepunkt dar, die Wirtschaftskrise ist hierbei als zentraler Faktor zu sehen. Typische Frauenberufe waren von der Krise nicht so stark betroffen wie männerdominierte Branchen (wie z.B. die Metallindustrie oder die Bauwirtschaft).

In Abhängigkeit vom Bildungsgrad ergeben sich Zusammenhänge mit der Betroffenheit von Arbeitslosigkeit. 70% der arbeitslosen Frauen hatten im Jahr 2009 einen Pflichtschulabschluss oder eine Lehrausbildung. Etwa 9.500 arbeitslose Frauen hatten eine mittlere Ausbildung, 10.800 Frauen eine höhere Ausbildung absolviert. Der Anteil an Akademikerinnen belief sich 2009 auf zirka 5.500 Frauen (5%). Demzufolge ergibt sich die Schlussfolgerung, dass Frauen mit geringerer Bildung stärker von der Arbeitslosigkeit betroffen sind.

Abbildung 9: Arbeitslosigkeit Frauen nach Ausbildung, 2009

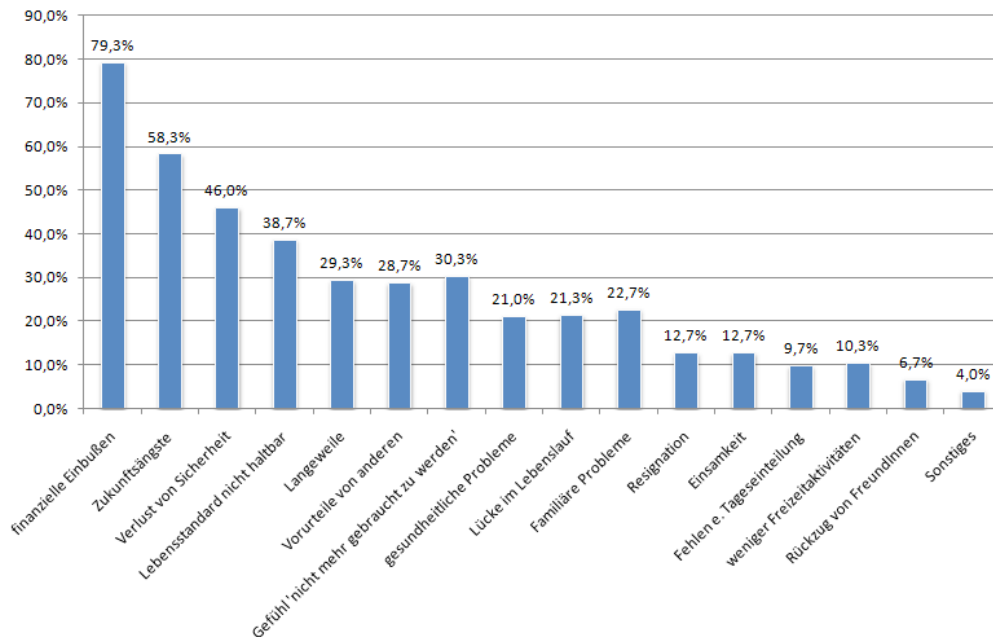


Insgesamt 106.726 Frauen; Quelle: AMS Arbeitsmarktdaten, <http://iambweb.ams.or.at/ambweb/AmbwebServlet?trn=start>, (dl 17.06.2010)

Arbeitslosigkeit und Gesundheit sind eng miteinander verbunden. Menschen ohne Beschäftigung werden häufiger krank als Berufstätige. Arbeitslosigkeit wirkt sich negativ auf die psychosoziale und somatische Gesundheit aus und verstärkt darüber hinaus bestehende Gesundheitsprobleme. Existenzängste und finanzielle Einbußen stellen eine große Belastung für die Betroffenen dar, Armut und Arbeitslosigkeit begünstigen somit gesundheitsbelastende Verhaltensweisen.

Frauen in Partnerschaften, Lebensgemeinschaften oder in Ehen empfinden in manchen Fällen den ökonomischen Druck als weniger dominant. Der finanzielle Druck erhöht sich massiv, wenn die Frau als Alleinverdienerin für das gemeinsame Leben sorgt (insbesondere bei Alleinerzieherinnen).

Abbildung 10: Auswirkungen von Arbeitslosigkeit bei Frauen



Quelle: Stelzer-Orthofer, Christine; Kranewitter, Helga; Kohlfürst, Iris: Lebens- und Problemlagen arbeitsloser Menschen in Oberösterreich. Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Linz, 2007. S. 37

Rund 80% der Frauen sahen, so die Ergebnisse der Studie von Stelzer-Orthofer, die finanziellen Einbußen als eine der schlimmsten Auswirkungen von Arbeitslosigkeit, gefolgt von Zukunftsängsten und dem Verlust von Sicherheit. Knappe 40% nannten den nicht haltbaren Lebensstandard als eine der wichtigsten wahrgenommenen Auswirkungen. Die Langeweile, die Vorurteile von Anderen sowie das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden, waren für etwa 30% der befragten Frauen eine negative Konsequenz der Arbeitslosigkeit. Über gesundheitliche Probleme klagte etwa ein Fünftel. In der Gruppe der 36- bis 45-Jährigen waren es sogar 31,5%, also knapp ein Drittel der Befragten. Nur 36,8% der befragten Arbeitslosen bezeichneten sich selbst als völlig gesund, während 52,4% der Angestellten ihren Gesundheitszustand gleichermaßen beschrieben. Der subjektiv erlebte Gesundheitszustand von Arbeitslosen ist im Vergleich von Angestellten signifikant schlechter. Besonders psychosomatische Beschwerden werden von Arbeitslosen ungleich häufiger beschrieben als von Angestellten.

Die Mehrzahl der Befragten gab zudem an, ihr persönliches Wohlbefinden habe sich durch die Arbeitslosigkeit verschlechtert. Vor der Arbeitslosigkeit waren 51,4% mit ihrem persönlichen Wohlbefinden zufrieden, während der Arbeitslosigkeit reduzierte sich der Wert auf 35%. Diese Verschlechterung des persönlichen Wohlbefindens ist auf unterschiedliche Veränderungen zurückzuführen. Von Arbeitslosigkeit Betroffene sind zunehmend unzufrieden und verunsichert. Das Selbstwertgefühl leidet, und die eigene Motivation sinkt. Reizbarkeit und erhöhter Druck führen zu einer geringeren Ausgeglichenheit, der Zweifel an den eigenen Fähigkeiten steigt. Darüber hinaus nimmt die Ausdauer ab, und Freizeit kann nicht mehr im gleichen Ausmaß wie vor der Arbeitslosigkeit genossen werden. Viele fühlen sich zunehmend niedergeschlagen und nutzlos, und es fällt ihnen schwer, Entscheidungen zu treffen. Eine geringere Geselligkeit und die damit verbundene Einsamkeit führen zu sozialer Isolation. Weitere Folgen von Arbeitslosigkeit sind Schwierigkeiten bei der Strukturierung des Tagesablaufs wie auch Angstzustände. Mit der Dauer der Arbeitslosigkeit nehmen auch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu.

Frauen und Karriere

Karriere zu machen im engeren Sinn bedeutet, sich in einer Organisation in eine immer höhere Position hinauf zu arbeiten. Doch dazu haben die meisten Menschen überhaupt keine Gelegenheit/Chance – Karriere ist ein Minderheitenprogramm. Betrachten wir dieses Minderheitenprogramm näher, fällt auf, dass der Anteil der Frauen in diesem Programm sehr gering ist und die **Führungs- und Entscheidungspositionen in Organisationen** nach wie vor vorwiegend Männern vorbehalten sind. Es fehlen in diesen Ebenen vielfach die Sichtweisen der Frauen bzw. bleibt das Potenzial gut ausgebildeter Frauen ungenutzt. Dies hat Auswirkungen auf die Qualität von Entscheidungen, aber auch auf den wirtschaftlichen Erfolg von Organisationen, wie diverse Studien belegen.

Die EU hat bereits erkannt, dass für eine wettbewerbsfähige Wirtschaft und das Überwinden der Krise die Talente und Fähigkeiten der Frauen besser genutzt werden müssen und Gleichstellung eine zentrale Rolle für die Zukunft Europas spielt. Die EU spricht sich daher für mehr Frauen in Führungspositionen aus. Sie hat 2008 das „Europäische Netzwerk zur Förderung von Frauen in Führungspositionen“ gegründet und betreibt eine umfassende Datenbank.

Die Datenbank der Kommission zu Frauen und Männern in Entscheidungspositionen wurde 2002 eingerichtet. Die Datenbank ist online frei zugänglich und enthält Daten zu EU-Einrichtungen, zu den 27 EU-Mitgliedstaaten, den EWR-Ländern (Island, Liechtenstein und Norwegen), den drei Bewerberländern (Türkei, Kroatien und Mazedonien) sowie zum potenziellen Beitrittsland Serbien.

Gemäß dem Bericht der EU „Frauen in der europäischen Politik – Zeit zu handeln“, stehen EU-weit im Bereich der Wirtschaft Frauen für knapp über 44% aller ArbeitnehmerInnen. Ihre Vertretung in den Führungsgremien ist im Vergleich dazu jedoch gering. Besonders signifikant ist die Unterrepräsentation von Frauen an der Spitze großer Unternehmen, wo Männer zu 97% den Vorsitz ausüben. Neun von zehn Plätzen in den Unternehmensführungen werden von Männern besetzt. Somit beträgt der Frauenanteil bei den Unternehmensführungen in der EU etwas weniger als 11%. Bei den Zentralbanken der 27 EU-Mitgliedstaaten sind die Top-Posten gänzlich in Männerhand. Der Frauenanteil an einflussreichen Positionen (Vorstandsmitglieder und vergleichbare Gremien) liegt bei 17%.

Die Arbeiterkammer Wien untersucht bereits seit mehreren Jahren die Vertretung von Frauen in Führungspositionen österreichischer Kapitalgesellschaften. Die Auswertung 2010 ergibt in den untersuchten Top 200 Unternehmen 627 GeschäftsführerInnen bzw. Vorstände und 1.454 Aufsichtsräte. In Geschäftsführung/Vorstand beträgt der Frauenanteil nur 5,3% (2009: 4,8%), während im Aufsichtsrat 9,7% (2009: 8,7%) der Mandate auf Frauen entfallen. Über die letzten Jahre sind diese Frauenanteile nur marginal gewachsen. Die Arbeiterkammer fordert zur Erhöhung des Frauenanteils in den Führungsgremien der Unternehmen verbindliche, gesetzliche Regelungen, wie z.B. in Norwegen und Spanien, und spricht sich für die Einführung einer gesetzlichen Geschlechterquote von 40% bei der Besetzung von Aufsichtsmandaten inklusive Sanktionen bei Nichteinhaltung aus.

Die Mehrzahl der **weiblichen Führungskräfte** findet sich in den nachgelagerten Hierarchieebenen von Unternehmen wieder. Aktuelle gesamtösterreichische Daten zur Anzahl der weiblichen Führungskräfte und auch zu den Bereichen, welche sie leiten und dergleichen gibt es nicht, da kein entsprechendes Monitoring existiert.

Eine weitere Karrieremöglichkeit für Frauen, als Führungskraft tätig zu sein, bietet die Selbstständigkeit. So lag der Anteil an Frauen im Hinblick auf Unternehmensgründungen (Einzelunternehmen) im Jahr 2009 bei 40,7% und erreichte somit seit 1993 seinen bisherigen Höhepunkt. Laut Studie „Unternehmerinnen in Österreich Status quo 2009“ der KMU Forschung Austria sind die Unternehmerinnen vorwiegend im Gewerbe und Handwerk, im Handel sowie in der Tourismus- und Freizeitwirtschaft tätig. Frauenbetriebe sind weiterhin tendenziell kleiner als Männerbetriebe, und die geringe Unternehmensgröße spiegelt sich auch in der Umsatzgröße wider. 96% der Frauenbetriebe setzen nicht mehr als EUR 1,0 Mio. pro Jahr um. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass rund ein Fünftel der Frauen ihr Unternehmen im Nebenerwerb führt, das Unternehmen häufig an der Wohnadresse angesiedelt ist und Teilzeitarbeit bei Unternehmerinnen – vor allem bei Frauen mit Kindern im betreuungspflichtigen Alter – deutlich häufiger vorkommt als bei männlichen Selbstständigen. Die Teilzeitarbeit hat bei den Unternehmerinnen im Vergleich zu 2004 noch weiter an Bedeutung gewonnen. Dies ist nicht wirklich verwunderlich, da als Motiv für die unternehmerische Tätigkeit

nebst der Möglichkeit, selbstständig zu arbeiten und eigene Ideen umsetzen zu können, auch die flexiblere Zeiteinteilung und bessere Vereinbarkeit von Beruf, Familie bzw. Privatleben gilt - insbesondere für Frauen mit Kindern im betreuungspflichtigen Alter.

Laut IWI (Industriewissenschaftliches Institut) wird folgendes Potenzial für qualifizierte Teilzeitarbeit identifiziert: „Hinsichtlich der Positionen und Tätigkeiten, in denen sich qualifizierte TeilzeitmitarbeiterInnen etabliert haben, sind es in erster Linie organisatorische, administrative und kreative, aber zunehmend auch experten- und wissenschaftliche Aufgabenfelder. Angesichts der steigenden Bedeutung von „Wissensarbeit“ und „Servicearbeit“ sowie in Anbetracht der Tatsache, dass die Teilzeitquote in einzelnen Wirtschaftssektoren noch eher niedrig ist, scheinen hier noch größere Potenziale zu liegen.“ Darüber hinaus werden weitere Potenziale für Teilzeitarbeit identifiziert, u. a. auch im Bereich der Führungspositionen. Laut IWI wird gegenwärtig von rund 22% der Frauen eine Führungsposition in Teilzeit ausgeübt.

Immer noch führt eine Familienpause, oder spätestens die oft daran anschließende Teilzeitarbeit zum sicheren Karriereknick. Darüber hinaus müssen die Führungskräfte-Mütter versuchen, Führungsqualitäten und eine reduzierte Arbeitszeit unter einen Hut zu bringen.

Junge Frauen, die sowohl Kinder und Karriere möchten, verschieben heute einerseits die Mutterschaft nach hinten, bis sie eine leitende Position innehaben und sie sicher sein können, dass das Unternehmen auf ihre bewährte Kraft nicht verzichten will und für Kompromisse, z.B. Teilzeit zugänglicher ist, und sie setzen auch darauf, ihre „Babypause“ so kurz wie möglich zu halten. Eine längere Kinderpause birgt in vielen Fällen negative Auswirkungen auf die berufliche Laufbahn.

Führen bedeutet in den Köpfen also noch immer präsent sein und das können Teilzeitkräfte nicht, wird argumentiert. Blickt man genauer hin, so sind Führungskräfte in Vollzeit aber auch nicht uneingeschränkt präsent - und die Dinge laufen dennoch.

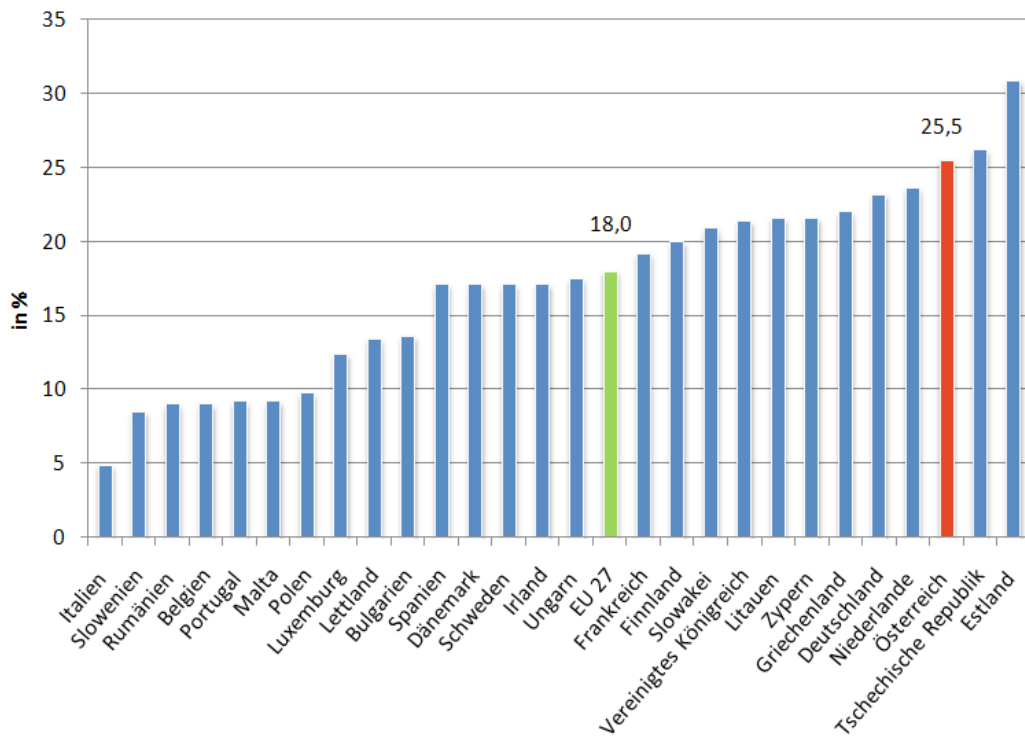
Dass es diese positiven Aspekte gibt, belegt unter anderem eine Studie der Bertelsmannstiftung in Deutschland mit dem Titel „Karriere(n)ick Kinder – Wie Unternehmen mit Müttern in Führungspositionen gewinnen“. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Mütter in Führungspositionen nicht weniger motiviert und engagiert sind als andere Führungskräfte. Sie verfügen im Gegenteil über ein hohes Potenzial und über Ressourcen, die sie zusätzlich stärken, ihre Kompetenzen erweitern und ihnen neue Blickwinkel eröffnen. Sie stellen ein wichtiges Potenzial für Unternehmen dar.

In Österreich wurde 1979 das Gesetz über die Gleichbehandlung von Frauen und Männern bei der Festsetzung des Entgelts verabschiedet. 31 Jahre sind seither vergangen, und der Grundsatz „Gleicher Lohn für gleiche Arbeit“ wird nicht eingehalten. Im Gegenteil, die **Einkommensschere zwischen Frauen und Männern** klafft noch immer weit auseinander. Der Begriff des „Gender Pay Gap“ wurde dabei geprägt.

Unter „Gender Pay Gap“ bzw. „Gender Wage Gap“ versteht man das geschlechtsspezifische Lohndifferential. Dieses geschlechtsspezifische Lohndifferential kann man für Länder, Branchen, Berufe und dergleichen ermitteln. Der „Gender Pay Gap“ ist jedoch kein rein österreichisches Phänomen; es lässt sich auch in den anderen Ländern Europas bzw. weltweit nachweisen.

Mit 25,5% zählt Österreich innerhalb der EU zu den Ländern mit sehr großen geschlechtsspezifischen Verdienstunterschieden. So ist - gemessen an den durchschnittlichen Bruttostundenverdiensten - die Differenz zwischen den Verdiensten von Frauen und Männern nur in Estland höher als hierzulande. Österreich liegt somit innerhalb der EU auf dem 26. Platz. Die Geschlechtersegregation der Beschäftigung nach Branchen und Berufen sowie die direkte und indirekte Benachteiligung verschärfen die Einkommensunterschiede nach Geschlecht weiter.

Abbildung 11: Geschlechtsspezifische Lohn- und Gehaltsunterschiede im EU-Vergleich, 2008



Verdienstgefälle Niederlande, Estland und Irland von 2007; Quelle: Eurostat <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=de&pcode=tsiem040>, (dl 15.05.2010)

In Österreich wird der Einkommensunterschied von Frauen und Männern zusätzlich noch durch das Pendeln verstärkt, da Österreich vergleichsweise schwach urbanisiert ist.

Eine von der Arbeiterkammer Oberösterreich beim österreichischen Institut für Wirtschaftsforschung in Auftrag gegebene Studie zeichnet ein düsteres Bild. In Vorarlberg ist der sogenannte „Gender Pay Gap“ am höchsten, während Wien im Bundesländervergleich am besten abschneidet.

Das Schließen der Einkommensschere sollte in Österreich höchste Priorität haben. Nach der ersten Mahnung der EU-Kommission an Österreich im Jahre 2009 wegen Nicht-Umsetzung des Gleichbehandlungsgesetzes in einigen Bereichen ist nunmehr eine zweite Mahnung der EU erfolgt.

Im „Nationalen Aktionsplan Gleichstellung von Frauen und Männern am Arbeitsmarkt 2010“ ist die Reduktion der Unterschiede in den Einkommen von Frauen und Männern ein wesentliches Handlungsfeld. Folgende 10 Maßnahmen wurden dazu entwickelt:

- Einführung gesetzlich verpflichtender Einkommensanalysen durch die Unternehmen
- Verbesserung der Datenlage bzw. Nutzung bestehender Daten im Bereich Einkommen
- Einkommensberichte im öffentlichen Dienst
- Angabe des kollektivvertraglichen Mindestlohns und gegebenenfalls der Bereitschaft zur kollektivvertraglichen Überzahlung in Jobausschreibungen als Orientierung bei Inseraten und Stellenanzeigen sowie für das AMS. Verwarnung bei erstmaliger Übertretung
- Angebot aktueller Informationen zur Entlohnung in bestimmten Berufen/Branchen (Lohn- und Gehaltsrechner)
- Erstellung eines Leitfadens für Betriebsräte, PersonalistInnen und MitarbeiterInnen zur Analyse von Einkommensunterschieden und Arbeitsbewertung sowie Angebote zur Beratung, Trainings und Werkzeuge für Betriebe
- Aufwertung des Berufsfeldes Kindergarten im Sinne einer Bildungseinrichtung
- Ausweitung bestehender Arbeitsgruppen zum Thema Pflege/Betreuung unter Leitung des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz um die Dimension der Frauenbeschäftigung

- Definition von gleichwertiger Arbeit im Einklang mit der EuGH-Judikatur in einem gemeinsamen Leitfadens der Kollektivvertragsparteien verankern
- Erstellung eines gemeinsamen Leitfadens der Kollektivvertragspartner, um auf kollektivvertraglicher Ebene das Gleichstellungsziel zu fördern

Im vom World Economic Forum jährlich publizierten „Global Gender Gap Report“ wird auch die Situation zum Gender Gap in Österreich beleuchtet. Für alle im Report enthaltenen Länder wird ein Gender Gap Index errechnet. Je näher der errechnete Gender Gap Index bei 0 liegt, desto höher ist das Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern, und je näher er bei 1 liegt, desto gleichgestellter sind Frauen und Männer. Der Gender Gap Index 2010 für Österreich ist 0,709, und wir liegen im Länder-Ranking von insgesamt 134 Ländern an 37. Stelle. Island, Norwegen, Finnland, Schweden und Neuseeland nehmen in dieser Reihenfolge die Plätze 1 bis 5 ein. Deutschland liegt auf dem 13. Platz und die Schweiz auf Platz 10. Auffällig ist der österreichische Indexwert bei „Wirtschaftliche Partizipation und Möglichkeiten“ (0,595 auf Rang 92) und bei politische Vertretung (0,274 auf Rang 26).

Frauen sind auf dem Weg nach oben vielfach mit dem Phänomen der „**gläsernen Decke**“, welcher sozusagen als Sammelbegriff für eine Reihe von Barrieren, Mechanismen und Dynamiken gilt, konfrontiert. Bei den unsichtbaren Barrieren für Frauen kann es sich sowohl um „extrinsische“ als auch um „intrinsische“ Barrieren handeln. Bei den extrinsischen oder auch externen bzw. äußeren Barrieren wirkt das soziale Umfeld auf die weibliche Führungskraft ein, wohingegen intrinsische oder auch interne bzw. innere Barrieren jene Aufstiegs-hemmnisse sind, die Frauen sich selbst zuschreiben. Den Begriff „glass escalator“ (bzw. übersetzt „gläserner Aufzug“) beschreiben Ryan und Haslam als ein mit der „gläsernen Decke“ einhergehendes Phänomen, wo Männer durch die organisatorischen Reihen hindurch nach oben gezogen werden. Dieses Phänomen tritt vor allem in frauendominierten Berufen auf. Neben der „gläsernen Decke“ und dem „gläsernen Lift“ kommt nach den neuesten Erkenntnissen auch noch ein drittes Phänomen ins Spiel, nämlich das des „glass cliff“ bzw. auf deutsch übersetzt der „gläsernen Klippe“. Frauen befinden sich – eher als Männer – auf einer „gläsernen Klippe“, nämlich insofern, als dass ihre Führungspositionen mit einem höheren Risiko zu scheitern verbunden sind. Frauen kommen häufig dann ans Ruder, wenn ein Unternehmen auf der Kippe steht und die Gefahr des Scheiterns groß ist - anders ausgedrückt immer dann, wenn den Männern das Pflaster zu heiß wird und kein Kerl mehr bereit ist, für so ein Himmelfahrtskommando seine Karriere zu ruinieren.

Stereotype Verhaltenserwartungen können die „gläserne Decke“ auf zwei Arten beeinflussen. Einerseits unterstützen sie statistische Diskriminierung, andererseits führen sie zu Aufstiegsbarrieren, weil die Frauen die stereotype Verhaltenserwartung mit überdurchschnittlichen Qualifikationen oder überdurchschnittlichem Arbeitseinsatz wettmachen müssen. De facto müssen Frauen also „höhere Barrieren überwinden als Männer, um in Führungspositionen“ zu gelangen.

Im „Nationalen Aktionsplan Gleichstellung von Frauen und Männern am Arbeitsplatz“ sind 13 Maßnahmen vorgesehen, die Frauen den Aufstieg in Führungspositionen erleichtern sollen.

Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Heute gibt es ab der Meldung einer bestehenden Schwangerschaft bei der/dem DienstgeberIn für die Frau einen Kündigungs- und Entlassungsschutz. Acht Wochen vor dem errechneten Geburtstermin wird der Frau laut österreichischem Gesetz untersagt, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, da zu diesem Zeitpunkt der Mutterschutz beginnt, der bis acht Wochen nach der Geburt gilt. Bei bestehender Gefahr für Mutter und/oder Kind kann die Schutzfrist bzw. die Freistellung der Betroffenen von ihrer Erwerbstätigkeit auch zu einem früheren Zeitpunkt beginnen. Im Anschluss an den Mutterschutz beginnt die Karenzzeit, wobei die Dauer der/dem ArbeitgeberIn innerhalb von acht Wochen nach der Geburt schriftlich bekannt gegeben werden muss. Die arbeitsrechtlich durch den Kündigungs- und Entlassungsschutz abgesicherte Karenz dauert maximal bis zum 2. Geburtstag des Kindes. Während der Karenzzeit besteht für die/den KarenznehmerIn kein Anspruch auf Gehalt durch die/den ArbeitgeberIn, da Kinderbetreuungsgeld bezogen wird.

Fünf Kinderbetreuungsgeld-Modelle stehen in Österreich zur Verfügung:

Tabelle 8: Die 5-Kinderbetreuungsgeld Modelle

Dauer Bezug Karenzgeld	Betrag	Zuverdienstmöglich- keit	Hilfe für Einkommens- schwache
12. Lebensmonat + 2 Monate; wenn sich beide Eltern die Bezugsdauer teilen: bis zum Ende des 14. Lebensmonats des Kindes	einkommensabhängig: 80% des bisherigen Netto-Einkommens. Mindestens € 1.000,-, höchstens € 2.000,-	€ 357,70,- pro Monat	keine
12. Lebensmonat + 2 Monate Ein Elternteil: 12. Lebensmonat; wenn sich beide Eltern die Bezugsdauer teilen: bis zum Ende des 14. Lebensmonats des Kindes	€ 1.000,- pro Monat Fixbetrag; bei Mehrlingsgeburt € 500,- pro Monat mehr ab dem zweiten Mehrlingskind	€ 16.200,- jährlich oder bis zu 60% des früheren steuerpflichtigen Einkommens	Für einkommensschwache Familien und Alleinerzieherinnen gibt es zusätzlich 12 Monate lang je € 180,- monatlich
15. Lebensmonat + 3 Monate Ein Elternteil: 15. Lebensmonat; wenn sich beide Eltern die Bezugsdauer teilen: bis zum Ende des 18. Lebensmonats des Kindes	€ 800,- pro Monat Fixbetrag, bei Mehrlingsgeburt zusätzlich € 400,- pro Monat ab dem zweiten Mehrlingskind	€ 16.200,- jährlich oder bis zu 60% des früheren steuerpflichtigen Einkommens	Für einkommensschwache Familien und Alleinerzieherinnen gibt es zusätzlich 12 Monate lang je € 180,- monatlich
20. Lebensmonat + 4 Monate Ein Elternteil: 20. Lebensmonat; wenn sich beide Eltern die Bezugsdauer teilen: bis zum Ende des 24. Lebensmonats des Kindes	€ 624,- pro Monat Fixbetrag, bei Mehrlingsgeburt zusätzlich € 312,- pro Monat ab dem zweiten Mehrlingskind	€ 16.200,- jährlich oder bis zu 60% des früheren steuerpflichtigen Einkommens	Für einkommensschwache Familien und Alleinerzieherinnen gibt es zusätzlich 12 Monate lang je € 180,- monatlich
30. Lebensmonat + 6 Monate Ein Elternteil: 30. Lebensmonat; wenn sich beide Eltern die Bezugsdauer teilen: bis zum Ende des 36. Lebensmonats des Kindes	€ 436,- pro Monat Fixbetrag, bei Mehrlingsgeburt zusätzlich € 218,- pro Monat ab dem zweiten Mehrlingskind	€ 16.200,- jährlich oder bis zu 60% des früheren steuerpflichtigen Einkommens	Für einkommensschwache Familien und Alleinerzieherinnen gibt es zusätzlich 12 Monate lang je € 180,- monatlich

Quelle: Arbeiterkammer, <http://www.arbeiterkammer.at/online/kindergeld-5-modelle-zur-wahl-50747.html>, (dl 06.06.2010)

Die Karenz endet nach der angemeldeten Dauer, spätestens mit dem vollendeten 24. Lebensmonat des Kindes. Das Modell der aufgeschobenen Karenz ermöglicht es dem betreuenden Elternteil, sich Zeit für das Kind zu nehmen, wenn diese benötigt wird. Dabei können drei Monate der Karenz aufgehoben und bis zum Ablauf des 7. Lebensjahres des Kindes verbraucht werden.

Bei unvorhergesehenen und unabwendbaren Ereignissen wie Schwierigkeiten, Todesfällen oder Erkrankungen kann der zweite Elternteil auf Verlangen die so genannte Verhinderungskarenz in Anspruch nehmen. Auch **Männer/Väter** haben heutzutage die Möglichkeit, mehr Zeit mit ihrem Kind zu verbringen.

Im Jänner 2006 haben 5.375 Männer das Kindergeld in Österreich bezogen, dies macht 3,25% von insgesamt 165.328 KindergeldbezieherInnen aus. Die Entwicklungen der letzten 15 Jahre zielen auf eine immer stärkere Einbindung der Väter in die familiäre Arbeit hin.⁵ Dabei ergab eine aktuelle Studie in Niederösterreich, dass nur ein Fünftel (18%) der Befragten (n=1.950 DienstnehmerInnen) das traditionelle Karenzmodell (Mutter bleibt die ganze Karenzzeit zu Hause) befürwortet, aber auch nur 1% ein reines Väterkarenzmodell als optimal empfindet. Der Großteil der Befragten sieht ein geteiltes Modell (31%) oder eine flexible Gestaltung (37%) als optimale Möglichkeit, Beruf und Kind innerhalb der Karenz zu verbinden. Zwei Drittel der Männer

5 Scambor & Faßhauer 2006, S.5

gaben an, dass sie grundsätzlich bereit wären, in Karenz zu gehen; viele von ihnen tun es aber dann aus verschiedenen Gründen doch nicht.

Dabei können sich, geht auch der Vater in Karenz, viele Vorteile ergeben. Nicht nur die Kinder profitieren in ihrer Entwicklung, weil sie durch präsente Väter zwei Bezugspersonen haben, auch die Frauen können sich dadurch ihren beruflichen Ambitionen widmen, und die Väter selbst erlangen eine höhere Lebensqualität, die sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken kann. Zudem wird das Bild der Männlichkeit langfristig fürsorglicher, weniger konkurrenzorientiert und dadurch auch weniger gewalttätig. Doch nicht nur die Familienmitglieder selbst, auch die Unternehmen können davon profitieren. Denn ein professioneller Umgang mit der Väterkarenz steigert die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens sowie seine Attraktivität als DienstgeberIn. So individuell die Lebenssituationen der Familien sind, müssen auch die Angebote an Kinderbetreuungseinrichtungen differenziert und breit gefächert sein, um geeignete Lösungen zu ermöglichen. Welche Form der Kinderbetreuung letztendlich bevorzugt wird, hängt von der Einstellung der Eltern ebenso ab wie von der Finanzierbarkeit, Verfügbarkeit und vom Alter des Kindes.

In Österreich steht ein vielfältiges Angebot an **außerfamiliärer Kinderbetreuung** zur Verfügung:

- Kinderkrippen, Spiel- und Kindergruppen (für 0- bis 2-Jährige)
- Kindergärten (für 3- bis 6-Jährige)
- Ganztagschulen und Nachmittagsbetreuung in Schulen oder Hortbetreuung für schulpflichtige Kinder
- altersübergreifende Betreuung durch Tagesmütter

Der aktuellen Kindertagesheimstatistik (2009/2010) zufolge stehen derzeit 8.075 institutionelle Kinderbetreuungseinrichtungen (ohne Saisontagesheime) zur Verfügung, wovon mehr als die Hälfte (4.887) zu den Kindergärten zählen. Im Fünfjahresvergleich zeigt sich, dass besonders die Anzahl der Krippen (+44,5%; aktuell 1.117 in Österreich) stark zugenommen hat. Dabei hat sich die Anzahl der Kindergartenstandorte nur mäßig erhöht (+10,9%), was durch einen 54,4%-igen Anstieg der altersgemischten Einrichtungen, in denen neben Kindergartenkindern auch Kinder im Vorschulalter oder nachmittags teilweise zusätzlich auch Schüler betreut werden, erklärbar ist.

Betrachtet man zusätzlich die *Entwicklung der Betreuungsquoten* der 3-, 4- und 5-Jährigen in den letzten zehn Jahren, kann man bei allen drei Alterskategorien beträchtliche Anstiege verzeichnen. Dabei erhöhte sich die Betreuungsquote der 3-Jährigen von 53,4% (1999) auf mittlerweile 77,7%. Bei den 4-Jährigen wurde in den letzten zehn Jahren ein Anstieg von 84,0 auf 93,8% vermerkt, bei den 5-Jährigen von 90,2 auf 93,9%.

Zu beobachten ist außerdem, dass Krippen und Horte hauptsächlich von **berufstätigen Eltern in Anspruch genommen werden**. Der Anteil an Hortkindern, deren Mütter berufstätig sind, liegt demnach bei 71,9%, bei Kindern in Krippen bei 65,1% und bei Kindergartenkindern bei 57,9%. Insgesamt liegt der Anteil der 3- bis 5-jährigen Kindergartenkinder mit berufstätiger Mutter im Vergleich zur gleichaltrigen Wohnbevölkerung bei 84,9%. Bei den 0- bis 2-Jährigen liegt der Prozentanteil bei 32,7%.

Unterschiede gibt es auch in regionaler Hinsicht. Dies beginnt einerseits bei der Verfügbarkeit außerfamiliärer Kinderbetreuungseinrichtungen und endet bei den Öffnungszeiten derselben. Im städtischen Bereich wird durch das größere Angebot an Kinderbetreuungsplätzen wie Kinderkrippen/-garten oder Hort und den flexibleren Öffnungszeiten die Möglichkeit einer institutionellen Kinderbetreuung mehr in Anspruch genommen und dient als wichtige Betreuungsalternative. Der ländliche Raum hingegen weist deutliche Defizite auf. In Wien haben neun von zehn Kindergärten pro Betriebstag acht und mehr Stunden geöffnet. In größeren Städten mit mehr als 20.000 EinwohnerInnen trifft dies auf drei Viertel der Kindergärten zu. Betrachtet man die Öffnungszeiten in ländlichen Regionen, so fällt auf, dass diese kürzer werden, je ländlicher die Region ist und dass sie somit schwer mit einer Vollzeitbeschäftigung der Eltern vereinbar sind. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf richtet sich nicht nur nach der Anzahl der Kinderbetreuungseinrichtungen, sondern noch vielmehr nach den Öffnungszeiten und Betriebstagen während der Ferienzeit. Im österreichischen Durchschnitt ergeben sich in Kindergärten etwa sieben Wochen Schließtage. Betrachtet man alleine die Schließzeiten während der Sommerferien, so ergeben sich mehr als fünf Wochen bei zwei Dritteln der Kindergärten im ländlichen Raum und bei mehr als der Hälfte im städtischen Bereich. Positiv fallen Kindergärten in Wien auf, wo über 57% im Sommer durchgehend geöffnet haben.

