



BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT

Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011



Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011

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.ⁱⁿ 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, TwoWings-
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

Abkürzungsverzeichnis Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011

ABGB – Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch
Abt. – Abteilung
ADHS - Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom
AGES – Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH
AHS – Allgemeine Höhere Schule
AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome
AK – Arbeiterkammer
AKH / AKh – Allgemeines Krankenhaus
AMS – Arbeitsmarktservice
ANT – Anteil
ARGE – Arbeitsgemeinschaft
ASR – altersstandardisierte Rate auf 100.000 EinwohnerInnen des gleichen Geschlechts
ATS – Österreichische Schilling
BAK – Blutalkoholkonzentration
BGBl. – Bundesgesetzblatt
BM – Bundesministerium
BMASK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMG – Bundesministerium für Gesundheit
BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMGFJ – Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
BMI – Body Mass Index
BMI – Bundesministerium für Inneres
BMJ – Bundesministerium für Jugend
BMSG – Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen
BMWfJ – Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend
BzGA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
ca. – zirka
CAM – Complementary and Alternative Medicine
CEDAW – Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women
CIS – Carcinoma in situ = Krebserkrankung im Vorstadium
COPD – Obstruktive Lungenerkrankungen
d.h. – das heißt
DALYs – Disability-Adjusted Life-Years = behinderungsfreie Lebensjahre
dl - download
E% - Energieprozent
EBCN – European Breast Cancer Network
Ebd., Ebenda - Hinweis in der Quellenangabe, wenn auf einen Literaturhinweis mehrmals verwiesen wird
EC – European Commission
ECDC – European Center for Disease Prevention and Control
EEIC – Europäische Endometriose Informations-Centrum
EEL – Europäische Endometriose Liga
EGMR – Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EKG – Elektrokardiogramm
EMRK – Europäische Menschenrechtskonvention
EMS-Test - Eignungstest Medizinstudium
ENCR – European Network for Cancer
ESF – Europäischer Sozialfonds
et al. – et altera, und andere (in Fußnoten und Quellenangaben)
Etc. – etcetera

EU – Europäische Union
EUR – Euro €
EU-SILC – European Community Statistics on Income and Living Conditions
EUSOMA – European Society of Breast Cancer Specialists
EW - EinwohnerInnen
EWR – Europäischer Wirtschaftsraum
F – female, Frauen
FAS – Fetales Alkoholsyndrom
ff. – folgende Seiten (in Fußnoten und Quellenangaben)
FGM – Female Genital Mutilation (Weibliche Genitalverstümmelung)
FGÖ – Fonds Gesundes Österreich
FOBT – Faecal Occult Blood Test (Hämoccult-Untersuchung)
GBE – Gesundheitsberichterstattung
GDI – Gender-related Development Index
GDM – Gestationsdiabetes / Schwangerschaftsdiabetes
GDS – Global Deterioration Scale (Skala für Alzheimer Demenz??)
GEI – Gender Equality Index
GEM – Gender Empower Measure
GfG – Gesundheitsförderungsgesetz
GGS – Generations and Gender Survey
GKK – Gebietskrankenkasse
GÖG – Gesundheit Österreich GmbH
HBSC – Health Behaviour of Schoolaged Children
HCG – humanes Choriongonadotropin
HDI – Human Development Reports
HiA – Health Impact Assessment
HIV – Human Immunodeficiency Virus
HLY – healthy life years
HPV – Humanen-Papilloma-Virus
HTTP – Hyper Text Transfer Protocol
i.d.R. – in der Regel
IBS – Irritable Bowel Syndrom
ICD-10 – International Classification of Disease 10
ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health
IDS – Irritables Darmsyndrom
IVF – In vitro Fertilisation
JKU – Johannes Kepler Universität Linz
KBGG – Kinderbetreuungsgeldgesetz
KH – Krankenhaus
KHK – Koronare Herzkrankheiten / Koronare Herzgefäßerkrankung
LKH – Landeskrankenhaus
M – male, Männer
MA – Magistratsabteilung
MBU – Mikroblutgasanalyse
MCI – Mild Cognitive Impairment
MDGs – Millennium Development Goals
Mio. – Millionen
MUW – Medizinische Universität Wien (Med Uni)
n – Stichprobengröße, Grundgesamtheit, Zielgruppe einer Studie
NAG – Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz
NAP – Nationaler Aktionsplan

o. g. – oben genannt
ÖÄK – Österreichische Ärztekammer
ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OECD – Organisation for Economic Cooperation and Development
OGTT - oraler Glucose-Toleranz-Test
OÖ – Oberösterreich
PAL – Physical Activity Level
PAP-Abstrich – Test zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs (benannt nach dem Arzt George Papanicolaou)
PBT – Persistent Bioaccumulative Toxic
PDA – Periduralanästhesie
PGA – Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit
PMDS – prämenstruelle dysphorische Störung
PMS – Prämenstruelles Syndrom
POPs – Persistent Organic Pollutants
RDS – Reizdarmsyndrom
S. – Seite
s. z. B. – so zum Beispiel
SCI – Subjective Cognitive Impairment
SEF – Stiftung Endometriose Forschung
SHA – System of Health Accounts
SS – Sommersemester
STDs – Sexually Transmitted Diseases
STI – Sexually Transmitted Infection
TBC – Tuberkulose (Infektionskrankheit)
TCM – Traditionell Chinesische Medizin
u. a. – unter anderem
u. v. m. – und viele/s mehr
UG – Universitätsgesetz
UICC – Union for International Cancer Control
UN – United Nations, Vereinte Nationen
UNAIDS – The Joint United Nations Programm on HIV/AIDS
UNHCR – United Nations High Commissioner for Refugees
Uni – Universität
Vgl. – vergleiche (in Fußnoten und Quellenangaben)
WHI – Women’s Health Initiative
WHO – World Health Organisation
WKO – Wirtschaftskammer Österreich
WS – Wintersemester
WU – Wirtschaftsuniversität
WWW – World Wide Web
z. B. – zum Beispiel
z. T. – zum Teil
Zit. n. – zitiert nach (in Fußnoten und Quellenangaben)



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	27
<hr/>	
II Politische Rahmenbedingungen der Frauengesundheit in Österreich	29
<hr/>	
1. Frauen und Gleichstellungspolitik in Österreich und im internationalen Vergleich	31
2. Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich	37
3. Fundamente der Frauengesundheit in Österreich	40
<hr/>	
III Soziodemografie	45
<hr/>	
1. Bevölkerungsstruktur	47
2. Geschlecht und Alter	49
3. Geburtenentwicklung und Bevölkerungsbewegung	52
4. Geschlechtsunterschiede in den sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen	59
5. Geschlechts- und schichtspezifische Aspekte der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen	65
<hr/>	
IV Epidemiologie	71
<hr/>	
1. Lebenserwartung bei Frauen und Männern	76
2. Geschlechtsspezifische Todesursachen und Verletzungen	79
3. Frauenherzen	88
4. Epidemiologie der häufigsten Krebserkrankungen bei Frauen	104
5. Psychische Gesundheit von Frauen	121

6. Infektionskrankheiten	138
7. Der weibliche Verdauungstrakt	147
8. Stoffwechsel, Atmungsorgane, Muskelaufbau und Skelett	154
9. Die Gesundheitsmanagerin	162
10. Schlaf und Schlafstörungen	177

**V Lebensrealitäten und gesundheitsbezogene
Lebensweisen** **181**

1. Mädchen und junge Frauen	186
2. Die Frau im reproduktiven Alter	210
3. Schwangerschaft, Geburt und Mutterdasein	239
4. Die Frau in den Wechseljahren	269
5. Die Pensionistin / Hochbetagte Frauen	275
6. Frauen und Erwerbstätigkeit	286
7. Frauen und Partnerschaft	331
8. Migrantinnen	339
9. Frauen und Behinderung	359
10. Frauen in sozialen und gesundheitlichen Lebenslagen	373

**VI Sozialepidemiologie, Gesundheitsförderung und
Prävention** **439**

1. Frauenspezifische Ressourcen im österreichischen Gesundheitssystem ...	442
2. Internationale und europäische Frauengesundheitsprogramme	458
3. Gender – Umwelt – Gesundheit	463
4. Komplementär-, Alternativmedizin und Medical Wellness	474

5. Prävention und Gesundheitsförderung482

VII Entwicklung der Frauengesundheitsförderung 499

1. Die Entwicklung der Frauen- und Männergesundheit501

2. Gender-Medizin: Beispiele in Österreich503

3. Gender Friendly Hospital509

4. Geschlechtergerechte Medizin: Prüfung von Medikamenten an Frauen ..523

**VIII Handlungsempfehlungen zur Förderung der
Frauengesundheit in Österreich 527**

1. Praxisbeispiele für frauenspezifische Gesundheitsförderung529

2. Handlungsempfehlungen für Frauengesundheit in Österreich530

IX Anhang 545

1. Schlagwortverzeichnis547

2. Literaturverzeichnis, Quellen552

3. AutorInnenverzeichnis576

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerung 1981 bis 2009 nach Altersgruppen.....	49
Abbildung 2: Altersgruppen in Fünf-Jahres-Schritten nach Geschlecht (Absolutzahlen, 2009)	51
Abbildung 3: Geschlechterproportion Männer auf 1.000 Frauen nach Altersgruppen.....	51
Abbildung 4: Altersspezifische Fertilitätsraten	53
Abbildung 5: Geburtenrate EU 27 im Vergleich 1999/2008	55
Abbildung 6: Eheschließungen seit 1951.....	56
Abbildung 7: Eheschließungen und -scheidungen von 1975-2008.....	56
Abbildung 8: Familientypen in Österreich (1981-2009)	58
Abbildung 9: Biopsychosoziale Einflussfaktoren und Gesundheit	59
Abbildung 10: Soziale Ungleichheit	61
Abbildung 11: Einfluss der sozialen Lage auf den gesundheitsbeeinflussenden Lebensstil	63
Abbildung 12: Spitalsentlassungen 2008 nach Alter	68
Abbildung 13: Lebenserwartung bei der Geburt 1961 bis 2009	77
Abbildung 14: Gestorbene 2009 nach Hauptdiagnosegruppen in Österreich, ICD-10	80
Abbildung 15: Gestorbene ab 1970 nach Todesursachen - Österreich	80
Abbildung 16: Gestorbene in Österreich insgesamt ab 1970 nach Todesursachen, altersstandardisierte Raten auf 100.000 EinwohnerInnen.....	81
Abbildung 17: Selbstmordrate Österreich, 1980 bis 2009.....	83
Abbildung 18: Selbstmordrate Österreich, ASR 1980 bis 2009.....	84
Abbildung 19: Suizidraten Europa, ASR* 2006 und letztverfügbare Daten.....	85
Abbildung 20: Unfälle nach Lebensbereichen, Geschlecht und Alter 2008.....	86
Abbildung 21: Tödliche Unfälle, ICD-10 V01-X59, Gestorbene nach Alter und Geschlecht, 2009.....	87
Abbildung 22: Tödliche Unfälle, ICD-10 V01-X59; ASR; Gestorbene nach Alter und Geschlecht, 2009.....	87
Abbildung 23: Todesrate durch Krankheiten des Herzkreislaufsystems in Österreich pro 100.000 Männer und Frauen.....	90
Abbildung 24: Herz-Kreislaufferkrankungen 1998/2004 nach Politischen Bezirken.....	91
Abbildung 25: Genannte Risikofaktoren für Herzkreislaufferkrankungen	92
Abbildung 26: Fachärztliche Konsultationen nach Geschlecht.....	95

Abbildung 27: Prämatüre Menopause und Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen (KHK)	100
Abbildung 28: Häufigste Tumorlokalisationen bei Krebserkrankungen 2007 nach Geschlecht	105
Abbildung 29: Altersverteilung bei Spitalsentlassungen mit Hauptdiagnose ‚Psychische und Verhaltensstörungen (F0-F99)‘ nach Geschlecht, 2008	124
Abbildung 30: Verordnung Antidepressiva (N06A) nach Geschlecht, 2009.....	126
Abbildung 31: AIDS-Erkrankungen und Todesfälle pro Jahr nach Geschlecht in Österreich seit 1986	138
Abbildung 32: Verteilung Diagnosezeitpunkt	140
Abbildung 33: Gemeldete Gonokokkeninfektionen in Österreich und Wien, 1990-2009	144
Abbildung 34: Entwicklung der Quinolon- und Penicillinresistenz im Pilzambulatorium Wien	145
Abbildung 35: Gemeldete Syphilis-Fälle 1990-2009	146
Abbildung 36: Abweichung (in %) der mittleren täglichen Vitaminzufuhr von den DACH-Referenzwerten bei Erwachsenen (25 bis < 51 Jahre)	164
Abbildung 37: Abweichung (in %) der mittleren täglichen Mineralstoffzufuhr von den DACH-Referenzwerten bei Erwachsenen (25 bis < 51 Jahre)	164
Abbildung 38: Durchschnittlicher täglicher Verzehr ausgewählter Lebensmittelgruppen durch österreichische Erwachsene	165
Abbildung 39: Sleep quality.....	179
Abbildung 40: Ausgezeichnete Gesundheit der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	187
Abbildung 41: Anteil der 11- bis 15-jährigen Mädchen, die ihre Gesundheit als „ausgezeichnet“ bezeichnen und mit ihrem Leben „sehr zufrieden“ sind, dargestellt nach sozialer Schicht.....	187
Abbildung 42: Körperliche und psychische Beschwerden (wöchentlich oder öfter) bei den 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht.....	188
Abbildung 43: Anteil der 11- bis 15-jährigen Mädchen, die ihre Gesundheit als „ausgezeichnet“ bezeichnen und mit ihrem Leben „sehr zufrieden“ sind, dargestellt nach dem Ausmaß der Eltern-Unterstützung	188
Abbildung 44: Selbstwirksamkeitserwartung der 11-, 13- und 15-Jährigen nach Alter und Geschlecht.....	189
Abbildung 45: Häufigkeit von Mahlzeiten/Tag bei 11- bis 15-jährigen Mädchen in Österreich	190
Abbildung 46: Modell der Paradoxie des Dickwerdens	191
Abbildung 47: Tage pro Woche, an denen 11-, 13- und 15-jährige SchülerInnen in ihrer Freizeit körperlich so aktiv sind, dass sie ins Schwitzen geraten oder außer Atem kommen, nach Alter und Geschlecht	192
Abbildung 48: Raucherstatus der 11-, 13- und 15jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht.....	193

Abbildung 49: Regelmäßiger Alkoholkonsum (mindestens ein alkoholisches Getränk wöchentlich oder öfter) bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht	194
Abbildung 50: Verhütungsmethoden der 15-jährigen SchülerInnen beim letzten Geschlechtsverkehr	197
Abbildung 51: Biografisch frühe und späte Mutterschaften seit 1988	198
Abbildung 52: Mädchenanteil nach Schultypen, Schuljahr 2008/09.....	202
Abbildung 53: Reifepfprüfung nach Schultypen 1990, 2000, 2005, 2008, 2009.....	204
Abbildung 54: Neuzulassung von Studierenden nach Geschlecht, Wintersemester 2001-2009.....	206
Abbildung 55: Unterschiede ausgewählter Studien nach Geschlecht, 2006-2009	208
Abbildung 56: Anteil der Kinderlosen sowie der Personen, die kinderlos bleiben möchten, nach Alter	218
Abbildung 57: Bedeutung ökonomischer und individueller Faktoren für die Entscheidung, in den nächsten drei Jahren ein Kind zu bekommen.....	219
Abbildung 58: Altersverteilung von Frauen bei Abbruch.....	225
Abbildung 59: Anzahl an Kindern von Frauen beim Abbruch.....	226
Abbildung 60: Aufteilung der IVF-Fonds-tauglichen Indikationen der Frau	229
Abbildung 61: Entwicklung der IVF-Fonds-Versuche 2001 - 2008.....	232
Abbildung 62: Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion differenziert nach dem Alter der Frau	232
Abbildung 63: IVF Vertragsanstalten in Österreich 2010.....	233
Abbildung 64: Anzahl der Geburten, unterteilt in Einling, Zwilling und Drilling 2008.....	234
Abbildung 65: Lebendgeborene in Prozentpunkten seit 1991 nach Bundesland.....	240
Abbildung 66: Europäischer Vergleich Schwangerschaftswoche lebendgeborene Kinder	248
Abbildung 67: Kaiserschnittraten 1998-2009	252
Abbildung 68: Kaiserschnitt-Raten nach Bundesländern, 2009.....	253
Abbildung 69: Säuglingssterblichkeit 1951 bis 2008	255
Abbildung 70: Säuglingssterblichkeit 2003/2006 nach Herkunft der Mutter	256
Abbildung 71: Anteil der Mütter, die bei der Entlassung voll stillen.....	257
Abbildung 72: Anteil der Mütter, die bei der Entlassung zum Teil stillen	257
Abbildung 73: Anteil der Mütter, die bei der Entlassung nicht stillen	258
Abbildung 74: Stillverhalten im ersten Lebensjahr des Kindes.....	258
Abbildung 75: Außerklinische Geburt	260

Abbildung 76: Apgarwerte außerklinische Geburt.....	261
Abbildung 77: Vergleichende Prävalenz des „Baby-Blues“.....	263
Abbildung 78: Vergleichende Prävalenz der „Postpartum-Depression“.....	263
Abbildung 79: Alleinerziehende Mütter nach Altersklassen und Anzahl der Kinder, 2008.....	266
Abbildung 80: Unterstützung bei der Kinderbetreuung.....	267
Abbildung 81: Anzahl verkaufter Packungen Östrogen-Progestogen-Kombination und Östrogen-Mono- präparate, 1999-2009.....	274
Abbildung 82: Familienstand nach Geschlecht, 2006.....	276
Abbildung 83: Besuch durch FreundInnen und Bekannte bei Frauen ab 60 Jahren.....	279
Abbildung 84: Aufteilung unselbstständiger Erwerbstätiger nach Geschlecht.....	291
Abbildung 85: Arbeitslosigkeit nach Geschlecht in Prozent, 2006-2009.....	299
Abbildung 86: Arbeitslosigkeit nach Geschlecht, 2004-2009.....	299
Abbildung 87: Arbeitslosigkeit Frauen nach Ausbildung, 2009.....	300
Abbildung 88: Auswirkungen von Arbeitslosigkeit bei Frauen.....	301
Abbildung 89: Geschlechtsspezifische Lohn- und Gehaltsunterschiede im EU-Vergleich, 2008.....	308
Abbildung 90: Gender Pay Gap nach Bundesländern, 2007.....	309
Abbildung 91: Einkommensnachteil trotz Vollzeit nach Bundesländern, 2007.....	309
Abbildung 92: Anteil weiblicher Nationalratsabgeordneter seit 1945.....	314
Abbildung 93: „Leaky Pipeline“ - Verlustraten von Frauen entlang der universitären Karrierestufen von unten nach oben.....	317
Abbildung 94: Frauen in der Medizin, 2008.....	321
Abbildung 95: Betreuungsquoten der 3-, 4-, und 5-Jährigen - Zeitreihe von 1995 bis 2009.....	327
Abbildung 96: Erwerbsquoten von Männern und Frauen nach Herkunftsland.....	342
Abbildung 97: Gewichtssituation der Frauen in Österreich.....	348
Abbildung 98: Verursachende Faktoren bei der Betreuung von MigrantInnen.....	352
Abbildung 99: Die größten Herausforderungen bei der Betreuung.....	352
Abbildung 100: Dauerhafte Beeinträchtigung nach dem Geschlecht.....	362
Abbildung 101: Alltägliche Probleme aufgrund von Behinderung (Antwort: „Ja, immer“).....	363
Abbildung 102: Täglicher Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht, 2004.....	374

Abbildung 103: Rangfolge ausgewählter Länder: Mittlerer Alkoholkonsum pro Kopf in Liter reinem Alkohol 2003, im Alter von 15 Jahren und mehr.....	374
Abbildung 104: Raucherverteilung - Anteil der täglich Rauchenden ab 16 Jahren von 1972 bis 2006/07.....	378
Abbildung 105: Zigarettenkonsum nach Geschlecht und Alter	379
Abbildung 106: RaucherInnenanteil 2005	380
Abbildung 107: Ärztlich verordnete Medikamente nach ausgewählter Medikamentengruppe und Geschlecht.....	383
Abbildung 108: Geschlecht und Drogenkonsum 2006	385
Abbildung 109: Häufigkeit Essstörungen (Symptome SCOFF) bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 11-17 Jahren.....	390
Abbildung 110: Hinweis auf Essstörungen im Altersverlauf nach Geschlecht.....	391
Abbildung 111: Adipöse Frauen nach Alter und Einkommensgruppe.....	419
Abbildung 112: 12-Monatsprävalenz von erheblichen Schmerzen bei Frauen nach Einkommen und Alter.....	421
Abbildung 113: Einschätzung subjektiver Gesundheit von Frauen in Einkommensabhängigkeit	422
Abbildung 114: Anzahl Kinder bei Ehen, Lebensgemeinschaft und AlleinerzieherInnen	425
Abbildung 115: Pflegende Angehörige nach Geschlecht und Alter.....	429
Abbildung 116: Entwicklung Anzahl PsychotherapeutInnen, Klinische PsychologInnen und GesundheitspsychologInnen pro 10.000 EinwohnerInnen, 1991-2005	453
Abbildung 117: Entwicklung der Anzahl PsychotherapeutInnen pro 10.000 EinwohnerInnen, 1991-2005 im Bundesländervergleich.....	454
Abbildung 118: PatientInnen- und Angehörigengruppen (PAG) und -organisationen (PAO) in Österreich	456
Abbildung 119: Verteilung der Gesundheitsausgaben nach Sektoren, 2007	482
Abbildung 120: Öffentliche und private Ausgaben im internationalen Vergleich 2007	483
Abbildung 121: Einflussbereiche auf die Gesundheit der Menschen.....	487
Abbildung 122: Vorsorgeuntersuchung seit 1990 bis 2009, absolut der Bevölkerung	493
Abbildung 123: Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen 2009 nach Geschlecht und Bundesland	494

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ranking nach Gender Development Index und Gender Empowerment Measure	35
Tabelle 2: Gender Equality Index (GEI) 1999	36
Tabelle 3: Meilensteine der Frauen- und Gleichstellungspolitik der Vereinten Nationen	36
Tabelle 4: Entwicklung und Meilensteine der Frauengesundheitsberichterstattung	41
Tabelle 5: Bevölkerung Bundesländer nach Geschlecht 2009	47
Tabelle 6: Jahresdurchschnittsbevölkerung 2009 nach Alter, Bundesland und Geschlecht	50
Tabelle 7: Geburten und Fertilitätsrate 1970 – 2009 für Österreich	52
Tabelle 8: Demographische Merkmale der Geburten	54
Tabelle 9: Familienstand nach Geschlecht (ab 15 Jahren)	57
Tabelle 10: Gesundheitsbeeinflussende demographische und sozioökonomische Faktoren.....	60
Tabelle 11: Bildungsstand der 25- bis 64-jährigen Wohnbevölkerung 2001 und 2008	62
Tabelle 12: Subjektiver Gesundheitszustand nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht, altersstandardisierte Werte	64
Tabelle 13: Inanspruchnahme von ÄrztInnen in den letzten 12 Monaten	66
Tabelle 14: ÄrztInnenbesuche nach Alter und Geschlecht in den letzten 12 Monaten.....	67
Tabelle 15: Lebenserwartung bei der Geburt (Geschlecht, Bundesland, 1991, 2001, 2008)	76
Tabelle 16: Lebenserwartung in Gesundheit im Überblick (subjektiver Gesundheitszustand) 1978-2006	78
Tabelle 17: Gestorbene nach Altersgruppen und Geschlecht 2009	79
Tabelle 18: Gestorbene Frauen und Männer 2009 nach Todesursachen, altersstandardisierte Raten auf 100.000 Ein- wohnerInnen.....	81
Tabelle 19: Altersstandardisierte Sterberaten nach wichtigen Todesursachen, WHO.....	82
Tabelle 20: Krankenhaushäufigkeit aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen nach einzelnen Diagnosen und Geschlecht in Österreich, Durchschnitt 1996-2007	88
Tabelle 21: KH-Aufenthalte mit Hauptdiagnose Krankheiten des Kreislaufsystems aus ICD-Kapitel IX, 2008 / 2001.....	89
Tabelle 22: KH-Aufenthalte mit Hauptdiagnose Akuter Myokardinfarkt, Rezidivierender Myokardinfarkt, Reinfarkt und Rezidivinfarkt, 2008 / 2001.....	89
Tabelle 23: Ausgewählte Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Geschlecht in Österreich, 1999 und 2006/2007.....	92

Tabelle 24: Krankenhausaufenthalte mit Hauptdiagnose Infarkte und Nebendiagnose Diabetes mellitus, 2008/2001.....	93
Tabelle 25: Krankenhausaufenthalte mit Hauptdiagnose Infarkte und Nebendiagnose Hypertonie, 2008/2001.....	94
Tabelle 26: Sensitivität, Spezifität und positiv bzw. negativ prädiktiver Wert der nicht-invasiven Diagnostik bei Frauen und Männern mit Verdacht auf koronare Herzerkrankung.....	96
Tabelle 27: KH-Aufenthalte mit Hauptdiagnose Infarkt auf ‚intensiven Behandlungs- und Überwachungseinheiten‘	97
Tabelle 28: Medizinische Einzelleistung bei Krankheiten des Kreislaufsystems 2008/2001	98
Tabelle 29: Herzbypass-Operationen 2008/2001	99
Tabelle 30: KH-Aufenthalte mit Hauptdiagnose Herzinsuffizienz 2008/2001	100
Tabelle 31: Anzahl behandelter PatientInnen wegen Herz-Kreislaferkrankungen im Jahre 2008	102
Tabelle 32: Psychische und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Nervensystems (stationäre Aufenthalte; 2008).....	123
Tabelle 33: Beschreibung der alters-assozierten kognitiven Beeinträchtigung und der Alzheimer Demenz.....	132
Tabelle 34: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, der Atmungsorgane, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (stationäre Aufenthalte; 2008).....	154
Tabelle 35: T-Wert, Klassifikation der WHO.....	156
Tabelle 36: Krankheitsbild und diagnostische Hinweise auf Osteoporose	158
Tabelle 37: Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Ernährungsempfehlungen (DACH-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr) (Erwachsene im Alter von 25 bis < 51 Jahre)	162
Tabelle 38: Mittlere tägliche Zufuhr an Makronährstoffen bei österreichischen Frauen und Männern (Gesamt)	163
Tabelle 39: Veränderungen der Empfehlungen des durchschnittlichen täglichen Energiebedarfs mit dem Alter ..	169
Tabelle 40: Übergewicht und Adipositas nach Geschlecht und Alter	170
Tabelle 41: Subjektiver Gesundheitszustand nach Aktivitätsniveau, in Prozent.....	172
Tabelle 42: Körperliche Aktivität, in Prozent.....	173
Tabelle 43: Sportausübungen nach Sportarten, in Prozent	174
Tabelle 44: Nichtorganische Schlafstörungen nach ICD-10	177
Tabelle 45: Organische Schlafstörungen nach ICD-10	177
Tabelle 46: Mädchenanteil nach Schultypen, Schuljahr 2008/09.....	201
Tabelle 47: SchülerInnen in Maturaklassen nach Schultypen und Geschlecht, Maturajahre 1990, 2000, 2005 sowie 2008 und 2009.....	203

Tabelle 48: Lehrlinge nach Sparten und Geschlecht, Stichtag 31.12.2009	204
Tabelle 49: Lehrlinge in Bundesländern	205
Tabelle 50: Studienrichtung nach Geschlecht 2009/2010 an öffentlichen Universitäten.....	207
Tabelle 51: Studienabschlüsse 2008/2009 nach Geschlecht	208
Tabelle 52: AbsolventInnen Fachhochschulen nach Geschlecht, 2002-2009	209
Tabelle 53: Studienabschlüsse Privatuniversität nach Geschlecht, 2005-2009	209
Tabelle 54: Übersicht über die Wirksamkeit von Verhütungsmethoden.....	220
Tabelle 55: Derzeitige Verhütungsmethode von Personen in einer Partnerschaft.....	221
Tabelle 56: Geborene seit 1999 nach ausgewählten demografischen und medizinischen Merkmalen.....	239
Tabelle 57: Parität und Anzahl der Kinder	240
Tabelle 58: Geburt 2009 Lage des Kindes, Entbindungsart und -position, Schwangerschaftswoche	241
Tabelle 59: Entbindungen mit Dammschnitt, Plazentalösungsstörung, PDA, MBU.....	241
Tabelle 60: Geschlecht, Gewicht und Apgarwert lebendgeborener Kinder	242
Tabelle 61: Krankenhausaufenthalte mit Diagnosen in Zusammenhang mit Schwangerschaft	243
Tabelle 62: Schwangerschaftswoche lebendgeborene Kinder	247
Tabelle 63: Folgen von Adipositas in der Schwangerschaft	249
Tabelle 64: Häufigste vorgeburtlichen Erkrankungen und Beeinträchtigungen	250
Tabelle 65: Kaiserschnitttrate 2005 bis 2009	253
Tabelle 66: Säuglingssterblichkeit 1961 bis 2009	255
Tabelle 67: Im ersten Lebensjahr gestorbene Kinder auf 1.000 Lebendgeborene in Europa	256
Tabelle 68: Ausgewählte Verwandtschaftsbeziehungen von Frauen ab 60 Jahren, in Prozent	277
Tabelle 69: Beschäftigte nach Bundesländern, Jahresdurchschnitt 2008.....	286
Tabelle 70: Frauenanteile nach Wirtschaftsbereichen	289
Tabelle 71: Anteil atypischer Beschäftigungsformen in der Haupttätigkeit unselbständiger Erwerbstätiger, 2004 / 2009.....	290
Tabelle 72: Bildungsniveau bei niedriglohnbeschäftigten Frauen	292
Tabelle 73: Entwicklung der Krankenstandsfälle und -tage nach Geschlecht 1999, 2008 (ArbeiterInnen und Angestellte)	293
Tabelle 74: Geschlechtsspezifische Unterschiede der Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz	294

Tabelle 75: Arbeitslosenquote der Frauen, gemessen am Arbeitskräftepotenzial nach bestimmten Merkmalen, 2006-2009	298
Tabelle 76: Geringfügige Beschäftigungsverhältnisse 2006-2009	298
Tabelle 77: Auswirkungen der Arbeitslosigkeit nach Geschlecht	302
Tabelle 78: Gläserne Decke – Länderranking.....	312
Tabelle 79: Frauenanteil im Parlament nach Parteien.....	314
Tabelle 80: Universitätsfunktionen nach Geschlecht (Wintersemester 2009, Stichtag 31.12.09).....	316
Tabelle 81: Universitäre Karrierestufen nach Geschlecht von unten nach oben, 2009	317
Tabelle 82: Glasdecken-Index (2005 - 2009).....	318
Tabelle 83: Personal im Gesundheitswesen 1998 und 2008	319
Tabelle 84: Auswirkungen des EMS-Aufnahmetests auf weibliche Studienplätze	323
Tabelle 85: Frauenanteil an Primariaten und berufenen Professuren.....	323
Tabelle 86: Die 5-Kinderbetreuungsgeld Modelle	324
Tabelle 87: Familienformen von Frauen, 2008	331
Tabelle 88: Grundsätzliche Veränderungen während der Ehe	333
Tabelle 89: Österreichische Bevölkerung nach Herkunftsland	339
Tabelle 90: Staatsangehörigkeit der österreichischen Bevölkerung und Geburtsland	340
Tabelle 91: Staatsangehörigkeit der österreichischen Bevölkerung 2005 und 2010	340
Tabelle 92: Frauenanteil nach Staatsangehörigkeit und Altersgruppen	341
Tabelle 93: Arbeitslosenquote Frauen mit Migrationshintergrund, 2006 bis 2009.....	343
Tabelle 94: Bewilligungspflichtig beschäftigte Migrantinnen, 2009	343
Tabelle 95: Bildungsabschlüsse von MigrantInnen.....	345
Tabelle 96: Stationäre Behandlung von Alkoholismus und alkoholassoziierter Leberkrankheit nach Geschlecht, 2008.....	375
Tabelle 97: Definition des britischen Health Education Council 1994	376
Tabelle 98: Ärztlich verordnete Medikamente nach ausgewählter Medikamentengruppe, Geschlecht und Alter.....	382
Tabelle 99: Medikamente und ihre Wirkung	384
Tabelle 100: Empfehlungstabelle für drogenabhängige schwangere Frauen	386
Tabelle 101: Diagnostische Kriterien und Klassifikation der Anorexia nervosa	388

Tabelle 102: Diagnostische Kriterien und Klassifikation der Bulimia nervosa	389
Tabelle 103: Mögliche physische Auswirkungen von Essstörungen	391
Tabelle 104: Mögliche psychosoziale Auswirkungen von Essstörungen.....	391
Tabelle 105: Risiko- und Schutzfaktoren.....	392
Tabelle 106: Wegweisungen und Betretungsverbote 1997 bis 2009	406
Tabelle 107: Anzahl Frauen Frauenhaus	412
Tabelle 108: Anzahl der Aufenthaltstage in Frauenhäusern	413
Tabelle 109: Alter der Kinder in Frauenhäusern	413
Tabelle 110: Schulbildung der Frauen in Frauenhäusern	414
Tabelle 111: Armutsgefährdungswelle für unterschiedliche Haushaltstypen in Österreich, 2006.....	417
Tabelle 112: Mittelwert der Lebensqualitätsbereiche nach Geschlecht und Einkommensklasse	423
Tabelle 113: BundespflegegeldbezieherInnen nach Pflegegeldstufen und Geschlecht 2008.....	427
Tabelle 114: Qualitätskriterien des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentren.....	443
Tabelle 115: Anzahl der PsychotherapeutInnen und Klinischen PsychologInnen nach Berufsberechtigung, 2007.	452
Tabelle 116: Medical Wellness-Angebote	476
Tabelle 117: Für Frauen und Mädchen relevante Handlungsfelder, Zielgruppen, Settings der Gesundheitsförderung	490
Tabelle 118: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht 2009	494
Tabelle 119: Inanspruchnahme gynäkologischer Vorsorgeuntersuchungen im EU-15-Vergleich.....	495
Tabelle 120: Mutter-Kind-Pass Untersuchungen	497
Tabelle 121: Entwicklung der Männergesundheit in Österreich	502

I Einleitung

Österreichischer
Frauengesundheitsbericht 2010/2011

Kapitel 1

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 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 ein wesentlicher Beitrag zur Qualitätssicherung sein muss.

Die WHO empfiehlt Frauengesundheitsberichte zur sozioökonomischen und gesundheitlichen Situation der Frau, die den Parlamenten, den Medien und der Öffentlichkeit vorgelegt werden sollen, sowie 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, Lebensrealitäten und gesundheitsbezogene 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 vorliegende 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.

Folgende allgemeine Arbeitsprinzipien fanden auch bei der Erstellung des dritten österreichischen Frauengesundheitsberichtes Berücksichtigung:

- Orientierung an in- und ausländischen Ansätzen der Gesundheitsberichterstattung, im Besonderen der Frauengesundheitsberichterstattung
- Beiziehen eines multidisziplinären Projekbeirats aus für die Frauengesundheit relevanten Bereichen
- Ausarbeitung von Themenbereichen durch österreichische ExpertenInnen
- Berücksichtigung einer Vielfalt von Datenquellen und Datentypen: offizielle Gesundheitsstatistiken, Gesundheitsbefragungen, bestehende Gesundheitsberichte, statistische Jahrbücher etc., Gesetzestexte zu frauenrelevanten Bereichen, sozialwissenschaftliche und medizinische Studien zur Frauengesundheit. Recherchen in elektronischen Datenbanken, Internetrecherchen, graue Literatur wie z.B. Tätigkeitsberichte, Publikumszeitschriften, eigene Analysen und Recherchen.
- Einbeziehung aller gesundheitsrelevanten Handlungsfelder (Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung, medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung und Rehabilitation)
- Hinweis auf die multiplen Determinanten von Gesundheit und Krankheit (Lebensphasen, Zielgruppen, Settings, Ressourcen, ...)
- Berücksichtigung internationaler Leitlinien der Gesundheit und des Gender Mainstreaming.

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.

II Politische Rahmenbedingungen der Frauengesundheit in Österreich

Österreichischer
Frauengesundheitsbericht 2010/2011

Kapitel 2

II. POLITISCHE RAHMENBEDINGUNGEN DER FRAUENGESUNDHEIT IN ÖSTERREICH

1. Frauen und Gleichstellungspolitik in Österreich und im internationalen Vergleich	31
1.1 Das Österreichische Regierungsprogramm	32
1.2 Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau – CEDAW	34
1.3 Indikatoren der geschlechtsbedingten Diskriminierung	34
2. Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich	37
3. Fundamente der Frauengesundheit in Österreich	40
3.1 Frauengesundheitsberichterstattung in Österreich, Europa und International	40
3.2 Health Literacy und Gesundheitskompetenz: Entscheidungen über mich nur mit mir	42
3.2.1 Mündige Patientinnen für ein modernes Gesundheitssystem	42

1. Frauen und Gleichstellungspolitik in Österreich und im internationalen Vergleich

Mag.^a Martha Scholz, Soziologin, Frauengesundheitszentrum Wels, PGA
Lisa Rogl, PGA, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

Die UN (United Nations - Vereinte Nationen) spielen sowohl historisch 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 internationale Zusammenarbeit zwischen Staaten, Institutionen, Verbänden und Organisationen, um Unterschiede – zwischen Frauen und Männern verschiedenen Alters, in 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“) ist zum Thema Gesundheit 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 Frauengesundheit¹

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). Insgesamt acht Handlungsfelder streben demnach bis 2015, 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).²

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.³ Die Weltbevölkerungskonferenzen wurden sowohl in Kairo 1999 als auch 2009 bei 15 ExpertInnenmeetings evaluiert.⁴

Seit 2005 finden überdies jährlich Tagungen der Frauenstatuskommission in New York statt, die sich ebenfalls mit der Erreichung und Maßnahmensetzung bezüglich MDGs und dem Aktionsplan der 4. Weltfrauenkonferenz auseinandersetzt.⁵ Der Fortschritt der MDGs wird mit Berichten bzw. anhand von über 60 Indikatoren und mittels Monitoring auf globaler und nationaler Ebene beobachtet.⁶

1 UN, <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/health.htm>, (dl 25.09.2010)

2 UN, <http://www.un.org/millenniumgoals/bkgd.shtml>, (dl 25.09.2010)

3 UN, <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing15/index.html>, (dl 25.09.2010)

4 UN, <http://www.unfpa.org/public/icpd>, (dl 25.09.2010)

5 BKA für Frauen und öffentlichen Dienst, <http://www.frauen.bka.gv.at/site/5552/default.aspx>, (dl 25.09.2010)

6 UN, <http://www.un.org/millenniumgoals/bkgd.shtml>, (dl 25.09.2010)

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.⁷

1.1 Das Österreichische Regierungsprogramm

Im Regierungsprogramm für die 24. Gesetzgebungsperiode (2008 bis 2013) wurden folgende Punkte für Frauen festgehalten⁸:

- **Arbeitsmarkt**
 - Ausbau von Einstellungsstiftungen (Implacementstiftungen) – spezifische Einrichtungen für Frauen
 - Frauenförderung
 - Ausbildung von Frauen in nichttraditionellen Berufen und Zukunftsberufen
 - Motivation von bildungsfernen Frauen zur Aus- und Weiterbildung
 - Weiterentwicklung einer zielgruppenadäquaten Didaktik in der Erwachsenenbildung
 - Förderung der Qualifizierung von Migrantinnen durch interkulturelle Kompetenzen der TrainerInnen
 - Erfassen von Qualifikationen/Kompetenzen und Laufbahnentwicklung
 - Berücksichtigung der Rahmenbedingungen für spezifische Zielgruppen (Betreuungspflichten)
 - Aus- und Weiterbildung durch Berücksichtigung der Rahmenbedingungen für spezifische Zielgruppen
 - Die allgemeine Zielsetzung, dass geschlechtsspezifisch zuordenbare Maßnahmenmittel im Ausmaß von 50% für Frauen aufgewendet werden sollen, bleibt aufrecht
 - Mehr Frauen in Spitzenpositionen, in Gremien und Aufsichtsfunktionen an Universitäten, in außeruniversitären Forschungseinrichtungen und in Forschungsförderungseinrichtungen. Verstärkte Berücksichtigung des Gender Budgeting in der Forschungsförderung. Verbesserung der Vereinbarkeit von Kinderbetreuung und wissenschaftlicher Karriere. Gezielte Förderung von Nachwuchswissenschaftlerinnen und von naturwissenschaftlich-technischen Bereichen
- **Ländlicher Raum**
 - Die Attraktivität der ländlichen Regionen für alle Frauen am Land muss gehoben werden. Die Einbindung von Frauen in politische, wirtschaftliche und soziale Entscheidungsprozesse ist zu fördern. Rund 40% der landwirtschaftlichen Betriebe in Österreich werden von Frauen geführt, dies erfordert eine spezielle Förderung im Bereich der Aus- und Weiterbildung. Angebote sollten hier gleichermaßen Betriebsführern wie auch Betriebsführerinnen zugute kommen, d.h. unter anderem soll der Frauenanteil in den agrarischen FacharbeiterInnen- und MeisterInnenausbildung sowie in den agrarischen Gremien gefördert werden. Ebenso sind Maßnahmen zu setzen, die im ländlichen Raum gut qualifizierten Frauen den Wiedereinstieg in das Berufsleben ermöglichen. Dabei soll im Rahmen der ländlichen Entwicklung die Gleichstellung von Frauen und Männern durch spezifische Maßnahmen gefördert werden
- **Innere Sicherheit**
 - Erhöhung des Frauenanteils in der Polizei
- **Justiz**
 - Familienrecht
 - Gleichgeschlechtliche Partnerschaften; Zur Schaffung eines Partnerschaftsgesetzes zur rechtlichen Absicherung gleichgeschlechtlicher Partnerschaften wird eine Arbeitsgruppe (BMJ, BMI, BM Frauen) eingesetzt, die die weitere Vorgangsweise im Detail festlegt

7 UN, http://www.unis.unvienna.org/pdf/international_days/Beijing15_OnePage_DE.pdf und UN, <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/Focus-on-5.pdf>, (dl 25.09.2010)

8 Regierungsprogramm, <http://spoe.at/bilder/d268/Regierungsprogramm.pdf>, (dl 26.10.2010)

- Wirtschaftsrecht
 - Aktienrechtsform; Schaffung von Berichtspflichten über Maßnahmen, um eine höhere Beteiligung von Frauen in allen Führungsebenen zu erreichen
- **Sicherheitspolitik / Landesverteidigung**
 - Ein modernes Bundesheer soll, so weit wie möglich, auf allen Ebenen einen höheren Frauenanteil haben; daher ist die Zahl der Frauen, die ihren Dienst im Bundesheer versehen – auch durch Attraktivierungsmaßnahmen – zu erhöhen.
- **Gesellschaft, Frauen, Familie und Chancenpolitik**
 - Familienpolitik (detaillierte Beschreibung S. 144-148 des Regierungsprogramms)
 - Weiterentwicklung des Kinderbetreuungsgeldes
 - Väterbeteiligung
 - Vereinbarkeit von Familie und Beruf
 - Kinderbetreuung
 - Entlastung der Familien
 - Familienrecht
 - Frauenpolitik (detaillierte Beschreibung S. 148-154 des Regierungsprogramms)
 - Gleichstellung von Frauen in der Arbeitswelt
 - Sicherung der Chancen auf dem Arbeitsmarkt
 - Schließen der Einkommensschere
 - Förderung von Frauen in Spitzenpositionen
 - weitere frauenpolitische Anliegen
 - soziale Absicherung von Frauen
 - Gewaltschutz und Bekämpfung von Frauenhandel/Menschenhandel
- **Sport**
 - Förderung von genderpolitischen Maßnahmen im Sport und von speziellen Mädchen- und Frauensportprojekten
- **Menschen mit Behinderung**
 - Besondere Förderung von arbeitsmarktfernen Frauen mit Behinderung durch Aktionsprogramme im Rahmen der Beschäftigungsoffensive zur Heranführung an den ersten Arbeitsmarkt
- **Gesundheit**
 - Frauengesundheit; Frauengesundheit und Gendergerechtigkeit sollen im Sinne einer Health-in-all-Policies-Strategie als Schwerpunkte im Gesundheitssystem integriert werden.
 - Bei der Versorgung ist auch besonders auf niederschwellige Angebote für sozial benachteiligte Frauen Bedacht zu nehmen.
 - Die betriebliche Gesundheitsförderung (speziell im Niedriglohnbereich), die vor allem Frauen betrifft, wird ausgebaut.
 - Die geschlechtsspezifische Erprobung von Pharmazeutika ist zu forcieren.
 - Rund 18% der Frauen erleiden nach der Geburt psychische Krisen und Depressionen. Daher soll die psychosoziale Schwangerenbetreuung von sozial und psychisch belasteten schwangeren Frauen ausgebaut werden.
- **Wissenschaft**
 - Forschung
 - Weitere Verbesserungen für Frauen in der Wissenschaft
- **Kunst und Kultur**
 - Frauenförderung
 - Im Rahmen der Kunstförderung des Bundes soll der Frauenförderung besonderes Augenmerk geschenkt werden; insbesondere gilt es, die Aufgliederung der Förderungen nach Geschlecht (gender budgeting) rasch umzusetzen.
- **Außenpolitik**
 - Konfliktlösung und Friedenssicherung ist gleichermaßen Frauen- wie Männersache.

1.2 Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau – CEDAW

Österreich ratifizierte 1982⁹ 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 Staaten¹⁰ 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.¹¹

Die allgemeine Empfehlung zu Artikel 12 des CEDAW-Ausschusses von 1999:

„Die Vertragsstaaten sollen eine umfassende nationale Strategie zur Förderung der Gesundheit von Frauen während ihres gesamten Lebenszyklus umsetzen. Das schließt Interventionen ein, die auf die Verhütung und Behandlung von Krankheiten und Leiden, die Frauen betreffen, und auf die Gewalt gegen Frauen abzielen und die einen universellen Zugang aller Frauen zur vollen Bandbreite hoch qualitativer und bezahlbarer Gesundheitsdienste, einschließlich der Dienstleistungen zur Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, sicherstellen.“

„Weiter sollen die Vertragsstaaten angemessene Haushaltsmittel sowie Personal- und Verwaltungsressourcen bereitstellen, um zu gewährleisten, dass Frauen unter Berücksichtigung ihrer unterschiedlichen Gesundheitsbedürfnisse in den Genuss eines Anteils des gesamten Gesundheitsbudgets kommen, der dem der Männer entspricht.“

Im Jahr 2000 ratifizierte Österreich ein Fakultativprotokoll zum 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.¹²

1.3 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.¹³

Seit 1995 gibt es zusätzlich zum HDI den Gender-related Development Index (GDI) und das Gender Empower Measure (GEM). Damit eröffnet sich die Möglichkeit, Ungleichheiten zwischen zwei Gruppen zu beziffern und somit Diskriminierungen aufgrund des Geschlechts messbar 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.¹⁴

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 Frauen-

9 BKA für Frauen und öffentlichen Dienst, <http://www.bka.gv.at/site/5548/default.aspx>, (dl 26.09.2010)

10 UN, http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-8&chapter=4&lang=en, (dl 26.09.2010)

11 BKA für Frauen und öffentlichen Dienst, <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=20571>, (dl 26.09.2010)

12 BKA für Frauen und öffentlichen Dienst, <http://www.bka.gv.at/site/5548/default.aspx>, (dl 26.09.2010)

13 UN, <http://hdr.undp.org/en/humandev/hdi>, (dl 26.09.2010)

14 UN, http://hdr.undp.org/en/statistics/indices/gdi_gem, (dl 26.09.2010)

gesundheitsberichtes aus 1998 und 1999, so zeigt sich beim GDI eine Verschlechterung um drei Positionen; beim GEM ist Österreich vom 12. Rang um einen Platz gefallen.

Tabelle 1: Ranking nach Gender Development Index und Gender Empowerment Measure

Rang	Länder nach GDI (von 157) Bruttoinlandsprodukt, Lebenserwartung, Al- phabetisierungsrate, Beschäftigungsquote	Länder nach GEM (von 93) Frauenanteil im Parlament, in Führungs- positionen, in selbstständigen und techni- schen Berufen am BIP
1	Iceland	Norway
2	Australia	Sweden
3	Norway	Finland
4	Canada	Denmark
5	Sweden	Iceland
6	Netherlands	Netherlands
7	France	Belgium
8	Finland	Australia
9	Switzerland	Germany
10	United Kingdom	Canada
11	Denmark	New Zealand
12	Spain	Spain
13	Japan	Austria
14	Belgium	United Kingdom
15	Ireland	United States
16	United States	Singapore
17	Italy	Argentina
18	New Zealand	France
19	Austria	Ireland
20	Germany	Bahamas

Quelle: Human Development Report 2007/2008¹⁵

Der Gender Equality Index (GEI) des Statistical Institutes zeigt an, wie hoch die Gleichberechtigung zwischen Frauen und Männern ist. Zur Berechnung des GEI werden Indikatoren herangezogen wie der Anteil bezahlter/unbezahlter Arbeit oder die Kontrolle über Sexualität und Fortpflanzung.

15 Eigene Darstellung mit Daten aus UN, http://hdr.undp.org/en/media/HDR_20072008_EN_Indicator_tables.pdf (dl 26.09.2010)

Tabelle 2: Gender Equality Index (GEI) 1999

Lebensbereich	Indikatoren
Autonomie über den eigenen Körper	- Rechtlicher Schutz gegen und Hinweise auf geschlechtsbedingte Gewalt - Kontrolle über Sexualität und Fortpflanzung
Autonomie innerhalb von Familie und Haushalt	- Freies Recht auf Heirat und Scheidung - Sorgerecht für die Kinder im Falle einer Scheidung - Entscheidungsgewalt und Zugang zu Ressourcen im Haushalt
Politische Macht	- Entscheidungsgewalt im öffentlichen Bereich (Gewerkschaften, Regierung, Parlament) - Anteil von Frauen in Führungspositionen
Soziale Ressourcen	- Zugang zu Gesundheitsversorgung - Zugang zu den Bildungsangeboten
Materielle Ressourcen	- Zugang zu Land, Immobilien, Geld/Kredit
Beschäftigung und Einkommen	- Anteil an bezahlter/unbezahlter Arbeit - Lohngefälle zwischen Männern und Frauen - Unterscheidung von formeller/informeller Arbeit nach Geschlecht
Zeitverwendung	- Relativer Zugang zu Freizeit und Schlaf
Geschlechtsidentität	- Rigidität der geschlechtlichen Arbeitsteilung

Quelle: UNDP-Human Development Report Office 1999. First Global Forum on Human Development; New York 29.-31.7.1999.

Die folgende Tabelle zeigt in chronologischer Reihenfolge die obig beschriebenen Meilensteine der Frauen- und Gleichstellungspolitik der Vereinten Nationen.

Tabelle 3: Meilensteine der Frauen- und Gleichstellungspolitik der Vereinten Nationen

Jahr	Meilensteine
1975	Internationales Jahr der Frau
1975	Erste Weltfrauenkonferenz in Mexiko
1976-85	Jahrzehnt der Frau
1979	CEDAW – Konvention zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau
1980	Zweite Weltfrauenkonferenz in Kopenhagen
1985	Dritte Weltfrauenkonferenz in Nairobi
1990	Erster Human Development Report à Human Development Index (HDI)
1995	Vierte Weltfrauenkonferenz in Peking à Aktionsplan
1995	Einführung Gender-related Development Index (GDI) und Gender Empowerment Measure (GEM)
2000	Peking+5 (Aktivitäten zur Evaluation der Weltfrauenkonferenz in Peking 1995)
2000	United Nation Millennium Declaration in New York à Millennium Development Goals (MDGs)
2005	Peking+10 (49. Sitzung der Commission on the Status of Women in New York)
2010	Peking +15 (54. Sitzung der Commission on the Status of Women in New York)

2. Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich

Dr.ⁱⁿ Dipl.-Kff. Sarvenas Enayati, Managing Director, TwoWings Privatstiftung sowie Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft für Sozial- und Gesundheitsforschung am Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik an der Johannes Kepler Universität Linz

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.¹⁶ Zunächst einmal wird das Konzept des Gender Mainstreaming skizziert, indem die einzelnen Begriffe dieser zusammengesetzten Terminologie erörtert werden: Während die Konzeption von Gender als soziale Konstruktion auf Beauvoir¹⁷ zurückgeführt wird, die 1949 die Ansicht vertrat, man werde nicht als Frau geboren, sondern dazu gemacht, findet sich die eigentliche Terminologie Gender erstmals in der feministischen Wissenschaft der 70er Jahre wieder. Die Unterscheidung zwischen Sex und Gender im gesellschafts-politischen bzw. feministischen Kontext wird auf Oakley¹⁸ und Rubin¹⁹ zurückgeführt. In der englischen Sprache wird zwischen den Begriffen „sex“ und „gender“ insofern unterschieden, als dass Ersteres das Geschlecht im biologischen Sinne und Letzteres das Geschlecht als soziale und kulturelle Konstruktion begreift. „Gender“ subsumiert erlernte, jedoch veränderbare Rollen, Rechte und Pflichten von Männern und Frauen.²⁰ Die Gender Mainstreaming Strategie entstammt ursprünglich der Entwicklungszusammenarbeit und wurde auf der 3. Weltfrauenkonferenz im Jahre 1985 in Nairobi als eigenes Konzept vorgestellt und diskutiert. Im Mittelpunkt dieser Strategie stand damals die Forderung, den sozialen Lebensbedingungen und Wertevorstellungen der Frauen in der Entwicklungszusammenarbeit einen höheren Stellenwert einzuräumen. Auf der 4. Weltfrauenkonferenz 1995 in Peking wurde Gender Mainstreaming dann als Strategie verabschiedet. Um nicht eine Zusatzkomponente bisheriger Programme darzustellen, soll Gender Mainstreaming als Querschnittsaufgabe in allen institutionellen und programmpolitischen Strukturen eine geschlechterdifferenzierende Sichtweise gewährleisten.²¹

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.²²

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.²³

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.²⁴

16 WHO, 2001, Mainstreaming gender in health

17 Beauvoir, 1992

18 Oakley, 1972

19 Rubin, 1975

20 Brück, Kahlert, Krüll, Milz, Osterland & Wegehaupt-Schneider, 1992

21 Schöninger, 2000

22 Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2005, Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006

23 Ebd.

24 Schweizerische Eidgenossenschaft, Bundesamt für Gesundheit, 2006

Eichler, Fuchs & Maschewsky-Schneider (2000) plädieren für eine Gender-Perspektive bei empirischen Arbeiten im Gesundheitswesen. So fordern die Autoren eine Gender-Perspektive in allen Phasen des Forschungsprozesses und entwickelten eine Checkliste mit Fragenkatalog. Ein Auszug aus den Fragestellungen der Autoren lautet wie folgt: Werden im Titel und Abstract der Studie beide Geschlechter mit einbezogen? Sind beide Geschlechter in der Forschungsfrage berücksichtigt? Werden die Theorien auf geschlechtsspezifische Unterschiede geprüft? Liegt eine geschlechtsspezifische Datenerhebung vor? Werden die Daten geschlechtsspezifisch analysiert? Finden in Tabellen und Abbildungen beide Geschlechter Beachtung? Werden in den Schlussfolgerungen geschlechtsspezifische Ergebnisse berücksichtigt? Sind Verallgemeinerungen in den Schlussfolgerungen im Hinblick auf beide Geschlechter formuliert, obwohl in der Datenerhebung vielleicht nur ein Geschlecht erhoben wurde?

Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen darf jedoch nicht zu einer unbeabsichtigten Erhärtung des Denkens in einer biologischen Determiniertheit des Geschlechts führen. Besonders am Beispiel der Rehabilitationsmaßnahmen bei weiblichen Herzpatienten wird deutlich, dass dies unzureichend wäre und dem eigentlichen Anliegen nicht gerecht wird. Erwiesenermaßen nehmen weibliche Herzpatienten im Vergleich zu den Männern seltener stationäre Rehabilitationsmaßnahmen nach ihrem Eingriff wahr. Viele können das Angebot nicht wahrnehmen, weil sie ehestmöglich zuhause ihre Haus- und Erziehungsarbeit aufnehmen müssen. Es besteht Forschungsbedarf, ob Frauen eine ambulante Rehabilitation in der Nähe ihres Wohnortes eher in Anspruch nehmen würden. Am Beispiel der Rehabilitation bei Herz-Kreislaufkrankungen zeigt sich, wie wichtig es ist, 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.

Dass eine Gender-Perspektive im Gesundheitswesen unentbehrlich ist, begründet Riggers²⁵ wie folgt: Es gibt Krankheiten wie z.B. Schwangerschaftsbeschwerden, die aufgrund physiologischer Voraussetzungen nur Frauen betreffen. Ferner gibt es Krankheiten, die bei Frauen häufiger auftreten als bei Männern, wie etwa Depressionen, Essstörungen, Medikamentenabhängigkeit usw. Schließlich gibt es (z.B. Herz-Kreislauf-) Erkrankungen, die bei Männern und Frauen unterschiedlich entstehen und sich unterschiedlich entfalten. Es ist daher wichtig, dass das Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen die unterschiedlichen Lebenswirklichkeiten von Frauen und Männern mitberücksichtigt.

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. Denn nach Bergmann & Pimminger²⁶ ist eine Kenntnis über Strukturen und Mechanismen geschlechtsspezifischer Ungleichheiten und das methodische Know-how zu deren Umsetzung Grundvoraussetzung für Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen. Gender-Wissen muss daher auch kontextualisiert werden. Ein Grundverständnis bei den MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen kann mittels Gender-Trainings vermittelt werden, aber es bedarf spezieller ExpertInnen in diesem Bereich, die bei der methodischen Umsetzung des Gender Mainstreaming zum Einsatz kommen. So postuliert auch Weber²⁷, dass die Verknüpfung von fachbezogenem und allgemeinem Gender-Wissen bei der Umsetzung von Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen unentbehrlich ist.

Gender ist stets kontextabhängig zu analysieren und daher mit weiteren gesellschaftlich existenten, strukturierenden Kategorien zu kombinieren ist. Es soll an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass Gender in Gesellschaftssystemen nicht den alleinigen strukturierenden Faktor darstellt.

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

25 Riggers, 2000

26 Bergmann, Pimminger, 2004

27 Weber, 2008

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.²⁸

28 Weber, 2008

3. Fundamente der Frauengesundheit in Österreich

3.1 Frauengesundheitsberichterstattung in Österreich, Europa und International

Mag.^a Martha Scholz, Soziologin, Frauengesundheitszentrum Wels, PGA
Lisa Rogl, PGA, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

Die Ottawa Charta prägte den Begriff Gesundheit neu: Selbstbestimmung über die Gesundheit und Stärkung der Gesundheitspotentiale durch die Veränderung der Lebensbedingungen im Sinne der Gesundheitsförderung. Die Wiener Erklärung zur Frauengesundheit (1992) ebnete die Bahnen für die Frauengesundheitsberichterstattung in Österreich und wurde als Abschlussdokument der WHO-Konferenz Women's Health Counts veröffentlicht. So heißt es: „Der Gesundheit von Frauen muss ein Höchstmaß an Aufmerksamkeit und Dringlichkeit zugemessen werden.“²⁹

Sechs Handlungsprioritäten der WHO-Konferenz Women's Health Counts (WHO, 1994):

- Erhöhte gesundheitliche Sicherheit von Müttern
- Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit
- Einführung frauenfreundlicher Kostenstrategien
- Schaffung von effizienten Vorsorgeprogrammen und Unterstützung von Programmen zur Förderung gesunder Lebensweisen
- Bekämpfung von körperlicher und sexueller Gewalt gegen Frauen
- Verbesserungen für Frauen, die in Gesundheitsberufen arbeiten

Die WHO empfiehlt als Strategien zur Umsetzung folgende Handlungsprioritäten:

- geschlechtsspezifische Monitoring- und Berichtssysteme und Frauengesundheitsberichte zur sozio-ökonomischen und gesundheitlichen Situation der Frau, die den Parlamenten, den Medien und der Öffentlichkeit vorgelegt werden sollen;
- forcierte Frauengesundheitspolitik durch Einrichtung eines Frauengesundheitsbüros und eines nationalen Frauengesundheitsforums;
- Entwicklung von Forschungsstrategien für den Bereich Gesundheit von Frauen, in denen Prioritätsbereiche und sich daraus ergebende Maßnahmen beschrieben werden. Der Forschungsansatz sollte multidisziplinär sein.

Die WHO-Richtlinien zur Erstellung von Frauengesundheitsberichten (Guidelines für Women's Health Profiles) umfassen Indikatoren zur Beschreibung der Gesundheit, die in folgende Schwerpunkte zusammengefasst werden können:

- Demografische Situation: Geburten-, Sterberate,...
- Sozioökonomische und politische Situation: Frauenquoten, Bildung, Einkommen, Arbeitssituation etc.
- Gesundheitszustand: Morbidität und Mortalität, sexuelle und reproduktive Gesundheit, Gesundheit von Frauen mittleren Alters und älterer Frauen
- Gesunder Lebensstil: Gesundheitsförderung, Alkohol-, Nikotin-, Medikamenten-, Drogenkonsum, Stress,...
- Umwelt und Arbeit: Umweltbezogene Erkrankungen und Berufskrankheiten

29 WHO Europa, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/114238/E93952G.pdf, (dl 07.09.2010)

- Gesundheitsversorgung, -einrichtungen: Zugang zu und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Frauen, Qualität etc.
- Politische Entwicklungen: Ziele, Dokumente, Diskussion,... der Politik von Frauengesundheit³⁰

Mit dem ersten österreichischen Frauengesundheitsbericht startete 1995 auf Bundesebene die geschlechtsspezifische Berichterstattung, in den darauf folgenden Jahren erschienen Berichte aus den Bundesländern. Der zweite Österreichische Frauengesundheitsbericht wurde zehn Jahre danach erarbeitet und zeigte deutlich, dass sich der geschlechtsspezifische Blickwinkel auf die Gesundheit bereits verbreitet und gefestigt hat.³¹

Tabelle 4: Entwicklung und Meilensteine der Frauengesundheitsberichterstattung

Jahr	Meilenstein
1986	Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung
1991	WHO-Konferenz Women's Health & Urban Policies, Wien
1992	WHO-Konferenz Women's Health Counts, Wien
1992	Wiener Erklärung zur Frauengesundheit (Vienna Statement on Investing in Women's Health)
1992	Modellprojekt Frauengesundheitszentrum F.E.M. (Frauen, Eltern, Mädchen), Wien
1995	Erster Österreichischer Frauengesundheitsbericht
1996	Wiener Frauengesundheitsbericht
1998	Erster Frauen- und Mädchengesundheitsbericht Graz und Steiermark
1998	Wiener Frauengesundheitsprogramm
2000	Erster Frauengesundheitsbericht für Niederösterreich
2000	Salzburger Frauengesundheitsbericht
2001	Frauengesundheitsprogramm Graz
2002	WHO-Konferenz Gender and Health, Wien
2002	Madrid Statement: Mainstreaming Gender Equity into Health
2003	Frauengesundheitsbericht für die Steiermark
2005	Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006
2005	Der AK-Frauenbericht (1995-2005)
2005	Tiroler Frauengesundheitsbericht
2006	Kärntner Frauengesundheitsprogramm
2006	Wiener Frauengesundheitsbericht
2007	Burgenländischer Frauenbericht
2008	Erster steirischer Frauenbericht
2009	Vorarlberger Mädchen- und Frauengesundheitsbericht
2010	Frauenbericht 2010

Gesundheitsberichte werden in Österreich auf Bundes- und Landesebene sowie auf kommunaler Ebene erstellt, ausgerichtet auf bestimmte Bevölkerungsgruppen oder für bestimmte Sektoren.³² Die österreichischen Gesundheitsberichte werden von verschiedenen Institutionen und AutorInnen erstellt, sodass eine überregionale und methodische Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit der Berichte nicht immer gewährleistet ist.

30 Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2005, Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, S. 49f

31 Wimmer-Puchinger, B. 2006, S. 13ff, http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ_2006/03/wimmer-puchinger.pdf, (dl 13.09.2010)

32 Bundesministerium für Gesundheit, <http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0713&doc=CMS1200057285919>, (dl 14.10.2010)

Die Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (GÖG/ÖBIG) ist seit dem Jahr 2000 in der Gesundheitsberichterstattung (GBE) auf Bundes- und Landesebene aktiv und thematisierte wiederholt den Bedarf nach Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit der Berichte. Dazu gibt es seit 2007 Empfehlungen von der 2003 gegründeten „Plattform Gesundheitsberichterstattung“.³³ Dieser Arbeitsbereich der Gesundheit Österreich GmbH betont die hohe Relevanz der Gesundheitsberichterstattung als Grundlage für gesundheitspolitische Maßnahmen. Zu den Tätigkeitsbereichen der Plattform gehören neben internationalen Kooperationen (in erster Linie mit der Europäischen Union) auch zielgruppenspezifische Berichterstattungen wie jene über Frauengesundheit.³⁴

3.2 Health Literacy und Gesundheitskompetenz: Entscheidungen über mich nur mit mir

Mag.^a Sylvia Groth MAS, Geschäftsführerin, Medizinsoziologin, Frauengesundheitszentrum, Graz

Frauen wollen, wenn sie Beschwerden haben, als gleichberechtigte Partnerinnen mit Ärztinnen und Ärzten sprechen. Sie wollen selbstbestimmt Entscheidungen für 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 sie auf neun Minuten³⁵. Beratungseinrichtungen, wie die Unabhängigen PatientInnenberatungsstellen in Deutschland, gibt es in Österreich nicht. Unabhängige Information und wissensbasierte, stärkende Beratung finden Frauen in Frauengesundheitszentren, die aber nicht in allen Bundesländern zur Verfügung stehen.

Nur wenige Patientinnen können daher eine so aktive Rolle einnehmen, wie sie es sich wünschen. Was brauchen PatientInnen, um mehr Selbstverantwortung zu übernehmen und ihre Perspektiven und Wünsche einzubringen?

Nachhaltig gestärkt sind Patientinnen und Konsumentinnen, die über Critical Health Literacy, kritische Gesundheitskompetenz, verfügen. Dies ist die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu verstehen und zu hinterfragen. Sie ermöglicht eine größere Kontrolle über die eigene Lebenssituation und erweitert den Handlungsspielraum. Eine Voraussetzung dafür ist Lesekompetenz. Ebenso wichtig ist die Fähigkeit, sich Informationen aus verschiedensten Quellen zu beschaffen und diese Informationen auf die eigene Situation anzuwenden³⁶.

Welche Kompetenzen Frauen entwickeln, wird bestimmt durch den Kontext, in dem sie leben: Durch Ressourcen, aus denen sie schöpfen können, und Anforderungen, die sie bewältigen müssen³⁷. Rahmenbedingungen zu schaffen, die (insbesondere auch sozial benachteiligte) Frauen stärken, kompetente Patientinnen und Konsumentinnen im Gesundheitswesen zu werden, ist Aufgabe der Politik.

3.2.1 Mündige Patientinnen für ein modernes Gesundheitssystem

Das Gesundheitssystem verändert sich. Damit es funktioniert, muss es mit und nicht nur für Patientinnen und Patienten gemacht sein. Deshalb braucht es starke und kompetente Patientinnen.

33 Gesundheit Österreich GmbH, <http://www.goeg.at/de/Gesundheitsberichterstattung>, (dl 14.10.2010)

34 Gesundheit Österreich GmbH, Gesundheitsberichterstattung, <http://www.goeg.at/de/Gesundheitsberichterstattung>, (dl 14.10.2010)

35 Lang, 2010

36 vgl. Nutbeam, 2000

37 Wang, 2010

- Patientinnen sind Ko-Produzentinnen ihrer Gesundheit.
- Patientinnen, die sich beteiligen, gelangen zu besser fundiertem Wissen über Behandlungsmöglichkeiten und haben realistischere Erwartungen bezüglich des Verlaufs ihrer Behandlung.
- Die gemeinsam gewählte Behandlung wird beständiger umgesetzt.
- Die Zufriedenheit der Patientinnen steigt.
- Greift das Gesundheitswesen die Erfahrungen der Patientinnen auf, können die Qualität der gesundheitlichen Versorgung verbessert und Kosten gespart werden.

Mit „Nothing about me without me“ brachten die HIV/AIDS-Treatment-Aktivistinnen der frühen 1980er Jahre den Wunsch von PatientInnen nach Information und Beteiligung auf den Punkt. Sie verlangten, in die Forschung und Entwicklung von Medikamenten und Studien einbezogen zu werden. Ihre Forderungen waren erfolgreich: Seit 1989 sind in den USA Frauen und Männer mit HIV und AIDS Teil jeder wissenschaftlichen Konferenz zu dieser Erkrankung. Ihre VertreterInnen sitzen in den verschiedensten Forschungsgremien zu HIV und AIDS³⁸.

Bereits in den 1970er Jahren betonte die Frauengesundheitsbewegung, dass die Erfahrungen und das Wissen von Frauen grundlegend für eine wirkungsvolle gesundheitliche Versorgung von Frauen sind. Ihre Kenntnisse und Perspektiven sollten daher systematisch in das Gesundheitswesen einfließen und einbezogen werden. Als 1960 die erste Antibabypille auf den Markt kam, erlebten viele Frauen Nebenwirkungen. Diese wurden vereinzelt in Fachzeitschriften diskutiert, aber nicht an die Frauen kommuniziert. Bis zu dem Erscheinen von Barbara Seamans Buch *A Doctor's Case against the Pill* 1969, war es nicht üblich, NutzerInnen von Medikamenten über Risiken bei der Einnahme zu informieren. Aufgrund des Lobbyings der Aktivistinnen und den Protesten von Frauen, die Informationen einforderten, führte die Food and Drug Association, die US-amerikanische Arzneimittelbehörde, 1975 die Patient Package Inserts (Beipackzettel) für die Antibabypille ein. Dies geschah gegen den massiven Protest der American Medical Association und der Pharmaindustrie. Dass wir heute Beipackzettel zu Medikamenten haben, ist also ein Erfolg aktiver Frauen³⁹.

Ähnliche Erfahrungen machten Frauen mit Hormontherapie in den Wechseljahren⁴⁰ und dem Verhütungsmittel Hormonspirale⁴¹: Auch hier wurden ihnen Informationen vorenthalten. Auch hier wurden Frauen (gesundheitszentren) aktiv. Um Patientinnen auf der Makro- und der Mesoebene des Gesundheitssystems zu beteiligen, sind Patientinnenrechte essentiell sowie das Mitwirken von Vertreterinnen von PatientInnen in Gremien, Kommissionen und der Forschung.

Die Trennung von Patientinnen und medizinischem Fachpersonal in Laien und ExpertInnen ist zu hinterfragen. Denn es sind die Patientinnen selbst, die den Behandlungsprozess von der Aufnahme in einem Krankenhaus bis zur Entlassung und Nachbetreuung erleben und dadurch den besten Einblick haben – als Expertinnen für sich selber.

Beitrag des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentren 2010 PatientInnenrechte und Beteiligung von PatientInnen im Gesundheitswesen

Gesunde Frauen sind häufig Konsumentinnen gesundheitlicher Leistungen, werden aber noch nicht sehr kundinnenorientiert behandelt. Als kranke Frauen sind Patientinnen häufig in einer passiven Rolle und nicht gleichberechtigt auf Augenhöhe mit den LeistungserbringerInnen.

PatientInnen erfahren das Gesundheitswesen und Qualitätsmängel am eigenen Leib. Sie kennen die Prozesse aus eigener Erfahrung und nehmen unerwünschte Wirkungen von Medikamenten und Interventionen wahr. Doch sie sind sehr oft nicht in der Lage, ihre Gesundheitsinteressen einzubringen. Für viele Versicherte ist die gesundheitliche Versorgung nicht durchschaubar und unzugänglich (health access). Auch dies erschwert ihnen, ihre Interessen zu artikulieren. Beteiligung ist ein zentraler Bestandteil der Gesundheitsförderung⁴².

38 vgl. Vielhaber, 2011, in Arbeit

39 Kasper, 1983

40 Groth, 2004

41 Groth, 2007

42 vgl. WHO, 1986, Ottawa Charta

Erforderliche Verbesserungen auf drei Ebenen:

- *KonsumentInnen gesundheitlicher Leistungen und PatientInnen müssen als gleichwertige PartnerInnen im Gesundheitswesen anerkannt werden. Ihr Erfahrungswissen ist als Beitrag zur Qualitätsverbesserung ernst zu nehmen. Deshalb müssen PatientInnen informiert und qualifiziert werden. Gesundheitskompetenz (Health Literacy) stärkt präventives Gesundheitsverhalten, führt zu einem besseren Umgang mit Krankheit, zur effektiveren Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen und zu bewussten und gesundheitsförderlichen Entscheidungen. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz besonders bei sozial Benachteiligten verringert soziale Ungleichheit von Gesundheit, die viele gesundheitliche Risiken für Frauen und Männer beinhaltet.*
- *PatientInnenrechte sollten gestärkt werden, indem PatientInnen aber auch VertreterInnen der Gesundheitsberufe über PatientInnenrechte aufgeklärt werden. PatientInnen, die ihre Rechte kennen und einfordern, können selbstbestimmte Entscheidungen treffen und tragen zu einem partnerschaftlichen Gesundheitswesen bei.⁴³*
- *Die Interessenvertretung für PatientInnen und KonsumentInnen sollte strukturell verankert werden, indem ihre VertreterInnen in Entscheidungsgremien mitwirken. Das Erfahrungswissen von PatientInnen muss systematisch in das Gesundheitswesen Eingang finden und gehört werden.*

43 WHO, 1994, Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe

III Soziodemografie

Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011

Kapitel 3

Überblick über ausgewählte demografische Indikatoren und Trends, 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.

III. SOZIODEMOGRAFIE

1. Bevölkerungsstruktur	47
2. Geschlecht und Alter	49
3. Geburtenentwicklung und Bevölkerungsbewegung	52
3.1 Geburtenzahl und Fertilität.....	52
3.2 Eheschließungen und Scheidungen	55
3.3 Familien'typen'	57
4. Geschlechtsunterschiede in den sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen	59
4.1 Bildung	61
5. Geschlechts- und schichtspezifische Aspekte der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen	65
5.1 Besuch von ÄrztInnen.....	65
5.2 Stationäre Aufenthalte.....	67
5.3 Soziale Schicht und Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten	68

1. Bevölkerungsstruktur

Mag.^a Martha Scholz, Soziologin, Frauengesundheitszentrum Wels, PGA

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. Der Frauenanteil ist in Wien mit 52,2% am höchsten, in Vorarlberg mit 50,7% am niedrigsten. 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.¹

Auffallend ist, dass in stark ländlichen Gemeinden der Frauenanteil im Jahr 2009 teilweise unter 50% lag. Mehr als ein Drittel der österreichischen Bevölkerung lebt in größeren Städten von über 20.000 EinwohnerInnen, wobei alleine 20% davon auf Wien entfallen. Je höher der Verstädterungsgrad einer Gemeinde, desto höher ist auch der Anteil an Frauen. Grund dafür ist zum einen der höhere Anteil älterer Frauen in Städten, zum anderen gibt es in Städten migrationsbedingt mehr Frauen im jungen Erwerbsalter als Männer.²

Tabelle 5: 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 und einem Plus von rund 35.500 Personen im Vergleich zum Vorjahr (2008). Der Anteil von Frauen mit ausländischer Staatsangehörigkeit war in Wien mit 18,8% im Vergleich zum Österreichschnitt von etwa 10% am höchsten. Knapp ein Drittel der Frauen mit ausländischer Staatsbürgerschaft ist im Alter zwischen 18 und 39 Jahren.³ Unter den nicht-österreichischen

1 Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Geschlechtsspezifische Disparitäten 2002, S. 20

2 Marik-Lebeck, 2010, S. 295ff

3 Statistik Austria, 2009, Statistik des Bevölkerungsstandes

Staatsangehörigen stammen rund 317.000 Personen aus Ländern der Europäischen Union und etwa 41.400 Personen aus den Beitrittsländern Bulgarien oder Rumänien, die gegenüber dem Vorjahr die stärkste Zunahme verzeichnen. Die Zahl der in Österreich lebenden Drittstaatsangehörigen erhöhte sich um rund 1,5%, die größten Zuwächse aus dem außereuropäischen Raum verzeichnen BürgerInnen asiatischer Staaten (3.300 Personen).⁴

4 Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008

2. Geschlecht und Alter

Mag.^a Martha Scholz, Soziologin, Frauengesundheitszentrum Wels, PGA

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.

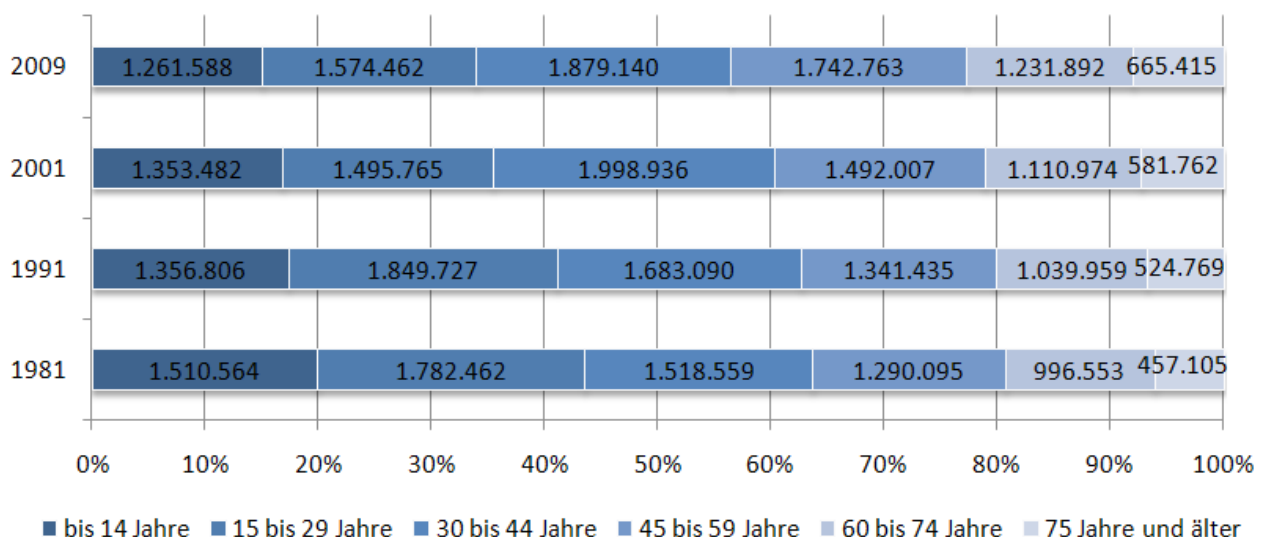
Die ‚Veralterung‘ der Gesellschaft bringt für die erwerbstätige Bevölkerung verstärkte Belastungen in Form von Auswirkungen auf Pensionen, Gesundheitsversorgung und Pflegeformen mit sich. Eine Erhöhung der Erwerbsbeteiligung würde die demografische Entwicklung mit den daraus entstehenden sozialen Kosten ins Gleichgewicht bringen.⁵

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 (+2% im Vergleich zu 2001).

19,9% der österreichischen Frauen und 14,7% der Männer waren 2009 65 Jahre alt oder älter. Innerhalb der Bundesländer verzeichnet das Burgenland mit 22,6% den höchsten Anteil an Frauen ab 65 Jahren; Kärnten, die Steiermark und Niederösterreich liegen ebenfalls über dem Österreich-Durchschnitt, und Vorarlberg verfügt mit 12,8% über den geringsten Anteil.

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.

Abbildung 1: Bevölkerung 1981 bis 2009 nach Altersgruppen



Quelle: Statistik Austria, Volkszählungen 1951 bis 2001, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen/bevoelkerung_nach_demographischen_merkmalen/index.html, (dl 10.05.2010)

Tabelle 6: Jahresdurchschnittsbevölkerung 2009 nach Alter, Bundesland und Geschlecht

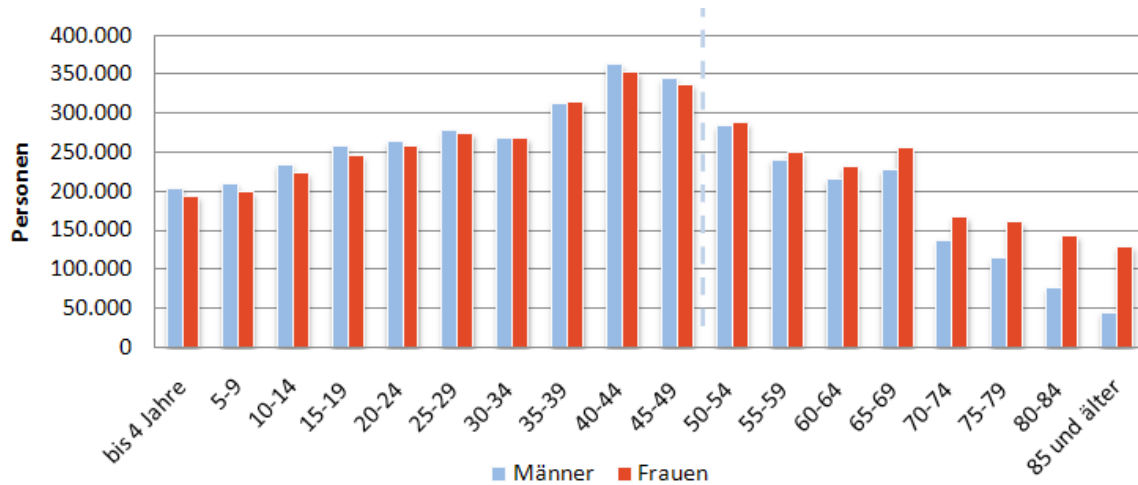
	0-19 Jahre		20-44 Jahre		45-64 Jahre		65 Jahre und älter		
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	
Frauen									
Österreich	4.287.213	860.086	20,1	1.467.821	34,2	1.106.126	25,8	853.180	19,9
Burgenland	144.696	26.780	18,5	45.862	31,7	39.352	27,2	32.702	22,6
Kärnten	288.838	56.510	19,6	91.960	31,8	78.148	27,1	62.220	21,5
Niederösterreich	819.059	167.866	20,5	267.422	32,6	213.504	26,1	170.267	20,8
Oberösterreich	717.679	154.357	21,5	240.797	33,5	182.773	25,5	139.752	19,5
Salzburg	272.338	56.699	20,8	94.331	34,6	72.111	26,5	49.197	18,1
Steiermark	618.025	118.068	19,1	206.667	33,5	160.899	26,0	132.391	21,4
Tirol	359.914	76.398	21,2	128.504	35,7	90.947	25,3	64.065	17,8
Vorarlberg	186.481	42.953	23,0	65.870	35,3	46.220	24,8	31.438	16,9
Wien	880.183	160.455	18,2	326.408	37,1	222.172	25,3	171.148	19,4
Männer									
Österreich	4.068.047	903.862	22,2	1.483.421	36,5	1.083.057	26,6	597.707	14,7
Burgenland	138.422	27.759	20,1	47.135	34,1	40.600	29,3	22.928	16,5
Kärnten	271.767	59.187	21,8	92.981	34,2	76.244	28,1	43.355	15,9
Niederösterreich	786.063	177.269	22,5	270.013	34,4	213.871	27,2	124.910	15,9
Oberösterreich	692.724	162.634	23,4	248.403	35,9	183.580	26,5	98.107	14,2
Salzburg	256.879	59.957	23,3	93.563	36,4	67.790	26,4	35.569	13,9
Steiermark	589.454	124.017	21,1	215.150	36,5	158.213	26,8	92.074	15,6
Tirol	344.558	80.166	23,3	128.991	37,4	88.215	25,6	47.186	13,7
Vorarlberg	181.092	45.168	25,0	66.824	36,9	45.863	25,3	23.237	12,8
Wien	807.088	167.705	20,8	320.361	39,7	208.681	25,9	110.341	13,6

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

Feminisierung des Alters

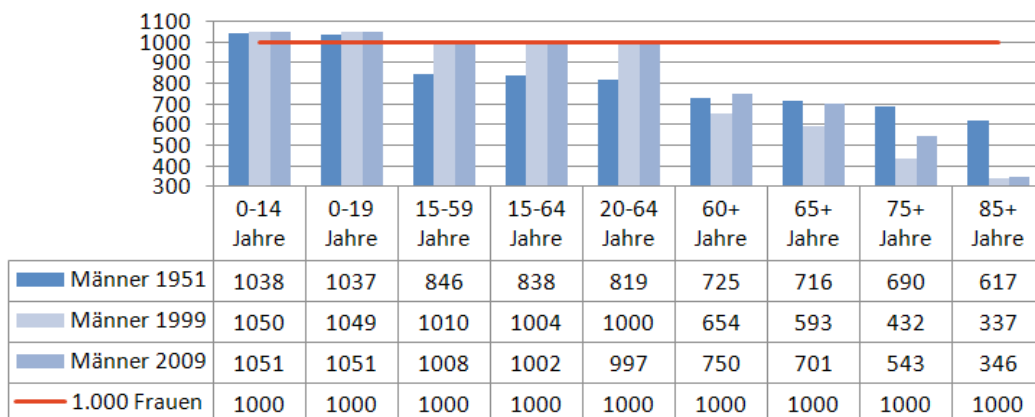
Unter der Feminisierung des Alters versteht man das zunehmende starke Überwiegen des Frauenanteils in den älteren und alten Bevölkerungsgruppen. Während im Alter von bis zu 49 Jahren Männer in der Mehrzahl sind, ist ab 50 Jahren ein Überwiegen der weiblichen Bevölkerung zu erkennen, das mit zunehmendem Alter deutlicher wird. Ab dem 75. Lebensjahr lebten 2009 fast doppelt so vielen 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. Obwohl im Jahr 2009 mehr Knaben als Mädchen zur Welt kamen (1.051 Knaben auf 1.000 Mädchen im Alter von 0-14 Jahren), relativiert sich dieser größere Anteil aufgrund der höheren Mortalität der Männer und der oben erwähnten längeren Lebenserwartung der Frauen. Insgesamt betrachtet ist jedoch ein Rückgang des Frauenüberhangs zu verzeichnen, da die Sterblichkeit von Frauen im höheren Alter aufgrund des großen Bevölkerungsanteils zunimmt.

Abbildung 2: 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)

Abbildung 3: Geschlechterproportion Männer auf 1.000 Frauen nach Altersgruppen



Quelle: Bauer, 2010, S. 17

Die europäische Union

Die Bevölkerung der Mitgliedstaaten der EU stieg von 403 Millionen im Jahr 1960 auf knapp 495 Millionen im Jahr 2007 (davon 51,1% Frauen). Die baltischen Staaten Lettland und Estland verzeichnen mit 54% den höchsten Frauenanteil, Irland den geringsten mit 50%. Deutschland ist mit fast 17% der bevölkerungsreichste Mitgliedstaat; zusammen mit Frankreich, dem Vereinigten Königreich und Italien vereinen sie fast 54% der EinwohnerInnen der EU-27. Nach aktuellen Bevölkerungsprojektionen von Eurostat wird die EU-27 Bevölkerung bis auf 521 Millionen EinwohnerInnen im Jahr 2035 wachsen.

Die Bevölkerung der EU-27 ist laut Eurostat in den letzten zehn Jahren bis 2007 gealtert, wobei auch hier mehr Frauen als Männer in höheren Altersgruppen leben.

Knapp 16% der EinwohnerInnen waren unter 15 Jahren, wobei Schwankungen in den einzelnen Ländern festzustellen sind (~14% in Bulgarien, ~ 20% in Irland). Der Anteil der über 64-Jährigen ist hingegen auf knapp 17% der Bevölkerung gestiegen (14% mehr Frauen als Männer) und lag in Italien und Deutschland bei nahezu 20%. Etwa 67% der Bevölkerung der EU-27 waren 2007 im erwerbsfähigen Alter von 15 bis 64 Jahren. Entwicklungen deuten jedoch darauf hin, dass dieser relativ hohe Anteil auf etwa 57% der Gesamtbevölkerung im Jahr 2050 zurückgehen und der Anteil der über 65-Jährigen auf fast 29% steigen wird.⁶

3. Geburtenentwicklung und Bevölkerungsbewegung

3.1 Geburtenzahl und Fertilität

Dr.ⁱⁿ Barbara Schildberger M.A., Hebamme, Soziologin, FH Gesundheitsberufe OÖ GmbH
 Mag.^a Martha Scholz, Soziologin, Frauengesundheitszentrum Wels, PGA

Die durchschnittliche Kinderzahl in Österreich bleibt auf niedrigem Niveau stabil, wobei die Fertilitätsrate von Frauen in den letzten zehn Jahren deutlich unter 1,5 Kinder pro Frau lag. Von 1970 bis 2009 ist die Rate von 2,3 auf 1,4 Kinder – d.h. um knapp 40% – gesunken. Der Höhepunkt der Gesamtfertilitätsrate war im Jahr des Babybooms 1963 mit 2,8 Kindern, den niedrigsten Fertilitätswert verzeichnete man im Jahr 2001 mit 1,33 Kindern. 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.

Tabelle 7: Geburten und Fertilitätsrate 1970 – 2009 für Österreich

Jahr	Geburten absolut	Fertilitätsrate
1970	112.301	2,3
1980	90.872	1,7
1990	90.454	1,5
2001	75.458	1,33
2002	78.399	1,39
2003	76.944	1,38
2004	78.968	1,42
2005	78.190	1,41
2006	77.914	1,41
2007	76.250	1,38
2008	77.752	1,41
2009	76.344	1,39

Quelle: Statistik Austria, Schnellbericht 8.1: S. 5

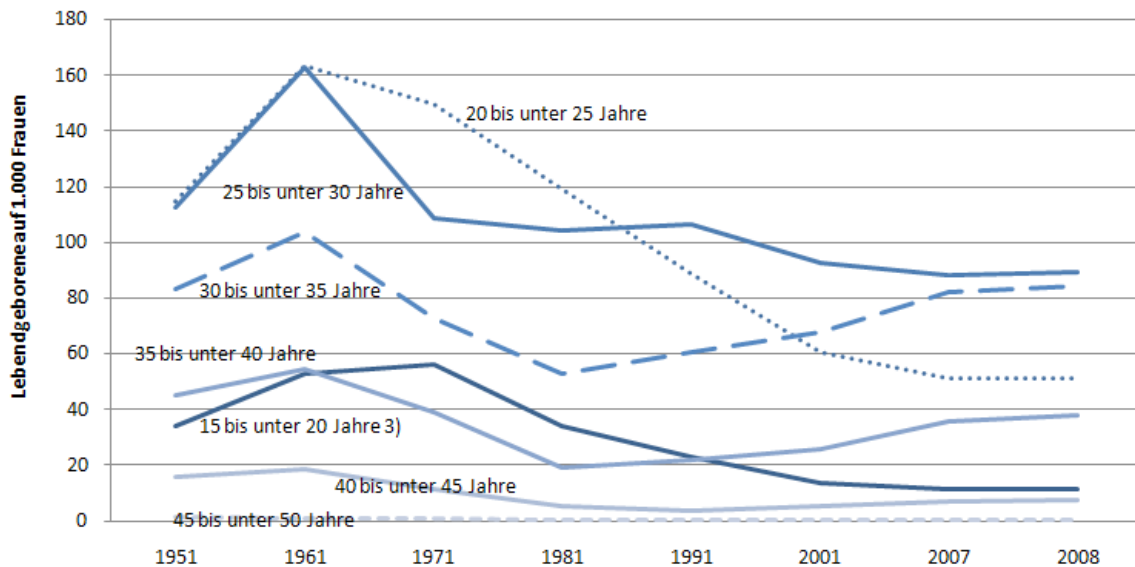
Altersspezifische Fertilität

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.

Laut Statistik Austria waren 2009 etwa 93% aller Mütter der 76.344 Neugeborenen in Österreich im Alter von 20 bis 39 Jahren. Geburten bei sehr jungen bzw. älteren Frauen sind relativ selten, doch zeigen sich diesbe-

züglich unterschiedliche Trends: Im vergangenen Jahrzehnt reduzierte sich die Anzahl der Mütter von Lebendgeborenen unter 19-Jährigen von 4,3% (3.254 Neugeborene) im Jahr 2001 auf 3,3% (2.551 Neugeborene) im Jahr 2009. Ein gegenläufiger Trend zeigt sich im gleichen Zeitraum bei Müttern über 40 Jahren, deren Anteil von 2,2% (1.663 Neugeborene im Jahr 2001) auf 3,7% (2.838 Neugeborene) im Jahr 2009 stieg. Seit 2001 brachten insgesamt 102 Mädchen unter 15 Jahren und 848 Frauen im Alter von über 45 Jahren ihr erstes Kind zur Welt.

Abbildung 4: Altersspezifische Fertilitätsraten



Quelle: Statistik Austria, 2010, Statistisches Jahrbuch 2010, S. 80

Bildung und Staatsangehörigkeit

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 abgeschlossenen Schulabschluss angaben, um 6,7 Prozentpunkte.⁷

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.

⁷ Statistik Austria, 2009, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, S. 30

Tabelle 8: Demographische Merkmale der Geburten

Merkmale	1998		2008		1998 bis 2008
	absolut	%	absolut	%	Veränderung in %
Insgesamt	81.233	100	77.752	100	
Höchste abgeschlossene Schulbildung der Mutter					
Universität, Kunsthochschule	4.145	5,1	8.386	10,8	5,7
Akademie	3.054	3,8	3.801	4,9	1,1
Höhere Schule mit Matura	10.147	12,5	12.451	16,0	3,5
Mittlere (Fach-) Schule ohne Matura, Lehre	42.810	52,7	34.085	43,8	-8,9
Pflichtschule	16.196	19,9	13.064	16,8	-3,1
Unbekannt	4.881	6,0	5.965	7,7	1,7
Staatsangehörigkeit der Mutter					
Österreich	67.346	82,9	60.209	77,4	-5,5
Anderer EU-15 Staat	1.367	1,7	2.561	3,3	1,6
(Ehemaliges) Jugoslawien	5.864	7,2	4.813	6,2	-1,0
Türkei	3.112	3,8	3.002	3,9	0
Sonstiger Staat, unbekannt	3.544	4,4	7.167	9,2	4,9

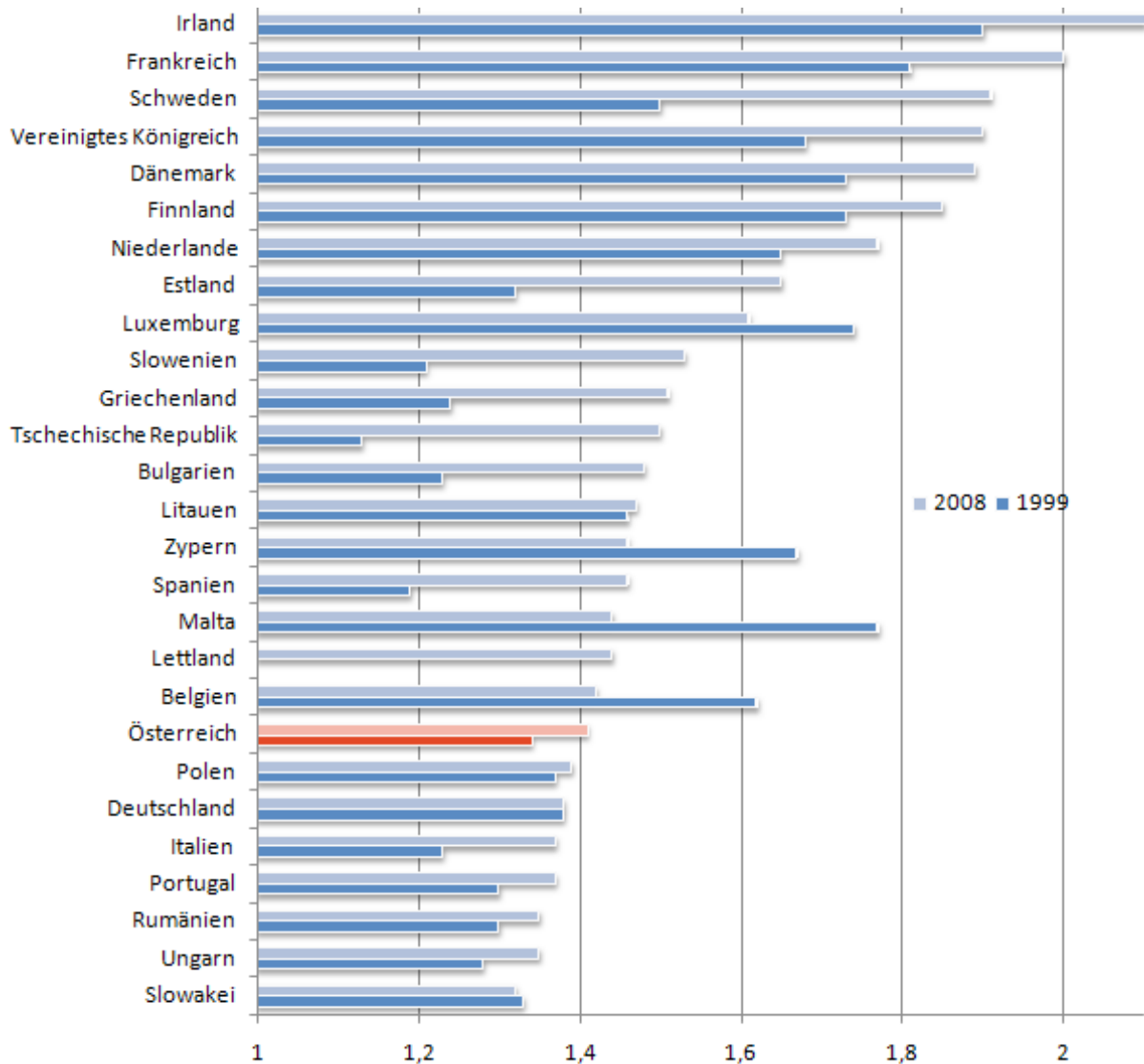
Statistik Austria 2009, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, S. 30

Die europäische Union

Im europäischen Vergleich liegt 2008 das durchschnittliche Fertilitätsalter in Irland mit 31,2 Jahren und einer Gesamtfertilitätsrate von 2,1 Kindern pro Frau am höchsten, in Österreich sind die Frauen bei der Geburt ihrer Kinder im Durchschnitt rund zwei Jahre jünger (29,5 Jahre) und liegen bei der Fertilitätsrate gleich mit Slowenien. Die Gesamtfertilitätsrate der EU-27-Länder lag 2006 bei 1,53 Kindern. Zu den Staaten mit überdurchschnittlich hohen Kinderzahlen zählen neben Frankreich und Großbritannien auch alle skandinavischen Länder (1,8 bis 1,9 Kinder pro Frau). Darüber hinaus verzeichnen auch die drei ‚Benelux-Staaten‘ überdurchschnittliche Fertilitätsraten. Die niedrigste Fertilitätsrate findet man bei den osteuropäischen Beitrittsstaaten Slowakei, Ungarn und Rumänien mit einer Fertilitätsrate von jeweils 1,3 Kindern pro Frau.

In den Ländern Italien, Schweiz, Niederlande, Schweden und Dänemark liegt das durchschnittliche Alter deutlich über 30 Jahren. Besonders jung bei der Geburt sind Mütter in den Staaten Bulgarien und Rumänien mit einem Durchschnittsalter zwischen 26 und 27 Jahren.

Abbildung 5: Geburtenrate EU 27 im Vergleich 1999/2008



Quelle: Eurostat⁸, Daten Deutschland 2000/2008; Daten Vereinigtes Königreich, Italien und Belgien von 1999/2007

3.2 Eheschließungen und Scheidungen

Mag.^a Martha Scholz, Soziologin, Frauengesundheitszentrum Wels, PGA

Seit den 60er-Jahren ist ein Rückgang der Eheschließungen zu erkennen, mit einem ersten Tiefpunkt im Jahr 1978 von insgesamt 44.600 Trauungen. Die in der Abbildung gekennzeichneten Höhepunkte sind mit der Einführung der Heiratsbeihilfe für Erstvermählte ab 1.1.1972, dem Wegfall der steuerlichen Absetzmöglichkeit der Mitgift und falschen Gerüchten über die Abschaffung der Heiratsbeihilfe um den 1.1.1984 und mit der endgültigen Abschaffung der Heiratsbeihilfe per 1.1.1988 zu erklären.

Dabei ist auch zu erwähnen, dass die Anzahl der Ersteheschließungen während der letzten Jahrzehnte abnahm, während die Wiederverheiratungen stetig zunehmen. Im Jahr 2008 wurden insgesamt 35.223 Trauungen in Österreich registriert, wobei das mittlere Erstheiratsalter der Frauen bei 28,9 Jahren und der Männer bei 31,7 Jahren lag. Dies entspricht einer Steigerung von +7,2 Jahren bei Frauen im Vergleich zu 1970.

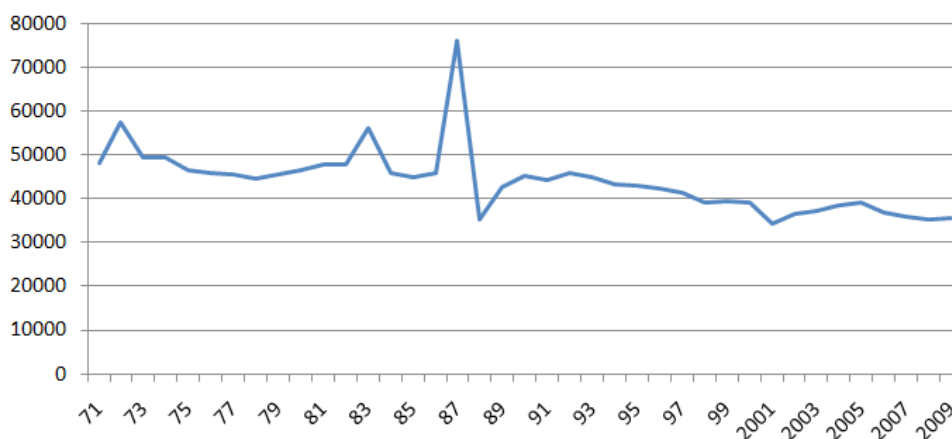
8 Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=de&pcode=tsdde220&plugin=1>, (dl 07.06.2010)

Besonders zu betonen ist, dass sich das Heiratsverhalten der zugewanderten Bevölkerungsgruppen maßgeblich vom Heiratsverhalten der hier Geborenen unterscheidet: sie heiraten deutlich häufiger. Knapp 50% der ausländischen Wohnbevölkerung ist verheiratet.⁹

Die Anzahl der Ehescheidungen lag in den 1980er und 1990er Jahren bei rund 16.000 pro Jahr, im Jahr 2001 registrierte man die höchste absolute Zahl der Ehescheidungen mit insgesamt 20.582 Fällen. In den Folgejahren schwankten die Ehescheidungszahlen zwischen 19.000 und 20.000. 2008 betrug die Zahl der Scheidungen insgesamt 19.701 Fälle. Die Gesamtscheidungsrate (Wahrscheinlichkeit, mit der im jeweiligen Jahr geschlossene Ehen bei unverändertem Scheidungsverhalten durch eine Scheidung enden) erhöhte sich von 26,5% im Jahr 1981 auf 49,47% im Jahr 2007. Diesem bislang höchsten, jemals in Österreich beobachteten Wert folgte 2008 ein Rückgang auf 47,76%.

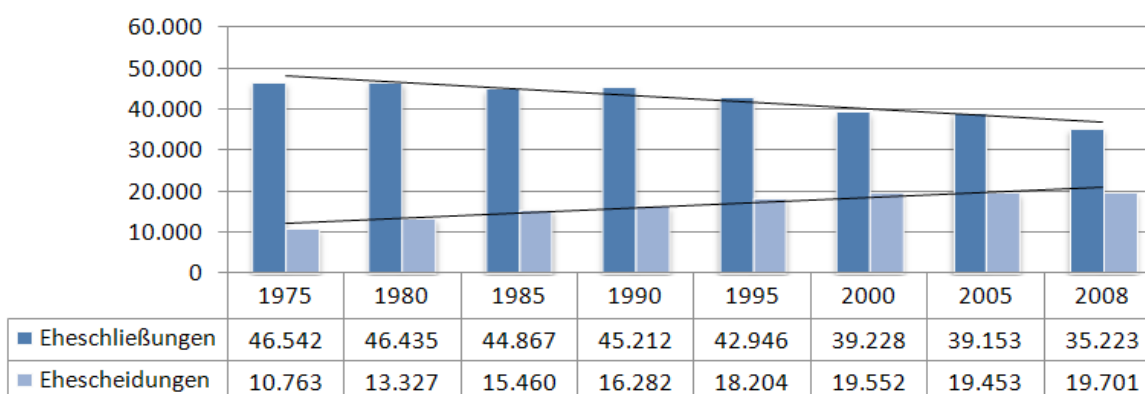
Die mittlere Ehedauer der geschiedenen Ehen veränderte sich seit 1981 von 7,7 auf 9,6 Jahre im Berichtsjahr 2008, wobei die Mehrzahl der Scheidungen innerhalb der ersten Ehejahre erfolgt. Etwa zwei Fünftel aller Scheidungen werden während der ersten acht Ehejahre, etwa die Hälfte nach mehr als 10 Jahren eingereicht. Das mittlere Scheidungsalter der Frauen lag im Jahr 2008 bei 39,8 Jahren und bei Männern bei 42,3 Jahren.¹⁰

Abbildung 6: Eheschließungen seit 1951



Quelle: Statistik Austria¹¹

Abbildung 7: Eheschließungen und -scheidungen von 1975-2008



Quelle: Statistik Austria, Absolutzahlen¹²

9 Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2010, 5. Österreichischer Familienbericht – auf einen Blick, S. 62ff

10 Kytir, et al. 2010, S. 30ff

11 Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/eheschliessungen/022158.html (dl 14.05.2010)

12 http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/eheschliessungen/index.html%20 und http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/scheidungen/index.html, (dl 07.06.2010)

Laut dem Österreichischen Frauenbericht 2010 sind die letztverfügbaren Vergleichszahlen für europäische Länder auf 2004 zurückzuführen. Ähnlich hohe und zum Teil höhere Gesamtscheidungsrate zu Österreich finden sich in den skandinavischen Ländern, in der Schweiz, in Deutschland, Großbritannien und Frankreich. Geringere Scheidungshäufigkeiten findet man in osteuropäischen Staaten und besonders in Südeuropa.¹³

3.3 Familien'typen'

Mag.^a Martha Scholz, Soziologin, Frauengesundheitszentrum Wels, PGA

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

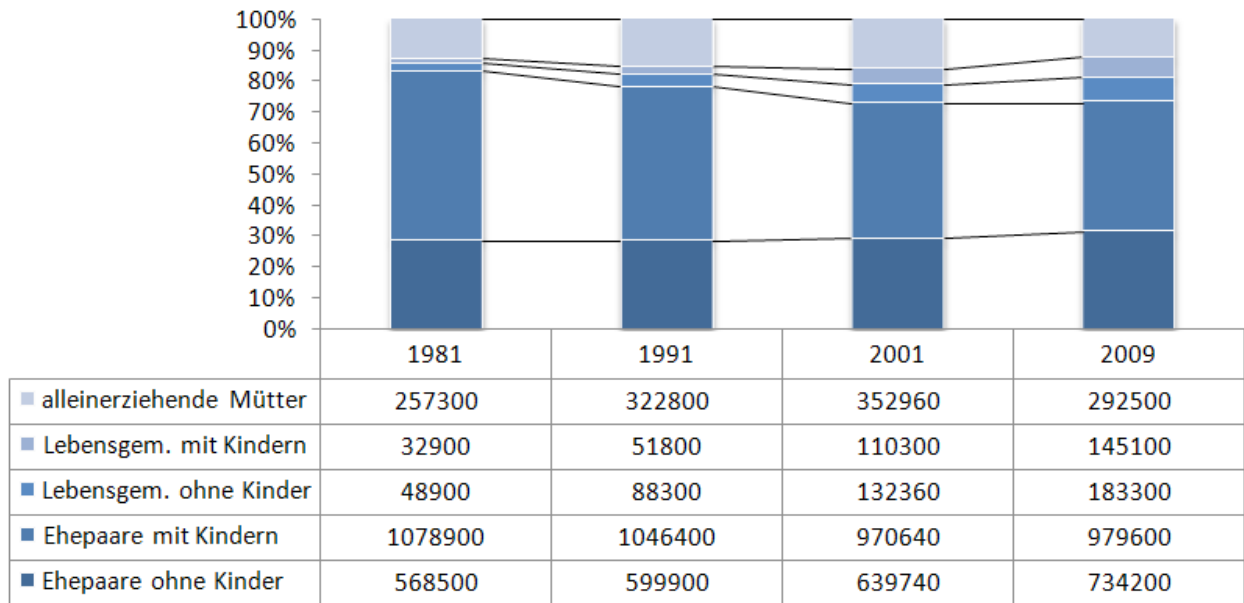
Die österreichischen Familientypen betreffend, ist seit 1981 eine kontinuierliche Abnahme von insgesamt 12% bei Ehepaaren mit Kindern zu verzeichnen, die Anzahl der Ehepaare ohne Kinder stieg während der letzten dreißig Jahre von 29% auf 31%. Lebensgemeinschaften ohne Kinder verzeichnen seit den 80er 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).

Tabelle 9: Familienstand nach Geschlecht (ab 15 Jahren)

Geschlecht und Familienstand	1981	1991	2001	2008	Unterschied in % 1981-2008
Frauen gesamt in 1.000	3.188,7	3.319,5	3.429,0	3.600,1	12,9
	In %				
Ledig	24,0	25,3	27,0	29,1	5,1
Verheiratet	53,6	52,5	51,0	49,5	-4,1
Verwitwet	17,2	15,5	13,4	12,4	-4,8
Geschieden	5,1	6,8	8,7	9,0	3,9
Männer gesamt in 1.000	2.770,6	2.988,4	3.164,0	3.373,2	21,7
	In %				
Ledig	30,7	33,0	34,7	37,1	6,4
Verheiratet	62,4	59,0	55,9	52,9	-9,5
Verwitwet	3,2	2,9	2,6	2,8	-0,4
Geschieden	3,6	5,1	6,8	7,2	3,6

Quelle: Statistik Austria Volkszählung, Bevölkerung in Privathaushalten

Abbildung 8: Familientypen in Österreich (1981-2009)



■ Ehepaare ohne Kinder
 ■ Ehepaare mit Kindern
 ■ Lebensgem. ohne Kinder
■ Lebensgem. mit Kindern
 ■ alleinerziehende Mütter

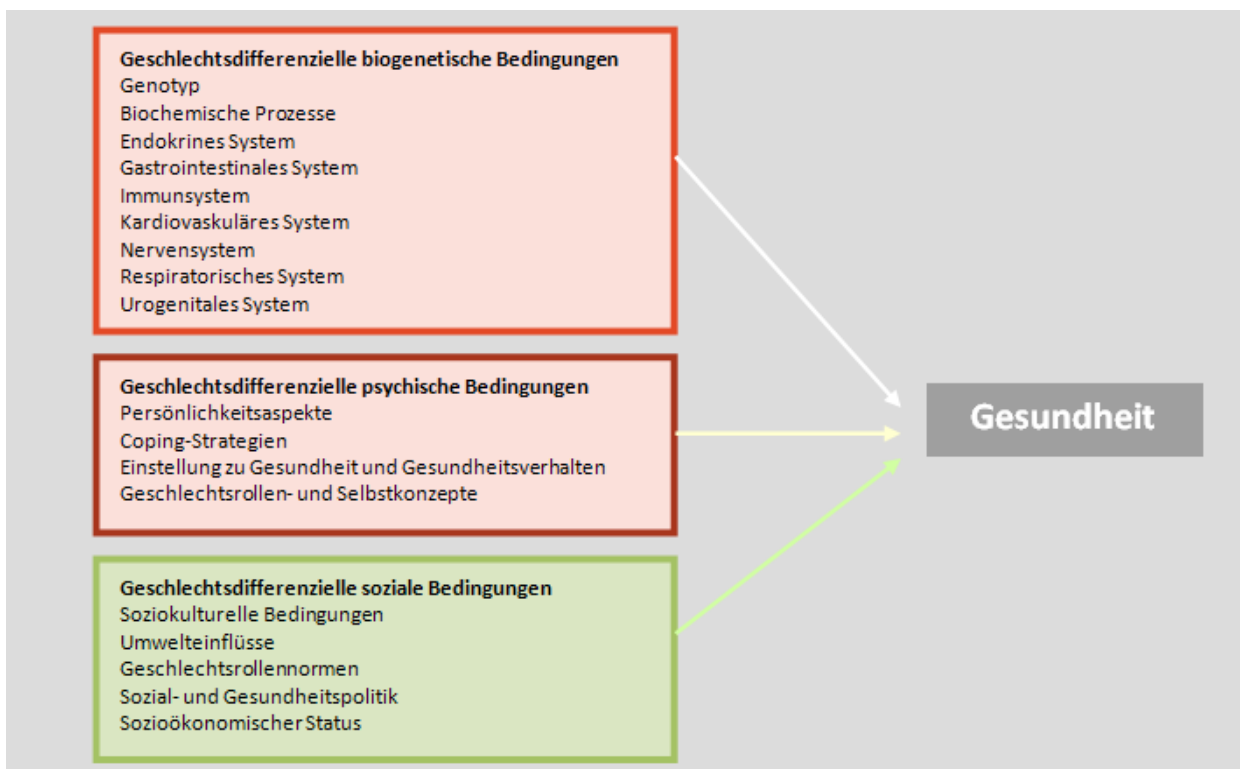
Quelle: Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/familien/023078.html, (dl 14.05.2010) und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2009, erstellt am 31.03.2010

4. Geschlechtsunterschiede in den sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen

Mag.^a Martha Scholz, Soziologin, Frauengesundheitszentrum Wels, PGA

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.¹⁴ 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.

Abbildung 9: Biopsychosoziale Einflussfaktoren und Gesundheit



Quelle: Degenhardt, Thiele 2002, S. 89

Die von Statistik Austria unten angeführten sozioökonomischen Determinanten Bildung, Berufstätigkeit beziehungsweise Arbeitslosigkeit und Migrationsstatus wurden in einer statistischen Analyse im Hinblick auf unterschiedliche Gesundheitsfaktoren untersucht und unter Ausschluss jeweils anderer Faktoren analysiert. Frauen ab 75 Jahren tragen zum Beispiel um ein 14,4-fach höheres Risiko, an Diabetes zu erkranken; bei gleichaltrigen Männern ist das Risiko um das 45,8-Fache erhöht. Auch das Risiko, an chronischen Angstzuständen und Depressionen zu erkranken, ist bei dauerhaft arbeitsunfähigen Männern viel höher als bei Frauen (23,2 zu 8,1).

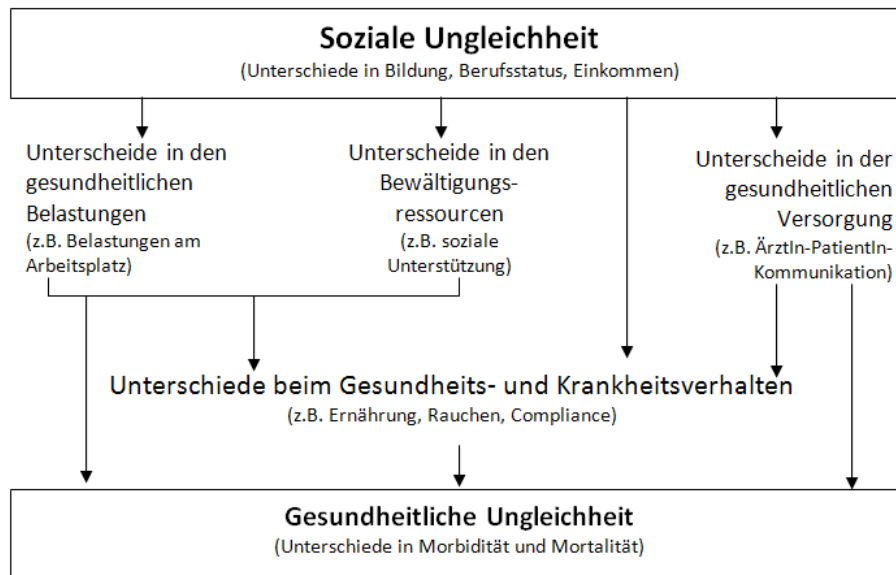
Frauen aus einer niedrigen Einkommensklasse nehmen um das 2,1 fache weniger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch als Frauen aus höheren Einkommensklassen.

Tabelle 10: Gesundheitsbeeinflussende demographische und sozioökonomische Faktoren

Erkrankung bzw. Gesundheitsverhalten	Personengruppen mit erhöhtem Risiko bzw. erhöhter Verhaltenswahrscheinlichkeit im Vergleich zur jeweiligen Referenzgruppe (in Klammer Odds Ratios, die das Ausmaß der Erhöhung angeben) (Auswahl)
Tägliches Rauchen	Dauerhaft arbeitsunfähige Männer (2,3); arbeitslose Frauen (2,0) ; Männer mit einfachen manuellen Tätigkeiten (2,0); Männer mit Lehre/BMS (2,0); Frauen mit Pflichtschulbildung (1,8) ; Landwirtinnen (0,2)
Adipositas	45- bis 59-jährige Männer (3,4); 45- bis 59-jährige Frauen (2,8) ; dauerhaft arbeitsunfähige Frauen (2,8) ; arbeitslose Frauen (2,5) ; Frauen mit Pflichtschulbildung (1,7)
Diabetes	Männer ab 75 Jahren (45,8); Frauen ab 75 Jahren (14,4) ; dauerhaft arbeitsunfähige Frauen (4,4) ; arbeitslose Männer (2,4) ; Frauen mit einfacher manueller Tätigkeit (2,1) ; Migrantinnen (2,0)
Chronische Angst und Depression	Dauerhaft arbeitsunfähige Männer (23,2); dauerhaft arbeitsunfähige Frauen (8,1) ; 45- bis 59-jährige Frauen (3,9) ; 45- bis 59-jährige Männer (2,5); Pensionisten (9,9); Pensionistinnen (2,6) ; arbeitslose Männer (5,9) ; arbeitslose Frauen (3,3)
Allergien	Dauerhaft arbeitsunfähige Frauen (3,3) ; dauerhaft arbeitsunfähige Männer (3,1) ; Pensionisten (1,8); arbeitslose Frauen (1,5) ; Männer ab 75 Jahren (0,3); Frauen ab 75 Jahren (0,5)
Mangelnder Impfschutz	Migranten (4,7); Migrantinnen (3,6) ; haushaltsführende Männer (4,2); Frauen ab 75 Jahren (3,7) ; Männer ab 75 Jahren (2,7); selbstständig berufstätige Frauen (2,3)
Mangelnde Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen	Männer mit einfacher manueller Tätigkeit (2,9); Landwirte (2,2); Frauen der niedrigsten Einkommensklasse (2,1)

Quelle: Statistik Austria, 2009, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, S. 60

Abbildung 10: Soziale Ungleichheit



Quelle: Mielck, 2000 (auf Basis von Elkeles/Mielck, 1997)

4.1 Bildung

Der Bildungsgrad ist ein wichtiger Aspekt im Bereich der Gesundheit, indem er die Handlungsweisen, den Zugang zu sozialen und medizinischen Dienstleistungen, die ökonomische Lebenssituation und auch den Lebensstil der Menschen wesentlich beeinflusst.¹⁵ Des Weiteren belegen Ergebnisse einen statistischen Zusammenhang zwischen der Lebenserwartung und dem sozialen Status, gemessen an der höchsten abgeschlossenen Schulbildung.

Bildung ist eine wichtige Voraussetzung für eine gleichberechtigte Teilhabe am Arbeitsmarkt, aber auch für kulturelle und gesellschaftliche Partizipation. In diesem Kontext ist es nicht nur wichtig, Frauen gleichwertige Bildungslaufbahnen zu ermöglichen, sondern auch notwendig, fachspezifische Unterschiede in der Bildungswahl abzubauen, um die frauenspezifische Qualifikationsstruktur zu überwinden. Der Bildungsstand der Bevölkerung ist ein Indikator für diese Qualifikationsstruktur der Bevölkerung. In ihm wird ersichtlich, inwieweit das Ziel gleichwertiger Bildungschancen für Frauen und Männer in der Gesellschaft schon verwirklicht wurde.¹⁶

Im Zeitraum von 2001 bis 2004 ist eine deutliche Veränderung des Bildungsstandes von Frauen zu erkennen - eine Tatsache, die bereits im letzten Frauengesundheitsbericht angeführt wurde.

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%!).

15 Babitsch, 2005, S. 45

16 Zit. n. Gärtner, et al. 2010, S. 81

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 liegt 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.

Regional variiert der Bildungsgrad von Frauen zwischen ländlichem und städtischem Raum relativ stark. Nach der Schulpflicht sinkt die Ausbildungsquote der Frauen in städtischen Bereichen stärker als in Gemeinden mit weniger als 20.000 EinwohnerInnen. Dies ist unter anderem auf den in Städten deutlich höheren Anteil an ausländischen StaatsbürgerInnen zurückzuführen, welche tendenziell früher aus dem Bildungssystem ausscheiden. Während der Anteil von Mädchen im städtischen Gebiet im Bereich der allgemein bildend höheren Schulen größer ist, verzeichnet man in kleineren Gemeinden mit höherer Agrarquote einen größeren Anteil an Schülerinnen in berufsbildenden Schulen. Ab dem Alter von 18 Jahren liegt die Ausbildungsquote von Frauen in den Städten deutlich über jener in ländlichen Regionen, da höhere Bildungseinrichtungen wie Universitäten, Fachhochschulen und Akademien in Großstädten angesiedelt sind.