Eine Studie über die Einstellungen zum Erwerbsverhalten von Müttern kam zu folgenden Ergebnissen: Unterschiede gibt es vor allem zwischen selbstständig und unselbstständig erwerbstätigen Müttern. Dabei fällt

auf, dass selbstständig erwerbstätige Mütter großteils innerhalb eines Jahres wieder zu arbeiten beginnen bzw. sogar arbeiten müssen, um das eigene Unternehmen zu erhalten. Diese Frauen sind meist sehr berufsorientiert und kehren häufig aus Karrieregründen so bald wieder in den Berufsalltag zurück. Unselbstständig Beschäftigte bleiben häufig länger zu Hause, was von Müttern tendenziell positiv bewertet wird. Bei ihnen setzt der Wunsch, wieder einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, beim ersten Kind häufig ab einem Alter von 18 Monaten ein. Für einen weiteren Teil der Frauen stellt der zweite Geburtstag oft den Zeitpunkt des Wiedereinstiegs dar, jedoch bei vielen von ihnen eher deshalb, um ihren Arbeitsplatz nicht zu verlieren als aus freiem Willen. Diese Freiwilligkeit setzt bei Müttern häufig erst nach 2,5 bis 3 Jahren ein, erst dann halten sie es für angemessen, ihre Kinder in einer Betreuungseinrichtung unterzubringen.

Als generelles Motiv für den **Wiedereinstieg in das Berufsleben** zeigte eine Studie (Einstellungen zum Erwerbsverhalten von Müttern) den Wunsch; die bereits erworbenen beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung anzuwenden bzw. sich mitunter auch selbst zu verwirklichen. Auch finanzielle Notwendigkeiten werden als Begründung für den Wiedereinstieg gesehen.

Zudem rücken dabei auch langfristige finanzielle Aspekte in Form von Pensionsansprüchen in den Vordergrund und wirken somit mitentscheidend für die Dauer der beruflichen Unterbrechung. Eine Aufschiebung des Wiedereinstieges wird dabei häufig mit den Bedürfnissen des Kindes sowie mit dem eigenen Wunsch, selbst beim Kind zu sein, begründet. Aber auch der durch den Wiedereinstieg hervorgerufene Verzicht auf das Kinderbetreuungsgeld spielt eine Rolle.

Nach dem Wiedereinstieg ist außerdem eine deutliche Tendenz zu Teilzeitarbeit zu erkennen, wobei Vollzeitarbeit teilweise sogar ausdrücklich abgelehnt wird. In zahlreichen Fällen ist ein Fehlen an Möglichkeiten zur Teilzeitarbeit auch der Grund für einen Arbeitgeberwechsel. Häufig ist es für Mütter trotz Teilzeitbeschäftigung immer noch schwierig, Beruf und Familie zu vereinbaren. Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass höhere Betreuungsquoten von Kleinstkindern unter 3 Jahren häufig zu einem deutlich früheren Wiedereinstieg von Frauen ins Berufsleben führen und zusätzlich auf langfristiger Basis die Erwerbsbeteiligung von Müttern mit Kindern (im Alter von 3 bis 5 Jahren) erhöhen. Darüber hinaus steigt bei einer höheren Betreuungsquote gleichzeitig der Anteil der Vollzeitbeschäftigung. Frauen messen ihrer eigenen Berufstätigkeit einen höheren Stellenwert bei, denn im Vergleich zu den Männern (41%) erachten 50% der Frauen es sogar als sehr wichtig, selbst erwerbstätig zu sein. Ein weiterer Anstieg der Wichtigkeit lässt sich auch mit höherer Ausbildung feststellen (Frauen mit Matura: 85%, Frauen mit [Fach]Hochschulabschluss: 83%).

Frauen und Zeit

Jede Woche leisten in Österreich Personen ab 10 Jahren rund 186,5 Mio. Stunden an unbezahlter Arbeit. Damit übersteigt der Anteil an unbezahlten Leistungen mit 51% den der Erwerbsarbeit (49%). Zwei Drittel dieser unentgeltlichen Arbeit werden von Frauen verrichtet. Annähernd umgekehrt sieht das Verhältnis bei bezahlter Erwerbsarbeit aus: Hier stehen 39% der von Frauen verrichteten Arbeit 61% den von Männern geleisteten Arbeitsstunden gegenüber. Arbeit, die in die Familie investiert wird, unterscheidet sich von der bezahlten Erwerbsarbeit vor allem dadurch, dass sie vom Zeitbudget anderer Personen (d.h. vom Stundenplan der Kinder, von Krankheiten, Ferien etc.) abhängt und nicht en bloc zu erledigen ist. Sie ist auch schwer quantitativ darzustellen, weil vielfach verschiedene Tätigkeiten gleichzeitig verrichtet werden – z.B. Hausarbeit (Kochen, Putzen), Beaufsichtigung der Kinder, Lernbetreuung etc. Damit im Zusammenhang steht auch die Tatsache, dass Frauen ihren Zeitaufwand für Haushalt und Kinderbetreuung unterschätzen, während Männer diesen generell überschätzen.

In Österreich wird die Hauptlast der unbezahlten „care“-Arbeit von Frauen getragen, ihr Beitrag zur Aufrechterhaltung des Gesundheitssystems ist daher nicht zu unterschätzen. Diese Pflegearbeit betrifft sowohl kranke Erwachsene als auch kranke Kinder. Die Arbeitszeit und die damit verbundene Gesundheitsgefährdung durch Stress und Unfallrisiken im Haushalt geht für die meisten Frauen „nach Dienstschluss“ weiter.

Das geringere Zeitbudget, das Frauen für sich haben, erhöht ihre Anfälligkeit für Krankheiten, die im Zusammenhang mit Stress und Überforderung stehen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, erhöhter Cholesterinspiegel, Darmerkrankungen, Haltungs- und Gelenkschäden, Spannungskopfschmerz, geschwächte Immunkompetenz); dem Faktor Zeit ist daher in Bezug auf Frauengesundheit eine erhebliche Bedeutung beizumessen.

Frauen verbringen vor allem aufgrund der für Haushaltsarbeiten zusätzlich aufgewandten Stunden weniger Zeit als Männer mit Freizeitaktivitäten.

Frauen und Partnerschaft

Eine Partnerschaft stellt für einen Menschen eine hohe psychische und soziale Anforderung dar, da sich die Lebensphasen und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen verändern. Eine gemeinsame Entwicklung bei sich verändernder Umwelt bedeutet Arbeit und stellt sich nicht automatisch ein. Beziehungen sind von Rollenverteilungen gekennzeichnet, jede/r übernimmt ihren/seinen Part im gemeinsamen Leben. Die Gewichtung von Wünschen und Bedürfnissen ist je nach Sozialisation und Einstellung beider PartnerInnen sehr unterschiedlich ausgeprägt.

Der Wert von Ehe und Familie ist in den letzten Jahren gestiegen, obwohl gesellschaftliche Veränderungen auf das Gegenteil hindeuten könnten. Viele Menschen leben in langen monogamen Beziehungen – verheiratet oder in nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften, in denen es gilt, laufenden Anforderungen und Veränderungen gerecht zu werden und die Bindung und Zuneigung zueinander aufrecht zu erhalten. Was eine „erfolgreiche“ Partnerschaft ausmacht, ist subjektiv und von der jeweils aktuellen Lebenssituation abhängig.

Familienformen mit und ohne Kinder

Die Hälfte der 25- bis 29-jährigen und etwa 70% der 30- bis 49-jährigen Frauen lebten im Jahr 2008 in einer Partnerschaft. Bei den über 30-Jährigen stellt die Ehe die häufigste Lebensform dar. Die Vater-Mutter-Kind-Lebensphase fällt bei Frauen meist in die Lebensjahre 30 bis 49, bei Männern zwischen 35 und 54.

Tabelle 9: Familienformen von Frauen, 2008

Familienform	insgesamt in 1.000	ohne Kinder in 1.000	mit Kindern in 1.000	davon 1 Kind in %	davon 2 Kinder in %	davon 3 u. mehr in %
in Partnerschaft	2.030,0	900,9	1.129,1	45,0	38,5	15,5
15-24 Jahre	73,4	46,6	26,8	79,1	18,8*	(X)
25-49 Jahre	1.088,7	238,3	850,4	36,3	44,9	18,8
50 J. u. älter	867,9	616,0	251,9	71,0	23,4	5,6
verheiratet	1.711,8	726,5	985,2	43,1	40,4	16,5
15-24 Jahre	29,3	11,5	17,8	75,6	22,0*	(X)
25-49 Jahre	860,6	134,6	726,0	33,1	46,5	20,4
50 J. u. älter	821,9	580,5	241,4	70,6	23,7	5,7
in Lebensgemeinschaft	318,2	174,4	143,9	58,5	33,0	8,5
15-24 Jahre	44,1	35,1	9,0	86,0	(X)	(X)
25-49 Jahre	228,1	103,8	124,4	54,7	35,8	9,5
50 J. u. älter	46,0	35,5	10,5	79,6	(X)	(X)
Alleinerziehende Mutter	251,0			68,8	25,0	6,3
15-24 Jahre	9,3			81,1	(X)	(X)
25-49 Jahre	145,1			58,4	32,6	9,0
50 J. u. älter	96,5			83,1	14,1	(X)

Quelle: Bundesministerium für Frauen und Öffentlichen Dienst 2010: Frauenbericht 2010, S. 58

Legende: (X) = keine zuverlässigen Werte, *) stark zufallsbehafteter Wert

Über 2 Millionen Frauen (2.030.000) waren 2008 in Österreich in einer Partnerschaft (ohne mit dem Partner in einem gemeinsamen Haushalt zu wohnen), 44% davon ohne Kinder. Mehr als 1.129.000 Frauen leben in einer Partnerschaft mit Kind, 84% davon mit einem oder zwei Kindern. Der überwiegende Anteil von Frauen in einer Partnerschaft ist über 25 Jahre alt. Grundsätzlich zeigen Studien, dass diese Partnerschaftsform in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat - vor allem im höheren Alter.

Zirka 1.710.000 Frauen waren 2008 verheiratet, die überwiegende Mehrheit davon war wiederum über 25 Jahre alt. Mehr als die Hälfte dieser Frauen hat Kinder, 43% davon haben ein Kind, 40% haben zwei Kinder und über 16% haben drei und mehr Kinder. Drei Viertel der verheirateten Frauen ohne Kinder sind über 50, weitere drei Viertel der verheirateten Frauen mit Kindern sind zwischen 25 und 49 Jahre alt. Knapp über 318.000 Frauen lebten 2008 in einer Lebensgemeinschaft, wobei mehr als die Hälfte dieser Frauen kein Kind hat. Mehr als zwei Drittel der Frauen in einer Lebensgemeinschaft sind zwischen 25 und 49 Jahre alt.

251.000 Frauen in Österreich waren 2008 alleinerziehende Mütter, wobei mehr als zwei Drittel von ihnen mit einem Kind und 25% mit zwei Kindern leben.

In der Altersgruppe der 25- bis 49-jährigen Frauen ist der Anteil an in einer Partnerschaft lebenden Frauen bzw. der Frauen mit Kind im Haushalt zurückgegangen und die Anzahl der allein lebenden und der allein erziehenden Frauen gestiegen. Vier Fünftel der 25- bis 45-jährigen verheirateten Frauen leben mit ihrem ersten Partner zusammen, bei Frauen in einer Lebensgemeinschaft ist die gegenwärtige Partnerschaft oft nicht die erste. Über 70% der Frauen im Alter von 25 bis 45 Jahren haben bisher mit einer Partnerin bzw. mit einem Partner zusammengelebt.

Homosexuelle Beziehungen von Frauen

Homosexualität ist geschichtlich von Stigmatisierung, Diskriminierung und Ausgrenzung gekennzeichnet.

Wissenschaftlichen Schätzungen zufolge gab es zu jeder Zeit, in jeder Gesellschaft und in jeder Schicht homosexuelle Männer und Frauen. Studien belegen Prozentsätze zwischen 5 und 15%. Demnach wird angenommen, dass in Österreich mehr als eine dreiviertel Million Menschen homosexuell sind. Ein kleiner Teil dieser Personen lebt seine sexuelle Orientierung offen aus.

Es gibt kein österreichweites Antidiskriminierungsgesetz für homosexuell lebende und liebende Menschen - es gibt die Bundesverfassung, die alle BürgerInnen gleichermaßen gegen Diskriminierung schützt. Das österreichische Recht regelt die Gleichbehandlung von Mann und Frau sowie die Gleichbehandlung in Bezug auf Rasse, Religion, Hautfarbe oder natürlicher Behinderung. Einzelne Bundesländer haben diesbezüglich eigene Landesgesetze.

Die Europäische Menschenrechtskonvention spricht ein Diskriminierungsverbot aufgrund von sexueller Ausrichtung nicht direkt, sondern in Form von Ableitungen aus. Der Amsterdamer Vertrag, der am 1.5.1999 in Kraft getreten ist, verbietet Diskriminierung aufgrund von sexueller Orientierung explizit.

Ein Bundesgesetz regelt die Begründungen, die Wirkung und Auflösung von **eingetragenen Partnerschaften** gleichgeschlechtlicher Paare. Paare, die diese Form von Partnerschaft eingehen, verpflichten sich zu einer Lebensgemeinschaft mit Rechten und Pflichten. Beide PartnerInnen müssen volljährig und voll geschäftsfähig sein, ansonsten werden gesetzliche Vertretungen mit der Entscheidung beauftragt.

Die Personen dürfen nicht bereits verheiratet sein oder sich in einer anderen eingetragenen Partnerschaft befinden, es gibt klare Regelungen zu Verwandtschaftsbeziehungen. Unter der Anwesenheit beider Personen wird vor der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde (nicht beim Standesamt!) ein Protokoll der Erläuterungen angefertigt und von beiden PartnerInnen unterschrieben. Bedingungen oder zeitliche Begrenzungen sind nicht zulässig. Ein gemeinsamer Familienname ist nicht vorgesehen. Das Paar verpflichtet sich zu einem Vertrauensverhältnis, einem partnerschaftlichen, gemeinsamen Wohnen, zu Beistand und zur Ausgewogenheit ihrer Beiträge. Darüber hinaus gibt es Regelungen zu Kindern, zur gesetzlichen Vertretung, zum Wohnen und zur Mitwirkung im Erwerb sowie zu Unterhaltsansprüchen. Eine Auflösung kann aufgrund von Willensmängeln, Zerrüttung oder aus Gründen der Verschuldung gerichtlich beantragt werden.

In unserem Gesundheitssystem finden lesbische Frauen keine gesonderte Berücksichtigung. Medizinischem Fachpersonal ist wenig über die Lebenslage, über **gesundheitsbezogene Bedürfnisse oder spezifische Krankheitsrisiken** bekannt. Es gibt keine speziellen Einrichtungen für die sexuelle Gesundheit und keine

speziellen gynäkologischen Dienste, die auf lesbische Frauen zugeschnitten sind. Studienergebnisse zum Gesundheitsverhalten und zu Krankheitsrisiken aus dem angloamerikanischen Raum liegen zwar vor, sie sind jedoch nicht unmittelbar auf Österreich übertragbar. In diesen Studien wird davon ausgegangen, dass lesbische Frauen aus Angst vor Diskriminierung seltener zu Vorsorgeuntersuchungen gehen.

Migrantinnen

MigrantInnen sind Personen, die nicht aufgrund von Verfolgung, sondern aus anderen Motiven (z.B. Arbeit, Familie) ihr Land verlassen haben und nach Österreich gekommen sind. Diejenigen, die im Ausland geboren wurden, aber über die österreichische Staatsbürgerschaft verfügen, werden als „Bevölkerung mit ausländischer Herkunft“ bezeichnet. 15,4% der österreichischen Bevölkerung sind im Ausland geboren. Der Frauenanteil ist mit 15,7% geringfügig höher als jener der Männer (15,1%). Die Herkunftsländer der im Ausland geborenen Österreicher teilen sich wie folgt auf: Ca. 41% dieser Personengruppe stammen aus EU-Staaten, aus dem EWR oder aus der Schweiz, die restlichen 59% stammen aus Drittländern (Drittländer werden im Folgenden genauer erläutert). Innerhalb der EU gilt das Recht auf Freizügigkeit des Personenverkehrs, das heißt, EU-BürgerInnen können (mit einigen Übergangsregelungen für die neu beigetretenen Staaten) frei wählen, wo sie leben und arbeiten möchten. Im Jahr 2007 wurden in Österreich vor allem aus Ex-Jugoslawien (67%) und aus der Türkei (15%) stammende Personen eingebürgert. Insgesamt ein Drittel dieser Personen wurde bereits in Österreich geboren (bei der türkischen Gruppe sind dies sogar 47%). Die Integration bzw. die Einbürgerung erfordert eine Integrationsvereinbarung und beinhaltet eine Prüfung und einen Deutsch-Integrationskurs, den der Migrant/die Migrantin erfolgreich absolvieren muss. Im Jahr 2008 legten 3.900 Personen diese Prüfung ab, davon die Hälfte aus Ex-Jugoslawien und ein Viertel aus der Türkei.

Tabelle 10: Staatsangehörigkeit der österreichischen Bevölkerung 2005 und 2010

Staatsangehörigkeit	2005	2010
Insgesamt	8.201.359	8.375.290
Österreich	7.426.958	7.480.146
Nicht-Österreich	774.401	895.144
Ausländeranteil in %	9,4	10,7
EU-Staaten, EWR, Schweiz	234.795	343.397
Beitrittsländer bis 1995 (EU-14)	131.839	190.594
Deutschland	91.194	138.225
Beitrittsländer 2004 (EU-10)	67.791	98.506
Beitrittsländer 2007 (EU-27)	27.598	45.889
Schweiz, EWR (inkl. assoziierte Kleinstaaten)	7.567	8.408
Drittstaatsangehörige	539.606	551.747
Europa	440.616	436.258
ehem.-Jugoslawien (ohne Slowenien)	302.332	292.026
Türkei	116.544	112.150
sonstige europäische Staaten	21.740	32.082
Afrika	19.577	22.083
Amerika	14.631	17.793
Nordamerika	7.527	8.759
Lateinamerika	7.104	9.034
Asien	48.726	62.543
Ozeanien	1.139	1.368
unbekannt/ungeklärt/staatenlos	14.917	11.702

Quelle: Statistik Austria, Statistik des Bevölkerungsstandes, 01.01.2010

Der AusländerInnen-Anteil beläuft sich im Jahr 2010 auf 10,7% (= 895.144 Personen) der Bevölkerung (gegenüber 9,4% im Jahr 2005). Die größten Ausländerinnenanteile gibt es in der Gruppe der 0- bis 5-Jährigen (mit 12,5%), in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen (mit 12,1%) und in der Gruppe der 35- bis 49-Jährigen (mit 14,4%). Bei Frauen im Alter von 50 bis 64 Jahren sinkt der Ausländerinnen-Anteil auf 8,3%, bei den über 65-Jährigen auf 3%. Dieser kleine Anteil ist auch damit zu erklären, dass Gastarbeiterfamilien Österreich in den Pensionsjahren sehr oft verlassen und in ihr Herkunftsland zurückkehren. Die Zuwanderung führt in Österreich auch dazu, dass die „demografische Alterung“ abgeschwächt wird. Ohne Zuwanderung würde 2030 das Durchschnittsalter der Bevölkerung bei 47,4 Jahren liegen, mit Zuwanderung liegt es bei etwa 45 Jahren.

Migrantinnen in der Erwerbsbevölkerung

Die Erwerbsbeteiligung der ausländischen Bevölkerung in Österreich ist generell niedriger als die der österreichischen Staatsbürger: 66,5% der im Ausland Geborenen stehen ab dem erwerbsfähigen Alter im Berufsleben, gegenüber 73,5% der in Österreich Geborenen (Zahlen von 2008). Dabei sind Differenzierungen nach dem Herkunftsland möglich. Die zugewanderten Personen aus den EU-15-Ländern verfügen über eine Erwerbsbeteiligung von 72,7% und sind sehr gut in den Arbeitsmarkt integriert. Ein beträchtlicher Anteil (3/4) dieser Personen stammt aus Deutschland. EinwanderInnen aus Bosnien und Herzegowina weisen eine noch höhere Erwerbsbeteiligung in Österreich auf, nämlich 79,3%. 66,1% der Serben gehen einer beruflichen Tätigkeit in Österreich nach. Die Erwerbsbeteiligung der Personen aus den „neuen“ EU-Staaten von 2004 liegt bei 67,6%, die der Zugewanderten aus der Türkei bei knapp über 60%. Das bedeutet, dass letztere Gruppe eher schlecht am österreichischen Arbeitsmarkt integriert ist. Am schlechtesten, mit 57,8%, schneidet die Gruppe aus den übrigen Drittstaaten ab. Bei allen Herkunftsländern zeigt sich, dass die Erwerbsquote der Frauen unter jener der Männer liegt (10-17% Unterschied), am deutlichsten wird der Unterschied in der türkischstämmigen Bevölkerung, wo die Erwerbsquote der Frauen knapp über der Hälfte derjenigen der Männer liegt. Insbesondere die türkischen Frauen sind durch ihre fehlende Integration am Arbeitsmarkt schlechter in die Gesellschaft integriert. Die Arbeitslosenquote bei den Frauen in Österreich lag in den Jahren 2006 bis 2009 zwischen 6% und 6,5%. Der Ausländerinnen-Anteil an den arbeitslosen Frauen ist allerdings beachtlich hoch: Waren es in den Jahren 2006 und 2007 jeweils knapp über 15%, so stieg die Anzahl im Jahr 2008 auf 19,52% an. Ein Grund dafür ist die Finanz- und Wirtschaftskrise, in der insbesondere niedrig qualifizierte Arbeitskräfte – bei denen es sich sehr oft um Migrantinnen handelt - von Kündigungen betroffen waren. Im Jahr 2009 hat sich der Anteil wieder auf 16,67% reduziert.

Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl an bewilligungspflichtig beschäftigten Ausländerinnen im Jahr 2009 in Österreich:

Tabelle 11: Bewilligungspflichtig beschäftigte Migrantinnen, 2009

Beruf	bewilligungspflichtig beschäftigte Migrantinnen
Land- und Forstw.	4.032
Industrie, Gewerbe	14.057
Handel, Verkehr	6.287
Dienstleistungen	38.095
Technische Berufe	716
Verwaltung, Büro	5.718
Gesundheit, Lehrberuf	5.904

Unbestimmt	15.382
Gesamtsumme	90.191

Quelle: AMS Österreich, <http://iambweb.ams.or.at/ambweb/AmbwebServlet?trn=start>, (dl 01.10.2010)

Viele MigrantInnen in Österreich haben ihre Schul- oder Berufsausbildung in ihrem Herkunftsland absolviert. Die Anerkennung von Ausbildungen ist in Österreich ein schwieriges Unterfangen, vor dem sich viele betroffene Menschen scheuen, da sie sich keine positiven Auswirkungen versprechen. 70% der im Ausland Geborenen und in Österreich Lebenden haben ihre höchste abgeschlossene Ausbildung nicht in Österreich absolviert. Die Antragstellung zur Anerkennung nimmt Zeit und Kosten in Anspruch. Im zweiten Quartal 2008 haben ca. 131.000 ZuwanderInnen einen entsprechenden Antrag gestellt (dies entspricht 17%). Die gesetzlichen Regelungen sind unterschiedlich für EU- und Nicht-EU-BürgerInnen. Am häufigsten wagen diesen Schritt ZuwanderInnen aus den EU-15-Ländern (ein Drittel davon Deutsche).

Rund 330.000 der im Ausland geborenen und in Österreich lebenden Personen haben einen Pflichtschulabschluss, rund 270.000 einen Lehrabschluss, 98.000 einen Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule, 190.000 einen AHS- oder BHS- und 158.000 einen Universitäts- oder Hochschulabschluss. Besonders zu beachten ist jedoch der hohe Anteil derer (um 70% bei allen Ausbildungsgraden), die die entsprechende Ausbildung nicht in Österreich absolviert haben. Um die Integration in Österreich weiter voran zu treiben, wurde der verpflichtende Kindergarten bzw. das verpflichtende Kindergartenjahr eingeführt. Dies schafft einerseits den Abbau von sprachlichen Barrieren und fördert somit den Zugang zu Bildung für die Kinder und auch Freiräume für die betroffenen Mütter, die diese Stunden z.B. für ihre Berufstätigkeit nutzen können. ZuwanderInnen werden in Österreich im Durchschnitt auf einem geringeren Lohnniveau bezahlt. Ihr durchschnittliches Jahreseinkommen (17.598 EUR) liegt bei nur 85% des Jahreseinkommens in Österreich. Die am schlechtesten entlohnten Personen in Österreich stammen von anderen Kontinenten – sie erhalten ca. 77% des Durchschnitts (Daten von 2007). 12% der Bevölkerung in Österreich sind (aufgrund ihres Einkommens, das unter 60% des Medians des Durchschnittseinkommens in Österreich liegt) armutsgefährdet, in den ZuwanderInnengruppen ist diese Quote allerdings markant höher: bei den Personen aus Ex-Jugoslawien liegt sie bei 23% und bei Türkisch-Stämmigen sogar bei 36%. Zudem sind ZuwanderInnen in Österreich doppelt so häufig von manifester Armut (d. h. nicht nur von fehlenden finanziellen Mitteln, sondern ebenso von fehlender sozialer Teilhabe) betroffen. Einerseits sind es die niedrigen Ausbildungsniveaus, andererseits auch die Sprachprobleme, die als wesentliche Ursachen dafür zu nennen sind, dass AusländerInnen in vielen Fällen nur schlecht entlohnte Anstellungen bekommen. 49% aller MigrantInnen sind als HilfsarbeiterInnen tätig, bei Nicht-EU-AusländerInnen sind es sogar 62% (hingegen bei der österreichischen Bevölkerung nur 17%). Diese Situation verbessert sich jedoch durch die Einbürgerung kaum. Migration bringt drei bedeutende Aspekte für betroffene Menschen mit sich: Viele MigrantInnen in Österreich haben ein höheres Risiko, von sozialer Ungleichheit betroffen zu sein, sprachliche Barrieren und kulturelle Unterschiede erschweren die Integration und wirken sich auch auf Gesundheit bzw. Krankheit aus.

Migration und Gesundheit

Wie die Armutsgefährdung die Gesundheit bedroht und warum „arme“ Personen zu einem risikoreicheren Gesundheitsverhalten neigen, wird im vorliegenden Bericht genau erarbeitet. Hinzu kommt bei MigrantInnen der kulturelle Unterschied, welcher zu einem unterschiedlichen Verständnis von Gesundheit und Krankheit führt und relevante Auswirkungen auf das Thema Vorsorge hat. Zudem gibt es (teils erhebliche) Sprachbarrieren, die den Zugang zu und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erschweren. Die Auswanderung und das Verlassen der eigenen Heimat sind immer mit Belastungen und Risiken, aber auch mit Chancen (z.B. auf eine bessere Gesundheitsversorgung) verbunden. Der Migrationsprozess erfordert eine ständige individuelle Anpassungsleistung und beeinflusst somit (teilweise negativ) die physische und die psychische Gesundheit der betroffenen Personen. Die Migration als solche macht Menschen allerdings nicht krank. MigrantInnen nutzen die Gesundheitseinrichtungen anders als ÖsterreicherInnen: Bera-

tungsstellen und Präventionsangebote werden weniger frequentiert, dafür werden Unfallambulanzen und Akutversorgungsangebote häufiger genutzt. Zu den besonderen Herausforderungen im Bereich Gesundheit und Migration zählt es, die Sprach- und Verständigungsbarrieren abzubauen, sowie die Versorgung und den Zugang zu Gesundheitsleistungen für die betroffenen (schlechter versorgten) Gruppen zu sichern. Eine weitere Herausforderung ist die Motivation dieser Bevölkerungsgruppen zu Gesundheitsförderung und Prävention. Eine besondere Situation hinsichtlich der Gesundheitsversorgung ergibt sich für **Asylwerberinnen**. Asylwerberinnen, die aus den verschiedensten Gründen ihre Heimat verlassen haben, um in einem anderen Land Schutz zu suchen machten in Österreich im Jahr 2009 mit 4.870 Frauen fast ein Drittel der Gesamtzahl aller neu nach Österreich kommenden Flüchtlinge aus. Ebenso wie Männer werden manche von ihnen als Angehörige von Oppositionsbewegungen inhaftiert, gefoltert bzw. verfolgt. Andere sind Ehefrauen politisch Verfolgter, Angehörige religiöser oder ethnischer Minderheiten, Opfer von Bürgerkriegen. Vergewaltigung ist eine Form gezielter Demütigung, der besonders Frauen unterworfen sind. Weitere spezifische Fluchtgründe für Frauen sind Zwangsverheiratung und Beschneidung. Grundsätzlich gilt: Asylwerberinnen und Asylwerber sind genauso krankenversichert wie ÖsterreicherInnen. Jedes Bundesland bekommt nach einem Quotensystem die Anzahl der zu versorgenden Flüchtlinge zugeteilt. In den meisten Bundesländern leben Flüchtlinge in Flüchtlingsunterkünften am Land, oft in ehemaligen Urlaubspensionen in abgelegenen Gegenden. Dies erschwert natürlich jeglichen Arztbesuch, da Fahrtkosten durch die Grundversorgung nur in Ausnahmefällen übernommen werden. Derzeit ohne e-card, müssen AsylwerberInnen vor dem Arztbesuch bei der jeweiligen Gebietskrankenkasse um einen Krankenschein ansuchen - ein weiterer Amtsweg, der wiederum insbesondere den am Land lebenden Asylwerberinnen den Arztbesuch erschwert. Das größte Problem bei medizinischen Terminen aller Art ist die Sprachbarriere.

Derzeit gibt es in allen Bundesländern, außer in Vorarlberg, zumindest eine Einrichtung, die auf dolmetschgestützte und meist traumazentrierte Psychotherapie spezialisiert ist. Posttraumatische Störungen äußern sich auf psychischer und somatischer Ebene – insofern stellen die Therapiezentren häufig auch eine erste Anlaufstelle dar, wo über körperliche Probleme gesprochen wird und eine entsprechende Weiterleitung erfolgen kann. Alle diese Zentren sind hoffnungslos überlaufen. Obwohl es weniger weibliche als männliche Flüchtlinge gibt, machen Frauen in den Zentren meist die Hälfte aller KlientInnen aus.

Jedes vierte Kind, das in Österreich zur Welt kommt, hat eine Mutter mit ausländischer Staatsbürgerschaft. Während insgesamt ein massiver Geburtenrückgang zu verzeichnen ist, wird in Zukunft in den Kreißzimmern der Anteil an Migrantinnen unter den Gebärenden weiter steigen (die genaue Schilderung dieser Tatsache wurde in diesem Kapitel bereits dargestellt).

Migrantinnen, die ihr Kind in einem fremden Land auf die Welt bringen, haben spezielle Erwartungen und Bedürfnisse, die durch ihre soziokulturellen Hintergründe und durch ihre Geschichte geprägt sind. Es lässt sich aber keinesfalls von einer homogenen Gruppe namens „Schwangere Migrantinnen“ sprechen. Das Personal fühlt sich bei der Arbeit mit Migrantinnen nicht selten gestresst, belastet und überfordert. Als Gründe dafür werden am häufigsten Zeitdruck, Pflicht zu rechtlicher Absicherung oder emotionale Belastung genannt.

Sprache, Familienangehörige sowie Konflikte in Bezug auf das Mann-Frau-Rollenverhältnis sind die größten Hindernisse bei einer optimalen Betreuung. Die Ausübung der Religion, „fremde“ Bräuche und/oder ein erhöhter Zeitaufwand werden von GeburtshelferInnen teilweise als Betreuungs-Hindernisse wahrgenommen, stellen aber nur für wenige der Befragten „große Herausforderungen“ dar.

Die mit Abstand größte Schwierigkeit ist die sprachliche Kommunikation. Verständigungsprobleme beeinträchtigen die Betreuungsqualität enorm, wie sich aus zahlreichen Berichten der Hebammen, ÄrztInnen und Pflegekräfte schließen lässt. Leider kommen als Folge des Dolmetscher-Mangels viel zu häufig „Zufalls-DolmetscherInnen“ zum Einsatz, beispielsweise angehörige Kinder oder auch die Reinigungskraft von der Nachbarstation. Die Qualität der Übersetzung leidet darunter. Intimität und Rücksicht auf Schweigepflichten können in diesen Fällen nicht gewährleistet werden.

Eine weitere Herausforderung für das Pflegepersonal stellt die hohe BesucherInnenrate bei Migrantinnen auf Entbindungsstationen dar. BesucherInnenanzahl, -fluktuation, -zeiten, und -verhalten werden als störend empfunden, und ein reges „Kommen und Gehen“ ist auf den Geburtshilfestationen, vor allem aber im Kreißzimmer, beim Personal nicht erwünscht. In einigen Fällen fühlt sich weibliches Fachpersonal von männlichen Angehörigen oft respektlos behandelt und nicht ernst genommen.

Das Fachpersonal benötigt mehr, bessere und jederzeit verfügbare DolmetscherInnen. Eine weitere wichtige Maßnahme ist die Förderung der interkulturellen Kompetenz beim Fachpersonal, was schon in den Führungsetagen der Krankenhäuser beginnen sollte. Informationsbarrieren sollten so weit wie möglich abgeschafft werden. Schwangere Migrantinnen besuchen in der Regel keinen Geburts- oder Stillvorbereitungskurs. In vielen Fällen haben Zugewanderte keine Familienangehörigen in Österreich und leben in sozialer Isolation. Es wäre wichtig, die Potentiale der Geburtsbetreuung als Integrationschnittstelle besser zu nutzen.

Migration ist vor allem dann mit psychischen und körperlichen Erkrankungen assoziiert, wenn sie mit Benachteiligung in verschiedenen Lebensbereichen verbunden ist. Einig sind sich ExpertInnen darin, dass Migration ein wichtiger Faktor in der Genese psychischer/körperlicher Krankheiten sein kann, da ein Teil der Migrationsbevölkerung großen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt ist durch mehr kritische „life events“, eine unsichere Aufenthaltssituation, eine prekäre Arbeits- und Wohnsituation, sozioökonomische Probleme sowie durch sprachliche Schwierigkeiten und einen hohen Segregationsgrad.

Nach wie vor gibt es nur wenige Daten über die Prävalenz psychischer Störungen bei MigrantInnen. Die vorhandenen Daten lassen für Österreich den Schluss zu, dass Frauen aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawiens sowie aus der Türkei physisch wie psychisch mehr belastet sind. Dem Bericht zur psychischen Gesundheit in Wien zufolge leiden insbesondere Frauen türkischer Staatsbürgerschaft überdurchschnittlich häufig an Alltagsstress, sie fühlen sich stärker durch Lebensereignisse belastet und sind mit ihrem Leben unzufrieden. Angst, Nervosität, Unruhe und Unbehagen sind bei türkischen Migrantinnen am häufigsten festzustellen. Überdurchschnittlich häufig weisen türkische Staatsbürgerinnen sowie Frauen mit anderer Staatsbürgerschaft starke Schlafstörungen auf; eine starke Betroffenheit von Konzentrationsstörungen unter diesen Frauen wurde ebenfalls festgestellt. Die psychischen Probleme lassen nicht allein auf die Zuwanderung zurückführen, sondern auf ein multikausales Bedingungsgefüge aus sozial benachteiligter Lebenssituation und Belastungen durch die Zuwanderung selbst. Migrantinnen weisen gleichzeitig – vor allem bei Psychopharmaka und Schmerzmitteln – einen höheren Medikamentenkonsum auf, wobei sich generell zeigt, dass dieser mit geringerer Schulbildung und höherem Alter korreliert.