Ein weiterer Grund dafür sind geringe Berufsmöglichkeiten für Akademikerinnen und hoch qualifizierte Frauen im ländlichen Bereich. Im Durchschnitt hatten mehr als ein Drittel aller Frauen im städtischen Bereich, hingegen nur ein Fünftel der Frauen aus ländlichen Gemeinden die Matura oder eine höhere Ausbildung abgeschlossen. Die oben angeführten regionalen Unterschiede betreffen beide Geschlechter annähernd gleich.¹⁷

Tabelle 11: Bildungsstand der 25- bis 64-jährigen Wohnbevölkerung 2001 und 2008

	2001				2008				Zuwachs Frauen- anteil in %
	Gesamt (in 1.000)	% aller Frauen	% aller Männer	Frauen- anteil in %	Gesamt (in 1.000)	% aller Frauen	% aller Männer	Frauen- anteil in %	
Universität, Hochschule	337,4	6,2	8,8	41,4	489,4	9,8	11,5	46,0	4,6
Hochschul- verwandte Lehranstalt	104,7	3,5	1,1	75,7	122,3	4	1,3	75,9	0,2
Höhere Schule inkl. Abiturientenlehr- gang, Kolleg	516,6	10,9	12,1	47,4	669,5	14,9	14,4	51,1	3,7
Berufsbildende mittlere Schule	585,1	18,6	7,5	71,2	633,5	18,7	8,9	67,9	-3,3
Lehre	1763,7	27,7	51,1	35,2	1869,9	30,3	51,4	37,4	2,2
Pflichtschule	1.173,6	33,1	19,4	63,3	797,9	22,3	12,5	64,2	0,9
Gesamt	4.481,1	100	100	50,1	4.582,5	100	100	50,2	0,1

Quelle: Statistik Austria, 2001 Volkszählung; 2008 Mikrozensus, Jahresdurchschnitte (ohne Präsenz- und Zivildienstler)

Einfluss von Bildung auf Gesundheit

Der maßgebliche Einfluss sozialer Einflussfaktoren auf die Gesundheit und Krankheit ist bei Frauen und Männern unterschiedlich stark ausgeprägt.

Erwachsene ohne Matura zeigen, um ein Beispiel anzuführen, eine kürzere Lebenserwartung als jene mit höherem Bildungsgrad, welche zugleich eine geringere Anfälligkeit für Krankheiten wie Herzinfarkt und psychische Störungen aufweisen.¹⁸

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).¹⁹

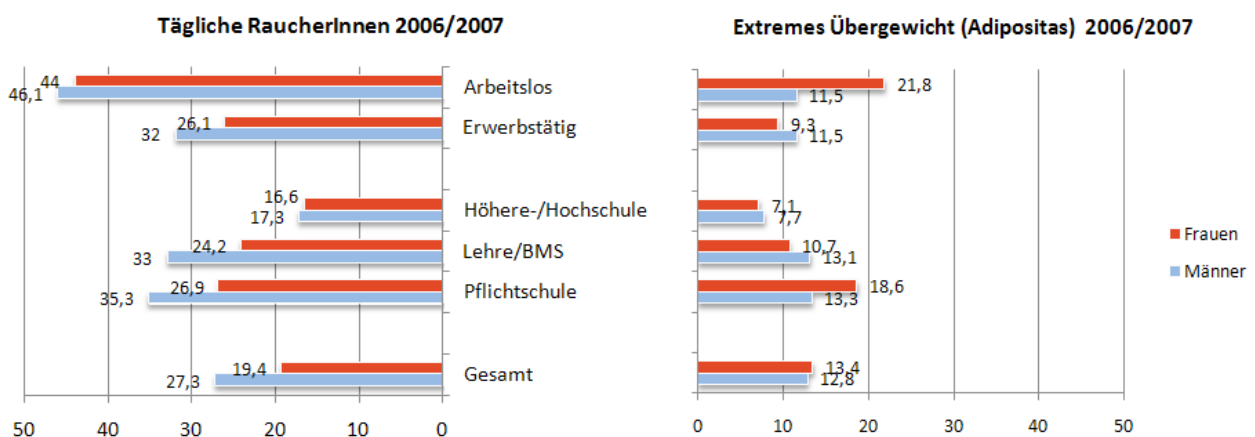
Zudem sind Menschen mit geringerem Bildungsgrad häufiger von Krankheit betroffen.²⁰

Ein wichtiges Merkmal des allgemeinen Gesundheitsverhaltens eines Menschen ist dessen Rauchverhalten. Das Rauchverhalten von Frauen und Männern in Abhängigkeit von ihrem Bildungsgrad zeigt: Je höher die Bildung, desto weniger RaucherInnen sind zu verzeichnen.

Grundsätzlich rauchen Männer in jeder Bildungsstufe anteilmäßig mehr als Frauen. Männer mit einem Pflichtschulabschluss rauchen aber doppelt so häufig wie Männer mit der höchsten Ausbildung (35,3% zu 17,3%). Auch bei Frauen ist dieser Bildungsunterschied zu erkennen, wenn auch nicht so deutlich (26,9% zu 16,6%). Auffallend ist eine sehr hohe RaucherInnenquote von über 40% bei von Arbeitslosigkeit betroffenen Menschen.

Auch im Hinblick auf extremes Übergewicht (Adipositas) lässt sich der oben erwähnte Zusammenhang mit dem Bildungsgrad erkennen. Die unten angeführte Grafik zeigt, dass extremes Übergewicht bei Frauen der untersten Bildungsstufe 2,6-mal (bei Männern 1,7 mal) so häufig auftritt wie bei Akademikerinnen. Etwa die gleiche Relation ergibt sich im Vergleich Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit. Arbeitslose Frauen sind im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen 2,3 mal öfter von Adipositas betroffen. Diese Tatsache ist bei Männern nicht zu verzeichnen, da der Anteil von Übergewichtigen zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen mit jeweils 11% gleich bleibt.

Abbildung 11: Einfluss der sozialen Lage auf den gesundheitsbeeinflussenden Lebensstil



Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, S. 59

18 Mielck, 2002, S. 389

19 Statistik Austria, 2009, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, S. 59ff

20 Rieder, 2005, S. 105

Die Frage nach der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands ist ein guter Indikator für das Wohlbefinden der Bevölkerung hinsichtlich körperlicher, psychischer und sozialer Aspekte. Bei Frauen wird die Zufriedenheit wie auch bei Männern besser bewertet, je höher ihr Bildungsgrad ist. Laut österreichischer Gesundheitsbefragung 2006/2007 beurteilen 67,5% der Frauen, die einen Pflichtschulabschluss als höchste Ausbildung angeben, ihren Gesundheitszustand mit ‚sehr gut‘ oder ‚gut‘; dem stehen 85,3 % der Frauen mit höherer Ausbildung oder Hochschulabschluss gegenüber.

Kleine Unterschiede ergeben sich im Vergleich der Geschlechter, da Frauen ihren Gesundheitszustand grundsätzlich als schlechter einschätzen als Männer. Diese Unterschiede werden im fortgeschrittenen Alter deutlicher, da bei höherer Lebenserwartung von Frauen auch das Ausmaß gesundheitlicher Beeinträchtigungen wächst. Bei Frauen wird ein Rückgang der Zufriedenheit ab dem 35. Lebensjahr, bei Männern ab dem 40. Lebensjahr erkennbar. Die größten Unterschiede findet man in der Altersklasse ab 75 Jahren, in der nur noch 35% der Frauen – aber 44% der Männer - ihren Gesundheitszustand mit ‚sehr gut‘ oder ‚gut‘ beschreiben.²¹

Tabelle 12: Subjektiver Gesundheitszustand nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht, altersstandardisierte Werte

Subjektiver Gesundheitszustand		Sehr gut und gut	Mittelmäßig	Schlecht und sehr schlecht
		In 1.000	In Prozent	
Frauen				
Insgesamt	3.624,3	77,4	17,4	5,1
Pflichtschule	1.210,5	67,5	24,7	7,8
Lehre / BMS	1.513,6	78,8	16,9	4,3
Höhere Schule, Hochschule	900,1	85,3	11,4	3,2
Männer				
Insgesamt	3.367,6	78,8	16,1	5,2
Pflichtschule	671,4	69,5	21,6	8,9
Lehre / BMS	1.795,1	78,0	16,7	5,3
Höhere Schule, Hochschule	901,1	87,7	9,9	2,5

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2008, Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten der Gesundheit, S. 38

21 Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2007, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, S. 13f

5. Geschlechts- und schichtspezifische Aspekte der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen

Mag.^a Martha Scholz, Soziologin, Frauengesundheitszentrum Wels, PGA

Obwohl Frauen eine höhere Lebenserwartung und eine geringere Mortalitätsrate aufweisen, fühlen sie sich oft nicht wohl, sie klagen häufiger über gesundheitliche Beschwerden und konsultieren öfter ÄrztInnen als Männer. Dabei ist jedoch zu beachten, dass Frauen sowohl für die hormonelle Verhütung als auch während der Reproduktionsphase und Wechseljahre entsprechende medizinische Leistungen in Anspruch nehmen müssen. Die eigene Gesundheit betreffend ist die Sorge um den eigenen Körper bei Frauen weitaus ausgeprägter; Männer halten sich hingegen für gesünder. Sie konsultieren ÄrztInnen und soziale Hilfe bei absoluter Krankheit und Hilflosigkeit. Traditionell war und ist es die Aufgabe der Frau, sich um die Gesundheit ihrer Familienmitglieder zu kümmern, wobei dies oft auch mit einer gesundheitlichen Belastung hinsichtlich zu pflegender Angehöriger einhergeht.

Geschlechtsspezifische Rollenstereotypen können sich auf das Gesundheitsrisiko auswirken. Die Ansprüche eines Mannes an die eigene Person, Probleme selbst lösen und Unwohlsein ertragen zu können, sowie die hohe Erwartung an die eigene Leistung erschweren das Aufsuchen persönlicher, informeller und professioneller Hilfe.²²

Durchhaltestrategien von Frauen in ihrem Bemühen, für andere da zu sein und ihre eigenen Bedürfnisse und Befindlichkeiten zurückzustellen, führen zu einer verzerrten Darstellung der Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Gesundheitssektor. Die Forschung zeigt, wie sehr das Aufsuchen von Hilfsangeboten von den eigenen Lebensentwürfen, persönlichen Erwartungen, Belastungen, Coping-Strategien sowie vom strukturellen Angebot abhängt.²³

5.1 Besuch von ÄrztInnen

Laut österreichischer Gesundheitsbefragung 2006/2007 liegt die ambulante Gesundheitsversorgung in erster Linie im Verantwortungsbereich der AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen, aber auch in dem von Ambulatorien und Ambulanzen. Vier von fünf ÖsterreicherInnen ab 15 Jahren gaben bei der Befragung an, innerhalb der letzten zwölf Monate eine/n AllgemeinmedizinerIn aufgesucht zu haben. Frauen wiesen durchschnittlich mehr ÄrztInnenbesuche auf als Männer. Dies trifft sowohl auf Besuche bei ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, auf InternistInnen, sonstige FachärztInnen und ZahnärztInnen zu, nicht jedoch auf den Besuch von BetriebsärztInnen (davon etwa 1/3 zum Zweck einer Vorsorgeuntersuchung). Bei den Frauen ist des Weiteren die Inanspruchnahme von GynäkologInnen zu erwähnen.

22 Klotz, Hurrelmann 1998, S.20ff

23 Sabo, Gordon 1995

Tabelle 13: Inanspruchnahme von ÄrztInnen in den letzten 12 Monaten

Behandlungsangebot	Personen/Fälle		Sex-Ratio (Männer=1)
	Frauen	Männer	
AllgemeinmedizinerIn	2.964.700	2.545.900	1,2
Spitals- oder Unfallambulanz	685.000	616.300	1,1
Betriebsärztin/Betriebsarzt	123.000	247.700	0,5
GynäkologIn	2.029.600	0	0
UrologIn	155.800	548.900	0,3
Hautärztin/Hautarzt	572.600	417.600	1,4
Augenärztin/Augenarzt	1.083.700	777.900	1,4
InternistIn	608.900	484.900	1,3
OrthopädIn	453.000	333.400	1,4
HNO-Ärztin/-Arzt	384.200	330.000	1,2
Zahnärztin/Zahnarzt	2.239.800	1.983.500	1,1

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2007, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, S. 210ff

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. Zu beobachten ist, dass die Inanspruchnahme von InternistInnen, in abgeschwächter Form auch von sonstigen FachärztInnen, bei Frauen mit zunehmendem Alter zwar zunächst der Tendenz nach zunimmt, im höheren Alter aber wieder rückläufig ist. Besuche bei GynäkologInnen nehmen mit zunehmendem Alter rasant ab. Gleichzeitig fällt auf, dass im Alter InternistInnen und sonstige FachärztInnen von Frauen seltener als von Männern in Anspruch genommen werden. Dies deutet darauf hin, dass bei Frauen im Alter neben quantitativen auch qualitative Aspekte in der Gesundheitsversorgung eine Rolle spielen.

Möglicherweise wirkt sich hier u.a. auch die Tatsache aus, dass FachärztInnen nur selten Hausbesuche machen, ältere Menschen (insbesondere Frauen) aufgrund von Multimorbidität und Mobilitäts- bzw. Bewegungseinschränkungen jedoch oft nicht in der Lage sind, eine/n FachärztIn aufzusuchen. Zu untersuchen wäre in diesem Zusammenhang, inwieweit die Art, wie ältere Frauen ihre gesundheitlichen Probleme und Beschwerden darstellen, und das Überweisungsverhalten der ÄrztInnen für Allgemeinmedizin dabei eine Rolle spielen.²⁴

Tabelle 14: ÄrztInnenbesuche nach Alter und Geschlecht in den letzten 12 Monaten

Alter (Jahre)	ÄrztIn für Allgemeinmedizin		InternistIn		Gynä- kologIn	Sonstige Fach- ärztInnen		Spitals- oder Un- fallambulanz		
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Frauen	Männer	Frauen	Männer	
	in %									
15-29	75,5	67,4	6,0	4,4	64,1	6,3	5,8	19,4	19,7	
30-44	75,3	70,5	11,0	8,4	71,3	8,6	6,7	15,8	18,3	
45-59	82,6	78,1	20,8	17,3	62,4	11,5	8,9	19,9	16,9	
60-74	90,3	86,8	27,5	28,6	42,2	10,3	6,8	20,9	17,9	
75+	93,8	90,3	25,3	30,6	14,8	4,2	10,3	19,9	19,7	

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2007, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, S. 210ff

Die (Haupt-)Gründe für einen ÄrztInnenbesuch variieren ebenfalls stark mit dem Alter: In der jüngsten Altersgruppe entfallen 60% auf Krankheiten, 11% auf Kontrolluntersuchungen und je 8% auf Unfälle und Rezepte. In der höchsten Altersgruppe entfallen hingegen 30% auf Krankheiten, 27% auf Kontrolluntersuchungen, 35% auf Rezepte und 1% auf Unfälle.²⁵

Auf regionaler Ebene zeigt sich, so der Bericht der österreichischen Gesundheitsbefragung, dass im Burgenland 90% der Bevölkerung ab 15 Jahren in den letzten zwölf Monaten eine/n AllgemeinmedizinerIn aufgesucht haben – im Bundesländervergleich der absolut höchste Wert.²⁶ Ein Ansatz, diese Tatsache zu erklären, könnte der Umstand sein, dass in ländlichen Bereichen praktische ÄrztInnen als FachärztInnen aufgesucht werden, da deren Erreichbarkeit und Nähe eher gegeben ist, im Vergleich zu FachärztInnen in dicht besiedelten Regionen.

5.2 Stationäre Aufenthalte

Im Jahr 2008 wurden in den österreichischen Akut-Krankenanstalten insgesamt 2.678.627 Entlassungen nach stationären Aufenthalten verzeichnet, in den übrigen Versorgungssektoren waren es 115.862.²⁷ 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 – im Vergleich 2007/2008 stieg sie um 1,9%, seit 1989 ist sie um 52,3% gestiegen. Gegenläufig dazu nimmt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer kontinuierlich ab (1989 waren es 11,0 Tage, im Jahr 2008 6,8 Tage).

Das Bundesland Wien hat seit dem Jahr 2001 die längste durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akut-Krankenanstalten, welche 2008 durchschnittlich 7,7 Tage betrug. Die kürzeste Aufenthaltsdauer verzeichnete das Burgenland mit 5,8 Tagen im Berichtsjahr 2008. Unterschiede im Bundesländervergleich ergeben sich auch hinsichtlich der überproportional hohen Zahl an Spitalsentlassungen in Wien: Ein Viertel der Entlassungsfälle in österreichischen Akut-Krankenanstalten erfolgt in Wiener Spitälern, wobei zu bemerken ist, dass jeder sechste Entlassungsfall ein anderes Wohnbundesland als Wien aufweist. Ergänzend dazu werden jeweils rund ein Fünftel der Entlassungen in österreichischen Akut-Krankenanstalten, die den Wohnbundesländern Burgenland oder Niederösterreich zuzuschreiben sind, nicht in Krankenanstalten der jeweiligen Bundesländer vorgenommen. 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

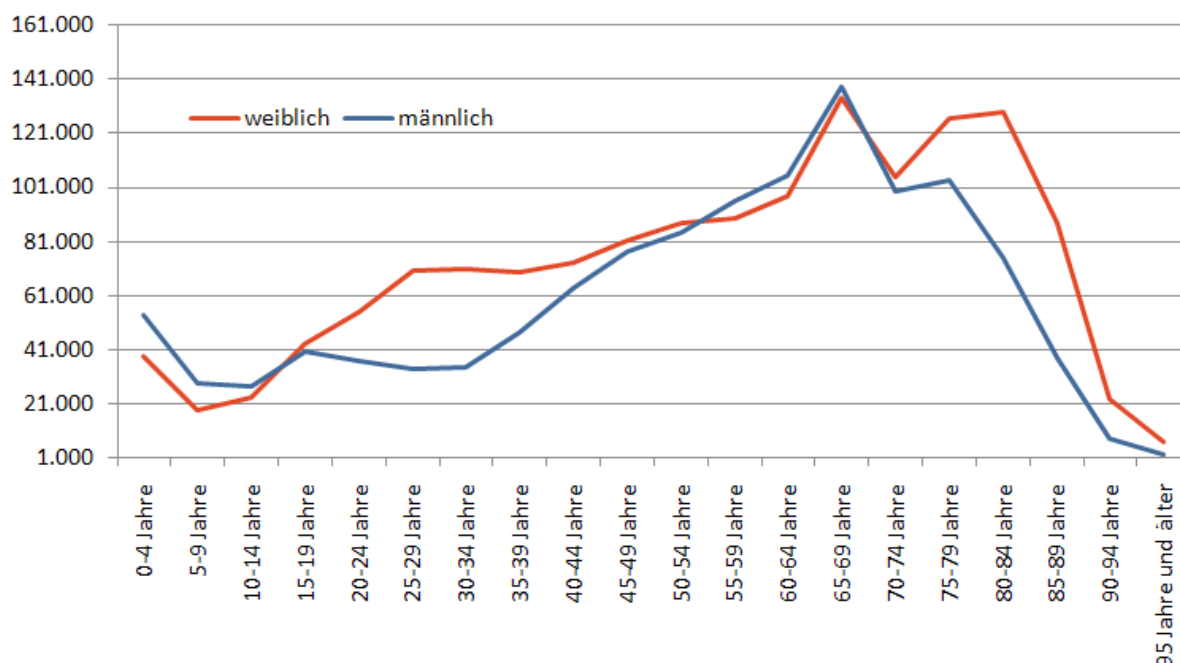
25 Zit.n. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2007, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, S. 45

26 Kärnten 80%, Niederösterreich 80%, Oberösterreich 81%, Salzburg 78%, Steiermark 77%, Tirol 80%, Vorarlberg 70%, Wien 74% (Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, S. 210)

27 Die österreichischen Krankenanstalten sind vier Versorgungssektoren zuzuordnen, wobei der Großteil der im Rahmen der Spitalsentlassungsstatistik im Berichtsjahr 2008 erfassten 266 Spitäler zu den Akut-Krankenanstalten zu zählen ist (181 Häuser), zum Versorgungssektor Langzeitversorgung werden 22, zum Sektor Rehabilitation 55 und zum Sektor Genesung/Kur werden 8 Krankenanstalten gerechnet.

von Männern um das Doppelte bis Dreifache überstieg. Das Überwiegen der Spitalsentlassungen bei Frauen ist in erster Linie in der Altersstruktur der Bevölkerung begründet und auf Schwangerschaft und Geburt zurückzuführen. Rund doppelt so viele Spitalsentlassungen bei Frauen wie bei Männern erfolgen auch im Alter von 25 bis 34 Jahren. Insgesamt wird rund die Hälfte aller Spitalsentlassungen in Akutspitälern bei ab 60-Jährigen durchgeführt.²⁸

Abbildung 12: Spitalsentlassungen 2008 nach Alter



Quelle: Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_gesamt/index.html, (dl 15.05.2010)

5.3 Soziale Schicht und Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten

Mag.^a Sonja Kodelitsch MSc., Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

In Österreich gibt es, ebenso wie in allen anderen europäischen Ländern, gesundheitliche Ungleichheiten aufgrund von unterschiedlichen sozialen Lagen der Bevölkerung. Ein niedriger sozioökonomischer Status, d. h. niedrige Bildung, eine niedrige berufliche Stellung und ein niedriges Einkommen, bedeuten häufig ein ungesünderes und kürzeres Leben. Soziale Ungleichheiten wirken sich somit auf die Gesundheit aus. Die Gesundheitschancen von ärmeren und wohlhabenderen Bevölkerungsgruppen klaffen auseinander.²⁹

Die „Oberschicht“ hat in der heutigen Gesellschaft aufgrund des größeren materiellen Wohlstandes potenziell mehr Freiheit bei der Wahl des eigenen Lebensstils als die Unterschicht. Letztere ist durch den geringeren materiellen Wohlstand an gewisse Lebensbedingungen gebunden. Das Gesundheitsverhalten (bzw. der Lebensstil) und die sozialen Verhältnisse sind eng miteinander verwoben. Zum Lebensstil zählen sowohl Konsumgewohnheiten, Einstellungen und Verhaltensweisen. Unser Gesundheitsverhalten und unser Lebensstil

28 Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_gesamt/index.html, (dl 15.05.2010)

29 Fonds Gesundes Österreich, 2008, S. 1

sind von gültigen sozialen Normen, von sozialer Kontrolle, von infrastrukturellen Bedingungen und erlebten Stressfaktoren beeinflusst, die wiederum spezifische Verhaltensweisen determinieren.³⁰

Ungleichheiten können in drei Versorgungsbereichen im Gesundheitssystem Auswirkungen zeigen: in der ambulanten und in der stationären Versorgung sowie im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Die Aspekte der Ungleichheit können sich auf den Zugang, die Inanspruchnahme und auf die Qualität auswirken.³¹ Ungleichheiten im Zugang zu ambulanten Versorgungsangeboten können durch den Unterschied von gesetzlicher Krankenversicherung im Vergleich zur privaten Krankenversicherung entstehen. Im Falle einer gesetzlichen Krankenversicherung sind teilweise Aufzahlungen für die Inanspruchnahme bestimmter Leistungen nötig, die sozial niedrigeren Bevölkerungsgruppen den Zugang erschweren bzw. unmöglich gestalten. Hinzu kommen möglicherweise längere Wartezeiten, wenn keine private Krankenversicherung vorliegt. Eine Ungleichheit im stationären Bereich entsteht z.B. bei Transplantationen, ebenso aufgrund des Unterschieds zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Auch bei präventiven und/oder gesundheitsförderlichen Angeboten stellt eine mögliche Kostenpflichtigkeit eine Zugangsbarriere für sozial schlechter gestellte Personen dar.

Es gibt also eine reale soziale Hierarchie, die sich im Bereich der (individuellen) Gesundheit auswirkt. Als zentraler Faktor dieser sozialen Ungleichheit wird die Bildung angesehen.

Bildungschancen sind nach der sozialen Herkunft ungleich verteilt: Kinder aus unteren Bildungs-, Berufs- und Einkommenschichten finden schlechtere Bildungschancen vor. Auch können der Migrationshintergrund und die zu Hause gesprochene Sprache die Bildungschancen reduzieren (insbesondere Kinder mit türkischer Herkunft und aus dem ehemaligen Jugoslawien sind davon betroffen). In der Sekundarstufe sind Kinder im ländlichen Bereich gegenüber den städtischen Kindern benachteiligt, weil sie in vielen Fällen eine geringere Chance haben, eine AHS zu besuchen. Auch eine ungleiche Verteilung der Geschlechter ist festzustellen: mehr Mädchen besuchen eine Schule mit Matura, bzw. schließen mehr Mädchen diese ab. Ebenso entstehen Ungleichheiten oft durch Leistungsunterschiede. Diese wiederum gründen darauf, dass Kinder unterschiedliche Startvoraussetzungen mit sich bringen. Kinder aus unteren sozialen Schichten können in manchen Fällen bei Hausübungen nicht adäquat unterstützt werden; sie sind mit geringeren Bildungserwartungen seitens der Eltern konfrontiert und/oder erhalten kaum oder keine bezahlte Nachhilfe. Darüber hinaus wählen Kinder aus unteren sozialen Schichten bei gleicher Leistung weniger oft eine höhere Schule, da höhere Kosten vermutet werden.³²

Die Bildung hat einen erheblichen Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. Höher gebildete Personen fühlen sich generell gesünder; sie leiden seltener an chronischen Krankheiten und Schmerzen und neigen weniger häufig zu gesundheitsriskantem Verhalten. Auch präventive Angebote werden von ihnen stärker in Anspruch genommen. Personen mit einem Pflichtschulabschluss verfügen im Vergleich zu Personen mit höherer Schulbildung über eine höhere Prävalenz bei ausgewählten chronischen Erkrankungen wie z.B. Wirbelsäulenbeschwerden, Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus und Diabetes. Der Anteil an übergewichtigen / adipösen Personen ist in der Gruppe mit niedrigem Bildungsniveau höher, ebenso der Anteil an RaucherInnen und sportlich Inaktiven. Das Impfverhalten korreliert ebenso positiv mit dem Bildungsniveau: Durchgängig ist eine höhere Bereitschaft und eine höhere Inanspruchnahme feststellbar, bei Frauen stärker als bei Männern. Der gleiche Effekt zeigt sich bei den angebotenen Vorsorgeuntersuchungen (Gesundenuntersuchung, PSA-Test, Mammografie und Krebsabstrich).³³

Es besteht darüber hinaus ein Zusammenhang zwischen Einkommenshöhe und Gesundheit. Insbesondere bei der subjektiven Gesundheit, bei starkem Übergewicht und beim Risiko für chronische Erkrankungen ist der Zusammenhang deutlich. Einkommensschwache Personen bewerten ihren subjektiven Gesundheitszustand schlechter, sie sind häufiger von Adipositas betroffen und leiden vermehrt an chronischen Krankheiten und

30 Friedl, 2008, S. 19

31 Wesenauer, et al. 2009, S. 26 ff

32 Bacher, <http://www.arbeiterkammer.at/bilder/d81/AbstractBacher.pdf>, (dl 25.01.2011)

33 Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2008, S. 8ff

Gesundheitsproblemen. Präventivmaßnahmen wie Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen werden von Personen der höheren Einkommensklassen stärker in Anspruch genommen.³⁴

Beim Zusammenhang von beruflicher Tätigkeit und Gesundheit erscheint der Anteil an (niederer) manueller Arbeit als ausschlaggebend. Letztere wirkt sich negativ auf die subjektive Gesundheit aus und geht mit stärkeren gesundheitlichen Belastungen für die ArbeitnehmerInnen einher.

Verschiedene Studien und Untersuchungen belegen, dass Personen mit einem niedrigeren Bildungsniveau signifikant häufiger eine(n) Allgemeinmediziner/in (Hausarzt/ärztin) in Anspruch nehmen als Personen mit höherer Bildung. Umgekehrt bedeutet das für die Inanspruchnahme von Fachärzten/ärztinnen, dass diese häufiger von höher gebildeten Personen aufgesucht werden. Menschen mit höherem sozialen Status nehmen seltener an stationären medizinischen Rehabilitationen teil als Personen mit geringerem und mittlerem sozialem Status. Dies bestätigt sich nicht durchgängig und fällt bei verschiedenen Indikationen anders aus.³⁵

Von einer genauen Beschreibung der einzelnen Zusammenhänge und Ergebnisse wird an dieser Stelle des Berichts abgesehen, da eine genaue Erläuterung derselben im Kapitel „Lebensrealitäten“ zur Verfügung steht.

34 Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2008, S. 7ff

35 Wesenauer, et al. 2009, S. 29ff

IV Epidemiologie

Österreichischer
Frauengesundheitsbericht 2010/2011

Kapitel 4

IV. EPIDEMIOLOGIE

1. Lebenserwartung bei Frauen und Männern	76
2. Geschlechtsspezifische Todesursachen und Verletzungen	79
2.1 Selbstmord	83
2.2 Verletzungen und Unfälle	85
3. Frauenherzen	88
3.1 Geschlecht und Kardiologie	88
3.2 Kardiovaskuläre Risikofaktoren, Prävention	91
3.3 Diagnostik	95
3.4 Therapie	97
3.4.1 Revaskularisierung	98
3.4.2 Medikamentöse Therapie	99
3.5 Herzinsuffizienz	100
3.6 Rehabilitation	101
3.6.1 Anschlussheilverfahren: Inanspruchnahme von Rehabilitationszentren	102
4. Epidemiologie der häufigsten Krebserkrankungen bei Frauen	104
4.1 Primär- und Sekundärprävention der häufigsten Krebserkrankungen bei Frauen - Brustkrebs	106
4.1.1 Problemstellungen im Mammografie-Screening	107
4.1.2 Wissenschaftliche Erkenntnisse zu Mammografie-Screening-Programmen	110
4.1.3 Modellprojekte in Österreich und Stand der Umsetzung eines Mammografie-Screening-Programms	111
4.1.4 Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung von Frauen mit Brustkrebs	112
4.1.5 Etablierung von Brustzentren mit Qualitätszertifikat	113
4.1.6 Das Aktionsprogramm der Europäischen Union gegen Krebs	114
4.2 Präventive Maßnahmen bei Darmkrebs	115
4.3 Prävention von Lungenkrebs	117
4.4 Gebärmutterhalskrebs	118
4.4.1 HPV-Impfung	119
5. Psychische Gesundheit von Frauen	121
5.1 Daten zu psychischen Beeinträchtigungen	122
5.2 Psychische Erkrankungen	124
5.2.1 Depression	124
5.2.2 Angsterkrankungen	126
5.2.3 Burnout	126
5.3 Macht Familie krank?	127
5.4 Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz	128
5.4.1 Psychische Belastungen - Krankenstände im Jahresvergleich	128
5.4.2 Work-Life-Balance	130
5.5 Psychosoziale Präventionsmaßnahmen	130

5.6	Alzheimer Demenz	131
5.6.1	Begleitung von Menschen mit Demenz	133
5.7	Frauen in der Psychiatrie	135
6.	Infektionskrankheiten	138
6.1	HIV / Aids	138
6.1.1	Epidemiologie	138
6.1.2	HIV / AIDS-Forschung: Frauen immer noch unterrepräsentiert	140
6.1.3	Neue Präventionsmethoden	141
6.1.4	Schwangerschaft und HIV	141
6.1.5	Psychosoziale Aspekte der HIV-Infektionen	142
6.1.6	Versorgung HIV-positiver Frauen in Österreich	143
6.2	Sexuell übertragbare Infektionen in Österreich	144
7.	Der weibliche Verdauungstrakt	147
7.1	Die weibliche Harninkontinenz: Aktuelle Aspekte zu Diagnostik und Therapie im Jahre 2010	147
7.1.1	Diagnostik der Harninkontinenz	147
7.1.2	Therapie der Harninkontinenz	148
7.1.3	Belastungsinkontinenz	148
7.1.4	Therapie der Dranginkontinenz	148
7.1.5	Harninkontinenz im Alter	149
7.2	Reizdarm	149
7.3	Oberbauchbeschwerden, Gastritis, Refluxösophagitis	151
7.4	Der Zahnstatus	152
8.	Stoffwechsel, Atmungsorgane, Muskelaufbau und Skelett	154
8.1	Osteoporose	156
8.1.1	Definition	156
8.1.2	Verbreitung der Osteoporose	156
8.1.3	Risikofaktoren der Osteoporose	157
8.1.4	Einteilung der Osteoporose	158
8.1.5	Diagnose	159
8.1.6	Prävention	160
8.1.7	Therapie	160
8.1.8	Indikationen zur Knochendichtemessung	161
9.	Die Gesundheitsmanagerin	162
9.1	Ernährungsverhalten von Frauen	162
9.1.1	Geschlechtsspezifische Unterschiede im Nährstoffbedarf und in der Nährstoffaufnahme	162
9.1.2	Geschlechtsspezifische Unterschiede im Lebensmittelkonsum	165
9.1.3	Geschlechtsspezifische Unterschiede im Ernährungsverhalten	166
9.1.4	Ernährung und Psyche	166
9.1.5	Ernährung in der Schwangerschaft und Stillzeit	167

9.1.6 Ernährung in der Menopause	168
9.2 Bewegung und Sport	171
9.2.1 Sport und Gesundheit	171
9.2.2 Wie häufig betätigen sich ÖsterreicherInnen in ihrer Freizeit sportlich?	172
9.2.3 Zugangsmöglichkeiten der Frauen zu Sport.....	175
9.2.4 Zusammenfassung und Ausblick.....	176
10. Schlaf und Schlafstörungen	177
10.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede im Schlafverhalten	178
10.2 Konsequenzen und Gesundheitsrisiken	180
Unterschiede der medikamentösen Therapie.....	525

IV. EPIDEMIOLOGIE

Mag.^a Sonja Kodelitsch MSc., Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

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 ist die Wissenschaft von der Verteilung und den Determinanten gesundheitsbezogener Zustände und Ereignisse in bestimmten Populationen, sowie die Anwendung dieser Wissenschaft und die Steuerung der Präventionsmaßnahmen. Sie macht Sachaussagen und stellt kausale Zusammenhänge für Krankheit dar, bezogen auf psychosoziale und biologische Faktoren. Sie beschreibt das Auftreten von Krankheiten, die Determinanten mit deren Verteilung und Häufigkeit (deskriptive Epidemiologie), sowie die Hintergründe, Ursachen und die Wirkung von Krankheiten (analytische Epidemiologie).

Ziele sind die Beobachtung und die Darstellung der kausalen Zusammenhänge von und für Krankheiten, das Erkennen der gefährdeten Gruppen und das Erkennen und Beseitigen von Ursachen.

Man kann die Epidemiologie auch als den Nachrichtendienst des Gesundheitswesens bezeichnen, denn sie erbringt folgende Leistungen:

- Information über die Häufigkeit von Krankheiten
- Hinweise auf bisher unbekannte Gesundheitsstörungen
- Beitrag zur Aufklärung von Risikofaktoren und Erkrankungsursachen
- Bestimmung der Verteilung von Erkrankungsursachen und Risikofaktoren in der Bevölkerung oder in der Umwelt = Voraussetzung für präventive Maßnahmen
- Kontrolle der Wirksamkeit von Maßnahmen des Gesundheitswesens

Ein besonderes Merkmal ist die Interdisziplinarität – es fließen Kenntnisse aus den Bereichen Medizin, Soziologie, Psychologie, Statistik, Demografie und aus den Naturwissenschaften ein.

Die (bevölkerungsbezogene) Epidemiologie unterscheidet sich wesentlich von der (individuumbezogenen) klinischen Medizin. Methoden und Ergebnisse beider ergänzen sich jedoch gegenseitig - sowohl im Bereich der Diagnostik als auch in der Therapie.¹

Im vorliegenden Abschnitt des Frauengesundheitsberichts werden folgende epidemiologische Daten (Prävalenzen, Inzidenzen und Erkrankungsrisiken) dargestellt und speziell in Bezug auf Frauen interpretiert:

- die Lebenserwartung in Österreich und deren Veränderung,
- geschlechterspezifische Todesursachen, Verletzungen, Unfälle und Selbstmord,
- Herz-Kreislaufkrankungen von Frauen, deren Risikofaktoren und Prävention, Therapie und Rehabilitation,
- die häufigsten Krebserkrankungen bei Frauen, im Speziellen die Themen Brustkrebs und Mammografie,
- die psychische Gesundheit und Krankheit von Frauen in Österreich, sowie deren Prävention,
- Infektionskrankheiten,
- die weibliche Verdauung, der Stoffwechsel, die Atmung, Muskelaufbau und Skelett,
- die Frau als Gesundheitsmanagerin und ihr eigenes Gesundheitsverhalten im Bereich Ernährung und Bewegung, sowie
- die Themen Schlafen und Schlafstörungen.

1 Infektionen, <http://www.infektionsnetz.at/TextExtEpidemiologie.phtml>, (dl 29.09.2010)

1. Lebenserwartung bei Frauen und Männern

Mag.^a Martha Scholz, Soziologin, Frauengesundheitszentrum Wels, PGA

Die durchschnittliche Lebenserwartung hat sich in den vergangenen 150 Jahren aufgrund der niedrigen Säuglings- und Kindersterblichkeit und geringen Müttersterblichkeit stark erhöht. Gleichzeitig ist auch eine Verlängerung der Lebenserwartung in den mittleren und höheren Lebensjahren zu verzeichnen.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wiesen Männer eine Lebenserwartung von 40,6 Jahren, Frauen eine von 43,4 Lebensjahren auf. 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.

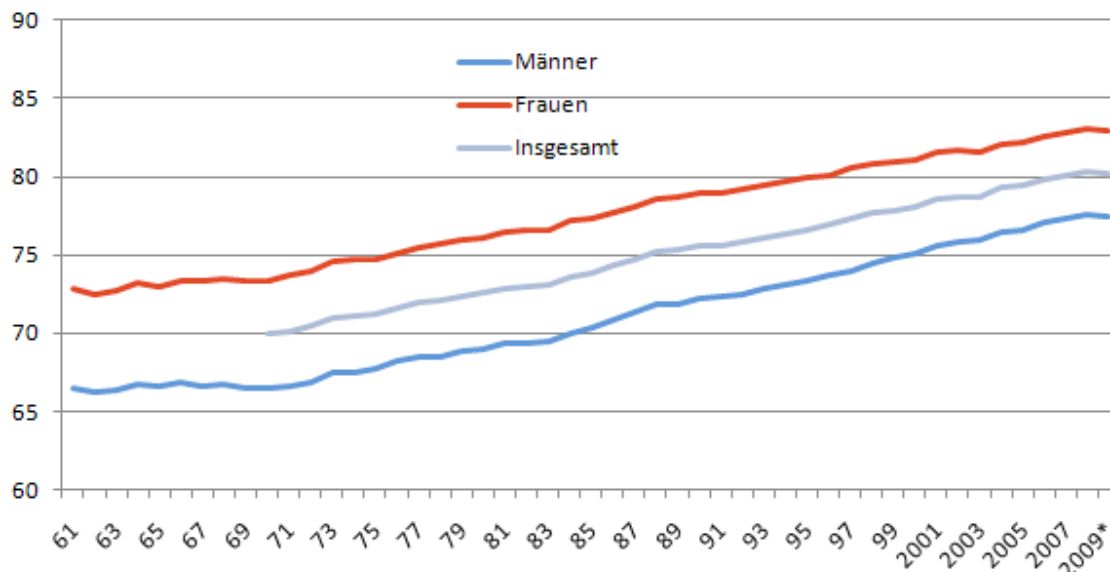
Die ferne Lebenserwartung, das heißt die noch zu erwartenden Lebensjahre, stieg ab dem 60. Lebensjahr bei Männern und Frauen von 1970 bis 2008 um mehr als sechs Jahre und beträgt heute bei Männern 21,3 Jahre und bei Frauen 25,1 Jahre. Auch in Zukunft ist mit einem weiteren Anstieg der ferneren Lebenserwartung zu rechnen.

Der Vergleich der Lebenserwartung in den österreichischen Bundesländern zwischen 1991 und 2008 verweist auf das bekannte West-Ost-Gefälle: Vorarlberg, Tirol, Kärnten, Salzburg liegen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen über dem österreichischen Durchschnitt, Wien, Niederösterreich und das Burgenland darunter. Das Burgenland hat die größte Differenz der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen zu verzeichnen (6,4 Jahre), Salzburg den größten Zuwachs in der Lebenserwartung von 2001 auf 2008 (bei beiden Geschlechtern).

Tabelle 15: Lebenserwartung bei der Geburt (Geschlecht, Bundesland, 1991, 2001, 2008)

	Frauen			Männer			Differenz F-M in Jahren			Zuwachs in Jahren 2001-2008	
	1991	2001	2008	1991	2001	2008	1991	2001	2008	Frauen	Männer
Burgenland	78,3	81,7	83,0	70,8	75,1	76,6	7,5	6,6	6,4	1,3	1,5
Kärnten	79,4	81,9	83,7	71,8	75,9	77,6	7,6	6,0	6,1	1,8	1,7
Niederösterreich	78,9	80,9	82,5	72,0	75,6	77,0	6,9	5,3	5,5	1,6	1,4
Oberösterreich	79,1	81,7	83,0	72,9	75,8	78,2	6,2	5,9	4,8	1,3	2,4
Salzburg	79,5	81,3	83,9	74,1	76,3	79,2	5,4	5,0	4,7	2,6	2,9
Steiermark	78,9	81,5	83,4	72,5	75,6	77,3	6,4	5,9	6,1	1,9	1,7
Tirol	79,6	82,0	83,7	74,1	76,7	79,3	5,5	5,3	4,4	1,7	2,6
Vorarlberg	80,0	82,2	84,1	73,3	75,8	78,3	6,7	6,4	5,8	1,9	2,5
Wien	77,8	80,2	82,1	71,3	74,6	77,0	6,5	5,6	5,1	1,9	2,4
Österreich	78,8	81,2	83,0	72,3	75,5	77,6	6,5	5,7	5,4	1,8	2,1

Quelle: Statistik Austria; basierend auf Volkszählungen 1991 und 2001, Eurostat, Demographische Indikatoren

Abbildung 13: Lebenserwartung bei der Geburt 1961 bis 2009


Quelle: Statistik Austria, 2009, Demographische Indikatoren. Erstellt am: 31.05.2010. - *) Zeitreihenbruch durch verbesserte Vollzähligkeit (im Ausland Gestorbene); ohne Zeitreihenbruch läge die Lebenserwartung 2009 bei 77,7 Jahren (Männer) bzw. 83,0 Jahre (Frauen);

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.²

Gesunde Lebenserwartung

Seit den 1970er Jahren wird die gesunde Lebenserwartung (disability free life expectancy) in der internationalen Gesundheitsberichterstattung als qualitatives Maß für die Lebenserwartung herangezogen. Sowohl die WHO als auch die OECD haben einen Indikator für gesunde Lebenserwartung in ihre Gesundheitsdatenbanken aufgenommen.³ Die Bedeutung der Indikatoren für die gesunde Lebenserwartung liegt in der Möglichkeit, gleichzeitig die Entwicklung von Mortalität, Morbidität und Beeinträchtigung zu beurteilen, und somit die Wahrscheinlichkeit abzuschätzen, ob mit der Zunahme an gewonnenen Lebensjahren ein längeres Leben mit guter oder mit schlechter Gesundheit einhergeht. Analog zur Lebenserwartung bildet die gesunde Lebenserwartung also die Jahre ab, die eine Person in einem gewissen Alter noch bei guter Gesundheit verbringen wird. Das Konzept der gesunden Lebenserwartung erweitert also jenes der Lebenserwartung, um die Qualität der Lebensjahre bewerten zu können.⁴

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.

2 Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/graph.do?tab=graph&plugin=1&pcode=tps00025&language=de&toolbox=data>, (dl 20.05.2010)

3 Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2005, Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, S. 76f

4 Vgl. Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html, (dl 20.05.2010)

Tabelle 16: Lebenserwartung in Gesundheit im Überblick (subjektiver Gesundheitszustand) 1978-2006

Jahr	Männer					Frauen				
	Lebenserwartung in Jahren davon in subjektiv ... Gesundheit				Anteil der subjektiv gesunden Jahre (%)	Lebenserwartung in Jahren davon in subjektiv ... Gesundheit				Anteil der subjektiv gesunden Jahre (%)
	zusammen	(sehr guter	mittel- mäßiger	(sehr schlechter		zusammen	(sehr guter	mittel- mäßiger	(sehr schlechter	
Lebenserwartung bei der Geburt										
1978	68,5	52,4	11,9	4,2	77	75,7	52,9	16,7	6,1	70
1983	69,5	54,0	12,4	3,2	78	76,6	54,6	17,5	4,5	71
1991	72,3	55,7	12,5	4,1	77	79,0	56,9	17,1	5,1	72
1999	74,8	59,1	11,8	3,9	79	80,9	60,5	15,2	5,1	75
2006	77,1	61,7	11,4	4,0	80	82,6	63,2	14,6	4,8	76
Fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren										
1978	12,5	4,1	5,3	3,1	33	15,9	3,6	7,6	4,7	23
1983	13,1	5,0	5,8	2,3	38	16,5	4,9	8,2	3,5	29
1991	14,4	6,0	5,9	2,6	41	18,0	6,0	8,3	3,7	34
1999	15,6	6,9	5,9	2,8	44	19,3	7,4	8,2	3,7	38
2006	17,2	8,7	6,0	2,5	51	20,5	8,9	8,4	3,2	44

Quelle: Statistik Austria, Sterbetafeln bzw. Mikrozensus-Sonderprogramme 1978, 1983, 1991, 1999 und Gesundheitsbefragung 2006/07. Fragestellung 1978-1999: "Wie beurteilen Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand?" Fragestellung 2006: "Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?". Antwortkategorien jeweils: "Sehr gut - Gut - Mittelmäßig - Schlecht - Sehr Schlecht". Da für die Bevölkerung unter 15 Jahren keine Daten vorliegen, wird in dieser Altersgruppe generell ein subjektiv guter Gesundheitszustand unterstellt.⁵

2. Geschlechtsspezifische Todesursachen und Verletzungen

Mag.^a Martha Scholz, Soziologin, Frauengesundheitszentrum Wels, PGA

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 (altersstandardisierte Raten) der Frauen im Vergleich zu jener der Männer deutlich geringer. In allen Lebensaltern (bis hin zur Altersgruppe der unter 80-Jährigen) sterben weniger Frauen als Männer.

Tabelle 17: Gestorbene nach Altersgruppen und Geschlecht 2009

	Gestorbene 2009	
	Frauen (%-Anteil)	Männer
Insgesamt	40.751	36.630
Unter 15 Jahre	207 (46)	245
15 bis unter 20 Jahre	51 (25)	152
20 bis unter 25 Jahre	66 (25)	201
25 bis unter 30 Jahre	75 (28)	197
30 bis unter 35 Jahre	90 (31)	202
35 bis unter 40 Jahre	197 (32)	418
40 bis unter 45 Jahre	263 (34)	501
45 bis unter 50 Jahre	514 (33)	1.045
50 bis unter 55 Jahre	763 (35)	1.415
55 bis unter 60 Jahre	914 (32)	1.959
60 bis unter 65 Jahre	1.416 (34)	2.787
65 bis unter 70 Jahre	2.268 (36)	4.031
70 bis unter 75 Jahre	2.516 (39)	3.940
75 bis unter 80 Jahre	4.379 (45)	5.398
80 bis unter 85 Jahre	7.908 (56)	6.268
85 Jahre und mehr	19.124 (71)	7.871

Quelle: Statistik Austria¹

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.

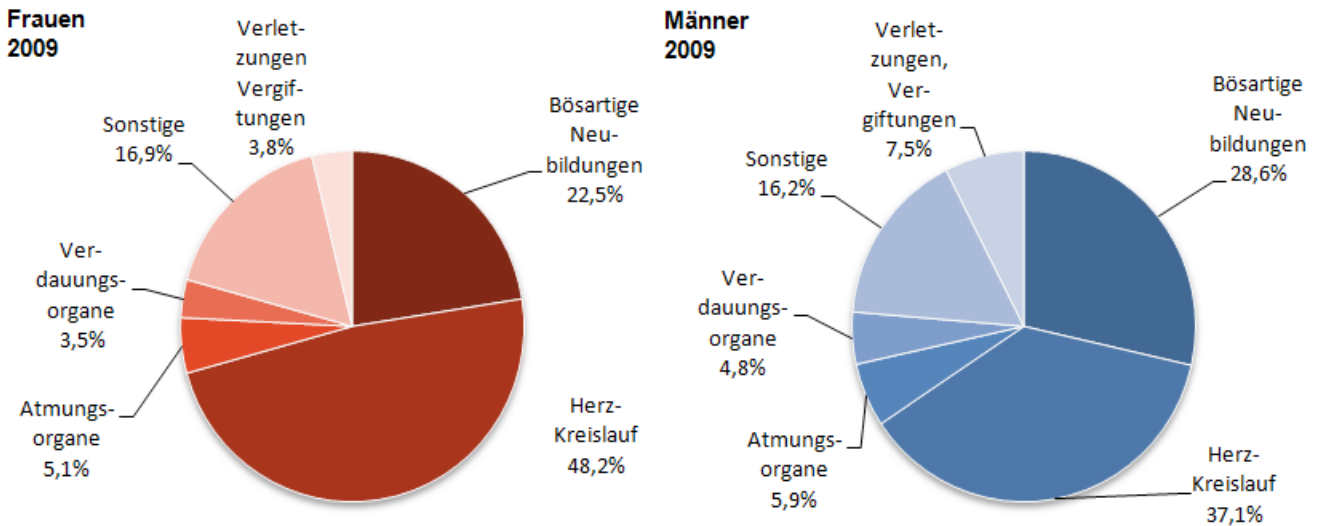
Zweithäufigste Todesursache bilden sowohl bei Frauen als auch bei Männern bösartige Neubildungen. 19.642 Menschen verstarben 2009 in Österreich an Krebs; das sind knapp ein Drittel weniger der Todesfälle wie aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Bei den 2009 in Österreich verstorbenen Frauen war 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.

¹ Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/sterbefaelle/index.html, (dl 20.05.2010)

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.

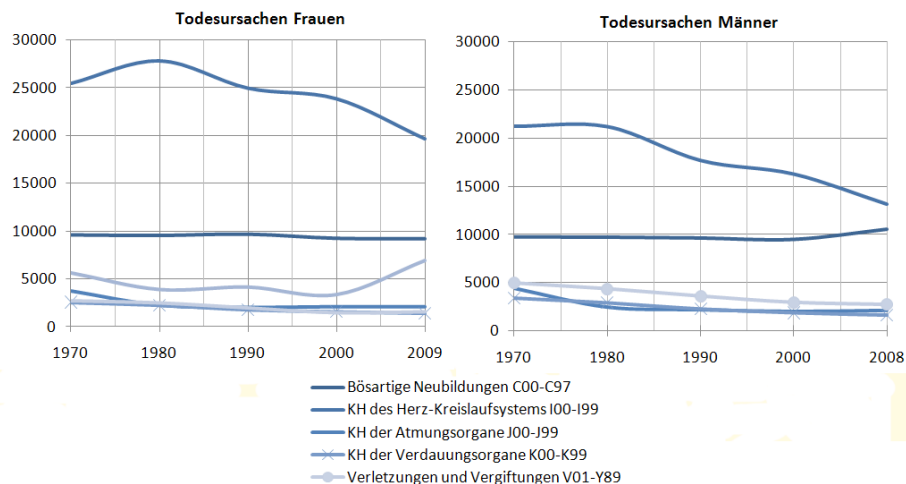
Abbildung 14: Gestorbene 2009 nach Hauptdiagnosegruppen in Österreich, ICD-10



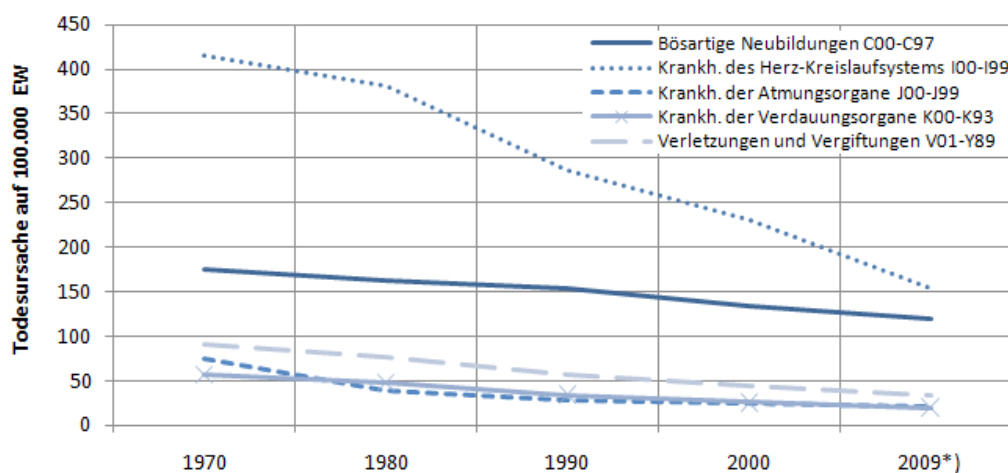
Quelle: Statistik Austria

Der Rückgang der Sterblichkeit von Frauen und Männern im Zeitraum von 1970 bis 2009 ist vor allem auf eine Abnahme der Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurück zu führen. Aber auch die Sterblichkeit infolge von Krankheiten der Atmungs- und Verdauungsorgane sowie aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen ist zurückgegangen. Im Bereich der Krebserkrankungen ist die Anzahl bei Frauen nur geringfügig gesunken (1970: 9.589 Fälle zu 9.173 im Jahr 2009), bei Männern ist diese Zahl jedoch gestiegen (1970: 9.773 Fälle zu 10.469 im Jahr 2009).

Abbildung 15: Gestorbene ab 1970 nach Todesursachen - Österreich



Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik²

Abbildung 16: Gestorbene in Österreich insgesamt ab 1970 nach Todesursachen, altersstandardisierte Raten auf 100.000 EinwohnerInnen


Quelle: Statistik Austria

Insgesamt weist die Sterblichkeit von Männern und Frauen ein deutliches Ost-West-Gefälle auf, insbesondere jene aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartiger Neubildungen und Krankheiten der Verdauungsorgane: die altersstandardisierten Raten der Sterblichkeit sind in Wien, im Burgenland und in Niederösterreich für diese Erkrankungen am höchsten. Die Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane ist bei Männern in Oberösterreich und Vorarlberg am höchsten, bei Frauen in Oberösterreich und Wien. Die Sterberaten für Verletzungen und Vergiftungen sind bei Männern in Salzburg und bei Frauen in Oberösterreich am höchsten.

Tabelle 18: Gestorbene Frauen und Männer 2009 nach Todesursachen, altersstandardisierte Raten auf 100.000 EinwohnerInnen

ICD-10	Bösartige Neubildungen <C00-C97>		KH des Herz-Kreislauf-Systems <I00-I99>		KH der Atmungsorgane <J00-J99>		KH der Verdauungsorgane <K00-K93>		Verletzungen, Vergiftungen <V01-Y89>	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Burgenland	87,4	167,4	126,3	211,4	11,3	23,4	8,6	21,8	13,1	53,6
Kärnten	94,6	150,4	118,8	183,1	14,0	32,7	13,6	29,3	19,3	52,6
NÖ	97,9	163,1	131,4	190,7	16,4	29,9	12,3	29,7	18,4	54,8
OÖ	87,4	150,9	123,3	178,2	17,2	33,3	12,3	26,2	20,6	49,7
Salzburg	93,7	122,5	112,5	172,0	15,3	27,9	10,9	20,4	16,6	56,6
Steiermark	93,1	153,1	125,8	197,7	12,8	26,7	13,0	27,6	16,9	54,9
Tirol	85,5	149,2	112,4	161,9	13,3	31,7	10,6	17,2	16,6	53,4
Vorarlberg	83,3	144,8	105,8	163,8	13,8	33,2	11,5	18,5	14,5	48,0
Wien	110,7	161,6	131,4	211,9	16,8	29,4	17,8	34,9	17,0	42,4
Österreich	95,6	154,1	124,8	189,4	15,2	29,9	13,2	27,4	17,7	51,1

Quelle: Statistik Austria

Im Vergleich zu anderen Europäischen Ländern ist in Österreich die Sterblichkeit insgesamt relativ niedrig. Im Jahr 2006 lag die altersstandardisierte Sterberate bei 888,2 Gestorbene auf 100.000 EinwohnerInnen, in

Österreich lag diese im selben Vergleichsjahr bei 431,9 Gestorbenen.³ Grundsätzlich liegt Österreich bei den Todesursachen nach der internationalen Klassifikation unter den Durchschnittswerten, sowohl bei Frauen, als auch bei Männern. Bei Herz-Kreislauferkrankungen liegt Österreich deutlich unter dem europäischen Durchschnitt. Die Sterblichkeit durch Unfälle und Selbstmord ist in Österreich sowohl bei Männern als auch bei Frauen überdurchschnittlich hoch.

Tabelle 19: Altersstandardisierte Sterberaten nach wichtigen Todesursachen, WHO

Land	Jahr	Gestorbene auf 100.000 Einwohner und Einwohnerinnen gleichen Geschlechts													
		Todesursachen insgesamt		Herz-Kreislauf- erkrankungen		Krebs		Krankheiten der Atmungs- organe		Krankheiten der Verdauungs- organe		Verletzungen und Vergiftungen		Selbstmord	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Bulgarien	2004	1.344,6	820,3	840,5	560,0	208,8	115,4	47,9	21,4	45,3	14,8	72,7	19,7	17,7	5,2
Dänemark	2006	869,0	582,6	257,3	158,6	258,8	187,9	74,2	56,4	48,7	31,3	55,5	25,4	16,4	5,8
Deutschland	2006	757,8	481,8	292,3	201,8	213,8	132,6	54,5	27,3	42,0	25,7	43,7	17,4	15,5	4,7
Estland	2005	1.469,6	687,1	692,0	377,4	307,9	136,8	55,5	11,7	63,1	28,0	203,7	45,8	34,3	5,8
Finnland	2007	803,9	444,6	317,2	171,3	177,6	113,2	43,2	15,3	51,0	23,2	104,5	33,4	27,1	8,5
Frankreich	2006	715,2	394,6	174,3	102,1	242,6	120,2	40,9	19,2	35,0	17,7	66,6	27,7	23,6	8,0
Griechenland	2007	739,1	525,2	310,1	259,3	211,6	113,6	63,4	48,2	20,2	10,5	51,7	13,2	4,3	0,9
Irland	2006	747,7	491,8	265,5	159,6	218,7	156,8	100,6	71,7	27,2	18,7	43,0	15,9	14,2	4,1
Italien	2006	668,9	401,9	225,4	151,0	223,5	122,6	46,1	19,1	28,8	16,7	43,2	16,0	8,3	2,3
Kroatien	2006	1.107,4	647,4	505,4	350,4	303,8	146,6	64,6	25,2	59,5	23,6	80,6	29,1	24,7	7,7
Lettland	2007	1.565,3	776,7	779,2	421,1	291,2	140,0	58,6	13,6	63,6	34,4	196,7	47,3	32,6	6,2
Litauen	2007	1.620,7	730,6	740,6	439,8	305,6	133,3	91,6	19,4	104,4	46,6	254,7	55,5	52,4	8,3
Luxemburg	2005	776,6	486,2	271,6	191,4	216,2	123,2	66,9	32,3	29,3	23,2	61,0	25,9	17,1	4,0
Malta	2007	734,5	479,9	318,3	218,4	194,7	129,9	78,7	35,0	28,4	11,6	47,6	12,6	11,8	0,3
Niederlande	2007	708,1	472,4	222,1	138,6	232,0	151,3	77,6	41,0	26,0	20,0	34,2	17,4	10,9	4,5
Norwegen	2006	686,1	459,2	221,8	144,3	197,0	138,5	63,2	40,2	19,4	15,0	57,2	25,4	16,4	6,0
Österreich	2007	724,1	447,5	278,2	192,5	204,1	127,2	47,6	22,6	38,0	19,1	61,3	21,3	21,6	5,9
Polen	2006	1.155,0	607,9	480,2	291,9	293,6	154,9	66,8	25,0	51,8	25,6	101,1	24,9	25,5	3,9
Portugal	2004	874,7	515,2	271,1	194,1	216,2	110,8	76,2	37,3	47,7	20,9	70,5	21,2	15,7	4,4
Rumänien	2007	1.241,8	764,4	726,9	531,0	240,7	129,7	75,7	33,7	80,5	41,3	88,8	24,1	18,1	3,6
Russische Föderation	2006	2.038,5	977,5	1.053,3	606,7	268,1	132,6	103,2	24,5	82,9	40,9	336,7	75,4	51,7	8,2
Schweden	2006	666,9	451,9	261,9	162,9	178,4	135,3	39,0	25,6	24,2	15,3	53,4	22,8	16,5	7,8
Schweiz	2006	625,0	399,4	208,4	131,0	186,8	116,7	40,1	20,1	25,3	17,1	52,8	24,6	20,9	9,4
Slowakei	2005	1.268,7	708,5	634,9	417,5	301,5	145,6	83,9	37,2	70,1	33,4	94,4	21,8	21,8	3,2
Slowenien	2007	905,8	493,7	322,0	212,5	288,4	145,5	56,6	24,1	63,5	29,7	100,9	33,7	30,1	7,9
Spanien	2005	751,5	419,5	208,7	139,7	232,7	103,3	95,0	39,7	40,4	20,6	48,9	15,4	10,5	3,1
Tschechische Republik	2007	991,2	595,4	477,8	318,2	274,3	154,8	59,4	29,3	49,5	25,5	78,7	26,3	20,8	3,6
Ungarn	2005	1.373,3	754,7	643,9	401,4	330,8	172,7	72,7	32,0	105,4	42,4	108,1	34,1	40,0	9,2
Vereinigtes Königreich 1)	2007	711,6	501,8	246,2	155,9	212,0	153,6	87,3	63,8	38,3	28,5	39,5	16,1	9,7	2,7
Zypern	2006	670,0	480,4	260,5	186,7	143,4	93,1	45,5	30,0	21,5	19,1	46,1	20,7	3,1	1,8

M=Männer, F= Frauen; Quelle: Statistik Austria, 2010, Statistisches Jahrbuch Österreichs 2010, S. 537; 1) Vereinigtes Königreich und Nordirland; nicht angeführt die Rubrik Leberzirrhose

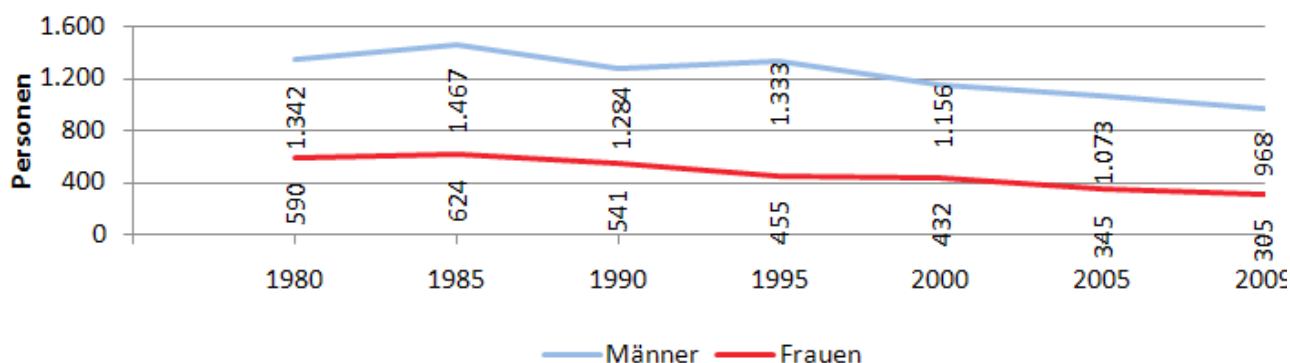
2.1 Selbstmord

Seit den 1980er Jahren ist die Zahl der Selbstmorde in Österreich kontinuierlich zurückgegangen und hat 2009 einen Tiefstand von 1.273 Fällen erreicht. Betrug der Frauenanteil an allen Selbstmorden in Österreich im Jahr 1980 noch 30,5% (1.342 Männer und 590 Frauen haben 1980 Selbstmord begangen), lag er im Jahr 2009 bei 24,0% (968 Männer und 305 Frauen haben sich 2009 selbst getötet). Die altersstandardisierte Selbstmordrate der Frauen liegt jedoch nach wie vor deutlich unter jener der Männer, obwohl Frauen häufiger Suizidversuche begehen als Männer. Durchschnittlich nehmen sich 7 Frauen und 24 Männer pro 100.000 EinwohnerInnen des jeweiligen Geschlechts das Leben (Verhältnis: etwa 1:3).

Die Sterblichkeit nach Bundesländern zeigt ausgeprägte regionale Unterschiede. Die höchste Suizidrate findet sich in der Steiermark (19,6 pro 100.000 EinwohnerInnen), gefolgt von Kärnten, Salzburg, Oberösterreich und Tirol. Niederösterreich, Burgenland und Vorarlberg liegen unter dem österreichischen Durchschnittswert, das Bundesland Wien weist die geringste Suizidrate von 12,2 Personen pro 100.000 EinwohnerInnen auf. Obwohl die Sterblichkeit zurückgeht, bleiben die regionalen Muster relativ konstant: Die stärksten Rückgänge verzeichneten in den letzten Jahrzehnten die Bundesländer Vorarlberg, Wien und Oberösterreich. Wien verzeichnete innerhalb der letzten drei Jahre die durchschnittlich geringste Suizidrate Österreichs, was auf die erfolgreiche Suizidpräventionsarbeit zurückzuführen ist, wodurch bereits im Jahr 2006 das WHO-Ziel, die Gesamtsuizidrate auf 15 pro 100.000 zu reduzieren, erreicht werden konnte. „Der Rückgang der Suizidraten in Österreich steht unter dem Einfluss vieler Faktoren. Unter anderem dürfte die verbesserte psychosoziale Versorgung, insbesondere die Diagnostik und Behandlung depressiver Erkrankungen, für den Rückgang der Suizidinzidenz verantwortlich sein. Personen mit Depressionen oder anderen psychischen Erkrankungen finden ein zunehmend besseres Versorgungsnetz vor. Darüberhinaus wurden Richtlinien zur Mediengestaltung über Suizid etabliert, um Imitationssuizide zu reduzieren.“⁴

Auch im Bereich der Stadt-Land-Untersuchungen ergeben sich deutliche Unterschiede. Waren die Suizidraten vor den 80er Jahren in städtischen Regionen höher, so hat sich das Verhältnis seitdem umgekehrt. Erklärungen dafür sind zum Einen die in urbanen Regionen bessere Verfügbarkeit medizinischer Leistungen und zum Anderen die höhere Akzeptanz und Möglichkeit, psychosoziale Hilfe in Anspruch nehmen zu können.⁵

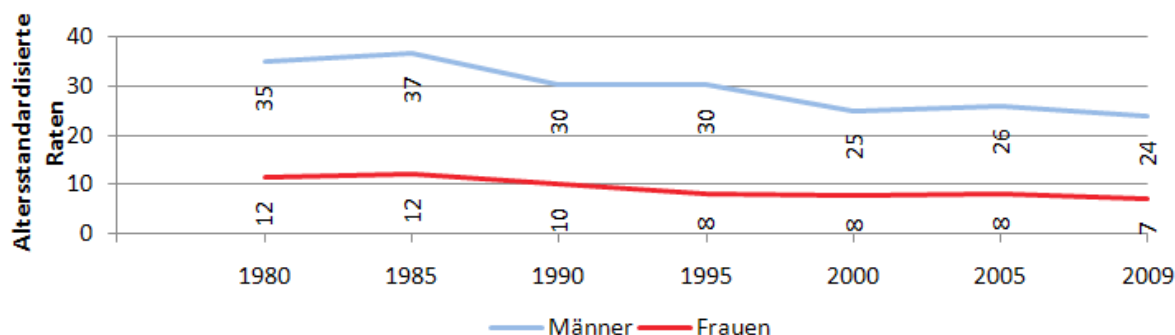
Abbildung 17: Selbstmordrate Österreich, 1980 bis 2009



Quelle: Sonneck, et al. 2002, Anhang S. 47ff; Statistik Austria; Kapusta, 2009, S. 1

4 Zit.. Kapusta, 2009, S.13

5 Statistik Austria, Österreichischer Todesursachenatlas 1998/2004; Kapusta, 2009

Abbildung 18: Selbstmordrate Österreich, ASR* 1980 bis 2009


*ASR= Altersstandardisierte Raten bezogen auf 100.000 EinwohnerInnen des gleichen Geschlechts

Quelle: Statistik Austria; Kapusta, 2009, S.1

Altersspezifisch lässt sich feststellen, dass das Suizidrisiko mit steigendem Alter, vor allem bei alten Männern, zunimmt (10-fach höheres Risiko als in der Durchschnittsbevölkerung). Eine Abnahme von Kinder- und Jugendsuiziden im Alter zwischen 10 und 19 Jahren ist zu verzeichnen. Bei Personen ab 65 Jahren finden sich drei Risikogruppen: „Männer, die Schusswaffen benützen, Frauen, die als Suizidmethode ‚Vergiften‘ einsetzen und die Gruppe jener alten Menschen beiderlei Geschlechts, die sich durch ‚Herabstürzen‘ suizidieren.“⁶ Bei den Methoden findet man bei etwa 35% aller Frauensuizide und 50% der Männersuizide den Tod durch Erhängen. Die zweithäufigste Methode bei Männern ist das Erschießen, bei Frauen der freiwillige Tod durch Vergiften. Die Selbstmordmethode des Vergiftens ging jedoch bei beiden Geschlechtern zurück.

⁷ Erklärungsmodelle für Suizidalität bei Frauen reichten bislang kaum über biologische Faktoren hinaus, wobei vor allem hormonelle Schwankungen mit suizidalen Handlungen in Verbindung gebracht wurden. Suizidversuche von Frauen galten lange Zeit – vor allem in der Gegenüberstellung zur höheren Suizidrate bei Männern – als nicht ernst gemeint und appellativ. Jüngere Forschungsansätze betonen jedoch die Tatsache, dass in die Erklärung der weiblichen Suizidalität die gesamte psychosoziale Situation und vor allem die Bedingungen der Geschlechtersozialisation und deren Einfluss auf die Entwicklung der weiblichen Geschlechtsidentität einzubeziehen ist. Ein großer Teil der Eigenschaften, die eine suizidale Persönlichkeit beschreiben, sind zugleich als Ergebnis einer typisch weiblichen Sozialisation zu verstehen, wie z.B. ein geringes Selbstwertgefühl, eine Störung des Körperbilds und der Körperelbsterfahrung, Hilflosigkeit, Kompensation durch Leistung und Attraktivität, Anerkennung durch Überanpassung, eine passive Form der Aggressivität, eine Opferhaltung. Folgende Faktoren werden als Auslöser suizidaler Krisen und Handlungen bei Frauen gesehen:⁸

1. physiologische Reifungsprozesse und Entwicklungskrisen (Adoleszenz, Schwangerschaft, Menopause, ...)
2. unglückliche Liebesbeziehungen
3. extreme Abhängigkeit von einem Partner und/oder Kind
4. physische und psychische Gewalterfahrung
5. Doppelbelastung durch Familie und Beruf bei perfektionistischem Leistungsideal
6. Trennungserfahrungen (Tod naher Angehöriger, gescheiterte Partnerschaft, Erwachsenwerden und Auszug der Kinder, Kränkung durch persönlich wichtige Personen)
7. schwerwiegende Konflikte mit persönlich wichtigen Personen

Europaweit nehmen sich durchschnittlich sieben Frauen und 32 Männer pro 100.000 EinwohnerInnen des jeweiligen Geschlechts das Leben. Die Sterblichkeit aufgrund von Suiziden stellt sich für Männer in Süd- und Nordeuropa tendenziell etwas positiver dar als in Zentral- und Osteuropa. Die Sterberate für Österreich liegt

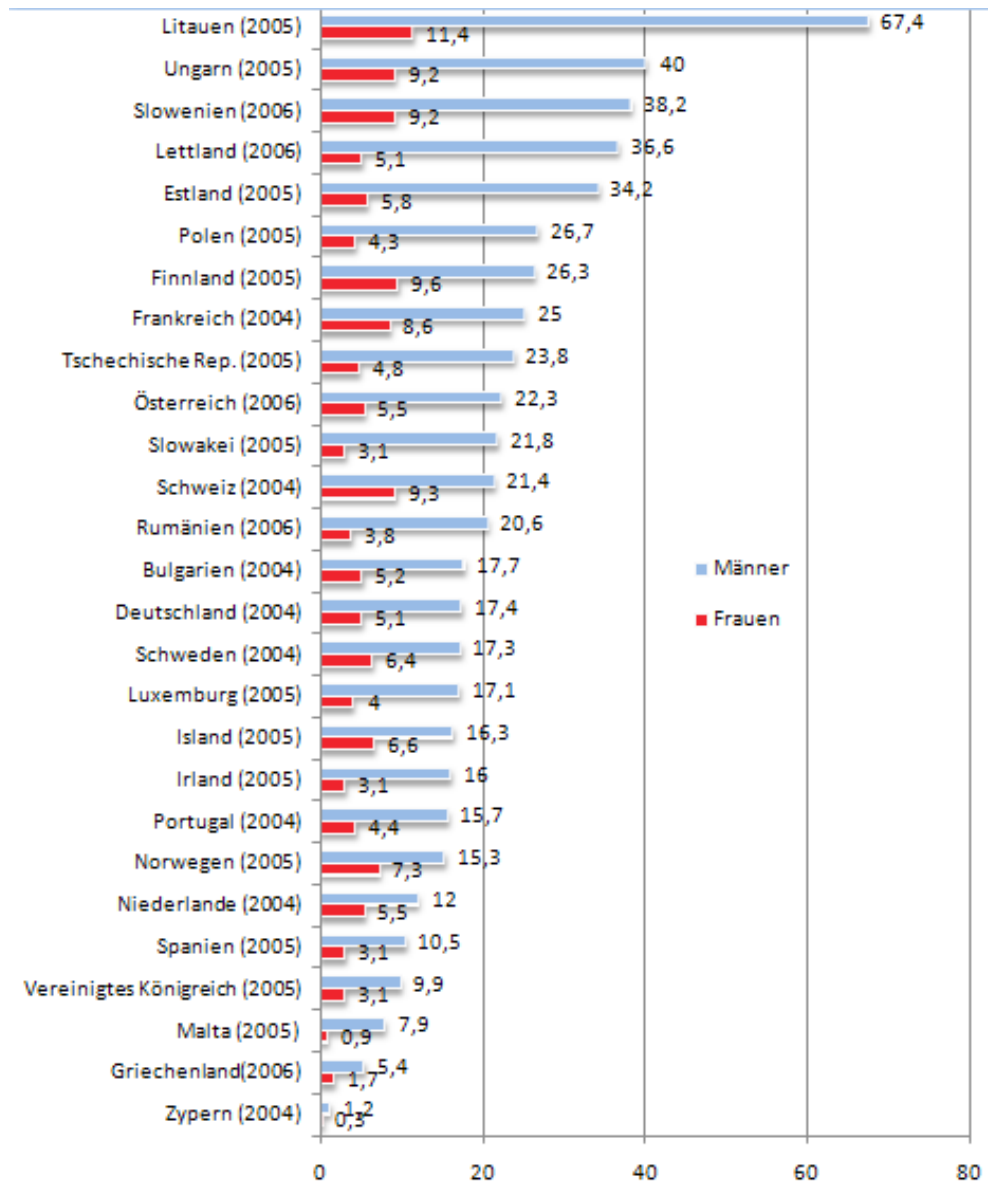
6 Zit.n. Kapusta, 2009, S.7

7 Zit.n. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2005, Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, S. 115f

8 Gerisch und Lindner, 2004

nahe dem europäischen Mittel. Bei den Frauen weisen ebenfalls osteuropäische Länder eine höhere Sterblichkeit auf, die Sterblichkeit in Österreich liegt etwas über dem Europa-Mittel.⁹

Abbildung 19: Suizidraten Europa, ASR* 2006 und letztverfügbare Daten



*ASR= Altersstandardisierte Raten bezogen auf 100.000 EinwohnerInnen des gleichen Geschlechts
Quelle: European Health Report 2009, S. 78

2.2 Verletzungen und Unfälle

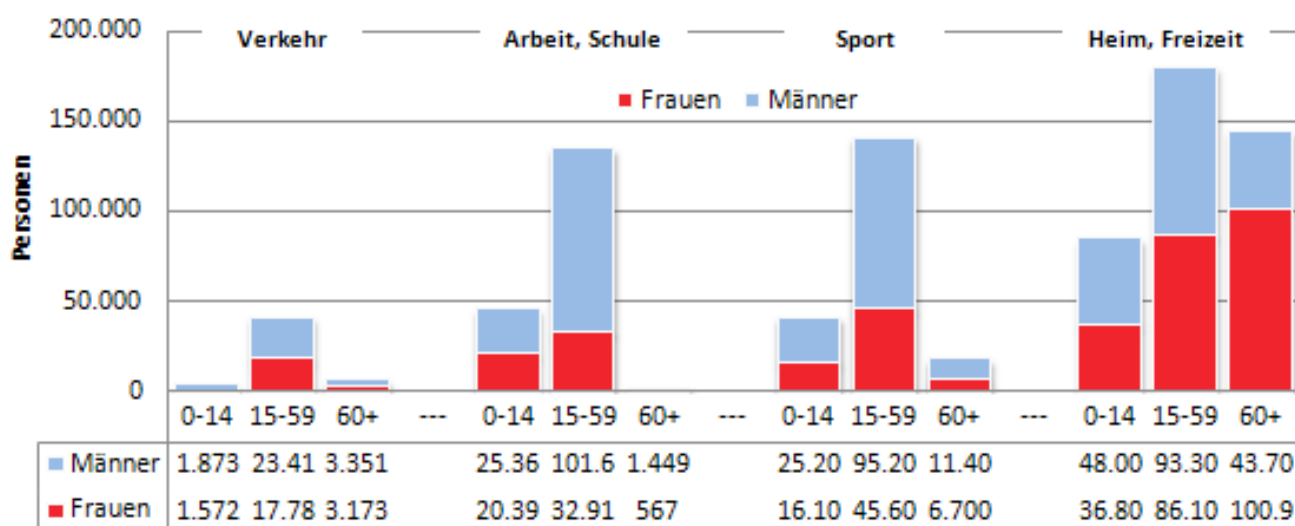
Verletzungen und Sterblichkeit aufgrund von Unfällen und anderen Gewalteinwirkungen sind bei Männern in allen Altersgruppen höher als bei Frauen. Jungen erleiden häufiger Verletzungen als Mädchen, da sie körperlich aktiver sind und häufiger gefährliche körperliche Aktivitäten zeigen. Sie sind im Durchschnitt stärker an Balgereien beteiligt, weisen größere körperliche Aggressionen auf und toben sich häufiger aus. Diese Verhaltensweisen sind unter Umständen mit höheren Verletzungsrisiken verbunden. Sowohl die biologische

9 Statistik Austria, Österreichischer Todesursachenatlas 1998/2004; Kapusta, 2009

Prädisposition aufgrund der Wirkung männlicher Hormone als auch weit verbreitete Unterschiede in der Sozialisation von Mädchen und Jungen verstärken diese auffallende Risikobereitschaft. Zum Anderen belegen Befunde die Tatsache, dass Jungen einer geringeren Kontrolle durch Erwachsene unterliegen und mehr Zeit außer Haus verbringen.¹⁰

Im Jahr 2008 sind in Österreich 842.431 Unfälle passiert, 473.831 (56%) 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%) verunfallen, sind SeniorInnen vor allem im Bereich Heim und Freizeit gefährdet. Knapp drei Viertel aller Unfälle sind 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). Diese Häufung ist im Zusammenhang mit dem demografischen Überhang an Frauen in dieser Altersgruppe zu sehen. Ebenfalls hoch ist der Anteil der Heim- und Freizeitunfälle in der Altersgruppe der bis 14-Jährigen. Etwa jedes zweite Kind, das nach einem Unfall im Spital behandelt werden musste, verletzte sich bei einem Unfall zu Hause oder in der Freizeit, so das Kuratorium für Verkehrssicherheit.

Abbildung 20: Unfälle nach Lebensbereichen, Geschlecht und Alter 2008



Quelle: Kuratorium für Verkehrssicherheit

Unfälle mit tödlichem Ausgang

Gemessen an allen Sterbefällen in Österreich beträgt der Anteil der durch Unfälle Getöteten im Jahr 2008 3,4% (relative Unfallmortalität). Ein Blick auf die Entwicklung in den vergangenen Jahren ab 1990 zeigt, dass dieser Anteil stagniert. Hier ist ersichtlich, dass der Anteil von Unfällen insgesamt an allen Sterbefällen im Jahr 2008 79% des Ausgangswertes von 1990 beträgt. Während der Anteil der tödlichen Verkehrsunfälle an allen Sterbefällen seit 1990 zurückgegangen ist, stagniert der Anteil der tödlichen Freizeitunfälle auf dem Niveau von 1990.¹¹

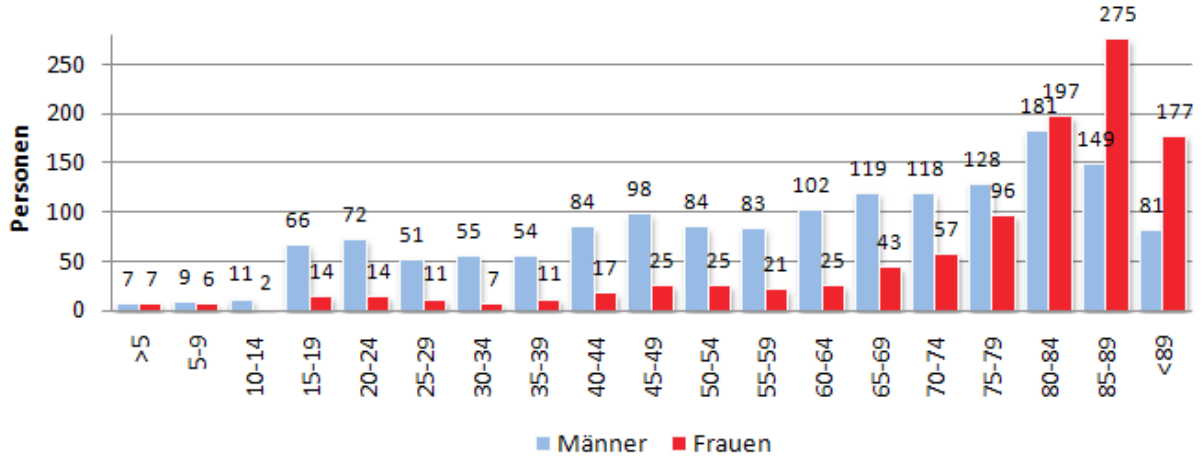
Unfälle mit tödlichem Ausgang betreffen zwar in Summe Männer häufiger als Frauen: Von den 2.587 tödlichen Unfällen des Jahres 2009 betrafen 60% Männer. Auch die altersstandardisierten Raten zeigen eine stärkere Betroffenheit der Männer: Sie sind in allen Altersgruppen bei den Männern höher als bei den 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

10 Waldron 2002, S. 170ff

11 Zit, n. Kuratorium für Verkehrssicherheit, http://www.kfv.at/unfallstatistik/index.php?id=77&no_cache=1&cache_file=ueberblick_nav_cache.html&report_typ=%C3%96sterreich&kap_txt=Unf%C3%A4lle+und+Verletzungen+im+%C3%9Cberblick&tab_txt=Anteil+t%C3%B6dlicher+Unf%C3%A4lle+an+allen+Sterbef%C3%A4llen+seit+1990+%28Entwicklung+in+%25+des+Wertes+von+1990%29, (dl 01.06.2010)

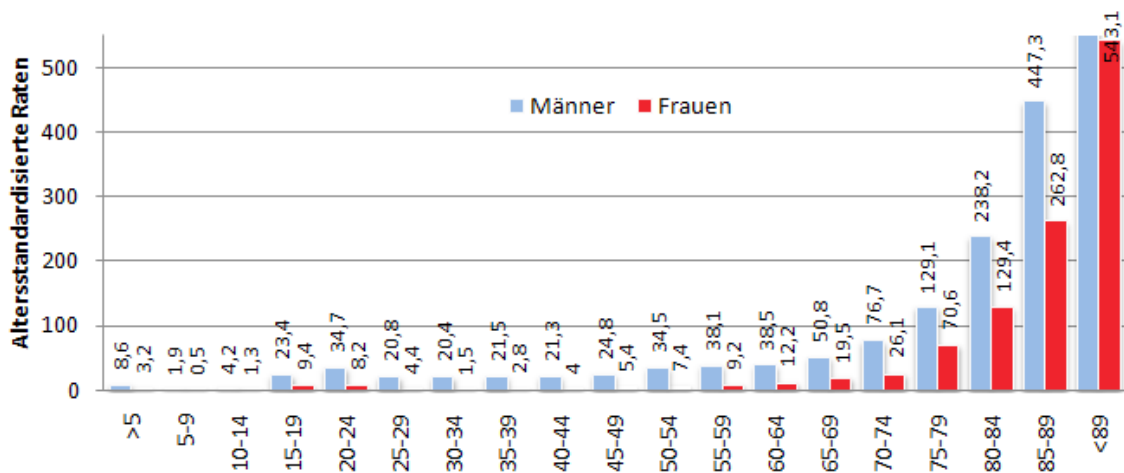
die Gruppe der 75-Jährigen und Älteren eine wichtige Zielgruppe für Maßnahmen der Unfallprävention dar, wobei Frauen in dieser Altersgruppe bei weitem überwiegen.

Abbildung 21: Tödliche Unfälle, ICD-10 V01-X59, Gestorbene nach Alter und Geschlecht, 2009



Quelle: Statistik Austria

Abbildung 22: Tödliche Unfälle, ICD-10 V01-X59; ASR*; Gestorbene nach Alter und Geschlecht, 2009



Quelle: Statistik Austria; *ASR = Altersstandardisierte Raten bezogen auf 100.000 EinwohnerInnen des gleichen Geschlechts; Männer im Alter von +89 Jahren laut Statistik Austria ASR 924,7!

3. Frauenherzen

OA Dr. med. Sahba Enayati, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, Ernährungsmediziner;
Klinikum Wels-Grieskirchen, V. Interne

3.1 Geschlecht und Kardiologie

Herz-Kreislauferkrankungen sind nicht nur bei Männern die führende Todesursache, sondern auch bei Frauen. Bis Mitte der 1990er Jahre hielt sich der Mythos, dass Frauen aufgrund ihrer Hormone vor einer koronaren Herzgefäßerkrankung (KHK) generell geschützt seien. In den darauffolgenden Jahren wurde durch epidemiologische Studien zunehmend deutlich, dass Frauen ebenso von Herzerkrankungen betroffen sind, diese aber im Durchschnitt erst 10 Jahre später auftreten als beim Mann. Dies korreliert zeitlich mit dem natürlichen Abfall des Östrogenserumspiegels mit Beginn der Menopause. Bis zur 7. Dekade ist die altersbezogene Sterblichkeit in jeder Altersgruppe bei Frauen deutlich geringer. 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 versterben, höher ist als der an Männern.

Tabelle 20: Krankenhaushäufigkeit aufgrund von Herz-Kreislauferkrankungen nach einzelnen Diagnosen und Geschlecht in Österreich, Durchschnitt 1996-2007

Hauptdiagnose	Patientinnen/Patienten pro 100.000 EW und Jahr	
	Frauen	Männer
HKE insgesamt	1616,5	2113,3
Ischämische Herzkrankheiten	267,8	238,7
Davon: Akuter Myokardinfarkt	66,4	160,9
Chronische Ischämische Herzkrankheit	192,1	504,8
Sonstige Formen der Herzkrankheit	352,7	532,2
Davon: Herzinsuffizienz	134,6	197,4
Zerebrovaskuläre Krankheiten	245,5	362,2
Davon: Herzinsuffizienz	106,7	162,9
Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	98,2	205,3
Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, andernorts nicht klassifiziert	498,8	360,6
Sonstige HKE	105,2	96,7

Quelle: BMGFJ, ÖBIG

Der Anteil an Herz-Kreislauferkrankungen als Ursache einer stationären Behandlung ist in den Jahren 2001 bis 2008 sowohl bei Frauen als auch bei 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.

Tabelle 21: KH-Aufenthalte mit Hauptdiagnose Krankheiten des Kreislaufsystems aus ICD-Kapitel IX, 2008 / 2001

Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)						
Altersgruppe	Gesamt		Männer		Frauen	
	KH-Aufenthalte	% ANT	KH-Aufenthalte	% ANT	KH-Aufenthalte	% ANT
2008						
0 - 14 Jahre	1824	0,9	1094	1,0	730	0,9
15 - 29 Jahre	6.609	2,3	3628	3,1	2981	1,7
30 - 44 Jahre	22.060	5,8	11624	7,3	10436	4,7
45 - 59 Jahre	64.345	11,4	40.078	14,0	24267	8,7
60 - 74 Jahre	117.692	16,2	69.756	18,9	47.936	13,3
75 Jahre und älter	128.577	20,6	51.842	21,9	76.735	19,8
gesamt	341.107	12,2	178.022	13,9	163.085	10,8
2001						
0 - 14 Jahre	1.842	0,9	1062	0,9	780	0,9
15 - 29 Jahre	6.356	2,3	3484	3,2	2872	1,7
30 - 44 Jahre	23.853	6,3	12110	7,4	11743	5,5
45 - 59 Jahre	62.770	13,4	38.114	16,1	24656	10,6
60 - 74 Jahre	110.801	19,1	63.983	22,0	46.818	16,3
75 Jahre und älter	109.572	23,0	40.620	24,8	68.952	22,0
gesamt	315.194	13,2	159.373	14,7	155.821	11,9

Quelle: Diagnosen- und Leistungsberichte, Sonderauswertung BMG

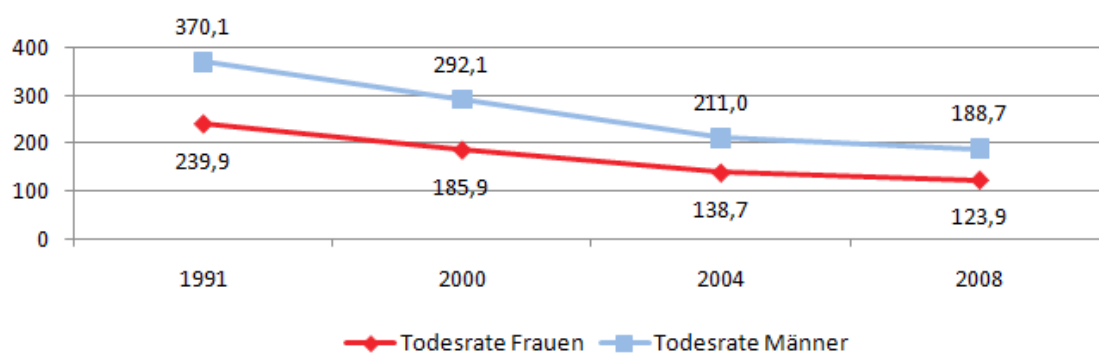
Tabelle 22: KH-Aufenthalte mit Hauptdiagnose Akuter Myokardinfarkt, Rezidivierender Myokardinfarkt, Reinfarkt und Rezidivinfarkt, 2008 / 2001

Akuter Myokardinfarkt (I21) und Rezidivierender Myokardinfarkt, Reinfarkt, Rezidivinfarkt (I22)						
Altersgruppe	Gesamt		Männer		Frauen	
	KH-Aufenthalte	% ANT	KH-Aufenthalte	% ANT	KH-Aufenthalte	% ANT
2008						
0 - 14 Jahre	4	0,0	2	0,0	2	0,0
15 - 29 Jahre	42	0,0	36	0,0	6	0,0
30 - 44 Jahre	878	0,2	710	0,4	168	0,1
45 - 59 Jahre	3.715	0,7	2.894	1,0	821	0,3
60 - 74 Jahre	5.892	0,8	3.995	1,1	1.897	0,5
75 Jahre und älter	7.030	1,1	3.130	1,3	3.900	1,0
gesamt	17.561	0,6	10.767	0,8	6.794	0,5

Akuter Myokardinfarkt (I21) und Rezidivierender Myokardinfarkt, Reinfarkt, Rezidivinfarkt (I22)						
Altersgruppe	Gesamt		Männer		Frauen	
	KH-Aufenthalte	% ANT	KH-Aufenthalte	% ANT	KH-Aufenthalte	% ANT
2001						
0 - 14 Jahre	4	0,0	2	0,0	2	0,0
15 - 29 Jahre	37	0,0	33	0,0	4	0,0
30 - 44 Jahre	624	0,2	507	0,3	117	0,1
45 - 59 Jahre	2.615	0,6	2.097	0,9	518	0,2
60 - 74 Jahre	4.480	0,8	2.994	1,0	1.486	0,5
75 Jahre und älter	5.101	1,1	2.022	1,2	3.079	1,0
gesamt	12.861	0,5	7.655	0,7	5.206	0,4

%ANT: Anteil an allen KH-Aufenthalten; Quelle: Diagnosen- und Leistungsberichte, Sonderauswertung BMG

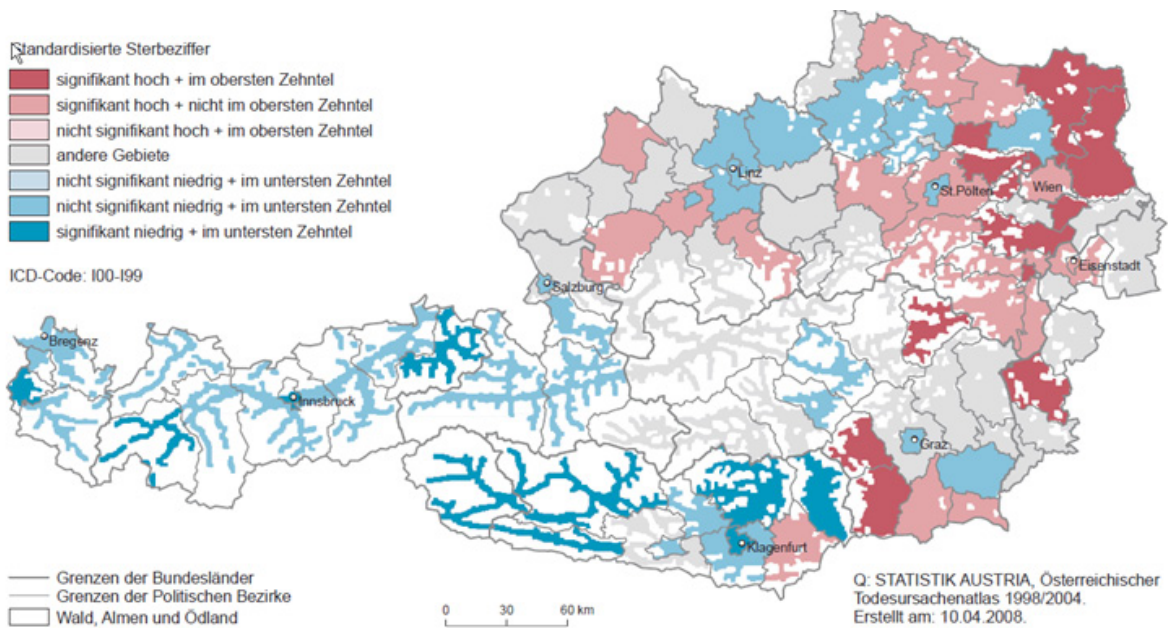
Abbildung 23: Todesrate durch Krankheiten des Herzkreislaufsystems in Österreich pro 100.000 Männer und Frauen



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Jüngere Frauen mit Herzinfarkt haben ein deutlich höheres Sterberisiko gegenüber Männern. Unter dem Alter von 50 Jahren weisen Frauen ein doppelt so hohes Risiko auf wie Männer, an einem Herzinfarkt zu versterben.

Abbildung 24: Herz-Kreislaufferkrankungen 1998/2004 nach Politischen Bezirken



Quelle: Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/static/sterblichkeit_krankheiten_des_herz-kreislaufsystems_19982004_nach_politisc_030704.gif, (dl 15.07.2010)

Frauen in der medizinischen Forschung

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.

3.2 Kardiovaskuläre Risikofaktoren, Prävention

Bis zu 90% der kardiovaskulären Erkrankungen sind durch Risikofaktoren wie Dyslipoproteinämie¹², Hypertonie, Diabetes mellitus, Fehl- und Überernährung, Rauchen, Bewegungsmangel und Stress bedingt. Die Prävalenz der KHK ist unabhängig vom Geschlecht eng mit diesen Risikofaktoren verbunden. 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. Die relative Gewichtung jedes einzelnen Faktors ist jedoch geschlechtsspezifisch unterschiedlich.

12 Gestörtes Verhältnis der Lipoproteinfraktionen im Blutserum, besonders das Missverhältnis von HDL zu LDL.

Tabelle 23: Ausgewählte Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Geschlecht in Österreich, 1999 und 2006/2007

Risikofaktor	Weiblich		Männlich	
	Absolut	in %	Absolut	in %
Bluthochdruck	760.617	21,0	633.271	18,8
Cholesterin	518.604	14,3	457.211	13,6
Übergewicht 1999	987.780	28,9	1871.005	59,5
Übergewicht 2006	1496.599	41,3	1836.076	54,5

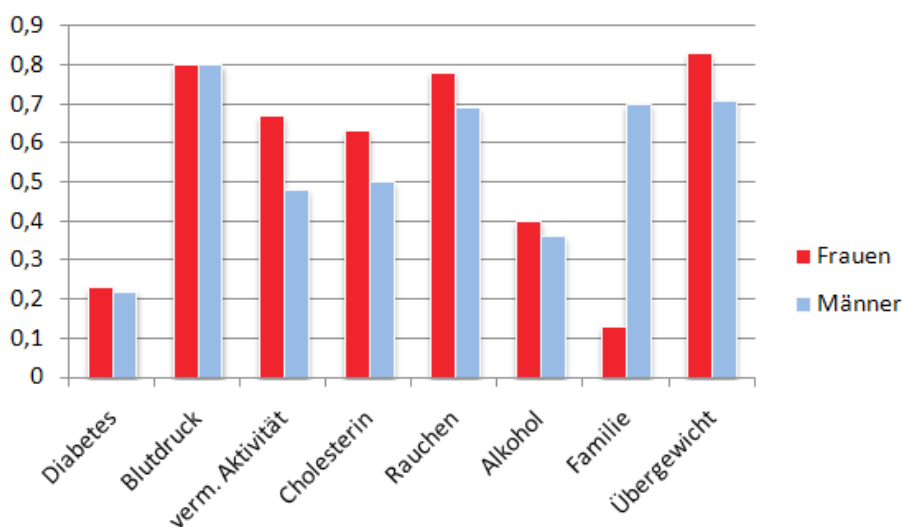
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2007, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007

In einer eigens durchgeführten Pilotstudie mit insgesamt 500 ProbandInnen 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.

Risikofaktoren werden unterschätzt

Auf die Frage nach der Haupttodesursache in Österreich hin konnten 70% der Männer und Frauen richtigerweise die Herzkreislauferkrankungen identifizieren. Damit scheint den ÖsterreicherInnen die Bedeutung des Risikos von Herzkreislauferkrankungen bewusst zu sein. Sowohl Männer als auch Frauen hatten jedoch massive Defizite beim Erkennen der Risikofaktoren.

Abbildung 25: Genannte Risikofaktoren für Herzkreislauferkrankungen



Quelle: Haidinger, 2009

Diese Wissensdefizite betreffen vor allem den Diabetes mellitus und die positive Familienanamnese. Im Bewusstsein der Männer und Frauen spielen vor allem das Übergewicht und die Hypertonie eine zentrale Rolle bei der Entstehung einer KHK. Obwohl auch das Cholesterin von über 60% erkannt wurde, kann keine Assoziation zwischen einem erhöhten Cholesterinspiegel, einem Übergewicht und dem Diabetes mellitus hergestellt werden, da letzterer von nur 22% richtig erkannt wurde. Dieses Ergebnis ist umso alarmierender, da sich Frauen automatisch einem sehr hohen Herzkreislaufisiko aussetzen, wenn sie am Diabetes mellitus leiden.

Cholesterin

Der die Gefäße schützende HDL-Cholesterinwert ist bei Frauen während ihres gesamten Lebens höher als bei Männern. Selbst nach der Menopause nimmt das HDL-Cholesterin nur insignifikant ab. Dagegen weisen prämenopausale Frauen einen niedrigeren, schädigenden LDL-Cholesterinwert als Männer auf, nach der Menopause steigt dieser jedoch sehr stark an und übersteigt den der Männer gleichen Alters. Dieser Anstieg des LDL-Cholesterins wird als wichtige Ursache für den sprunghaften Anstieg der KHK-Häufigkeit bei Frauen nach der Menopause gewertet. Triglyceride sind nur bei Frauen ein zusätzlicher unabhängiger Risikofaktor für Herzgefäßerkrankungen.

Diabetes mellitus

Diabetes stellt für Frauen einen bedeutenderen Risikofaktor dar als für Männer. Bei Frauen steigt das kardiovaskuläre Todesrisiko bei Auftreten eines Diabetes um das 3-7 fache an. Dagegen ist dieses Risiko beim Mann mit Diabetes nur um das 2-3 fache erhöht. Dies führt dazu, dass der geschlechtsspezifische Vorteil der Frauen vor der Menopause beim Auftreten von Diabetes ausgeglichen wird und sich das Risiko dem der Männer angleicht.

Tabelle 24: Krankenhausaufenthalte mit Hauptdiagnose Infarkte und Nebendiagnose Diabetes mellitus, 2008/2001

Codierte Zusatzdiagnosen Diabetes mellitus (E10-E14) enthalten mit Hauptdiagnose Akuter Myokardinfarkt (I21) und Rezidivierender Myokardinfarkt, Reinfarkt, Rezidivinfarkt (I22)						
Altersgruppe	2008			2001		
	Anzahl Zusatzdiagnosen Gesamt	Männer	Frauen	Anzahl Zusatzdiagnosen Gesamt	Männer	Frauen
0 - 14 Jahre	0	0	0	0	0	0
15 - 29 Jahre	1	0	1	0	0	0
30 - 44 Jahre	71	52	19	39	32	7
45 - 59 Jahre	552	414	138	399	292	107
60 - 74 Jahre	1.341	888	453	1.157	685	472
75 Jahre und älter	1.561	663	898	1.313	456	857
gesamt	3.526	2.017	1.509	2.908	1.465	1.443

Quelle: Diagnosen- und Leistungsberichte, Sonderauswertung BMG

Während der relative Anteil an DiabetikerInnen mit Herzinfarkt im Jahre 2001 bei Frauen deutlich höher war als bei Männern (bei gleichen absoluten Zahlen), glich sich dieser Anteil im Jahre 2008 an. Diabetes wurde somit im Jahre 2008 nahezu gleich häufig bei Frauen wie bei Männern mit Herzinfarkt diagnostiziert.

Bluthochdruck

Vor dem 45. Lebensjahr tritt Bluthochdruck häufiger beim Mann auf als bei der Frau. Mit zunehmendem Alter steigt der Blutdruck bei beiden Geschlechtern; allerdings steigt dieser ab dem 60. Lebensjahr stärker bei der Frau und führt dazu, dass schließlich nach dem 70. Lebensjahr Frauen häufiger an Bluthochdruck leiden als Männer. 45% der Frauen und 41% der Männer zwischen 65 und 74 Jahren werden als hypertensiv¹³ eingestuft. Der systolische¹⁴ Blutdruck erhöht sich bei den Frauen jedoch stärker als bei den Männern - im Unterschied zum diastolischen Blutdruck, der bei den Frauen im gesamten Lebensverlauf niedriger ist.

13 Fehlregulation des Blutdrucks

14 Die Diastole der Kammern des Herzens ist die Entspannungs- und Füllungsphase, im Gegensatz zur Systole, der Anspannungs- und Austreibungsphase.

Während sich die Anzahl an PatientInnen mit Bluthochdruck bei Herzinfarkt bei Männern nahezu verdoppelt hat, ist dieser auch bei Frauen in den Jahren von 2001 bis 2008 um 83% gestiegen.

Tabelle 25: Krankenhausaufenthalte mit Hauptdiagnose Infarkte und Nebendiagnose Hypertonie, 2008/2001

Codierte Zusatzdiagnosen Essentielle (primäre) Hypertonie, Bluthochdruck, Hypertonie (I10) bei KH-Aufenthalten mit Hauptdiagnose Akuter Myokardinfarkt (I21) und Rezidivierender Myokardinfarkt, Reinfarkt, Rezidivinfarkt (I22)							
Altersgruppe	2008			2001			
	Anzahl Zusatzdiagnosen Gesamt	Männer	Frauen	Anzahl Zusatzdiagnosen Gesamt	Männer	Frauen	
0 - 14 Jahre	0	0	0	0	0	0	
15 - 29 Jahre	5	4	1	3	3	0	
30 - 44 Jahre	300	240	60	141	112	29	
45 - 59 Jahre	1.749	1.340	409	914	719	195	
60 - 74 Jahre	3.175	2.127	1.048	1.841	1.191	650	
75 Jahre und älter	3.538	1.512	2.026	1.712	644	1.068	
gesamt	8.767	5.223	3.544	4.611	2.669	1.942	

Quelle: Diagnosen- und Leistungsberichte, Sonderauswertung BMG

Übergewicht

Übergewicht nimmt sowohl bei Männern als auch bei Frauen in den letzten Jahren zu. Der Anteil an Übergewichtigen beträgt sowohl bei Frauen als auch bei Männern 40%. Frauen haben allerdings deutlich häufiger auch Untergewicht (12% versus 7% bei Männern), welches ebenfalls das kardiovaskuläre Risiko steigert.

Nikotin

Nikotin ist ein größerer Risikofaktor für Frauen als für Männer. Dies liegt unter anderem daran, dass Frauen Nikotin schneller metabolisieren- besonders in Kombination mit Kontrazeptiva, durch die sich das Risiko eines Herzinfarkts um das 3- bis 20-fache erhöht.

Der Anteil an Raucherinnen in der Bevölkerung stieg in den letzten Jahren stetig an, wogegen der Anteil bei den Männern kontinuierlich absinkt. Insbesondere sind es jüngere Frauen und Frauen mit niedrigem Bildungsgrad, die zum Anstieg der Rauchprävalenz beigetragen haben.

Psychosoziale Risikofaktoren

Die INTERHEART-Studie zeigte, dass Stress für 22% aller Herzinfarkte verantwortlich ist, wobei insbesondere emotionaler Stress bei Frauen eine noch größere Rolle als Infarktauslöser zu spielen scheint als bei Männern. Insbesondere mangelnde soziale Unterstützung und Depressivität konnten als Risikofaktoren für die KHK bestätigt werden. Frauen erkranken nicht nur doppelt so häufig wie Männer an Depressionen; sie zeigen auch im Zusammenhang mit Herz-Gefäßerkrankungen eine stärkere Symptombelastung. Der Verlust des Partners und der Mangel an emotionaler Unterstützung kann das Risiko, eine Herz-Gefäßerkrankung zu entwickeln, verdoppeln. Dabei können Probleme in der Ehe/Partnerschaft bei Frauen das Risiko für kardiale Ereignisse um das fast 3-fache erhöhen.

3.3 Diagnostik

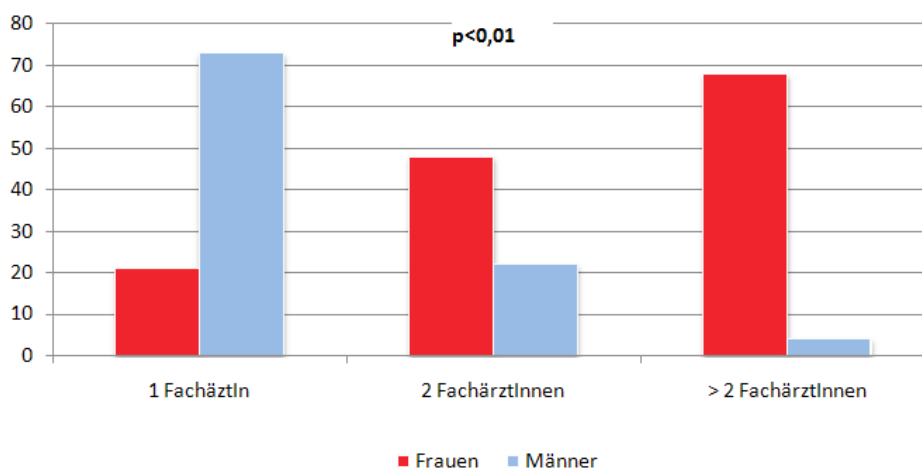
Die Diagnostik der Koronaren Herzkrankheit stellt sowohl durch die Unterschiede in der Symptomatik, als auch in der Aussagekraft der üblichen diagnostischen Methoden eine Herausforderung dar. Lediglich 32% der Frauen klagen über klassische Angina pectoris-Beschwerden¹⁵ wie belastungsabhängige, linksthorakale Schmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm, gegenüber 69% der Männer, die solche Beschwerden angeben. 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.¹⁶ 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 Koronarangiographie¹⁷ 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.

Abbildung 26: Fachärztliche Konsultationen nach Geschlecht



Frauen (n=633), Männer (n=947); Quelle: Schannwell, et al., 2000

Frauen mit Zeichen einer Herzgefäßerkrankung, aber ohne nachweisbare Gefäßverengungen in der Koronarangiographie stellen eine therapeutische Herausforderung dar, da sie trotz dieses Befundes ein deutlich erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Ereignisse haben.

15 Schmerz in der Brust

16 Sensitivität und Spezifität geben Auskunft über den Anteil an positiven und negativen Resultaten bei Kranken und Gesunden und damit über die Leistungsfähigkeit eines Tests bezüglich einer definierten Krankheit.

17 Angiografie der Herzkranzgefäße, Kontrastmittel wird in Blutgefäße eingebracht

Tabelle 26: Sensitivität, Spezifität und positiv bzw. negativ prädiktiver Wert der nicht-invasiven Diagnostik bei Frauen und Männern mit Verdacht auf koronare Herzerkrankung

	Männer in % n=96	Frauen in % n=84	P
Angina pectoris			
Sensitivität	30	22	< 0,01
Spezifität	55	25	< 0,001
Prädiktiver Wert positiv	52	21	< 0,001
Prädiktiver Wert negativ	32	22	n. s.
Ruhe-EKG			
Sensitivität	33	36	n. s.
Spezifität	50	30	< 0,01
Prädiktiver Wert positiv	52	36	< 0,001
Prädiktiver Wert negativ	31	30	n. s.
Ergometrie			
Sensitivität	46	31	< 0,01
Spezifität	33	25	< 0,01
Prädiktiver Wert positiv	53	31	< 0,01
Prädiktiver Wert negativ	25	25	n. s.
Diastolische Funktionsparameter			
Sensitivität	90	91	n. s.
Spezifität	78	75	n. s.
Prädiktiver Wert positiv	66	57	n. s.
Prädiktiver Wert negativ	57	71	< 0,01

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Die Verdachtsdiagnose der KHK bei Frauen bleibt selbst nach exakter Anamnese eine Herausforderung für jede/n MedizinerIn. Unterschiede in der Wertung der kardiovaskulären Risikofaktoren und der klinischen Symptomatik, sowie eine verminderte Aussagekraft der üblichen diagnostischen Methoden erschweren die Diagnosestellung. Lediglich 32% der Frauen klagten über klassische Angina pectoris-Zeichen, belastungsabhängige, linksthorakale Schmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm, die sich bei 69% der Männer zeigen. Frauen berichten dagegen über Atemnot ohne Brustschmerz, ein abdominelles Druckgefühl oder Rückenschmerzen zwischen den Schulterblättern. Nicht selten sind lediglich eine verminderte körperliche Belastbarkeit, eine schnelle Ermüdung oder ein Völlegefühl im Oberbauch erste klinische Symptome einer Erstmanifestation der KHK bei Frauen. Frauen haben zudem häufiger Ruhebeschwerden und nächtliche sowie mit psychischem Stress auftretende Symptome. Bei 79% der Frauen mit akutem Koronarsyndrom findet sich das Symptom Erbrechen. Das Belastungs-Elektrokardiogramm (EKG) hat bei Frauen ebenfalls einen geringeren prädiktiven Wert als bei Männern. Die niedrige Sensitivität und Spezifität des Belastungs-EKGs für den Nachweis einer koronaren Makroangiopathie¹⁸ ist bekannt und liegt bei männlichen Patienten um 40%. Für Frauen ist diese Rate mit unter 25 % noch geringer. Da das Belastungs-EKG bei Frauen zudem in

30-70 % der Fälle falschpositive Aussagen ergibt, ist es als funktioneller Ischämienachweis bei Frauen nicht verwertbar. Das einzige nicht-invasiven Belastungsverfahren zum funktionellen Ischämienachweis, bei dem keine Geschlechtsunterschiede in der Sensitivität und Spezifität der Methode vorliegen, besteht aus der Stressechokardiographie¹⁹ und Myokardszintigraphie²⁰.

3.4 Therapie

Die schlechtere Behandlung von Frauen mit Herzinfarkt zeigt sich unter anderem in der selteneren Behandlung auf der Intensivstation. Im Zeitraum von 2001 bis 2008 konnte diesbezüglich keine Verbesserung erreicht werden. Es werden weiterhin Männer deutlich häufiger als Frauen auf der Intensivstation betreut.

Tabelle 27: KH-Aufenthalte mit Hauptdiagnose Infarkt auf ‚intensiven Behandlungs- und Überwachungseinheiten‘

KH-Aufenthalte mit Hauptdiagnose Akuter Myokardinfarkt (I21) und Rezidivierender Myokardinfarkt, Reinfarkt, Rezidivinfarkt (I22) mit Versorgung auf ‚intensiv Behandlungs- und Überwachungseinheiten‘						
Altersgruppe	Gesamt		Männer		Frauen	
	KH-Aufenthalte	% ANT	KH-Aufenthalte	% ANT	KH-Aufenthalte	% ANT
2008						
0 - 14 Jahre	2	50,0	1	50,0	1	50,0
15 - 29 Jahre	28	66,7	24	66,7	4	66,7
30 - 44 Jahre	555	63,2	459	64,7	96	57,1
45 - 59 Jahre	2.157	58,1	1.727	59,7	430	52,4
60 - 74 Jahre	3.283	55,7	2.258	56,5	1.025	54,0
75 Jahre und älter	3.182	45,3	1.560	49,8	1.622	41,6
gesamt	9.207	52,4	6.029	56,0	3.178	46,8
2001						
0 - 14 Jahre	2	50,0	1	50,0	1	50,0
15 - 29 Jahre	19	51,4	18	54,6	1	25,0
30 - 44 Jahre	390	62,5	328	64,7	62	53,0
45 - 59 Jahre	1.620	62,0	1.321	63,0	299	57,7
60 - 74 Jahre	2.752	61,4	1.865	62,3	887	59,7
75 Jahre und älter	2.615	51,3	1.119	55,3	1.496	48,6
gesamt	7.398	57,5	4.652	60,8	2.746	52,8

%ANT: Anteil an allen KH-Aufenthalten mit HD I21 und I22; Quelle: Diagnosen- und Leistungsberichte, Sonderauswertung BMG

19 Ultraschall-Untersuchung des Herzens unter Belastung

20 Nuklearmedizinisches Untersuchungsverfahren, das je nach Durchführung Informationen über die Durchblutungs-Verhältnisse, Vitalität und Funktion des Herzmuskels liefert

3.4.1 Revaskularisierung

Nachdem bereits 2001 der Anteil an Frauen, die sich bei einer Erkrankung des Kreislaufsystems einer Koronarangiographie unterzogen hatten, deutlich geringer war; hat sich diese Diskrepanz im Jahre 2008 weiter leicht gesteigert (Verhältnis Frauen zu Männer von 56,1% auf 55,1%).

Tabelle 28: Medizinische Einzelleistung bei Krankheiten des Kreislaufsystems 2008/2001

Medizinische Einzelleistung 6501 Koronarangiographie mit/ohne Ventrikulogramm bei KH-Aufenthalten mit Hauptdiagnose aus ICD-Kapitel IX. Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)						
Altersgruppe	2008			2001		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
0 - 14 Jahre	33	18	15	23	11	12
15 - 29 Jahre	123	99	24	88	68	20
30 - 44 Jahre	1.748	1344	404	1.500	1156	344
45 - 59 Jahre	10.624	7.878	2746	8.903	6.509	2394
60 - 74 Jahre	20.712	13.557	7.155	16.059	10.280	5.779
75 Jahre und älter	11.656	6.045	5.611	6.412	3.110	3.302
Gesamt	44.896	28.941	15.955	32.985	21.134	11.851

Darunter Medizinische Einzelleistung 6501 Koronarangiographie mit/ohne Ventrikulogramm bei KH-Aufenthalten mit Hauptdiagnose Akuter Myokardinfarkt (I21) und Rezidivierender Myokardinfarkt, Reinfarkt, Rezidivinfarkt (I22)						
Altersgruppe	2008			2001		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
0 - 14 Jahre	0	0	0	0	0	0
15 - 29 Jahre	17	14	3	12	11	1
30 - 44 Jahre	546	450	96	251	208	43
45 - 59 Jahre	2.296	1.818	478	1.014	819	195
60 - 74 Jahre	3.279	2.289	990	1.334	903	431
75 Jahre und älter	2.284	1.193	1.091	688	338	350
Gesamt	8.422	5.764	2.658	3.299	2.279	1.020

Quelle: Diagnosen- und Leistungsberichte, Sonderauswertung BMG

Auch bei der Behandlung von Herzkrankheiten mittels Herzbypass-Operationen gibt es eine große Diskrepanz zwischen Frauen und Männern. Im zeitlichen Verlauf von 2001 bis 2008 hat sich dieses Verhältnis aber leicht verbessert (Anteil Frauen zu Männer von 44,8% auf 46,1%).

Die Diskrepanz zwischen Männern und Frauen bei der Behandlung von Herzgefäßkrankheiten zeigt sich noch deutlicher bei Herzbypassoperationen. Das Verhältnis von Frauen zu Männern betrug 2001 38% und hat sich bis 2008 weiter verschlechtert auf 33,2%.

Tabelle 29: Herzbypass-Operationen 2008/2001

Herzbypass-Operationen bei KH-Aufenthalten mit Hauptdiagnose aus ICD-Kapitel IX. Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)						
Altersgruppe	2008			2001		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
0 - 14 Jahre	0	0	0	1	0	1
15 - 29 Jahre	0	0	0	2	1	1
30 - 44 Jahre	73	61	12	99	80	19
45 - 59 Jahre	746	615	131	886	731	155
60 - 74 Jahre	2.194	1.706	488	2.415	1.798	617
75 Jahre und älter	1.143	737	406	871	488	383
Gesamt	4.156	3.119	1.037	4.274	3.098	1.176

Darunter Herzbypass-Operationen bei KH-Aufenthalten mit Hauptdiagnose Akuter Myokardinfarkt (I21) und Rezidivierender Myokardinfarkt, Reinfarkt, Rezidivinfarkt (I22)						
0 - 14 Jahre	0	0	0	0	0	0
15 - 29 Jahre	0	0	0	0	0	0
30 - 44 Jahre	4	3	1	5	2	3
45 - 59 Jahre	26	21	5	9	7	2
60 - 74 Jahre	48	39	9	27	17	10
75 Jahre und älter	32	25	7	14	9	5
Gesamt	110	88	22	55	35	20

Quelle: Diagnosen- und Leistungsberichte, Sonderauswertung BMG

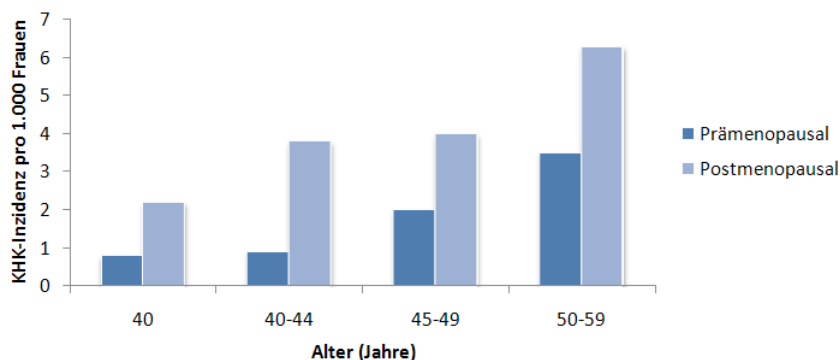
3.4.2 Medikamentöse Therapie

Ein niedriger Blutdruck ist für beide Geschlechter gleichermaßen ein schützender Faktor. Der positive Einfluss der Behandlung des Bluthochdrucks zeigt in Studien keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Hormonersatztherapie bei Frauen

Die Ergebnisse der bisherigen Studien zur Hormonersatztherapie sind sehr widersprüchlich. Bei genauer Analyse zeigt sich jedoch, dass eine Hormonersatztherapie bei Frauen, die diese zu Beginn der Menopause (d.h. im Alter von ca. 50-59 Jahren) eingehen, das Herzinfarkttrisiko senkt. Wird eine solche Therapie erst später begonnen, hat sie keine positive Wirkung auf Herzgefäßerkrankungen.

Abbildung 27: Prämatüre Menopause und Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen (KHK)



Quelle: Birkhäuser MH Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2009; 3(1); Ausgabe für Schweiz: 20-31; Mod. nach Framingham Study, DHEW No. 74, 1974

Aspirin

Aspirin ist in der Primärprophylaxe bei Frauen im Gegensatz zu Männern nicht effizient in der Vorsorge des Herzinfarktes, dafür aber in der des Schlaganfalles. In der Sekundärprophylaxe bei bestehender Herzerkrankung ist Aspirin allerdings auch bei Frauen wirksam für den Schutz des Herzens.²¹

3.5 Herzinsuffizienz

Die Herzinsuffizienz ist bei Patienten/Patientinnen über 65 Jahren die häufigste Einweisungsdia gnose ins Krankenhaus. Sie tritt bei Frauen etwas häufiger auf als bei Männern.

Bei der Herzinsuffizienz handelt es sich bei Patienten/Patientinnen über 65 Jahren um die häufigste Einweisungsdia gnose ins Krankenhaus. Eine Herzinsuffizienz tritt bei Frauen etwas häufiger auf als bei Männern.