Gewisse Angebote der Gesundheitsversorgung und -förderung sind Frauen mit Migrationshintergrund unbekannt, zu hochschwellig bzw. aus kulturellen, sozialen oder anderen Gründen für sie nicht sichtbar.

Im Hinblick auf die gesamte Lebensspanne zeigen sich europaweit höhere Prävalenzraten psychischer Erkrankungen bei MigrantInnen als bei Einheimischen (50,8% vs. 42,5%). Insbesondere bei Depressionen und somatoformen Störungen liegen bei MigrantInnen erhöhte Prävalenzzahlen vor (affektive Störungen 17,9% vs. 11,3%; somatoforme Störungen 19,9% vs. 10,3%).

Bei Kriegsflüchtlingen, politisch Verfolgten und illegalen Zuwanderern wird aufgrund von Traumatisierungen von einer höheren Morbidität – insbesondere hinsichtlich posttraumatischer Belastungsstörungen – ausgegangen. Die Somatisierungsstörung ist ebenfalls eine häufige Erkrankung unter MigrantInnen und wird in der stationären Rehabilitationsbehandlung derselben als eine der häufigsten Diagnosen gestellt.

MigrantInnen erhalten mehr Notfalleistungen, jedoch weniger ambulante psychotherapeutische und rehabilitative Behandlungen, weshalb eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung als unbedingt notwendig angesehen wird. Transkulturell kompetente Institutionen sowie eine Ausweitung von muttersprachlichem Fachpersonal in Gesundheitseinrichtungen können dazu beitragen, eine Chancengleichheit für MigrantInnen hinsichtlich der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Wichtig wären ein erleichterter niederschwelliger Zugang, Kultursensitivität und Kulturkompetenz, ein multikulturelles Behandlungsteam, FachdolmetscherInnen, eine stärkere Kooperation der Gesundheits- und Sozialdienste, eine Beteiligung der Betroffenen und Angehörigen, Selbsthilfegruppen für MigrantInnen und eine verbesserte Forschung in diesem Themenbereich.

Migrantinnen sind im Falle **familiärer Gewalt** in einer besonders verletzlichen Situation, die meist durch eine besondere Abhängigkeit vom Weiterbestand ihrer Ehe gekennzeichnet ist, da diese Frauen häufig (noch) keinen eigenständigen Zugang zum Arbeitsmarkt haben.

Mit Inkrafttreten des Fremdenrechtsänderungsgesetzes 2009 (1.1.2010) wurde die Rechtslage für nachgezogene Familienangehörige novelliert: Nachgezogene Familienangehörige haben nunmehr ein eigenständiges Aufenthaltsrecht. Das bedeutet, dass auch dann, wenn die Voraussetzungen für den Familiennachzug wegfallen (Scheidung; Tod des Ehepartners), die nachgezogene Frau ihr Aufenthaltsrecht nicht verliert, auch

wenn sie erst kurze Zeit hier lebt. Allerdings muss sie alle Voraussetzungen für den Erhalt einer Niederlassungsbewilligung selbst erfüllen, d.h. sie muss eine ortsübliche Wohnung, ein Einkommen in der vom Gesetz geforderten Höhe und eine Krankenversicherung nachweisen. In Ausnahmefällen ist trotz Nicht-Erfüllung der Voraussetzungen der Aufenthaltstitel auszustellen: im Todesfall des zusammenführenden Ehepartners oder im Fall einer Scheidung aus überwiegendem Verschulden des zusammenführenden Teils oder wenn besonders berücksichtigungswürdige Gründe vorliegen (wobei familiäre Gewalt explizit als solcher Grund angeführt ist) oder wenn die Frau Opfer einer Zwangsehe ist.

Rechtsberatungen in den Bereichen Aufenthalts- und Ausländerbeschäftigungsrecht stellen einen besonderen Schwerpunkt der Beratung misshandelter Migrantinnen dar. Für Migrantinnen, die durch Gewalt, Drohung, Ausnützung ihrer starken Abhängigkeit oder durch Täuschung zur Prostitution in Österreich angehalten werden sowie Migrantinnen, die durch Heiratshandel, Handel in Hausangestelltenverhältnisse oder andere Beschäftigungsverhältnisse nach Österreich gebracht worden sind und hier unter Bedingungen krasser Ausbeutung leben müssen, wurde eine spezielle Opferschutzeinrichtung geschaffen: die Interventionsstelle für Betroffene des Frauenhandels. Das Angebot umfasst psychosoziale, gesundheitliche und rechtliche Beratung und Unterstützung bis hin zur Hilfestellung bei einer allfälligen Integration in Österreich oder Vorbereitung der Rückkehr in die Herkunftsländer.

Frauen und Behinderung

Trotz eines wachsenden gesellschaftlichen Bewusstseins für Barrieren und der Propagierung von Maßnahmen zur Förderung von Gleichstellung sind ganz besonders Frauen mit Behinderungen von alltäglichen Diskriminierungen und von sozialer Ausgrenzung betroffen, sei es durch einzelne Personen, durch Institutionen oder durch Strukturen, sei es im öffentlichen Raum, im Beruf, in der Freizeit oder in der Familie. Sie sind häufiger institutioneller, häuslicher wie auch sexueller Gewalt ausgesetzt als nicht behinderte Frauen. Besonders hervorzuheben ist, dass Mädchen und Frauen mit Behinderungen vielfach in prekären Verhältnissen leben oder im „Schutz“ der Familie verschwinden und somit weniger im öffentlichen Raum sichtbar sind. Frauen mit Behinderungen werden im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Kindern diskriminiert. Mehr als bei Männern mit Behinderungen haben sie in Zusammenhang mit Liebe, Freundschaft, Sexualität und Partnerschaft mit Vorurteilen zu kämpfen.

Definition von Behinderung (die nicht als Krankheit zu verstehen ist)

Die Eigenschaft Behinderung ist, genauso wie das Geschlecht, als soziale Kategorie zu verstehen. Die Kategorie Behinderung dient dazu, Abweichungen von der weiblichen und männlichen Normalität zu definieren und zu klassifizieren. Somit richtet sich der Blick auf zu eine als abweichend definierte Minderheit.

Zur Erfassung von Behinderung sind aus medizinischer Sicht besonders die Definition von Behinderung durch die WHO und aus sozialwissenschaftlicher Perspektive jene der Disability Studies hilfreich. Die ICF-Klassifikation bezieht sich in ihrem Modell von Behinderung auf vier Ebenen:

- die Körperfunktion (bezieht sich auf Schädigung),
- die Körperstruktur (funktionelle Einschränkung und Behinderung),
- Aktivität und Teilhabe (Interaktion mit dem Umfeld) sowie
- Umweltfaktoren (z.B. Einflussnahme auf den Zustand durch die Produktions- und Erwerbssituation).

Dieses Modell hebt besonders die sozialen Auswirkungen von Behinderung in den Vordergrund und impliziert somit ein multifaktorielles Modell von Behinderung.

Einen sozial- und kulturwissenschaftlichen Ansatz zur Erfassung des Phänomens Behinderung bieten die Disability Studies an. Die interdisziplinär und emanzipatorisch ausgerichteten Disability Studies identifizieren drei unterschiedliche Modelle, die sich in der alltäglichen, politischen und wissenschaftlichen Wahrnehmung von Behinderung manifestieren.

Das medizinische Modell versteht Behinderung als krankhafte Störung des Individuums, die eine Krankheit, eine Schädigung oder eine Funktionsbeeinträchtigung sein kann. Im Fokus: individuelle Beeinträchtigungen. Das soziale Modell geht hingegen davon aus, dass Behinderung nur künstlich konstruiert ist. Dieses Modell weist darauf hin, dass unabhängig von individuellen körperlichen Eigenschaften bestimmte soziale Handlungsweisen, gesellschaftliche Strukturen und Institutionen so gestaltet sind, dass manche Menschen von diesen per se ausgeschlossen werden. Im Fokus sind dabei „Behinderungen“ durch die Umwelt. Im kulturellen Ansatz werden Menschen mit Behinderungen als kulturelle Minderheit definiert: Behinderung als individuelles Schicksal oder als prekäre soziale Randposition; im Fokus liegen hier Ausgrenzungs- und Stigmatisierungsprozesse.

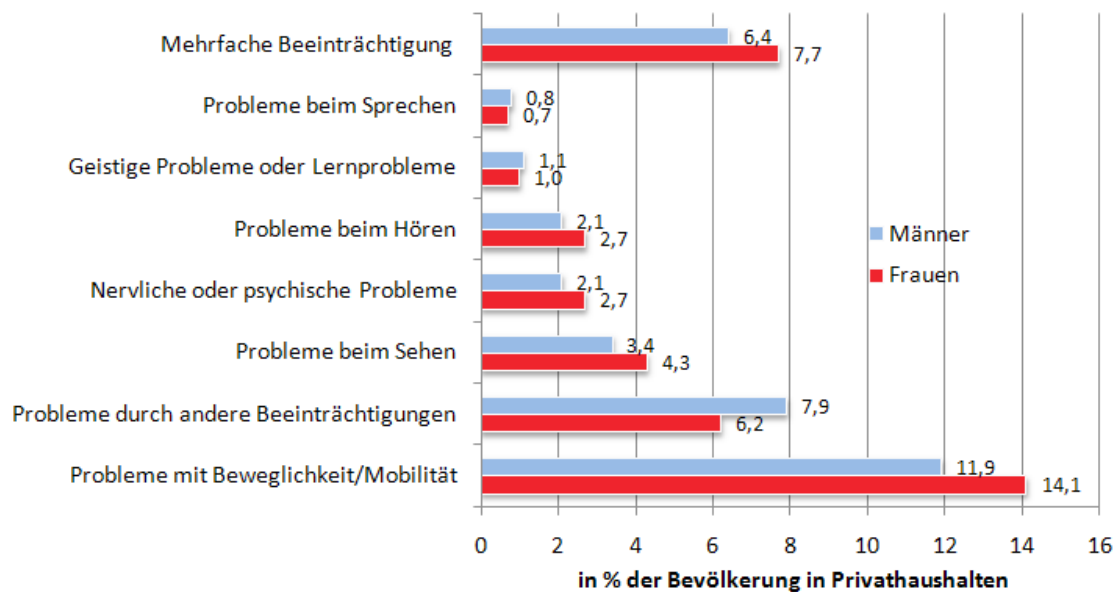
Generell umfasst das Merkmal Behinderung neben den individuellen Beeinträchtigungen kulturelle, gesellschaftliche und ausgrenzende soziale und ökonomische Aspekte sowie strukturelle Barrieren im Zugang zu Gebäuden, Veranstaltungen, Berufen, u.a. auch im Gesundheitsbereich.

Lebenslagen von Frauen mit Behinderung

Die Vereinten Nationen schätzen, dass im Durchschnitt 10% der Bevölkerung mit einer körperlichen, psychosozialen, intellektuellen oder einer Sinnesbehinderung leben.

In einer Mikrozensususerhebung gaben 20,5% der Befragten an, mit einer dauerhaften Beeinträchtigung zu leben, das sind hochgerechnet 1,7 Mio. Personen der österreichischen Wohnbevölkerung.

Abbildung 12: Dauerhafte Beeinträchtigung nach dem Geschlecht



Quelle: Barbara Leitner: Statistische Nachrichten 12/2008. Statistik Austria. Wien 2008, S. 1133

Frauen sind erheblich mehr als Männer mit mobilen Beweglichkeitseinschränkungen (14,1%) konfrontiert. Frauen sind auch stärker dauerhafter Beeinträchtigung beim Sehen (4,3%), beim Hören (2,7%) sowie von nervlichen und psychischen Problemen (2,7%) betroffen. Von Mehrfachbeeinträchtigungen (7,7%) sind auch vorrangig ältere, allein lebende Frauen betroffen, so die statistische Auswertung.

Die Sondererhebung zeigt, dass mit steigendem Alter der Anteil der Frauen zunimmt, die eine dauerhafte Beeinträchtigung angeben. Bei den unter 20-Jährigen beträgt der Anteil bei den Frauen 4,5% (Männer 6,2%). In der Altersgruppe der 20- bis unter 60-Jährigen fühlen sich 14,7% der Frauen (16,3% der Männer) beeinträchtigt. In den Altersgruppen der unter 60-Jährigen sind die Männer somit etwas stärker betroffen als

die Frauen. In der Altersgruppe der ab 60-Jährigen weisen Frauen etwas häufiger dauerhafte Beeinträchtigungen auf (Männer 48,3%; Frauen 48,5%).

Durch die höhere durchschnittliche Lebenserwartung der Frauen (2006: 82,6 Jahre) steigt hier sowohl die Wahrscheinlichkeit, mit einer Beeinträchtigung zu leben als auch die Anzahl der Jahre, die mit einer Beeinträchtigung einhergehen können. Mehrfache Beeinträchtigungen in höherem Alter und die Wahrscheinlichkeit, eher alleine zu leben, bedeuten ebenfalls einen erhöhten Versorgungsbedarf in dieser Bevölkerungsgruppe.

Bei der Frage nach subjektiv empfundenen Benachteiligungen und Diskriminierungen gab mehr als jede vierte behinderte Person an, ständig Probleme in der Freizeit zu haben (das betrifft alle Formen von Spiel-, Freizeit- und Erholungsaktivitäten, z.B. das Betreiben eines Sports, Museums- oder Theaterbesuche, Reisen oder Hobbies). Ca. 16% klagten über Barrieren im öffentlichen Verkehr. Mehr als 12% haben Probleme bei der Benützung ihrer Wohnung oder ihres Hauses und mehr als 10% bei der Benützung von öffentlichen Gebäuden. Insgesamt ist der Prozentsatz von Befragten, die Probleme in den angeführten Lebensbereichen angeben, bei Menschen mit Sprachbehinderungen am höchsten, gefolgt von Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen oder mit Lernbehinderungen.

Menschen mit Behinderungen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, sind in der Mikrozensushebung nicht enthalten. Bundesweit werden die Personen, die in Einrichtungen leben, nicht einheitlich erfasst, somit können keine konkreten Aussagen über diese Personengruppe getroffen werden. Einschränkend ist festzuhalten, dass vergleichbare empirische Daten, die eine differenzierte Auskunft über die Lebenslage von Kindern, Jugendlichen, Frauen und Männern wie auch von älteren Menschen mit Behinderungen oder auch von Menschen in betreuten Einrichtungen geben könnten, nicht vorhanden sind. Die dezentrale Planung und Steuerung der Behindertenhilfe, die Komplexität der Thematik und der Personengruppe erschweren die Generierung vergleichbarer statistischer Daten.

Frauen mit Behinderungen werden durch behinderungsspezifische, individuelle, strukturelle als auch durch geschlechtsspezifische Benachteiligungen zusätzlich belastet. Die Lebenssituation von Frauen mit Behinderungen unterscheidet sich in vielen Aspekten von der nicht behinderter Menschen und auch von der von Männern mit Behinderungen: Dies betrifft sowohl ihre Sozialisation, ihren Zugang zu Bildung, ihre Situation auf dem Arbeitsmarkt als auch ihre gesellschaftliche Teilhabe und ihre Möglichkeit zur Interessenvertretung, aber auch die gesellschaftlichen Erwartungen, die an sie gestellt werden. Im Vergleich zu männlichen Behinderten weisen Frauen mit Behinderungen einen höheren Unterstützungsbedarf auf. Behinderte Frauen sind anderen fremdbestimmten wie auch diskriminierenden Lebensumständen ausgesetzt als behinderte Männer, was folgende Faktoren beinhalten kann:

- gesellschaftliche Schönheitsnormen und Körperbilder,
- Erwerbsarbeit und Ausbildung,
- Liebesbeziehung und Leben in Partnerschaft,
- Schwangerschaft und Mutterschaft,
- Gewalterfahrungen und
- Hilfe- und Pflegebedarf behinderter Frauen

Eine Erhebung der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen zeigt, dass für sie sowohl die strukturellen Voraussetzungen als auch die individuellen Lebensbedingungen ungleich gestaltet sind. Sie sind generell unzufriedener mit ihrem Leben und mit ihrer Lebenssituation und fühlen sich stärker von sozialer Ausgrenzung betroffen als nicht behinderte Menschen.

Bei Frauen lässt sich annehmen, dass sie häufiger über eine noch geringere Qualifikationen verfügen, ihr Einkommen durchschnittlich noch niedriger ist, sie ihre Wohnsituation als belastend bzw. prekär beurteilen und die Armutsgefährdungsquote deutlich höher ist als bei nicht behinderten Menschen oder bei Männern mit Behinderungen. Armut erhöht das Risiko, dass körperliche und psychische Beeinträchtigungen auftreten; das Bestehen einer Behinderung wiederum erhöht das Armutsrisiko.

Der österreichischen Stichprobe der EU-SILC-Erhebung 2008 zufolge leben rund 837.000 Personen in Haushalten mit behinderten Familienmitgliedern. 13% dieser Haushalte leben in manifester Armut (im Gegensatz zu 6% der Gesamthaushalte), 28% kritisieren einen Mangel an gesellschaftlicher Teilhabe und 6%

beklagen ein zu geringes Einkommen. Die Sozialleistungen wie z.B. das Pflegegeld tragen vielfach gerade bei behinderten Menschen dazu bei, dass diese nicht unter armutsgefährdeten Bedingungen leben müssen. Soziale Transferleistungen und Aktivierungsmaßnahmen sind wichtige Faktoren zur Verbesserung und Sicherung der ökonomischen Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen und ihrer Familie, dennoch werden die fehlende Integration und der soziale Ausschluss beklagt. Frauen mit Behinderungen sind häufiger von Armut, Gewalterfahrungen, schlechter Ausbildung (und niedrigen Bildungsabschlüssen), Arbeitslosigkeit, sozialer Ausgrenzung und psychischen Erkrankungen betroffen. Ein ungleicher Zugang zur Erwerbstätigkeit führt dazu, dass viele Frauen mit Behinderungen aus eigener Kraft kein ausreichendes Einkommen erzielen können. Da Erwerbsarbeit eine zentrale Vermittlungsinstanz für materielle und soziale Teilhabechancen im österreichischen Gesellschaftssystem darstellt, spielen die Integration in und die Exklusion aus der Erwerbstätigkeit eine bedeutende Rolle.

Frauen mit Behinderungen sind seltener erwerbstätig als Männer mit Behinderungen, sie machen nur ein gutes Drittel der beim AMS vorgemerkten arbeitslosen Personen mit Behinderungen aus. Arbeitslose Frauen mit Behinderungen beziehen die geringsten finanziellen Leistungen (der durchschnittliche Arbeitslosengeld-Tagsatz 2009 betrug 18,90 Euro). Sie bekommen seltener krankheitsbedingte Pensionen, und ihr durchschnittlicher Leistungsbezug aus diesen Pensionen ist nur etwa halb so hoch wie der von Männern. Im Juni waren etwa 38% der beim AMS gemeldeten Personen mit Beeinträchtigungen Frauen (12.940 Frauen im Vergleich zu 20.767 Männern). Ihre Verweildauer in der Arbeitslosigkeit ist im Vergleich zu Frauen ohne Beeinträchtigung ebenfalls länger (127 Tage bei Frauen mit Behinderungen, 88 Tage bei Frauen ohne Behinderungen). Viele Frauen mit Behinderung kommen nur am zweiten oder dritten Arbeitsmarkt unter, oder aber sie „verschwinden“ ohne Erwerbsarbeit im Schutz ihrer Familien bzw. in deren Abhängigkeit.

Einschränkend ist festzuhalten, dass es DIE typische Frau mit Behinderungen nicht gibt. Neben dem Geschlecht ist die individuelle Lebenslage beeinflusst von der sozialen Zugehörigkeit der Herkunftsfamilie, vom Bildungsgrad, von der Art und vom Grad der Beeinträchtigung und von der Strukturierung und Ausrichtung von Unterstützungsangeboten der Behindertenhilfe und -politik. Die noch immer praktizierte gesellschaftliche Segregation und die Barrieren bei der Benützung von öffentlichen Institutionen fördern den sozialen Ausschluss.

Ein besonders sensibles und tabuisiertes Thema umfasst die Tatsache, dass viele Frauen mit einer Behinderung neben ihren vielfachen Beschränkungen im Alltag auch verschiedenen Formen implizierter, struktureller und sexueller Gewalt ausgesetzt sind. Gefördert durch die Abhängigkeit von der Hilfe anderer, durch das fremdbestimmte Leben in Institutionen, durch eine prekäre Lebenssituation und durch finanzielle Abhängigkeiten machen Frauen mit Behinderungen öfter persönliche Gewalterfahrungen als Frauen ohne Behinderungen.

Entgegen häufigen Annahmen und entgegen den Sozialisationserfahrungen, als sexuelle „Neutren“ gesehen zu werden, sind Frauen und Mädchen mit Behinderungen einem viel größeren Risiko ausgesetzt, sexuellen Missbrauch zu erleiden als ihre Geschlechtskolleginnen ohne Behinderungen. Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen stellen dabei die am häufigsten von Missbrauch betroffene Personengruppe dar. Fördernde Faktoren dafür könnten sein, dass sie nie gelernt haben, auf die Einhaltung ihrer eigenen (Körper-) Grenzen pochen zu dürfen und selbstverantwortlich Entscheidungen für sich selbst zu treffen. Zudem ist der Missbrauch von Personen mit Behinderungen stark tabuisiert. Menschen mit Behinderungen erleben Einschränkungen bei der körperlichen Verteidigung und/oder bei der Kommunikation. Ihre Sozialisation ist von gelernter Hilflosigkeit und von Folgsamkeit geprägt. Häufig ist ihr Gefühl für ihren persönlichen Raum nur unzureichend entwickelt. Nicht zu vergessen sind ebenso Mobbing in der Ausbildung und am Arbeitsplatz wie auch Übergriffe im öffentlichen Raum. Die Möglichkeiten der Flucht sind vielfach eingeschränkt, und das Selbstbewusstsein ist oftmals durch die ständige Abhängigkeit von fremder Hilfe wenig ausgeprägt.

Herausforderungen und Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen mit Behinderungen

Bauliche Barrieren, Probleme in der Kommunikation und im Verständnis wie auch ökonomische Benachteiligung und gesellschaftlicher Ausschluss können den physischen und psychischen Zugang zur Gesundheitsver-

sorgung erschweren wie auch, aufgrund geschlechtsspezifischer ungleicher Arbeitsteilung in der Familie, zur Potenzierung von Gesundheitsrisiken führen.

Seit dem Inkrafttreten (01.01.2006) des Bundes-Behindertengleichstellungsgesetzes (BGStG) sollten Institutionen im Zuständigkeitsbereich des Bundes barrierefrei gestaltet sein (in vollem Umfang anzuwenden mit 1. Jänner 2016). In § 6 Abs. 5 BGStG wird geregelt, dass bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung sowie andere gestaltete Lebensbereiche dann als barrierefrei gelten, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind.

Weiters gibt es Vorschriften für bauliche Maßnahmen in Apotheken. Beim Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger und seinen Mitgliedern laufen seit einigen Jahren Projekte, welche die Barrierefreiheit in ihren Einrichtungen und in bestehenden und neu eröffneten Einrichtungen von Vertragspartnern fördern. Der Hauptverband der Sozialversicherungen hat die Barrierefreiheit gemäß ÖNORM B 1600 und B 1601 als Vertragsbestandteilsrichtlinie in die Verhandlungen mit den Vertragsärzten aufgenommen. Grundsätzlich haben ÖNORMEN lediglich Empfehlungscharakter. Die für das Baurecht zuständigen Länder haben in ihren Bauvorschriften weitgehend Regelungen über behindertengerechtes bzw. barrierefreies Bauen aufgenommen. Diese Vorschriften gelten aber im Wesentlichen nur für Neubauten, d. h. bei bestehenden Gebäuden gibt es erneut Einschränkungen. Österreichweit gibt es wenige Arztpraxen, die allen ÖNORM-Kriterien einer Barrierefreiheit entsprechen.

Seit 2006 läuft ein Qualitätssicherungsprozess, im Zuge dessen die Internetplattform www.arztbarrierefrei.at eingerichtet wurde (online seit 2007). Das virtuelle Barrierefreiheitsregister ist mit einer auf vielfältigen Kriterien aufgebauten Suchmaschine ausgestattet. Die Suchfunktion sucht nach passenden Ordinationen, die auf die Bedürfnisse bewegungseingeschränkter Patienten, schwerhöriger und gehörloser, sehbehinderter und blinder Menschen, von Personen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten und von Personen mit schweren und mehrfachen Behinderungen bzw. von Menschen mit sprachlichen Verständigungsproblemen ausgerichtet sind. Damit sollte der Zugang zu medizinischer Hilfe für Menschen je nach individuellen Bedürfnissen erleichtert werden.

Eine vollständige Wahlfreiheit in Hinblick auf die medizinische Versorgung (was einem Menschen die Möglichkeit gibt, den Arzt/die Ärztin bzw. die Beratungsstelle seines Vertrauens aufzusuchen) scheitert noch immer an verschiedenen Barrieren, z.B an Hindernissen baulicher Art (Treppen, enge Lifte etc.). Durch das Fehlen von barrierefreien Untersuchungsgeräten im Falle spezieller, behinderungsspezifischer Bedürfnisse ist die Wahlfreiheit für einzelne Patientinnen nicht gegeben. Die Wahlfreiheit scheitert weiters an der Kostenbarriere durch die Ökonomisierung der medizinischen Versorgung und durch ein mangelndes Angebot in der Versorgung von Assistenzdienstleistung. Manche Behandlungen, so die Expertin, werden aufgrund von Mehrkosten durch die Behinderung auch gar nicht durchgeführt; nicht außer Acht zu lassen sei außerdem die psychische Barriere: Menschen mit Behinderungen werden im Allgemeinen als PatientInnen mit hoher Betreuungsintensität wahrgenommen. In manchen Fällen sei das medizinische Fachpersonal kaum im Umgang mit behinderten Personen geschult, und aus fachlicher Unwissenheit werde die vorhandene Beeinträchtigung selten in die vorgeschlagene Behandlung einbezogen. In manchen Fällen werde auch davon ausgegangen, dass das eigene Fachwissen in Bezug auf Behinderungen gar nicht ausreichend sei, was oft zu einer sofortigen Weiterverweisung führe. Eine flächendeckende barrierefreie Ausstattung und Adaptierung der medizinischen Geräte ist, dem Experten vom Hauptverband zufolge, aufgrund der hohen Kosten und der geringen Auslastung nicht möglich.

Schon in ihrer Sozialisation werden behinderte Mädchen auf eine andere Rolle vorbereitet als Jungen mit Behinderungen oder Mädchen ohne Behinderungen. Sie lernen, dass ihr Körper nicht schön oder begehrenswert ist, sondern einen Defekt hat, den es bestmöglich zu kompensieren, kaschieren oder wegzuthrapieren gilt. Sexuelle Aufklärung behinderter Mädchen und Frauen, gynäkologische Versorgung, Schwangerschaft und vor allem Mutterschaft werden bei Frauen mit Behinderungen noch immer mit Argwohn betrachtet. Was für viele Frauen als selbstverständlich, wenn nicht sogar als ihre Pflicht angesehen wird, nämlich die Mutterschaft, war für Frauen mit Behinderungen nicht immer eine Selbstverständlichkeit.

Noch immer leben Mädchen und Frauen mit Behinderungen öfter alleine, in Behinderteneinrichtungen oder mit der Herkunftsfamilie, woraus sich eine Tendenz der stärkeren Überbehütung und Fremdbestimmung erkennen lässt. Männer mit Behinderungen sind tendenziell öfter verheiratet als ihre weiblichen Kolleginnen. Eine besondere Herausforderung birgt der Bereich der Verhütung. Die Stadt Wien hat die Herausforderung erkannt und bietet Broschüren zum Thema gynäkologische Vorsorge, weiblicher Körper und Verhütung in leichter Sprache und in einer Audioversion an. Zudem wurde für GynäkologInnen eine Broschüre mit hilfreichen Informationen und Tipps - speziell angepasst an unterschiedliche Formen der Behinderung – erstellt, womit die Gestaltung geeigneter Rahmenbedingungen für die gynäkologische Untersuchung einer Frau mit Behinderungen und für den Umgang mit der Patientin erleichtert werden soll. Gerade gehörlose Frauen fühlen sich durch ihre eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit von vielen Informationen ausgeschlossen. ExpertInnen kommen zu dem Schluss, dass Frauen mit Behinderungen nach wie vor eine häufig missverstandene und dadurch unterversorgte Gruppe hinsichtlich ihrer gynäkologischen und kontrazeptiven Betreuung darstellen. Frauen mit Behinderungen wird oft ihr Frau-Sein und vor allem die Möglichkeit der Mutterschaft abgesprochen. Von Seiten des Umfeldes gibt es zu wenig Zutrauen, und Besorgnis macht sich breit. Empowerment-orientierte Programme werden empfohlen und würden betroffene Frauen unterstützen. Aufgrund von mangelnder Barrierefreiheit können Frauen mit Behinderungen in der Schwangerschaft nicht wie andere Frauen auf die bestehenden Angebote der Beratung und Geburtsvorbereitung zurückgreifen; sie müssen sich die notwendigen Unterstützungen mühsam zusammensuchen oder darauf verzichten. Speziell für die gynäkologische Versorgung, die Schwangerschaftsbegleitung, die Geburtsvorbereitung und in der Mutter-/Elternberatung wäre ein zielgruppenspezifisches Angebot dringend notwendig und auch im Hinblick auf den Multiplikatoreneffekt für Kinder, Partner und die Gesellschaft sehr sinnvoll.

Politische Rahmenbedingungen und Maßnahmen der Veränderung

In den letzten Jahren wurden in Österreich einige Reformen in der Politik für Menschen mit Behinderungen durchgesetzt: die Schulintegration von behinderten Kindern, die Entwicklung der universellen Pflegevorsorge, die Einführung neuer Beschäftigungs- und Assistenzformen oder die Verabschiedung von Gleichstellungsrechten. Aktuell kann die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (BRK), die Österreich 2008 ratifiziert hat, einen neuen Innovationsschub bringen – im Bereich Diskriminierung und speziell im Bereich Gesundheit werden gemeinsame Strategien verabschiedet. Die Bedeutung von sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistung wird besonders hervorgehoben, ebenso die Schulung von Professionisten im Bereich Gesundheit.

Um die Rechte der UN-Behindertenrechtskonvention auch einklagbar zu machen, müssen diese auch in Österreich von Bund und Ländern im Rahmen von Programmen und Maßnahmen umgesetzt werden. Beim BMASK wurde ein Monitoring-Ausschuss angesiedelt, der diese Implementierung vorbereitet und begleitet.

Für die Zukunft lassen sich bedeutende Problemzonen identifizieren, welche bereits heute und in nächster Zeit bearbeitet werden müssen. Konkrete Herausforderungen im Bereich Gesellschafts- und Gesundheitspolitik sind in diesem Zusammenhang:

- die Beachtung von Gender und Disability Mainstreaming in der Entwicklung von gesellschafts- und gesundheitspolitischen Maßnahmen und Programmen und zusätzlich die paritätische Partizipation von Frauen und Männern mit Behinderungen bei der Entwicklung und Ausgestaltung von Unterstützungsangeboten und Programmen;
- die Entwicklung von zielgruppenorientierten Empowermentprogrammen, die Forcierung der Enttabuisierung von Sexualität und von Gewalt an Frauen mit Behinderungen und die Einrichtung von barrierefreien Beratungsstellen;
- die Forcierung von barrierefrei zugänglichen und barrierefrei adaptierten Gesundheitseinrichtungen und Ordinationen wie auch von medizinischen Geräten sowie deren Kontrolle und Zertifizierung durch Dritte;
- die Entwicklung und Bereitstellung von zielgruppenspezifischen Unterstützungsangeboten für Eltern und Frauen mit Behinderungen während der Schwangerschaft und der Mutterschaft;

- die Entwicklung von sexualpädagogischen und sexualanthropologischen Angeboten für Menschen mit Behinderungen, im Speziellen für Frauen und Mädchen;
 - die Bereitstellung von Arbeitsplätzen im Gesundheitsbereich für Frauen mit Behinderungen zur Förderung der Peer-Betreuung und die Schulung des Personals in Krankenhäusern, Ordinationen sowie in Verwaltungs- und Beratungsstellen im Gesundheitsbereich;
 - die Einführung einer bundeseinheitlichen Regelung für persönliche Assistenz und Elternassistenz wie auch die Entwicklung einer bedarfsorientierten Pflegeversicherung, um ein selbstbestimmtes Leben führen zu können;
 - die Institutionalisierung der Forschungsrichtung der Disability Studies mit Genderfokus in der österreichischen Hochschullandschaft und im Speziellen in der medizinischen Forschung und Ausbildung;
 - die Integration der Querschnittsmaterien Gender und Behinderung in die Ausbildung des medizinischen Fachpersonals. Die Auseinandersetzung mit aktuellen biopolitischen Diskursen wie auch mit historischen Ereignissen (z.B. mit dem NS-Euthanasieprogramm und mit der damaligen systematischen Ermordung von behinderten Menschen) ist als integrativer Bestandteil in den Lehrplan aufzunehmen;
 - die Erhebung geschlechtsspezifischer Gesundheits- und Sozialdaten von Menschen mit Behinderungen.
- Es liegt in der Verantwortung einer solidarischen Gesellschaft, Menschen mit Behinderung die notwendigen Unterstützungsleistungen zur Verfügung zu stellen. Diese müssen ausgleichend wirken und ohne Bevormundung eine chancengleiche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen. Wichtig ist, dass die betroffenen Menschen in den Entscheidungsprozess einbezogen werden.

Frauen in sozialen und gesundheitlichen Lebenslagen

Frauen und Sucht

Alkoholkonsum

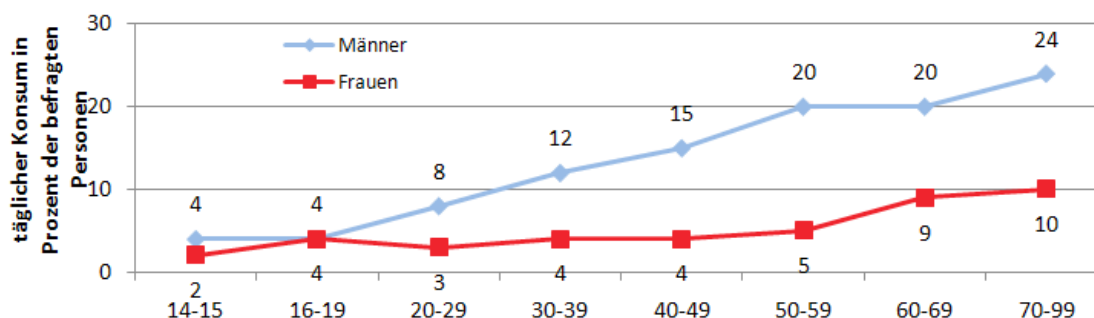
Rund 5% der österreichischen Erwachsenen (330.000) Menschen sind alkoholkrank. 34,7% der ÖsterreicherInnen über 16 Jahre haben einen „mittleren“ bzw. „hohen“ Alkoholkonsum.

Laut einem Bericht des Linzer Institutes Suchtprävention befinden sich fast 30% der Männer und 9% der Frauen mit ihren Alkoholtrinkgewohnheiten in einem Bereich, der als eindeutig gesundheitsschädigend bezeichnet werden kann. Trotzdem konnte über die letzten drei Jahrzehnte ein deutlicher Rückgang des Alkoholdurchschnittskonsums um rund 20% beobachtet werden.

Alkoholkonsummengen, die bei Umfragen erhoben werden, ergeben nur etwas mehr als ein Drittel des tatsächlich konsumierten Alkohols und werden somit systematisch unterschätzt.

Wie auch im Frauengesundheitsbericht 2005 angeführt, steigt mit zunehmendem Alter der Alkoholkonsum. Wurde von 60-jährigen Männern an durchschnittlich 15 Tagen (von Frauen an neun Tagen) Alkohol konsumiert, war dies bei den 15- bis 29-jährigen Männern an sechs Tagen (bei jungen Frauen an fünf Tagen) der Fall. An mehr als der Hälfte der Tage innerhalb der letzten vier Wochen gaben 18% der Männer und 6% der Frauen an, Alkohol konsumiert zu haben. Ein Alkoholkonsum am Vortag der Befragung wurde von einem Drittel der Männer und 15% der Frauen angegeben. Unter anderem wurde auch der CAGE-Fragebogen als Messinstrument eingesetzt, welcher Hinweise auf ein problematisches Trinkverhalten gibt. Daraus ergab sich bei 7% der männlichen (am häufigsten bei 30- bis 59-Jährigen) und bei 1,6% der weiblichen Bevölkerung (am häufigsten bei 15- bis 29-jährigen Frauen) eine Alkoholabhängigkeit.