Tabelle 30: KH-Aufenthalte mit Hauptdiagnose Herzinsuffizienz 2008/2001

KH-Aufenthalte mit Hauptdiagnose (Entlassungsdiagnose) Herzinsuffizienz (I50)						
Altersgruppe	Gesamt		Männer		Frauen	
	KH-Aufenthalte	% ANT	KH-Aufenthalte	% ANT	KH-Aufenthalte	% ANT
2008						
0 - 14 Jahre	24	0,0	12	0,0	12	0,0
15 - 29 Jahre	44	0,0	28	0,0	16	0,0
30 - 44 Jahre	205	0,1	154	0,1	51	0,0
45 - 59 Jahre	1.319	0,2	993	0,4	326	0,1
60 - 74 Jahre	6.312	0,9	4.069	1,1	2.243	0,6
75 Jahre und älter	19.515	3,1	7.428	3,1	12.087	3,1
gesamt	27.419	1,0	12.684	1,0	14.735	1,0

21 Fachmagazin für Ärzte, 2007

KH-Aufenthalte mit Hauptdiagnose (Entlassungsdiagnose) Herzinsuffizienz (I50)

Altersgruppe	Gesamt		Männer		Frauen	
	KH-Aufenthalte	% ANT	KH-Aufenthalte	% ANT	KH-Aufenthalte	% ANT
2001						
0 - 14 Jahre	15	0,0	6	0,0%	9	0,0
15 - 29 Jahre	20	0,0	9	0,0%	11	0,0
30 - 44 Jahre	166	0,0	117	0,1%	49	0,0
45 - 59 Jahre	1.324	0,3	923	0,4%	401	0,2
60 - 74 Jahre	7.106	1,2	4.215	1,5%	2.891	1,0
75 Jahre und älter	17.453	3,7	6.014	3,7%	11.439	3,7
Gesamt	26.084	1,1	11.284	1,0%	14.800	1,1

%ANT: Anteil an allen KH-Aufenthalten; Aufnahmediagnosen sind nicht an das BMG zu melden; Quelle: Diagnosen- und Leistungsberichte, Sonderauswertung BMG

Die beiden wichtigsten Risikofaktoren für die Entstehung einer Herzinsuffizienz sind bei Frauen der Bluthochdruck und der Diabetes mellitus, wohingegen bei Männern die koronare Herzkrankheit die bedeutendste Rolle spielt. Bei Frauen im Alter von 35 bis 64 Jahren tritt eine Herzinsuffizienz doppelt so häufig auf wie bei Männern. Während Frauen eine bessere Prognose haben als Männer (5-Jahres-Mortalität 40% versus 54%), kehrt sich dieses Verhältnis um, wenn eine koronare Herzkrankheit die Ursache der Herzinsuffizienz ist.

Frauen haben außerdem spezielle Ursachen für das Auftreten einer Herzinsuffizienz, die sich bei Männern nicht oder nur selten finden. Dazu gehören die Schwangerschafts-assoziierte Herzinsuffizienz sowie die Stresskardiomyopathie „Tako-Tsubo“ (hier beträgt das Verhältnis zu Männern 9:1), welche plötzlich nach einer Episode von emotionalem Stress auftreten kann. Die Symptome ähneln denen eines Herzinfarktes; auch EKG und Herzenzyme entsprechen den Anzeichen eines Herzinfarktes. Erst die Koronarangiographie ermöglicht die Differenzierung zwischen der Stresskardiomyopathie und einem Herzinfarkt. Unter entsprechender Therapie ist diese Erkrankung allerdings in der Mehrzahl der Fälle innerhalb weniger Wochen bis Monate völlig reversibel.

Überlebensdauer nach Diagnosestellung Herzinsuffizienz

Frauen mit Herzinsuffizienz werden häufiger ins Krankenhaus aufgenommen; sie haben eine schlechtere Lebensqualität und leiden häufiger an einer begleitenden Depression. Diagnostische Maßnahmen wie die Echokardiographie (52% versus 62% bei den Männern) und Angiographie werden seltener durchgeführt.

Die Pharmakotherapie ist nicht geschlechtsspezifisch, obwohl in Studien die positive Wirkung der ACE-Hemmer deutlich geringer und die des Digitalis, vor allem durch relative Überdosierung, sogar negativ war. Auch gerätetechnische Therapieoptionen werden bei Frauen bisher weniger ausgeschöpft als bei Männern.

Die Behandlung mit Schrittmachern zur Verbesserung der kardialen Resynchronisation zeigt allerdings bei Frauen einen größeren Vorteil.

3.6 Rehabilitation

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 Risikofaktormodifika-

tion, der Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, der funktionellen Kapazität und der Lebensqualität von der Rehabilitation profitieren.

Zwar liegt bei Rehabilitationsbeginn die Leistungsfähigkeit der Frauen - gemessen an maximal erreichter Ergometerleistung - deutlich niedriger als die der Männer. Im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahmen profitieren Frauen jedoch in gleichem Maße von einem individuell dosierten Ausdauertraining wie männliche Patienten. Insbesondere bei älteren Frauen sind die Verbesserung von Koordination, Flexibilität und Muskelkraft wichtige Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung und Stabilisierung von Mobilität, Unabhängigkeit und der Möglichkeit einer selbstversorgenden und selbstständigen Lebensgestaltung. Frauen stellen allerdings in einem sehr viel größeren Maße das Training nach der stationären Rehabilitation wieder ein. Nach 3 Monaten trainierten in einer Untersuchung nur noch 27,3% der Frauen dreimal pro Woche. Aus diesem Grund ist eine zusätzliche, länger dauernde ambulante Rehabilitation gerade für Frauen besonders wichtig.

Es gibt in Österreich die Möglichkeit, die Rehabilitation in der ersten intensiven Phase stationär oder ambulant zu absolvieren und in der darauffolgenden, länger andauernden und weniger intensiven Phase ambulant fortzuführen.

Die stationäre Rehabilitation (Phase II) wird - trotz etwa nur 20% weniger Krankenhausaufnahmen wegen Herz-Kreislauferkrankungen - von Frauen in Österreich um durchschnittlich 50% weniger häufig wahrgenommen als von Männern. In manchen Rehabilitationszentren ist sogar ein Verhältnis zwischen Frauen und Männern von nur 1:3 registriert worden.

Tabelle 31: Anzahl behandelter PatientInnen wegen Herz-Kreislauferkrankungen im Jahre 2008

Reha-Klinik	Anzahl Männer	Anzahl Frauen
Felbring	1.050	471
Großmain	1.289	565
Hohegg	1.880	921
St. Radegund	1.602	865
Saalfelden	526	188
Bad Tatzmannsdorf	1.421	724

Quelle: PVA Jahresstatistik 2008

3.6.1 Anschlussheilverfahren: Inanspruchnahme von Rehabilitationszentren

Dr.ⁱⁿ Daniela Gattringer, Fachärztin für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation, AKH Linz, Institut für Physikalische Medizin

Passgenaue Bewegungsangebote für Frauen

Frauen in europäischen Ländern nehmen seltener an kardiologischen Rehabilitationsmaßnahmen teil als Männer, wobei die existierenden kardiologischen Rehabilitationsprogramme vorwiegend für berufstätige Männer in mittleren Jahren entwickelt wurden und daher für Frauen nicht immer adäquat scheinen. Frauen mit kardiologischen Erkrankungen sind bereits zu Beginn der stationären Rehabilitation meist physisch kränker als Männer; dies bezieht sich sowohl auf die Schwere des Myocardinfarktes, auf die Zahl zusätzlicher Begleiterkrankungen und Risikofaktoren, als auch auf das höhere Alter.

Die Gründe für die Nichtteilnahme an ambulanten, kardiologischen Nachsorgeprogrammen unterscheiden sich geschlechtsspezifisch. Während Frauen in erster Linie praktische Hindernisse wie mangelnde Fahrgelegenheiten, eine zu weite Distanz und/oder eine zu starke gesundheitliche Belastung nennen, geben Männer als häufigsten Hinderungsgrund die Tatsache an, dass ihnen das Programm keinen Spaß macht, dass sie daran kein Interesse haben etc.

Bei Frauen wirkt auch ein allfälliges Übergewicht als starke Barriere. Ältere sowie allein lebende Frauen nehmen ebenfalls seltener an einer ambulanten Herzgruppe teil. Bezüglich der verhaltensbedingten koronaren Risikofaktoren sind bei Frauen die Bewegungsarmut und mangelnde sportliche Aktivität eindeutig hervorzuheben. In den derzeit verwendeten Rehabilitationsprogrammen gelingt es oft schwer, gerade diejenigen Frauen zum körperlichen Training zu motivieren, für die eine Änderung des Lebensstils besonders wichtig wäre - beispielsweise übergewichtige Frauen, die im Gegensatz zu adipösen Männern oft aus mangelndem Selbstbewusstsein die angebotenen Gruppenaktivitäten meiden.²²

Frauen scheinen sich gegenseitig stärker zu unterstützen, wenn sie unter sich sind, während Männer von gemischt geschlechtlichen Gruppen eher mehr profitieren. Diesen Umstand versuchte eine bayrische Rehabilitationsklinik im Rahmen einer Interventionsstudie mit 162 Frauen zu nutzen, um das Rehabilitationsprogramm optimal an die Bedürfnisse der Frauen anzupassen und so Effektivität und Akzeptanz der Maßnahme zu erhöhen. Dabei wurden separate Gruppen für Frauen mit speziellen Inhalten bezüglich Bewegungstherapie, psychologischer Betreuung und Ernährungsberatung eingesetzt. Es zeigte sich eine hohe Akzeptanz des Frauenprogrammes mit signifikant höherer Zufriedenheit der Patientinnen bezüglich der gesetzten Maßnahmen, sowie eine gesteigerte Leistungsfähigkeit. Die Teilnehmerinnen des Frauenprogrammes blieben auch langfristig sportlich aktiver. An einer ambulanten Herzgruppe hatten im ersten Jahr nach der Rehabilitation ebenfalls mehr Frauen der Interventionsgruppe als Patientinnen der Kontrollgruppe teilgenommen.²³

22 Härtel

23 Härtel, et al. 2005

4. Epidemiologie der häufigsten Krebserkrankungen bei Frauen

Dr.ⁱⁿ Éva Rásky, Fachärztin für Sozialmedizin, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz

In Österreich entfallen bei Frauen 23% aller Todesfälle auf Krebserkrankungen. Damit sind sie nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache bei Frauen. Seit Jahrzehnten sinkt die altersstandardisierte Krebssterblichkeit, die Reduktion ist nicht so ausgeprägt wie der Rückgang bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen.²⁴

Die häufigste Krebsart bei den Frauen ist Brustkrebs, gefolgt von Dickdarm- und Lungenkrebs.

Brustkrebs ist mit einem Anteil von 28% an allen Tumoren seit Langem die häufigste Krebserkrankung von Frauen. Jährlich treten in Österreich etwa 4.600 Neuerkrankungen an Brustkrebs auf. Etwa 1.500 Frauen sterben jährlich an Brustkrebs. Seit 1997 zeigt sich ein Rückgang der Neuerkrankungen, die Entwicklung der Sterbefälle verläuft seit längerer Zeit tendenziell sinkend. Das Durchschnittsalter der Frauen zum Diagnosezeitpunkt liegt bei rund 64 Jahren. Die Hälfte der erkrankten Frauen verstirbt vor dem 73. Lebensjahr.²⁵

Bei Frauen gibt es jährlich etwa 2.000 Darmkrebsneuerkrankungen und etwa 1.000 Sterbefälle. Im vergangenen Jahrzehnt verlief die Entwicklung günstig, sowohl Neuerkrankungs- als auch Sterberaten sind gesunken. Am häufigsten erkranken und sterben Frauen an Darmkrebs im Alter zwischen 75 und 84 Jahren.²⁶

Etwa 1.300 Frauen erkranken pro Jahr neu an Lungenkrebs und etwa 1.100 versterben daran. Die Entwicklung verlief hier bei Frauen im vergangenen Jahrzehnt sehr ungünstig: sowohl die altersstandardisierten Neuerkrankungs- als auch die Sterberaten steigen.²⁷

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.²⁸

24 Statistik Austria, 2010, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/index.html, (dl 21.09.2010)

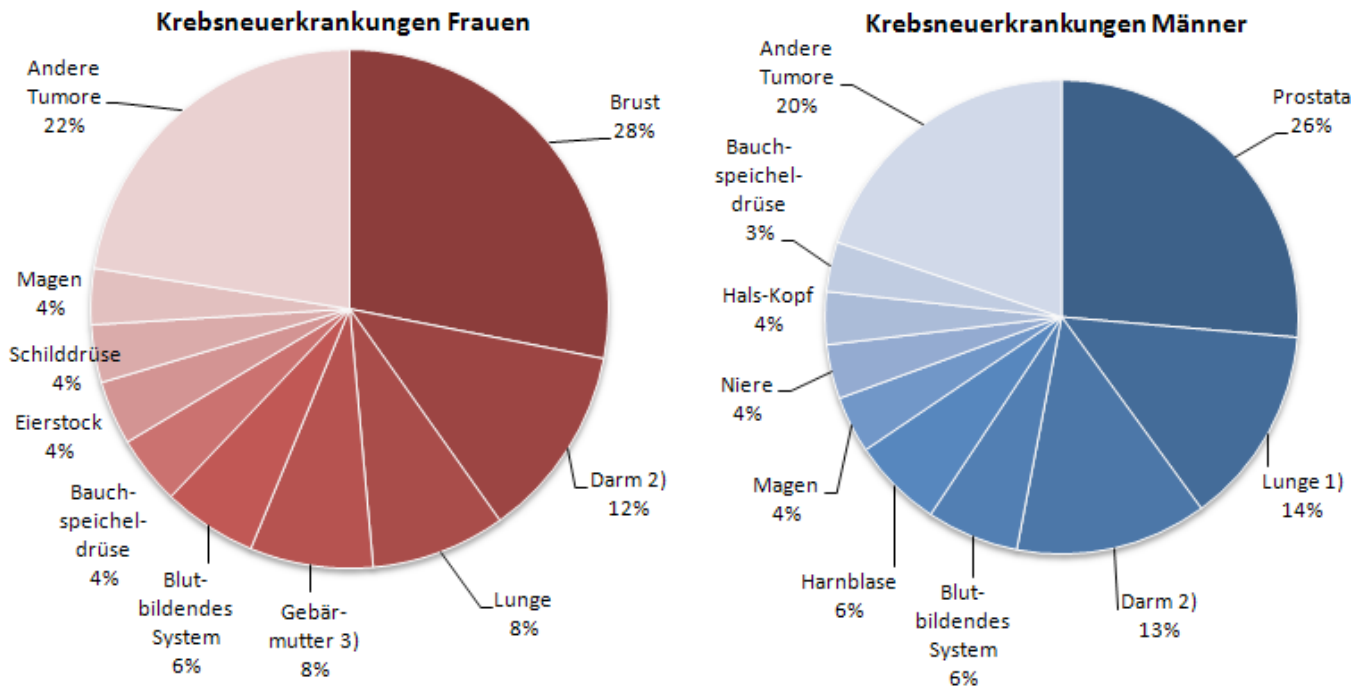
25 GÖG/ÖBIG 2008, Brustkrebsbericht 2008; Statistik Austria 2010 ebd.

26 Statistik Austria, 2010, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/index.html, (dl 21.09.2010)

27 Ebd.

28 Ebd.

Abbildung 28: 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

Beitrag des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentren 2010 Brustgesundheit

Die Brüste von Frauen stehen im Bild unserer Gesellschaft für Vieles: Weiblichkeit, Sexualität, Mutterschaft, Nahrung und Attraktivität. Gesprochen aber wird über die Brust vorwiegend in zweierlei Hinsicht: normierte Schönheit und lebensbedrohliche Krankheit. Brustgesundheit wird weniger mit einem positiven Körpergefühl und aktiver Selbstwahrnehmung von Mädchen und Frauen assoziiert als mit Früherkennungsmaßnahmen von Brustkrebs. Fast scheint es als wäre die Brust nur existent als Gegenstand der Schönheitsindustrie oder der Medizin. Dies erfahren Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind u. a. am eigenen Leib. Dann beginnt zwischen den unterschiedlichen medizinischen Fachgruppen Gynäkologie, Chirurgie, Radiologie die Frage nach der Zuständigkeit, dem Anspruch auf den ExpertInnenstatus. Die Brüste gehören der Frau, und die Frau ist Expertin für ihren Körper – eine „alte“ Forderung der Frauengesundheitsbewegung, die nichts an ihrer Aktualität verloren hat.

Die Brüste einer Frau nehmen unter allen Organen eine ganz besondere Stellung ein. Sie sind das einzige Organ, das sich sichtbar entwickelt und das in einem Lebensalter, in dem Mädchen diesen Vorgang bewusst erleben könnten. Aufgrund mangelnder positiver Bilder und Teilhabe verdrängen jedoch viele Frauen diese Erfahrung und erleben ihre Brüste häufiger angst- und schambesetzt als mit Stolz. Die positive Wahrnehmung der eigenen Brüste und ihrer Veränderungen im Lebenszyklus kann es Frauen ermöglichen ein positives Gefühl für sich selbst, ihre körperlichen Kompetenzen und auch ihre Fähigkeiten zu entwickeln.

4.1 Primär- und Sekundärprävention der häufigsten Krebserkrankungen bei Frauen - Brustkrebs

Im Folgenden werden Präventionsmöglichkeiten für Brust-, Darm- und Lungenkrebs dargestellt. Am ausführlichsten wird das Brustkrebs-Screening erörtert. Für diesen Bereich liegen die meisten wissenschaftlichen Erkenntnisse vor.

Die Häufigkeit von Brustkrebs bei Frauen variiert stark zwischen den einzelnen Ländern – so ist Brustkrebs in Südeuropa deutlich seltener als in Zentral- und Nordeuropa. 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.²⁹

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.³⁰ Auch Umwelteinflüsse werden immer häufiger als Risikofaktor diskutiert wie z.B. ionisierende Strahlung durch medizinische Untersuchungen und Chemikalien mit östrogenähnlicher Wirkung, sogenannte endokrine Disruptoren.³¹

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. Für Frauen stellt eine Brustkrebserkrankung einen großen Einschnitt in ihrem 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%.³²

Um eine Aussage darüber zu machen, ob eine begleitende Ultraschall-Untersuchung zu einer Verbesserung des Testergebnisses führt, also die Treffsicherheit der Diagnosestellung erhöht, fehlen hochwertige wissenschaftliche Studien. In Österreich erfolgt diese zusätzliche Ultraschall-Untersuchung sehr oft im Rahmen des opportunistischen Screenings. Sowohl die Computertomografie- als auch die Magnetresonanztomografie-Untersuchung der Brust werden derzeit nur bei spezifischen Fragestellungen eingesetzt, jedoch nicht als Screening-Methoden.

Screening bedeutet, dass definierte Zielgruppen von gesunden Personen in regelmäßigen Abständen getestet werden. Ziel ist es, dadurch die Sterblichkeit an der Erkrankung, nach der gesucht wird, zu senken. Dies kann dann erreicht werden, wenn eine Therapie der vorzeitig erkannten Krankheit möglich ist, wenn Vorstadien behandelt und Risikofaktoren reduziert werden können.

Ob ein Screening einen Nutzen hat, kann über unterschiedliche Parameter gemessen werden: Reduktion der Gesamtsterblichkeit, Reduktion der spezifischen Sterblichkeit, Anzahl der gewonnenen Lebensjahre, Anzahl

29 World Cancer Research Fund & American Institute for Cancer Research, 2007

30 Parkin, 2009; Krieger, et al. 2010

31 Smith-Bindman, et al. 2009; Brody, et al. 2007

32 Mushlin, et al. 1998

der gewonnenen behinderungsfreien Lebensjahre/DALYs (Disability-Adjusted Life Years), Verbesserung der Lebensqualität, Zahl der korrekt negativen Testergebnisse, Erhöhung des Anteils konservativer Therapien, Kosten-Nutzen-Berechnungen. Meist erfolgt die Nutzenbewertung anhand der spezifischen Sterblichkeitsreduktion.

Auch der mögliche Schaden sollte eingeschätzt werden: Falsch-positive und falsch-negative Testergebnisse beunruhigen eine Frau oder wiegen sie in fälschlicher Sicherheit;³³ durch frühe Diagnose kann auch nur die Krankheitsdauer verlängert werden, wenig maligne oder langsam wachsende Gewebsschädigungen können überbehandelt werden, Angst und weitere psychologische Auswirkungen können die Folge sein. In der Nutzen-Schaden-Bewertung sollte der potenzielle Nutzen der Früherkennung gegenüber den möglichen Schäden überwiegen. Die Umsetzung eines Programm-Screenings sollte nur dann erfolgen, wenn argumentiert werden kann, dass der Nutzen für eine Person die Summe aller Risiken rechtfertigt, die alle Personen, die ein Screening durchlaufen, eingehen.³⁴

Eine Überprüfung ist sinnvoll, weil gesunde Personen in einer großen Anzahl zur Teilnahme aufgefordert werden und nur sehr wenige einen Nutzen aus der Früherkennung haben, einige sogar einen Schaden erleiden. Mit Ausnahme von wenigen KritikerInnen herrscht die einhellige Meinung vor, dass alle diese Voraussetzungen für ein Brustkrebs-Programm-Screening für die Altersgruppe der 50- bis 69-jährigen Frauen gegeben sind. Die Früherkennung von Brustkrebs erfolgte in Österreich bisher als opportunistisches Screening und nicht als nationales Screening-Programm (siehe Box). Um die Schäden durch ein Screening möglichst gering zu halten, soll in Zukunft auch hier ein qualitätsgesichertes organisiertes Screening umgesetzt werden.

Arten der Mammografie

1. Mammografie-Screening

a) Mammografie-Screening-Programm oder systematische Brustkrebsfrüherkennung durch Mammografie-Screening (auch systematisches oder organisiertes Mammografie-Screening genannt): Ist ein qualitätsgestütztes Programm mit systematischer periodischer Einladung aller Frauen einer bestimmten Altersgruppe zu einem kostenlosen Mammografie-Screening, also einer röntgenologischen Brustuntersuchung. Teilnehmeraten von über 70% aller eingeladenen Frauen sollen erreicht werden. Ziel ist es, die Brustkrebssterblichkeit von Frauen zu senken.

b) Opportunistisches Mammografie-Screening (auch wildes oder graues Mammografie-Screening genannt): Gesunde Frauen, die keine spezifischen Symptome für Brustkrebs aufweisen, entscheiden sich individuell, eine Mammografie machen zu lassen. Eine durchgehende Qualitätssicherung erfolgt nicht.

In Österreich finanzieren die Krankenkassen versicherten Frauen ab dem 40. Lebensjahr diese Untersuchung in der Vorsorge neu. Es zeigt sich, dass Frauen diese Untersuchung schichtspezifisch in Anspruch nehmen: Frauen höherer Bildungsschichten nutzen diese Leistung häufiger als bildungsferne Frauen.

2. Diagnostische Mammografie

Die diagnostische Mammografie bezeichnet eine röntgenologische Brustuntersuchung zur Abklärung eines Symptoms, wenn eine Ärztin/ein Arzt oder eine Frau einen Tumor tastet und abklären lassen will.

4.1.1 Problemstellungen im Mammografie-Screening

Die mit dem Mammografie-Screening einhergehenden Problemstellungen sind Frauen nicht immer bekannt. Der in diesem Zusammenhang oft verwendete Ausdruck Brustkrebsvorsorge für das Mammografie-Screening suggeriert, es handle sich um eine Diagnostik, deren Nutzung Brustkrebs vermeiden lässt. Intuitiv und durch solche Fehlinformationen unterstützt, meinen sehr viele Frauen, dass Screening-Programme ausschließlich einen Nutzen haben. Dies ist jedoch nicht zutreffend.

Durch die regelmäßige Anwendung eines Testverfahrens wie das Mammografie-Screening wird versucht, zu einem möglichst frühen Zeitpunkt eine bösartige Veränderung festzustellen. Wenn eine solche gefunden wird, dann besteht sie bereits. Sie kann also durch das Screening nicht verhindert werden.

33 Brewer, et al. 2007

34 UICC, 2008

Obwohl eine Einschätzung über den Grad der Bösartigkeit durch die sogenannten BIRADS-Kriterien erfolgen kann, ist eine Aussage über die weitere Entwicklung in diesem frühen Stadium der Erkrankung nicht möglich. Ob und in welcher Geschwindigkeit sich ein bösartiger Tumor weiterentwickelt, ob er noch eine Auswirkung auf die Lebensqualität haben wird, ist durch das Screening selbst nicht abschätzbar. Das Screening verfehlt tendenziell die schnell wachsenden, aggressiven, bösartigen Tumore und steigert die Entdeckung von weniger aggressiven Krebsarten. Es wäre daher wichtig, den Fokus auf die Entwicklung von Prognoseinstrumenten zu legen.³⁵

Circa 80 bis 90% aller in qualitätsgesicherten Programmen durchgeführten Mammografie-Screening-Untersuchungen ergeben ohnehin kein verdächtiges Resultat. Dies lässt sich dadurch erklären, dass gesunde Frauen gescreent werden und Brustkrebs – obwohl es die häufigste Krebsart bei Frauen ist – in der Zielgruppe der 50- bis 69-jährigen Frauen doch relativ selten vorkommt. Aber auch wenn eine Veränderung im Mammogramm festgestellt wird, heißt das noch nicht, dass die Frau tatsächlich Brustkrebs hat. Bei einem positiven Ergebnis ist die Wahrscheinlichkeit, dass Brustkrebs vorliegt, erhöht. Dies ist abhängig von der Testgüte (Sensitivität) und der Häufigkeit der Erkrankungen in der Bevölkerungsgruppe, in der der Test durchgeführt wird. In der Altersgruppe der Frauen von 50 bis 69 Jahren hat daher nur etwa jede zehnte Frau mit einem auffälligen Mammogramm Brustkrebs. Auch führen nicht alle entdeckten Veränderungen ohne Behandlung zum Tod, d.h. das Entdecken kann eine Überdiagnose bedeuten. Der Anteil an Überdiagnosen an allen auffälligen Ergebnissen wird auf 5 bis 50% geschätzt.³⁶ Eine Studie errechnete bei Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren 15 Jahre nach Beendigung eines Mammografie-Screening-Programms 10% Überdiagnosen.³⁷ Eine kürzlich veröffentlichte Untersuchung gibt an, dass in Screening-Programmen jeder dritte diagnostizierte Krebs eine Überdiagnose darstellt.³⁸

Da eine Aussage, wie sich die Brustkrebserkrankung bei einer Frau tatsächlich entwickelt, nicht möglich ist, erfolgt bei einer entsprechenden Diagnose immer eine Therapie, die auch eine Übertherapie mit geringem oder auch keinem Nutzen sein kann. Mögliche Schäden entstehen im schlimmsten Fall durch unerwünschte Wirkungen und Tod als Folge der Behandlung. Auch wenn eine Frau eine Diagnose erhält, die keine Konsequenz mehr hat, weil bereits eine nicht behandelbare Erkrankung vorliegt, schränkt dies ihre Lebensqualität sehr ein und kann daher einen Schaden bedeuten. Eine Information über ein Vorstadium, das sich aber nicht zum Krebs entwickeln würde, kann einen Schaden darstellen wie auch die Stigmatisierung, die Frauen nach einer Diagnose erleben. Diese verändert das Selbstbild und das Lebensgefühl einer Frau und beunruhigt ihre Angehörigen.

Bei Vorstadien von Krebserkrankungen wie einem Carcinoma in situ/CIS ist davon auszugehen, dass sich weniger als die Hälfte dieser Zellveränderungen zu einem invasiven Krebs entwickelt.³⁹ Trotzdem wird behandelt, weil für die einzelne Frau keine Aussage über die weitere Entwicklung in Richtung Bösartigkeit möglich ist. Gegenüber der nicht gescreenten Bevölkerung gab es bei den gescreenten Frauen daher 30% mehr Operationen, 20% mehr Brustentfernungen und mehr Strahlen- und Chemotherapien, wie ein systematischer Review ergab.⁴⁰

Auch wenn der Nutzen unbestimmt sein kann und auch Schäden auftreten können, ist es dennoch sinnvoll, auffällige Ergebnisse einer Mammografie möglichst rasch State of the Art, entsprechend den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, abzuklären. Dies ist in spezialisierten Brustzentren am ehesten gegeben. Eine lange Dauer der Abklärung kann psychische Belastungen und Distress verursachen.

In qualitätsgesicherten Programmen muss jede fünfte Frau im Laufe von zehn Jahren – alle zwei Jahre eine Mammografie, insgesamt also fünf – mit mindestens einem falsch-positiven Ergebnis rechnen.⁴¹ Auch hier schwanken die Angaben – wie bei denen zur Übertherapie – erheblich. Die Anzahl der falsch-positiven Ergebnisse steigt kumulativ mit der Anzahl der durchgeführten Mammografien. Angegeben werden in randomisierten Studien für zehn Screening-Runden 21 bis 49%.⁴² Im Rahmen eines opportunistischen Screenings

35 Esserman, et al. 2009

36 Zackrisson, et al. 2006

37 Ebd.

38 Jorgensen & Gøtzsche, 2009

39 Ludwig Boltzmann Institut, 2009; Virnig, et al. 2010

40 Gøtzsche & Nielsen, 2009

41 Elmore, et al. 1998

42 Ludwig Boltzmann Institut, 2009

liegen die falsch-positiven Ergebnisse noch höher. Eine qualifizierte Studie gibt eine Sensitivität von 28 bis 36% im opportunistischen Screening gegenüber 54% in randomisierten Studien an.⁴³ Je höher die Zahl der falsch-positiven Ergebnisse ist, desto mehr Abklärungen müssen erfolgen. Dies belastet die betroffenen Frauen und die Ressourcen der Gesundheitsversorgung. In den Qualitätsleitlinien der EU⁴⁴ wird daher für Screening-Programme gefordert, dass die beteiligten BefunderInnen von Mammogrammen bis zu 7% falsch-positive Ergebnisse haben dürfen.

Das Screening-Verfahren selbst kann auch Schäden verursachen, wie etwa durch hohe Röntgenstrahlung aufgrund alter und nicht ordnungsgemäß gewarteter Geräte. Fest steht, dass die Sensibilität des Brustgewebes für radioaktive Strahlung in jüngeren Jahren deutlich höher ist. Mettler et al.⁴⁵ schätzen, dass bei regelmäßiger Mammografie ab dem 40. Lebensjahr pro 10.000 Frauen mit 1,5 bis 4,5 zusätzlichen Brustkrebskrankungen zu rechnen ist, die zu ein bis zwei Brustkrebstoten pro 10.000 gescreenter Frauen führen. Beemsterboer et al.⁴⁶ geben auf einen durch Mammografie-Screening strahleninduzierten Brustkrebstodesfall 242 durch Mammografie-Screening verhinderte Todesfälle an, bezogen auf 50- bis 69-jährige Frauen mit einem Screening-Intervall von zwei Jahren. Die deutsche Strahlenschutzkommission kommt unter gleichen Voraussetzungen auf 100 verhinderte Brustkrebstodesfälle pro strahleninduziertem Todesfall.⁴⁷

Eine Mammografie-Untersuchung erhöht die Sicherheit, zuverlässig keinen Brustkrebs zu haben, nur sehr gering. Die Auswertung schwedischer Studien ergab, dass die Sicherheit von 99,64% (ohne Mammografie-Screening) auf 99,71% (mit Mammografie-Screening) steigt, das ist eine Zunahme an Sicherheit um 0,07% (absolut und relativ).⁴⁸ So sterben ohne Mammografie-Screening in einem Zeitraum von zehn Jahren 996 von 1.000 Frauen nicht an Brustkrebs, mit Screening sterben 997 von 1.000 nicht. Eine von 1.000 hat einen Nutzen, weil sie in dieser Zeitperiode nicht an Brustkrebs verstirbt, aber 999 von 1.000 haben keinen Nutzen. 996 Frauen haben keinen Nutzen, da sie auch ohne Screening nicht an Brustkrebs verstorben wären und drei Frauen, weil sie trotz Screening an Brustkrebs verstorben sind.⁴⁹ Auch bei einem negativen Testergebnis besteht also keine hundertprozentige Sicherheit, dass kein Brustkrebs vorliegt. Viele Frauen sind fälschlich dieser Auffassung.

Das opportunistische Screening kann durch die fehlende durchgehende Qualitätssicherung zusätzlich zu Schäden führen. Mangelnder technischer Standard der Geräte kann zu Strahlenschäden führen. Qualitätsmängel der Mammogramme können eine Beurteilung verunmöglichen. Wenn keine Doppelbefundung durch zwei ÄrztInnen erfolgt, gibt es vermehrt auffällige Ergebnisse, die dann abgeklärt werden müssen. Ebenso kann das Fehlen von Monitoring und Analyse notwendige Adaptierungen des Screenings verhindern. Eine Größenordnung dieser Schäden kann nicht angegeben werden, da kein Datenmonitoring in Österreich erfolgt.

Inwieweit das opportunistische Screening tatsächlich von Nutzen ist, ist wissenschaftlich seriös nicht zu beantworten. Das ist auch der Grund, warum die Europäische Union auf nationale Programm-Screenings drängt.

Eine Information der Frauen hierüber, über die Vor- und Nachteile, erfolgt derzeit weder qualitätsgesichert noch nach objektiven Kriterien.⁵⁰ Für die einzelne Frau ist es wichtig, die Informationen über erwünschte und unerwünschte Wirkungen zu erhalten, um dann selbst abzuwägen und sich für oder gegen das Screening zu entscheiden. Evidenzbasierte verständliche Informationen bilden hierzu eine Grundlage wie auch die Fachkompetenz der Ärztin/des Arztes, die es ihr/ihm erlaubt, Frauen fachkundig zu informieren und die jeweilige Entscheidung zu respektieren. Ergänzende wissenschaftliche und unabhängige Beratungsmöglichkeiten wie z.B. in Frauengesundheitszentren müssten ebenfalls zur Verfügung stehen. Spezifische Schulungen erhöhen die Health Literacy der Frauen und die der in den Gesundheitsberufen Tätigen.⁵¹ Da der Nutzen des Screenings wissenschaftlich kontrovers diskutiert wird, wäre es wichtig, darauf hinzuweisen und die Frauen auch darin zu bestärken, dass jede Entscheidung, ob sie nun für oder gegen das Screening ausfällt, für die einzelne Frau die richtige Entscheidung ist.

43 Elmore, et al. 2005

44 European Commission, 2006

45 Mettler, et al. 1996

46 Beemsterboer, et al. 1998

47 Becker & Junkermann, 2008

48 Mühlhauser & Höldke, 1999

49 Ebenda

50 Rásky & Groth, 2004

51 <http://www.fgz.co.at/Wissen-macht-stark-und-gesund.335.0.html> (dl 21.09.2010); http://www.gesundheit.uni-hamburg.de/cgi-bin/newsite/index.php?page=page_155 (dl 21.09.2010)

4.1.2 Wissenschaftliche Erkenntnisse zu Mammografie-Screening-Programmen

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.⁵² 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.⁵³

In der Altersgruppe der 50- bis 69-jährigen Frauen und über einen Zeitraum von zehn Jahren in zweijährigen Intervallen durchgeführtem Screening gehen ExpertInnen heute in der genannten Zeitspanne von einer möglichen Reduktion der Brustkrebssterblichkeit von etwa 15-20% aus. Auch hier ist die Spannweite der Angaben insgesamt weiter: Sie schwankt zwischen 0 und 3 pro 1.000 Frauen, die in zehn Jahren durch das Screening weniger an Brustkrebs versterben.⁵⁴ Und man geht davon aus, dass der reale Nutzen in Routine-Programmen immer geringer sein wird als die in Studien erzielbaren Ergebnisse.⁵⁵

Die Darstellung des möglichen Nutzens und des möglichen Schadens ist von großer Bedeutung für Betroffene, für ÄrztInnen und GesundheitspolitikerInnen, um ihre Entscheidungen zu treffen.⁵⁶ 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 einen Nutzen hat (Number Needed to Screen/NNS). Der mögliche Schaden sollte ebenfalls auf diese Art dargestellt werden.

Nutzen und Schaden können unterschiedlich dargestellt werden: als absolute Mortalitätsreduktion, als relative Mortalitätsreduktion und als Number Needed to Treat/NNT. Der mögliche Nutzen, nämlich verhinderte Brustkrebstodesfälle bei Frauen, die zehn Jahre gescreent werden, bewegt sich zwischen 0 und 3 auf 1.000 Frauen in zehn Jahren. Diese Angaben in absoluter Mortalitätsreduktion an Brustkrebs entsprechen der relativen Mortalitätsreduktion von 0 bis 30%, ebenfalls bezogen auf zehn Jahre. Die gleichen Ergebnisse als Number Needed to Treat dargestellt, würde heißen, dass entweder keine Frau (0%) einen Nutzen hat oder dass eine von 2.000 (15%) oder eine von 1.000 (25%) einen Nutzen hat, weil sie in diesem Zeitraum von zehn Jahren nicht an Brustkrebs stirbt. Welche Frau das konkret ist, kann aber nicht angegeben werden. Um diesen Nutzen zu erreichen, haben in diesem Zeitraum von zehn Jahren 100 bis 500 von 1.000 50- bis 69-jährigen gescreenten Frauen ein falsch-positives Ergebnis und 3 bis 9 von 1.000 gescreenten Frauen erhalten eine Übertherapie.⁵⁷

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 versterben. 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

52 Stronegger & Rásky, 2003
 53 Olsen & Gøtzsche, 2001; Nyström, et al. 2002; Gøtzsche & Nielsen, 2009
 54 Olsen & Gøtzsche, 2001; Schwartz & Woloshin, 2007
 55 Blanks, et al. 2000
 56 Fahey, et al. 1995; Gigerenzer & Edwards, 2003; Gigerenzer, et al. 2008
 57 Schwartz & Woloshin, 2007

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.

Empfehlungen der Kommission der Europäischen Union zur Qualitätssicherung von Mammografie-Screening-Programmen

Der Rat der Europäischen Union⁵⁸ 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 für das Brustkrebs-Screening mittels Mammografie für die Altersgruppe der 50- bis 69-jährigen trotz der wissenschaftlichen Kontroverse als erbracht an und gibt für die Umsetzung Qualitätsleitlinien vor.⁵⁹

Europäische Leitlinien zum qualitätsgesicherten Mammografie-Screening¹

- *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, MedizinphysikerIn, 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)*

¹ European Council 2003, Recommendation on Cancer Screening

4.1.3 Modellprojekte in Österreich und Stand der Umsetzung eines Mammografie-Screening-Programms

In Österreich werden jährlich rund 600.000 Mammografien durchgeführt, wie viele davon als opportunistisches Screening und wie viele als diagnostische Maßnahme zu werten sind, lässt sich nicht einschätzen.⁶⁰

Bisher gab es einige Modellprojekte zur Umsetzung eines Mammografie-Screening-Programms. Es besteht aber – im Gegensatz zu vielen anderen EU-Ländern – noch kein nationales, qualitätsgesichertes Brustkrebs-Screening-Programm in Österreich.

Das erste Modellprojekt erfolgte in Wien unter dem Titel „Die Klügere sieht nach“.

⁵⁸ European Council 2003, Recommendation on Cancer Screening

⁵⁹ European Commission 2006, European guidelines for quality assurance in mammography screening

⁶⁰ ÖBIG 2004

Im Jänner 2005 legte das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen ein Konzept für ein bundesweites Mammografie-Screening-Programm vor.⁶¹ Im April 2005 hat die Bundesgesundheitskommission das weitere Vorgehen zur Etablierung eines nationalen Mammografie-Screening-Programms mit der Implementierung von Modellprojekten beschlossen. Dies war ein erster Schritt, der Empfehlung des Rates der Europäischen Union⁶² zu folgen. Für die Modellprojekte wurde ein Handbuch erarbeitet.⁶³

Fünf Bundesländer (Burgenland, Salzburg, Vorarlberg, Wien und Tirol) starteten in den Jahren 2006 bis 2008 Pilot- und Vergleichsprojekte, in denen die Umsetzung eines bevölkerungsbezogenen qualitätsgesicherten Mammografie-Screening-Programms geprüft werden sollte. Um regionale Aktivitäten umzusetzen, war eine wesentliche Voraussetzung, dass die Projektverantwortlichen (Projektleitung, Kostenträger) mit dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (GÖG/ÖBIG) als potenzielle bundesweite Koordinationsstelle eng zusammenarbeiteten. Die Projekte folgten allerdings in unterschiedlichem Ausmaß den Vorgaben der EU-Leitlinien. Dies stellt einen limitierenden Faktor in der Evaluation der Projekte dar, die die Grundlage für die rasche Umsetzung des Mammografie-Screening-Programms in Österreich hätte sein sollen.⁶⁴

Auch die Europäische Kommission⁶⁵ überprüfte, inwieweit die Mitgliedstaaten die Leitlinien zur Qualitätssicherung einhalten. Sehr viele Länder, auch Österreich, haben noch große Herausforderungen zu bewältigen, um das Programm-Screening umzusetzen.

4.1.4 Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung von Frauen mit Brustkrebs

Rund 40% der Frauen, die an Brustkrebs erkranken, werden geheilt.⁶⁶ 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.

Hintergrund der Zentralisierung (definiert als Fallzahl pro Zeitraum und Krankenhaus) und Spezialisierung (Fallzahl pro Zeitraum und OperateurIn) sind US-amerikanische Studien, die nachwiesen, dass die Überlebenszeit der betroffenen Frauen durch eine integrierte und spezialisierte Behandlung verlängert werden kann. Brustkrebs-Patientinnen, die sich in Krankenhäusern mit weniger als 10 Operationen pro Jahr behandeln ließen, hatten ein um 60% höheres Sterberisiko. In Krankenhäusern mit 11 bis 50 Operationen sank das Risiko auf 30% und in Krankenhäusern mit rund 150 Operationen pro Jahr betrug das Risiko nur noch 19%. Ein positiver Effekt wurde auch für den Grad der Spezialisierung der OperateurInnen festgestellt. Die StudienautorInnen vertreten die Hypothese, dass vor allem die angepasste, effektive, individualisierte und häufiger eingesetzte adjuvante Therapie, die in den Krankenhäusern mit hohem Volumen eingesetzt wurde, für die längere Überlebenszeit der Patientinnen verantwortlich ist. Sie zogen aber auch die Teilnahme an Studien und genauere Diagnostik als positive Einflussfaktoren in Erwägung.⁶⁷

In Österreich zeigt eine Studie aus Tirol ähnliche Ergebnisse.⁶⁸ Dennoch werden noch viel zu viele Frauen in nicht spezialisierten Krankenhäusern operiert. 2002 erfolgten circa 5.800 Brustkrebsoperationen in 108 Krankenanstalten, die Anzahl von 150 Operationen pro Jahr erreichten nur 7 Spitäler, 78 führten weniger als 50 Operationen durch.⁶⁹

61 ÖBIG 2005, Mammographie-Screening Austria 2005

62 European Council 2003, Recommendation on Cancer Screening

63 GÖG/ÖBIG 2007, Projekthandbuch

64 GÖG/ÖBIG 2009, Mammographie-Screening Austria – Evaluationsbericht

65 European Commission 2008, Cancer screening in the European Union

66 Brucker, et al. 2003

67 Roohan, et al. 1998

68 Oberaigner & Stühlinger, 2006

69 GÖG/ÖBIG 2008, Brustkrebsbericht 2008

Wichtig wäre es daher, Brustzentren als integrierte Versorgungseinrichtungen zu etablieren und sie einheitlich nach EUSOMA-Kriterien zu zertifizieren.⁷⁰ Inzwischen sind auch Leitlinien für die Aus- und Weiterbildung der professionellen Kräfte, die Brustkrebspatientinnen versorgen, veröffentlicht worden.⁷¹ Die Einhaltung dieser Standards könnte eine optimale Versorgung der Brustkrebs-Patientinnen sichern.

4.1.5 Etablierung von Brustzentren mit Qualitätszertifikat

Im Oktober 1998 fand die erste Europäische Brustkrebs-Konferenz statt, eine gemeinsame Veranstaltung der Europäischen Organisation für Krebsforschung und -behandlung von Brustkrebs⁷², der Europäischen Gesellschaft für Brustkunde⁷³ und Europa Donna⁷⁴, einer europaweiten Selbsthilfeorganisation von Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind. Ergebnis dieser Konferenz war ein Konsensus-Statement über die gemeinsame Strategie bezüglich Forschung, genetischer Prädisposition, psychosozialem Status, Behandlung und Behandlungsqualität im Zusammenhang mit Brustkrebs. Eines der Ziele ist die europaweite Etablierung von hochwertigen, qualitätsgesicherten Spezialzentren. Dazu hat EUSOMA⁷⁵ Qualitätskriterien erstellt. Den EUSOMA-Kriterien entsprechend sollte jeweils auf 330.000 Einwohnerinnen ein Brustzentrum (Brustkrebszentrum/Brustgesundheitszentrum) zur Verfügung stehen. Die Zielvorgabe der Europäischen Union ist, dass bis 2016 80% aller Brustkrebs-Patientinnen in nach den EUSOMA-Kriterien zertifizierten Brustkrebszentren behandelt werden. In Österreich gibt es bereits mehrere Brustzentren, eine flächendeckende Versorgung ist bisher noch nicht gewährleistet.⁷⁶

Nach den EUSOMA-Kriterien hat ein Brustzentrum folgende fachliche Anforderungen zu erfüllen, die in Selbstverpflichtung umgesetzt werden:⁷⁷

1. mehr als 150 neu diagnostizierte Mammakarzinome pro Jahr
2. mehr als 50 Brustkrebsoperationen pro OperateurIn und Jahr
3. mehr als 5.000 Mammografien pro Jahr
4. Nachsorge der Patientinnen im zertifizierten Brustzentrum
5. ein ausreichendes Tumordokumentationssystem
6. Kooperation mit PathologInnen (mindestens 300 Mamma-Histologien pro Jahr)
7. mindestens ein/e Psycho-OnkologIn und eine Breast Nurse, die dem Zentrum zur Verfügung stehen
8. Kooperation mit der Nuklearmedizin (Mindestanzahl 400 Szintigrafien pro Jahr, Möglichkeit der Sentinel-Lymphknoten-Szintigrafie)
9. Kooperation mit Strahlentherapie (Mindestanzahl 85% Nachbestrahlung bei brusterhaltender Therapie/BET pro Jahr)
10. Kooperation mit plastischer Chirurgie betreffend die Brustrekonstruktion unter Erhaltung der Deutschen Krebsgesellschaft/DKG-Leitlinien
11. mindestens 100 Chemotherapien adjuvant/palliativ pro Jahr
12. mindestens 100 antihormonelle Therapien adjuvant/palliativ pro Jahr
13. eine palliative Versorgung muss sichergestellt sein
14. ein/e SchmerztherapeutIn muss zur Verfügung stehen
15. mindestens zehn Betten für Patientinnen mit Brustkrebs
16. wissenschaftliche Aktivität muss nachweisbar sein, zumindest ein/e Studienbeauftragte/r und eine sogenannte Study Nurse müssen verfügbar sein.

70 Anonymous 2000 und dessen update 2010: <http://www.eusoma.org/doc/EusomaBURequirements2010.pdf> (dl 21.09.2010)

71 Cataliotti, et al. 2007

72 European Organization for the Research and Treatment of Cancer – Breast Cancer Cooperative Group – EORTC-BCCG

73 European Society of Mastology – EUSOMA

74 Europa Donna Österreich, <http://www.europadonna.at/> (dl 21.09.2010)

75 Anonymous, 2000

76 Österreichische Krebshilfe, <http://www.krebshilfe.net/information/brustgesundheitszentrum.shtml> (dl 21.09.2010)

77 Zusammenfassung nach Marth, et al. 2004

4.1.6 Das Aktionsprogramm der Europäischen Union gegen Krebs

Den Ausgangspunkt bildet die Feststellung, dass bei einer optimalen Versorgungskette heute 50% der Brustkrebstodesfälle vermieden werden könnten. Erforderlich wäre hierfür:⁷⁸

- die Koordinierung der nationalen Politiken und der Erfahrungsaustausch über erfolgreiche Strategien der Krebsbekämpfung
- die Umsetzung und Weiterentwicklung der EU-Leitlinien zum Mammografie-Screening
- die Erarbeitung von Leitlinien für interdisziplinäre Brustzentren durch das European Breast Cancer Network/EBCN
- der Aufbau eines nationalen Krebsregisters nach einheitlichen Kriterien des European Network for Cancer Registries/ENCR
- die Intensivierung der Forschung zur Prävention und Therapie von Brustkrebs
- die Information der Frauen durch Gesundheitskampagnen, verständliche wissenschaftsbasierte Gesundheitsinformationen und unabhängige Beratungsmöglichkeiten

Beitrag des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentren 2010 Mammografie-Screening

Die Mammografie ist eine Röntgenuntersuchung der Brüste einer Frau. Sie ist die anerkannte Methode, um eine festgestellte Veränderung in der Brust abzuklären, etwa einen Knoten. Diese diagnostische Mammografie ergänzt Krankengeschichte, Tastuntersuchung und Ultraschall.

Davon unterschieden wird Mammografie als Reihenuntersuchung (Screening) zur Früherkennung von Brustkrebs. Ihr Nutzen wird wissenschaftlich unterschiedlich bewertet. Einigkeit herrscht darin, dass der maximal zu erzielende Gewinn nur durch ein qualitätsgesichertes Screening-Programm zu erreichen ist (siehe Artikel Rásky im vorliegenden Bericht).

Die wenigen veröffentlichten Daten zur Qualitätsbeurteilung lassen den Schluss zu, dass in Österreich die von der Europäischen Kommission für das Mammografie-Screening vorgegebenen Qualitätskriterien derzeit nicht erfüllt werden.⁷⁹ So erfolgt die spezifische Fortbildung der RadiologInnen und röntgentechnischen AssistentInnen nicht flächendeckend. Die Fortbildung für die Zulassung von ÄrztInnen zur Mammografie-Befundung ist nicht verpflichtend. Die geforderte Mindestanzahl an Mammogrammen pro RöntgenologIn und Jahr wird nicht evaluiert. Doppelbefundungen sollten routinemäßig erfolgen, finden aber in den seltensten Fällen statt. Die Einrichtungen können oft nicht angeben, wie viele falsch-positive Ergebnisse sie bei der Beurteilung von Mammogrammen haben. Aufgrund der Qualitätsmängel in Österreich wird das nationale Mammographie Screening Programm entsprechend der EU Guidelines ab 2011 wichtige qualitative Verbesserungen für die Frauen bringen.

Für die Frauen hat es eine große Bedeutung zu wissen, mit welcher Wahrscheinlichkeit sie mit einem falsch-positiven und mit einem falsch-negativen Befund zu rechnen haben. In dem einen Fall müssen Frauen unnötige abklärende Untersuchungen über sich ergehen lassen – im anderen wiegen sie sich in falscher Sicherheit. Da es auch große Qualitätsmängel in der Dokumentation und deren Analyse gibt, kann insgesamt keine Aussage über die Anzahl falsch-positiver Ergebnisse in Österreich getroffen werden. Daher ist es auch nicht möglich einzuschätzen, wie viele Frauen, die am Screening teilnehmen, die Diagnose Brustkrebs erhalten, obwohl die Erkrankung ohne Auswirkung auf ihre Lebensqualität geblieben wäre, z.B. da der Brustkrebs sich nur sehr langsam weiter entwickelt hätte.

Besonders problematisch ist dies, weil in der Versorgung von Krebspatientinnen in Österreich große Qualitätsunterschiede bestehen.⁸⁰ International hat die Erkenntnis über unterschiedliche Versorgungsniveaus innerhalb eines Landes unter anderem zu Kriterien für Spezialeinrichtungen geführt: die sogenannten EUSOMA-Kriterien.⁸¹ Diese sichern eine bessere Versorgung für an Brustkrebs erkrankte Frauen in EUSOMA-zertifizierten Abteilungen gegenüber nicht spezialisierten Abteilungen. Bisher gibt es etwa drei Einrichtungen in Österreich, die nach den EUSOMA-Kriterien zertifiziert sind. Allerdings gibt es auch verschiedene Brustzentren ohne diese Zertifizierung. Dies verwirrt die Patientinnen, die den Unterschied nicht kennen und daher annehmen, in beiden Zentren gleich qualitätsgesichert versorgt zu werden.

78 Entschließung des Europäischen Parlaments 2008

79 EC, 2006; EC, 2008; GÖG, 2008

80 GÖG/ÖBIG, 2008

81 Cataliotti, et al. 2007

In Österreich ist trotz wissenschaftlicher Divergenzen die politische Entscheidung gefallen, ein Programm-Screening für Frauen zwischen 50 und 69 Jahre einzuführen.

Hierbei muss gesichert sein:

die von der Europäischen Kommission vorgegebenen Qualitätskriterien vollinhaltlich erfüllt und auch regelmäßig evaluiert werden;

die Frauen eine umfassende Evidenz basierte Information über Nutzen und unerwünschte Wirkungen des Mammografie-Screenings erhalten, die zielgruppenspezifisch und verständlich formuliert ist;⁸²

die Finanzierung von unabhängiger Beratung, um Frauen eine informierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen;

Frauen mit einem auffälligen Ergebnis eine psychologische/ psychotherapeutische Unterstützung erhalten können und

Wie die Erfahrungen in anderen Ländern zeigen, dauert der Einführungsprozess von Programm-Screenings einige Jahre.

Um die Sicherheit der Patientinnen zu gewährleisten, ist es daher sinnvoll, jetzt einheitliche Qualitätsstandards für das opportunistische Screening zu erarbeiten. Interessenvertretungen von Patientinnen müssen in diesen Entwicklungsprozess einbezogen werden. Die Ergebnisse sind den potenziellen Nutzerinnen adäquat und verständlich zu kommunizieren.

4.2 Präventive Maßnahmen bei Darmkrebs

Primärpräventive Maßnahmen sind keine bekannt. Denn randomisierte, kontrollierte Studien erbrachten bisher keinen wissenschaftlich begründeten Wirknachweis für Interventionen. Untersucht wurden bisher vor allem Ernährungsgewohnheiten (fettreduzierte Kost, wenig rotes Fleisch, viel Gemüse und Obst), Antioxidantien, Vitamin D- und E-Gaben, Azetylsalizylsäure und grüner Tee.

Im European Code against Cancer der Europäischen Kommission⁸³ werden generelle Empfehlungen zur Krebsprävention gegeben: nicht zu rauchen/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: Hämmocult-Untersuchungen/FOBT (Faecal Occult Blood Test) – nicht im Routineeinsatz sind molekulare Tests –, die flexible Sigmoidoskopie, die Endoskopie des unteren Darmabschnittes⁸⁴ und die Kolonoskopie/Koloskopie (Darmspiegelung), hier wird der gesamte Darm untersucht.

Bisher wurde FOBT als erster Screeningtest durchgeführt und bei positivem Resultat eine Kolonoskopie abgeschlossen. In den letzten Jahren erfolgen vor allem in Deutschland, aber auch in Österreich Bestrebungen, die Kolonoskopie als erstes Screeningtest-Verfahren zu etablieren. In den USA findet vor allem eine flexible Sigmoidoskopie als Screening-Methode Verwendung. Die (virtuelle) CT-Koloskopie und die Kapselendoskopie werden derzeit nur für spezifische Fragestellungen eingesetzt, nicht im Screening-Bereich. Die vorliegenden Studienergebnisse lassen eine Bestimmung der effektivsten oder effizientesten Screening-Strategie wie Untersuchungszeitpunkt und Intervall bzw. Screening-Methode nicht zu.

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

82 Rásky, Groth, 2004; Steckelberg, et al. 2005; Bunge, et al. 2010

83 European Code against Cancer, http://telescan.nki.nl/code/en_code.html (dl 21.09.2010)

84 Segnan, et al. 2002; UK FSSTI, 2002

untersucht.⁸⁵ Bekannt ist, dass Frauen eher FOBT in Anspruch nehmen, Männer hingegen die Kolonoskopie,⁸⁶ dass ein Unterschied zwischen Frauen und Männern in der Testsensitivität und in den Inzidenzkarzinomen besteht,⁸⁷ dass Frauen weniger Karzinome im distalen Kolon und im Rektum als Männer haben⁸⁸ und dass das Tumorstadium bei den distalen Karzinomen geringer ist als bei den proximalen und rektalen.⁸⁹

Zu den Hämoccult-Tests gibt es randomisierte, kontrollierte Studien, die einen Nutzen nachweisen und damit die Empfehlung rechtfertigen, eine breite und systematische Früherkennung für Dickdarmkrebs einzuführen. In einem Simulationsmodell wurde für 20 Jahre nach Einführung eines Programm-Screenings die Reduktion der Darmkrebssterblichkeit mit 12 bis 15% bei den Frauen und mit 13 bis 17% bei den Männern berechnet, abhängig von der Teilnehmerate.⁹⁰ Im Alter von über 50 Jahren sollten Frauen und Männer im Abstand von höchstens zwei Jahren einen Stuhltest auf okkultes Blut machen lassen.⁹¹

Eddy berechnete die Anzahl der falsch-positiven Ergebnisse für den FOBT mit 40%. Die Sensitivität wird mit 53 bis 80% und die Spezifität mit 98% angegeben.⁹²

Bisher liegen die Ergebnisse für den Nutzen der Sigmoidoskopie nur von einer bevölkerungsbezogenen randomisierten Studie vor.⁹³ Atkin und ihre Arbeitsgruppe (2010) haben für 55- bis 64-jährige Frauen und Männer einen lang anhaltenden Nutzen, eine Mortalitätsreduktion durch eine einmalige Sigmoidoskopie und entsprechende Intervention nachweisen können. Diese wird in den angelsächsischen Ländern als weniger invasive und billigere Methode häufiger eingesetzt als die Kolonoskopie. Die US Preventive Services Task Force/USPSTF⁹⁴, die Empfehlungen auf der Basis der wissenschaftlichen Literatur erarbeitet, rät dringend zur Darmvorsorge, bezeichnet es aber als ungewiss, ob bei der Kolonoskopie die Vorteile die Risiken und Nachteile überwiegen. Ihre Empfehlung lautet, im Alter von 50 bis 75 Jahren eine Screening-Untersuchung machen zu lassen, mittels FOBT, Sigmoidoskopie oder Kolonoskopie.

Für die Kolonoskopie stehen die Ergebnisse größer, randomisierter Untersuchungen bezogen auf den Nutzen noch aus.⁹⁵

Die Sigmoidoskopie kann in 3,4 von 10.000 Untersuchungen schwere Komplikationen zur Folge haben.⁹⁶ Bei der Kolonoskopie werden 3,8 Perforationen pro 10.000 Untersuchungen angegeben.⁹⁷ Schwere Komplikationen wie Tod aufgrund der Untersuchung oder auch Ereignisse, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig werden lassen, wie Perforation, Blutungen, Divertikulitis, abdominelle Beschwerden und kardiale Ereignisse, sind häufiger, hier liegt die Schätzung bei 25 Fällen pro 10.000 Eingriffen.⁹⁸ Schwere Blutungen erfolgen in 12,3 Fällen pro 10.000 Kolonoskopien.⁹⁹ Höheres Alter über 75 Jahre ist ein unabhängiger Prädiktor für eine Kolonperforation.¹⁰⁰

Die American Cancer Society empfiehlt aufgrund wissenschaftlicher Studienergebnisse, das Darmkrebs-Screening mit 50 Jahren zu beginnen, FOBT jedes Jahr durchzuführen, die Sigmoidoskopie alle fünf Jahre, eine Kolonoskopie alle zehn Jahre.¹⁰¹ Die Empfehlungen der unterschiedlichen wissenschaftlichen Gesellschaften

85 Wardle, et al. 2005; Brenner, et al. 2007
 86 Wardle, et al. 2005
 87 Malila, et al. 2008
 88 Brenner, et al. 2007
 89 Zorzi, et al. 2008
 90 Parkin, et al. 2008
 91 Scholefield & Moss, 2002; Towler, et al. 2003
 92 Eddy, 1990
 93 Atkin, et al. 2010
 94 US Preventive Services Task Force/USPSTF, 2008
 95 Baxter, et al. 2009, Ludwig Boltzmann Institut, 2010
 96 Whitlock, et al. 2008b
 97 Whitlock, et al. 2008a
 98 Whitlock, et al. 2008b
 99 Ebenda
 100 Lohsirawat, et al. 2009
 101 McFarland, et al. 2008; Levin, et al. 2008

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.¹⁰²

In Österreich werden Kolonoskopien sowohl in den Krankenhäusern als auch im niedergelassenen Bereich durchgeführt. Da viele Frauen und Männer die Darmspiegelung mit unangenehmen Gefühlen assoziieren und die Vorbereitung, die Darmreinigung, und die Darmspiegelung selbst tatsächlich unangenehm sein können, wurde in Österreich die Aktion „sanfte Koloskopie“ gestartet und ein „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“ eingeführt.¹⁰³ Bei der „sanften“ Koloskopie erfolgt die Untersuchung mit modernen Geräten unter Kurznarkose. Das Zertifikat sichert den Frauen und Männern, die sich einem Screening unterziehen, qualifiziertes Personal für die Darmspiegelung zu (mindestens 300 Koloskopien sind pro Jahr erforderlich), das verpflichtet ist, ein Beratungsgespräch 24 Stunden vor der Darmspiegelung zu führen. Eine gleichzeitige Abtragung von Polypen ist möglich. Regelmäßige Hygienekontrollen und eine komplette Videoaufzeichnung erfolgen, und es besteht eine Verpflichtung zur Dokumentation.