Abbildung 13: Täglicher Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht, 2004



Quelle: BMG 2009, Handbuch Österreich - Alkohol 2009, S. 179

Beim Vergleich von verschiedenen Ländern ist zu bedenken, dass entsprechende Erhebungen zum durchschnittlichen Alkoholkonsum unterschiedlich verlaufen. In der Rangfolge von 67 Ländern reiht sich Österreich mit 11,1 Litern reinem Alkohol pro Kopf und Jahr auf dem 13. Platz ein. „Führend“ ist Luxemburg mit über 15 Litern, gefolgt von Irland, Ungarn und Tschechien mit über 13 Litern.

Die Daten von Statistik Austria über stationäre Aufenthalte aufgrund der Diagnosen ‚Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol‘ und ‚Alkoholische Leberkrankheit‘ zeigen die Anzahl von Frauen und Männern in Österreich, bei denen der Alkoholkonsum ein psychisch und/oder körperlich schwer schädigendes Ausmaß angenommen hat.

Insgesamt wurden im Jahr 2008 25.713 Personen (18.251 Männer, 7.462 Frauen) aufgrund von Alkoholismus und 2.264 Personen (1.709 Männer, 555 Frauen) aufgrund von alkoholbedingter Leberkrankheit stationär behandelt. Der Anteil der Frauen an den im Jahr 2008 in Österreich stationär aufgrund von Alkoholismus Behandelten liegt bei 29%, der Anteil der durch Alkohol bedingten Leberkrankheiten bei 25%.

Somit kann man von rund 25% diagnostizierten AlkoholikerInnen ausgehen, wobei an allen AlkoholikerInnen gemessen ein relativer Anteil von 1:3 alkoholkranken Frauen angenommen wird.

Die im Frauengesundheitsbericht 2005 angeführten Vergleichsdaten von 2001 zeigen einen deutlichen Anstieg beim Alkoholismus, um 7% bei Männern und um 30% bei Frauen! Dem „Handbuch Österreich - Alkohol 2009“ zufolge basiert dies unter anderem auf der Annahme, dass Frauen mit Alkoholproblemen in letzter Zeit eher zur Behandlung bereit sind. Im Bereich der stationären Aufenthalte mit einer alkoholassoziierten Leberkrankheit sank der Prozentanteil innerhalb dieses Vergleichszeitraums bei Männern und Frauen um jeweils 17%.

Insgesamt verstarben im Jahr 2008 bei stationären Aufenthalten 184 Personen (davon 28% Frauen) aufgrund von Folgen des Alkohols.

Allgemein trinkt die männliche Bevölkerung Österreichs aller Altersklassen mehr als die weibliche: Wie in allen Lebensbereichen gibt es auch in der Alkoholsucht Unterschiede zwischen Männern und Frauen:

- Männer trinken in Gesellschaft. Frauen eher, wenn sie alleine sind. Sie setzen Alkohol gezielt ein, um mit Problemen fertig zu werden.
- Während alkoholranke Männer in der Gesellschaft allgemein als akzeptiert gelten, werden alkoholranke Frauen tabuisiert.
- Frauen werden schneller abhängig als Männer (jedoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Mann im Laufe seines Lebens an Alkoholismus erkrankt, rund drei Mal so hoch, als dass eine Frau erkrankt.)
- Der weibliche Körper verträgt weniger Alkohol.
- Männer bauen aufgrund des Enzyms ADH (Alkoholdehydrogenase) den Alkohol schneller ab.

Ein täglicher Durchschnittskonsum von bis zu 16 Gramm Alkohol bei gesunden Frauen und von bis zu 24 Gramm Alkohol bei gesunden Männern („Harmlosigkeitsgrenze“) gilt als nicht gesundheitsschädigend. Ein täglicher Durchschnittskonsum ab 40 Gramm Alkohol bei Frauen und ab 60 Gramm Alkohol bei Männern („Gefährdungsgrenze“) gilt als eindeutig gesundheitsgefährdend und -schädigend.

Nach der ICD-10 (WHO 1993) wurden diagnostische Leitlinien erstellt, wonach drei oder mehr der folgenden Kriterien in den letzten 12 Monaten gleichzeitig vorhanden gewesen sein sollten, um die Diagnose der Alkoholabhängigkeit stellen zu können: ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren, eine verminderte Kontrollfähigkeit des Konsums, ein körperliches Entzugssyndrom, der Nachweis einer Toleranz, eine fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, ein erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen und ein anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen.

Entscheidend für die Wirkung von Alkohol ist die Blutalkoholkonzentration (BAK). Diese hängt mit dem Körpergewicht zusammen und ist bei Frauen mit geringerem Gewicht höher. Der Körper der Frau besteht zu 50% (der Körper des Mannes zu 40%) aus Fettgewebe. Das Fettgewebe ist weniger gut durchblutet als das übrige Gewebe, welches höhere Anteile an Wasser enthält, das den Alkohol verdünnt und zu einem niedrigeren BAK führt. Kleinere und zartere Menschen erreichen mit weit geringeren Alkoholmengen bedenklichere Blutalkoholkonzentrationen als große und muskulöse Menschen. Dadurch sind besonders Frauen stärker von Folgeerkrankungen wie Fettleber, Bluthochdruck, Magengeschwüren, Krebserkrankungen, Depressionen, Angstzuständen bis hin zu Suizid betroffen.

Ein Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft ist eine häufige Ursache für angeborene Missbildungen und Folgeschäden, in der Literatur vor allem als „fetales Alkoholsyndrom“ (FAS) oder Alkohol-embryopathie beschrieben: kleine Missbildung, zu kleiner Kopf, schwächlicher Körper, muskuläre Schwäche oder Auffälligkeiten im Gesicht bis hin zu einer schweren Schädigung, zu Herzfehlern oder Ähnlichem. Gaumenspalten und Fehlbildungen des Herzens oder der Nieren können auftreten, sowie körperliche Entwicklungsstörungen, und auch Auffälligkeiten in der mentalen Entwicklung und sozialen Anpassungsfähigkeit. Der Alkohol, den die Mutter zu sich nimmt, gelangt direkt über ihren Blutkreislauf und die Nabelschnur in den Kreislauf des Ungeborenen. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine alkoholabhängige Frau ein Kind mit schwerwiegenden körperlichen und geistigen Defiziten zur Welt bringt, liegt bei bis zu 30%.

Jedes vierte Kind in Österreich ist von Alkoholproblemen seiner Eltern betroffen. Kinder, deren Eltern Probleme mit Alkohol haben, weisen ein 4- bis 6-fach höheres Risiko auf, ebenfalls an Alkoholismus zu erkranken, als Kinder, deren Eltern kein Problem mit Alkohol haben.

Rauchen

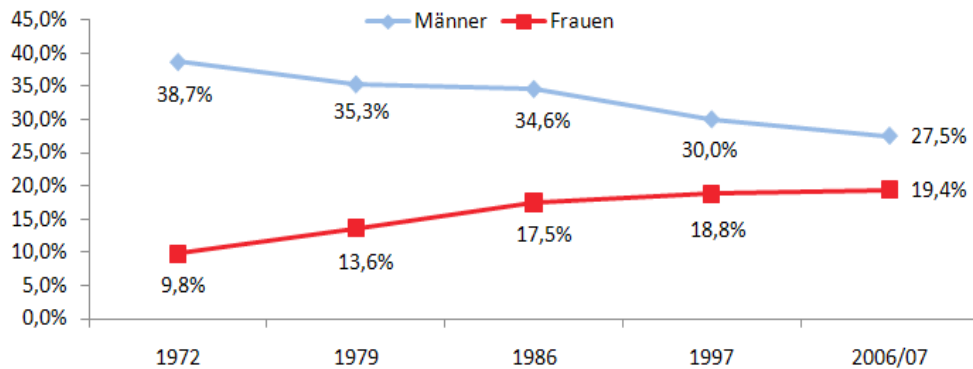
Weltweit gesehen stellt das Rauchen ein eigentlich vermeidbares Gesundheitsrisiko mit schweren Folgeschäden dar. Raucherinnen und Raucher verlieren durch den regelmäßigen Tabakkonsum durchschnittlich zehn Lebensjahre; laut Österreichischem Bundesministerium für Gesundheit sterben allein in Österreich jährlich schätzungsweise 14.000 Personen an den Folgen des Tabakkonsums.

Die Zahl der RaucherInnen variiert in Österreich je nach Erhebung. Laut Österreichischer Krebshilfe rauchen derzeit 34% der Männer und 23% der Frauen, Statistik Austria zufolge sind es 27% der Männer und 19% der Frauen. Der tatsächliche Wert liegt wohl irgendwo dazwischen. Im Vergleich dazu rauchten in Deutschland im Jahr 2006 35% der über 18-jährigen Männer und 27% der über 18-jährigen Frauen.

Das weibliche Geschlecht ist besonders gefährdet, da Frauen empfindlicher auf die schädlichen Substanzen im Tabakrauch reagieren, schneller abhängig werden und ihnen der Rauchausstieg besonders schwerfällt. Heute ist bereits die Hälfte aller RaucherInnen weiblich.

Einigkeit besteht also darin, dass der Anteil der rauchenden Frauen stetig ansteigt.

Abbildung 14: Raucherverteilung - Anteil der täglich Rauchenden ab 16 Jahren von 1972 bis 2006/07



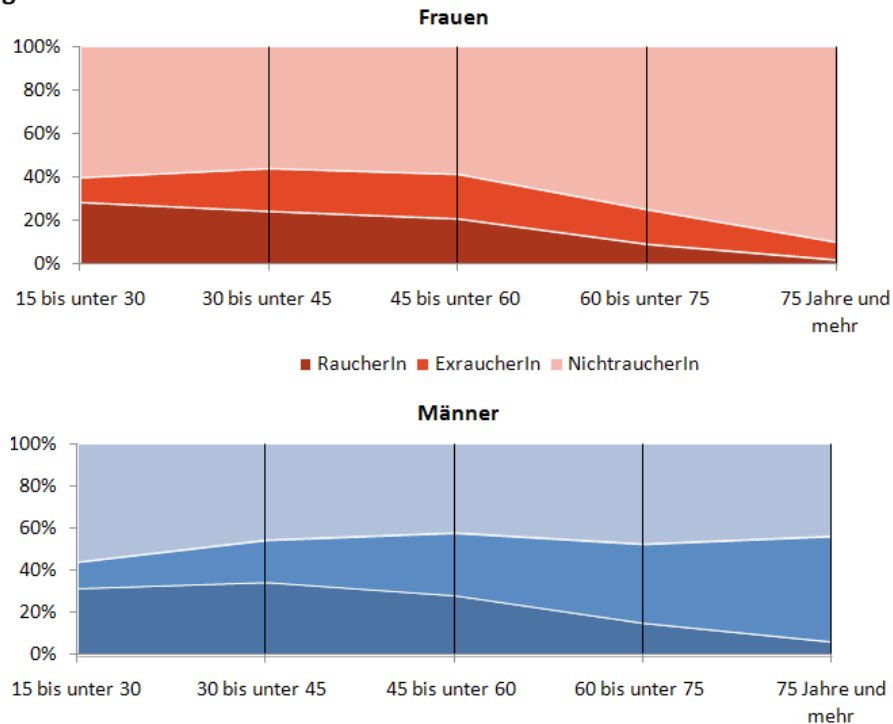
Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/07, Mikrozensus-Sonderprogramm „Rauchgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung“ 1972, 1979, 1986, 1997 und 2006/07. Erstellt am: 21.8.2007

Im Durchschnitt startet „Frau“ mit 18,3 Jahren mit ihrer Raucherinnenkarriere und raucht durchschnittlich 14,3 Zigaretten pro Tag. 98,8% bevorzugen Zigaretten aus der Schachtel. 3,7% verwenden selbstgedrehte Zigaretten, 0,6% rauchen Pfeife, 1,4% rauchen Zigarillos und Zigarren und 0,7% verwenden andere Produkte. 38,1% der österreichischen rauchenden Frauen geben an, dass ihr Arzt/ihre Ärztin ihnen bereits geraten hat, mit dem Rauchen aufzuhören. 61,9% verneinen dies.

Im EU-Vergleich scheint Österreich nach Schweden, Finnland, Irland und Island auf und gehört somit zu den Ländern, bei denen Männer vergleichsweise niedrige Raucherraten aufweisen. Österreichische Frauen hingegen liegen gemeinsam mit Schweden, der Tschechischen Republik und Estland im europäischen Vergleich im Mittelfeld.

Die Altersverteilung zeigt, dass der Anteil an RaucherInnen mit zunehmendem Alter abnimmt, während jener der Ex-RaucherInnen steigt. Den höchsten RaucherInnenanteil findet man unter den 20- bis 24-Jährigen, wo etwa jede dritte Frau (34%) und jeder dritte Mann (36%) täglich raucht. Zudem sinkt das Einstiegsalter.

Abbildung 15: Zigarettenkonsum nach Geschlecht und Alter



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2007, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, S. 179 (Gesamt= 6.991.900, davon Frauen= 3.624.300)

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen findet man in Familien mit höherem Einkommen und Bildungsstand einen niedrigeren Anteil an RaucherInnen als in Familien mit niedrigerem Einkommen. Besonders Frauen unter 60 Jahren mit niedrigem Bildungsstand, arbeitslose Frauen und Alleinerzieherinnen haben einen höheren Tabakkonsum. Bereits bei Jugendlichen zeigt sich eine deutliche Differenzierung nach Schultyp: In Hauptschulen ist der Anteil der RaucherInnen mehr als doppelt so hoch wie in Gymnasien. Jeder fünfte (22%) Jugendliche in Österreich ist Tabakrauch (Passivrauchen) ausgesetzt.

Das Rauchverhalten von Mädchen und Frauen verändert sich mit dem Menstruationszyklus: Das Verlangen nach Nikotin ist während der Menstruation höher als in den anderen Phasen des Zyklus. Bei Frauen, die rauchen, setzt die Menopause (Phase der „Wechseljahre“) um durchschnittlich ein Jahr früher ein. Raucherinnen haben zudem ein erhöhtes Risiko, an Krebs zu erkranken. Immer mehr Frauen sterben an Lungenkrebs. Laut einer dänischen Studie verdoppeln bei Frauen bereits drei Zigaretten täglich das Risiko eines Herzinfarktes. Bei Männern erhöht sich dieses Risiko bei sechs Zigaretten. Die Lungen- und somit das Lungenvolumen - sind bei Frauen kleiner als bei Männern. Frauen inhalieren den Tabakrauch tiefer, wodurch die Schadstoffe weiter und intensiver in die Lunge vordringen. Das Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken, ist bei Raucherinnen achtmal so hoch wie bei Nichtraucherinnen. Hinzu kommt, dass bei Frauen Lungenkrebs häufiger in einer aggressiveren Form auftritt als bei Männern. In Kombination mit der Antibabypille vervielfacht das Rauchen außerdem das Risiko von Herzinfarkt und Schlaganfall durch die Bildung von Blutgerinnseln.

10 bis 20% der Raucherinnen schaffen erfolgreich den Rauchausstieg, bei Männern sind es 40 bis 50%, wobei Frauen weniger Versuche unternehmen und ihre Rückfallsquote deutlich geringer ist. Besondere Motivation für ein rauchfreies Leben ist der Kinderwunsch. Doch vor allem die Faktoren Stress, emotionaler Stress, Belastungen in Partnerschaft und Beruf lassen Frauen rückfällig werden. Ebenso treten bei Frauen nach einem Nikotinentzug häufiger negative Gefühlszustände auf, die das Risiko eines Rückfalls erhöhen und die Zuversicht auf ein rauchfreies Leben reduzieren. Bei Frauen stellt vor allem die erwartete Gewichtszunahme ein erschwerendes Hindernis beim Rauchausstieg dar.

Ein Nikotinkonsum während der Schwangerschaft stellt ein massives, aber vermeidbares Risiko dar. Den Angaben der Deutschen Krebsgesellschaft und dem Fonds Gesundes Österreich zufolge raucht ein Drittel der rauchenden Frauen während der Schwangerschaft ohne Unterbrechung oder Reduktion des Zigarettenkonsums, ein Drittel schafft es, endgültig rauchfrei zu werden, und ein weiteres Drittel beginnt nach der Schwangerschaft und Stillzeit wieder zu rauchen.

Nikotin und Kohlenmonoxid während der Schwangerschaft verhindern, dass der Embryo genügend Nährstoffe und Sauerstoff erhält, die er für eine gesunde Entwicklung braucht. Zu den Risiken, die durch aktives und passives Rauchen der Mutter entstehen können, gehören unter anderem Fehlgeburten, Extrauterinschwangerschaften, vorzeitige Plazentaablösungen oder Blasensprünge, Früh- bzw. Totgeburten. Neugeborene haben zumeist ein niedrigeres Geburtsgewicht, einen kleineren Kopfumfang und ein erhöhtes Risiko eines plötzlichen Kindstodes, verminderten Längenwachstums und allfälliger Fehlbildungen. Zudem leiden Kinder rauchender Mütter (und Väter) vermehrt an Atemwegserkrankungen, Asthma und Mittelohrentzündungen.

Medikamente

Von Medikamentenmissbrauch spricht man, wenn Arzneimittel ohne Indikation zum Erzeugen bestimmter Zustände oder Befindlichkeiten eingesetzt werden. Etwa fünf Prozent der verschriebenen Arzneimittel in Österreich können zu Missbrauch und Abhängigkeit führen.

Die größte Gruppe der von Medikamentenmissbrauch Betroffenen ist von Schlaf- und Beruhigungsmitteln aus der Wirkstoffgruppe der Benzodiazepine abhängig. Eine Abhängigkeit von Medikamenten aus der Benzodiazepinfamilie kann bereits nach einigen Wochen und bei geringer Menge entstehen. Vor allem Frauen bekommen schnell problematische Mittel verordnet und nehmen diese auch häufiger ein. Frauen neigen also stärker zum Medikamentenkonsum, während Männer eher auf Alkohol zurückgreifen. Während etwa doppelt so viele Männer als Frauen alkoholabhängig sind, ist es bei der Medikamentenabhängigkeit genau umgekehrt.

Viele Frauen nehmen Medikamente, um die Belastungen im Alltag, in der Familie, Partnerschaft und im Beruf bewältigen zu können; sie sind somit Hauptkonsumentinnen der ‚legalen Drogen‘. Aber auch rezeptfreie Schmerzmittel sollten nicht länger als drei Tage hintereinander oder nicht häufiger als 10 Mal im Monat eingenommen werden. Eine zu häufige Einnahme kann unter anderem zu schweren Nierenschäden führen. Der Medikamentenkonsum ist stark vom Alter und Geschlecht abhängig. Frauen nehmen in allen Altersgruppen häufiger ärztlich verordnete Medikamente als Männer (gegen Kopfschmerzen und Migräne, andere Schmerzmittel gegen Depression, Angst und Anspannung sowie Schlaftabletten), eine Abhängigkeit wird in vielen Fällen erst spät erkannt. Das Absetzen von Medikamenten, die lange eingenommen wurden, gelingt schwer. Die Symptome der Entzugserscheinung werden von PatientInnen fälschlicherweise als die alten Symptome der ursprünglichen Krankheit/Beschwerden angesehen. Deshalb wird die Einnahme der Medikamente fortgesetzt.

Laut ICD10 („International Classification of Diseases and Related Health Problems“, 10. Revision) kann die Diagnose der Abhängigkeit von suchterzeugenden Substanzen dann gestellt werden, wenn während der letzten 12 Monate drei oder mehr der sechs Kriterien gleichzeitig erfüllt waren: ein starker Wunsch oder eine Arzt Zwang, eine psychotrope Substanz zu konsumieren, eine verminderte Kontrollfähigkeit des Konsums, ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, ein Wirkungsverlust und eine Toleranzentwicklung, die Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums und ein anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen.

Drogenkonsum

EU-weit stirbt jede Stunde ein/e EU-BürgerIn an einer Überdosis Drogen; jährlich sind es 7.000 bis 8.000 Todesfälle, die in Verbindung mit Drogen gesetzt werden.

Geschlechtsspezifisch betrachtet werden sämtliche illegale Substanzen häufiger von Männern konsumiert. Den prozentuell größten Anteil weisen Männer beim Konsum von Heroin (83%), LSD, Ecstasy und biogener

Drogen auf. Frauen konsumieren anteilmäßig am meisten Schnüffelstoffe (44%), Cannabis und Amphetamine.

Ein großes Problem sieht die europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) in ihrem Bericht darin, dass Mädchen früher in Kontakt mit illegalen Drogen kommen als Jungen. Dem Bericht zufolge begehen weibliche DrogenkonsumentInnen weniger Eigentumsdelikte als Männer, sie finanzieren ihren Konsum hingegen häufiger im Sexualgewerbe. Für ca. 60% der drogenabhängigen Frauen stellt das Sexgewerbe die Einkommensquelle für ihren Konsum dar.

Das Verhältnis von Männern und Frauen in der Drogentherapie beträgt 3:1. Frauen, die eine Therapie starten, sind jünger als die Männer. Der Anteil von Frauen in Therapien sinkt mit zunehmendem Alter der Klientinnen. Aus Untersuchungen weiß man, dass ein Großteil der schwangeren Frauen den Alkoholkonsum im vierten Monat einstellt. Über das Verhalten drogenabhängiger, schwangerer Frauen gibt es nur wenige Untersuchungen und Daten.

Beim Konsum von Amphetaminen (dazu gehören unter anderem Ecstasy und Speed) wurde ein erhöhtes Risiko für Fehl- und Frühgeburten festgestellt, außerdem eine erhöhte Missbildungsrate bei Neugeborenen. Opiate (Heroin) während der Schwangerschaft führen zu Entzugssymptomen und Krampfanfällen von Neugeborenen. Ein Entzug von Heroin wird den Frauen nur in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten angeraten, da dieser in der restlichen Schwangerschaftszeit als zu gefährlich angesehen wird.

In allen EU-Mitgliedsstaaten wird schwangeren Frauen ein schneller Zugang zur Drogentherapie angeboten. In Österreich gibt es eigene Interventionsstellen für schwangere, drogenabhängige Frauen.

Neugeborene Babys von Frauen, die während der Schwangerschaft unter dem Einfluss von Marihuana standen, zeigen Störungen in der neurologischen Entwicklung und eine veränderte Reaktion auf Reize. Im Kindesalter leiden diese Kinder vermehrt unter Verhaltensstörungen und zeigen Probleme, ihre Aufmerksamkeit auf gewisse Dinge zu richten.

Esstörungen

Die unter dem Begriff Essstörungen zusammengefassten psychischen Erkrankungen umfassen Anorexia nervosa (Magersucht), Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht), Binge Eating Disorder (Ess-Attacken ohne Erbrechen). Allen Essstörungen ist jedoch gemeinsam, dass sie überwiegend bei Mädchen und Frauen auftreten. Die Betroffenheit bei Burschen und Männern stellt derzeit noch eine Ausnahme dar. Interessanterweise gibt es wenig wissenschaftliche Diskurse über diesen auffälligen Gendereffekt. Zwei Aspekte können jedoch als relevant betrachtet werden: Bei Frauen ist der sichtbare körperliche sowie der endokrinologische, physiologische Übergang vom Mädchen- in das Erwachsenenalter transparenter, spürbarer, prägnanter und erfordert daher eine höhere psychische Anpassungsleistung als bei Burschen. Auch ist die Abgrenzung von der Mutter oder primären Bezugsperson störanfälliger. Einen wichtigen und wissenschaftlich gut nachgewiesenen Effekt nimmt der sich ausschließlich auf das weibliche Geschlecht konzentrierende Schönheits- und Körperkult ein. Es sind daher bewusste/unbewusste individuelle Persönlichkeitsfaktoren zu beachten. Weiters sind familien-dynamische Aspekte sowie insbesondere soziale und gesellschaftliche Faktoren heranzuziehen.

Anorexia nervosa ist die dritthäufigste, schwere psychische Erkrankung im Jugendalter. Mit dieser ist aber auch eine Fülle von gravierenden, mittel- und langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbunden. Das tatsächliche Körpergewicht liegt mindestens 15% unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder dadurch, dass ein bestimmtes Gewicht nie erreicht wurde); oder der BMI beträgt 17,5 kg/m² oder weniger. Zudem ist das geringe Gewicht selbst herbeigeführt. Kennzeichen sind z.B ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme, Wahrnehmungsstörungen hinsichtlich der eigenen Figur, Veränderungen im Stoffwechsel und Hormonhaushalt, ein Ausbleiben des Menstruationszyklus und eine fehlende/ausbleibende körperliche Entwicklung in der Pubertät.

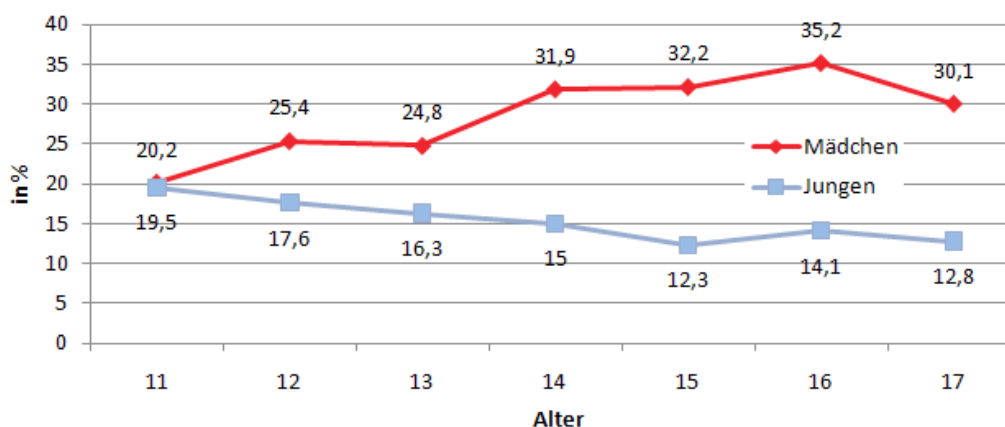
Leidet ein Mädchen oder eine Frau an einer Anorexia nervosa, so ist dies (beinahe) als Blickdiagnose feststellbar. Im Unterschied dazu sind Patientinnen mit **Bulimia nervosa** unauffällig, da sie meist normalgewichtig

sind. Kennzeichnend ist das Einverleiben von Nahrungsmitteln in großen Mengen mit starkem Kontrollverlust bei anschließenden Verhaltensweisen der Kompensation durch möglichst rasches „Ausstoßen“ derselben. Charakteristisch und besonders gravierend sind Scham- und Schuldgefühle. Durch das ständige Bemühen der Geheimhaltung und durch die Schuld- und Schamthematik bleibt diese Erkrankung nach außen oft auch unter den engsten FreundInnen und Familienmitgliedern unerkannt, und eine Hilfe von außen ist für diese Frauen daher oft schwer zugänglich. Kennzeichen: wiederkehrende Essanfälle, gefolgt von selbstinduziertem Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, Appetitzüglern oder anderer Medikation, Fasten oder exzessive sportliche Übungen. Die Figur und das Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.

Einleitend ist festzuhalten, dass wir in Österreich über keine verlässlichen epidemiologischen Daten über Essstörungen verfügen. Einzig aussagekräftig ist hier die **Anzahl der stationären Aufenthalte**, die allerdings als „Spitze des Eisbergs“ zu lesen ist, da sie nur die wirklich schwer Erkrankten widerspiegelt. Während 1998 1.520 Personen (90% davon Frauen) in Österreich infolge von Essstörungen stationär aufgenommen werden mussten, war dies 2008 bei 2.734 Personen (zu 90% Frauen) österreichweit erforderlich. Dies entspricht einer Steigerung in 10 Jahren von knapp 80%.

Die nachfolgende Grafik zeigt deutlich, dass die Betroffenheit von Essstörungen bei Mädchen ab 11 Jahren kontinuierlich ansteigt, deren Höhepunkt bei 16 Jahren liegt.

Abbildung 16: Hinweis auf Essstörungen im Altersverlauf nach Geschlecht



Quelle: Robert Kochinstitut 2006, KiGGS-Studie

Die folgenden beiden Tabellen geben einen Überblick über die möglichen physischen und psychosozialen Auswirkungen von Essstörungen.

Tabelle 12: Mögliche physische Auswirkungen von Essstörungen

Mögliche physische Auswirkungen	
Amenorrhö, Infertilität, Fehl- und Frühgeburten	Elektrolytstörungen
Herzrhythmusstörungen	Muskelkrämpfe
Osteoporose (schon ab 30 Jahren)	Benommenheit, Schwindel, Ohnmacht
Chronische Nierenprobleme	Ungewöhnliche Kälteempfindlichkeit
Reizungen und Risse der Speiseröhre	Trockene Haut und Haarausfall
Vergrößerung der Speicheldrüse	Ungeklärte Ödeme

Erosion des Zahnschmelzes, vermehrtes Karies	Chronische Verstopfung, andere Magen-Darm-Probleme
Lanugobehaarung	Libido-Verlust

Tabelle 13: Mögliche psychosoziale Auswirkungen von Essstörungen

Mögliche psychosoziale Auswirkungen	
Body Dysmorphic Disorder	Stimmungsschwankungen
Störungen in der Sexualität	Depression
Störungen mit dem Partner	Sozialer Rückzug, Vereinsamung, Isolation
Schwere Schuld- und Schamgefühle	

5 bis 7% der Frauen im gebärfähigen Alter sind von Essstörungen betroffen. Da eine primäre oder sekundäre Amenorrhö ein wichtiges Begleitsymptom, insbesondere bei Anorexia nervosa ist, sind auch späterhin Zyklusstörungen und somit auch ein hohes Risiko an Infertilität zu beobachten. Rund 17% der Patientinnen in Fertilitätszentren, die sich einer IVF-Behandlung unterziehen, weisen in ihrer Anamnese Essstörungen auf.

Die **Ätiologie** ist multifaktoriell. Der Kampf um Autonomie, Abgrenzung, Selbstverständnis sowie ein geringes Selbstbewusstsein, eine hohe Leistungsanforderung, Druck, verschwommene Generationsgrenzen sind in allen Studien zu finden. Risikofaktoren können sein: weibliches Geschlecht, mangelndes Selbstwertgefühl, Umbruchsituationen, Unterdrückung, Definition über das eigene Aussehen, starke Leistungsorientierung, zu wenig Anerkennung und Aufmerksamkeit, Konfliktunfähigkeit und Scheinharmonie im näheren Umfeld. Als Schutzfaktoren gelten ein positives Körperbild und eine positive Körperwahrnehmung, Eigeninitiative und Problemlösungsstrategien, das Zulassen und Ernstnehmen von Gefühlen, das Setzen von Grenzen, unterstützende Beziehungen im sozialen Nahraum, Wertschätzung und positive weibliche und männliche Vorbilder.

Eindeutig gilt: Je länger die Erkrankung andauert, umso schlechter ist die Prognose. Es muss daher in unser aller Interesse liegen, dass im Vorfeld alle Berufsgruppen, die mit Mädchen und Frauen arbeiten, über Essstörungen Bescheid wissen. Dies gilt insbesondere für die Jugendarbeit, für SchulärztInnen, ZahnärztInnen, KinderärztInnen, praktische ÄrztInnen, GynäkologInnen etc. Besonders hoch ist das Risiko, an einer Essstörung zu erkranken, in Berufsschulen (wie z.B. in den Bereichen Kosmetik, Design/Mode/Styling, in der Ausbildung zum/zur FriseurIn), zum anderen auch in Ballett- und Sportschulen.

Um Hilfe anbieten zu können, bedarf es für Angehörige meist auch einer Unterstützung von außen. Hier sind Selbsthilfegruppen für Angehörige und Beratungsstellen eine wichtige primäre Anlaufstelle.

Für die Betroffenen selbst stehen in Österreich einige wenige spezialisierte Beratungseinrichtungen sowie niedergelassene PsychotherapeutInnen und spezialisierte Ambulanzen zur Verfügung. Je nach individueller Anamnese haben sich bei jungen Mädchen familientherapeutische und systemische Therapieansätze bewährt. Weiters sind eine Gesprächspsychotherapie, aber auch verhaltenstherapeutisch orientierte Therapieformen zielführend. Die komplexe Psychodynamik kann auch sehr gut in einem psychoanalytischen Ansatz behandelt werden.

Um **präventiv wirksam** zu sein, muss eine Public Health–Initiative drei Ebenen im Blickwinkel behalten:

1. gesellschaftliche Ebene (krankmachendes Schönheits- und Frauenbild, Rollenbilder)
2. Ebene der MultiplikatorInnen (Schulworkshops z.B. Bodytalks als bewährtes Konzept zur Vermittlung eines positiven Selbstwerts und Körperbildes, sowie Körperzufriedenheit)
3. individueller, niederschwelliger, anonymer Zugang zu Beratungsangeboten.

Eine weitere Form der Essstörungen bildet die Esssucht. Esssüchtige versuchen, durch übermäßiges Essen mit ihren Ängsten, mit ihrer Trauer, Wut und Einsamkeit fertig zu werden. Sie wollen ein "emotionales Loch" stopfen. Anfangs wechseln Fressattacken mit Diäten, doch schließlich bleiben nur noch die Heißhungeranfälle. Auch übermäßiges Essen kann zu dieser Flucht vor der Realität führen. Das Gefühl und die mentale Einstellung der Betroffenen, vom Essen bzw. von bestimmten Lebensmitteln wie z.B. von Süßem oder von Snacks abhängig zu sein, sollte für MedizinerInnen und PsychologInnen vorrangig in der Bewertung dieser Krankheit sein.

Naschereien werden auch häufig als Belohnung für „braves“ Verhalten oder gute Schulnoten eingesetzt. Im Gegenzug wird das Kind durch den Entzug dieses Genusses, z.B. durch ein Naschverbot, bestraft. Der Stellenwert der Nahrung, die immer mehr in den Mittelpunkt des Tagesablaufs und der Gefühlswelt rückt, wird bei Kindern dadurch viel zu groß.

Gerade bei Übergewicht kommt es jenseits der körperlichen Beschwerden auch zu sozialen und seelischen Störungen. Betroffene entsprechen nicht dem gängigen Schönheitsideal, sie werden daher zur Zielscheibe der Attacken ihrer Umwelt. Sie werden oft ausgelacht und verspottet, was zu Minderwertigkeitsgefühlen und Hemmungen im Umgang mit Anderen, zu sozialer Vereinsamung bis hin zu depressiven Verstimmungen und einem Sich-Gehenlassen führen kann. Essen kann als Ersatz für körperliche und seelische Streicheleinheiten gesehen werden. Erfolgreiche Diäten bestätigen den betroffenen Frauen zu wenig Willen und Disziplin; diese sind hochsensibel und ziehen sich bei Verletzungen schnell zurück. Betroffene Frauen befinden sich in unbefriedigenden Lebenssituationen. Sie leiden unter mangelndem Selbstwertgefühl, hochgradiger Sensibilität und sexuellen Schwierigkeiten.

Oft führen falsche Essgewohnheiten in der frühen Kindheit – Essen als Belohnung, Tröstung, Problemlöser – bei Frauen und Männern zu Fettleibigkeit. Übergewichtige Männer sind kaum esssüchtig und schaffen durch eine Ernährungs- und Bewegungsumstellung eine Gewichtsreduktion. In einigen Fällen sind Auffälligkeiten und Machtkämpfe in Mutter-Tochter-Beziehungen festzustellen.

Bei Frauen mit **latenter Esssucht** gehört die Beschäftigung mit dem Essen und mit der Figur zum Alltag. Sie sind davon überzeugt, dass sie ihr "normales" Gewicht nur durch ein strenges Kontrollsystem halten können. Das "eine Mal", bei dem zu viel gegessen wird, wird mit Fasten oder mit einer Diät ausgeglichen. Diese Verhaltensweisen werden innerhalb unserer Gesellschaft als fast alltäglich und normal akzeptiert.

Die beiden Begriffe **Übergewicht und Adipositas** werden oft als Synonyme verwendet. Die Medizin spricht von Übergewicht bei erhöhter Körpermasse, die alles Gewebe (Fett, Knochen, Muskeln etc.) einschließt. Mit Adipositas ist im Speziellen ein Überschuss an Körperfett gemeint, sie wird als Resultat einer Regulationsstörung der Nahrungsaufnahme bei bestehendem Unvermögen, interne Körperempfindungen zunehmender Sättigung zu erkennen bzw. richtig zu interpretieren, beschrieben.

In den meisten Fällen hat eine Adipositas Ursachen, die mit reiner Willenskraft nur schwer oder gar nicht zu beherrschen sind. Sie scheint nicht unter psychischen Störungen auf, sie wird als internistische Störung klassifiziert. Laut Meinung der Spezialisten ist aber auch die Adipositas häufig psychisch bedingt, wobei die oft damit einhergehende soziale Ächtung der Betroffenen noch eine zusätzliche starke Belastung hervorruft. Hohes Übergewicht ist die Folge einer zu hohen, kalorienreichen Nahrungsaufnahme, die der Körper nicht verbrauchen kann. Darüber hinaus ist die Adipositas abhängig sowohl von Verhaltensparametern, spezifischen Denk- und Gefühlsmustern als auch von der biologischen Konstitution. Adipöse Personen verarbeiten ebenso wie anorektische Personen Körpersignale unangemessen, d.h. sie können die tatsächlichen Bedürfnisse des Körpers nicht identifizieren.

Bei der ‚reaktiven Fettsucht‘ kommt es erst zu einer Gewichtszunahme nach traumatischen Erlebnissen, vor allem im Erwachsenenalter. Überessen und Fettsucht scheinen als Abwehrfunktion gegen Angst oder Depression zu dienen. Wenn auch selten, so lässt sich diese Art plötzlicher Gewichtszunahme auch bei Kindern beobachten.

Die „Störung mit Essanfällen“ („**Binge Eating Disorder**“) ähnelt der Bulimie, ohne dass es jedoch zu kompensatorischen Verhaltensweisen wie Erbrechen, Missbrauch von Laxantien (Abführmitteln) oder strengem

Fasten kommt. Die Betroffenen sind häufig übergewichtig, was zu einer erhöhten Sensibilität bezüglich des eigenen Erscheinungsbildes und zu einem Mangel an Selbstvertrauen führen kann. Eine große Belastung stellt für die Betroffenen die soziale Ächtung dar.

Von den übergewichtigen PatientInnen, die eine Behandlung suchen, berichten ungefähr 20% bis 30% über unkontrollierbare Heißhungeranfälle, die als Binge Eating Disorder bezeichnet werden können. Innerhalb von zwei Stunden wird eine unkontrollierte Nahrungsmenge verzehrt, die deutlich größer ist, als sie die meisten Menschen in ähnlicher Zeit unter ähnlichen Umständen essen würden. Die Heißhungeranfälle sind mit drei oder mehreren dieser Merkmale verbunden: sehr schnelles Essen ohne körperlichen Hunger, viel zu große Mengen, oft wird alleine gegessen, und nach dem Essen treten Ekel, Depression oder starke Schuldgefühle auf. Das Heißhunger-Essen tritt bei Betroffenen an wenigstens 2 Tagen in der Woche über 6 Monate auf und ist nicht von kompensatorischen Aktivitäten gefolgt.

Etwa 70% der BED-PatientInnen erfüllen die Kriterien zumindest einer zusätzlichen psychiatrischen Störung wie Angst- bzw. Persönlichkeitsstörungen. Depressive Störungen werden bei PatientInnen mit BED etwa doppelt so häufig diagnostiziert wie bei Frauen in der Allgemeinbevölkerung.

Bei der **Orthorexia Nervosa** handelt es sich um zwanghaftes bzw. krankhaftes „Gesundessen“. Darunter versteht man die ständige Beschäftigung mit Nahrung in Bezug auf Qualität, zu viel oder zu wenig Fett, Zucker, Vitamine, Vitalstoffe, ohne jemals in vernünftiger Entspannung essen zu können. Die Sozialmedizinerin Ingrid Kiefer warnt vor Orthorexia Nervosa, da es bei Betroffenen häufig keine Krankheitseinsicht gibt, auch bedingt durch verschiedene Vorstufen dieser Essstörung. Angst vor dem falschen Essen macht krank.

Unter **subklinischen Formen von Essstörungen** vereinen sich alle nicht näher bezeichneten Essstörungen. Da die Übergänge der Krankheitsbilder fließend sind, gibt es auch nicht eindeutig zuordenbare Mischformen: die Bulimarexie, eine Mischform aus Bulimie und Anorexie, das Night-Eating-Syndrom (nächtliche Heißhungerattacken), der Kohlehydrat-Kick (abendliches Verlangen nach fetten und süßen Speisen), Heißhunger beim prämenstruellen Syndrom oder bei Herbst- und Winterdepression.

Immer mehr Kleinkinder leiden unter massiven Essstörungen. An der Universitätsklinik in Graz werden jährlich mehr als 120 Kleinkinder ambulant mit mittleren bis schweren Essverhaltens- und Fütterungsstörungen behandelt. Kinder haben bessere Nerven als die Eltern, und so benützen sie die Essensverweigerung als wirkungsvolle Waffe gegen die Eltern. Wird diese Störung nicht rechtzeitig erkannt, so sind sich die ÄrztInnen einig, kann sie auch den Keim für spätere Essstörungen in sich tragen.

Die wohnungslose Frau

Die genauere Unterscheidung von Formen der Wohnungslosigkeit ist laut ETHOS (Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung) folgendermaßen definiert:

Obdachlose Menschen sind akut wohnungslos. Sie leben auf der Straße und auf öffentlichen Plätzen, übernachten gelegentlich in Notschlafstellen, besuchen niederschwellige Einrichtungen und Wärmestuben.

Wohnungslose Menschen wohnen in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, in Frauenhäusern, in Einrichtungen für Asylwerber und in Gastarbeiterquartieren. Dazu gehören auch Menschen, denen nach der Entlassung aus Institutionen (Strafanstalten, Spitälern, Jugendheimen usw.) kein ordentlicher Wohnsitz zur Verfügung besteht.

Ungesichertes Wohnen betrifft Menschen, die kurzfristig bei Verwandten oder bei Freunden unterkommen und vom guten Willen anderer Menschen abhängig sind (versteckte Wohnungslosigkeit). Ebenso ist das Wohnen ungesichert, wenn ein Gerichtsbeschluss oder eine Räumungsklage für eine Delogierung vorliegt.

Ungenügendes Wohnen betrifft das Wohnen in Behausungen, die für konventionelles Wohnen nicht gedacht sind, die notdürftig zusammengebaut sind, sowie das Wohnen in Zelten und Wohnwägen.

Wohnungslosen Menschen wird in Österreich in 272 Einrichtungen (davon 177 Einrichtungen mit Wohnbetreuung) **Beratung und Betreuung** angeboten; insgesamt erfasst das Angebot 7.328 Plätze.

Im Jahr 2006 wurden von ambulanten Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (Beratungsstellen, Tageszentren und tagesstrukturierende Angebote, Streetwork) sowie von den sozialen Diensten im Umfeld der Wohnungslosenhilfe 13.120 Erwachsene und 318 mitziehende Minderjährige beraten und bei der Bewältigung ihrer problematischen oder fehlenden Wohnversorgung betreut.

Der Frauenanteil liegt im Bereich der ambulanten Wohnungslosenhilfe bei 21%. In den betreuten Wohnformen liegt der Frauenanteil bei einem Durchschnittswert von 31%. Bei den Angeboten der Delogierungsprävention ist dagegen in jenen Bundesländern, aus denen genderdifferenzierte Daten vorliegen, ein ausgewogenes Verhältnis von Männern und Frauen ablesbar. Eine prekäre und unsichere Wohnversorgung trifft somit Männer und Frauen in annähernd gleichem Ausmaß, Frauen neigen vermehrt zu informellen Bewältigungsstrategien. Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sehen sich zunehmend mit Personen konfrontiert, die an psychiatrischen Erkrankungen leiden. Besonders häufig sind Menschen mit sogenannten Doppeldiagnosen anzutreffen; dies bedeutet, dass zu der psychiatrischen Diagnose zusätzlich noch ein Suchtverhalten besteht.

Im Jahr 2006 haben die Angebote der Delogierungsprävention 10.923 Erwachsene und 4.210 mitziehende Kinder/Jugendliche erreicht, die für die Sicherung ihrer Wohnung der fachlichen Unterstützung bedurften. Frauen versuchen, Wohnungslosigkeit zu vermeiden, beziehungsweise entstandene Wohnungslosigkeit verdeckt zu leben und ihre Notlage zu verbergen. Zweckbeziehungen sind keine Seltenheit. Diese Frauen haben vielfach massive Gewalt- und Missbrauchserfahrungen gemacht und sind deshalb mit physischen und psychischen Störungen konfrontiert. Extreme Überlebensbedingungen, erlebte Gewalt, Angst, Diskriminierung und permanenter Stress verursachen und fördern psychische Erkrankungen.

Die Angst vor Stigmatisierung einerseits und einer drohenden öffentlichen Intervention in den privaten Bereich andererseits ist nach der Erfahrung von Mitarbeiterinnen frauenspezifischer Einrichtungen bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern.

Frauen und Prostitution

Der Begriff Prostitution beinhaltet die Erbringung sexueller Dienstleistungen und Formen der (kriminellen) sexuellen Ausbeutung und Gewalt. Um zu verdeutlichen, welche Form der Prostitution gemeint ist, sind folgende Ergänzungen zur Klarstellung des Begriffs vorzunehmen: freiwillige (registrierte/legale, nicht-registrierte/illegale) Prostitution oder Zwangsprostitution.

Eine einheitliche Statistik liegt aufgrund unterschiedlicher Landesgesetze nicht vor. Mit Stand vom 31.12.2007 gab es in Österreich 5.150 registriert arbeitende Sexdienstleisterinnen und 710 registrierte Bordelle (davon befinden sich 44% in Wien, 18% in der Steiermark, 15% in Oberösterreich, 7% in Niederösterreich, 6% in Salzburg, 5% im Burgenland, 4% in Kärnten, 1% in Tirol; in Vorarlberg gibt es keines). Es gibt jedoch keine bundesweiten Schätzungen zur Anzahl der nicht registrierten Prostituierten. 85-90% der legalen Sexdienstleisterinnen sind ausländischer Herkunft. Wenn Österreicherinnen in der Prostitution arbeiten, dann tun sie dies im städtischen Raum, da dieser mehr Anonymität bietet. Im Bereich der illegalen Prostitution ist der Anteil der Österreicherinnen höher; hier ist oft von Beschaffungsprostitution (für Suchtmittel) als Nebenverdienst auszugehen.

Menschen, die der Prostitution nachgehen, werden vielfach diskriminiert und stigmatisiert.

Prostituierte sind als „neue Selbstständige“ bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft sozialversicherungspflichtig. Wenn die Jahresverdienstgrenze von € 10.000,- überschritten wird, ist eine Einkommenssteuererklärung nötig, beim Überschreiten der Kleinunternehmergrenze (€ 36.000,-) tritt die Umsatzsteuerpflicht ein.

Prostitution wird also als selbstständige Erwerbstätigkeit gehandhabt. Arbeitsort kann nur ein Lokal/Haus mit Bordellgenehmigung sein, die Arbeitszeiten werden dort in der Regel vorgegeben, 6- bis 7-Tage-Wochen sind keine Seltenheit.

Mehrere Bundes- und Landesgesetze regeln die Ausübung von Prostitution, bzw. sind diese für die Tätigkeit der Prostitution anzuwenden (die genaue Auflistung befindet sich im ausführlichen Frauengesundheitsbericht). Alle Prostituierten sind zur Führung eines Gesundheitsbuches oder einer Gesundheitskarte (d.h. zur Registrierung beim Magistrat bzw. bei der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde) verpflichtet. Das Gesundheitsbuch wird vom Magistrat bzw. von der Bezirksverwaltungsbehörde (Sanitätsdienststelle) ausgestellt.

Mittels Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes wird bestätigt, dass die verpflichtenden, wöchentlichen amtsärztlichen Untersuchungen auf Gonorrhoe (Tripper) sowie der mindestens alle 3 Monate durchzuführende HIV-Antikörpertest und der alle 6 Wochen durchzuführende Syphilis-Test stattgefunden haben und keine diesbezüglichen Erkrankungen vorliegen. Einmal jährlich ist eine TBC-Untersuchung vorgesehen. Die entstehenden Kosten werden in den Bundesländern in unterschiedlichem Ausmaß übernommen. Zudem ist die Gesundheitskarte je nach Bundesland unterschiedlich gestaltet, was die bundesländerübergreifende Kontrolle zusätzlich erschwert.

Große Barrieren bei der Aufklärungs- und Informationsarbeit entstehen jedoch durch Sprachprobleme und durch kulturelle Unterschiede.

Prostituierte zahlen zum Teil überhöhte und nicht gerechtfertigte Abgaben für die Miete, Zimmer und Ähnliches, was wiederum zu einer Verschuldung und zu hochgradiger, finanzieller Abhängigkeit führt und somit eine große psychische Belastung darstellt. Zusätzlich ist der regelmäßige Alkoholkonsum ein sehr großes Problem. Für Prostituierte bestehen in Österreich viele Pflichten und kaum Rechte. Die Gesetzeslage führt in der Realität häufig zu einer Begünstigung der Zuhälterei, zu starker Abhängigkeit und vor allem zu einer Monopolisierung im „Milieu“, was sich wiederum in den Arbeitsbedingungen niederschlägt.

Die Frau als Ziel von Gewalt

Frei von Gewalt zu leben, ist ein grundlegendes Menschenrecht, das (auch in einer Beziehung) jedem Mädchen und jeder Frau zusteht.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen zum Gewaltschutz sind in Österreich im Gewaltschutzgesetz und Sicherheitspolizeigesetz geregelt. Informationen über das Gewaltschutzgesetz befinden sich auf der Homepage der Bundesministerin für Frauen und öffentlichen Dienst unter www.frauen.bka.gv.at > Themen > Gewalt > Gewalt an Frauen > Gesetzliche Grundlage > Gewaltschutzgesetz und auf der Homepage der Informationsstelle gegen Gewalt www.aoeff.at

Die im Zuge des Gewaltschutzgesetzes mögliche Wegweisung beinhaltet die Möglichkeit, eine gewalttätige Person von der Polizei wegweisen zu lassen. Die Zahl ist ständig steigend, 2009 waren es ca. 6.700 Wegweisungen. Dies umfasst ein Betretungsverbot für einen Zeitraum von 14 Tagen, um Frauen und Kindern, die Opfer von Gewalt wurden, Schutz zu geben. Eine Ausdehnung dieses Zeitraums auf sechs beziehungsweise 12 Monate kann bei Gericht beantragt werden.

Grundsätzlich wird zwischen personaler Gewalt, die direkt von einem handelnden Täter oder von einer Tätergruppe ausgeübt wird, und struktureller Gewalt differenziert.

Die strukturelle Gewalt kann nicht mehr konkreten, personalen AkteurInnen zugerechnet werden; sie ist in das Gesellschaftssystem eingebaut und äußert sich in ungleichen Machtverhältnissen und folglich in ungleichen Lebenschancen (ungleiche Einkommensverteilung, erschwelter Zugang zum Arbeitsmarkt, begrenzte berufliche Aufstiegsmöglichkeiten, Lücken im Kinderbetreuungsgesetz etc.).

Zu den Formen der Gewaltausübung zählen zudem Themen wie sexuelle Belästigung, Stalking und Menschenhandel. Ein wichtiger Punkt ist die traditionsbedingte Gewalt, bei der es sich meistens um männliche, aber auch um gesamtgesellschaftliche Gewalt, durch die Frauen patriarchalischen Moral- und Wertvorstellungen zum Opfer fallen, handelt. Zu den Themenbereichen Genitalverstümmelung und Zwangsheirat wird bereits seit mehreren Jahren Bewusstseinsarbeit geleistet.

Des Weiteren wird Gewalt in unterschiedlichen Zusammenhängen ausgeübt. Nachweislich werden Frauen und Mädchen häufiger Opfer ihrer (Ex-) Beziehungspartner und/oder von Familienangehörigen, Männer häufiger Opfer von Bekannten oder Fremden. Frauen leiden öfter Gewalt im Privaten, Männer dagegen im öffentlichen Raum. Eine Schätzung der Polizei bestätigt dieses Bild: 90% aller Gewalttaten gegen Frauen werden in der Familie und im sozialen Nahraum ausgeübt.

Die häusliche Gewalt (von Männern an Frauen) wird im vorliegenden Bericht genauer dargestellt. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Grundtypen der häuslichen Gewalt:

Grundtypen der häuslichen Gewalt	
Körperliche Gewalt	Stoßen, treten, schlagen, boxen, mit Gegenständen werfen, Haare ziehen, mit Fäusten prügeln, Kopf gegen die Wand schlagen, mit Zigaretten brennen, Attacken mit Waffen, bis hin zu Mordversuch oder Mord
Psychische und emotionale Gewalt	Drohung, Beschuldigung, Demütigung, Erniedrigung, Einschüchterung, ständige Kontrolle, Essensentzug, Psychoterror
Ökonomische Gewalt	Arbeitsverbot, Arbeitszwang, Kontrolle des Einkommens, Geld verweigern und wegnehmen, Verweigerung des Kontozuganges
Sexualisierte Gewalt	Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung, sexueller Missbrauch, sexuelle Belästigung und Bedrohung, erzwungene Abtreibung, Genitalverstümmelung, Zwangsehe, Zwang zur Prostitution
Soziale Gewalt	Soziale Isolation, Kontrolle aller Kontakte, Kontaktverbote, Einsperren
Belästigung und Terror (Stalking)	Ständige Anrufe auch mitten in der Nacht, Drohbriefe, Bespitzelung und Verfolgung am Arbeitsplatz und zu Hause

Quelle: Schleicher 2010, S. 8

Männliche Gewalt trifft Frauen quer durch alle Altersstufen, Schichten und Kulturen.

Die Formen und Muster häuslicher Gewalt sind vielfältig. Männer, die sich physischer oder psychischer Gewalt bedienen, haben zum Ziel, ihre Frauen zu schwächen, ihnen Ressourcen zu entziehen und/oder sie zu kontrollieren. Demütigungen, (sexuelle) Gewalt und Beschimpfungen erschüttern das Selbstwertgefühl der betroffenen Frauen; zeitweilige Zuneigungsbekundungen führen zu emotionaler Verunsicherung und Verwirrung der Opfer. Oft werden den Frauen die sozialen Kontakte und die Verfügung über ökonomische Mittel reglementiert und/oder unterbunden. Dies schafft zusätzliche Abhängigkeiten und verstärkt die lähmende Angst. Bei Nicht-Einhaltung der aufgestellten Regeln hat die betroffene Frau mit Sanktionierung durch Gewalt zu rechnen. In vielen Fällen erfährt das Opfer zu wenig oder gar keine Unterstützung durch das soziale Umfeld, das die Gewalttaten verharmlost oder ignoriert. Die Frau ist emotional ambivalent, was durch die partielle Zuneigung ihres Partners noch verstärkt wird. Das Gefühl, als Mutter und Ehefrau zu versagen, sowie die Angst, ihre Kinder zu verlieren oder nach der Trennung keine Unterstützung und keinen Schutz zu erhalten, lassen die Frau die Situation ertragen. Hinzu kommt teilweise auch das Gefühl, dem „kranken Gewalttäter“ helfen zu wollen.

Die Ursachen für die Gewaltausübung durch den Mann in einer Partnerschaft/Ehe sind vielfältig und mehrdimensional: patriarchalische Dominanz und sehr geschlechtsspezifische Sozialisation, ebenso prägende Kindheitserfahrungen, erhöhter Alkoholkonsum, sozioökonomische Einflüsse (Armut, Arbeitslosigkeit), aber auch psychische und kognitive Störungen.

Gewalterlebnisse beeinträchtigen die Opfer nicht nur körperlich, sondern darüber hinaus auch psychisch:

Mögliche gesundheitliche Auswirkungen von häuslicher Gewalt	
Körperliche Folgen	Akute, direkte Verletzungen wie Stich- und Hiebverletzungen, Schnitt-, Platz-, Riss- und Brandwunden, Prellungen, Hämatome, Würgemale, Frakturen, Trommelfellverletzung, Kiefer- und Zahnverletzungen; Dauerhafte Behinderungen zB Einschränkung der Beweglichkeit, verminderte Seh-, Hör- und Bewegungsfähigkeit

Mögliche gesundheitliche Auswirkungen von häuslicher Gewalt

Psychosomatische Folgen	Chronische Schmerzen wie Kopf-, Rücken-, Brust- und Unterleibsschmerzen, Magen-, Darmstörungen wie Übelkeit, Brechreiz, Appetitverlust; chronische Anspannungen, Angst und Verunsicherung, die sich als Stressreaktion in psychosomatischen Beschwerdebildern manifestieren können; Harnwegsinfektionen, Atembeschwerden
Gynäkologische Leiden	Eileiter- und Eierstockentzündungen, sexuell übertragbare Krankheiten, ungewollte Schwangerschaften, Schwangerschaftskomplikationen, ungewollte Kinderlosigkeit, Fehlgeburten und niedriges Geburtengewicht
Gesundheitsgefährdende Überlebensstrategien	Rauchen, übermäßiger Medikamenten-, Alkohol- und Drogenkonsum, Essstörungen, risikoreiches Sexualverhalten

Quelle: Schleicher, B., 2010 S. 17

Frauen, denen häusliche Gewalt widerfährt, verschweigen oftmals das Erlebte aus Scham- und Schuldgefühl, aus Angst vor einer Eskalation oder aus Sorge um die Kinder.

Das Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend hat 2010 einen **Leitfaden zur gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen** veröffentlicht und bietet Informationen und konkrete Handlungsanleitungen für ProfessionistInnen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich im Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen an. Dieser ist unter www.bmwfj.gv.at/publikationen erhältlich.

Die Verantwortung für Gewalt liegt immer bei der Person, die sie ausübt. Opfer von Gewalt haben (rechtlichen) Anspruch auf Schutz, Sicherheit und Hilfe. Wichtig ist, dass sich betroffene Frauen sofort an passende Anlaufstellen wenden. Diese können einerseits direkt unterstützen und andererseits auch an spezielle Einrichtungen weiterleiten. Eine Übersicht über gesetzliche Maßnahmen zum Schutz vor häuslicher Gewalt gegen Frauen und über Hilfseinrichtungen für Frauen in Gewaltsituationen liefert die Homepage der Bundesministerin für Frauen und öffentlichen Dienst unter www.frauen.bka.gv.at > Themen > Gewalt > Gewalt an Frauen.

Ein „jüngeres“ Phänomen ist die **Gewalt in den neuen Medien**. In keinem anderen Lebensbereich als dem der elektronischen Medien wie Internet und Handy gab es in den letzten Jahrzehnten derart umfassende Veränderungen. Neben den vielen positiven Einsatzmöglichkeiten für das Arbeitsleben und Freizeitverhalten, ermöglicht die Kommunikation und der Datenaustausch per E-Mail, SMS, Chatrooms oder Internetforen aber auch neue Formen der Gewaltausübung und sexuellen Viktimisierung.

Nahezu alle Jugendlichen nutzen heute regelmäßig Instant-Messengers und Online Communities, daher sind Mädchen und junge Frauen auch mit neuen Formen der Gewaltausübung konfrontiert. Dazu zählen Cyberbullying, Cyber-Grooming und vereinzelt auch Happy Slapping.

In der aktuellsten JIM-Studie gibt ein Viertel der befragten Jugendlichen zwischen 12 und 19 Jahren an, bereits in Kontakt mit Cyberbullying gekommen zu sein. Unter Cyberbullying (im Deutschen manchmal auch als Cybermobbing bezeichnet) wird das absichtliche, meist über einen längeren Zeitraum ausgeführte Beleidigen, Bedrohen, Bloßstellen oder Belästigen anderer Menschen mithilfe moderner Kommunikationsmittel verstanden. Diese Angriffe enden nicht in der Schule oder am Arbeitsplatz, sie finden rund um die Uhr statt und sind ein Eingriff in die Privatsphäre, der die Betroffenen bis in die „eigenen vier Wände“ verfolgt. Sobald Nachrichten oder Fotos online gestellt wurden, ist ihre Verbreitung kaum noch zu kontrollieren. Das „Publikum“ ist unüberschaubar groß.

Studien über Cyberbullying sind noch relativ selten, es fehlt vor allem an Erkenntnissen über Langzeitfolgen, und es gibt noch zu wenig gesicherte Daten über geschlechtsspezifische Unterschiede. Psychosomatische Auswirkungen sind festzustellen. Mehr als zwei Drittel der Täter sind männlich und unter 20 Jahren.

Beim Cyber-Grooming handelt es sich um die gezielte Anbahnung sexueller Kontakte mit Minderjährigen über das Internet. Die Täter sind meist erwachsene Männer, die geplant Vertrauen zu den Minderjährigen

aufbauen, um sie auch „real“ zu treffen und sie sexuell auszubeuten. Mädchen werden im Internet häufiger (48%) um ihre Kontaktdaten gebeten als Burschen (34%).

Neben verbalen sexuellen Belästigungen kommt es zum Einsatz von Fotos und Filmen, oder Mädchen werden zu sexuellen Handlungen vor der Webcam aufgefordert. Erwachsene Frauen sind auch von „Racheakten“ ihrer ExpartnerInnen betroffen, die nach einer Trennung private Aufnahmen (häufig mit erotischem Inhalt) online stellen, um sie so in der Öffentlichkeit zu blamieren, unter Druck zu setzen oder zu erpressen.

Beim sogenannten „Happy Slapping“ werden hingegen meist fremde Personen angegriffen und zusammengeschlagen. Eine dritte Person filmt die Gewalthandlung per Handy oder mit der Videokamera, und das Material wird anschließend im Internet veröffentlicht.

Die wenigen bisher vorliegenden Studien kommen jedoch zu einem gemeinsamen Ergebnis: Die meisten Betroffenen sprechen selten über ihre Gewalterfahrungen. Sie suchen anonym und häufig wiederum im Internet nach Hilfe und Unterstützung. Jugendliche teilen sich am ehesten Gleichaltrigen mit, viel seltener sprechen sie mit Eltern oder Lehrkräften.

Sowohl Interventions- als auch Präventionsmaßnahmen müssen diesem Umstand Rechnung tragen: und Betroffenen, Eltern, Lehrkräften und weiteren Betreuungspersonen von Jugendlichen zur Verfügung gestellt werden. Geschlechtsspezifische Präventionsprogramme müssen sowohl bei potentiellen Opfern als auch Tätern ansetzen, um eine positive und gewaltfreie Nutzung der neuen Medien zu fördern.

Armut ist weiblich

Armut ist gekennzeichnet durch das Fehlen an Möglichkeiten auf gesellschaftlichen Gebieten, welche als zentral angesehen werden. Armut bedeutet nicht nur ein zu geringes finanzielles Einkommen und somit das Fehlen von Gütern und Dienstleistungen, sondern kennzeichnet darüber hinaus Situationen, in denen die Möglichkeiten, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, fehlen (= manifeste Armut). Von Armut betroffene Personen verfügen über einen ungleichen Zugang zu materiellen und immateriellen Gütern. Man spricht von Armut oder Deprivation, wenn Personen, Personengruppen oder Haushalte nicht in der Lage sind, mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen den in einer Gesellschaft üblichen Lebensstandard zu halten. Das finanzielle Minimum wird dabei auf 60% des Medianeinkommens festgelegt.

Tabelle 14: Armutsgefährdungswelle für unterschiedliche Haushaltstypen in Österreich, 2006

Haushaltstyp	Jahreswert netto in €	Monatswert netto in €
Einpersonenhaushalt	10.711	893
1 Erwachsener, 1 Kind	13.924	1.160
2 Erwachsene	16.067	1.339
2 Erwachsene, 1 Kind	19.280	1.607
2 Erwachsene, 2 Kinder	22.493	1.874
2 Erwachsene, 3 Kinder	25.706	2.142

Quelle: Österreichische Gesellschaft für Politikberatung und Politikentwicklung (Hrsg.): 2. Armuts- und Reichtumsbericht für Österreich. Wien, 2008, S. 6

Gemessen an diesen Grenzen waren 2006 in Österreich 12,6% oder 1.027.000 Menschen armutsgefährdet. Diese Armutsgefährdungsquote hat im längerfristigen Vergleich leicht zugenommen (12% im Jahr 1996). Die Armutsgefährdungsschwelle ist gestiegen, und immer mehr Menschen erreichen diese Schwelle mit ihrem Haushaltseinkommen nicht. Das Einkommen der armutsgefährdeten Menschen in Österreich liegt im Durchschnitt 16% unter dieser Schwelle. 7% der ÖsterreicherInnen waren 2006 von Einkommensarmut betroffen, nicht jedoch von mangelnder Teilhabe. Von manifester Armut betroffen waren im Jahr 2006 rund 459.000

Menschen, das sind 6% der österreichischen Bevölkerung, die sowohl über ein niedrigeres Einkommen und über einen niedrigeren Lebensstandard als die/der DurchschnittsösterreicherIn verfügen.

Die soziale und die gesundheitliche Lage sind eng miteinander verwoben. Studien belegen, dass vor allem armutsgefährdete Bevölkerungsgruppen verstärkt von Krankheiten und Beschwerden betroffen sind, ihren subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand als schlechter einschätzen und einem höheren vorzeitigen Sterberisiko unterliegen. Darüber hinaus weisen diese Gruppen öfter gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen und Gewohnheiten auf. Generell gilt, dass Ältere ihren Gesundheitszustand schlechter als Jüngere einschätzen und Frauen schlechter als Männer.

Alle genannten gesundheitsgefährdenden Gewohnheiten sind (einzeln und in Kombination) Hauptrisikofaktoren für unsere Zivilisationskrankheiten: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Krebs und Skelett- und Muskelerkrankungen.

Das Gesundheitsverhalten variiert je nach Einkommen: Je niedriger das Einkommen, desto eher neigen die Personengruppen zu einem risikoreichen Gesundheitsverhalten.

Fakten zur gesundheitlichen Situation bzw. zum Gesundheitsverhalten:

- In allen Altersgruppen ist die einkommensschwächste (armutsgefährdete) Gruppe stärker von Adipositas betroffen als die einkommensstärkste.
- 27% der Männer in Österreich und 19% der Frauen rauchen täglich. Für beide Geschlechter ist das Rauchen einkommensabhängig: Personen, die über einen höheren Verdienst verfügen, rauchen seltener. Die Raucherprävalenz unter den Männern ist generell höher als die bei den Frauen.
- Als körperlich „aktiv“ gelten (in den vorliegenden Daten) Personen, die an zumindest drei Tagen pro Woche durch Radfahren, schnelles Laufen oder Aerobic ins Schwitzen kommen. Männer sind generell körperlich aktiver als Frauen, junge Personen generell aktiver als ältere. Bei Frauen bestätigt sich ab 35 Jahren die These, dass das Einkommen mit der körperlichen Aktivität korreliert. Bis zum Alter von 34 Jahren ist die Gruppe der Einkommensstärksten weniger sportlich als die anderen.
- Bei Pflichtversicherten treten Herzinfarkte häufiger auf als bei freiwillig Versicherten (hier ist von einem höheren Einkommen auszugehen).
- Männer mit weniger Einkommen unterliegen einem höheren Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken.
- Auch von Leberzirrhose sind die pflichtversicherten Männer im Vergleich zu den freiwillig versicherten stärker betroffen: ab 60 Jahren bereits doppelt so häufig.
- Chronische Erkrankungen werden mit dem Alter häufiger und variieren nach Einkommen - allerdings nicht durchgängig, d. h. ein Zusammenhang lässt sich nicht eindeutig herstellen: Frauen leiden generell häufiger an chronischen Erkrankungen als Männer; besonders betroffen sind die „prekären“ Gruppen. Am wenigsten häufig leiden Frauen der besseren Einkommensklassen an chronischen Erkrankungen.
- Auffällig ist, dass sich Einkommensunterschiede bei Männern stärker auswirken als bei Frauen. Vor allem Herzinfarkt, Diabetes mellitus, chronische Bronchitis und Adipositas sind die (bei beiden Geschlechtern) am häufigsten genannten Krankheiten.
- Die Schmerzprävalenz nimmt mit dem Alter in allen Bevölkerungsgruppen zu und ist bei Frauen in allen Altersgruppen höher als bei Männern. In der Armutsrisikogruppe ist das Schmerzvorkommen aber generell am höchsten. Ab 45 Jahren zeigt sich bei Frauen, dass die armutsgefährdete Gruppe (unter 60% des Medianeinkommens) häufiger an Schmerzen leidet als die einkommensstärkste Gruppe. Die häufigsten Schmerzbereiche bei Frauen sind Oberschenkel, Knie, Unterschenkel, der Rücken, Kopfschmerzen und Migräne und der Schulterbereich. Bei Männern dominiert der Rücken, gefolgt vom Schulterbereich, Nacken und Kreuz.
- Einkommensärmere Frauen und Männer bemerken stärkere Einschränkungen in den Bereichen Lebensqualität und Alltagsgestaltung.
- Für Frauen und auch für Männer gilt, dass die Einschätzung der subjektiven Gesundheit bei Einkommensschwächeren schlechter ausfällt als bei Einkommensstärkeren. Quer durch alle Einkommensgruppen sehen Frauen ihre subjektive Gesundheit generell schlechter als Männer.
- Ähnlich verhält es sich bei der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit: Auch diese nimmt mit steigendem Einkommen sukzessive zu.

- In allen Kategorien schätzen Frauen ihre Lebensqualität (allgemein, physischer und psychischer Bereich, soziale Beziehungen und Umwelt) schlechter ein als Männer. Zudem bestätigt sich in allen Bereichen, dass einkommensschwächere Personen diesen Indikatoren weniger Punkte zuordnen als einkommensstarke Personen.
- Im Bereich der Gesundheitsvorsorge steigt bei beiden Geschlechtern die Bereitschaft zu Schutzimpfungen (Grippe, Tetanus, Diphtherie, Polio, FSME, Hepatitis A und B) mit der Höhe des Äquivalenzeinkommens. Bei Frauen ist der Unterschied stärker ausgeprägt als bei Männern. Die armutsgefährdete Gruppe (unter 60% des Medianeinkommens) weist ein höheres Risiko auf, über keinen aufrechten Impfschutz zu verfügen.
- Bei der Gesundenuntersuchung zeigt sich klar, dass das Einkommen einen deutlichen Effekt hat: die Häufigkeit der Teilnahme nimmt mit dem Einkommen zu. Männer nehmen in allen Einkommensgruppen etwas häufiger daran teil als Frauen.
- Bei den Frauen zeigt sich zudem deutlich, dass die Inanspruchnahme von Krebsabstrich und Mammografie ebenso mit dem Einkommen steigt.

Eine mangelnde Teilhabe am Arbeitsmarkt erhöht das **Armutsrisiko** kurzfristig und führt auch langfristig zu Armut und sozialer Ausgrenzung. Arbeit gegen Entlohnung stellt keinen Schutz vor Armut dar, da zu viele Menschen mit prekären Arbeitsverhältnissen, Zugangsbarrieren zum Arbeitsmarkt und ungleichen Lohnsystemen konfrontiert sind. „Working Poor“ nennt sich dieses Phänomen, das sogenannte „erwerbstätige Arme“ beschreibt: diese Personen sind zwar (voll- oder teilzeitbeschäftigt) erwerbstätig und haben trotzdem für sich und ihre Familienangehörigen zu wenig Geld zum Leben. An fünf Faktoren kann dieses Phänomen festgemacht werden: Stellung im Beruf, Geschlecht, Familiensituation, Staatsbürgerschaft und Bildungsgrad. Häufige Merkmale dieser Arbeitsverhältnisse sind geringfügige Beschäftigung, Teilzeitarbeit, Scheinselbstständigkeit, Leiharbeit, geringer Lohn und eine geringe bzw. nicht vorhandene soziale Absicherung. Zu den armutsgefährdeten Erwerbstätigen in Österreich zählen rund 253.000 Personen, das sind rund 8% der Erwerbstätigen. Beinahe die Hälfte aller Armutsgefährdeten im Erwerbsalter verfügt über eine Erwerbstätigkeit. **Zu den armutsgefährdeten Gruppen zählen** in Österreich arbeitslose (langzeitarbeitslose) Personen, die Arbeitslosengeld bzw. Notstandshilfe beziehen, PensionistInnen, BezieherInnen von Pflegegeld, alleinerziehende Personen, sowie Personen in kinderreichen Familien und SozialhilfeempfängerInnen. In allen genannten Gruppen sind es insbesondere die Frauen, die einem höheren Armutsrisiko ausgesetzt und davon stärker betroffen sind. MigrantInnen zählen ebenso zu den armutsgefährdeten Personen, allerdings wird im vorliegenden Bericht ein eigenes Kapitel zu diesem Thema veröffentlicht.