Eine Nutzen-Schaden-Abwägung wie für das Brustkrebs-Screening ist nicht möglich, da entsprechende Studien und Daten fehlen. Mühlhauser & Steckelberg erarbeiteten patientInnenorientierte Inhalte, die für eine informierte Entscheidung zum Darmkrebs-Screening relevant sind.¹⁰⁴

Auch für das Darmkrebs-Screening sieht die Europäische Kommission den Nutzen als gegeben an und empfiehlt daher die Einführung eines Screening-Programms.¹⁰⁵ In Finnland ist ein solches Programm für die Zielgruppe der Altersgruppe der 60- bis 69-jährigen Frauen und Männer im Herbst 2004 begonnen worden.¹⁰⁶ In Österreich läuft in einigen Bezirken des Burgenlands ein Screening-Programm mittels FOBT. Auswertungen, die eine wissenschaftliche Einschätzung der Wirksamkeit des Programms erlauben, wurden bisher keine veröffentlicht. In einer Vorarbeit für die Etablierung eines Screening-Programms in Österreich ist ein Szenario unter Einbeziehung der Daten wissenschaftlicher Arbeiten berechnet worden. Das Screening von 100.000 50-jährigen Frauen und Männern bei 100% Beteiligung würde zu folgenden Ergebnissen führen: Entdecken von 340 bis 950 bösartigen Tumoren sowie 10.000 bis 13.000 Polypen, 200 bis 500 gescreente Personen erleben eine Komplikation, die eines stationären Aufenthaltes bedarf.¹⁰⁷

4.3 Prävention von Lungenkrebs

Rauchen ist der bedeutendste vermeidbare Risikofaktor für Lungenkrebs. In Österreich rauchen mehr weibliche als männliche Jugendliche.¹⁰⁸ Geschlechterspezifisch ist das Rauchverhalten von Frauen und Männern unterschiedlich, Bedeutung hat die Art des gerauchten Tabaks, die Inhalationstiefe und die Schnelligkeit, mit der eine Zigarette geraucht wird.¹⁰⁹ Frauen rauchen eher „milde“ Zigaretten und geben als Grund für das Rauchen an, ihr Gewicht reduzieren/halten zu wollen. Konsumentinnen, die „leichte“ Zigaretten rauchen, tendieren eher dazu, tiefer zu inhalieren als KonsumentInnen von Zigaretten mit höherem Teergehalt. Sie erhöhen dadurch die Exposition. Dem Passivrauchen hingegen dürften Frauen und Männer gleich ausgesetzt sein.

Das Rauchen einzustellen wäre die wichtigste primärpräventive Intervention, was zahlreiche Studien belegen.

102 Österreichische Krebshilfe, <http://www.krebshilfe.net/information/vorsorge/maenner/darmkrebs.shtm#05> (dl 21.09.2010)
 103 Ebenda
 104 Mühlhauser & Steckelberg, 2005
 105 European Council, 2003
 106 Malila, et al. 2005
 107 Jonas, et al. 2005
 108 Statistik Austria 2007, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07
 109 World Health Organization, 2007

Hingegen konnte der Nutzen von regelmäßigen Screening-Untersuchungen mittels Lungen-Röntgenuntersuchungen oder Computer-Tomografie bisher nicht nachgewiesen werden.¹¹⁰ 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.¹¹¹

Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen ist ein Lungenkrebs-Programm-Screening als nicht zielführend einzustufen. Nicht zuletzt zeigen statistische Daten, dass ein Rauchstopp für Frauen schwerer ist als für Männer.¹¹² 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.

4.4 Gebärmutterhalskrebs

Frauengesundheitszentrum, Graz ¹¹³

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 erkrankten in Österreich jährlich 9 von 100.000 Frauen, 2 von 100.000 sterben daran.¹¹⁴ In Österreich liegt das Risiko für eine Frau, vor dem 75. Lebensjahr (Lebenszeitrisiko) an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken, unter ein Prozent (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).¹¹⁵

Seit den 1950er Jahren ist der Gebärmutterhalskrebs europaweit rückläufig. Welchen Anteil die Früherkennung am Rückgang des Gebärmutterhalskrebses hat, kann nicht genau angegeben werden.¹¹⁶ Geschätzt wird, dass ohne Früherkennung etwa doppelt so viele Frauen an Gebärmutterhalskrebs sterben würden.¹¹⁷

Schon lange beobachten MedizinerInnen, dass Frauen, die Sex haben, von Gebärmutterhalskrebs betroffen sind, Nonnen dagegen sehr selten. Inzwischen weiß man, dass diese Krebsart fast immer von Viren, nämlich von Humanen Papillom Viren (HPV), verursacht wird. Diese werden Haut-zu-Haut übertragen. Eine Ansteckung ist sowohl im heterosexuellen wie im homosexuellen Kontakt möglich.¹¹⁸

Mehr als 120 verschiedene HP-Viren sind bekannt, von denen etwa 40 die Genitalregion betreffen. MedizinerInnen unterscheiden Hoch- und Niedrigrisikotypen. Etwa 15 Hochrisikotypen werden bei Frauen mit der Entstehung von Krebs an Gebärmutterhals, Scheide und Vulva, bei Männern mit Anal- und Peniskrebs in Verbindung gebracht, etwa HPV 16 und 18. Die Niedrigrisikotypen HPV 6 und 11 können dagegen vor allem Feigwarzen an der Scheide, im Damm- und Afterbereich sowie an Penis und Hodensack verursachen. Gegen die genannten vier Erregertypen ist seit 2006 eine Immunisierung möglich (HPV-Impfung).

Eine HPV-Infektion kommt bei Frauen und Männer, die Sex mit anderen haben, häufig vor. Das Risiko steigt mit der Anzahl der Partner. Allerdings führt sie bei Frauen eher als bei Männern zu Zell- und Gewebeveränderungen in der Genitalregion. In der Regel bemerken weder Frauen noch Männer die Ansteckung. Die eigenen Abwehrkräfte werden gut mit diesen Erregern fertig. Bei 80 von 100 Frauen heilen die Infektionen innerhalb von zwei Jahren von selbst aus.¹¹⁹ Von 100 Frauen, die unter 34 Jahre alt waren, bildeten sich die Zellveränderungen bei

110 Manser, et al. 2004; Black, 2006; Bach, et al. 2007; Black & Baron, 2007

111 Marcus, et al. 2006

112 Fleitmann, et al. 2010

113 Kapitel beinhaltet Auszüge aus der Broschüre ‚Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs HPV-Impfung, Informationen und Erfahrungen, Eine Entscheidungshilfe‘; Frauengesundheitszentrum (Hrsg); finanziert von Land Steiermark Gesundheit und Kultur 2010

114 Statistik Austria, 27.8.2009

115 Statistik Austria, 26.4.2010

116 IARC, 2005

117 Siebert, et al. 2006

118 Petry, 2007; Schiffmann, et al. 2007

119 Evander, et al. 1995; Ho, et al. 1995; Schiffmann, et al. 2007

84 Frauen zurück. Von 100 Frauen, die über 34 Jahre alt waren, bildeten sich diese bei 40 Frauen zurück.¹²⁰ Bei manchen Frauen bleibt die HPV-Infektion allerdings über längere Zeit bestehen. Doch auch in diesem Stadium kann sich die Infektion wieder zurückbilden. Sie ist also nicht zwingend ein Zeichen dafür, dass sich Krebs entwickelt.

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, Schmerzen gehören nicht zu den frühen Symptomen des Krebses.

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 (siehe dazu Kapitel Vorsorgeuntersuchungen) nicht so gut aufzuspüren sind.¹²¹

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

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.

4.4.1 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.¹²² Die Zulassungsstudien zeigten einen beinahe vollständigen Schutz vor mittelschweren und schweren Zellveränderungen am Gebärmutterhals durch die beiden Virustypen HPV 16 und 18 bei geimpften Frauen, die vor der Impfung nicht HPV-infiziert waren.

Die Kosten für die Impfstoffe sind unterschiedlich. Der Vierfachimpfstoff kostet insgesamt 571,95 €, der Zweifachimpfstoff kostet insgesamt 438,45 € (Jänner 2011). In den meisten Bundesländern müssen die Kosten selbst getragen werden. Für die Grundimmunisierung ist eine dreimalige Impfung notwendig, der Impfschutz beträgt mindestens fünf bis sieben Jahre.¹²³

Auch wenn der Impfstoff vor der Zulassung an 20.000 Frauen getestet worden ist 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

120 van Oortmarssen, et al. 1991

121 De May, 1997

122 Garland, et al. 2007; The FUTURE II, 2007; Paavonen, et al. 2009; Wheeler, et al. 2009

123 Rowhani-Rahbar, et al. 2009

Geimpften zu dokumentieren, ebenso die unerwünschten Wirkungen und den Einfluss auf die Zahl der Zellveränderungen und Krebsvorstufen. Gleichzeitig wird eine Qualitätssicherung der Krebsfrüherkennung ange-mahnt. Nur so könnte man langfristig den Nutzen und Schaden der HPV-Impfung überhaupt beurteilen.¹²⁴

124 ECDC 2008, Guidance für the introduction of HPV-vaccines in EU countries

5. Psychische Gesundheit von Frauen

Mag. Robert Brandstetter, Klinischer Psychologe, Leitung PGA Akademie

Mag.^a Sabine Ploberger, Sozialwirtin im Bildungsmanagement, PGA Akademie

Die WHO definiert psychische Gesundheit als „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen.“¹²⁵

Jahoda definierte bereits 1958¹²⁶ folgende Faktoren als kennzeichnend für psychische Gesundheit: positive Einstellung zur eigenen Person, Wachstum und Selbstverwirklichung, integrierte Persönlichkeit, Autonomie, Selbstständigkeit, adäquate Realitätswahrnehmung und Kompetenz in der Bewältigung von Anforderungen der Umwelt.

Wie viele andere europäische Staaten steht Österreich bei der Förderung eines gesunden Lebensstils der Bevölkerung vor vielfältigen Herausforderungen – insbesondere bei prophylaktischen Maßnahmen psychischer Erkrankungen, da diese i.d.R. durch eine Vielzahl von (biologischen, individuellen, familiären, sozialen und wirtschaftlichen) Einflussfaktoren gekennzeichnet sind.

Psychische Gesundheit ist – solange (noch) keine gegenteilige Diagnose erstellt wurde – ein sehr umfassender und allgemeiner Gesundheitsindikator, der ausschließlich über subjektive Angaben erfasst werden kann und somit interindividuell stark variiert. Als Messinstrumente werden dafür der WHOQOL bzw. der SF-36 verwendet. Bei etwaigen Vergleichen ist außerdem darauf zu achten, dass den erhobenen Daten eine gemeinsame Begriffsdefinition zu Grunde liegt.

Die im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2006/2007¹²⁷ gestellten Fragen nach dem subjektiven Gesundheitszustand erfassen sowohl die körperlichen als auch die psychischen und sozialen Aspekte von Gesundheit. Generell lässt sich sagen, dass Ältere ihren Gesundheitszustand negativer einschätzen als Jüngere und Frauen – vor allem ältere – schlechter als Männer. Eine positive subjektive Einschätzung der Gesundheit ist von der Schulbildung abhängig: Personen mit höherer Schulbildung schätzen ihre Gesundheit mit höherer Wahrscheinlichkeit positiv ein als jene mit niedriger Schulbildung. Dieser Zusammenhang könnte auf unterschiedlichen Thesen beruhen: Das Streben nach höherer Bildung beschränkt sich nicht nur auf Schulabschlüsse, sondern auch auf Gesundheitsthemen; oder aber: mehr Bildung bedeutet eine höhere Selbstwirksamkeit, was wiederum zu einer positiveren Beurteilung der eigenen Gesundheit führt.

Psychische Störungen sind bereits eine der Hauptursachen von Frühverrentung und Individualisierung.¹²⁸ Die (o.g.) „normale“ Lebensbelastung bzw. die Kompetenz in der Bewältigung von Anforderungen scheint für immer mehr Menschen nicht mehr bewältigbar zu sein. Beziffert wird dieser „Ausfall“ meist durch einen „Produktivitätsverlust“.

Der Konsum von Alkohol, Drogen und anderen psychoaktiven Substanzen ist oft ein Risikofaktor bei oder Begleiterscheinung von psychischen Gesundheitsproblemen. Die Frage ist, ob deren Bekämpfung im Rahmen gesundheitspolitischer Maßnahmen allein zielführend für die eigentliche Thematik ist.

125 Zit. n. WHO, 2001: World Health Report: Mental health: New understanding, new hope

126 Jahoda, 1958

127 Statistik Austria: Sozio-demographische u. sozio-ökonomische Determinanten v. Gesundheit, S. 20f

128 WHO, 2005, Grünbuch: Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern, S. 5

Macht Gleichheit gesund?

Dass ein niedriger sozialer und wirtschaftlicher Status die Anfälligkeit für psychische Erkrankungen erhöht, ist weithin bekannt. Relativ neu hingegen scheint folgende Betrachtungsweise:

Wilkinson und Pickett¹²⁹ untersuchten in entwickelten Gesellschaften u.a. die Ursachen für psychische Erkrankungen – mit folgendem Ergebnis: Je ungleicher die Einkommen in einem Staat verteilt sind, desto schlechter geht es der Gesamtbevölkerung. Nicht das Durchschnittseinkommen, sondern der Vergleich zu den anderen ist wichtig für das Wohlbefinden eines Individuums („soziale Psychosomatik“). Ungleichheit erzeugt chronischen Stress und ist für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfälle und Fettleibigkeit verantwortlich. Das bedeutet, dass ein Gleichheitszuwachs der Gesamtgesellschaft zugute kommt, da er die Kosten der durch Armut erzeugten sozialen und gesundheitlichen Probleme vermindert.

Schenk und Moser¹³⁰ nennen als mögliche Maßnahmen u.a. ein (Weiter-)Bildungssystem mit tatsächlicher Chancengleichheit, echte Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie ein progressiveres Steuersystem.

Beitrag des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentren 2010 Frauen und psychische Gesundheit

Psychische Erkrankungen, wie Depressionen, Angststörungen, affektive Psychosen und funktionelle Störungen werden bei Frauen häufiger diagnostiziert als bei Männern. Hinter diesen geschlechtsspezifischen Unterschieden verbergen sich sehr häufig krankmachende Lebenszusammenhänge von Frauen. Diese manifestieren sich einerseits in der Festlegung auf traditionelle Frauenrollen, andererseits in Mehrfachbelastungen durch Beruf, Kindererziehung, Haushalt, Partnerschaft, Pflege von Familienangehörigen. Frauen mit schlechteren Bildungs- und ökonomischen Voraussetzungen sind von besonders betroffen, ebenso alleinerziehende Mütter sowie Migrantinnen.

Diese Überforderungen äußern sich häufig in psychischen (Erschöpfungs-) Symptomen. Die Medizin hat die Tendenz, die gleichen Symptome bei Männern und bei Frauen unterschiedlich zu diagnostizieren und zu therapieren: bei Männern eher somatisch, bei Frauen psychisch bzw. psychosomatisch. In weiterer Folge bekommen Frauen zweimal häufiger als Männer Beruhigungs- und Schlafmittel, Antidepressiva und Neuroleptika, Schmerzmittel sowie Medikamente zur Gewichtsreduktion verordnet.

Die unterschiedlichen Lebenszusammenhänge von Frauen und Männern erfordern sowohl bei medizinischer als auch psychologischer Diagnosestellung und psychologischer sowie psychotherapeutischer Behandlung eine genderspezifische Betrachtung. Damit im Zusammenhang steht die Notwendigkeit einer kostenlosen frauenspezifischen psychologischen Begleitung bzw. Psychotherapie. Zentrale Prinzipien sind dabei die Förderung der Autonomie und Selbstbestimmung von Frauen, Empowerment, Ressourcenorientierung und Parteilichkeit.

5.1 Daten zu psychischen Beeinträchtigungen

Mag.^a Martha Scholz, Soziologin, Frauengesundheitszentrum Wels, PGA

Angaben für Österreich zur Inzidenz und Prävalenz von psychischen und Verhaltensstörungen, wie auch zu den Krankheiten des Nervensystems liegen nicht vor. Daten aus der amtlichen Statistik zur Krankenhausmorbidity (Anzahl der stationären Aufenthalte) sowie zur Mortalität aufgrund dieser Erkrankungen stehen zur Verfügung.¹³¹ 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.

129 Pickett / Wilkinson, Gleichheit ist Glück

130 Moser, et al. 2010

131 Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006

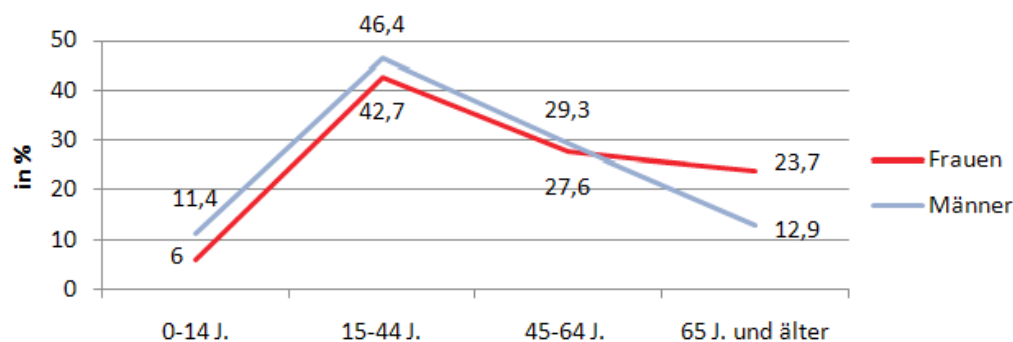
Betrachtet man die Altersverteilung bei Spitalsentlassungen mit Hauptdiagnose ‚Psychische und Verhaltensstörungen‘, so erkennt man einen höheren Anteil bei Männern bis hin zur Altersgruppe 65 Jahre und älter. Nimmt man die Anzahl stationärer Aufenthalte als Hinweis auf Geschlechtsunterschiede im Bereich 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 schizophränen 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).

Tabelle 32: Psychische und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Nervensystems (stationäre Aufenthalte; 2008)

ICD-10	Hauptdiagnose	Anzahl stationärer Aufenthalte		
		Männer	Frauen	Frauen in %
A00-Z99	Alle Diagnosen	1.223.438	1.455.189	54,3
darunter:				
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen (PV)	63.852	72.199	53,1
F00-F03	Demenz	3.254	6.315	66,0
F10	PV durch Alkohol	18.251	7.462	29,0
F11-F19	PV durch psychotrope Substanzen	3.428	1.885	35,5
F20-F29	Schizophrenie	7.737	7.829	50,3
F30-F39	Affektive Störungen	11.986	24.088	66,8
Rest von F00-F99	Andere PV	19.196	24.620	56,2
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	57.802	56.666	49,5
G30	Alzheimer-Krankheit	1.053	1.930	64,7
G40-G41	Epilepsie	8.119	6.437	44,2
G45	Zerebrale transitorische ischämische Attacken	4.816	6.121	56,0
G80-G83	Zerebrale und andere Lähmungen	1.812	1.545	46,0
Rest von G00-G99	Andere Krankheiten des Nervensystems	42.002	40.633	49,2

Quelle: Statistik Austria, Spitalsentlassungsstatistik. - Erstellt am 23.11.2009

Abbildung 29: Altersverteilung bei Spitalsentlassungen mit Hauptdiagnose ‚Psychische und Verhaltensstörungen (F0-F99)‘ nach Geschlecht, 2008



Quelle: Statistik Austria, Spitalsentlassungsstatistik. - Erstellt am 23.11.2009

5.2 Psychische Erkrankungen

Mag. Robert Brandstetter, Klinischer Psychologe, Leitung PGA Akademie

Mag.^a Sabine Ploberger, Sozialwirtin im Bildungsmanagement, PGA Akademie

Genauere Zahlen zur Inzidenz und Prävalenz von Depressionen liegen für Österreich nicht vor.

Mehr als 27% der EuropäerInnen leiden Schätzungen zufolge zumindest einmal im Leben unter psychischen Störungen.

Die in der EU am weitesten verbreiteten psychischen Erkrankungen sind Angst und Depression. Zahlen aus Deutschland belegen eine Lebenszeitprävalenz von 18%; das heißt, dass die Wahrscheinlichkeit, einmal im Leben an einer Depression zu erkranken, bei der Altersgruppe von 18-65 Jahren bei 18% liegt, unabhängig des Geschlechts. Interessant ist hierbei, dass die Lebenszeitprävalenz bei Frauen doppelt so hoch ist wie bei Männern - auch über verschiedenste Kulturen hinweg.

5.2.1 Depression

Neben der Häufigkeit depressiver Erkrankungen zeigen auch Symptomatik und Verlauf deutliche Geschlechtsunterschiede. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Zum einen handelt es sich lediglich um vermeintliche Unterschiede, etwa dadurch, dass die Diagnose einer Depression bei Frauen eher gestellt wird. Doch es gibt auch echte Häufigkeitsunterschiede zwischen Männern und Frauen. Diese sind zum Teil biologisch, zum Teil psychosozial und kulturell, häufig aber multifaktoriell zu erklären. Weibliche Sexualhormone und frauenspezifische Einflüsse wie Menstruation, Geburt und Menopause können ebenso eine Rolle spielen wie geschlechtsspezifisches Rollenverhalten und Rollenkonflikte, sozialer Status, Gewalt und Missbrauch. Die Berücksichtigung dieser und vieler anderer Faktoren könnte unser Verständnis für depressive Erkrankungen und deren Behandlung – nicht nur bei Frauen – entscheidend verbessern.¹³²

Auch wenn die Lebenszeitprävalenz bei Männern und Frauen in etwa gleich hoch ist, so ergeben sich bei genauerer Betrachtung doch erhebliche Unterschiede:

So werden Häufigkeit und klinisches Bild psychischer Erkrankungen bei Frauen zum Teil durch Reproduktionsfaktoren beeinflusst, also z.B. durch die Pubertät, die Menstruationsvorgänge, die Schwangerschaft und Perinatalzeit oder die Menopause. Aber auch unabhängig davon zeigen viele psychische Erkrankungen große Häufigkeitsunterschiede zwischen Frauen und Männern. Depressionen etwa sind bei Frauen ungefähr doppelt

so häufig wie bei Männern, und zwar von den leichteren depressiven Zuständen - den sogenannten neurotischen Depressionen und Dysthymien - bis hin zu den schweren unipolaren affektiven Erkrankungen.¹³³

Welche Unterschiede gibt es?

Zum Einen können Unterschiede durch geschlechtsspezifische Verzerrungen bei der Erhebung und Interpretation von Daten (bei der Diagnosenvergabe etc.) entstehen. Auch zeigen unterschiedliche Befunde, dass Frauen ihre Beschwerden selbst besser wahrnehmen, bereitwilliger darüber berichten und vor allem schneller Hilfe in Anspruch nehmen als Männer. Männer verdrängen generell psychische Belastungen eher als Frauen. Es gibt auch Hinweise auf einen „Geschlechterbias“ bei der Diagnostik, etwa dahingehend, dass es für Mann und Frau einer anderen Symptomschwelle bedarf, um zu einem „Fall“ zu werden. Schließlich sind auch ÄrztInnen Rollenstereotypen unterworfen: Bei gleicher Symptomschilderung wird bei Frauen häufig schneller eine Depression diagnostiziert als bei Männern. Aufgrund der bereitwilligeren und ausführlicheren Schilderung ist oft auch die Abgrenzung zwischen einer Depression und einer depressiven Episode schwer zu klären.

Manche der Geschlechtsunterschiede sind sicherlich zum Teil biologisch, zum Teil psychosozial und kulturell, häufig aber multifaktoriell bedingt. Auf der biologischen Seite handelt es sich dabei vor allem um genetische und hormonelle Einflüsse. Psychosoziale Einflussfaktoren spielen eine Rolle, von der geschlechterspezifischen Erziehung bis zur Sozialisation in unserer Gesellschaft und hin zum Arbeitsleben, die das geschlechterspezifische Rollenverhalten prägen. Eine wichtige Rolle bei den Geschlechtsunterschieden in Häufigkeit und Verlauf psychischer Störungen spielen aber auch der unterschiedliche soziale Status von Männern und Frauen, die Unterschiede im sozialen Stress und in der sozialen Unterstützung, die sie erfahren, und vieles mehr. Die Forschung zeigt das geschlechterspezifische Rollenverhalten dahingehend, dass Mädchen eher zu „gelernter Hilflosigkeit“ und geringem Selbstvertrauen, Buben dagegen eher zu aktiver Bewältigung erzogen werden. Frauen tendieren in der Folge eher dazu, Konflikte zu verinnerlichen und mit Schuldgefühlen und Depression zu reagieren. Zusätzlich sind Frauen aufgrund erlebter Abhängigkeit in Partnerschaften oder Gewaltanwendung in der Familie und/oder in der Partnerschaft einem erhöhten Depressionsrisiko ausgesetzt. Das beinhaltet nicht nur körperliche, sondern auch psychische und soziale Gewalt. Durch Mehrfachbelastungen – zum Beispiel als Mutter, Ehefrau, Haushälterin, Berufsfrau, Pflegende von Eltern/Schwiegereltern etc. – sind Frauen oft zahlreichen Stressoren sowie einer allgemeinen Überlastung ausgesetzt. Vor allem aber leiden sie z.T. an erheblichen Rollenkonflikten durch diese oft miteinander konkurrierenden Rollen. Frauen sind meist verantwortlich für die Beziehungspflege in der (Groß-)Familie und im Freundeskreis und erfahren daraus mehr Belastungen.¹³⁴ Was die endokrinologischen Einflussfaktoren bei der Depression betrifft, so scheinen Östrogene eher psychotrop und stimmungsstabilisierend zu wirken.¹³⁵ Es ist daher erstaunlich, dass die Depression vor allem in der fertilen Lebenszeit der Frau häufiger auftritt, in der ja eigentlich ein Schutz durch die Östrogene bestehen sollte. Möglicherweise ist es aber der immer wieder auftretende Östradiolabfall (im Laufe des weiblichen Menstruationszyklus sowie postpartal und perimenopausal), der bei vulnerablen Frauen labilisierend wirkt.¹³⁶

Es gibt auch Unterschiede bei der Verabreichung von Antidepressiva. So wurden quer durch alle Altersgruppen bei den Frauen fast doppelt so viele Antidepressiva verabreicht als bei Männern.

Dabei gibt es eine hohe Komorbidität mit anderen Störungen, wie Angst- und Panikstörungen, psychosomatischen Störungen, Essstörungen oder Persönlichkeitsstörungen. Die Komorbidität geht meist mit einer stärkeren Symptomschwere, Chronizität, höherer funktioneller Beeinträchtigung, einer höheren Suizidrate und einem geringeren Ansprechen auf eine medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlung einher.¹³⁷

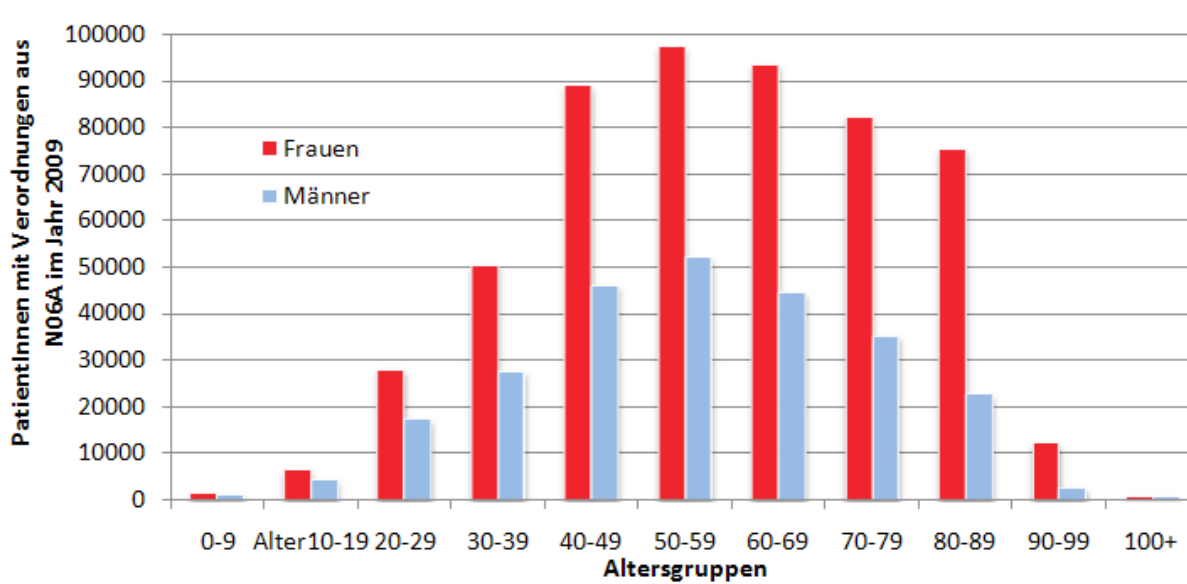
133 Meyer, et al. 2000

134 Riecher-Rössler, 2005

135 Kahn & Halbreich, 2005

136 Riecher & Rössler, 2008, S. 34

137 Niebling, 2008, S. 239

Abbildung 30: Verordnung Antidepressiva (N06A) nach Geschlecht, 2009


Quelle: Datenauswertung durch Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

5.2.2 Angsterkrankungen

Systematische Untersuchungen zur Lebenszeitprävalenz von Angsterkrankungen gibt es erst seit den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts. Demnach liegt die Lebenszeitprävalenz für alle Angsterkrankungen bei 24,9%, die 12-Monats Prävalenz bei 17,2%. Daten speziell für Österreich liegen nicht vor. Ätiologie und Epidemiologie unterscheiden sich nicht so wesentlich von der Depression. Heimische ExpertInnen schätzen aber, dass etwa 20% der Bevölkerung an einer behandlungsbedürftigen Angsterkrankung leiden. Frauen dürften häufiger als Männer (im Verhältnis 2:1) von Angsterkrankungen betroffen sein. Die Lebenszeitprävalenz von Panikstörungen liegt bei 3,5%, bei Agoraphobie 6%, bei 5% bei einer generalisierten Angststörung, bei 11% bei einer spezifischen Phobie, bei 13% bei einer sozialen Phobie, bei 8% bei einer posttraumatischen Belastungsstörung, bei 2,5% bei einer Zwangsstörung.¹³⁸ Zwischen diesen Formen der Erkrankung ist eine hohe Komorbidität gegeben. Auffällig ist die Korrelation zwischen Alter und bevorzugt auftretender Angststörung. So treten spezifische Phobien häufig bereits im Kindesalter, soziale Phobien erstmals in der Pubertät auf. Die Panikstörung wiederum gilt als Erkrankung der späten Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters, und generalisierte Angststörungen treten mit Latenz häufig erst nach dem 40. Lebensjahr auf. Zu den psychosozialen Risikofaktoren für die Entwicklung einer Angsterkrankung zählt auch der Familienstatus: Verwitwete oder getrennt lebende Personen erkranken häufiger als Ledige oder Verheiratete. Besonders vulnerabel sind die Phasen während des Heranreifens zum/zur Erwachsenen. In Zeiten schwindender Werte, schwindender Strukturen der Stabilität in Familie und Gesellschaft ist das Heranwachsen viel mehr von Unsicherheit und damit von Angst geprägt.

5.2.3 Burnout

Gerade aufgrund von Mehrfachbelastungen bei Frauen ist Burnout ein akutes und aktuelles Thema. Nach einer Umfrage des Österreichischen Gewerkschaftsbundes sind 19% aller Frauen burnoutgefährdet (n= 648). Bei den Arbeitszeiten war die am häufigsten (n=124) genannte Zeitform die der Schichtarbeit. Je höher das Einkommen, desto geringer ist das Risiko.¹³⁹

138 Morschitzky, 2009

139 Arbeiterkammer Steiermark, 2010

In Österreich gilt jede/r 4. ArbeitnehmerIn als burnoutgefährdet - das sind 1,1 Millionen Menschen. Da das Burnout weder in der jüngsten Ausgabe des DSM-IV noch in dem entsprechenden internationalen Verzeichnis, in dem die ICD-10 aufgeführt sind, berücksichtigt wird, stellt es im Sinne der kanonisierten medizinischen Definition keine Krankheit dar. Im Abschnitt Z-73.0 „Ausgebranntsein, Burnout, Zustand der totalen Erschöpfung“ wird der Begriff jedoch unter der Überschrift „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ in Kapitel 21 des ICD-10 erwähnt. Bisher ist aber noch nicht hinreichend geklärt, ob eine solche Beeinflussung infolge eines Burnouts tatsächlich stattfindet. Das heißt, es gibt nach wie vor keine eigene Diagnose „Burnout“, da diese in anderen Erschöpfungszuständen beinhaltet ist. Auch sind bis heute keine Diagnoseinstrumente vorhanden, die die multifaktorielle Erkrankung in ihrer Gesamtheit fokussieren können. Das einzige evaluierte Instrument, der MBI (Maslach Burnout Inventory), wird nach wie vor von ExpertInnen und von (in Zeiten des Internet möglich gewordenen) Pseudo-ExpertInnen als Diagnoseinstrument verwendet. Dabei ist zu beachten, dass der MBI vorwiegend auf Faktoren der Arbeit abzielt, weniger auf andere wichtige Faktoren wie Familie, Freizeit, Gesellschaft, usw.

Es ist beim einzigen ausführlichen Handbuch,¹⁴⁰ das es zu diesem Thema gibt, nach wie vor so, dass auch die entwickelten Instrumente noch keine oder zu ungenaue Gütekriterien aufweisen. So sind Ergebnisse nur schwer zu interpretieren, eine Interpretation nach Geschlecht fast nicht möglich. Es gibt auch noch relativ wenige Untersuchungen, vor allem zu geschlechterspezifischen Unterschieden, da die eindeutige Zuordnung äußerst schwierig ist.

So ist eine hohe Komorbidität zu anderen psychischen Erkrankungen wie Depression und Angststörungen vorhanden. Für eine genauere Diagnose - auch im Falle eines Burnouts als Hauptdiagnose - wäre eine Überweisung an eine/n klinische/n PsychologIn sinnvoll. Dies passiert jedoch sehr selten. Es ist mittlerweile hinlänglich bekannt, dass bei Frauen andere psychische Erkrankungen häufiger sind und dass auch die Erkrankung häufig anders verläuft. Dies ist bei Burnout nicht der Fall, weder bei der Diagnose selbst noch bei Therapieansätzen.

5.3 Macht Familie krank?

Mag. Robert Brandstetter, Klinischer Psychologe, Leitung PGA Akademie

Mag.^a Sabine Ploberger, Sozialwirtin im Bildungsmanagement, PGA Akademie

Wie aus zahlreichen Studien bekannt ist, nimmt die Familie vor allem in dreierlei Weise Einfluss auf die Gesundheit ihrer Mitglieder:¹⁴¹

- durch die Vermittlung grundlegender Dispositionen auf genetischer Ebene, auf der Ebene sozialer Kompetenzen und auf der Ebene der Identitätsbildung;
- durch den Umgang mit bzw. durch die Bewältigung von vorübergehenden oder dauerhaften Beeinträchtigungen der Gesundheit;
- durch emotionale Unterstützungsleistungen und durch die Aufrechterhaltung von Netzwerkbeziehungen.

Familienmitglieder mit guter Gesundheit tragen dazu bei, dass alle in der Familie ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit voll entfalten können und damit der Familie als System erlauben, ein Höchstmaß an Betreuungs- und Versorgungsfunktion unter bestmöglicher Nutzung der ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen zu erbringen.

Das pathogenetische Modell hingegen beginnt bei objektiven Belastungen, führt über fehlende oder unzureichende finanzielle, infrastrukturelle und soziale Unterstützung zur tatsächlich wirkenden Belastung und führt zu

- im Geschlechterkampf erstarrten, in Auflösung begriffenen, überfürsorglichen oder zu wenig kommunizierenden Familien bzw.

140 Burisch, 2006

141 Schnabel, 2000

- zu psychotischen bzw. neurotischen Anomalien, Essstörungen, Drogenmissbrauch und psychosomatischen Erkrankungen.

Angesichts der bestehenden traditionellen Aufgabenverteilung zwischen den Elternteilen ist es wenig überraschend, dass sich Mütter häufiger durch Familienarbeit belastet und gestresst fühlen: Laut Elternbefragung fühlen sich immerhin 86% der befragten Mütter durch Hausarbeit gestresst. Auch die Abnahme des Anteils der Erwerbstätigen mit Standardarbeitszeit (zwischen 35 und 40 Wochenstunden) führt zu zusätzlichen Herausforderungen: entweder durch die Einschränkung der Verfügbarkeit von quantitativer Familienzeit oder aber durch die Konfrontation mit finanziellen Einschränkungen („working poor“) – kombiniert mit zusätzlichem Zeitaufwand, wenn mehrere Dienstverhältnisse bestehen (müssen). Darüber hinaus muss Familienzeit nicht nur mit Arbeitszeit in Einklang gebracht werden, sondern auch mit dem Zeitraster von Kindersituationen abgestimmt werden.¹⁴² Diese Vielzahl von Faktoren führt – in immer höherem Ausmaß – dazu, dass immer mehr Eltern, insbesondere Mütter, in diversen Engpässen sämtlicher verfügbarer Ressourcen landen.

Konkrete Maßnahmen diesbezüglich wurden bereits vor einigen Jahren auf unterschiedlichen Ebenen, konkret von der OÖ Plattform MoN (Mütter ohne Netz) erarbeitet (und teilweise umgesetzt). Diese haben bis heute nichts an ihrer Aktualität verloren:

- Bewusstseinsbildung, Information und Aufklärungsarbeit nach dem Motto „Du musst es nicht alleine schaffen!“
- Flächendeckende familienentlastende Serviceangebote ab Schwangerschaft/Geburt
- Aufsuchende sozialpädagogische und psychosoziale Unterstützung/Begleitung für die Eltern
- Leistbare, adäquate Wohnformen für Eltern mit Kindern, mit guter Infrastruktur und integriert in unterstützende Nachbarschaften
- Existenzsicherung für Mütter/Eltern und Kinder
- Mutter-Kind-Einrichtungen für Mütter mit Kindern in psychosozialen Problemlagen
- Hilfen für Kinder aus psychosozial benachteiligten Familien
- Vernetzung zur Personen- und Gemeinwesen-orientierten Zusammenarbeit für Mütter/Eltern mit Kindern

5.4 Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz

Mag. Robert Brandstetter, Klinischer Psychologe, Leitung PGA Akademie

Mag.^a Sabine Ploberger, Sozialwirtin im Bildungsmanagement, PGA Akademie

Seit Jahren wird auf die zunehmende psychische Belastung am Arbeitsplatz hingewiesen (sei es durch Begriffe wie Stress, in den letzten Jahren abgelöst durch den Sammelbegriff des Burnout), deren Diagnose und Krankheitsbild bis jetzt noch nicht hinreichend geklärt ist. Tatsächlich haben sich die Krankenstandstage in den letzten Jahrzehnten in den Diagnosen deutlich verschoben:

Haben sich in den Jahren zwischen 1974 und 2004 die Verletzungen im Betrieb von 25% auf 20% verringert, so sind die Erkrankungen der Muskel-Skeletterkrankungen von 11% auf 22% gestiegen, wobei zumindest eine psychosomatische Komponente angenommen wird. Drastisch ist die Zunahme der psychischen Erkrankungen von 1% auf 4% - diese haben sich also vervierfacht.¹⁴³

5.4.1 Psychische Belastungen - Krankenstände im Jahresvergleich

Von 1995 bis 2009 haben sich die Krankenstandstage insgesamt von 14,9 (1995) auf 13,0 Tage (2009) reduziert. Bei Frauen haben sich die Zahlen in diesen Jahren von 13,4 auf 12,2 Tage verringert.

142 BMWFJ, 2010, S. 34f

143 Arbeiterkammer Steiermark, 2010

Bei der durchschnittlichen Krankenstandsdauer lag die Zahl 1995 bei durchschnittlich 13,2, 2009 bei 11,0 Fällen. Bei Frauen hat sich die Dauer im Durchschnitt von 12,9 auf 10,7 Tage verringert.

Bei den absoluten Krankenstandsfällen waren im Jahr 1995 insgesamt 3.048.392 Fälle registriert worden, im Jahr 2009 waren es 3.509.904 Fälle. Bei Frauen waren es 1995 insgesamt 1.247.593, im Jahr 2009 1.663.149 Fälle.

Das heißt, dass sich die Absolutzahlen der Krankenstandsfälle in den letzten 15 Jahren um ca. 15% gesteigert haben, trotz der im Vergleich um 5% gesunkenen Anzahl an Unfällen im Betrieb. Die Krankenstandsdauer ist im gleichen Zeitraum um ca. 15% gesunken.

In der Literatur wird das mit einer zunehmenden Angst vor Jobverlust verbunden. In vielen Berichten wird auch immer häufiger von der Problematik des Präsentismus berichtet, d.h. man geht krank zur Arbeit. Es gibt (noch) ein Zuviel an Arbeitskräften und zu wenige Jobs. Dies gilt zurzeit sowohl bei den unqualifizierten als auch bei den qualifizierten Kräften. Gerade für alleinerziehende Frauen in Teilzeit kann das zum Problem werden.

Die Arbeiterkammer berichtet, dass 25% der Beschäftigten dem Kreis der chronisch müden, erschöpften Personen zuzuzählen, 16% als akut gefährdet einzustufen, 7% der gesamten Berufsbevölkerung von Burnout betroffen sind.¹⁴⁴

Welche psychischen Erkrankungen bzw. Belastungen werden im Kontext der Arbeitsfähigkeit überhaupt statistisch erfasst?

In Österreich wird in der Statistik Austria vermehrt auf körperliche Erkrankungen eingegangen; bei den psychischen Erkrankungen werden Sammelbegriffe verwendet („psychiatrische Erkrankungen“). An dieser Stelle wird daher auf Zahlen aus Deutschland zurückgegriffen, da die Daten ähnlich zu interpretieren sind. Die Zahlen aus Deutschland differenzieren zwischen unterschiedlichen Krankheitsbildern und auch geschlechtsspezifisch:¹⁴⁵

Grundsätzlich unterscheidet man zwischen

- neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (46,7% aller psychischen Arbeitsunfähigkeitsfälle). Darunter zählen auch Angststörungen oder akute traumatische Erlebnisse. Die durchschnittliche Krankenstandsdauer liegt hier bei 18,6 Tagen. Frauen leiden mit einem Anteil von 42% häufiger unter neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen als Männer (33%);
- affektiven Störungen (38% der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeitstage). Dazu zählen Erkrankungen wie Depressionen, depressive Episoden oder Manien. Die durchschnittliche Krankenstandsdauer liegt bei dieser Diagnosegruppe bei 28,6 Tagen. Frauen sind auch hier häufiger von affektiven Störungen betroffen (mit einem Anteil von 42%, im Vergleich zu Männern mit 33%);
- psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (13,3% der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeitstage), ausgelöst durch Alkohol, Tabak etc. Hier ist der Anteil der Frauen geringer (mit 6%);
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (3,2% der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeitstage). Eine genaue Eingrenzung und Abgrenzung zu anderen psychischen Erkrankungen ist sehr schwierig. Im Vergleich mit anderen Diagnosen liegt die Krankheitsdauer bei durchschnittlich 34,5 Tagen. Hier liegt der Anteil der Frauen bei 3% (gleich wie bei den Männern).

Eine genauere Betrachtung der Einzeldiagnosen ist sinnvoll, da diese deutliche Unterschiede im geschlechter-spezifischen Bereich aufzeigt und eine psychische Erkrankung meist multifaktoriell ist (das heißt sowohl von privaten, sozialen als auch von arbeitsbedingten Faktoren ausgelöst werden kann, welche die Erkrankung bedingen und aufrechterhalten). Deswegen sollte es im Interesse eines Unternehmens liegen, dieser Problematik mittels Prävention und menschengerechter Arbeitsbedingungen vorzubeugen.

Ein anderer, in den letzten Jahren neu hinzu gekommener Belastungsfaktor wird als Erneuerung für die Menschen berichtet, der in manchen Fällen durchaus als gesundheitsfördernd gelten kann. In den meisten Fällen

144 AK Steiermark, www.akstmk.at/online/fsg-burnout-41334.html, (dl 11.10.2010)

145 Pickett, et al. 2009

ist die arbeitsbedingte Mobilität ein belastender Faktor. Während die höheren Einkommens- und Bildungsschichten noch begrenzt Einfluss auf die Mobilitätsbedingungen und damit auch auf die Folgen der Mobilität haben, sind die „Arbeitsnomaden“ der untersten Einkommensschichten den Bedingungen oft ausgeliefert. Hier wird es vor allem wiederum Frauen treffen.¹⁴⁶ In den letzten Jahren hat sich die Zahl an Frauen (vor allem die der Frauen mit Kindern und der alleinerziehenden Mütter), die nur mehr Teilzeitstellen erhalten, erhöht. Gleichzeitig wird von Unternehmen immer mehr Mobilität gefordert.

5.4.2 Work-Life-Balance

Veränderte Rahmenbedingungen der Arbeitswelt stellen Frauen und Männer und deren Lebens- und Alltagsorganisation vor neue Herausforderungen.

Dabei weist das Thema der Vereinbarkeit nach Buchmayr & Neissl (2006) unterschiedliche Dimensionen auf, die sich nicht nur auf Arbeits- oder gesellschaftliche Kontexte stützen, sondern auch die Bedeutung einer individuellen Balance zwischen Arbeits- und Lebenswelten betonen, die einem steten Wandel unterliegt und die von den entsprechenden Organisationen berücksichtigt werden muss.

In Unternehmen wird das Thema Work-Life-Balance in der Personalentwicklung bereits viel stärker berücksichtigt, als dies im gesellschaftlichen Rahmen der Fall ist. Untersuchungen haben gezeigt, dass die Leistungspotentiale der MitarbeiterInnen durch die Verbesserung der Balance von Privatleben und Erwerbstätigkeit besser genutzt werden können.¹⁴⁷

In der Praxis wird Work-Life-Balance meist mit der Vereinbarkeit von Arbeit und Familie oder im persönlichen Setting mit Stressreduktion definiert. Nicht beachtet wird dabei, dass ausbalancierte Lebensrealitäten alle Aspekte des Lebens – auch außerhalb der Erwerbstätigkeit - umfassen bzw. von einem ganzheitlichen Lebenskonzept ausgehen.¹⁴⁸

Nach Hemmer können acht Bereiche der Work-Life-Balance identifiziert werden: Zeit für sich selbst, Partnerschaft, Familie, Netzwerk, Gesundheit, wirtschaftliche Situation, Umgebung und Job/Schule/Karriere.¹⁴⁹

Für Unternehmen sind Faktoren wie Personalgewinnung und Personalkontinuität, Arbeitsproduktivität, reduzierte Absenzzzeiten sowie verbessertes Image und Wettbewerbsvorteile relevant. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und dem daraus resultierenden Fachkräftemangel werden diese Faktoren gerade in Bezug auf Frauen (aber genauso auf Männer) in den nächsten Jahren an Bedeutung zunehmen.

5.5 Psychosoziale Präventionsmaßnahmen

Mag. Robert Brandstetter, Klinischer Psychologe, Leitung PGA Akademie

Mag.^a Sabine Ploberger, Sozialwirtin im Bildungsmanagement, PGA Akademie

Bereits 2005 hat die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz „Psychische Gesundheit“ ein starkes politisches Engagement zur Bekämpfung psychischer Krankheiten gefordert. Erstes Ergebnis: das Grünbuch mit dem Vorschlag zur Entwicklung einer EU-Strategie für die Förderung psychischer Gesundheit.

Ähnlich wie bei anderen Gesundheitsförderungs-Konzepten könnte der Ansatz von Verhaltens- und Verhältnisänderung hilfreich bei der Erstellung von Konzepten (bzw. bei deren wirksamem Einsatz) für psychische Gesundheitsförderung sein.

146 Ducki, 2010, S. 61

147 Presseinformation Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2004, S. 2

148 Buchmayr & Neissl, 2006

149 Hemmer, 2004, S. 15

Strategien der Veränderung des Gesundheitsverhaltens

- Stärkung individueller Kompetenzen durch Gesundheitserziehung (dazu zählen alle Strategien zur Stärkung der Persönlichkeit)
- Stärkung der Kompetenz zur Krankheitsbewältigung (damit PatientInnen aufgeklärt, informiert, selbstbestimmt und selbstbewusst ihr krankheitsbezogenes Verhalten steuern können)
- Stärkung der Rolle als KonsumentIn von Gesundheitsleistungen („Konsumentensouveränität“)

sowie

Strategien der Veränderung der Gesundheitsbedingungen

- Förderung von unterstützenden sozialen Netzwerken („Schutzfunktion“ sozialer Bindungen gegenüber Lebensbelastungen); familiäre Gesundheitsförderung
- Gesundheitsentwicklung im kommunalen Raum („gesunde Gemeinde“)
- Gesundheitsentwicklung in sozialen Organisationen (betriebliche Gesundheitsförderung; Organisationsentwicklung)¹⁵⁰

Ideen, Konzepte, Anregungen etc. scheinen zur Genüge da zu sein. Vieles ist erklärbar, nachvollziehbar, verständlich. Woran kann es also liegen, dass eine positive Gesamttendenz auszubleiben scheint?!

Einige Vorschläge des EU-Grünbuchs zur Förderung der psychischen Gesundheit fallen in die Zuständigkeit der Gemeinschaft. Deshalb gilt auch hier der Grundsatz: Es gibt nichts Gutes – außer man tut es!

5.6 Alzheimer Demenz

Dr.ⁱⁿ Stefanie Auer, Klinische Psychologin, Wissenschaftliche Leiterin M.A.S Alzheimerhilfe, Bad Ischl; Department für Klinische Medizin und Präventionsmedizin, Donau Universität Krems

Mag.^a (FH) Edith Span, Sozialwissenschaftlerin, Geschäftsführerin M.A.S Alzheimerhilfe; Department für klinische Medizin und Präventionsmedizin, Donau-Universität Krems

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.¹⁵¹ 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%¹⁵² betroffen. Männer und Frauen werden in Österreich heute noch unterschiedlich alt, begünstigt sind heute noch die Frauen.¹⁵³ Daraus ergibt sich eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Frauen, an einer Demenz zu erkranken.

Frauen tragen im Rahmen dieses Krankheitsbildes nicht nur ein erhöhtes Risiko selbst zu erkranken, sie tragen auch die größte Last der Begleitung und Pflege von Personen mit Demenz. Laut Angaben einer Umfrage im Jahre 2002 wurden in Österreich 84% der pflegebedürftigen Personen insgesamt von Angehörigen betreut. Ein Großteil der Betreuung wird in den Familien von Ehefrauen, Töchtern oder Schwiegertöchtern erbracht.¹⁵⁴ Die Erforschung der klinischen Merkmale der Krankheit und deren Verlauf haben in den letzten Jahren zu einer wesentlichen Veränderung der Wahrnehmung dieses Krankheitsbildes geführt. So weiß man heute, dass die Alzheimer Demenz die häufigste Form einer demenziellen Erkrankung ist, jedoch die sorgfältige medizinische Diagnostik dazu dient, andere Krankheitsbilder von der Alzheimer Demenz zu unterscheiden, um eventuelle Sekundärerkrankungen zu behandeln. Die Früherkennung der Krankheit hat zur Relativierung des Nihilismus geführt, welcher dieser Krankheit so hartnäckig anhaftet. Sowohl Betroffene als auch BetreuerInnen profitieren heute wesentlich von der differenzierten Kenntnis der Merkmale der Krankheit. Eine systematische Verlaufsbeschreibung erhöht wesentlich das Gefühl der Kontrolle und ermöglicht eine vorausschauende Planung

150 Hurrelmann, 2000

151 Wimo&Prince, 010

152 Graves, et al. 1996; Montine & Larson, 2009- siehe Reisberg

153 Statistik Austria, 2009

154 Österreichische Gesellschaft für Marketing, Oktober 2002

der nötigen pflegerischen Schritte und der notwendigen Kompetenzen, welche bei den BegleiterInnen und PflegerInnen in der Umgebung der betroffenen Person zur Verfügung stehen sollen. Eine dieser Verlaufsbeschreibungen, welche in den letzten Jahrzehnten entwickelt wurde, soll im Folgenden kurz dargestellt werden.

Die globale Beschreibung des normalen Alterns des Gehirns und der Entwicklung einer Alzheimer Demenz

Die Beschreibung des normalen Alterungsprozesses des menschlichen Gehirns und die sich daraus entwickelnde Alzheimer Demenz- Symptomatik wurde von Reisberg und Kollegen seit 1982¹⁵⁵ beforscht und in 7 Stadien auf der „Global Deterioration Scale (GDS)“ beschrieben. Diese sieben Stadien beschreiben den Verlauf der Leistungsfähigkeit des Gehirns, beginnend mit dem Höhepunkt des Reifezustandes eines erwachsenen Menschen hin zu den ersten subjektiven Symptomen kognitiver Leistungsbeeinträchtigung bis zu den schwersten Formen einer demenziellen Erkrankung. Kürzlich wurde eine Kurzform der GDS publiziert¹⁵⁶, welche in der folgenden Tabelle dargestellt wird.

Tabelle 33: Beschreibung der alters-assoziierten kognitiven Beeinträchtigung und der Alzheimer Demenz

Stadium 1:	Keine subjektiven Gedächtnisdefizite (keine kognitive Störung): keine Probleme mit den Aktivitäten des täglichen Lebens
Stadium 2:	Subjektive Gedächtnisbeschwerden (subjektive kognitive Störung): Klagen über Vergesslichkeit, wie beim Erinnern von Namen oder Verlegen von Dingen.
Stadium 3:	Früheste klinische Defizite (leichte kognitive Störung): Schwierigkeiten bei der Arbeit, manchmal Erfahrungen örtlicher Desorientierung und Verlust von Wertgegenständen.
Stadium 4:	Klare klinische Defizite (signifikante kognitive Störung): verminderte Kenntnisse persönlicher und/oder aktueller Ereignisse, Probleme mit finanziellen Angelegenheiten und Mobilität. Eine medizinische Diagnose „Demenz“ kann von einer/einem Expertin/Experten in diesem Stadium gestellt werden.
Stadium 5:	Ein unabhängiges Überleben alleine ist nicht mehr möglich (mittelgradige kognitive Störung): Schwierigkeiten beim Erinnern wichtiger persönlicher Daten (z.B. Adressen, Namen wichtiger Schulen, die er/sie besuchte); braucht Unterstützung für die selbstständige Bewältigung des Alltags.
Stadium 6:	Jüngste Ereignisse des Lebens können meist nicht verbalisiert werden (schwere kognitive Störung): EhepartnerIn kann meist nicht benannt werden; Inkontinenz entwickelt sich im Laufe des Stadiums; zunehmende Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags; Verhaltensauffälligkeiten können zunehmen (z.B. Unruhe, falsche Vorstellungen).
Stadium 7:	Nur wenige Worte verständlich oder keine verbalen Fähigkeiten (sehr schwere kognitive Beeinträchtigung): mit Fortschreiten des Stadiums verliert man die Fähigkeit zu gehen.

Quelle: Copyright © 2008 Barry Reisberg, M.D. All rights reserved. Deutsche Übersetzung: Dr.ⁱⁿ Stefanie Auer

Neuere Entwicklungen in Österreich

In Oberösterreich wurde seit 2002 das Modell der Demenzservicestelle¹⁵⁷ entwickelt. In diesen Stellen (derzeit gibt es 6 M.A.S Demenzservicestellen im ländlichen Bereich Oberösterreichs, www.mas.or.at) werden stadienspezifische, niederschwellige und bedürfnisorientierte Behandlungselemente sowohl für betreuende Angehörige als auch für Betroffene angeboten. Die Angebote umfassen Angehörigengruppen, Angehörigen-schulungen und stadiengerechtes regelmäßiges Training für Betroffene und fortlaufende Leistungsdiagnostik.

155 Reisberg, et al. 1982

156 Herrmann & Gauthier, 2008

157 Auer, et al. 2007; Gleichweit & Rossa, 2009; 1. Österreichischer Demenzbericht 2009, Teil 1, S. 194

Der Effekt der Angebote wurde in einer umfassenden Studie der Kepler Universität Linz untersucht. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigten unter anderem eine signifikante Entlastung pflegender Angehöriger¹⁵⁸.

5.6.1 Begleitung von Menschen mit Demenz

Mag.^a Wilma Steinbacher, Soziologin, Akad. Gerontologin, DBP, Altenbetreuungsschule des Landes OÖ, Linz

International ist nachgewiesen, dass Menschen mit fortgeschrittener Demenz eine spezifische Begleitung mit bestimmter Tagesstruktur und einer angepassten Wohnumgebung benötigen. Für die Begleitung von Menschen mit Demenz ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich. Damit diese erfolgreich ist, müssen die einzelnen Teammitglieder die Zusammenhänge verstehen lernen und ihre Rolle kennen und ernst nehmen. Dies erfordert eine kontinuierliche gemeinsame Schulung, aber auch gegenseitigen Respekt und den Willen, zusammen zu arbeiten. Voraussetzung für eine adäquate Begleitung sind neuropsychologische Kenntnisse von Demenz und Kommunikationstraining. So ist zum Beispiel eine erfolgreiche und respektvolle Kommunikation, verbunden mit individueller Beschäftigung, nur möglich, wenn bekannt ist, über welche kognitiven Fähigkeiten jemand noch verfügt. Wichtig ist, zu wissen, dass Gedächtnisverlust je nach Krankheitsverlauf sehr unterschiedlich ist und auch vom ursprünglichen intellektuellen Niveau und vom kulturellen Hintergrund abhängig ist.

Beispiel: Eine Frau weiß die Namen der MitarbeiterInnen nicht mehr, aber die Namen der jeweiligen Blumenarten oder politische Persönlichkeiten kennt sie noch sehr genau.

So ist aufgrund einer Gedächtnisstörung nicht ableitbar, welche anderen Gedächtnisbereiche nicht mehr funktionieren. Jedoch im praktischen Tun wird von den MitarbeiterInnen häufig die wirkliche geistige Leistungsfähigkeit falsch eingeschätzt, und dies führt wiederum in der unmittelbaren Begleitung von Menschen mit Demenz zu Unterschätzungen bzw. zu Überforderungen.

Eine angepasste Alltagsbewältigung durch Menschen mit Demenz bedeutet, auf verlorene Fähigkeiten Rücksicht zu nehmen, wobei die unterstützenden Maßnahmen diskret und diplomatisch zu leisten sind.

Beispiel: Es ist kränkend und demütigend, wenn Frau oder Mann mit Demenz nicht mehr mit Messer und Gabel umgehen kann und fortlaufend pürierte Kost serviert bekommt.

Eine angepasste Alltagsbewältigung kann hier bedeuten, dass das Essen mittels Fingerfood erfolgt.

Ein besonderes Augenmerk unter Berücksichtigung der Prämisse von Begleitung, Wohlbefinden und Angstminderung gilt der sozialen Begleitung. So sollen Übergänge zwischen Teilhabe, Förderung und Rehabilitation fließend in Zusammenarbeit mit der internen Tagesbetreuung erfolgen.

Im Sinne von professionellem Tun ist einerseits das Kennenlernen bereits vor dem Einzug/Umzug in eine Wohngruppe als selbstverständlich zu sehen, andererseits kann kontinuierlich eine bewohnerorientierte Begleitung gewährleistet werden. Daran schließt sich ein an die Bedürfnisse angepasstes Leistungsangebot an. Außerdem bildet dies die Basis für die Gestaltung entsprechender Aktivitäten vor dem Hintergrund einst vorhandener Fähigkeiten und Fertigkeiten. Gewährleistet ist somit auch eine intensive Einzelbetreuung beim Einzug/Umzug, bei sozialer Isolierung sowie bei Konfliktsituationen innerhalb der Wohngruppe. Eine Einzelbetreuung kann bestehen in Form von Spaziergängen, Ausflügen, Gesprächen und persönlicher Zuwendung - je nach individuellem Bedarf der Person mit Demenz.

Für Menschen mit Demenz bietet die Gruppe neue Kontakte und einen gewissen Ersatz für verloren gegangene zwischenmenschliche Beziehungen¹⁵⁹.

Deshalb ist in diesem Kontext ganz wichtig, dass verschiedene Gruppenangebote unterschiedlicher Zielsetzung angeboten werden: So dienen die Frühstücksrunden der Förderung der Kommunikation, der Stärkung des Gruppen- oder Zusammengehörigkeitsgefühls sowie der Förderung und dem Erhalt der sozialen Kontakte.

158 Mechtler, 2008

159 Bechtler, 1993

Beispiel: In Koch-, Handarbeits- oder Gartengruppen soll angestrebt werden, früher ausgeübte Tätigkeiten anzubieten, um Erinnerungen an Bekanntes anzuregen und über die Ausübung den Erhalt der Selbstständigkeit zu vermitteln bzw. Erfolgserlebnisse zu ermöglichen. Gruppenangebote kreativen Inhalts dienen der Förderung und dem Erhalt der Wahrnehmung sowie der Interpretationsfähigkeit.