Von Arbeitslosigkeit betroffene Menschen zählen wie bereits erwähnt zu den armutsgefährdeten Bevölkerungsgruppen. 2007 waren 43% der EmpfängerInnen von Arbeitslosengeld weiblich. Der durchschnittliche Tagessatz beim Arbeitslosengeld betrug für Frauen ca. € 22,10,- (gesamt € 24,90,-), was einen Monatsbezug zwischen € 663,- und € 685,10,- ergab. Die Höhe des ausbezahlten Arbeitslosengeldes schwankt zwischen den Bundesländern. Nach dem Bezug des Arbeitslosengeldes kann die Notstandshilfe beantragt werden, im Prinzip ohne zeitliche Begrenzung. 41% der NotstandshilfebezieherInnen waren im Jahr 2007 Frauen (= 35.045). Ihr durchschnittlicher Tagsatz betrug in diesem Jahr € 16,70,-. In den letzten Jahren sind sowohl Arbeitslosengeld als auch Notstandshilfe leicht gestiegen, die Durchschnitte beider liegen allerdings unter der Armutsgefährdungsgrenze. Bei den Frauen liegt der Durchschnitt weiter unterhalb der genannten Grenze als bei den Männern – dies unterstreicht die höhere Armutsgefährdung von Frauen. Langzeitarbeitslose sind stärker gefährdet als jene Personen, die nur kurz von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Eine gefährdete Untergruppe der arbeitslosen Personen sind die Jugendlichen, insbesondere die, die durch schlechte Zeugnisse, aufgrund eines fehlenden Schulabschlusses oder einer fehlenden Erstausbildung von einem hohen Risiko für Arbeitslosigkeit betroffen sind.

BezieherInnen von niedrigen Pensionen zählen ebenso zur Gruppe der armutsgefährdeten Personen. Die durchschnittliche Monatspension von österreichischen PensionistInnen lag 2006 bei € 1.300,-, bei den weiblichen Pensionistinnen bei € 887,-. Diejenigen, die ein Einkommen aus der Pension unter den jeweiligen Armutsgefährdungsschwellen beziehen, erhalten Ausgleichszulagen. Diese wird vom Nationalrat beschlossen, allerdings nicht immer zeitlich angepasst an die Armutsgefährdungsschwelle. Oft sind aus diesem Grund die PensionistInnen weiterhin armutsgefährdet. Circa 11,3% der PensionistInnen haben im Dezember 2007 eine

Ausgleichszulage erhalten. 69% der AusgleichszulagenbezieherInnen waren Frauen! 28% der Pensionistinnen sind aufgrund ihrer niedrigen Pension bzw. aufgrund der niedrigen Hinterbliebenenpension, die die einzige Bezugsquelle darstellt, armutsgefährdet.

Auch PflegegeldbezieherInnen zählen – wie bereits weiter oben erwähnt - zu den armutsgefährdeten Bevölkerungsgruppen, da sehr oft der Pflegebedarf die Höhe des ausbezahlten Pflegegeldes übersteigt. Zwei Drittel der PflegegeldbezieherInnen waren im Jahr 2006 Frauen. Die Höhe des Pflegegeldes richtet sich sowohl beim Bundes- als auch beim Landespflegegeld nach der Einstufung (Stufe 1 – 7). Meist fehlt es an Einkommen in Haushalten mit einer pflegebedürftigen Person, da die Erwerbstätigkeit des pflegenden Angehörigen eingeschränkt bzw. gänzlich unmöglich ist.

Frauen in kinderreichen Familien sowie AlleinerzieherInnen zählen ebenso zu den armutsgefährdeten Gruppen. Je mehr Kinder in einem Haushalt vertreten sind, desto eher sinkt die Quote der berufstätigen Frauen bzw. die Wochenstundenanzahl ihrer Berufstätigkeit. In vielen Ehen und Lebensgemeinschaften ist eine volle Berufstätigkeit der Frauen finanziell nicht erforderlich, wodurch Frauen auf ein eigenes Einkommen verzichten und in weiterer Folge auf eine eigene Pension. Sie begeben sich in eine Abhängigkeitssituation, die die Armutsgefährdung – insbesondere wenn sich die Lebenssituation durch Scheidung, Trennung oder Tod ändert – markant erhöht. Bei den AlleinerzieherInnen sind Frauen ebenso stärker armutsgefährdet als Männer, da sie in ihren Erwerbsverläufen immer über ein geringeres Einkommen verfügen als die Männer. Familienleistungen sollen Familien in ihrer finanziellen Situation unterstützen. Sie zählen zu den Einkünften aus umverteilten Einkommen und werden zum Großteil aus dem Familienlastenausgleichsfonds finanziert. Mit der Anzahl an Kindern steigt das Armutsrisiko der Personen, die in dem betreffenden Haushalt wohnen. Auch das Alter der Kinder ist ausschlaggebend für eine Armutsgefährdung. Je jünger das Kind, desto stärker ist das Risiko. Erst mit der Schulpflicht sinkt das Armutsgefährdungsrisiko, da hier der Kinderbetreuungsaufwand reduziert werden kann und die Kosten dafür zurückgehen.

SozialhilfebezieherInnen gehören der armutsgefährdeten Bevölkerungsgruppe an. Sozialhilfe funktioniert nach dem Prinzip der Subsidiarität und unterstützt hilfsbedürftige Menschen dabei, das Notwendigste für den Lebensbedarf bzw. Lebensunterhalt zu ermöglichen (weil die eigenen Mittel und erhaltene familiäre Unterhaltsleistungen nicht ausreichen). In den Bundesländern gibt es unterschiedliche Sozialhilferichtsätze, die sich teilweise erheblich voneinander unterscheiden. Sozialhilfe geht sowohl an Menschen in privaten Haushalten (z.B. Mietbeihilfen) wie auch an Alten- und Pflegeheime, soziale Dienste und die Flüchtlingshilfe. Der Frauenanteil bei den SozialhilfebezieherInnen liegt bei 53%.

Entscheidend für eine Armutsgefährdung bzw. Armut sind einerseits die Einkommenssituation und andererseits die Kostenbelastung der betroffenen Personen bzw. Haushalte. Die Verschuldung der Privatpersonen stieg in den letzten 10 Jahren kontinuierlich an und betrug im Jahr 2007 rund 144.600 Millionen Euro.

Frauen als pflegende Angehörige

Zu pflegenden Personen stehen Bundes- und Landespflegegeld zu. Darüber hinaus liefern Gemeinden Sachleistungen, wie z.B. soziale Dienste und Pflegeheime.

2008 haben insgesamt 358.545 Personen Bundespflegegeld bezogen, was ca. 4,3% der österreichischen Gesamtbevölkerung ausmacht. Zwei Drittel des Bundespflegegeldes haben Frauen bezogen, ein Drittel Männer. Vergleicht man diese Daten mit denen aus dem Jahr 2000, so hat sich die Gesamtanzahl der BundespflegegeldbezieherInnen in den letzten 10 Jahren um 73.045 Personen (also um 20%) erhöht (47.200 Frauen und 28.350 Männer) – insbesondere in den höheren Pflegestufen.

Bei den LandespflegegeldbezieherInnen waren es im Jahr 2000 54.915 Personen (hiervon 36.272 Frauen und 18.643 Männer). Im Jahr 2008 ist hier ebenfalls ein Anstieg um 15,4% auf 64.936 LandespflegegeldbezieherInnen zu verzeichnen (42.513 Frauen und 22.423 Männer), was weniger als 1% der Gesamtbevölkerung Österreichs ausmacht.

Die **Betreuung und Pflege von Familienmitgliedern im häuslichen Bereich** wird zu über 80% von Frauen durchgeführt, auch aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung. Der Mikrozensus 2002 führt etwa doppelt so viele Frauen als Männer an, die ihre Angehörigen und Bekannten pflegen (281.900 Frauen und 144.000 Män-

ner); meist sind diese 50 Jahre alt und älter. Von dieser Gruppe der pflegenden Angehörigen betreuen ca. 38.900 Personen sogar zwei und mehrere Familienangehörige/ Bekannte. Die Pflege der Eltern steht im Vordergrund, und an erster Stelle mit 30% die der Mutter (gefolgt von der Pflege der Schwiegermutter mit 11%, des Vaters mit nur 9%, des Schwiegervaters mit 3%). Ehe- oder LebenspartnerInnen werden von Angehörigen zu 18% gepflegt und Bekannte bzw. Freunde zu 7%. Weiters – so gibt der Mikrozensus an – pflegen über 60% der Töchter ihre Mütter; auch pflegen Söhne überwiegend ihre Väter. Ein geschlechtsspezifischer Befund vor allem bei der Pflege an Bekannten und Freunden verdeutlicht die Rolle der Frauen in der häuslichen Versorgung: Hier sind es ca. 83% Frauen, die unentgeltliche (!) Pflege leisten.

Laut Mikrozensus 2002 leben 40% der pflegenden Angehörigen mit ihren Familienmitgliedern und/oder Bekannten in einer Wohnung, 15% bewohnen zwar dasselbe Haus, besitzen aber eine eigene Wohnung, und 45% der Pflegenden leben an einem anderen Ort. Lediglich in Wien sind viele Einpersonenhaushalte festzustellen.

Je höher die Pflegegeldstufe, desto weniger wird eine Erwerbstätigkeit für pflegende Angehörige realisierbar. Und je höher die Pflegegeldstufe des/der Pflegebedürftigen, je höher die Anzahl der Betreuungspersonen, die über kein Einkommen verfügen (Pflegestufe sechs und sieben z.B. mehr als 45%). Bei Betreuungspersonen, die über kein eigenes Einkommen verfügen, handelt es sich zu 91% um Frauen.

Erschwerend kommt hinzu, dass viele pflegende Angehörige (oder Bekannte) zudem ihre eigene Kernfamilie zu versorgen haben und somit vor einer Mehrfachbelastung stehen.

Für Frauen in der Rolle als pflegende Angehörige resultieren multifaktorielle Belastungen. Pflegende Angehörige werden häufiger krank und sind anfälliger für stressbedingte Krankheiten als die Durchschnittsbevölkerung. Als physische Belastungen werden Kreuzschmerzen, Schmerzen im Schulter-Nackengebiet und in den Gelenken identifiziert; als psychische Belastungen die zeitliche Bindung, die mit 59% die größte Belastung darstellt, daneben der Druck, das hohe Verantwortungsgefühl, die Überforderung und Aussichtslosigkeit. Je höher die Pflegegeldstufe ist, in denen die Pflegebedürftigen von ihren Angehörigen gepflegt werden, desto größer werden auch die physischen Belastungen. Bei den psychischen Belastungen steigt insbesondere die Isolation an.

Die von Angehörigen häuslich durchgeführte Pflege ist als höchst belastend zu bewerten. Die damit verbundenen Auswirkungen sind gravierend: Einerseits tragen die gesellschaftlichen, aber auch die individuellen Bedingungen zum erhöhten Krankheitsrisiko von pflegenden Angehörigen bei – und dies sind ja überwiegend Frauen –, andererseits ist es die Pflege eines Angehörigen selbst, die die Entstehung von psychosozialen und physischen Erkrankungen verursacht.

Werden der demografische Wandel und die gesellschaftlichen Strukturen und Hintergründe berücksichtigt, stellt sich die relevante Frage, ob Frauen auch **künftig** diese Versorgungslücke hinsichtlich der Pflege von Angehörigen ausfüllen werden. Alternativ können die älteren pflegebedürftigen MitbürgerInnen nicht allesamt in Alten- und Pflegeheimen versorgt werden. Es muss besonders die staatliche, aber auch die gesellschaftliche und betriebliche Verantwortung greifen, um Entlastung und Alternativen in der häuslichen pflegerischen Versorgung zu schaffen.

Bisher – so hält der aktuelle Frauenbericht (2010) fest – wurden einige Maßnahmen initiiert und angeboten, um Frauen in der Situation als pflegende Angehörige zu entlasten. Hierzu gehören z.B. „die Selbstversicherung für Zeiten der Pflege naher Angehöriger, die Einrichtung von Beratungsangeboten für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen (Pflegegutschein, Pflegetelefon, Plattform für pflegende Angehörige) oder die Verbesserungen im Rahmen der Familienhospizkarenz“. Diese Maßnahmen reichen aber bei weitem nicht, bedenkt man die gegenwärtige Situation von Frauen als pflegende Angehörige einerseits und die zukünftigen Entwicklungen in der häuslichen pflegerischen Versorgung andererseits. Insofern sind weitere Maßnahmen geboten:

- Der *Beratungssektor* für pflegende Angehörige ist weiter auszubauen, und flächendeckende Informations- und Beratungsstellen können mit Schulungsangeboten unterstützend wirken. Diese können beispielsweise in Gesundheits- und Sozialsprengel angesiedelt sein
- Eine Entlastung durch die Bereitstellung von Angeboten zur *Kurzzeitpflege und Tagesbetreuung*, sowie flexible Betreuungsmöglichkeiten am Wochenende und/oder am Abend.

- Der Bedarf an *finanzieller Absicherung* um die Bereitschaft zur Pflege aufrecht erhalten zu können (u. a. sozialversicherungsrechtliche Absicherung, regelmäßige Anpassung des Pflegegeldes gemäß den Preissteigerungsraten und besonderem Pflegebedarf).
- *Gesundheitsfördernde Maßnahmen für pflegende Angehörige.*
- Eine *erhöhte gesellschaftliche Anerkennung der familialen Pflegetätigkeit* wirkt sich positiv auf das Belastungsempfinden und die Lebenszufriedenheit der pflegenden Angehörigen aus. Familiäre Pflege sollte stärker im gesellschaftlichen Bild verankert werden.
- Maßnahmen zur *Förderung der Pflegebereitschaft* und innerfamilialen Unterstützung von Männern.
- *Familienhospizkarenz*: Personen, die zum Zweck der Betreuung und Begleitung sterbender Angehöriger oder schwerst erkrankter Kinder, können ihre Arbeitszeit reduzieren oder sich karenzieren lassen (Sicherung der Kranken- und Pensionsversicherung aus Mitteln der Arbeitslosenversicherung und aus dem Familienhospizkarenz-Härteausgleich bei Unterschreitung des Grenzwerts des monatlichen Haushaltseinkommens). Bisher nehmen allerdings nur Wenige dieses Angebot in Anspruch.

Weibliches Körperbild und psychische Gesundheit

Das Körperbild ist ein fundamentaler Bestandteil des Selbstkonzeptes. Es ist ein komplexes mehrdimensionales Konstrukt, das sich aus wahrnehmungsbezogenen, affektiv, kognitiv-bezogenen Dimensionen zusammensetzt. Das subjektive Erleben des eigenen Körpers wird maßgeblich durch subtile ständige Interaktionen und Rückmeldungen des sozialen Umfeldes geprägt.

Die Etablierung des Körperbildes entsteht von Anfang an durch jede körperliche Betreuung und Zuwendung, durch sinnliche Empfindungen, durch die emotionale Interaktion mit den Eltern, die Wahrnehmung des Körpers durch die Eltern sowie die Beobachtung und Erfahrung des Kindes, wie Eltern mit dem eigenen Körper agieren (Angespanntheit, Entspanntheit, Scham, Ablehnung etc.). Risikofaktoren sind daher ein Mangel an empathischer Zuwendung, Bezugspersonen, die den eigenen Körper ablehnen und vor allem körperliche Übergriffe, Vernachlässigung bis hin zur sexuellen Gewalt. Für Mädchen in der Adoleszenz ist dies von spezieller Relevanz, da die Veränderung des kindlichen Körperbildes hin zu einem erwachsenen weiblichen Körperbild positiv in das Selbstkonzept integriert werden muss. Da die Werbung und Schönheitsindustrie immer aggressiver bereits Kinder und junge Mädchen zu Objekten und perfekte Mädchen zu einer sexualisierten Ware hochstilisieren, stehen Mädchen bereits schon im Volksschulalter unter massivem Druck, diesen medialen Vorbildern entsprechen zu müssen.

Mädchen werden unzufriedener und unternehmen Maßnahmen zur Gewichtskontrolle, aus denen sich Essstörungen entwickeln können. Ein negatives Körperbild korreliert mit einem geringen Selbstwertgefühl, mit einem Diätverhalten, mit Störungen des sexuellen Erlebens, sozialen Ängsten, mit einem Anstieg von Depressionen und Essstörungen, sowie mit einem Anstieg von Schönheitsoperationen.

Paradox erscheint das dominante Idealbild mit einer Fixierung auf extreme Schlankheit und der gesellschaftliche Trend zu Übergewicht und Adipositas.

In Österreich liegen keine genauen Zahlen zur Häufigkeit von Schönheitsoperationen vor. Es wird geschätzt, dass jedes Jahr zwischen 40.000 und 80.000 ästhetisch motivierte Eingriffe vorgenommen werden. Im Trend liegen Botox-Behandlungen, Rücken- Gesäß- und Bauchliftings, Oberschenkelstraffungen, Oberarm-Liftings, Brustvergrößerungen und Fettabsaugungen. Beunruhigend ist der Trend zur Intimchirurgie aus ästhetischen Gründen.

Im Gegensatz zur zunehmenden Popularität von Schönheitsoperationen steht die Zufriedenheit mit deren Resultat. Das Risiko, eine Operation auf sich zu nehmen, führt häufig nicht zum gewünschten Ergebnis.

VI. SOZIALEPIDEMIOLOGIE, GESUNDHEITSFÖRDERUNG U PRÄVENTION⁶

Frauenspezifische Ressourcen im österreichischen Gesundheitssystem

In Österreich besteht seit 1996 das **Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren**.⁷ Frauengesundheitszentren übernehmen in Österreich eine zentrale Rolle in der Vertretung von Frauenanliegen – sowohl im gesellschaftlichen als auch im gesundheitlichen Bereich. Sie fördern, entwickeln und verbreiten frauenorientierte Strategien und frauenspezifische Angebote. Die österreichischen Frauengesundheitszentren stellen damit das lange vermisste Gegengewicht zum traditionellen, meist männlich dominierten Gesundheitssystem dar. Das Netzwerk Österreichischer Frauengesundheitszentren setzt sich ein für ein frauenspezifisches Verständnis von Gesundheit, für frauenspezifische Strategien und Angebote in der Gesundheitsförderung und für eine frauenspezifische Gesundheitspolitik.

Trotz dieser Gemeinsamkeiten unterscheiden sich die einzelnen Frauengesundheitszentren in ihren Strategien, Arbeitsschwerpunkten, im Grad der Unabhängigkeit und der zur Verfügung stehenden öffentlichen Mittel und Personalressourcen.

Im Jahr 1996 schlossen sich die Zentren zum Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren zusammen, in einem weiteren Professionalisierungsschritt wurde 2007 die „ARGE Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren“ gegründet.

Das Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren verpflichtet sich in seinem Leitbild zur Qualitätssicherung und definiert Qualitätskriterien und dazu passende Indikatoren auf mehreren Ebenen: Frauengesundheitszentren ...

- ... arbeiten zielgruppenorientiert und stellen Frauen und Mädchen in den Mittelpunkt ihrer Arbeit;
- ... arbeiten individuell und strukturell;
- ... sind unabhängige Organisationen;
- ... arbeiten gesellschaftspolitisch und feministisch;
- ... arbeiten parteilich für Frauen und Mädchen;
- ... arbeiten partizipativ;
- ... achten auch bei den Mitarbeiterinnen auf Diversität, Partizipation und Gesundheitsförderung;
- ... arbeiten evidenzbasiert;
- ... arbeiten kontinuierlich an ihrer Qualität;
- ... handeln nachhaltig;... sind vernetzt und vernetzen;
- ... sind gemeinnützige Organisationen und öffentlich finanziert.

FEMAIL, das FrauenInformationszentrum in Vorarlberg, engagiert sich seit 15 Jahren für Frauen- und Genderfragen. Das Angebotsspektrum umfasst sowohl Informations- und Beratungsleistungen für Frauen als auch Vernetzungs- und Wissensarbeit mit und für Netzwerkpartnerinnen und –partner(n). Die Kernkompetenz von FEMAIL bildet die frauenspezifische Beratung zu Themen wie Familie, Geld, Beruf und Gesundheit. Mit dem Aufbau der **Fachstelle Frauengesundheit im Jahr 2008** konnte sich FEMAIL als Drehscheibe für Fragen der Frauengesundheit in Vorarlberg etablieren.

Ziel der Fachstelle Frauengesundheit ist es, die körperliche, geistige, emotionale und soziale Gesundheit von Frauen zu stärken. Über die Beratungs- und Informationsarbeit hinaus setzt sich die Fachstelle für den Aufbau eines starken Netzwerkes und für die Wissensverbreitung in Sachen Frauengesundheit in Vorarlberg ein. FEMAIL leistet mit der Fachstelle Frauengesundheit einen wichtigen Beitrag bei der Konsolidierung von

6 Zusammenfassung der Beiträge aus dem Hauptband Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. AutorInnen: Mag.^a Dr.ⁱⁿ Michla Bitschnau MFHom, Mag.^a Sylvia Groth MAS, Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Margarethe Hochleitner, DI Philipp Hohenblum, Mag.^a Sabine Kessler, Mag.^a Sonja Kodelitsch MSc., Mag.^a (FH) Sigrid Ornetzeder, Vikotria Sageder, Mag.^a Martha Scholz, Mag. Dr. Maria Uhl, A.o. Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger

7 F:E:M in Wien, Frauengesundheitszentrum Graz, Frauengesundheitszentrum ISIS in Salzburg, Frauengesundheitszentrum Linz, Frauengesundheitszentrum Kärnten GmbH, F.E.M. Süd in Wien, Frauengesundheitszentrum Wels

Nahtstellen im Gesundheits- und Sozialbereich sowie beim Aufgreifen zentraler Handlungsfelder der Frauengesundheit.

Die Angebote sind in folgenden Bereichen zu finden:

- Gesundheitsinformation und –beratung
- Informationsservice und Wissensarbeit
- Netzwerkarbeit
- Projekte.

In Tirol entwickelte sich aus einem Frauengesundheitsbüro über mehrere Etappen ein **Frauengesundheitszentrum in der Universitätsklinik Innsbruck**, das 2004 eröffnet wurde. Die Frauengesundheitsambulanz sieht sich als Routingstation am Weg zu den und durch die Universitätskliniken, sie bietet Zweitmeinung, Präventionsberatung, ein rein weibliches Ambiente sowie Informationen nach neuestem Stand des Wissens an; die Angebote sind neben Frauen, die speziell ein rein weibliches Angebot wünschen, auf Gruppen mit Zugangsproblemen fokussiert, wie auf Migrantinnen, auf sozial benachteiligte und auf alte Frauen; darüber hinaus gibt es eine Frauenstation und Außenaktivitäten wie Informationsveranstaltungen, Vorträge, Diagnosestraßen und Medienarbeit. Das Frauengesundheitszentrum als Organisationseinheit der Medizinischen Universität Innsbruck ist auch das Zentrum für Gender Medizin für die Bereiche Forschung und Lehre.

Der Wiener Gemeinderat hat das **Wiener Frauengesundheitsprogramm** sowie die Einrichtung der Funktion der Wiener Frauengesundheitsbeauftragten am 9. November 1998 einstimmig beschlossen. Mit dieser Funktion wurde Frau ao. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger mit 3. Mai 1999 betraut. Damit hat die Stadt Wien, wie sich im Zuge der Bearbeitung verschiedenster Themen zur Frauengesundheit zeigte, innovative und wegweisende Schritte gesetzt. Der Blick in andere Bundesländer sowie ins Ausland macht deutlich, dass sich Frauengesundheit als Bereich allmählich etabliert hat. Die Stadt Wien kann hier als Vorreiterin eines gendersensiblen Zugangs im Gesundheitsbereich gesehen werden. Das Aufgabenprofil der Frauengesundheitsbeauftragten konzentriert sich insbesondere auf zwei Aspekte: Zum einen soll das beschlossene Programm realisiert werden, zum anderen soll dem Thema Frauengesundheit im Rahmen des Gender Mainstreamings mehr Beachtung verliehen werden. Der zweite Aspekt umfasst die enge Kooperation mit anderen Magistratsabteilungen und Einrichtungen des Gesundheitswesens der Stadt Wien. Wien war Vorreiterin, im Gesundheitsbereich erste wichtige Maßnahmen für zielgruppenspezifische Überlegungen von Migrantinnen zu setzen. Mittlerweile ist es eine Selbstverständlichkeit, alle Maßnahmen diversitätsgerecht anzudenken. Generell zielen Maßnahmen darauf ab, für Nachhaltigkeit Sorge zu tragen. Um dies in Zukunft noch besser gewährleisten zu können, wurde beschlossen, die Geschäftsstelle des Frauengesundheitsprogramms mit 2009 in der MA 15 anzusiedeln, um auch andere Einrichtungen im Gesundheitsbereich zum Fokus Gendergerechtigkeit besser ins Boot holen zu können. Nach der Umsetzung von Initiativen, Maßnahmen und Pilotprojekten sowie auf der Basis von zahlreichen Erfahrungswerten, Evaluierungen und ermittelten Daten soll nun im Sinne der aufgebauten Netzwerke der letzten Jahre in einem partizipativen Ansatz die Nachhaltigkeit abgesichert werden. Es erfolgt daher ein Wechsel auf der Policy-Ebene. Durch eine Integrierung der Agenden in die MA 15 liegt der Schwerpunkt nun auf der Strategieplanung für ein Public Health-orientiertes und gendersensibles Gesundheitswesen.

In der psychosozialen Versorgung sind mehrere Berufsgruppen multi- und interdisziplinär für die und mit den Betroffenen tätig. Nicht nur PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen bzw. MedizinerInnen spielen eine wichtige Rolle, ebenso die Politik, die Pädagogik und die Soziologie.

Für die Beurteilung der strukturellen und organisatorischen Entwicklung **frauenspezifischer psychosozialer Versorgung** liegen bis dato relevante Daten, die sich auf ganz Österreich beziehen, noch nicht vor. Ein einheitliches Dokumentationssystem fehlt, und es ist kaum möglich, diesen Bereich der Gesundheitsversorgung in seiner Gesamtheit befriedigend darzustellen.

Weiters unterliegt der „psycho“-Aspekt von psychosozialen Diensten der Bundesgesetzgebung, d.h. es gibt eine einheitliche Regelung für ganz Österreich. Hingegen unterliegt der „sozial“-Aspekt der Länderregelung, d.h. es gibt neun verschiedene Regelungen. Dies ergibt in Österreich eine schwierige Ausgangssituation.

Eine gute Übersicht aller eingetragenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, klinischen Psychologinnen und klinischen Psychologen sowie Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen in Österreich gibt es online beim Bundesministerium für Gesundheit.

Da bei der Entstehung, beim Verlauf, aber auch bei der Therapie und Diagnostik psychiatrischer Erkrankungen geschlechtsspezifische Unterschiede vorherrschen, müssen diese in Beratungsstellen für Frauen berücksichtigt werden.

Bestehende Institutionen frauenspezifischer (psychosozialer) Versorgung sind:

- Frauengesundheitszentren
- Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen, das aus 53 Einrichtungen besteht und Information, Beratung, Begleitung, Bildung, Kommunikation und Hilfe zur Selbsthilfe bietet
- Familienberatungsstellen: Österreich verfügt über ein Netz von über 390 Familienberatungsstellen. Neben der Beratung in Krisensituationen im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe bieten diese Stellen auch Information und präventive Aufklärungsarbeit an
- Weitere Einrichtungen sind zu finden auf <http://www.netzwerk-frauenberatung.at> und auf http://www.frauensache.at/beratungsstellen/bs_frauenberatungsstellen.html

Die Psychotherapie ist ein eigenständiges Heilverfahren im Gesundheitsbereich für die Behandlung von psychischen, psychosozialen oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen. Sie besteht gleichberechtigt neben anderen Heilverfahren, wie z.B. neben der medizinischen oder der klinisch-psychologischen Behandlung.

Im Jahr 2007 gab es in Österreich 6.442 PsychotherapeutInnen (überwiegend in freier Praxis), 5.456 Klinische PsychologInnen und 5.439 GesundheitspsychologInnen. Das Angebot der Psychotherapie und auch der Gesundheitspsychologie ist regional über die Bundesländer ungleich verteilt, zudem gibt es eine Konzentration der Angebote auf den städtischen Raum.

Nicht nur die KlientInnen der PsychotherapeutInnen und PsychologInnen sind überwiegend weiblich, sondern auch zwei Drittel der PsychologInnen und PsychotherapeutInnen. Mit steigender Anzahl an Therapiestunden steigt der Nutzen der Therapie, gemessen an den Besuchen bei ÄrztInnen, den Krankenhausaufenthalten sowie den Krankenständen. Auch kommt es bei den befragten PatientInnen zu einer Steigerung ihrer Problembewältigungskompetenz.

Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen auf örtlicher oder regionaler Ebene, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten und/oder von psychischen Problemen und deren Folgen richten, von denen sie entweder selbst oder als Angehörige betroffen sind. Wenn Selbsthilfegruppen geleitet werden, dann von selbst betroffenen Mitgliedern, unabhängig davon, ob diese medizinische/gesundheitsbezogene Laien oder Experten/professionelle Helfer sind. Zur Selbsthilfe zählt sowohl das Beschaffen von Informationen, die mit der Krankheit oder mit der belastenden Situation in Zusammenhang stehen, das Treffen mit FreundInnen oder Bekannten, um Rat und Beistand zu erhalten, die Ablenkung von quälenden seelischen Belastungen, die im Augenblick nicht verarbeitet werden können (z.B. durch Arbeit, die Verrichtung alltäglicher Tätigkeiten, Hobbys, etc.), aber auch die Vernetzung und der Zusammenschluss mit anderen Betroffenen, mit dem Ziel gegenseitigen Austauschs und beiderseitiger Unterstützung.

Selbstorganisierende Gruppen von PatientInnen und Angehörigen haben in den letzten 20 bis 30 Jahren in Österreich und in anderen europäischen Ländern vermehrt zugenommen. In Österreich gibt es ca. 1.600 bis 1.700 Gruppen und Organisationen. Mehr als die Hälfte aller Gruppen (57%) beschäftigt sich mit Problemen, die im Zusammenhang mit somatischen Erkrankungen entstehen; für etwa 18% stellen psychische Erkrankungen, für 8% psychosoziale Probleme/Belastungen, für 4% psychosoziale Probleme im Zusammenhang mit Sucht das konstitutive Problem dar.

Im Fonds Gesundes Österreich ist das österreichweite Selbsthilfeunterstützungsprojekt (**SIGIS** – Service und Information für Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen) angesiedelt, das auch mit der **ArGe** Selbsthilfe kooperiert. SIGIS bietet eine Reihe an Leistungen an, zu denen neben einem Service-Telefon (das

InteressentInnen über Angebote und Arbeitsweisen von Selbsthilfegruppen informiert), Broschüren (Verzeichnisse, Tipps und Analysen zum Thema Selbsthilfe) sowie Lehrgängen und Seminaren (für regionale Selbsthilfeunterstützungsstellen) vor allem eine Datenbank zählt, die Informationen über alle österreichischen Selbsthilfegruppen bereit hält und laufend aktualisiert wird. Im Jahre 2000 schlossen sich themenübergreifende Selbsthilfe-Dachverbände und Selbsthilfe-Kontaktstellen Österreichs zu einer Arbeitsgemeinschaft, „ArGe Selbsthilfe Österreich“, zusammen. Zu den Zielen zählen die Stärkung, Qualifizierung und Bündelung der Ressourcen in den unterschiedlichen Formen der Selbsthilfe.

Internationale und europäische Frauengesundheitsprogramme

Die meisten der 3,3 Milliarden Frauen weltweit leben in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen, vor allem in Südostasien oder in westpazifischen Regionen. Nur 15% der weiblichen Weltbevölkerung lebt in Ländern mit einem hohen Einkommen. Die Lebensbedingungen der Frauen werden heute durch eine Reihe an Faktoren - wie beispielsweise epidemiologische, demographische, soziale und ökonomische Umstände usw. - bestimmt. Weltweit kommt es zu einer Verschiebung der grundlegenden Todes- und Krankheitsursachen zu nichtübertragbaren Krankheiten wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall oder Krebs für beide Geschlechter und für alle Altersgruppen: Ursache dafür sind drei ineinandergreifende und sich gegenseitig verstärkende Faktoren: demographische Strukturen, Krankheitsmuster und Risikofaktoren. Der sozioökonomische Status stellt für beide Geschlechter einen ausschlaggebenden Gesundheitsfaktor dar. Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass Frauen aus Ländern mit hohem Einkommen durchschnittlich länger leben als Frauen aus Entwicklungsländern, wo die Bevölkerung jünger, aber auch die Sterberate junger Frauen höher ist. Hinzu kommt noch der Einfluss geschlechtsspezifischer Ungleichheiten auf die Gesundheit der Frauen. In einigen Regionen und Ländern werden Frauen als minderwertig betrachtet und dementsprechend behandelt. Verhaltens- und soziale Normen erhalten die Unterwerfung der Frau und führen dazu, dass Gewalt gegen sie geduldet wird.

Der sozioökonomische Status der Frau und geschlechtsspezifische Ungleichheiten haben einen Einfluss darauf, inwieweit Frauen Zugang zum Gesundheitswesen besitzen, also auch darauf, inwieweit sie entsprechende Angebote in Anspruch nehmen.

Während mehr als 70% der ÄrztInnen weltweit männlich sind, sind ebenfalls mehr als 70% aller Krankenschwestern bzw. der im Pflegebereich tätigen Personen Frauen.

Vergleicht man das Wachstum anderer Regionen mit Europa, so wächst die EU relativ langsam.

Das Bevölkerungswachstum umfasst zwei grundlegende und voneinander zu trennende Komponenten: einerseits das natürliche Bevölkerungswachstum, welches sich aus der Differenz zwischen der Anzahl der Lebendgeburten und der der Sterbefälle während des jeweiligen Jahres ergibt, und andererseits der Wanderungssaldo, welcher der Differenz zwischen Zu- und Abwanderung innerhalb eines Jahres entspricht. In den Jahren 1997 bis 2007 war die Hauptkomponente für das Bevölkerungswachstum in der EU-27 der Wanderungssaldo.

Die Familienstrukturen der einzelnen Mitgliedsstaaten der EU variieren. Grund dafür sind unterschiedliche geschichtliche Entwicklungen, Einstellungen, Werte und Traditionen. Dennoch gibt es gemeinsame demographische Entwicklungen aller Staaten, wie beispielsweise eine niedrige Anzahl der Eheschließungen und ein gestiegenes Durchschnittsalter bei der Eheschließung, als auch eine erhöhte Scheidungsrate. Dadurch entsteht ein Anstieg der Haushalte und eine Verringerung ihrer Durchschnittsgröße. Seit den 60er Jahren sank die Geburtenrate in Europa kontinuierlich. Die Lebenserwartung der Bevölkerung in Europa steigt, was auf einen höheren Lebensstandard, eine bessere Gesundheitsfürsorge, als auch auf ein gesteigertes Gesundheitsbewusstsein zurückgeführt werden kann.

Das Verhältnis zwischen gesunden Lebensjahren und der Lebenserwartung, also die Spanne, die ein Mensch voraussichtlich ohne Behinderung verbringt, ist in der EU-27 bei Männern prozentuell größer als bei Frauen, obwohl die Lebenserwartung bei letzteren höher ist. Das heißt, für Männer kann eine höhere Anzahl an gesunden Lebensjahren angenommen werden.