Für Menschen mit Demenz sind auch differenzierte Überlegungen notwendig, wie geeignete Strukturen im Lebens- und Wohnumfeld und deren räumliche, zeitliche und soziale Orientierung verbessert werden können. Der Einbezug des Umfeldes als Ressource in die diagnostische und therapeutische Tätigkeit ist für die meisten professionellen MitarbeiterInnen in Institutionen eine ungewohnte Sichtweise, die noch viele Herausforderungen in sich birgt. Für Menschen mit Demenz heißt dies negativ formuliert, dass ungünstig gestaltete Lebensumfelder die angesprochene Orientierungseinbuße noch verstärken können. Eine Schlüsselrolle in der Begleitung von Menschen mit Demenz kommt sicher den Rahmenbedingungen bzw. der organisatorischen und räumlichen Umgebung zu. Hier versuchen die Wohnmodelle, Hausgemeinschaften und Wohngruppen, sich den Bedingungen anzupassen. Hierbei bedienen sie sich des milieuthérapeutischen und des personenzentrierten Ansatzes nach Kitwood.

Beispiel: Wohngruppen müssen baulich und innenarchitektonisch so gestaltet sein, dass Menschen mit Demenz diese auch noch bei fortgeschrittenem Verlauf als „Wohnung“ erkennen können, mit einer Innenausstattung, die sie aus ihrer Biographie kennen und die ihren Bedürfnissen entspricht.

Ziel des personenzentrierten Ansatzes von Kitwood - wo Demenz zwar als ein krankheitsbedingtes, primär aber existenzielles Lebensschicksal gesehen wird, das mehr Merkmale einer Behinderung als einer Krankheit aufweist - ist es, Nähe und Geborgenheit zu schenken, soziale Verbundenheit zu sichern und in ein normales Leben einzubinden. Nicht die gestörte Funktion, sondern der Erhalt des Person-Seins steht im Mittelpunkt. In der personenzentrierten Begleitung geht es darum, die Person des Menschen mit Demenz zum „Klingen“ zu bringen (z.B. durch eine Vielzahl von Maßnahmen wie Validation, Snoezelen, basale Stimulation, Umgang mit Tieren, Feste feiern, Humor usw.). Ein optimaler Umgang ist dann erreicht, wenn Menschen mit Demenz eine angepasste Umwelt vorfinden, in der krankheitsbedingte Veränderungen durch positive Personarbeit erlebt werden¹⁶⁰.

Neben der Schaffung des räumlichen Milieus ist auch ein von Respekt geprägtes zwischenmenschliches Milieu anzustreben. Einen wesentlichen Anteil trägt auch der Einbezug von Angehörigen und FreiwilligenbegleiterInnen in die täglichen Aufgaben bei. Als wichtiger Grundsatz für eine adäquate Begleitung von Menschen mit Demenz soll - sowohl bei den Angehörigen als auch bei den FreiwilligenbegleiterInnen und bei den MitarbeiterInnen - der sein, dass eine Konstanz gewährleistet wird.

Best-Practice Beispiele

„Urlaub ohne Kofferpacken“: hervorgegangen aus einer Initiative an der Altenbetreuungsschule des Landes OÖ, mit AusbildungsteilnehmerInnen und Menschen mit Demenz von verschiedenen Alten- und Pflegeheimen; dieser „Urlaub“ hat jeweils einen langen positiven Nachklang im täglichen Alltag. Eine 1:1-Betreuung ist während der einwöchigen Urlaubszeit gewährleistet. Die Grundidee, morgens fort zu fahren und am Abend wieder in der vertrauten Umgebung zu schlafen, bewährt sich. Tagsüber ist für ein kreatives Programm gesorgt. Allerdings wird Individualität großgeschrieben, niemand „muss“ ein Angebot wahrnehmen, wenn gerade andere Bedürfnisse im Vordergrund stehen.

Beispiel: Ein älterer Herr liest einer Gruppe von interessierten Menschen mit Demenz mit Überzeugung die „wichtigsten Informationen“ einer Tageszeitung vor. Auch wenn die ZuhörerInnen eingeschränkt zuhören und begreifen, sind sie dennoch angetan von der Zuwendung durch den „Vorleser“.

Menschen mit Demenz erleben Kultur

Ausgehend von der Tatsache, dass (auch wenn der Zugang über die Verstandeswelt eingeschränkt wird) Menschen mit Demenz noch lange über die Sinne ansprechbar sind, nehmen diese am gesellschaftlichen-kulturellen Leben teil. Durch fachliche Begleitung können Menschen mit Demenz Aktivitäten, wie zum Beispiel den Besuch

einer Kinoveranstaltung, die Teilnahme an einer Musikvorführung oder den Besuch eines Tanznachmittags erleben. So klingen die Stimmung und manche Eindrücke auch bei ihnen noch lange nach und begleiten sie den Rest des Tages oder der Woche - auch wenn Ort und Zeitpunkt des Erlebnisses schon lange vergessen sind.

Körperliches Training durchführen

Der Mangel an Bewegung, der sowohl Ursache als auch Symptom einer Erkrankung an Demenz sein kann, hat schwerwiegende Folgen: Sowohl die körperliche als auch die geistige Leistungsfähigkeit wird vermutlich schneller abgebaut, und Menschen mit Demenz haben im Vergleich zu Gleichaltrigen ein dreifach erhöhtes Risiko zu stürzen. Praktische Ergebnisse zeigen, dass es möglich ist, Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung für Bewegungsübungen zu motivieren. Die Effekte eines regelmäßigen Trainings zeigten, dass die Muskelkraft und Balancefähigkeit der Betroffenen deutlich gesteigert werden konnte. Auch Alltagsbewegungen wie das Gehen, Aufstehen von einem Stuhl oder das Treppensteigen verbesserten sich.

Nur wenn das Thema Demenz enttabuisiert wird und regionale Angebote für Menschen im Frühstadium der Krankheit verbessert und in Einrichtungen Umsetzungsschritte implementiert werden, kann eine bessere Aufklärung und gesellschaftliche Akzeptanz erfolgen. Mit einer Enttabuisierung und Aufklärung können Belastungen sowohl für Frühbetroffene als auch für Angehörige reduziert werden. Nur so kann eine möglichst lange Erhaltung der Lebensqualität sowie eine Integration von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen in das gesellschaftliche Leben im sozialen Nahraum ermöglicht werden. Unabhängig von der Steigerung der Lebensqualität dürfte sich die Verzögerung von Krankheitsverläufen bei frühzeitiger Hilfe günstig auf die Kostenentwicklung auswirken. Bei der Partizipation von Menschen mit Demenz an der Gesellschaft kann im Sinne des Integrationsgedankens von einem beiderseitigen Nutzen ausgegangen werden. Es liegt an uns allen, Menschen mit Demenz, aber auch ihren Angehörigen zu zeigen, dass sie nicht allein sind.

5.7 Frauen in der Psychiatrie

a.o. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Karin Gutiérrez-Lobos, Vizerektorin für Personalentwicklung und Frauenförderung, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien

Die kritische Analyse der Situation von Frauen in der Psychiatrie setzte Mitte der 1970er Jahre ein. Im Zentrum der Kritik stand der Vorwurf, dass viele psychiatrische Diagnosen ein Zerrbild der Krankheit Frau darstellen und gesellschaftliche Doppelstandards der seelischen Gesundheit vorherrschen, womit ein doppelter Maßstab gemeint ist, der gleiches Verhalten von Männern und Frauen auf unterschiedliche Weise bewertet. Was für Frauen als völlig normales Verhalten erachtet wird, z.B. Konfliktscheu und Harmoniestreben anstelle von Aggression, wird beim Mann als nicht normal bewertet. Zugleich werden diese Eigenschaften aber nicht nur als typisch weiblich, sondern auch als depressiv klassifiziert. Eines der Standardwerke der feministischen Psychiatriekritik ist Phyllis Chesler's *Frauen – das verrückte Geschlecht?*, worin sie feststellt: „Die meisten Frauen, die in psychiatrischen Anstalten leben, sind nicht wahnsinnig. Sie sind deprimiert, suizidal, frigid, ängstlich, paranoid, phobisch, unentschlossen, inaktiv, leiden an Schuldgefühlen und haben alle Hoffnung aufgegeben.“¹⁶¹ Es wurden vor allem die weiblichen Lebensbedingungen als verrückt machend herausgearbeitet. Chesler nennt fünf Vorurteile, mit denen die Psychiatrie behaftet sei: eine hohe Bereitschaft der Ärzt-Innenschaft, jemanden überhaupt als psychisch krank zu klassifizieren; eine hohe Bereitschaft, Frauen als psychisch krank zu klassifizieren; die Überzeugung, dass Mütterlichkeit eine ausschließlich weibliche Eigenschaft sei und dass Frauen als Mütter schuld am Fehlverhalten ihrer Kinder haben; die Auffassung, dass lesbische Liebe und Homosexualität Krankheiten seien; die Auffassung, dass gewisse Schwangerschaften illegitim und bestimmte Frauen promiskuitiv seien.¹⁶²

Gesellschaftlich konstruierte Geschlechterrollen und Geschlechterstereotypen können sich also direkt auf das Gesundheitsverhalten, auf die Diagnostik, aber auch auf das Behandlungsverhalten auswirken. Empirisch be-

161 Chesler, 1977, S. 161

162 Bundesministerium für Gesundheits, Familie und Jugend, 2005, Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, S. 282

legt ist, dass eine psychische Störung umso eher diagnostiziert wird, umso mehr das Verhalten dem angenommenen Geschlechtsrollenstereotyp widerspricht. So werden etwa Frauen mit „männlichem“ Störungsbild und Männer mit „weiblichem“ Störungsbild als schwerer krank eingeschätzt.¹⁶³ Von besonderer Bedeutung erweist sich die Frage nach den spezifischen Bildern von „weiblich“ und „männlich“, die mit der Diagnose, der Interaktion und der notwendigen Intervention verbunden sind. Es stellt sich daher auch die Frage, ob geschlechts- und normangepasstes Verhalten als Basis für psychopathologische Konzepte dient und in Diagnosekriterien einfließt.¹⁶⁴ Wenn etwa das Frauen zugeschriebene Rollenstereotyp „Expressivität“ ist, so ist es nicht erstaunlich, dass mehr Frauen als Männern entsprechende Störungsbilder wie z.B. Borderline Störung oder Histrionische Störung zugeordnet werden. Auch in Fragebögen zur Beurteilung psychischer Störungen finden sich Geschlechtsstereotypen, die geschlechtsrollenverstärkend wirken. Entsprechende Stereotypen sind auch aus der Männerforschung bekannt und haben medizinische Relevanz. Hart, erfolgreich, aktiv, dominant sein zu müssen fordert seinen Preis: eine hohe Risikobereitschaft sowie ein geringeres Gesundheitsbewusstsein und Hilfesuchverhalten.

In den letzten Jahren ist die Bedeutung geschlechtsdifferenzierter Konzepte in der Psychiatrie zwar erkannt worden, die praktische und wissenschaftliche Umsetzung steckt aber noch in den Kinderschuhen. Unterschiedliche soziale und ökonomische Lebensbedingungen und damit auch unterschiedliche Versorgungsbedürfnisse der Geschlechter bleiben oft auch bei Reformkonzepten unbeachtet. Es gibt nur wenige Untersuchungen über die speziellen geschlechtssensiblen Auswirkungen und Bedürfnisse hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung. Viele Versorgungs- und Behandlungsangebote, die bei Männern erfolgreich sind, werden teilweise ohne Hinterfragung auf Frauen übertragen. Bei der Bewertung von Behandlungsangeboten ist außerdem die Frage nach der Möglichkeit des Zuganges, die zwischen den Geschlechtern durchaus variiert, mit einzubeziehen.

Die WHO legte im Jahr 1994 PatientInnenrechte in Form eines Rahmenkonzeptes vor, das auf der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte basiert.¹⁶⁵ PatientInnenrechte umfassen in erster Linie individuelle Rechte wie Schutz, Beachtung der Privatsphäre, Achtung religiöser und kultureller Überzeugungen, beziehen sich aber auch auf dem Gesundheitssystem zugrunde liegende Werte, vor allem aber auf die Verbesserung und Klärung der Beziehungen zwischen PatientInnen und den Fachkräften des Gesundheitssystems.

Ausgehend von der Beobachtung, dass die Lebensrealitäten psychisch kranker Frauen eigene Erklärungskonzepte und Therapieansätze erfordern und einer bislang ungenügenden Berücksichtigung weiblicher Lebenszusammenhänge wurde erstmals im deutschsprachigen Raum in Hamburg eine interdisziplinäre Studie zur Situation von Frauen in der stationären Psychiatrie durchgeführt. Eines der Ergebnisse dieser Studie machte die Wünsche der betroffenen Frauen an die psychiatrische Versorgung deutlich: die Behandlung sollte häufiger in Form von Einzelarbeit oder reinen Frauengruppen erfolgen, und es sollte eine Wahlmöglichkeit zwischen weiblichem oder männlichem Behandelnden bestehen. Vordringlich erscheint auch eine Erweiterung der frauenspezifischen psychiatrischen Angebote: Mutter-Kind-Stationen im Falle von Depressionen im Zusammenhang mit der Geburt, reine Frauenstationen bei Missbrauchs- und Gewalterfahrungen („Traumastationen“) und ein spezifisches Angebot betreuter Nachsorge für Alleinerzieherinnen werden gefordert. Als Anleitung für die Entwicklung derartiger Angebote im Bereich der stationären Psychiatrie haben die Autorinnen ihre Ergebnisse und Forderungen in sechs Grundprinzipien zusammengefasst:¹⁶⁶

163 Born, 1992

164 Sandanger, et al. 2002

165 Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, nach WHO, 1994, Principles of the Rights of Patients in Europe

166 Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, nach Enders-Dragässer und Sellach, 1999

Handlungsleitende Grundprinzipien für die Entwicklung frauengerechter Angebote in der stationären Psychiatrie

1. Die stationäre Psychiatrie hat einen umfassenden Schutz der Patientinnen zu gewährleisten. Frauen bedürfen des Schutzes insbesondere vor gewaltbereiten oder gewalttätigen Männern. In der Aufnahmephase ist ein Schutz vor Selbstschädigung erforderlich. Eine Gewährleistung dieses Schutzes wird ausnahmslos darin gesehen, dass Frauen in einer Frauenumgebung aufgenommen und frauenorientiert behandelt werden, so lange ihr Schutzbedürfnis gegeben ist.
2. Patientinnen muss in frauenorientierter Weise ermöglicht werden, sich über sich selbst umfassend mitteilen zu können. Frauen äußern sich zu ihrer Körperlichkeit, zu ihrer Sexualität und zu ihren Gewalterfahrungen seltener gegenüber Männern als zu Frauen.
3. Mit einer Fraueninfrastruktur ist zu gewährleisten, dass Patientinnen über positive Frauenerfahrungen Alternativen zu den traditionellen Geschlechterrollen kennen lernen und durch die Begleitung von und den Austausch mit Frauen sich schützen, sich mitteilen und sich verständlich machen können. Frauen brauchen eine frauenorientierte Infrastruktur. Frauen brauchen Frauen: als anwesende Personen; als Begleitung in der stationären Behandlung und danach; als positive Alternativen zu den herkömmlichen Frauenbildern; um sich geschützt und verstanden fühlen zu können; um sich umfassend mitteilen zu können; um in der Auseinandersetzung mit den strukturellen Frauenproblemen und im Prozess ihrer weiblichen Identitätsfindung unterstützt werden zu können.
4. Den Patientinnen sind Frauenräume im wörtlichen wie im übertragenen Sinn einzuräumen, die an den Bedürfnissen der Frauen nach Schutz und Austausch, nach Würde und Intimität orientiert sind. Eine frauenorientierte Infrastruktur ist nicht denkbar ohne fraueneigene Aufenthalts- und Rückzugsräume und ohne an Frauenbedürfnissen orientierte sanitäre Räume. Frauen leben privat oft räumlich eingeschränkt oder isoliert. Öffentliche Räume hingegen werden von Frauen teilweise als männerdominiert und als bedrohlich erlebt, insbesondere nachts.
5. Patientinnen ist über ein Verlangsamen und Enthospitalisieren der Tagesstrukturen im Krankenhaus ein positives Anknüpfen an ihre alltagspraktischen sozialen und kulturellen Kompetenzen und Bedürfnisse zu ermöglichen.
6. Den Patientinnen sind realisierbare Wege zur Erweiterung ihrer persönlichen, sozialen und wirtschaftlichen Ressourcen und zu ihrer Verselbständigung aufzuzeigen, unter anderem durch eine an ihren individualbiografischen und sozialstrukturellen Problemen orientierte Therapie- und Beratungsarbeit und durch Verselbständigungsmöglichkeiten in der stationären Psychiatrie.

Quelle: Enders-Dragässer und Sellach, 1999

6. Infektionskrankheiten

6.1 HIV / Aids

Mag.^a (FH) Sabine Lex, Prävention Frauen und MigrantInnen, Aids Hilfe Wien
 Isabell Eibl, MSc, Leiterin Präventionsabteilung, Aids Hilfe Wien

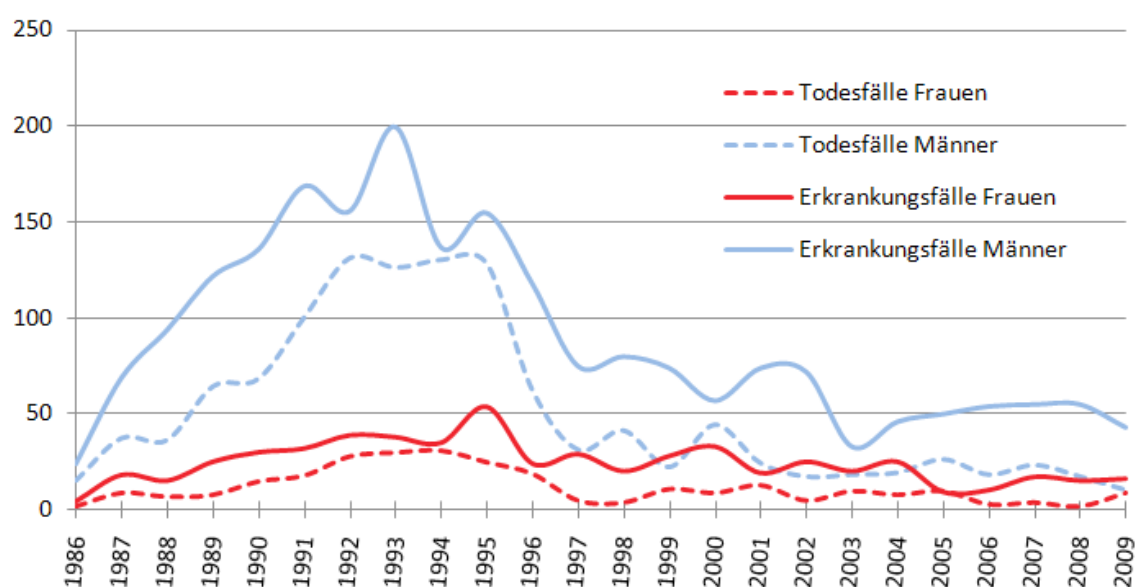
Weltweit leben etwa 33 Millionen Menschen mit HIV/AIDS; die Hälfte davon sind Frauen.¹⁶⁷ Während Osteuropa die Region ist, in der die Zahlen der HIV-Neuinfektionen weltweit am rasantesten steigen,¹⁶⁸ geht man in Westeuropa von einer „Normalisierung der Situation“ aus. Normalisierung in diesem Sinn basiert auf der Verfügbarkeit der Kombinationstherapie, sowie auf der damit einhergehenden Chronifizierung von HIV/AIDS und Erreichung einer fast normalen Lebenserwartung. Dennoch können viele Menschen nicht von einem normalen Lebensalltag sprechen: Medikamente, die die Gesundheit und das Wohlbefinden durch Nebenwirkungen beeinflussen, Stigmatisierung, Diskriminierung und Isolation sowie die Versorgungslage stehen einer Normalisierung im Weg.

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.

6.1.1 Epidemiologie

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.¹⁶⁹

Abbildung 31: AIDS-Erkrankungen und Todesfälle pro Jahr nach Geschlecht in Österreich seit 1986



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2010, Österreichische AIDS-Statistik, Periodischer Bericht, 1.4.2010, S. 2ff

167 UNAIDS, 2009, S. 6

168 Ebd., S. 8

169 Bundesministerium für Gesundheit, 2010a, S. 10f

6.1.1.1 Die Österreichische HIV-Kohortenstudie

Genauere Hinweise zu epidemiologischen Daten liefert die Österreichische Kohortenstudie. Sie wurde Ende 2001 von fünf HIV-Behandlungszentren in Österreich ins Leben gerufen. Mittlerweile sammelt sie Daten von PatientInnen in sieben Behandlungszentren in sechs Bundesländern (Wien, Oberösterreich, Salzburg, Innsbruck, Klagenfurt, Steiermark) und veröffentlicht diese regelmäßig. Die Ziele der Kohortenstudie sind 1.) Optimierung des PatientInnenmanagements, 2.) Qualitätsmanagement, 3.) Dokumentation der Epidemiologie und 4.) Förderung von Forschungsprojekten.¹⁷⁰

Insgesamt waren zur Zeit der Berichterstellung 1.734 Frauen in der Kohorte erfasst (1.355 davon sind HIV-positiv). Das bedeutet, dass etwa 35% aller in der Kohorte erfassten PatientInnen Frauen sind. Das Medianalter zum Zeitpunkt der HIV-Infektion liegt bei 28,9 Jahren.¹⁷¹

Rund 69% aller Frauen in der Kohortenstudie sind Österreicherinnen, 21% kommen aus Hochprävalenzländern (15% aller Frauen in der Kohorte kommen aus Afrika, südlich der Sahara) und acht Prozent aus Niedrigprävalenzländern. Knapp 45% der Frauen leben in Wien; weitere 16% in den Städten Graz, Linz, Innsbruck, Salzburg und Klagenfurt.¹⁷²

Rund 73% der Frauen in der Kohortenstudie haben sich über heterosexuellen Geschlechtsverkehr mit HIV infiziert, etwa ein Fünftel über intravenösen Drogengebrauch. Andere Übertragungswege sind nosokomiale Infektion (ein Prozent), Mutter-zu-Kind-Übertragung (1%), Transfusionen (1%). Etwa 3% der Frauen in der Kohortenstudie wissen nicht, wie sie sich mit HIV infiziert haben.¹⁷³

6.1.1.2 Frauen und späte Diagnosen

Die Österreichische Kohortenstudie macht auf ein wichtiges Problem aufmerksam: Frauen tragen ein höheres Risiko als Männer, spät diagnostiziert zu werden (wenn der CD4-Wert¹⁷⁴ unter 350/mm³ zum Zeitpunkt des HIV-Tests und/oder AIDS innerhalb von drei Monaten nach der Diagnose eintritt): Im Zeitraum 2001 bis 2010 wurde mehr als die Hälfte aller Frauen, die sich einem HIV-Test unterzogen, spät diagnostiziert. Fortgeschrittene Diagnosen (CD4-Zellen weniger 200/mm³ und/oder AIDS innerhalb von drei Monaten nach der HIV-Diagnose) traten bei 30% der Frauen im Zeitraum 2001 bis 2010 auf.¹⁷⁵

Frauen tragen im Alter von über 34 Jahren ein fast zwei Mal so hohes Risiko, eine späte Diagnose und ein fast 2,5 Mal höheres Risiko, eine fortgeschrittene Diagnose zu erhalten. Fast fünf Mal so hoch ist das Risiko, spät diagnostiziert zu werden, wenn man aus einem Hochprävalenzland stammt, und vier Mal höher, wenn man sich heterosexuell mit HIV infiziert. Ähnlich gestaltet sich die Situation bei Frauen, die in fortgeschrittenem Stadium diagnostiziert werden.¹⁷⁶

Späte bzw. fortgeschrittene Diagnosen haben sowohl für die betroffenen PatientInnen als auch für das Gesundheitssystem nachteilige Folgen. Denn das Mortalitäts- und Krankheitsrisiko in Folge einer HIV-Infektion steigt mit der Dauer der unbehandelten Infektion und der damit einhergehenden Verstärkung des Immundefekts. Eine rechtzeitige Diagnose und Behandlung einer HIV-Infektion reduziert signifikant das Risiko, Aids zu entwickeln. Beim Ausbruch von Aids steigen die Kosten für Medikamente, Diagnoseaufwendungen, Ambulanzbesuche oder auch stationäre Aufnahmen.

170 Bundesministerium für Gesundheit, Österreichische Kohortenstudie & AGES, 2010, S.8

171 AGES, 2010, o. S

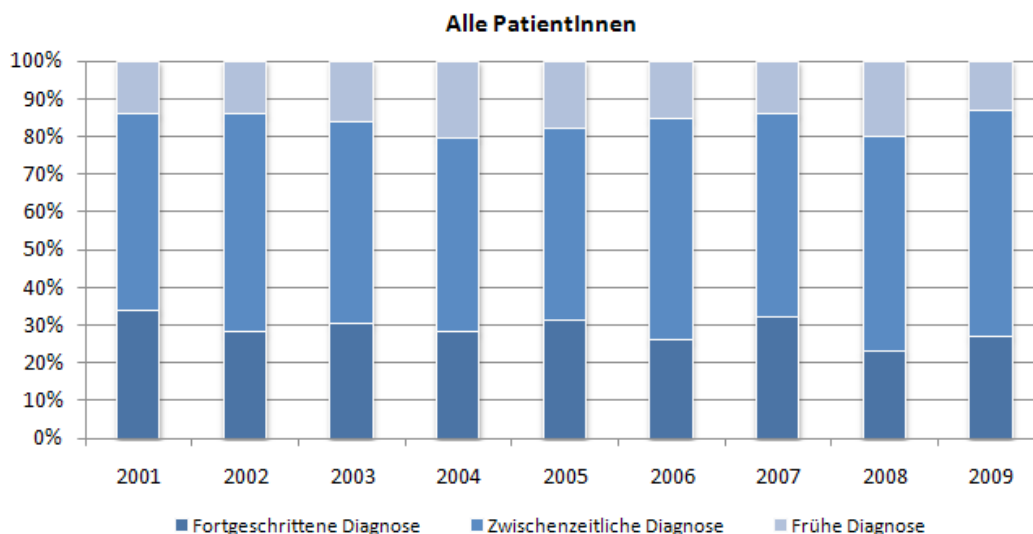
172 Ebd.

173 Ebd.

174 CD4-Zellen gehören zu den weißen Blutkörperchen und sind somit Bestandteil des Immunsystems. Die Zahl der Helferzellen, wie die CD4-Zellen auch heißen, sagt sehr viel über den Zustand des Immunsystems aus. Der Normalwert liegt bei über 500 CD4-Zellen/mm³.

175 AGES, 2010, o. S

176 Ebd.

Abbildung 32: Verteilung Diagnosezeitpunkt


Quelle: AGES 2010, S.57, Nachbildung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das Risiko für Frauen erhöht ist, sich mit HIV zu infizieren und spät diagnostiziert zu werden, die 1) über 30 Jahre alt sind, 2) sich heterosexuell infiziert haben und 3) aus Hochprävalenzländern stammen. Eine Früherkennung wäre sowohl im Sinne der Gesundheit der Betroffenen als auch des Gesundheitssystems.

6.1.2 HIV / AIDS-Forschung: Frauen immer noch unterrepräsentiert

Die Hälfte aller weltweit mit HIV/AIDS lebenden Menschen ist weiblich. Abgesehen von Studien, die sich der vertikalen Transmission (d.h. der Übertragung von der Mutter auf das Kind) widmen, sind Frauen in klinischen Studien 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.¹⁷⁷

Die wichtigsten Argumente gegen die Teilnahme von Frauen an klinischen Studien sind das mögliche Auftreten einer Schwangerschaft oder aber die schwierigere Erforschung von Frauen aufgrund von Schwankungen im Hormonbereich. Auch können von Frauen persönlich wahrgenommene Barrieren einen entscheidenden Faktor spielen: Darunter fallen psychosoziale Aspekte wie Diskriminierung, Gewalt, aber auch zu wenig Informationen und organisatorische Faktoren wie die Obsorge für Kinder.

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.

Verglichen mit HIV-positiven Männern zeigen sich folgende Trends bei Frauen:

- Der Therapiebeginn tritt bei ihnen vermehrt später ein oder gar nicht;
- sie zeigen eine geringere Adhärenz;
- sie leiden öfter an Depressionen.¹⁷⁸

177 Women for Positive Action, 2009, S. 3

178 Ebd.

Empfehlungen:

1. Studien sollten in Grundgesamtheiten durchgeführt werden, die die EndverbraucherInnen widerspiegeln.
2. Die Rolle biologischer und hormoneller Unterschiede zwischen Männern und Frauen ist wichtig zu evaluieren.
3. Es ist wichtig, sicherzustellen, dass Frauen den gleichen Zugang zu einer erfolgreichen Behandlung haben.
4. Wenn möglich sollten auch Frauen mit Kinderwunsch in die klinische Studie eingeschlossen werden. Der Schutz des Ungeborenen muss aber höchste Priorität haben.

Frauen sollten weiters dazu ermächtigt werden, in Bezug auf die Studie eine informierte Entscheidung zu treffen, weil dies die Wahrscheinlichkeit der Verbindlichkeit und Compliance erhöht. Wichtig ist auch, Protokolle frauenfreundlicher zu gestalten, indem die Erfordernisse für Verhütungsmittel wenn möglich reduziert werden, eine Verbesserung der Kinderbetreuungssituation vorgenommen wird, Unterstützung bei Fahrgelegenheiten geboten und die Vertraulichkeit sichergestellt wird.¹⁷⁹

Von Bedeutung ist die gemeinsame Anstrengung aller, die an der Entwicklung, dem Management und der Auswertung mitwirken, um die Anzahl der Frauen in klinischen Studien zu erhöhen. Die Lösungen sind nicht simpel und ziehen Kostenauswirkungen auf Kommunikations-, Ausbildungs- und Beratungsebene nach sich.

6.1.3 Neue Präventionsmethoden

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 Substanz¹⁸⁰ enthält und zum Schutz gegen eine HIV-Infektion dienen soll. Dabei wurde eine Reduktion von HIV-Infektionen um ca. 40% beobachtet.¹⁸¹

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. Besonders in Situationen, in denen Frauen nur in seltenen Fällen selbstständig über ihr eigenes Leben, ihren Körper und damit über ihre Gesundheit bestimmen können, stellt das Vaginalgel einen essentiellen Vorteil dar.

Natürlich ist ein solches Gel vor allem in Regionen, in denen die HIV-Prävalenz hoch ist, von besonderer Bedeutung, aber auch in Österreich könnte sich das Vaginalgel behaupten: für Frauen etwa, deren Partner HIV-positiv ist und die sich zusätzlich schützen möchten.

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.¹⁸²

6.1.4 Schwangerschaft und HIV

Seit 2006 gab es in Österreich neun Fälle, in denen Kinder mit HIV geboren wurden. Da viele Frauen 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.¹⁸³

179 Woman for Positive Action, 2009, S. 3f

180 Medikamente gegen Retroviren wie HIV.

181 Williams, Abdool Karim, Gouws & Abdool Karim, 2010, o. S

182 Ebd.

183 Österreichische AIDS Gesellschaft, 2010, S. 2

Die heutigen Therapieoptionen ermöglichen es, das Risiko einer Übertragung des Virus von der Mutter auf das Kind auf weniger als 2% 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).¹⁸⁴

Eine HIV-Infektion sollte einer Verwirklichung des Kinderwunsches nicht im Wege stehen, denn HIV-positive Menschen habe eine annähernd gleich hohe Lebenserwartung wie HIV-negative Menschen. Eine kürzlich von WECARE+ durchgeführte Studie (siehe nächstes Kapitel) zeigt, dass die Mehrheit der in Europa lebenden Frauen ein oder kein Kind hat.¹⁸⁵ Dies mag zum einen an dem niedrigen Durchschnittsalter, möglicherweise aber auch an Ängsten liegen. Die Österreichische AIDS Gesellschaft verweist darauf, dass auch ÄrztInnen das Thema ansprechen sollten, weil HIV-positive Frauen bzw. Partnerinnen von HIV-positiven Männern eine Schwangerschaft oftmals nicht in Betracht ziehen.¹⁸⁶ Anzumerken ist, dass nebst allen gegebenen, guten medizinischen Möglichkeiten eine umfassende Betreuung durch kompetente ÄrztInnen und Mitglieder des Pflegepersonals von essentieller Bedeutung ist.

6.1.5 Psychosoziale Aspekte der HIV-Infektionen

Anlässlich der 18. Internationalen AIDS Konferenz 2010 in Wien und der Gründung von WECARE+ (Women in Europe and Central Asia Regions) wurde eine Befragung von und für Frauen, die mit HIV leben, durchgeführt. Insgesamt 165 Frauen nahmen an der Umfrage teil. Auch wenn eine solche Befragung nicht repräsentativ ist, so gibt sie doch Einblicke in die Lebenssituation, in Diskriminierungserfahrungen und Bedürfnisse HIV-positiver Frauen. Frauen aus Österreich wurden zur Teilnahme an der Studie eingeladen, wobei jedoch nicht ausreichend viele von ihnen dieser Einladung gefolgt sind. Auch wenn sich die Lebenssituation von Frauen in Zentralasien von jener von Österreicherinnen unterscheiden mag, so sind Erfahrungen von Frauen aus Deutschland (35% der Studienteilnehmerinnen) sicher mit jenen aus Österreich vergleichbar.¹⁸⁷

Lebenssituation

Der Großteil der Teilnehmerinnen wird durch weiße Europäerinnen (84%) repräsentiert. Auffallend viele Frauen sind Singles (32%), 14% der Frauen sind geschieden, 7% sind verwitwet und weitere 3% leben getrennt von ihren PartnerInnen. Der Großteil der Frauen hat keine Kinder bzw. ein Kind; mehr als die Hälfte der Frauen in Deutschland ist nicht Mutter.

In Deutschland infizierten sich 79% der Teilnehmerinnen über heterosexuellen Geschlechtsverkehr mit HIV, weitere 17% durch Sex mit einem Konsumenten intravenöser Drogen. Lediglich 8% steckten sich über den eigenen intravenösen Drogengebrauch mit HIV an.

Nur 14% der Frauen haben ihren HIV-Status offengelegt (was in diesem Fall bedeutet, dass jeder über ihre Situation Bescheid weiß). Generell haben je etwa drei Viertel der Frauen ein paar Familienmitgliedern und ein paar FreundInnen davon erzählt. Etwa die Hälfte hat sich dazu entschlossen, ihren Partnern von ihrer HIV-Infektion zu erzählen.¹⁸⁸

Gesundheitliche Versorgung

44% der Teilnehmerinnen gaben an, dass ihnen Beratung zur Verfügung stand, als sie diagnostiziert wurden. Das heißt, dass mehr als der Hälfte der Befragten diese Option nicht angeboten wurde.

65% der Frauen in Deutschland gaben an, dass sie mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung zufrieden sind. 87% der befragten Frauen in Deutschland nahmen zum Zeitpunkt der Befragung die ART ein. Dennoch gibt es auch kritische Stimmen in Bezug auf die Tatsache, dass die Medikamente für Männer gemacht wurden. Fast

184 Ebd.

185 WECARE+, 2010, S. 7

186 Österreichische AIDS Gesellschaft, 2010, S. 1

187 WECARE+, 2010, S. 3-5

188 WECARE+, 2010, S. 5ff

zwei Drittel aller Befragten gaben negative Erfahrungen im Gesundheitssystem an; in Deutschland vor allem im Bereich Familienplanung und mit Krankenhausangestellten.¹⁸⁹

Diese Ergebnisse spiegeln die Tatsache wider, dass Frauen mit HIV oft eher einsam leben, ihren HIV-Status nicht offenlegen bzw. nur bestimmten Personen davon erzählen. Gründe dafür sind oftmals das eigene Schamgefühl, die Angst vor Isolation und Ausgrenzung sowie die Angst, keinen Partner zu finden. Bedenklich ist, dass mehr als der Hälfte der Frauen bei der Diagnose kein professionelles Unterstützungssystem geboten wurde. Denn gerade diese Phase ist von essentieller Bedeutung in der Verarbeitung eines möglicherweise entstandenen Traumas. Bedenklich sind Diskriminierungserlebnisse im Gesundheitssystem; hier sollte an einer umfassenden Aufklärung gearbeitet werden.

6.1.6 Versorgung HIV-positiver Frauen in Österreich

Versicherte HIV-positive PatientInnen in Österreich haben Zugang zur antiretroviralen Therapie. Sieben Schwerpunktambulanzen in Österreich stehen HIV-positiven Patientinnen zur Verfügung. Aus Interviews mit HIV-Expertinnen ging hervor, dass sich Frauen vorwiegend über heterosexuellen Geschlechtsverkehr mit HIV infizieren und auch eher „zufällig“ von ihrer HIV-Infektion erfahren – im Rahmen der Schwangerschaftsuntersuchung, im Zuge eines Krankenhausaufenthaltes etc. Dadurch sind sie bereits im Krankenhaussystem und werden an Schwerpunktambulanzen und ExpertInnen weitergeleitet. Oftmals bleiben sie auch dort, da sie sich gut betreut fühlen. Im niedergelassenen Bereich gibt es in Österreich generell wenige ÄrztInnen, die auf HIV spezialisiert sind. Der überwiegende Teil der von ihnen betreuten Patienten sind homosexuelle Männer. In Wien gibt es zum Beispiel keine KassenärztInnen für HIV-positive Frauen. Eine andere Herausforderung ist die manchmal auch unter MedizinerInnen verbreitete Diskriminierung. Der Diskriminierungsbericht der AIDS-Hilfen Österreich von 2008 zeigt auf, dass 81 ZahnärztInnen in Oberösterreich danach gefragt wurden, ob sie bereit wären, HIV-positive PatientInnen zu behandeln. Nur rund ein Viertel (21%) beantwortete diese Frage mit „ja“. Das Feedback der Ärztekammer Oberösterreich war, dass ja immerhin 25% der ÄrztInnen HIV-positive PatientInnen behandeln würden.¹⁹⁰

Darüber hinaus werden HIV-positive PatientInnen oft als Letzte zu speziellen Behandlungen (Operationen, Gastroskopie, Bronchoskopie, Zahnbehandlungen) eingeteilt. Als Erklärung werden z.B. zusätzliche Desinfektionsmaßnahmen, die angeblich aufgrund der HIV-Infektion notwendig sind, angeführt. Allerdings weiß nicht jede/r Patient/in von ihrer/seiner HIV-Infektion - es stellt sich also die Frage, wie es im Hinblick auf diese Tatsache mit der Reinigung der Geräte aussieht.¹⁹¹

In Schwerpunktambulanzen und bei HIV-SpezialistInnen ist die Versorgungssituation gut. Hier stehen ExpertInnen mit ihrem Fachwissen zur Verfügung. Dass diese ExpertInnen vorwiegend in Städten zu finden sind, steht einer guten Versorgung allerdings im Wege.

Die Versorgung bei FachärztInnen ist laut Wiltrud Stefanek, Leiterin der Selbsthilfegruppe PULSHIV, jedoch nicht gut. Nur wenige sind mit der Thematik HIV/AIDS vertraut und jene, die es sind, haben einen großen Zulauf und nehmen keine weiteren PatientInnen auf. Für Frauen sind dies insbesondere GynäkologInnen. Eine HIV-Infektion unterliegt keiner Meldepflicht; demnach muss auch den behandelnden ÄrztInnen der HIV-Status nicht mitgeteilt werden. Allerdings wird auch der offene Umgang mit ÄrztInnen, die nicht auf HIV spezialisiert sind, möglicherweise unterminiert, da die Angst vor Diskriminierung oder konkrete Diskriminierungserfahrungen dem im Wege stehen. Weiters könnte ein Vorwurf von ÄrztInnen kommen, wonach sie und das Pflegepersonal einem erhöhten Risiko ausgesetzt würden. Solche Aussagen stehen wiederum in engem Zusammenhang mit mangelndem Wissen auf Seiten des medizinischen Ärzte- und Pflegepersonal.

189 WECARe+, 2010, S. 8ff

190 AIDS-Hilfen Österreichs, 2008, S.9

191 PlusMinus, 2008, S. 9

6.2 Sexuell übertragbare Infektionen in Österreich

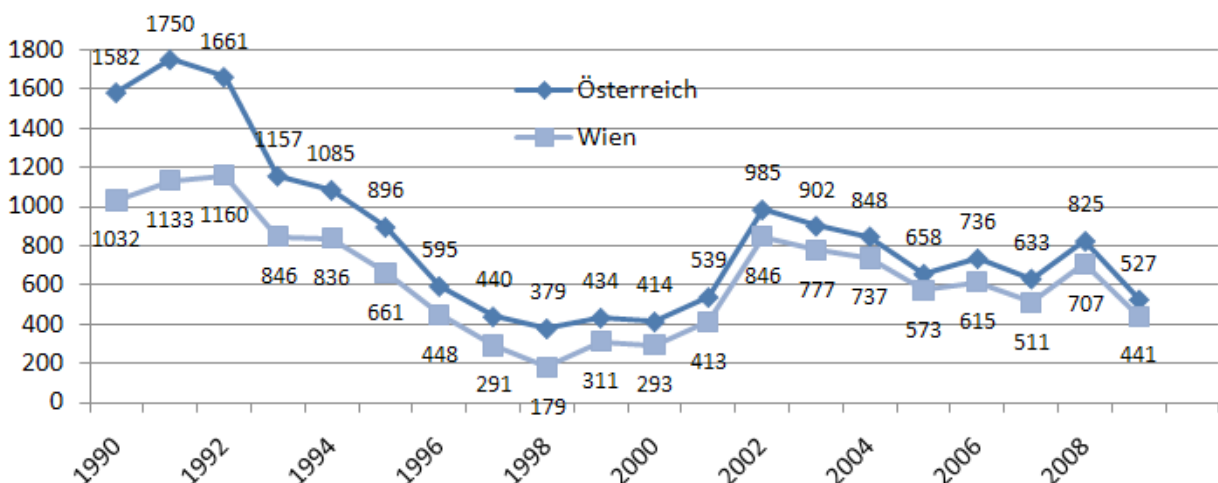
Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Angelika Stary, Ambulatorium für Pilzinfektionen und andere infektiöse venereo-dermatologische Erkrankungen, Wien

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass weltweit jährlich 250 Millionen sexuell übertragbare Erkrankungen (sexually transmitted diseases, STDs) zu verzeichnen sind. Wesentlich höher ist die Erkrankungsziffer, zählt man jene Personen hinzu, die an den Komplikationen sexuell übertragbarer Erkrankungen leiden, wie etwa an unerfülltem Kinderwunsch, Eileiterschwangerschaften, Entzündungen im kleinen Becken, Frühabortus sowie an einer durch eine Infektion induzierten malignen Entartung wie zum Beispiel dem Zervixkarzinom. Die Tendenz der Erkrankungszahlen ist in vielen Ländern steigend.

Gründe für die sogenannte „Renaissance der sexuell übertragbaren Erkrankungen“ liegen in erster Linie in einer wieder zunehmenden Unbedachtsamkeit beim Sexualkontakt (ungeschützter Geschlechtsverkehr mit wechselnden PartnerInnen), weiters auch in der Öffnung der Ostgrenzen und damit in einer in den letzten Jahren größeren Zahl infizierter Personen in der illegalen Prostitution. Einen wesentlichen Anteil stellt die bessere Therapieoption einer HIV-Infektion mit HAART (highly reactive antiretroviral therapy) dar, die eine HIV-Infektion über lange Zeit stabil hält und die Angst vor einer tödlichen Erkrankung deutlich reduziert hat. Es resultiert daraus ein sorgloserer Umgang bei der Wahl der SexualpartnerInnen und beim Praktizieren von ungeschütztem Sexualkontakt.

Die epidemiologische Situation der Gonorrhoe hat sich in vielen europäischen Ländern und auch in Österreich im 21. Jahrhundert wesentlich geändert. Seit 1999 ist in Österreich eine Zunahme der gemeldeten Gonokokkeninfektionen zu beobachten. Verglichen mit 1999 ist die Zahl der gemeldeten Fälle in Wien im Jahr 2002 um das nahezu 5-fache angestiegen. In den letzten Jahren hat sich allerdings eine Reduktion der gemeldeten Zahlen der Infektionen mit *M. Neisser* abgezeichnet und auf einem höheren Niveau mit leicht schwankenden Erkrankungszahlen eingependelt.

Abbildung 33: Gemeldete Gonokokkeninfektionen in Österreich und Wien, 1990-2009

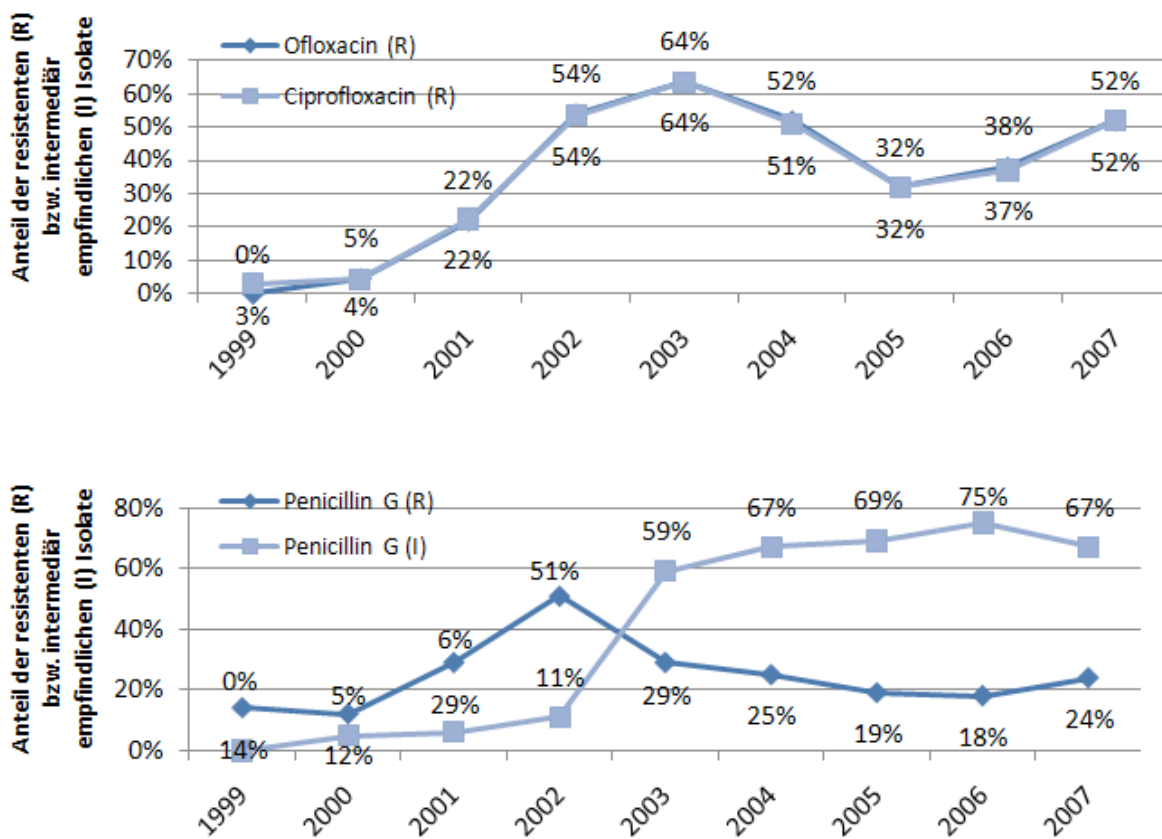


Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend

Ein besonderes Problem bei der Behandlung der Gonorrhoe stellt eine Änderung der Antibiotikaresistenz der Gonokokkenstämme in vielen europäischen Ländern dar. In Österreich wurde vom Ambulatorium für Pilzinfektionen eine Studie und Datenerhebung über die Resistenzmuster der Gonokokkenisolate im eigenen Patientenkollektiv und jenem des STD Ambulatoriums des Gesundheitsamtes in Wien im Rahmen des EU-Projekts „European Surveillance on STI, ESSTI“ durchgeführt: Es konnte nachgewiesen werden, dass die Anzahl der

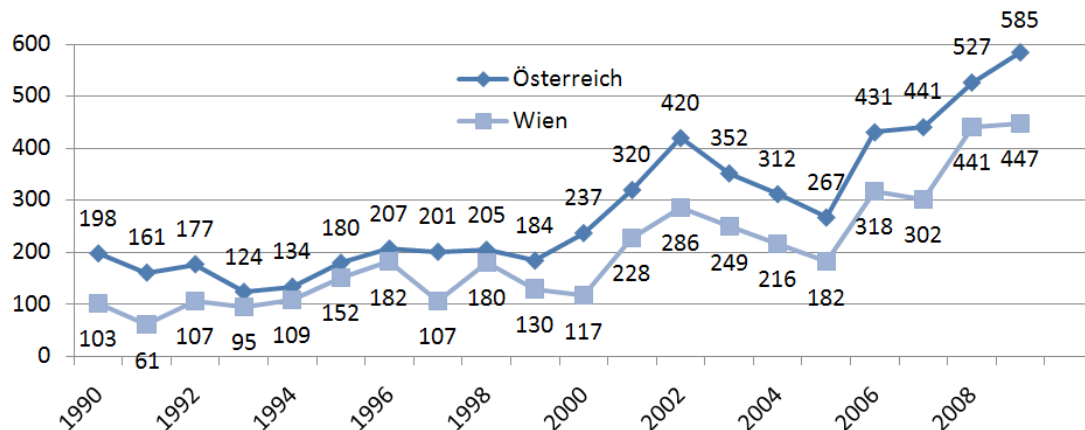
Gonokokkenisolate mit Antibiotikaresistenzen ähnlich wie in anderen Ländern Europas stark zugenommen hat: Zeigten 1999 nur 3,1% der Gonokokkenisolate Resistenzen gegen Ciprofloxacin, waren es 2007 bereits 52%. Auch die Quote der Penicillin-intermediär-empfindlichen Isolate ist von 0% im Jahr 1999 auf 67% im Jahr 2007 angestiegen. In der zweiten Hälfte des Jahres 2007 wurden erstmals Gonokokken-Stämme mit reduziertem Hemmhofdurchmesser im Agardiffusionstest und grenzwertigen MIC-Werten gegen Cephalosporine der dritten Generation sowie gegen Azithromycin isoliert. Die vorhandenen Daten beschränken sich allerdings auf Wien, und hier weitgehend auf die Evaluierung der im Pilzambulatorium und im STD Ambulatorium der Gemeinde Wien (Vorstand: Prim Dr. S. Mayerhofer) nachgewiesenen Gonokokkenisolate. Im Jahr 2010 ist eine österreichweite Evaluierung der Gonokokkenresistenzen als Forschungsprojekt der Österreichischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (ÖGDV) vorgesehen.

Abbildung 34: Entwicklung der Quinolon- und Penicillinresistenz im Pilzambulatorium Wien



Syphilis

Die rasante Zunahme vor allem der Syphilis erfolgte in Österreich etwas zeitversetzt im Vergleich zu den Ländern des ehemaligen Ostblocks, wo schon vor einigen Jahren eine massive Zunahme zu verzeichnen war. Eine besondere Häufung der Syphilis ist europaweit insbesondere bei Homosexuellen zu beobachten. Seit 1993, dem Jahr mit der niedrigsten Zahl an gemeldeten Syphilis-Fällen (124), ist die Inzidenz auf das mehr als Dreifache im Jahr 2002 gestiegen (420). Auch im Jahr 2007 hat die Zahl der gemeldeten Syphiliserkrankungen in Österreich zugenommen und mit 441 Fällen einen weiteren Erkrankungsgipfel erreicht. Dieser wurde mit 585 in Österreich gemeldeten Fällen im Jahr 2009 weiter übertroffen.

Abbildung 35: Gemeldete Syphilis-Fälle 1990-2009


Chlamydien-Infektionen

Die Infektion mit *Chlamydia trachomatis* ist die häufigste bakterielle STI in Europa; etwa 1–3 % der Bevölkerung sind davon betroffen – mit starken Schwankungen innerhalb der Bevölkerungsgruppen. Die Symptome sind meist geringer ausgeprägt als bei der Gonorrhoe, dennoch besteht die Gefahr einer aufsteigenden Infektion (Mann: Epididymitis und Prostatitis, Frau: pelvic inflammatory disease). Die genitale Chlamydieninfektion verläuft bei Frauen in 2/3 der Fälle asymptomatisch, jedoch mit einem erhöhten Risiko einer Extrauterin gravidität und/oder Tubensterilität und einer Übertragung auf den Partner sowie auf das Neugeborene bei einer Infektion während der Gravidität. In einer Studie von Bundesheersoldaten war bei 3,7% eine asymptomatische Chlamydieninfektion der Urethra nachweisbar.

Heute stehen bei Verdacht auf eine Chlamydieninfektion moderne Amplifizierungsverfahren für den Erregernachweis zur Verfügung, die sehr spezifisch und sensitiv sind. Die Trefferquote dieser Testverfahren ist hoch!

Der Chlamydiennachweis sollte ausschließlich aus dem Abstrich erfolgen, ein zum Teil immer noch durchgeführter serologischer Antikörpernachweis aus dem Blut hat keinen diagnostischen Aussagewert. Routinemäßig sollten Schwangere auf Chlamydien untersucht werden, um eine Neugeborenen-Konjunktivitis oder -Pneumonie zu vermeiden.

Die Voraussetzung für eine erfolgreiche und kausale Therapie sowohl einer Chlamydieninfektion als auch anderer STIs stellt ein flächendeckendes Laborsystem dar, wie es in den meisten Teilen Österreichs gegeben ist. Dadurch werden eine gezielte Therapie und eine effiziente Beratung der infizierten Person und des Partners gewährleistet, deren Erfolg sowohl im Patientengespräch als auch durch klinische und diagnostische Nachuntersuchungen überprüft werden kann. Die Notwendigkeit einer „epidemiologischen Therapie“ ohne exakte Diagnose sollte somit aufgrund der verbesserten Diagnoseverfahren nur auf einen kleinen Patientenkreis beschränkt bleiben.

Leitlinien für die Therapie der STIs wurden von der Arbeitsgruppe „STD und dermatologische Mikrobiologie“ der ÖGDV in Anlehnung an die internationalen Empfehlungen der WHO, der CDC sowie der europäischen Therapieempfehlungen der International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI-Europe) neu überarbeitet und sind den diagnostischen und therapeutischen Gegebenheiten in Österreich angepasst. Sie sind sehr handlich gestaltet und unterstützen die rasche und richtige Therapieentscheidung.

Nur die gezielte Therapie, der eine exakte Diagnose vorangestellt werden soll, wird für Patienten erfolgreich und für den behandelnden Arzt befriedigend sein. Wenn wegen massiver Beschwerden das Vorliegen des Keimbefundes nicht abgewartet werden kann, sollte zumindest vor Therapiebeginn Untersuchungsmaterial abgenommen werden. Nicht vergessen sei auch eine ausführliche Information und Beratung, die auf die Notwendigkeit der Partneruntersuchung, der Therapiedurchführung und der Prophylaxe eingehen sollte.¹⁹²

7. Der weibliche Verdauungstrakt

Die psychosomatische Medizin beschäftigt sich längst mit dem Zusammenhang zwischen Psyche und Verdauung. Auch zahlreiche Sprüche und Redewendungen im Alltagsgebrauch deuten auf diese unweigerliche Verbindung hin: Das schlägt mir auf den Magen, eine Tatsache nicht verdauen können, wenn ich daran denke wird mir übel, etwas nicht schlucken können,...

Alles was wir zu uns nehmen durchläuft mehrere Stationen auf einer Verdauungsreise über den Mund, die Zähne, den Magen, die Bauchspeicheldrüse, die Leber, die Galle und letztendlich den Darm.

Der Inhalt dieses Kapitels beschäftigt sich mit der Frage, ob und wann Frauen besonders von Störungen des Verdauungstrakts betroffen sind.

7.1 Die weibliche Harninkontinenz: Aktuelle Aspekte zu Diagnostik und Therapie im Jahre 2010

Priv.-Doz. Dr. med. Steffen Krause, Primar, Klinik für Urologie, AKH Linz

Dr. Andreas Hochmuth, Urologe, Urologische Abteilung, AKH Linz

OA Dr. Piotr Wegrzecki, Facharzt für Urologie, Klinik für Urologie, AKH Linz

„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 15-60-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 ~40% der PatientInnen in den letzten zwölf Monaten ein Medikament gegen die Beschwerden eingenommen, bzw. eine Therapie erhalten.

7.1.1 Diagnostik der Harninkontinenz

Vor jeder sinnvollen Therapie ist eine eindeutige Diagnose zu erheben. Dafür ist die Klassifizierung der Harninkontinenz in die zwei Haupterscheinungsformen Dranginkontinenz (overactive bladder wet) und Belastungsinkontinenz (stress urinary incontinence), sowie häufige Mischtypen und die deutlich selteneren Formen der reinen Überlaufinkontinenz und extraurethralen Inkontinenz (Blasenscheidenfistel, ektope Ureteren) notwendig. Jede Erscheinungsform hat ihren speziellen therapeutischen Ansatz und unterschiedliche Erfolgsaussichten.

Primär sollte eine Basisdiagnostik durch HausärztIn oder FachärztIn durchgeführt werden, die zu 75% für Diagnose und gezielte Therapie ausreichend ist. Es erfolgt eine gezielte Befragung (Häufigkeit der Miktion/Inkontinenz, Schmerz, Drangsymptomatik, Infekte, Nykturie) und die klinische Untersuchung (äußeres Genitale, OP Narben, Haut, auffällige neurologische Symptome). Im Rahmen der Anamnese muss ein Miktionskalender, -protokoll, -tagebuch erhoben werden, an weiteren Basisuntersuchungen ist der Harnstatus, die Restharnbestimmung (Einmalkatheter/Ultraschall), die Blutuntersuchung auf mögliche Stoffwechselstörungen (Diabetes mellitus, Schilddrüsenfunktion) und der Hustentest sinnvoll.

Die fachärztliche Diagnostik beinhaltet radiologische und sonographische Verfahren wie Nieren- und Unterbauchsonographie, i.v. Urogramm, Miktionszysturethrogramm, endoskopische Untersuchungen (Urethrozystoskopie, Harnröhrenkalibrierung) und funktionelle Kontrollen (Uroflow-EMG-Messung, Füllungs- und Miktionszystometrie, Urethradruckprofil). Eine vaginale Untersuchung zum Nachweis eines Prolaps und einer Verifizierung einer vaginalen Hormonmangelatrophie ist ebenfalls notwendig.

7.1.2 Therapie der Harninkontinenz

Die Therapie jeder Inkontinenz zielt primär auf die Beseitigung auslösender Ursachen (Infekte, Prostataerkrankungen, Beckenbodenveränderungen, Steine). Falls keine kausale Therapie notwendig oder möglich ist (insbesondere bei älteren multimorbiden PatientInnen mit polykausaler Inkontinenz), wird eine symptomatische Therapie durchgeführt. Primär ist mit einer Verhaltenstherapie im Sinne der Anpassung des Trink- und Miktionsverhaltens der PatientInnen zu beginnen (Miktions- und Toilettentraining), Hilfsmittelversorgung (Einlagen, Condomurinale, Penisklemme), evtl. organisatorische Änderungen (Toilettenzugang barriere-frei, Urinflasche).

Die medizinische Forschung bietet mittlerweile mehrere medikamentöse Ansätze zur Therapie der Harninkontinenz an, primär und am effektivsten lassen sich die Dranginkontinenz und Mischformen durch Anticholinergika behandeln, in zweiter Linie die Belastungsinkontinenz mittels Duloxetin (Yentreve), einem Serotonin- und Noradrenalin- Reuptake-Hemmer. Meist ist die Belastungsinkontinenz als isolierte Form eine Domäne der chirurgischen Therapie.

Die Überlaufinkontinenz ist häufig nur chirurgisch oder durch Katheter zu therapieren (Wahrscheinlichkeit eines operativen Eingriffs nach Harnverhalt über 50% innerhalb von 2 Jahren). Extraurethrale Inkontinenzformen sind bei Operabilität des Patienten ebenso primär chirurgisch anzugehende Erkrankungen.

7.1.3 Belastungsinkontinenz

Bei der Harnbelastungsinkontinenz ist eine Spinkterverschlusschwäche ursächlich, die meist durch Altersveränderungen der Muskulatur und/oder der Innervation des Beckenbodens bzw. traumatisch (Geburten, Verletzungen, Radikaloperationen) verursacht wird und durch einen Harnverlust bei Erhöhung des abdominalen Druckes (Husten, Niesen, Sport, Bauchdeckenkontraktion) gekennzeichnet ist. Primär ist durch gezieltes Beckenbodentraining gegenzusteuern, die Effektivität ist jedoch durch den Gesamthabitus der/des PatientIn limitiert (Adipositas, Bindegewebschwäche). Da die klassische Belastungsinkontinenz eine hauptsächlich bei Frauen vorliegende Erkrankung ist, sind die älteren operativen Therapien alle auf Frauen ausgelegt und werden mit Erfolgsraten von 50–80 % angewandt. Seit 15 Jahren ist die Einlage eines spannungsfreien Scheidenbandes bei gleicher Erfolgsrate und deutlich geringerer operativer Belastung die Therapie der Wahl, zunehmend kann diese Methode in Variationen auch beim Mann eingesetzt werden. Parallel zur operativen Behebung der Inkontinenz muss jedoch auch die Versorgung eines Beckenbodendefektes durchgeführt werden.