Eines der größten gesundheitlichen Probleme in der EU ist Fettleibigkeit. Durch diese steigt das Risiko einer körperlichen Beeinträchtigung und frühzeitig zu sterben drastisch an. Auch das Rauchen bildet einen großen Risikofaktor. Durchschnittlich rauchen in den Mitgliedsstaaten weniger Frauen täglich als Männer, wobei Österreich und Dänemark den höchsten Anteil an täglich rauchenden Frauen aufweisen, welcher bei ungefähr 30% liegt.

Die bedeutendsten Todesursachen bei Männern wie auch bei Frauen in der EU-27 sind Krebserkrankungen und ischämische Herzkrankheiten, wobei sich die Sterberaten der Geschlechter deutlich unterscheiden.

Ausgewählte internationale und europäische Frauengesundheitsprogramme werden in der ausführlichen Version des vorliegenden Berichts kurz dargestellt. In der Kurzversion wird auf die gekürzte Darstellung verzichtet.

Gender – Umwelt – Gesundheit

Es ist nötig, Umwelteinflüsse bei der Entstehung von Krankheiten zu identifizieren, um Maßnahmen ergreifen oder auch präventiv agieren zu können.

Für eine differenzierte Betrachtung ist es nötig, den Begriff „Umwelt“ zu definieren und unterschiedliche Bereiche festzulegen:

- Umwelt im Sinne von klimatischen, physikalischen und standortspezifischen Gegebenheiten: Dieser Bereich wird durch Emissionen aus Verkehr, Industrie, Landwirtschaft und Haushalten beeinflusst. Diese Emissionen führen – ebenso wie Abfälle und Altlasten – zu einer Belastung von Luft, Wasser, Boden und Lebensmitteln mit Schadstoffen;
- Umwelt im Sinne von heutigen Lebensbedingungen: Dieser Bereich führt durch den vorwiegenden Aufenthalt in Innenräumen (bis zu 90 % unserer Lebenszeit) zu einer stärkeren Aufnahme von Chemikalien durch Konsumprodukte sowie durch Bau- und Einrichtungsmaterialien. Auch die Belastung durch den Arbeitsplatz ist hier zu nennen;
- Umwelt im Sinne von Lebensstil und persönlicher Lebensgestaltung: Dieser Bereich umfasst die Familie, die Ernährung, die sozio-ökonomische Situation sowie die Freizeitgestaltung (z. B. Bewegung, Genussmittel, ...).

Der Fokus der nachfolgenden Abschnitte liegt auf der Gefährdung durch **Chemikalien und Schadstoffe**. Schadstoffe können in unterschiedlichem Ausmaß an der Krankheitsentstehung mitbeteiligt sein.

Während die Abnahme der Spermienqualität bei Männern intensive Forschungsaktivitäten und Diskussionen auslöste, existieren bislang nur wenige Studien zu möglichen umweltbedingten Ursachen verringerter Fruchtbarkeit bei Frauen. Vermehrt sind hormonabhängige Störungen zu beobachten, sowohl in der Zeit der Pubertät als auch beispielsweise durch das Auftreten von Endometriose. Als Ursache für diese Erkrankungen wird insbesondere der Einfluss hormonwirksamer (endokrin wirksamer) Substanzen diskutiert. Manche dieser Stoffe können das Immunsystem, das Nervensystem und das Hormonsystem beeinflussen und die Fruchtbarkeit und Fortpflanzungsfähigkeit beeinträchtigen.

Es wird geschätzt, dass etwa 21 % aller klinisch erfassten Schwangerschaften zu unerwünschten Abgängen und Fehlgeburten führen. Alle Wachstums- und Entwicklungsprozesse sind besonders sensibel, und das Einwirken von Schadstoffen kann nachhaltige gesundheitliche Effekte bewirken. Eine Reihe aktueller Publikationen in internationalen Fachzeitschriften deutet darauf hin, dass bestimmte Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten, wie z.B. Autismus, ADHS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom) oder Teilleistungsschwächen zunehmen. Es ist noch ungeklärt, in welchem Ausmaß diese Störungen aufgrund einer Belastung durch Umwelteinflüsse entstehen.

Bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen spielen Schadstoffe in der Atemluft eine dominierende Rolle. Die negativen Auswirkungen der Luftverschmutzung auf die menschliche Gesundheit sind in zahlreichen Publikationen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dokumentiert. Die Belastung der Luft mit Feinstaub (PM_{2,5}) hat noch gravierendere Auswirkungen auf die Gesundheit. Die Feinstaubbelastung der Luft führt sowohl zu einer Reihe von Kurzzeiteffekten als zu Langzeitschädigungen der Atemwege sowie von Herz und Kreislauf.

Stickstoffoxide in der Luft tragen ebenfalls zu einer Beeinträchtigung der Lungenfunktion, zu Entzündungsreaktionen, zu erhöhter Infektanfälligkeit und beispielsweise zu einer Erhöhung des Auftretens von Mittellohrentzündungen bei.

Allergien stellen ein bedeutendes gesundheitliches Problem dar. Unter einer Allergie werden Abwehrreaktionen des Immunsystems verstanden, die über das normale Maß hinausgehen. Auslöser für Allergien – so genannte Allergene – sind häufig natürlichen Ursprungs (Pollen, Hausstaubmilben, Tierhaare,...) oder auch Chemikalien.

Luftschadstoffe in Innenräumen wie auch im Freien sind maßgebliche Faktoren bei der Entstehung und Entwicklung von Asthma. So konnte beispielsweise nachgewiesen werden, dass Kinder, die vermehrt Innenraumbelastungen (z. B. mit flüchtigen organischen Kohlenwasserstoffen) ausgesetzt waren, häufig Allergien entwickelten. In epidemiologischen Studien wurden auch negative Auswirkungen verkehrsbedingter Luftverschmutzung auf Kinder mit Asthma-Diagnose beobachtet – beispielsweise vermehrtes Auftreten von chronischer Bronchitis und chronischer Verschleimung sowie Verstärkung von asthmatischen Anfällen. Neben diesen natürlich vorkommenden Allergieauslösern kommen Menschen auch über Bedarfsgegenstände, Bekleidung, kosmetische Mittel oder Lebensmittel mit Allergenen in Kontakt. Sensibilisierungsreaktionen lassen sich insbesondere nach Kontakt mit Pestiziden, Insektiziden, Alkylphosphaten, Flammschutzmitteln, Weichmachern, Lösemitteln (BTX), Formaldehyd, Aldehyden und Terpenen beobachten.

Darüber hinaus kann es zu chronischen Entzündungen, zum chronischen Erschöpfungssyndrom, sowie auch zu einer Multiplen Chemikaliensensitivität kommen. Es gibt auch das Sick Building Syndrom: zu den Symptomen zählen Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Verhaltensänderungen wie z.B. Aggressivität und Apathie. Auch Schleimhäute sind häufig betroffen, wobei chronische Entzündungen (Bronchitis, Nasennebenhöhlenentzündung, Verdauungsstörungen, chronische Entzündungen,...) zu beobachten sind. Es gibt Hinweise, dass Frauen häufiger davon betroffen sind. Diabetes Typ II ist eine Erkrankung, die weltweit im Zunehmen begriffen ist und an der vermehrt auch jüngere Menschen erkranken. Neueste Forschungsergebnisse lassen vermuten, dass oxidativer Stress bei der Entstehung von Diabetes Typ II ein Schlüsselprozess zu sein scheint. Die Krankheit Krebs kann durch physikalische (Strahlung), chemische (krebserregende Stoffe) und biologische (infektionsbedingte) Faktoren ausgelöst werden. Erbliche Risikofaktoren, der Lebensstil und zahlreiche Umwelteinflüsse sind an der Krebsentstehung beteiligt.

Von besonderem Interesse (auch hinsichtlich der demographischen Entwicklung) ist die Zunahme des Auftretens neurodegenerativer Erkrankungen. Diese umfassen beispielsweise Alzheimer, Parkinson oder Demenz und haben massive Auswirkungen auf die Betroffenen, ihre Angehörigen und die Gesellschaft. Auch zahlreiche Umweltschadstoffe tragen zur Entstehung von Nervenentzündungen und zur Nervendegeneration bei. Es gibt zunehmend Hinweise, dass die Luftverschmutzung Entzündungsprozesse im Gehirn auslöst und das Risiko, an Alzheimer zu erkranken, erhöht.

Die Belastung durch **Chemikalien** betrifft die allgemeine Umweltbelastung, die Luftbelastung außen und innen, die Belastung in Konsumprodukten, Lebensmitteln und Körperpflegemitteln. Die aktuelle Belastung der Luft ist auf der Homepage des Umweltbundesamt abrufbar. Das Leben in unserer Gesellschaft spielt sich vorwiegend in Innenräumen ab. Die Luft in diesen Räumen kann mit unterschiedlichen Schadstoffen belastet sein, für die mehrere Quellen in Frage kommen. Auch zahlreiche andere Stoffe in Konsumprodukten geben Anlass zu Besorgnis. Es ist daher besonders wichtig, die Einhaltung bestehender gesetzlicher Regelungen durch Messprogramme zu überprüfen, um die Sicherheit von Produkten zu gewährleisten. In Lebensmitteln sind verschiedenste Schadstoffe in geringen Mengen nachweisbar. Dazu gehören z. B. einige langlebige, sich im Körper anreichernde Stoffe wie die seit langem verbotenen Pestizide DDT oder Dieldrin. Durch die Verwendung von Kosmetika wird eine Reihe von Chemikalien direkt auf den Körper aufgetragen, und die Stoffe können auf diesem Weg in den Körper gelangen. Studien zeigen, dass durch die Verwendung kosmetischer Produkte (z.B. Körpercremen und Parfüms) künstliche Duftstoffe im Körper nachweisbar sind. Frauen sind (aufgrund der häufigeren Anwendung von kosmetischen Produkten) meist stärker davon betroffen.

Um die tatsächliche Gefährdung eines Menschen mit Chemikalien bzw. Schadstoffen zu kennen, werden diese Stoffe oder deren Abbauprodukte im Blut oder Harn bestimmt. Dadurch kann festgestellt werden, ob die in Risikobewertungen errechnete durchschnittliche Aufnahme durch den Menschen mit der tatsächlichen Belastung übereinstimmt oder ob diese unterschätzt wird. Das Human Biomonitoring ist somit ein Kontroll-

und Bewertungsinstrument der Umweltpolitik und liefert wesentliche Daten zur Gesundheitsvorsorge. Als besonders empfindliche Bevölkerungsgruppe wurden Ungeborene definiert. Es wird angenommen, dass Einwirkungen während der sensiblen Wachstums- und Entwicklungsprozesse zur Entwicklung von Krankheiten im späteren Leben führen können. Die Schadstoffbelastung der Frauen wird über das mütterliche Blut und schließlich durch die Muttermilch an die Babys weitergegeben.

Weitere umweltrelevante Belastungen ergeben sich durch **Lärm**, der in den letzten Jahren angestiegen ist. Die subjektive Lärmstörung hat im Vergleich zum Jahr 2003 um fast 10% deutlich zugenommen. Der Anteil jener Personen, die sich durch Lärm geringfügig beeinträchtigt fühlen, ist besonders stark gestiegen. Der Verkehr war auch im Jahr 2007 die am häufigsten genannte Lärmquelle. Er wurde in 64,2% der Fälle als Ursache der Lärmstörung genannt. Auch das Thema **Nanotechnologie** und Nanomaterialien verdient besondere Aufmerksamkeit. Die Nanotechnologie eröffnet neue Möglichkeiten im Umwelt- und Klimaschutz und in der Medizin. Als Folgen des Klimawandels sind zahlreiche direkte und indirekte Gesundheitsauswirkungen zu erwarten. Erste Untersuchungen in Österreich im Rahmen des Projekts StartClim kamen zu dem Ergebnis, dass bis zum Ende des Jahrhunderts mit einer deutlichen Zunahme der Todesfälle durch Hitzewellen – bei Ausbleiben entsprechender Anpassungsmaßnahmen – zu rechnen ist. Besonders ältere und kranke Menschen sind von den Auswirkungen des Klimawandels betroffen. Die klimabedingten Hitzewellen der letzten Jahre führten auch in Österreich zu einer Zunahme der Sterblichkeit. Besonders stark sind ältere Frauen betroffen.

Des Weiteren ist aufgrund geänderter Pflanzenwachstumsperioden und Einwanderung neuer Pflanzenarten eine Zunahme von Allergien durch die Verbreitung bestimmter Allergene zu erwarten. Auch die Ausbreitung von (neu eingewanderten) Krankheitserregern und –überträgern sowie möglicherweise von giftigen Tierarten wird diskutiert. Im Falle von zunehmender Hitze und Feuchtigkeit ist mit einem verstärkten Wachstum von Keimen und Pilzen zu rechnen; dies kann die Nahrungsmittelsicherheit beeinträchtigen und einen vermehrten Pestizideinsatz erforderlich machen.

Der Schutz der menschlichen Gesundheit ist ein wesentlicher Ausgangspunkt und Bestandteil der **Umweltpolitik**. Die entsprechende Gesetzgebung soll gewährleisten, dass die Konzentrationen an Chemikalien, denen die Menschen ausgesetzt sind, zu keinen Schäden führen. Internationale und europäische Standards und Vorgaben finden Berücksichtigung. Eine Übersicht über die aktuellen Entwicklungen in der österreichischen Umweltpolitik bietet der 9. Umweltkontrollbericht.

Die Gesundheitspolitik ist derzeit vorrangig auf die Ausgestaltung und Finanzierung der medizinischen Versorgung konzentriert. Um dem **Bereich Umwelt und Gesundheit** mehr Aufmerksamkeit zu widmen, hat die Weltgesundheitsorganisation eine Vorreiterrolle bei Kommunikation und Initiierung von Aktionsplänen übernommen. Seit 1989 werden in mehreren Konferenzen der WHO zu diesem Themenbereich Strategien und Pläne erarbeitet und in den Mitgliedsländern initiiert. Zudem liefert die europäische Kommission Vorgaben und Richtlinien.

Jede/r Einzelne kann etwas Positives beitragen. **Nachhaltige Entwicklung** entspricht den Bedürfnissen der heutigen Generationen, ohne die Möglichkeiten künftiger Generationen zu gefährden, ihre eigenen Bedürfnisse zu befriedigen und ihren Lebensstil zu wählen.

Da unser Verhalten maßgebliche Auswirkungen auf die Umwelt hat (Energie- und Ressourcenverbrauch, Verkehrsaufkommen, Abfallmengen, Emissionen), sind bei einer entsprechenden Bewusstseinsbildung und Verhaltensänderung positive Wirkungen auf die Umwelt zu erwarten. Körperliche Bewegung reduziert die Luftverschmutzung und bringt einen großen Nutzen für die Gesundheit. Ebenso hat die Ernährung mit biologischen Nahrungsmitteln einen positiven Einfluss auf beide Bereiche. Der Einsatz biologischer Baumaterialien und umweltverträglicher Reinigungsmittel bietet ein angenehmes Wohngefühl und die Sicherheit, keinen schädlichen Chemikalien im Wohnbereich ausgesetzt zu sein. Jede/r Einzelne kann auch dazu beitragen, das Abfallaufkommen zu verringern, z. B. durch einfache Maßnahmen wie durch den Kauf von Produkten mit Mehrwegverpackungen, durch Mülltrennung oder bewusstes Einkaufen und Konsumieren. Zur Reinhaltung der Gewässer ist ein sorgsamer und sparsamer Umgang mit der Ressource Wasser erforderlich.

Komplementär- und Alternativmedizin, Medical Wellness

Meist versteht man unter Alternativ- bzw. Komplementärmedizin Behandlungen, die entweder als Alternative („alternativ“) oder Zusatz („komplementär“) (Begriff „Complementary and Alternative Medicine“ - kurz „CAM“ genannt) zur Schulmedizin in Anspruch genommen werden. Medical Wellness hingegen versteht sich großzügig definiert als Verknüpfung von touristischen und medizinisch-therapeutischen Wellness-Leistungen. Fast alle komplementärmedizinischen Behandlungen werden mehrheitlich von Frauen in Anspruch genommen. Unter den untersuchten Behandlungen der „Lebensstile in Wien“ Studie kommt die Anwendung von Massagen am häufigsten zum Einsatz, nämlich bei 26% der Frauen und bei 20% der Männer. An zweiter Stelle folgt die Anwendung homöopathischer Mittel, die ebenfalls von 26% der Frauen, aber nur von 16% der Männer verwendet werden. Homöopathische Arzneien werden von jeder vierten Frau, aber nur von jedem sechsten Mann angewendet. Der Einsatz homöopathischer Arzneien ist ein Charakteristikum der oberen Bildungsschichten. Nur 10% der Männer und 15% der Frauen mit Pflichtschulbildung verwenden homöopathische Mittel, jedoch sind es unter den AkademikerInnen jeweils dreimal so viele. Jede vierte Frau und jeder fünfte Mann hat im vergangenen Jahr Massagen erhalten. Durch den Bildungsgrad und auch mit steigendem Haushaltseinkommen ist ein großer Anstieg der Anwendungshäufigkeit von Massagen festzustellen. Das National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) unterscheidet zwischen folgenden CAM-Methoden:

- **Energiemedizin** (Lichttherapie, Magnettherapie, Qi Gong, Reiki, Klangwellen),
- **Biologische Therapien** (Aromatherapie, Chelationstherapie, Ernährungstherapien, Neuraltherapie, Phytotherapie),
- **Ganzheitsmedizinische Systemen** (Akupunktur, Ayurveda, Homöopathie, Naturheilkunde, TCM),
- **Manipulative und Körperzentrierte Therapien** (Akupressur, Alexander-Technique, Chiropraxis, Feldenkrais-Methode, Massage, Osteopathie,...) und
- **Geist- und Körperzentrierte Therapien** (Anthroposophische Medizin, autogenes Training, Biofeedback, Verhaltenstherapien, Hypnose, Meditation, Entspannungstechniken, spirituelles Heilen, Qi Gong, Thai Chi, Yoga, Shiatsu).

Eine allgemeine Aussage über die **Wirkungsweisen komplementärmedizinischer Maßnahmen** ist nicht möglich. Für einige Gebiete liegen jedoch bereits große und aussagekräftige Studienergebnisse vor, wie z.B. zur Homöopathie, Akupunktur, Kräutermedizin und Anthroposophischen Medizin, und es gibt Evidenz für die Wirksamkeit einiger bekannten CAM-Therapien. Es gibt eine Reihe von Behandlungen für bestimmte Erkrankungen, bei denen die Umsetzung von CAM-Therapien signifikante Kosteneinsparungen bieten würde.

Prävention und Gesundheitsförderung

Das Gesundheitssystem finanziert sich durch Beiträge aus einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträgen (13,2 Mrd. Euro im Jahr 2007), aus steuerfinanzierten öffentlichen Geldern und aus privaten Zahlungen (direkte und indirekte Kostenbeteiligungen). Betrachtet man die anteilmäßige Entwicklung am BIP, so stiegen die Gesundheitsausgaben zwischen 1990 und 2008 von 8,3% auf 10,5% des BIP. Die (öffentlichen und privaten) Gesundheitsausgaben in Österreich fließen zum Großteil jährlich in die stationäre und ambulante Versorgung. Die laufenden Ausgaben für Prävention und öffentliche Gesundheitsdienste betragen für das Jahr 2007 rund 532 Mio. Euro (das entspricht 1,9% der gesamten Gesundheitsausgaben), davon wurden 232 Mio. Euro oder 43% von Bund, Ländern und Gemeinden finanziert. Die Sozialversicherungsträger übernahmen für 2007 224 Mio. Euro (42%) der Ausgaben für Präventionsleistungen. Im europäischen Vergleich lag Österreich 2007 bei den Gesundheitsausgaben in Bezug auf das Bruttoinlandsprodukt an dritter Stelle.

Betrachten wir die aktuellen Entwicklungen der demografischen Veränderungen und der wirtschaftlichen Globalisierung, wird es nötig sein, Gesundheitsförderung und Prävention verstärkt in politischen Agenden zu berücksichtigen und Gelder in diese Bereiche zu investieren.

Prävention

Eine Prävention zielt auf die Vermeidung des Auftretens und das Zurückdrängen von Krankheiten und Krankheitsfaktoren ab, d.h. auf eine Verringerung der Verbreitung von Krankheiten und deren Auswirkungen auf die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung. Sie basiert auf den Erkenntnissen pathogenetischer Dynamiken, also auf der Entwicklung und auf Verlaufsstadien eines Krankheitsgeschehens. Der Gesundheitsgewinn entsteht durch den Abbau bzw. das Zurückdrängen der Risikofaktoren. Die Prävention kann nach dem Zeitpunkt der Intervention in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention eingeteilt werden (vor der Krankheit bei Risikogruppen, bei bereits latenten Symptomen und beim Zurückdrängen von Symptomen bzw. bei der Vermeidung von Konsequenzen). Eine weitere Möglichkeit ist die Einteilung nach dem Präventions-Ansatzpunkt. Die Verhaltensprävention versucht das individuelle Verhalten (z.B. das Rauchen, eine Bewegungsarmut etc.) im Sinne einer gesundheitlichen Veränderung zu beeinflussen. Die Verhältnisprävention interveniert innerhalb der Umwelt- und Lebensbedingungen, denen alle Menschen und/oder spezifische Zielgruppen ausgesetzt sind (z.B. Ergonomie am Arbeitsplatz, Trinkwasserreinigung, Verbot gesundheitsschädigender Baustoffe).

Kindergesundheitsdialog

In Österreich leben 1,7 Millionen Menschen unter 19 Jahren, 90.000 Kinder leben in Armut und 250.000 sind armutsgefährdet.

Gemeinsam mit ExpertInnen aus Wissenschaft, Praxis und Politik hat sich das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Kindergesundheitsdialogs zum Ziel gesetzt, bis zum Sommer 2011 eine Strategie zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit aller Kinder in Österreich zu erarbeiten, mit starkem Fokus auf Gesundheitsförderung und struktureller Prävention. Darüber hinaus werden bestehende Arbeitsbereiche wie Kinderarzneimittel, Rehabilitation und Kompetenzzentren weiterentwickelt, neue Lösungsansätze im Bereich der Versorgung und der psychosozialen Gesundheit erarbeitet und die Themen Risikoschwangerschaft/ Risikogeburt in Arbeitsgruppen behandelt.

Die größten Risikofaktoren sind Übergewicht und Adipositas, Zigaretten- und Alkoholkonsum sowie soziale Benachteiligung (durch niedrigen sozioökonomischen Status, Migrationshintergrund) und auch schlechte Familienverhältnisse. Im Fokus ist die Stärkung der Schutzfaktoren der Kinder, wie z.B. ein unterstützendes Umfeld, Zusammenhalt, Freunde und Lebensfreude, sowie die Förderung derselben in den Settings Kindergarten und Schule.

Gesundheitsförderung

Im Konzept der Gesundheitsförderung geht es um die Verbesserung der Lebensbedingungen für die Menschen durch die Stärkung der gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten, Ressourcen und Kompetenzen. Die Basis bildet das salutogenetische Modell des Medizinsoziologen Aaron Antonovsky, der davon ausgeht, dass sich jeder Mensch auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit bewegt und über Widerstandsressourcen verfügt, die er/sie selbst mobilisieren kann, um dadurch seine/ihre Gesundheit zu stärken.

Ziel der Gesundheitsförderung ist es, ein höheres Niveau an Gesundheitsqualität für die Bevölkerung, für Gruppen oder Individuen zu erreichen. Schützende Faktoren stehen auf mehreren Ebenen zur Verfügung:

- soziale und wirtschaftliche Faktoren
- Umweltfaktoren
- Faktoren des Lebensstils
- psychologische Faktoren
- Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen und Institutionen.

Ein Grundprinzip der Gesundheitsförderung ist das „Empowerment“ der Menschen. Die Zielgruppen im ausgewählten Setting sollen befähigt und ihre Kompetenzen so gefördert und gestärkt werden, dass sie sich für

eine gesundheitsfördernde Lebensweise entscheiden. Ein weiteres Prinzip ist die gesundheitliche Chancengleichheit, die besagt, dass allen Menschen – unabhängig von Geschlecht, Alter oder Herkunft - der gleiche Zugang zu Gesundheitsleistungen und -angeboten sowie Strukturen, Information und Wissen gewährleistet sein muss.

Tabelle 15: Für Frauen und Mädchen relevante Handlungsfelder, Zielgruppen, Settings der Gesundheitsförderung

Handlungsfelder, Ressourcen und Risiken	
Körperliche Erkrankungen	Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Adipositas, Diabetes, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Allergien, ...
Psychische Erkrankungen	Depressionen, Essstörungen, Psychosen, Suizide, ...
Lebensstil und psychische Gesundheit	Ernährung, Bewegung, Entspannung, Wohlbefinden, Lebensqualität; Alkohol, Nikotin, Medikamente, Sucht, Stress, Burnout, Mobbing, Gewalt (psychisch, körperlich, sexuell), ...
Sexuelle Gesundheit	Verhütung, Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt, sexuell übertragbare Erkrankungen, ...
Soziale Gesundheit	Gleichstellung und Gender Mainstreaming, Gesundheit sozial benachteiligter Gruppen, Kommunikation, Integration, Diskriminierung, Gesundheit im Lebenslauf und gesundes Altern, Gesundheit am Arbeitsplatz, ...
Gesunde Umwelt	Umweltverschmutzung, Gentechnologie, berufliche Schadstoffexposition, geophysikalische Faktoren (UV-Strahlen), Unfälle in Beruf, Verkehr, Haushalt, Freizeit, ...

Zielgruppen	
	Männer und Frauen unterschiedlicher Altersgruppen, Alleinerziehende, Erwerbslose, Berufstätige, Behinderte, Drogenkonsumierende, EntscheidungsträgerInnen, GesundheitsförderungsexpertInnen, ÄrztInnen, Angehörige psychosozialer Berufsgruppen, zu Hause und beruflich Pflegende, Schwangere, Familien/Eltern/Väter/Mütter, MigrantInnen, Homosexuelle, Lesben, Obdachlose, Strafgefangene, SexarbeiterInnen, ...

Zielgruppen nach Alter	
Säuglinge, Kleinkinder bis 4 Jahre	Schwangeren- und Mütterbetreuung, Alkoholkonsum und Rauchen in der Schwangerschaft, Frühgeburten, Ernährung, Impfungen, Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch, ...
Schulkinder ab 5 bis 14 Jahre	Bewegungs- und Sportmöglichkeiten, sexuelle Aufklärung, Zahnprophylaxe, Unfallverhütung und Verkehrserziehung, Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährungsverhalten, ...
Jugendliche ab 15 bis 24 Jahre	Unfallverhütung (Verkehr, Arbeit, Alkohol), Drogenkonsum (Rauchen, Alkohol, Cannabis, Ecstasy), Verhütung ungewollter Schwangerschaften und von sexuell übertragbaren Erkrankungen, Beratung in suizidalen Krisen, Arbeitslosigkeit, Essstörungen (Adipositas, Bulimie, Anorexie), ...
Erwachsene in der Erwerbsphase 25 bis 64 Jahre	Ernährung, Rauchen, Alkohol, körperliche Bewegung, Teilnahme an Mutterschaftsvorsorgeprogrammen, Medikamentenkonsum, Blutdruckkontrolle, Betreuung von Diabetes-Typ-II-PatientInnen, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Mundprophylaxekontrollen, körperliche und psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz, Unfallverhütung, Vorbereitung auf den Ruhestand, ...

Erwachsene im Ruhestand älter als 64 Jahre	Unfallverhütung, Sturzprophylaxe, Impfungen, Ernährung, körperliche Bewegung, Bewegungskoordination, Mundhygiene, Betreuung von DiabetespatientInnen, Erhalt der Selbstständigkeit, mentales Training, gesellschaftliche Akzeptanz, psychosoziale Unterstützung, Betreuung in Alteinrichtungen, ...
---	---

Settings	
	Familie, Arbeitsplatz, Betrieb, Wohnraum, Freizeitbereich, Kindergarten, Schule, Universitäten etc., Fachinstanzen, Vereine (Sport, sozio-kulturell), Spitäler/Heime, ÄrztInnenpraxen, Verwaltung, ...

Quelle: Schwartz, 2003; S.196; modifiziert lt. Frauengesundheitsbericht 2005

Maßnahmen zur Früherkennung

Im Bereich der Vorsorge stehen der österreichischen Bevölkerung mehrere Angebote zur Verfügung: Im Jahr 1974 wurde die Vorsorgeuntersuchung, die als „Gesundenuntersuchung“ bekannt ist, für alle ÖsterreicherInnen eingeführt und bis zur Neugestaltung der Vorsorgeuntersuchung 2005 nicht verändert. Die großen Fortschritte in der Medizin machten es dringend erforderlich, neue wissenschaftliche Erkenntnisse einzubauen und auf international wissenschaftlich gesicherter Basis eine Modifizierung vorzunehmen, um den nachweislichen Gesundheitsnutzen für die österreichische Bevölkerung zu erbringen. Ab dem 18. Lebensjahr ist eine kostenlose Vorsorgeuntersuchung möglich, die auf den jeweiligen Lebensabschnitt eines Menschen abgestimmt ist.

Es ist eine stetige Steigerung der Inanspruchnahme der Gesundenuntersuchungen zu beobachten: 1990 betrug die Anzahl der Untersuchungen insgesamt 428.000 (davon 272.000 Frauen), im Jahr 2008 haben mehr als doppelt so viele Personen, rund 987.600 ÖsterreicherInnen (579.400 Frauen und 408.200 Männer), die Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen. Das entspricht einer Geschlechtsverteilung von etwa 60% Frauen zu 40% Männer - eine Verteilung, die während der letzten zwei Jahrzehnte annähernd gleich blieb - eine kleine Tendenz der Zunahme der Inanspruchnahme durch Männer ist jedoch zu verzeichnen. Im Jahr 2009 kam es, dem Bericht des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger zufolge, zu einem leichten Rückgang der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (insgesamt rund 582.600 Frauen und 388.600 Männer). Die Inanspruchnahme ist regional unterschiedlich und wird verstärkt ab 40 Jahren dokumentiert. Die Gründe, weshalb Frauen im Vergleich zu Männern häufiger medizinische Leistungen - im Speziellen auch Vorsorgeuntersuchungen - in Anspruch nehmen, sind unter anderem in gynäkologischen Anlässen, in geschlechtsspezifischen Unterschieden bei der Bewertung von Gesundheit und Gesundheitsstörungen, beim Gesundheits- und Krankheitsverhalten (z.B. bei der Compliance) sowie bei der Morbidität zu finden.

Zur Beurteilung der Versorgungssituation im **Bereich der gynäkologischen Vorsorge** ist in erster Linie die Anzahl der in Anspruch genommenen PAP-Abstriche wesentlich. Jährlich werden in Österreich rund 1,9 Millionen PAP-Abstriche durchgeführt. Über den PAP-Abstrich hinaus wird in einigen Bundesländern noch das gynäkologische Vorsorgeuntersuchungsprogramm aus der („alten“) Gesundenuntersuchung flächendeckend angeboten. Wie bereits im Frauengesundheitsbericht 2005/2006 angeführt, ergab eine Eurobarometer-Befragung in den EU-15-Ländern, dass die Inanspruchnahme von gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen in Österreich weit über dem EU-Durchschnitt liegt. Bei Mammographien und Osteoporose-Vorsorgeuntersuchungen steht Österreich sogar an erster Stelle.

Seit den 1970er Jahren wird die Früherkennungsuntersuchung – der sogenannte PAP-Abstrich – von den Krankenkassen vergütet. Mittels Abstrich werden dabei von der Gebärmutter Zellen entnommen und mikroskopisch untersucht. Ziel ist die Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs. Zellveränderungen, die im PAP-Abstrich festgestellt werden, können unterschiedliche Ursachen haben, etwa Entzündungen im Genitalbereich. Zellveränderungen entwickeln sich in der Regel langsam weiter. Frauen haben daher bei auffälligen PAP-Abstrichen die Möglichkeit, Informationen einzuholen und sich in Ruhe für eine Therapie zu entscheiden.

Gebärmutterhalskrebs entwickelt sich über eine sexuell übertragbare Erkrankung: Ein Zusammenhang zwischen bestimmten Typen von Humanen Papilloma Viren (HPV) konnte nachgewiesen werden. Für den routinemäßigen Einsatz eines HPV-Tests im Rahmen des Gebärmutterhalskrebs-Screenings fehlt jedoch bislang die wissenschaftliche Evidenz.

Als Konsequenz der hohen Säuglingssterblichkeit Anfang der 1970er Jahre wurde in einer Novelle zum Familienlastenausgleichsgesetz vom Jänner 1974 ausschließlich die ärztliche Untersuchung von Schwangeren und Säuglingen für ganz Österreich durch den **Mutter-Kind-Pass gesetzlich geregelt**. Der Mutter-Kind-Pass umfasst gynäkologische und Ultraschall-Untersuchungen der schwangeren Frau und beim Kind neben allgemeinen Untersuchungen auch solche im Bereich der Orthopädie, HNO und Augenheilkunde. Mit dieser Novelle des Jahres 1974 ging der Beschluss einher, dass bei Nachweis bestimmter ärztlicher Untersuchungen eine erhöhte Geburtenbeihilfe von 1.090 Euro (ATS 15.000) ausbezahlt wird. Im Januar 1997 wurde die erhöhte Geburtenbeihilfe auf einen Mutter-Kind-Pass-Bonus von 145 Euro (ATS 2.000) reduziert. Seit Jänner 2002 ist eine neue Regelung des Mutter-Kind-Passes in Form einer Koppelung an das ebenfalls neu eingeführte Kinderbetreuungsgeld in Kraft.

Das Programm „Mutter-Kind-Pass“ beinhaltet Schwangerenuntersuchungen, die von AllgemeinmedizinerInnen oder von den jeweiligen FachärztInnen durchgeführt werden müssen, damit die werdende Mutter einen Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld im vollen Ausmaß hat.

Ultraschalluntersuchungen sind mehrfach vorgesehen und dienen der Überprüfung des Entwicklungsstandes des Fötus bzw. der Feststellung von Mehrlingsschwangerschaften. Mütter werden im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen von der Schwangerschaft bis zum 6. Lebensjahr des Kindes begleitet.

Eine genaue Beschreibung der Leistungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes findet sich in der Langversion dieses Frauengesundheitsberichts.

VII. ENTWICKLUNG DER FRAUENGESUNDHEITSFÖRDERUNG⁸

Gender-Medizin: Beispiele in Österreich

Die Gender-Medizin hat sich ausgehend von der Frauengesundheitsforschung und den Sozialwissenschaften zu einer innovativen und wichtigen akademischen Disziplin für Mann und Frau entwickelt. Sie ist die Antwort auf die Erkenntnis, dass Gesundheit und Krankheit einerseits von biologischen Unterschieden (Sex-basiert: bedingt durch Hormone, Gene, Anatomie, Stoffwechselfvorgänge) zwischen den Geschlechtern vorgegeben, andererseits sozial konstruiert und von den Lebensbedingungen und dem soziokulturellen Umfeld (Gender-basiert) geprägt sind. Die Gender-Medizin führt zu einer umfassenderen Auseinandersetzung mit dem Thema der Frauengesundheit und trägt zur Entwicklung von Frauengesundheitszentren bei. Somit ist Gender-Medizin teilweise auch „Frauenforschung“, sie ist interdisziplinär angelegt und erweitert den medizinischen Fokus um die soziale Dimension.

Die Gender-Medizin betrifft alle Organsysteme und medizinischen Fachbereiche. Gerade bei jenen Erkrankungen, die in ihrer Inzidenz exorbitant ansteigen, nämlich bei hormonellen und metabolischen Erkrankungen, allen „Lifestyle-Erkrankungen“, degenerativen Prozessen, psychischen und neurologischen Störungen, bei allergischen Erkrankungen und Herzkreislauferkrankungen kann die besondere Bedeutung der Gender-Medizin sichtbar gemacht werden. Somit fließen neue wissenschaftliche Erkenntnisse der Gender-Medizin in die praktische Medizin ein. Dadurch können falsche Interventionen verhindert und die Qualität bei der Versorgung von Mann und Frau weiter gesteigert werden.

Die medizinische Universität Wien hat bereits 2004 eine Stabstelle Gender Mainstreaming eingerichtet und einen Schwerpunkt im Bereich Geschlechterforschung eingeschlagen. Die medizinische Universität Wien hat die Wichtigkeit des neuen Arbeitsgebiets Gender-Medizin für die medizinische Aus- und Weiterbildung und die universitäre Forschung durch die Errichtung einer eigenen Professur für Gender-Medizin mit Jahresanfang 2010 unterstrichen. Unter deren Leitung wird nun ab September 2010 eine qualifizierte und umfassende Ausbildung an der MUW in Form eines postgraduellen universitären Lehrgangs angeboten, der Medizinerinnen und Mediziner praxisnah auf die geschlechtsspezifischen Besonderheiten bei der Entstehung von Krankheiten sowie bei deren Verlauf und Therapie vorbereitet.

An der PMU (**Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg**) ist seit Jänner 2004 das Forschungsprogramm Gender-Medizin situiert. Zielsetzung ist die Etablierung eines Institutes für Gender-Medizin, welches in personeller Hinsicht aus je einer/einem medizinischen und einer/einem sozialwissenschaftlichen FachwissenschaftlerIn bestehen soll. Das Forschungsprogramm widmet sich in den Bereichen Forschung und Lehre dem Thema Geschlecht in Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit. Ein Schwerpunkt liegt auf den psychischen und psychosomatischen Erkrankungen.

Medizinische Universität Innsbruck: Um Gender-Medizin innerhalb der Medizin als neues Fach zu implementieren, wurde dieses Fach in das Pflichtprogramm reklamiert. Gender-Medizin wurde an der Medizinischen Universität Innsbruck mit WS 2007/2008 in die Pflichtlehre aufgenommen, was ein Alleinstellungsmerkmal im deutschsprachigen Raum darstellt. Weitere Initiativen zur Verankerung des Themas wurden bereits gesetzt und initiiert.

Gender in Forschung und Lehre wird an der **Medizinischen Universität Graz** sowohl in das Studium der Humanmedizin als auch in das Studium der Gesundheits- und Pflegewissenschaften integriert. Gender Mainstreaming wird als gesamtuniversitärer Auftrag gesehen und hält auch in anderen Bereichen Einzug.

8 Zusammenfassung der Beiträge aus dem Hauptband Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. AutorInnen: Dr.ⁱⁿ Anna Maria Dieplinger, OA Dr. med. Sahba Enayati, a.o. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Karin Gutiérrez-Lobos, Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Alexandra Kautzky-Willer, Mag.^a Sonja Kodelitsch MSc., Mag.^a Martha Scholz

Gender Friendly Hospital

In der Klinik werden Gesundheit und Krankheit meist naturwissenschaftlich determiniert. Als Krankheit wird das Vorliegen von Symptomen, Pathologien und Befunden bezeichnet, welche als Abweichung von einem physiologischen Gleichgewicht interpretiert werden. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wahrnehmung, im Erleben und Bewältigen von Krankheit sowie Unterschiede in der medizinischen Diagnostik und bei Therapieformen bestätigen die Gender-Medizin in der Praxis.

MedizinerInnen wissen heute, dass Frauen und Männer unterschiedlicher Therapie bedürfen, dass Medikamente anders dosiert und Symptome geschlechtsabhängig beschrieben werden sollen.

Diese medizinischen Unterschiede zwischen Frauen und Männern hat das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Linz (AKh) erstmals 2004 veranlasst, eine Arbeitsgruppe für eine geschlechtergerechte Medizin im Krankenhaus einzurichten. Die Implementierung von Gender-Medizin unter bestimmten strukturellen Voraussetzungen war primäres Ziel des Auftrages. Mit dem Projekt „Gender Friendly Hospital“ wurden Leitlinien für die interdisziplinären Strukturen eines Krankenhauses erarbeitet. Die vier Parameter Soziales, Medizin, Umwelt und Gesellschaft stellen die Basis der Gender friendly Kriterien dar.

Die Grundprinzipien einer frauen- (geschlechter-) gerechten Gesundheitsversorgung bilden die Basis eines „Gender Friendly Hospitals“ (Jahn und Kolip 2003):

- die Berücksichtigung der jeweiligen Lebenswelt von Frauen, indem psychische und soziale Ursachen (Stress, familiäre oder berufliche Belastungen) und psychosoziale Folgen von Erkrankungen (Trauer, Verlust, Nachsorge) in die medizinische Versorgung integriert werden;
- das Vermeiden einer Über-, Unter- und Fehlversorgung
- ein Angebot an ausführlicher und umfassender Gesundheitsinformation und -aufklärung als Entscheidungsgrundlage (mündige Patientin, „shared decision making“)
- die Reduktion von Ungleichheiten und Barrieren im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung,
- die Nutzung und Förderung vorhandener frauenspezifischer Infrastrukturen
- das Einbeziehen der Diskussion über eine frauengerechte Gesundheitsversorgung in die allgemeine Diskussion des Gesundheitswesens
- das Formulieren und Verfolgen von Gesundheitszielen, die frauenspezifische und Gender Aspekte berücksichtigen
- die Förderung von Vernetzung (Schnittstellenproblematik, Versorgungsketten, multiprofessionelle und interdisziplinäre Vernetzung, Praxiskooperationen, Psychosomatik);
- die Qualifizierung und Sensibilisierung der in den Gesundheitsberufen Tätigen.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat 2005 im Österreichischen Frauengesundheitsbericht Daten über die Gesundheit von Frauen veröffentlicht und daraus Ziele und Maßnahmen zur Verbesserung der Situation der „Frau in Österreich“ formuliert. Im Ziel 7 ist die „bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung von Frauen“ in Krankenhäusern, und es sind dazugehörige Qualitätsrichtlinien definiert.

Auf Basis dieser Qualitätskriterien von Frauengesundheit, der Prinzipien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung und unter Berücksichtigung eines WHO Modellprojekts zur Frauengesundheitsförderung in einer Frauenklinik wurden in einer Arbeitsgruppe am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Linz Kriterien zur Implementierung von Gender-Medizin formuliert. Ein „Gender Friendly Hospital“ implementiert Leitlinien für Gender-Medizin, die für jedes Krankenhaus und jede Gesundheitseinrichtung gelten können. Darüber hinaus findet das Thema frauengerechter Arbeitsplatzgestaltung seine Anwendung.

Die „Gender Friendly Hospital“-Leitlinien sind in folgenden Bereichen zusammengefasst:

1. Geschlechtsspezifische Aus-, Fort- und Weiterbildung (Gender Friendly Professionals)
2. Geschlechtssensibler Umgang durch genderkompetentes Personal
3. Transparenz und Public Relations in Bezug auf Imageverbesserung und Kundenorientierung
4. Respektieren und Berücksichtigen der psychosozialen Lebenswelten (ganzheitliche vertrauensvolle Betreuung unter Beachtung des sozialen Kontext)

5. Bedarfsgerechte geschlechtsspezifische Kranken- und Gesundheitsversorgung
6. Geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung (Empowerment)
7. Individuelle Beratung, Information und Aufklärung
8. Transparenz und Nutzung geschlechtsspezifischer Infrastrukturen (extern und intern)
9. Koordination extra- und intramuraler Nahtstellen zur optimalen individuellen Versorgung
10. verbesserter Zugang und Reduktion von Barrieren im Krankenhaus
11. PatientInnenzufriedenheit – Evaluierung und Maßnahmen zur Verbesserung (im Sinne einer Qualitätssicherung)

Für all diese Ebenen wurden Maßnahmen entwickelt, die ein Gender Friendly Hospital ausmachen.

„Gleich-behandlung“ mag sonst in unserer Gesellschaft ein wichtiges Thema sein – im Krankenhaus ist eine „Un-gleich-behandlung“ der Geschlechter eher anzustreben. MedizinerInnen haben gerade auch bei wissenschaftlichen Studien erkannt, dass ein Genderbias nicht mehr wegzudenken ist.

Geschlechtergerechte Medizin: Prüfung von Medikamenten an Frauen

Etwa zwei Drittel aller Medikamente werden für Frauen verschrieben, jedoch leiden sie etwa doppelt so häufig an Nebenwirkungen. Alle Menschen profitieren von der Medikamentenforschung, sie haben einen großen Nutzen von Errungenschaften hinsichtlich der Heilung von Krankheiten und der Linderung von Symptomen. Andererseits wird der Erforschung von neuen Medikamenten am Menschen nachgesagt, sie sei schädlich. Das physiologische und das soziale Geschlecht sollten in jedem Forschungsstadium Berücksichtigung finden: beim Studiendesign von klinischen Studien und Anwendungsbeobachtungen, bei der Zulassung von Medikamenten sowie in der Marktforschung.

Im Laufe von Medikamentenforschungen stellte sich heraus, dass manche Medikamente besser bei einem Geschlecht wirken, andere Arzneien wiederum verursachen bei einem Teil der ProbandInnen unerwünschte Nebenwirkungen oder erfordern eine andere Dosierung. Besonders umstritten ist die Erforschung der Wirksamkeit von Medikamenten an gebärfähigen Frauen. Generell sollten beide Geschlechter in die Wirkungsforschung miteinbezogen werden und die gleichen Chancen zur Teilnahme haben - außer es sprechen folgende Argumente dagegen:

- Einschluss aus gesundheitlichen Gründen für das betreffende Geschlecht nicht angemessen
- Forschung ist nur für ein Geschlecht relevant
- vorhandene Daten belegen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede
- vorhandene Daten liegen bereits für das ausgeschlossene Geschlecht vor
- Selektion ist vom Forschungszweck abhängig
- andere wissenschaftliche Gründe

Viele Untersuchungen liefern Hinweise darauf, dass medikamentöse Therapien bei Frauen und Männern unterschiedlich wirken. Einige zeigen zudem, dass das weibliche Geschlecht offenbar als Risikofaktor für unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneien gilt. Frauen sind demnach einem 1,5- bis 1,7-fach höheren Risiko für Nebenwirkungen ausgesetzt als Männer. Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es in der Bioverfügbarkeit von Arzneistoffen, in der Verteilung im Organismus, in der Metabolisierung, in der Ausscheidung sowie in der Wirkung. Dies muss insbesondere bei der Dosierung berücksichtigt werden.

Frauen sind in der Forschungspraxis als ProbandInnen nach wie vor unterrepräsentiert. Ethikkommissionen sollen die gerechte Teilnahme fördern bzw. gewährleisten. Diese begutachten und beurteilen klinische Forschungsprojekte. Es gibt Empfehlungen und Vorgaben hinsichtlich der Zusammensetzung der Kommissionen, allerdings wird der Frauenanteil in der Praxis niemals erreicht. Die Vorgaben für die Arzneimittelstudien sind im Arzneimittelgesetz zusammengefasst. Empfohlen wird von Seiten der Bioethikkommission ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis bei den ProbandInnen, die Beachtung eines frauengerechten Studiendesigns,

der Ausschluss von gebärfähigen Frauen in begründeten Ausnahmefällen und eine Vergabe von Forschungsmitteln an Projekte, die diese Prinzipien berücksichtigen.

Insbesondere bei der Behandlung von Koronaren Herzkrankheiten (KHK) sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede besonders relevant. Aufgrund des unterschiedlichen Hormonstatus, der Körperfettverteilung, des Gewichts und des generell höheren Lebensalters der Frau bei Manifestation einer KHK bestehen alle Wahrscheinlichkeit nach Unterschiede in Bezug auf Wirkung, Bioverfügbarkeit und Nebenwirkungen. Diese zeigen sich in der Anwendung von Beta-Rezeptorblockern, von Aspirin (Acetylsalicylsäure = ASS) und bei ACE-Hemmern.

VIII. EMPFEHLUNGEN

Handlungsempfehlungen zur Förderung der Frauengesundheit in Österreich

Die Formulierung und Auswahl der Zielbereiche und Ebenen für die folgenden Handlungsempfehlungen zur Förderung der Frauengesundheit in Österreich erfolgte analog zum inhaltlichen Aufbau des Frauengesundheitsberichts. Da das Thema Frauengesundheit als Querschnittsmaterie zu sehen ist und Gesundheit (bzw. Krankheit) in mehreren Lebensbereichen gleichzeitig wirksam wird, kann es zu Wiederholungen in den unterschiedlichen Zielgruppen/Zielbereichen/Handlungsebenen kommen. Die Vollständigkeit und der Bezug zu den Lebensbereichen erscheinen als ausschlaggebend und vordergründig; aus diesem Grund wurden Wiederholungen zugelassen.

Alle Handlungsempfehlungen, die im folgenden Abschnitt formuliert werden, unterstützen das Konzept „Gesundheit 21“ der WHO und fügen sich in dessen Zielbereiche ein.

Epidemiologie

Handlungsfelder	Allgemeine Zielsetzungen	Handlungsempfehlungen
<p>Herz-Kreislauf-erkrankungen & Krebs</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prävention und Senkung von Morbidität und Mortalität bei Krankheiten, von denen Frauen ausschließlich, überwiegend oder anders betroffen sind als Männer • bio-psycho-soziale Sichtweise der Gesundheit fördern • psychosoziale Aspekte in die medizinische Behandlung und Betreuung vermehrt einbeziehen • nichtmedizinische Betrachtungsweisen körperlicher Veränderungen fördern • Gender Perspektive in Aus- und Weiterbildung bei Gesundheitsberufen • Gender Training für MitarbeiterInnen im Gesundheitsbereich • Selbsthilfepotentiale stärken • Beteiligung von Patientinnen unterstützen • Informationsbedarf durch unabhängige Beratungsstellen decken • Strukturen im Gesundheitsbereich, die Health Literacy und Health Competency in der Bevölkerung verbessern • Kritisches Bewusstsein für Fehl-, Über- und Unterversorgung • Qualitätssichernde Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung von Frauen 	<p>als häufigste Todesursache bei Frauen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen weiter forcieren (u.a. Nikotin, Bluthochdruck, Übergewicht, bewegungsarme Lebensweise, Diabetes mellitus, positive Familienanamnese) • zielgruppenspezifische Vorsorgeprogramme unter Berücksichtigung sozial schwacher Frauen • gleicher Zugang zur kardiologischen Spitzenmedizin von Männern und Frauen, aber auch aller gesellschaftlichen Gruppen (z.B. Frauen mit Migrationshintergrund) sicherstellen • frauenspezifische Forschung im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen finanzieren • frauenspezifische, kardiologische Rehabilitation <p>Brustkrebs (häufigste Krebserkrankung bei Frauen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • evidenzbasierte, fachkundige, patientinnenorientierte Information über Nutzen, Behandlungsmethoden und Grenzen der Krebs-Früherkennung • Empfehlungen zu Krebsprävention (u.a. Körperliche Aktivität, Ernährung, Nikotin, Alkoholkonsum) • Qualitätssicherung in der Mammographie • Etablierung flächendeckender, nach den EUSOMA-Kriterien zertifizierte Brustzentren als integrierte Versorgungseinrichtung <p>Darmkrebs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empfehlungen zu Krebsprävention (u.a. Körperliche Aktivität, Ernährung, Nikotin, Alkoholkonsum) • Darmkrebsvorsorge <p>Lungenkrebs (steigende Inzidenz und Mortalität bei Frauen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der steigenden Inzidenz und Mortalität aufgrund einer Zunahme des Rauchens bei Frauen durch frauenspezifische Präventionsprogramme entgegenwirken

Handlungsfelder	Allgemeine Zielsetzungen	Handlungsempfehlungen
<p>Psychische Gesundheit / Krankheit</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bewusstsein schaffen, dass Frauen von vielen psychischen Erkrankungen stärker betroffen sind als Männer • Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen • frauenspezifische Ursachen von Depressionen weiter erforschen (Stress durch Mehrfachbelastung, typisch weibliche Sozialisation, ...) • Stärkung individueller Kompetenzen durch ‚Gesundheitsziehung‘ • Förderung von unterstützenden sozialen Netzwerken; Gesundheitsentwicklung im kommunalen Raum und sozialen Organisationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gebärmutterhalskrebs <ul style="list-style-type: none"> • Früherkennung • HPV-Impfung nur unter kontrollierten Studienbedingungen (u.a. Dokumentation der geimpften Personen, unerwünschter Wirkungen, Zahl der Zellveränderung und Krebsvorstufen,..) • Depressionen bei Frauen sind in den unterschiedlichen Lebenszusammenhängen zu sehen (junge Frauen, Schwangere (PPD), ältere Frauen, chronisch kranke Frauen z.B. mit Krebs, ...) • Übermedikalisierung durch Antidepressiva: u.a. Verschreibungspraktiken hinterfragen; ÄrztInnen aufklären; spezifische Konsummuster von Frauen erforschen • Entwicklung von Programmen zur frauenspezifischen Stressprävention und psychischen Gesundheitsförderung von Frauen forcieren (u.a. auch Betriebliche Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung) • Ausweitung stadionspezifischer, niederschwelliger und bedürfnisorientierter Behandlungselemente sowohl für betreuende Angehörige als auch für Betroffene von beispielsweise Alzheimer Demenz • Frauengerechte Psychiatrie definieren und umsetzen (u.a. Infrastruktur - Frauenräume schaffen); Sensibilisierung und Schulung des Personals für die Bedürfnisse psychisch kranker Frauen • HIV/Aids <ul style="list-style-type: none"> • Berücksichtigung von Frauen bei der Forschung • Gleicher Zugang zu erfolgreichen Behandlungsmethoden für Frauen • Psychosoziale Betreuung von Frauen mit HIV/Aids • Ausgrenzung und Isolation von Betroffenen durch gezielte Information bekämpfen • HIV/Aids-Prävention forcieren

Lebensrealitäten und gesundheitsbezogene Lebensweisen

Zielgruppe	Zielbereich	Handlungsebenen
Mädchen und junge Frauen	Gesunder Lebensstil Sexuelle Gesundheit, Prävention von Teenager-schwangerschaften, Verantwortung übernehmen, eigenen Körper kennen lernen Berufs- und Ausbildungsorientierung Generell	Empowerment von Mädchen – gesunder Lebensstil (3 Säulen der Gesundheit) Ausdehnung von Aufklärungsmaßnahmen: u.a. Empowerment, Kompetenzstärkung hinsichtlich Verhütung, Pubertät, Körperbewusstsein, Grenzen setzen (ExpertInnenorganisationen in Schulen), geschlechtersensible Sexualpädagogik <ul style="list-style-type: none"> • Perspektive für Frauen im Hinblick auf Chancen und Potentiale in bestimmten Berufs- bzw. Ausbildungssparten • Verstärkte Vermittlung der Wichtigkeit einer fundierten Bildung/Ausbildung in Bezug auf den weiteren Lebensweg (Konsequenzen bis ins hohe Alter) Stärkung des Selbstwerts von Mädchen
Die Frau im reproduktiven Alter	Endometriose Sexualstörungen Kontrazeption Schwangerschaftsabbruch	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkere Bewusstseinsbildung bei Frauen und behandelnden ÄrztInnen • Entwicklung von standardisierten Diagnose- und Behandlungsanleitungen für ÄrztInnen Ausweitung der Angebote zur Sexualberatung in Frauenberatungs- und Gesundheitseinrichtungen <ul style="list-style-type: none"> • umfassende Information zur Entscheidungsfindung • Aufklärung und Dokumentation von Nebenwirkungen • Qualitätssicherung des medizinischen Eingriffs • Recht der Frau auf Entscheidungsfreiheit
Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft	Schwangerschaftsrisiken	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserte Aufklärung über die Risiken und Folgen von Adipositas und Schwangerschaftsdiabetes, sowie über adäquate Ernährung und ausreichend Bewegung • Mehr psychosoziale Beratungs- und Betreuungsangebote für Schwangere und Wöchnerinnen (zur Vermeidung von psychischen Erkrankungen) • Bessere und mehr Betreuungsstrukturen für WöchnerInnen/Mütter mit postpartalen psychischen Krankheiten

Zielgruppe	Zielbereich	Handlungsebenen
	Schwangerschaft und Geburt	<ul style="list-style-type: none"> Evidenzbasierte Information über Vor- und Nachteile des Kaiserschnitts Evidenzbasierte Information über Risiken und Nutzen der Pränataldiagnostik / Präimplantationsdiagnostik Förderung von alternativen geburtshilflichen Zugängen, z. B. von Hebammen sowie FamilienhelferInnen nach der Geburt Förderung des Stillens unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Frau
Wechseljahre		<ul style="list-style-type: none"> Unabhängige, evidenzbasierte Information über körperliche und seelische Veränderungen und Behandlungsmethoden zur Entscheidungsfindung
Die Pensionistin / Hochbetagte Frau	Soziale Netzwerke	<ul style="list-style-type: none"> Stärkere Förderung der Integration von alten Menschen in soziale Netzwerke Promotion von bestehenden Netzwerken und Erleichterung des Zugangs (u.a. zur Förderung der psychosozialen Gesundheit und psychosozialer Betreuung)
	Wohnformen	<ul style="list-style-type: none"> Unterschiedliche, individuell angepasste Wohnformen ermöglichen (u.a. altersgerechtes Wohnen, betreubares Wohnen, Alten- und Pflegeeinrichtungen)
Frauen und Erwerbstätigkeit	Berufswahl (bereits in jungen Jahren bzw. in Umbruchphasen und beim Wiedereinstieg)	<ul style="list-style-type: none"> Verstärkte Aufklärung im Hinblick auf Chancen und Potentiale in bestimmten Berufs- bzw. Ausbildungssparten
	Arbeitslosigkeit	<ul style="list-style-type: none"> Integration von gesundheitsfördernden Angeboten in Trainings- und Schulungsmaßnahmen Verstärkte Betreuung zu Beginn der Arbeitslosigkeit
	Karriere	<ul style="list-style-type: none"> Erhöhung des Frauenanteils in Führungspositionen und -positionen durch gesetzliche Regelungen Förderung von Führungspositionen in Teilzeit Informations-, Beratungs- und Schulungsmaßnahmen für kleine und mittlere Unternehmen zum Thema Frauen in Führungspositionen (u.a. Bewusstseinsbildung, Abbau von Stereotypen und Vorurteilen) Frauenförderpläne anregen und entwickeln

Zielgruppe	Zielbereich	Handlungsebenen
	Einkommenssituation	<p>Maßnahmen des Nationalen Aktionsplan zur Gleichstellung von Frauen und Männern am Arbeitsmarkt 2010</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einführung gesetzlich verpflichtender Einkommensanalysen durch die Unternehmen • Verbesserung der Datenlage bzw. Nutzung bestehender Daten im Bereich Einkommen • Einkommensberichte im öffentlichen Dienst • Angabe des kollektivvertraglichen Mindestlohns und gegebenenfalls der Bereitschaft zur kollektivvertraglichen Überzahlung in Jobausschreibungen als Orientierung bei Inseraten und Stellenanzeigen sowie für das AMS. Verwarnung bei erstmaliger Übertretung • Angebot aktueller Informationen zur Entlohnung in bestimmten Berufen/Branchen (Lohn- und Gehaltsrechner) • Erstellung eines Leitfadens für Betriebsräte, PersonalistInnen und MitarbeiterInnen zur Analyse von Einkommensunterschieden und Arbeitsbewertung sowie Angebote zur Beratung, für Trainings und Werkzeuge für Betriebe • Aufwertung des Berufsfeldes Kindergärten im Sinne einer Bildungseinrichtung • Ausweitung bestehender Arbeitsgruppen zum Thema Pflege/Betreuung unter Leitung des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz um die Dimension der Frauenbeschäftigung • Definition von gleichwertiger Arbeit im Einklang mit der EuGH-Judikatur in einem gemeinsamen Leitfaden der Kollektivvertragsparteien verankern • Erstellung eines gemeinsamen Leitfadens der Kollektivvertragspartner, um auf kollektivvertraglicher Ebene das Gleichstellungsziel zu fördern
Frauen und Partnerschaften	Wiedereinstieg von Frauen nach Kinderbetreuungszeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Anbieten von Kinderbetreuungsplätzen, flächendeckend und ohne regionale Unterschiede (u.a. 24-Stunden Kindergärten, ...) • Motivation, Förderung und Kampagnen zur Väterkarenz
Migrantinnen	Lesbische Frauen	<ul style="list-style-type: none"> • Abbau von Stigmata und Diskriminierung in der Öffentlichkeit • Erstellung von zielgruppenspezifischen Informationen
	Migration und Integration	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung eines differenzierten Bewusstseins für Migrationshintergründe in der österreichischen Bevölkerung • Verbesserte Integrationskonzepte, insbesondere in Ballungsräumen
	Migration und Erwerbsarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserungen in der Anerkennung von Berufs- und Schulausbildungen in den Herkunftsländern und somit Erleichterung des Zugangs zu qualifizierten Berufen • Erleichterung des Zugangs und vermehrte Promotion bei MigrantInnen zur Entscheidung für eine Ausbildung und einen Beruf im Gesundheitswesen (u.a. Sprachbarrieren entgegenwirken)

Zielgruppe	Zielbereich	Handlungsebenen
	Migration und Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> • (sprachlich und kulturell) Zielgruppengerechte Information über eine gesunde Lebensführung • Schulung von medizinischem Personal hinsichtlich kultureller Unterschiede und Zugänge zu Gesundheit (interkulturelle Kompetenz) • Aufklärung über das Gesundheitssystem und dessen Nutzung bei MigrantInnen • Schaffung und Ausbau von interkulturellen Gesundheitsversorgung • Vermehrter Einsatz von Dolmetschdiensten auf allen Ebenen der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung
	AsylwerberInnen	<ul style="list-style-type: none"> • Erleichterung des Zugangs zur medizinischen Versorgung für AsylwerberInnen • Ausbau des psychotherapeutischen Angebots für traumatisierte Flüchtlinge
Frauen mit Behinderung	Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Institutionalisierung der Forschungsrichtung der Disability Studies mit Genderfokus in der österreichischen Hochschullandschaft • Integration der Querschnittsmaterien Gender und Behinderung in die Ausbildung des medizinischen Fachpersonals • Auseinandersetzung mit aktuellen biopolitischen Diskursen
	Lebenssituation von Frauen mit Behinderungen	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung des §25 der UN-Konvention für Menschen mit Behinderung • Beachtung von Gender und Disability • Entwicklung von zielgruppenorientierten Empowermentprogrammen, die Forcierung der Enttabuisierung von Sexualität und von Gewalt an Frauen mit Behinderungen • Einrichtung von barrierefreien Beratungsstellen • Bereitstellung von Arbeitsplätzen für Frauen mit Behinderung • sozialversicherungsrechtliche Absicherung und ein angemessenes „normalisiertes“ Beschäftigungsverhältnis mit adäquatem Einkommen auch für Personen, die in Tagesstrukturen und Werkstätten der Behinderteneinrichtungen beschäftigt sind
	Gesundheitliche Versorgung von Frauen mit Behinderungen	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung des §25 der UN-Konvention für Menschen mit Behinderung • Beachtung von Gender und Disability Mainstreaming in der Entwicklung von gesellschafts- und gesundheitspolitischen Maßnahmen und Programmen • Forcierung von barrierefrei zugänglichen und barrierefrei adaptierten Gesundheitseinrichtungen und Ordinationen
	Sexualität und Familienplanung	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung und Bereitstellung von zielgruppenspezifischen Unterstützungsangeboten für Eltern und Frauen mit Behinderungen während der Schwangerschaft und der Mutterschaft • Entwicklung von sexualpädagogischen und sexualanthropologischen Angeboten für Menschen mit Behinderungen und im Speziellen für Frauen und Mädchen

Zielgruppe	Zielbereich	Handlungsebenen
Frauen in sozialen und gesundheitlichen Lebenslagen	Frauen und Sucht	<ul style="list-style-type: none"> • Gender-Aspekte in der Suchtprävention und bei RaucherInnen-Entwöhnungskursen • Rauchen: Senkung der RaucherInnenprävalenz • Verstärkte Aufklärung über das Suchtrisiko von Schlaf- und Beruhigungsmitteln
	Essstörungen und Adipositas	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbau der ambulanten und stationären Betreuungsangebote für Betroffene von Essstörungen • Prävention von Essstörungen durch bessere Information und Aufklärung in Schulen (geschlechtsspezifische) Adipositasprogramme zur Prävention von Langzeitfolgen für adipöse Mädchen und Frauen
	Die wohnungslose Frau	<ul style="list-style-type: none"> • Weiterer Ausbau des frauengerechten Hilfesystems – insbesondere im Hinblick auf die verdeckte Wohnungslosigkeit • Ausbau der (vorübergehenden) Wohnrichtungen
	Frauen und Prostitution	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserte rechtliche Schutzbestimmungen für Prostituierte (u.a. zum Schutz vor Ausbeutung) • Vereinheitlichung der gesetzlichen Landesbestimmungen für Prostitution • Erstellung von bundesweiten Dokumentationen und Daten rund um das Thema Prostitution
	Die gewaltbetroffene Frau	<ul style="list-style-type: none"> • Empowerment von Frauen gegen Gewalt • Präventionsmaßnahmen gegen Gewalt in den neuen Medien (u.a. Cybermobbing/Cyberbullying, Cyber-Grooming und Happy-Slapping) • Integration des Themas Gewalt gegen Frauen in die Ausbildungs-Curricula aller Berufsgruppen im Sozial- und Gesundheitswesen (u.a. Warnsignale, Hilfsangebote) • Schaffung von Beratungs- und Anlaufstellen für von Gewalt betroffene Frauen
	Von Armut betroffene Frauen	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserte Kommunikation und Information hinsichtlich Armutsfallen für Frauen bereits in jungen Jahren • Abbau von sozialen Ungleichheiten, insbesondere jeder Benachteiligung aufgrund des Geschlechtes • Verbesserte und leichter zugängliche Unterstützungsstrukturen für Betroffene von maffester Armut (Frauen, Familien, Kinder!) • Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote • Förderung von sozialen Netzwerken zur Unterstützung von armutsbetroffenen Frauen • Ausbau (insbesondere Regionalisierung!) der „Sozialmärkte“

Zielgruppe	Zielbereich	Handlungsebenen
	Die allseits bereite Pflegerin	<ul style="list-style-type: none"> • kurzfristig abrufbare Entlastungs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige (ohne Vorlaufzeiten für unerwartete Situationen) • verbesserte Transparenz von Pflegeleistungen (kurz- und längerfristig) und Zugang zu Pflegegeld für die Betroffenen • Sichtbarmachung der häuslichen unentgeltlichen Pflegeleistung durch Angehörige/Bekanntete in der Öffentlichkeit (verbesserte gesellschaftliche Anerkennung!) • Weiterer Ausbau des Schulungs- und Erholungsangebots für pflegende Angehörige • Weiterer Ausbau und Transparenz der zur Verfügungstellung von vorübergehenden Pflegeplätzen in Pflegeheimen
	Weibliches Körperbild	<ul style="list-style-type: none"> • Vorgaben/Richtlinien für Werbung und PR in Bezug auf extrem schlanke Models – insbesondere für die Zielgruppe von Mädchen und jungen Frauen • Empowerment-Angebote zur Stärkung des Körper- und Selbstbewusstseins (Der Körper der Frau ist kein Statussymbol!) • Mehr und verbesserte psychosoziale Aufklärung für Interessentinnen von Schönheitsoperationen (Risiken, Motivation!) • Verstärkte Verteilung und Kommunikation des Konsensuspapiers „Leitlinien zur weiblichen Genitalchirurgie“, abrufbar unter: http://www.wko.at/statistik/eu/europa-lebens-erwartung.pdf (inkl. Einführung von Kontrollmechanismen)

Sozialepidemiologie, Gesundheitsförderung und Prävention

Zielbereich	Handlungsempfehlung
Frauenspezifische Gesundheitsversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Über-, Unter- und Fehlvorsorgung vermeiden (evidenzbasierte Behandlungskonzepte) • Frauengesundheitsspezifische Angebote nutzen, fördern und ausbauen (u.a. Frauengesundheitszentren, spezielle Beratungseinrichtungen für Frauen, Frauengesundheitsforschung, frauenspezifische Gesundheitsziele) • Verstärkte Regionalisierung des Angebots im Bereich der Frauengesundheit • Erleichterung des Zugangs zu Fördermitteln für frauengesundheitsspezifische Einrichtungen; Ressourcensicherung • Verbesserung der medialen Vertretung des Themas Frauengesundheit • Förderung bestehender Netzwerke und Aufbau neuer Netzwerke zur Professionalisierung
Mädchen- und Frauenberatungsstellen, Familienberatung	<ul style="list-style-type: none"> • Gesicherter Bestand und weiterer Ausbau des regionalen Beratungsangebotes

Zielbereich	Handlungsempfehlung
Selbsthilfegruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Weiterer Ausbau des Unterstützungsangebots für Selbsthilfegruppen und -leiterInnen • Stärkung des Netzwerks an Selbsthilfegruppen und des Austausches untereinander • Vermehrt Empowermentprogramme für die Selbsthilfegruppenmitglieder
Umwelt und Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen (und Embryonen)	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion der hormonwirksamen Substanzen (u.a. in Lebensmitteln, insbesondere in Milch und Fettgewebe, in Körperpflegemitteln) • Reduktion der Umweltschadstoffe und Feinstaubbelastung • Verstärkte Vorsicht bei Kunststoffweichmachern und Flammschutzmitteln • Reduktion der Belastungen mit Verkehrslärm in betroffenen Wohngebieten (insbesondere Nachtlärm) • Information und Transparenz für die Bevölkerung
Alternativ- und Komplementärmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation und Qualitätssicherungsmaßnahmen • Öffentlichkeitsarbeit und bessere Aufklärung der Bevölkerung hinsichtlich Wirksamkeit bzw. Kosten-Nutzen-Relation
Prävention und Gesundheitsförderung	<ul style="list-style-type: none"> • Transfer von Fördermitteln aus der Kuration in die Bereiche der Gesundheitsförderung und Primärprävention • Weitere Stärkung und Förderung der bestehenden Netzwerke für Gesundheitsförderung, sowie Aufbau neuer Netzwerke • Verstärkte Motivation der Bevölkerung, insbesondere der jungen Erwachsenen und der sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen zur Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung (Entwicklung von zielgruppenspezifischen Anreizsystemen)

Entwicklung der Frauengesundheitsförderung

Zielbereich	Handlungsempfehlung
Frauen- und Männergesundheit	<ul style="list-style-type: none"> • Weiterer Ausbau der genderspezifischen Gesundheitsforschung, insbesondere in den Bereichen der Gesundheitsrisiken und Gendermedizin • Frauengesundheit intersektional verankern • nationale und regionale Frauen(Gesundheits-)berichterstattung
Gender Friendly Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkte Verankerung des Themas Gender-Medizin in den Curricula der Medizinischen Ausbildungen, adäquate Schulung des bestehenden Personals • Implementierung der Qualitätsrichtlinien und -kriterien sowie einer gendersensiblen Kultur und Medizin in weiteren Krankenhäusern in Österreich

Zielbereich	Handlungsempfehlung
Schnittstellen-/ Nahtstellenmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Institutionen, mobilen Diensten, Vereinen (intra- und extramural) • Implementierung und Ausbau von Sozialdiensten in Krankenhäusern • Koordinierung der Entlassungsabläufe nach einem Krankenhausaufenthalt • Beseitigung von Versorgungsdefiziten in bestimmten Regionen
Medikamentenforschung	<ul style="list-style-type: none"> • Geschlechterspezifische Erforschung von Medikamenten und ihrer Wirksamkeit (ausgewogenes Geschlechterverhältnis bei ProbandInnen) • Kontrollierte geschlechterspezifische Medikamentenverschreibung • Vermehrter Einsatz von weiblichen Expertinnen in Ethikkommissionen (Frauenquote!)

Der Gesundheit von Frauen muss ein Höchstmaß an Aufmerksamkeit und Dringlichkeit zugemessen werden. – Österreich kommt dieser Empfehlung nach und gibt mit dem vorliegenden Bericht die große Bandbreite und die multi-disziplinäre Themenstellung der Frauengesundheit wieder. Der dritte österreichische Frauengesundheitsbericht verdeutlicht erneut, dass Frauengesundheit alle Ebenen und Sektoren des Gesundheitssystems betrifft. Die gesellschafts- und gesundheitspolitischen Forderungen nach einer geschlechterspezifischen, geschlechtersensiblen und geschlechtergerechten Sichtweise der Gesundheit beruhen auf einem wachsenden Bewusstsein für Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Die vorliegenden Daten und Handlungsempfehlungen zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Österreich dienen als Ausgangspunkt für die weitere Strategieentwicklung zur Erlangung eines geschlechtergerechten Gesundheitssystems.

www.bmg.gv.at