Ultima ratio der operativen Inkontinenzversorgung sind die Implantation eines künstlichen Schließmuskels oder die Harnableitung über ein Stoma mit Beutelversorgung.

Eine Verbesserung der Blasensphinkterfunktion ist auch mit der Injektion von Unterfütterungsmaterialien (bulking agents) erreichbar, die Langzeitdaten dieser Therapie sind jedoch eher schlecht¹⁹³.

7.1.4 Therapie der Dranginkontinenz

Eine semi-invasive medikamentöse Therapie der Dranginkontinenz ist die transurethrale Injektion von Botulinustoxin in die Harnblasenmuskulatur zur Ausschaltung der cholinergen Erregung der Muskelzellen durch irreversible Blockade der motorischen Endplatte. Primär wurde diese Therapie bei querschnittsgelähmten PatientInnen zur Behandlung der neurogenen Detrusorüberfunktion eingesetzt, mittlerweile können Frauen und Männer mit idiopathischer Dranginkontinenz mit niedrigeren Dosen behandelt werden.¹⁹⁴

Viele multimorbide PatientInnen können sinnvollerweise nicht anders als mit einer Dauerkatheterableitung (transurethral oder suprasymphysär) versorgt werden, bei guter Pflege und entsprechender ärztlicher Kontrolle kann auch diese Therapie deutlich zur Lebensqualitätsverbesserung der PatientInnen und Erleichterung der Pflege beitragen.

193 Dannecker, 2004

194 Seif.C Urologe 2008; 47:46-53

7.1.5 Harninkontinenz im Alter

Harninkontinenz im Alter ist ein häufiges und belastendes Symptom und wird ein immer größeres medizinisches und sozioökonomisches Problem. Ursachen sind vor allem Veränderungen in der Struktur des Blasenmuskels, Störungen der neurogenen Steuerung sowie alterskorrelierte Veränderungen der Anatomie des unteren Harntraktes. Zusätzliche Auslöser können medikamentöse Nebenwirkungen bei M. Parkinson oder M. Alzheimer, aber auch Begleiterkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus oder Demenz selber sein. Zahlreiche neue Erkenntnisse, insbesondere über die zentrale Steuer- und über Blasenfunktion der Speicher- und Miktionsfunktion der Blase, lassen das Bild der Harninkontinenz im Alter als wesentlich komplexer erscheinen als noch vor Jahren gedacht. Während ein Mensch mit einer Blasenfunktionsstörung im Alter bis etwa 65 Jahre Funktionsverluste an der Blase, dem Blasenauslass oder im Beckenboden hat, wird das Kontinenzvermögen im Alter ganz wesentlich durch die veränderte neurogene Steuerung sowie durch nachlassende Kompensationsmechanismen beeinflusst.¹⁹⁵ In der Diagnose, die in der Regel nicht invasiv erfolgt, zeigen sich Formen der Belastungsinkontinenz, der Dranginkontinenz und Mischformen. Therapeutisch stehen im Alter medikamentöse Therapien im Vordergrund, z.B. Antimuskarinika, α -Rezeptorenblocker und Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer. Ergänzend kommen Verhaltensmodifikationen wie Blasentraining, geändertes Trinkverhalten und Beckenbodenkontraktion zum Einsatz. Bei grundsätzlich gegebener Operabilität kommen aber auch verschiedene minimalinvasive Operationsverfahren zum Einsatz, diese vor allem wenn eine Belastungsinkontinenz oder Mischinkontinenz mit einem hohem Belastungsanteil vorliegt.

7.2 Reizdarm

Dr. Alexander U. Rothe, Chirurg, Chirurgie II, AKH Linz, Ludwig Boltzmann Institut für operative Laparoskopie

Prim.Univ.Prof.Dr. Wolfgang U. Wayand, Primar Chirurgie, Chirurgie II, AKH Linz GmbH, Ludwig Boltzmann Institut für operative Laparoskopie

Das Reizdarmsyndrom (RDS) wird als symptombasierte, funktionelle gastrointestinale Erkrankung definiert. Synonyme Begriffe sind Irritables Darmsyndrom (IDS) bzw. Irritable Bowel Syndrome (IBS), Reizkolon oder Colon irritabile.

Es liegt nach den ROME III-Kriterien dann vor, wenn chronische oder rezidivierende abdominelle Schmerzen oder Beschwerden und mindestens 2 der folgenden Kriterien bestehen:

- Besserung der Symptome bei Defäkation
- Änderung der Stuhlfrequenz
- Änderung der Stuhlkonsistenz
- Symptome innerhalb der letzten 3 Monate vorhanden mit Beginn mindestens 6 Monate vor Diagnosestellung

Nebenkriterien, die die Diagnose unterstützen, aber für sich keine Diagnose erlauben, sind:

- abnormale Stuhlhäufigkeit (z.B. mehr als 3 Stühle pro Tag oder weniger als 3 Stühle pro Woche)
- abnormale Stuhlkonsistenz
- abnormales Absetzen von Stuhl (z.B. starkes Pressen, imperativer Stuhldrang, Gefühl der unvollständigen Entleerung)
- schleimiger Stuhl
- Blähungen und Gefühl des „Aufgeblähtheits“

Die Erkrankung ist scheinbar eine Störung der Funktion des Darmes ohne organische Ursache.

Es werden unterschiedliche pathogenetische Mechanismen propagiert, wobei den Symptomen nach aktuellem Erkenntnisstand Veränderungen der gastrointestinalen Sensivität, d.h. verstärkte Schmerzwahrnehmung und Überempfindlichkeit und/oder Fehlsteuerung in der Darmtätigkeit (Motilitätsstörungen) zugrunde liegen. Als Hauptauslöser dieser Veränderungen gelten akute und chronische emotionale Belastungen („Stress“) oder Residualzustände früherer gastrointestinaler Infektionen.¹⁹⁶

Man unterscheidet grundsätzlich einen Obstipations- und einen Diarrhö-prädominanten Krankheitsverlauf, wobei auch noch Subtypen wie Mischformen und auch alternierende Formen beschrieben sind. In erster Linie ist die Stuhlform und nicht die Stuhlfrequenz für die Subtypisierung nützlich.¹⁹⁷

Die Prävalenz des RDS liegt in westlichen Industrieländern bei 10 bis 15%, wobei nur etwa 25% der „Symptomträger“ eine/n ÄrztIn konsultieren und Frauen hier überrepräsentiert sind.¹⁹⁸ Frauen zwischen 25 und 50 Jahren erkranken 2-3 mal häufiger als Männer.

Das Reizdarmsyndrom ist eine Ausschlussdiagnose, das heißt, alle anderen Erkrankungen, die ähnliche Symptome hervorrufen, müssen ausgeschlossen werden, bevor man die Funktionsstörung als Ursache dieser Störungen als Erklärung heranziehen kann.

In der Regel unterlaufen die PatientInnen im Rahmen einer Abklärung eine Magen- und Darmspiegelung inklusive tiefer Dünndarmbiopsie zum Zöliakieausschluss. Ultraschalluntersuchung des Bauches, Laboruntersuchungen (Blutbild, Leber- und Nierenfunktionsparameter, Elektrolyte usw.) und Atemtests zum Ausschluss von Laktose-, Fructose- oder Sorbitintoleranz komplettieren die Abklärung.

Die Behandlung des Reizdarmsyndroms richtet sich nach dem vorherrschenden Beschwerdebild. Bei sehr milder Symptomatik können Diät-Maßnahmen ausreichend sein. Ein Beschwerdetagebuch mit Nahrungsmitteldokumentation kann hierbei hilfreich sein.¹⁹⁹ Bei der Obstipation-prädominanten Form können mit osmotischen Laxantien oder Ballaststoffen therapiert werden, bei der Diarrhoe-prädominanten Form dagegen die Abfuhr hemmende Wirkstoffe. Bei schmerzdominanten Formen stehen Spasmolytika im Vordergrund. Antidepressiva werden von verschiedenen Fachgesellschaften für die Behandlung von RDS-Patienten mit moderaten bis schweren Schmerzen empfohlen. Die umfangreichsten Daten liegen hier für trizyklische Antidepressiva vor. Des Weiteren kommen selektive Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (SSRIs) zur Anwendung.

Neuere medikamentöse Therapieoptionen sind derzeit in Entwicklung und Evaluation:

Probiotika – lebende Mikroorganismen enthaltende Nahrungszusätze – sollen durch eine Verbesserung der mikrobiologischen Balance der Darmflora günstige gesundheitliche Effekte entfalten. Am besten untersucht in dieser Gruppe sind Präparationen, die Bifidobakterien enthalten.

Bei PatientInnen mit bakterieller Fehlbesiedelung haben Antibiotika wie Neomycin oder Rifaxamin eine Verbesserung der Beschwerdesymptomatik in Studien „Antibiotikum versus Placebo“ gezeigt.

Ein wesentlicher Neurotransmitter in der Pathophysiologie des RDS ist Serotonin (5-HT). Die Wirksamkeit verschiedener Substanzen ist evaluiert worden, wobei sich hoch selektive 5-HT₃-Rezeptor-Antagonisten (Ondansetron, Alosetron, Cilansetron) sich als effizient zur Therapie des Diarrhö-prädominanten RDS erwiesen hat.

Die 5-HT₄-Agonisten (Tegaserod und Cisaprid) haben sich bei der Obstipation-prädominanten Form als wirksam erwiesen, wobei Tegaserod kardiale Nebenwirkungen verursachen kann.²⁰⁰ Neuere 5-HT₄-Agonisten sind derzeit in Erprobung.²⁰¹

196 Mertz, 2003
 197 Corraziari, 2009
 198 Drossmann, 1997
 199 Marteau, 2009
 200 Mönnikes, 2006
 201 Camilleri, 2009

Da RDS häufig auch mit falscher Körperwahrnehmung oder schweren seelischen Traumata vergesellschaftet ist, kann eine begleitende Psychotherapie eine sinnvolle Ergänzung in der Therapie sein.²⁰²

7.3 Oberbauchbeschwerden, Gastritis, Refluxösophagitis

Dr. Andreas Pentsch, Chirurg, Chirurgie II, AKH Linz, Ludwig Boltzmann Institut für operative Laparoskopie

Prim.Univ.Prof.Dr. Wolfgang U. Wayand, Primar Chirurgie, Chirurgie II, AKH Linz GmbH, Ludwig Boltzmann Institut für operative Laparoskopie

Die Gastritis ist eine Entzündung der Magenschleimhaut, die akut oder chronisch verlaufen kann.

Die **akute Gastritis** (plötzlicher Beginn, begrenzte Dauer) äußert sich mit Oberbauchschmerzen, Völle-/ Druckgefühl, Appetitlosigkeit, Aufstoßen, Übelkeit, ev. Erbrechen und unangenehmen Geschmack im Mund. Die Ursachen sind meist üppige Mahlzeiten, Alkohol, bestimmte Schmerzmittel (NSAR), Kortisoneinnahme, Stress, Lebensmittelvergiftung durch toxinbildende Bakterien wie z.B. Staphylokokken, Salmonellen oder eine Infektion durch *Helicobacter pylori*, ein häufig im Zusammenhang mit der Gastritis isoliertes Bakterium.

Die Ursache der Gastritis ist durch eine Störung des Gleichgewichts mit einem Überschuss an aggressiven Faktoren (Magensäure, Noxen) und einem Mangel an schützenden Faktoren (Schutzfilm der Magenschleimhaut) bedingt.

Die Diagnosestellung erfolgt klinisch oder durch eine Gastroskopie (Magenspiegelung) bei der man die gerötete Magenschleimhaut sehen und eine Probenentnahme für die Gewebsuntersuchung vornehmen kann.

Eine akute Gastritis heilt in der Regel auch ohne medikamentöse Therapie spontan (d.h. von selbst) ab, wenn die Ursache ausgeschaltet ist. Unterstützend kann eine Antazidatherapie oder Säureblockade mit einem sogenannten Protonenpumpeninhibitor durchgeführt werden. Wird in der Gewebsuntersuchung eine bakterielle Infektion mit *Helicobacter pylori* nachgewiesen erfolgt eine Eradikationstherapie mit Säureblockade und Antibiotika.

Die **chronische Gastritis** ist eine andauernde Magenentzündung, die aber auch ohne jegliche Beschwerden ablaufen kann.

Manche chronische Magenschleimhautentzündungen werden durch eine Immunreaktion des Körpers gegen bestimmte Bestandteile des Magens verursacht (so genannte Autoimmun-Gastritis oder A-Gastritis). Auch die *Helicobacter pylori* Infektion kann eine chronische Gastritis verursachen (so genannte bakterielle Gastritis oder B-Gastritis). Schließlich kann die Magenschleimhaut auch durch chemische Einflüsse wie Alkoholmissbrauch oder den Rückfluss von Darminhalt oder Gallensaft in den Magen chronisch gereizt werden (so genannte chemische Gastritis oder C-Gastritis).

Die **Refluxösophagitis** ist eine Entzündung der Schleimhaut der Speiseröhre, die durch das Zurückrinnen (=Reflux) von saurem Mageninhalt in die Speiseröhre (=Ösophagus) verursacht wird. Das Leitsymptom der Refluxösophagitis ist das saure Aufstoßen und Sodbrennen, das sich als brennender Schmerz hinter dem Brustbein und saurem Geschmack im Mund äußert.

Auch nicht-typische Beschwerden, wie Brustschmerzen und Husten können im Vordergrund stehen. Erkrankungen von Herz oder Lunge müssen ausgeschlossen werden.

Beinahe ein Drittel aller Menschen leiden zeitweise an Sodbrennen – nur bei 10% liegt auch wirklich eine Entzündung der Speiseröhre vor.

Begünstigende Faktoren sind Übergewicht, ein Zwerchfellbruch oder eine bestehende Schwangerschaft. 50% aller Frauen im letzten Schwangerschafts-Drittel leiden unter Sodbrennen. Auslöser sind fettreiche oder üppige

Mahlzeiten, Alkohol, Minze, Fruchtsäfte mit einem hohem Säuregehalt, Herz- und Blutdruck- und Schmerzmedikamente.

Der Entstehungsmechanismus ist in einem ungenügendem Verschlussmechanismus im unteren Ösophagus, in einer Erhöhung des Drucks im Bauchraum, einer mangelnden Speiseröhrenselbstreinigung, in einer verstärkten Säureproduktion und/oder in einer Störung des Schleimhautschutzmechanismus zu suchen.

Die wesentlichste Untersuchung ist die **Gastroskopie** („Magenspiegelung“) Diese wenigbelastende Untersuchung dient auch hier für die optische und histologische Diagnosesicherung.

Bei der **Manometrie** (Druckmessung) muss man eine ca.5mm im Durchmesser haltende Sonde schlucken. Diese zeigt den Schließmuskeltonus und Funktion der muskulären Speiseröhre an. Die **PH-Metrie** (Säuremessung) bei der ebenfalls eine ca. 3mm messende Sonde geschluckt und für 24 Stunden getragen werden muss, misst den Säuregehalt und die Dauer des zurückgeronnenen Mangeninhalts in der Speiseröhre.

Die Therapie der Wahl ist die Säureblockade mit einem Protonenpumpeninhibitor (PPI) sowie das Meiden der obengenannten Auslöser.

Langfristig ist eine Umstellung der Lebensgewohnheiten anzustreben. Dazu gehören ein Verzicht auf Alkohol und Nikotin, Schokolade und Minze, eine Reduktion des Übergewichts sowie eine Reduktion von Schmerzmedikamenten.

Bei andauernder oder immer wiederkehrender Refluxösophagitis stellt die operative Therapie eine Alternative zur lebenslangen Medikamenteneinnahme dar. Die chirurgische Therapie zielt darauf ab die Schließmuskelfunktion zu verbessern und damit den Reflux zu minimieren. Diese Operation wird zumeist bereits minimal invasiv (laparoskopisch) durchgeführt.²⁰³

7.4 Der Zahnstatus

Mag.^a Martha Scholz, Soziologin, Frauengesundheitszentrum Wels, PGA

Der Zusammenhang zwischen Zahnstatus und verschiedenen sozialen Faktoren, Geschlecht und soziökonomischer Lage ist eine gut dokumentierte Tatsache. Bisher wurde in diesem Kontext vor allem der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen eine größere Bedeutung beigemessen. Aufgrund der demografischen Entwicklung und der dementsprechend wachsenden Anzahl älterer Menschen wird die Dokumentation des oralen Gesundheitszustandes auch bei (älteren) Erwachsenen immer wichtiger, da sich daraus Konzepte und Maßnahmen zur allgemeinen Prävention und Behandlung ableiten lassen.

Die **Koordinationsstelle Zahnstatus** erhob im Zeitraum von 1996 bis 2005 alle Indexaltersgruppen zweimal (das sind die Sechsjährigen, die Zwölfjährigen, die 18-Jährigen, die 35- bis 44-Jährigen und die 65- bis 74-Jährigen) nach Methodik der Oral Health Surveys. Dies entspricht der **Empfehlung der WHO**, solche Untersuchungen alle fünf Jahre zu wiederholen. Somit wird nicht nur der Gesundheitszustand beschrieben; es können auch Veränderungen in der Mundgesundheit festgestellt bzw. bestehende Vorsorgeprogramme auf ihre Wirksamkeit geprüft werden.²⁰⁴

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit führte die ÖBIG-Koordinationsstelle 2005 eine bundesweite Befragung über Mundgesundheit und Lebensqualität bei 35- bis 44- und 65- bis 74-Jährigen durch. Die Erhebung des Zahnstatus bei ÖsterreicherInnen durch das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen erfasste klinische Daten, Mundhygienegewohnheiten und ZahnärztInnenbesuche sowie soziodemografische Merkmale (wie Alter, Geschlecht, berufliche Stellung, Einkommen, etc.). Insgesamt wurden etwa

203 Gerd Herold, Innere Medizin; M. Müller, Chirurgie für Studium und Praxis; AWMF-Leitlinien, Z Gastroenterol 2005; 43: 163-164; Gastroösophageale Refluxkrankheit -interdisziplinär, Gastroenterologie/Chirurgie KSSG

204 Zit.n. Gesundheit Österreich GmbH, Zahnstatuserhebung, <http://www.goeg.at/de/Bereich/Zahnstatuserhebungen.html>, (dl 10.08.2010)

300 Personen im Alter von 35 bis 44 Jahren und 300 Personen im Alter von 65 bis 77 Jahren in die Erhebung einbezogen.

Die Befragung zeigte, dass mehr als die Hälfte der 35- bis 44-Jährigen und 17% der 65- bis 74-Jährigen ein vollständiges, eigenes Gebiss aufweisen. Geschlechtsspezifisch liegen Frauen bei letzterer Gruppe unter dem Durchschnitt (16% weisen ein vollständiges, eigenes Gebiss auf, vs. 17% der Männer). Wie schon in der deutschen Mundgesundheitsstudie DMSIII festgestellt wurde, weisen Frauen mehr durch Karies geschädigte Zähne/Flächen, aber weniger aktiv kariöse Zähne/Flächen auf als Männer.

Zahnverluste gaben 42% der interviewten ProbandInnen im Alter von 35- bis 44 Jahren und 59% der älteren Menschen an. Vollständige Zahnlosigkeit ist unter den jüngeren ÖsterreicherInnen kein Problem (<1%), bei SeniorInnen liegt der Anteil bei 23% der Befragten. Hauptursache des Zahnverlusts im Erwachsenenalter ist die Parodontitis (Zahnfleischentzündung). Die Befragung zeigte, dass weiterhin ein Handlungsbedarf im Bereich der Parodontalbehandlungen besteht. Die parodontale Grunduntersuchung im Rahmen des Vorsorgeprogramms ist ein erster, wichtiger Schritt in diese Richtung.

International gesehen liegen insbesondere in den westlichen Industrieländern im Bereich der Erwachsenen keine großen Unterschiede vor. Seit 1997 hat sich die durchschnittliche Anzahl kariöser Zähne und die Durchschnittszahl fehlender Zähne europaweit nicht wesentlich reduziert. Weitreichende Verbesserungen der Mundgesundheit sind bei jenen Generationen zu erwarten, die bereits vom Babyalter an Zahngesundheitsförderung erhalten haben.²⁰⁵

Laut österreichischer Gesundheitsbefragung 2006/2007 hatten 60% der ÖsterreicherInnen ab 15 Jahren innerhalb der vorangegangenen 12 Monate eine/n ZahnärztIn aufgesucht. Im erwerbsfähigen Alter lag der Anteil bei etwa zwei Dritteln und reduzierte sich auf etwa 45% bei SeniorInnen, wobei Frauen häufiger Zahnarztbesuche angaben. Hauptgründe dafür waren Kontrolluntersuchungen (53%), gefolgt von Schmerzen (21%).²⁰⁶ Die oben angeführte ÖBIG-Studie präsentierte eine hohe Zufriedenheit der Befragten (72% waren sehr zufrieden, 22% zufrieden) mit der/dem behandelnden ZahnärztIn. Hierbei ist zu bemerken, dass Frauen häufiger ‚sehr zufrieden‘ sind (79,5% der befragten Frauen vs. 65,2% der Männer).²⁰⁷

205 ÖBIG, 2005, Mundgesundheit und Lebensqualität in Österreich 2005, S. 3ff

206 Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, S. 45f

207 ÖBIG, 2005, Mundgesundheit und Lebensqualität in Österreich 2005, S. 31

8. Stoffwechsel, Atmungsorgane, Muskelaufbau und Skelett

Mag.^a Martha Scholz, Soziologin, Frauengesundheitszentrum Wels, PGA

Viele der Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, der Atmungsorgane oder des Stoffwechsels nehmen einen chronischen Verlauf. Chronische Erkrankungen bedeuten für die Betroffenen meist langes Leiden mit geringen Chancen auf vollständige Heilung. Im Gesundheitssystem sind chronische Erkrankungen durch häufige stationäre Aufenthalte – und somit durch hohe Kosten – und eine niedrige Sterblichkeit charakterisiert.²⁰⁸

- 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. Insgesamt ist der Anteil der Frauen im Bereich von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems höher mit insgesamt 59,1%. Zieht man die Vergleichszahlen der stationären Aufenthalte von Frauen aus dem Jahr 2001 heran²⁰⁹, so erkennt man einen besonders hohen Anstieg im Bereich der Diagnose Rückenschmerzen (+31%).
- 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. Die häufigsten Entlassungsdiagnosen innerhalb dieser Krankheitsgruppe sind bei Frauen und Männern Pneumonie²¹⁰, gefolgt von chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD), Grippe und Asthma.
- Im Bereich der Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten 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, wobei die Geschlechtsverteilung innerhalb der Diagnosegruppe annähernd ausgewogen ist. Die Diagnose Diabetes mellitus ist bei Frauen im Vergleich zu 2001 um 32% gesunken.

Tabelle 34: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, der Atmungsorgane, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (stationäre Aufenthalte; 2008)

ICD-10	Hauptdiagnose	Anzahl stationärer Aufenthalte		
		Männer	Frauen	Frauen in %
A00-Z99	Alle Diagnosen	1.223.438	1.455.189	54,3
	darunter:			
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	111.540	161.079	59,1
M00-M22, M24-M25	Arthropathien, Arthrosen und sonstige Gelenksschäden	27.926	51.504	64,8
M40-M49	Deformitäten von Wirbelsäule, Rücken	6.848	10.255	60,0
M54	Rückenschmerzen	15.932	27.325	63,2

208 Zit.n. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2005, Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, S. 115

209 Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2005, Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, S. 115

210 Lungenentzündung

ICD-10	Hauptdiagnose	Anzahl stationärer Aufenthalte		
		Männer	Frauen	Frauen in %
J00-J99	Krankheiten der Atmungsorgane	80.964	64.696	44,4
J00-J11	Grippe, Akute Infektionen d. oberen Atemwege	8.494	7.418	46,6
J12-J18	Pneumonie	17.911	15.022	45,6
J40-J44, J47	Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen u. Bronchiektasien	17.082	13.086	43,4
J45-J46	Asthma	2.210	2.377	51,8
E00-E90	Endokrine Ernährungs-, Stoffwechselkrankheiten	28.395	38.896	57,8
E10-E14	Diabetes mellitus	15.978	15.511	49,3

Quelle: Statistik Austria, Spitalsentlassungsstatistik. - Erstellt am 23.11.2009

Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Alexandra Kautzky-Willer, Universitätsprofessorin für Gender Medicine, Internistin, KIM III, Endokrinologie & Stoffwechsel, Gender Medicine Unit, MedUni Wien

Schwangerschaftsdiabetes (GDM - Gestationsdiabetes) betrifft ungefähr 10% (5-18%) aller graviden Frauen und stellt somit eine der häufigsten Erkrankungen in der Schwangerschaft dar.²¹¹ GDM geht einerseits mit akuten Schwangerschaftskomplikationen einher und gefährdet andererseits langfristig die Gesundheit von Mutter und Kind. Neben einem höheren Risiko für eine operative Entbindung, für das Auftreten einer Schwangerschaftshypertonie und eines asymmetrisch gesteigerten Größenwachstums des Kindes (diabetische Fetopathie/Makrosomie) bis hin zu einer höheren perinatalen Morbidität und Mortalität wurden auch in Langzeitbeobachtungen bei den Kindern eine höhere Rate an Übergewicht, dem metabolischen Syndrom bis hin zu einer Manifestation eines frühen Typ 2 Diabetes beschrieben. Frauen mit GDM haben ein 7fach höheres Risiko einen Typ 2 Diabetes zu entwickeln als jene mit Erhaltung einer normalen Stoffwechsellage in der Gravidität. 50% aller GDMs entwickeln einen Typ 2 Diabetes innerhalb der nächsten 5 Jahre nach der Entbindung, das Risiko für ein neuerliches Auftreten in einer Folgeschwangerschaft ist mit 60% hoch. Zusätzlich haben diese Frauen auch ein höheres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Andererseits wurde in Präventionsstudien gezeigt, dass Frauen mit GDM von Lebensstilmodifikationen, aber auch einer medikamentösen Therapie profitieren und das Risiko um mehr als die Hälfte reduziert werden kann. Bei übergewichtigen Frauen scheint eine Gewichtsreduktion besonders wirksam. Insofern eignen sich betroffene junge Mütter hervorragend für Primärpräventionsansätze, nachdem sie postpartal meist eine normale Glukosetoleranz aufweisen. Außerdem hat ein gesunder mütterlicher Lebensstil auch einen positiven Effekt auf die Ernährung und Erziehung der Kinder. Eine normale mütterliche Stoffwechselsituation in der Gravidität könnte auch negative Effekte auf die Kinder durch metabolisches Imprinting/fetale (Fehl-)Programmierung vermindern oder gar verhindern. Umso wichtiger ist die Diagnose des GDM, die erst eine Therapie und Identifikation der Risikoschwangerschaften ermöglicht. Die international durchgeführte HAPO Studie²¹² konnte den Zusammenhang zwischen der Höhe der mütterlichen Blutzuckerspiegel und der kindlichen Überproduktion von Insulin, der Ursache der kindlichen Komplikationen, belegen. Basierend auf diesen Ergebnissen konnten Evidenz-basiert Grenzwerte für den OGTT für die Diagnose des GDM international erarbeitet werden.²¹³ Es ist eine wichtige gesundheitspolitische Errungenschaft, dass der OGTT erstmals 2010 in den Mutter-Kind-Pass aufgenommen wurde und so flächendeckend die Diagnose

211 Kautzky-Willer, 2008; Kautzky-Willer, 2009; HAPO Study Cooperative Research Group, 2008

212 HAPO Study Cooperative Research Group, 2008

213 IADPSG Consensus Panel, 2010

und Therapie des GDM österreichweit ermöglichen wird. Die Durchführung einer 2stündigen 75g OGTT wird in der 24.-28. Schwangerschaftswoche für alle Graviden empfohlen. Derzeit fehlen allerdings noch österreichweite Beratungs- und Interventionsprogramme für die Nachsorge der betroffenen Frauen, um die Manifestation eines Typ 2 Diabetes und der assoziierten Komplikationen zu verhindern. Im Falle eines Typ 2 Diabetes verlieren Frauen den Schutz vor kardiovaskulären Erkrankungen bereits prämenopausal, der Risikoanstieg gegenüber einem nicht-diabetischen Kollektiv ist für Herzinfarkte mehr als doppelt so hoch wie bei Männern.

8.1 Osteoporose

Dr. Wolfgang Teufl, Oberarzt, Institut für Nuklearmedizin, Klinikum Wels

8.1.1 Definition

Osteoporose ist eine systemische Skeletterkrankung, charakterisiert durch niedrige Knochenmasse und Verschlechterung der Mikroarchitektur des Knochengewebes, verbunden mit einem Anstieg der Knochenfragilität und erhöhter Neigung zu Frakturen. Sind bereits eine oder mehrere Frakturen als Folge der Osteoporose (=“Knochenbruch-Krankheit“) aufgetreten, liegt eine manifeste Osteoporose vor.

Die Diagnose der Osteoporose stützt sich derzeit weitgehend auf den Nachweis einer niedrigen Knochendichte; eine zunehmende Bedeutung gewinnt allerdings die Erfassung von Risikofaktoren, die das Frakturrisiko erhöhen, da etwa die Hälfte aller klinischen Frakturen Personen betreffen, die laut WHO-Definition bei der Knochendichtemessung mittels DEXA keine Osteoporose haben.²¹⁴

Tabelle 35: T-Wert, Klassifikation der WHO

T-Wert	Klassifikation der WHO
≥ -1	Normalbefund
-1 bis -2,5	Osteopenie
≤ -2,5	Osteoporose
≤ -2,5 und Frakturen	manifeste Osteoporose

Quelle: Dachverband Osteologie, www.dv-osteologie.de, (dl 28.01.2011); Osteoporose Guidelines 2010 der ÖGKM

8.1.2 Verbreitung der Osteoporose

Galt die Osteoporose vor 10 Jahren noch als Erkrankung älterer Frauen, weiß man heute, dass davon alle Personen, unabhängig von Geschlecht und Alter, betroffen sein können. In Österreich leiden mehr als 750.000 Menschen an dieser Erkrankung; die überwiegende Mehrheit entfällt auf postmenopausale Frauen, die Dunkelziffer der Osteoporose wird jedoch noch deutlich höher vermutet, wobei zunehmend auch Männer betroffen sind. Die Inzidenz von Wirbelfrakturen und nicht-vertebralen Frakturen nimmt mit dem Lebensalter exponentiell zu. Ganz überwiegend handelt es sich um primäre Osteoporosen; die Anzahl der sekundären Osteoporosen wird jedoch eher unterschätzt. Nach aktuellem Wissensstand sind 64% der Männer mit Osteoporose, knapp 50% der prä- und perimenopausalen Frauen und 20-30% der postmenopausalen Frauen von einer sekundären Form betroffen.²¹⁵

214 Dachverband Osteologie, www.dv-osteologie.de, (dl 28.01.2011); Resch, et al. 2004

215 Osteoporose Guidelines 2010 der ÖGKM; Dachverband Osteologie, DVO-Leitlinie 2009, www.dv-osteologie.de, (dl 28.01.2011)

8.1.3 Risikofaktoren der Osteoporose

Die Erfassung der Risikofaktoren zur Abschätzung der Wahrscheinlichkeit, innerhalb der nächsten 10 Jahre eine osteoporotische Fraktur zu erleiden, stellt gleichsam einen Paradigmenwechsel dar und gewinnt in der Diagnostik und Therapieentscheidung der Osteoporose neben der Knochendichtemessung zunehmend an Bedeutung.

Das geschätzte Risiko einer 50-jährigen Frau, eine Fraktur zu erleiden, beträgt 32% für eine Wirbelfraktur, 16% für eine Unterarmfraktur und 15% für eine Oberschenkelhalsfraktur - d.h. etwa jede 3. Frau erleidet eine osteoporosebedingte Fraktur.

Eine Vielzahl an Risikofaktoren begünstigt das Auftreten einer Osteoporose. Wurde noch vor wenigen Jahren die Diagnose einer Osteoporose erst bei einem Frakturereignis gestellt, trägt heute die Kenntnis der vielfach möglichen Risikofaktoren entscheidend zur Früherkennung und Prophylaxe bei, die die wichtigste therapeutische Maßnahme darstellt.²¹⁶

8.1.3.1 Risikofaktoren

Genetische Disposition: Farbige sind seltener betroffen als hellhäutige, nordeuropäische Frauen und Asiaten.

Familiäre Belastung: Eine proximale Femurfraktur eines Elternteils gilt als verlässlicher Prognosefaktor eines genetischen Risikos für osteoporotische Frakturen.

Alter und Geschlecht: Etwa ab dem 30. Lebensjahr beginnt der genetisch bedingte Knochenabbau, bei der Frau etwas stärker als beim Mann, deutlich zunehmend in der Menopause, bedingt durch den Abfall der Östrogenproduktion. Beim Mann nimmt das Frakturrisiko nach dem 75. Lebensjahr zu und beträgt etwa 30%, bei vergleichbarem Lebensalter und T-Score besteht aber ein etwa um 50% niedrigeres Risiko für osteoporotische Frakturen als bei Frauen.

Mit jeder Lebensdekade verdoppelt sich das Frakturrisiko - unabhängig von der Knochendichte.

Eine bereits spontan (atraumatisch) aufgetretene Wirbelfraktur erhöht das Risiko weiterer Frakturen um etwa das 1,5 bis 2-fache, bei 2 oder mehreren Frakturen steigt das Risiko um das 2 bis > 10-fache.

Schwangerschaft und Stillzeit: In dieser Periode besteht ein deutlich erhöhter Calciumbedarf der Mutter, bedingt durch einen ausgeprägten Calciumtransfer von der Mutter zum Kind (insgesamt 30g!). Eine ausreichende Kalzium-Vitamin D Versorgung muss daher gewährleistet werden.²¹⁷

8.1.3.2 Beeinflussbare Risikofaktoren

Bewegungsmangel: Zug und Druck am Knochen durch die Muskulatur sind für Aufbau und Erhalt der Knochenstruktur erforderlich. Fehlende körperliche Aktivität und Immobilität, wie z.B. bei

- Querschnittssyndrom
- Hemiplegie nach cerebralem Insult
- Paraplegie der unteren Extremität
- Schwerelosigkeit bei Astronauten

kann innerhalb weniger Wochen zu einem Knochenmasseverlust von bis zu 30% führen.

Hochleistungssport in Ausdauersportarten kann bei Frauen durch eine Fehlsteuerung der Eierstöcke zu einem Östrogenmangel mit Zyklusstörungen und Stressfrakturen führen.

Untergewicht: Ein BMI <20 verdoppelt das relative Risiko für Frakturen.

Alkohol: vorwiegend bedingt durch Mangelernährung und Leberschäden.

Nikotin: vermutlich bedingt durch Hemmung der Östrogenproduktion und Vit.C und Vit.D Mangel.

Kaffee: nur bei regelmäßigem, starkem Kaffeegenuss.

216 Dachverband Osteologie, www.dv-osteologie.de, (dl 28.01.2011); Faßbender, et al. 2008; Bartl, 2008; Arznei & Vernunft, 2010; Osteoporose Guidelines 2010 der ÖGKM

217 Dachverband Osteologie, DVO-Leitlinie 2009, www.dv-osteologie.de, (dl 28.01.2011); Fassbender, et al. 2008; Bartl, 2008; Osteoporose Guidelines 2010 der ÖGKM

Fehlernährung: Übermäßiger Genuss tierischen Proteins (Fleisch, Wurst, Fisch, Eier) führt über einen Säureüberschuss zur Kalziumverarmung des Knochens durch sekundären Hyperparathyreoidismus²¹⁸.

Hormone: früh einsetzende Menopause unabhängig von der Ursache bei der Frau. Testosteronmangel, z.B. durch Alkoholismus, Anorexia nervosa.

Medikamente: Unter zahlreichen Medikamenten, die eine Osteoporose begünstigen, stellen Glucocorticoide in Abhängigkeit von Dauer und Höhe der Dosierung die wichtigste Gruppe dar. Neben einer langen Liste von Medikamenten, die den Knochen schwächen, sind die wichtigsten (ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

- Immunsuppressiva
- Zytostatika
- Antiepileptika
- Aromatasehemmer
- Antiandrogene
- Antikoagulantien
- Protonenpumpenhemmer
- Glitazone

Fallneigung und „Stolpersteine“ in der Umgebung:

Stolperfallen in der Wohnung durch Teppichränder, Türschwellen, Treppenstufen, rutschige Böden oder ungeeignete Schuhe sowie Sturzgefahr durch sedierende Medikamente, Psychopharmaka und nicht korrigierte Sehstörungen.²¹⁹

8.1.4 Einteilung der Osteoporose

- **Primäre (idiopathische) Osteoporosen**, zu welchen auch die postmenopausale Osteoporose zählt, umfassen etwa 95% aller Osteoporosen.
- **Sekundäre Osteoporosen**, die nur etwa 5% aller Osteoporosen ausmachen, sind durch Erkrankungen verursacht, die ebenfalls den Knochenaufbau beeinträchtigen.²²⁰

Tabelle 36: Krankheitsbild und diagnostische Hinweise auf Osteoporose

KRANKHEITSBILD	DIAGNOSTISCHE HINWEISE
ENDOKRINOLOGISCHE ERKRANKUNGEN	
Prim. Hyperparathyreoidismus	Hypercalciämie, PTH ↑
Hypogonadismus	Amenorrhoe, Impotenz
Cushing Syndrom	klassische Klinik
Diabetes mellitus	i.d.R.bekannt
Hyper- Hypothyreose	klin.Symptome, TSH basal
Hypopituitarismus	Symptome d. Insuffizienz der adreno-, gonado-,somato-u. thyreotropen Achse, ev.Diab. insipidus
MALABSORPTIONS SYNDROME	
Einheimische Sprue, Mb.Crohn	Diarrhoe, hypochrome Anämie
Exokrine Pankreas-Insuffizienz	Diarrhoe, Fettstühle
Z.n.Gastrektomie, Perniziosa	Anamnese, hyperchr. Anämie
Laktose-Intoleranz	Milchunverträglichkeit, Diarrhoe u. Flatulenz nach Milch

218 Regulationsstörung der Epithelkörperchen (Nebenschilddrüsen)

219 Dachverband Osteologie, www.dv-osteologie.de, (dl 28.01.2011); Faßbender, et al. 2008; Bartl, 2008; Arznei & Vernunft, 2010

220 Dachverband Osteologie, DVO-Leitlinie 2009, www.dv-osteologie.de, (dl 28.01.2011); Bartl, 2008; Osteoporose Guidelines 2010 der ÖGKM

KRANKHEITSBILD	DIAGNOSTISCHE HINWEISE
CHRON.ENTZÜNDLICHE ERKRANKUNGEN DES IMMUNSYSTEMS	
Rheumatoide Arthritis	Gelenkschmerzen, Entzündungszeichen
Mb.Bechterew	Rückenschmerzen, Entzündungszeichen
HÄMATOLOGISCHE u. MALIGN ERKRANKUNGEN	
Plasmozytom	Paraproteinämie, Anämie, Bi-/Tricytopenie
Mastozytose	Pruritus
Knochenmetastasen	Tumoranamnese, auffällige Bildgebung von Frakturen
therapieinduz.Osteoporose bei Tumoren	Hormonablative Maßnahmen (Gonadotropinantagonisten, Aromatasehemmer,CTX mit folgender Amenorrhoe u.Hypogonadismus)
NIERENERKRANKUNGEN	
chron.kompensierte Niereninsuff.	Retentionsparameter, Alter, RR
Dialyse	Anamnese
ESSSTÖRUNGEN	
Anorexie, Bulimie	Anamnese und Klinik
MEDIKAMENTE	
Glucocorticoide	Anamnese und Klinik
Immunsuppressiva	
Antiepileptika	
Antiretrovirale Therapie bei AIDS	
IMMOBILITÄT	
mangelnde körperliche Aktivität	Anamnese
Lähmung	Anamnese und Klinik
Muskelerkrankungen	
posttraumatisch	

Quelle: Dachverband Osteologie, DVO-Leitlinie 2009, www.dv-osteologie.de, (dl 28.01.2011); fassbender, et al. 2008; Osteoporose Guidelines 2010 der ÖGKM

Vor Einleitung einer Osteoporose-wirksamen Therapie muss immer eine sekundäre Osteoporose ausgeschlossen werden.

8.1.5 Diagnose

- **Anamnese und klinische Untersuchung** stellen die Grundlage jeder Osteoporosediagnostik dar.
- **Knochendichtemessung:** Die **DEXA**-Messung an der LWS und dem Schenkelhals ist die von der WHO und dem DVO anerkannte Standardmethode zur Definition der Osteoporose.
- **Basislaboruntersuchungen** sind bei Nachweis einer Osteoporose definiert und dienen dem Ausschluss einer sekundären Osteoporose.
- **Bildgebende Verfahren:** Bei Rückenschmerzen oder nachgewiesener Osteoporose ist ein **Röntgen der BWS-LWS** obligat. **CT-oder MRT** sind bei speziellen Fragestellungen erforderlich.
- **Knochenbiopsie:** bei für das Alter des Patienten ungewöhnlicher Osteoporose oder ungewöhnlichem Verlauf bzw. fortschreitender Osteoporose trotz adäquater Therapie.
- **Quantitativer Ultraschall (QUS):** Es fehlen randomisierte kontrollierte Studien, aus denen ein definiertes „Ansprechverhalten“ auf spezifische Therapieformen abgeleitet werden können, weshalb QUS-Verfahren

auch in den DVO-Leitlinien nicht generell empfohlen werden. Die T-Werte der QUS sind nicht mit den T-Scores der DEXA vergleichbar!

- **Quantitative CT (qCT):** in Einzelfällen sinnvoll, erlaubt eine getrennte Messung von Spongiosa und Corticalis. Wegen der vergleichsweise hohen Strahlenbelastung und Kosten jedoch nicht als Routinemethode geeignet.²²¹

8.1.6 Prävention

„VORBEUGUNG IST BESSER ALS HEILEN“.

Durch geeignete Vorsorgemaßnahmen gelingt es wie bei wenigen anderen Erkrankungen, die Osteoporose – und damit auch persönliches Leiden und Behandlungskosten – weitgehend zu vermeiden.

Grundlage der Vorsorge besteht in:

- **ausreichender körperlicher Bewegung:** Bewegung stärkt nicht nur den Knochen, sondern auch Gelenke und Muskeln und fördert somit auch das Koordinationsvermögen.
- **bewusster „knochenfreundlicher“ Ernährung** durch ausreichend Milchprodukte, frisches grünes Gemüse, Obst und Getreideprodukte, die täglich **1200 - 1500 mg Kalzium und 400-1200 IE Vitamin D3** (oder durch 30-minütige Sonnenlichtexposition von Gesicht und Armen) enthalten sollte.
- Vermeidung von Stürzen durch Mobilitätsverbesserung, Verhaltens- und Reaktionstraining und Optimierung des häuslichen Umfeldes (Beseitigung von Stolperquellen).
- Vermeidung von Risikofaktoren.²²²

8.1.7 Therapie

Das vorrangige Ziel der Behandlung ist die Verhinderung von Knochenbrüchen.

Eine spezifische medikamentöse Therapie wird bei einem geschätzten 10-Jahresrisiko für Wirbelkörper- und proximale Femurfrakturen von mehr als 30% empfohlen. Die Wirksamkeit einer medikamentösen Therapie bei einem T-score > -2.0 ist nicht belegt.

Die Basis jeder Therapie stellt die Umsetzung der Empfehlungen zur Prophylaxe einer Osteoporose nach Abschluss einer sekundären Osteoporose dar. Bei einem bereits eingetretenen Knochenbruch erhöht sich die Gefahr weiterer, in der Folge auftretender Frakturen deutlich. In diesem Fall steht zunächst die sachgerechte Versorgung des Knochenbruchs im Vordergrund, die neben einer unfallärztlichen Versorgung inkl. allfälliger Operation eine entsprechende Schmerzbehandlung, Schonung und Physiotherapie umfasst. Ist der Knochenbruch versorgt oder ist bisher keine Fraktur aufgetreten, ist die Indikationsstellung zu einer spezifischen medikamentösen Therapie unter Einbeziehung des T-scores und des Risikoprofils zu prüfen.

Eine Vielzahl von Medikamenten steht heute zur Behandlung der Osteoporose zur Verfügung.

Knochenresorptive Substanzen:

- Bisphosphonate (Alendronat, Risedronat, Ibandronat, Zoledronat)
- SERM's (Raloxifen)

Osteoanabole Substanzen:

- Parathormon (Teriparatid)
- Anabolika

Medikamente mit dualem Wirkmechanismus:

- Strontiumranelat

Monoklonale Antikörper:

221 Dachverband Osteologie, www.dv-osteologie.de, (dl 28.01.2011), Fassbender, et al. 2008; Bartl, 2008; Peters, 2002

222 Dachverband Osteologie, www.dv-osteologie.de, (dl 28.01.2011); Resch, et al. 2004; Peters, 2002; Osteoporose Guidelines 2010 der ÖGKM

- Denosumab (RANK Ligand-Inhibitor)

Unbestritten ist die günstige osteoprotektive Wirkung der Östrogene (HRT), wegen der möglichen Nebenwirkungen stellt sie jedoch keine „first line“ Therapie dar und sollte nur bei gynäkologischer Indikation wegen klimakterischer Beschwerden verordnet werden.

In jedem Fall ist eine begleitende Kalzium (1000-1200 mg tgl.)- Vitamin D (800-1000 IE tgl.) Substitution erforderlich.

Bei frischeren Wirbelfrakturen ist die Möglichkeit der Ballonkyphoplastie und Vertebroplastie in Betracht zu ziehen.

Physikalische Therapie:

zielt insbesondere in höherem Lebensalter auf die Verbesserung der Muskelkraft und Koordination zur Senkung der Sturz- und Frakturnrate ab, durch:

1. Bewegungstherapie und Krankengymnastik
2. Haltungsschulung
3. Bewegungsbäder nach Immobilisierung zur Entspannung der Muskulatur
4. Wärme- und Kältetherapie bei akuten Schmerzzuständen
5. Elektrotherapie
6. Massage

Eine ambulante oder stationäre Rehabilitation ist nach proximaler Femurfraktur und auch nach anderen Frakturen zu erwägen.²²³

8.1.8 Indikationen zur Knochendichtemessung

- Frauen ab dem 65. Lebensjahr
- Frauen jeden Lebensalters bei entsprechendem Risikoprofil
- Männer ab dem 70. Lebensjahr
- Erwachsene mit Erkrankungen, die mit niedriger Knochendichte oder raschem Knochendichteverlust assoziiert sind - unabhängig vom Alter
- Erwachsene mit Medikamenten, die den Knochenabbau beschleunigen - unabhängig vom Alter
- Personen, bei denen ein geschätztes 10-Jahresfrakturrisiko von >20 % besteht

Eine peritrochantäre Fraktur oder der radiologische Nachweis von einer oder mehreren typischen osteoporotischen Frakturen rechtfertigt die Einleitung einer spezifischen Therapie auch ohne vorherige DEXA-Messung.

9. Die Gesundheitsmanagerin

9.1 Ernährungsverhalten von Frauen

Univ.-Doz.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Ingrid Kiefer, Ernährungswissenschaftlerin, Gesundheitspsychologin, AGES - Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH
Mag.^a Birgit Dieminger, Ernährungswissenschaftlerin, AGES

9.1.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede im Nährstoffbedarf und in der Nährstoffaufnahme

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 (Energiebedarf = Grundumsatz + Arbeitsumsatz + Thermogenese). Eisen ist der einzige Nährstoff, bei dem die Referenzwerte für Frauen (aufgrund ihrer Menstruationsblutung) höher als die der Männer sind. Nach der Menopause gleicht sich der Bedarf an Eisen bei Frauen an den der Männer an. Die empfohlene Zufuhr an den Vitaminen A, E, K, B₆, Thiamin, Riboflavin und Niacin sowie an den Mineralstoffen Magnesium, Jod und Zink ist bei Frauen um 14-30% geringer als bei Männern.²²⁴

Tabelle 37: Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Ernährungsempfehlungen (DACH-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr) (Erwachsene im Alter von 25 bis < 51 Jahre)

		Frauen	Männer
Vitamine	Vitamin A (mg Retinol-Äquivalent)	0,8	1,0
	Vitamin E (mg Tocopherol-Äquivalent)	12	14
	Vitamin K (µg)	60	70
	Thiamin (mg)	1,0	1,2
	Riboflavin (mg)	1,2	1,4
	Niacin (mg Niacin-Äquivalent)	13	16
	Vitamin B ₆ (mg)	1,2	1,5
	Magnesium (mg)	300	350
Mineralstoffe	Eisen (mg)	15	10
	Jod (µg)	150	200
	Zink (mg)	7	10

Energieaufnahme

Frauen (25 bis < 51 Jahre) nehmen mit durchschnittlich 1.817 kcal pro Tag weniger Energie auf als Männer (2.128 kcal/Tag), wobei sich die Empfehlungen zur täglichen Energiezufuhr zwischen den Geschlechtern unterscheiden. Die Richtwerte für die durchschnittliche Energiezufuhr liegt bei Frauen im Alter von 25 bis unter 51 Jahren bei 2.300 kcal/Tag, bei gleichaltrigen Männer bei 2.900 kcal/Tag (mit BMI im Normbereich und mit altersangepasster habitueller körperlicher Aktivität, PAL – Physical Activity Level 1,70). In Relation zu diesen Empfehlungen haben Frauen allerdings eine höhere Energieaufnahme als Männer.²²⁵

Makronährstoffe

Frauen konsumieren im Gegensatz zu Männern mehr kohlenhydratreiche Lebensmittel. Die durchschnittliche Aufnahme an Kohlenhydraten liegt jedoch sowohl bei Frauen (43 E% = Energieprozent) als auch bei Männern

224 Elmadfa, et al. 2009; DACH, 2008

225 Elmadfa, et al. 2009; DACH, 2008

(46 E%) unter den Empfehlungen der DACH-Referenzwerte (50 E%). Die Zuckeraufnahme ist bei Frauen um durchschnittlich 2 E% höher als bei Männern. Bei der Ballaststoffzufuhr zeigen sich hingegen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Mit durchschnittlich 20 g pro Tag ist die Aufnahme sowohl bei Frauen als auch bei Männern zu gering (empfohlene Zufuhr: > 30 g pro Tag).

Bezogen auf die Gesamtenergiezufuhr liegen Frauen mit einer Proteinaufnahme von 15 E% noch im Bereich der Referenzwerte (10-15 E%). Männer hingegen überschreiten die Empfehlungen.

Die durchschnittliche Gesamtfettaufnahme ist sowohl bei Frauen als auch bei Männern als zu hoch einzustufen. Besonders bei der Aufnahme an gesättigten Fettsäuren überschreiten Frauen mit 15 E% und Männer mit 14 E% die Empfehlung von maximal 10 E%. Die Zufuhr an einfach und mehrfach ungesättigten Fettsäuren liegt hingegen im Bereich der Referenzwerte. Ein positiver sinkender Trend zeigt sich bei der Cholesterinzufuhr. Frauen liegen mit durchschnittlich 283 g/Tag unter den Empfehlungen der DACH-Referenzwerte von maximal 300 g/Tag. Männer hingegen überschreiten die Empfehlungen für die maximale Zufuhr um ca. 17 %, was auf einen höheren Konsum tierischer Lebensmittel zurückzuführen ist.

Frauen nehmen durchschnittlich sowohl absolut (4 g/Tag) als auch relativ zur Energiezufuhr weniger Alkohol auf als Männer (11 g/Tag). Für gesunde Erwachsene wird bei Frauen eine verträgliche Dosis an Alkohol auf maximal 10 g und bei Männern auf 20 g (nicht täglich konsumiert) geschätzt.²²⁶

Tabelle 38: Mittlere tägliche Zufuhr an Makronährstoffen bei österreichischen Frauen und Männern (Gesamt) (nach: Österreichischer Ernährungsbericht 2008)

	Frauen	Männer	DACH
Kohlenhydrate (E%)	46	43	> 50
Zucker (E%)	11	9	-
Ballaststoffe (g)	20	20	> 30
Eiweiß (E%)	15	17	10 – 15
Fett (E%)	37	37	max. 30
Gesättigte Fettsäuren (E%)	15	14	max. 10
Einfach ungesättigte Fettsäuren (E%)	12	13	10 – 13
Mehrfach ungesättigte Fettsäuren (E%)	8	8	7 – 10
Cholesterin (mg)	283	352	max. 300
Alkohol (g)	4	11	Frauen:10* Männer: 20*

* maximal und nicht täglich

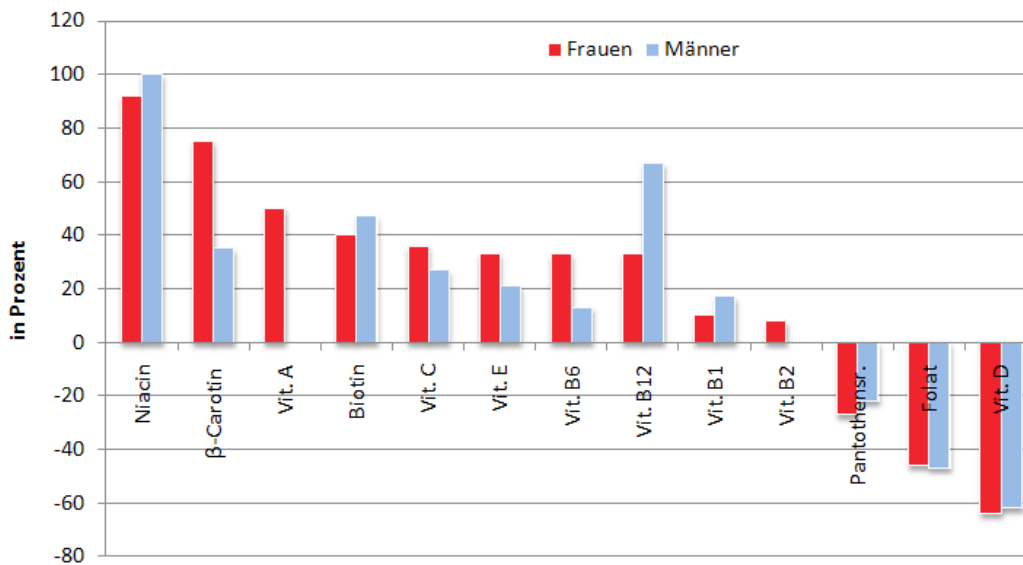
Mikronährstoffe

Unterschiede zeigen sich auch bei der Zufuhr an Mikronährstoffen. Frauen nehmen im Vergleich zu Männern über die Nahrung signifikant weniger Vitamin B₁₂ auf, was ebenso wie die höhere Cholesterinaufnahme durch den höheren Verzehr tierischer Produkte bei Männern erklärt werden kann. Die Zufuhr ist jedoch bei beiden Geschlechtern ausreichend. Im Vergleich zu den DACH-Empfehlungen ist die Aufnahme an β -Carotin und Vitamin A sowie an den Vitaminen B₆, E, C, B₂ bei Frauen höher als bei Männern. Die durchschnittliche Aufnahme an Vitamin D, Folat und Pantothersäure liegt bei beiden Geschlechtern unter der empfohlenen täglichen Zufuhr.²²⁷

226 Elmadfa, et al. 2009; DACH, 2008

227 Elmadfa, et al. 2009; DACH, 2008

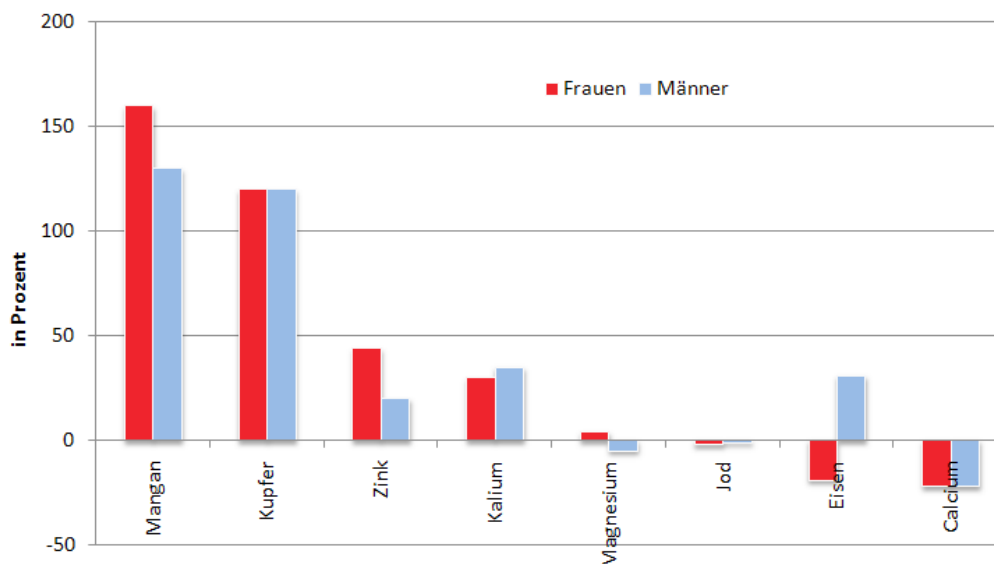
Abbildung 36: Abweichung (in %) der mittleren täglichen Vitaminszufuhr von den DACH-Referenzwerten bei Erwachsenen (25 bis < 51 Jahre)



Quelle: Österreichischer Ernährungsbericht, 2008

Die Aufnahme an Eisen ist dem Österreichischen Ernährungsbericht 2008 zufolge bei Frauen zwischen 18 und 50 Jahren als unzureichend einzustufen. Die berechneten Werte liegen unter den Empfehlungen, weshalb Eisen vor allem bei Frauen im gebärfähigen Alter als Risikonährstoff eingestuft wird. Weiters zählt Calcium sowohl bei Männern als auch bei Frauen zu den Risikonährstoffen. Die tägliche Zufuhr liegt hier bei allen Altersgruppen unter den entsprechenden Empfehlungswerten.²²⁸

Abbildung 37: Abweichung (in %) der mittleren täglichen Mineralstoffzufuhr von den DACH-Referenzwerten bei Erwachsenen (25 bis < 51 Jahre)



Quelle: Elmadfa, et al. 2009

9.1.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede im Lebensmittelkonsum

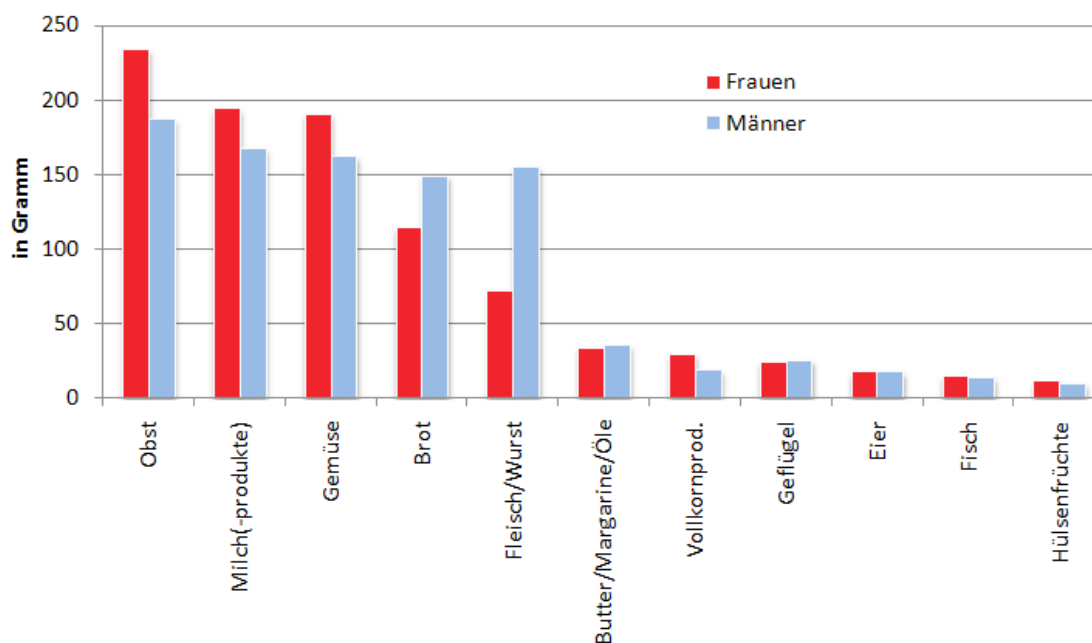
Die tägliche Nahrungszufuhr ist neben dem physiologischen Bedarf unter anderem auch von Alter, Gesundheitszustand, Angebot, Verfügbarkeit, Preis, Kultur und Tradition sowie vom Geschlecht abhängig. Bestimmte Nahrungsmittel werden in unserem Kulturkreis mit geschlechtsspezifischen Eigenschaften in Verbindung gebracht. Obst und Gemüse, leichte Küche sowie süße Speisen werden als „schwache“ Nahrung angesehen und mit Weiblichkeit verbunden. Fleischgerichte, schwere Küche und scharfe Speisen stehen für „starke“ Nahrung, für Kraft und Potenz und sind mit der männlichen Identität verknüpft.²²⁹

Während Frauen Gemüse- und Nudelgerichte, leichte Kost und Süßspeisen bevorzugen sowie häufiger und mehr einheimisches Frischobst, Gemüse, Milchprodukte, Rohkost, vegetarische Kost und Vollkornprodukte essen, zählen bei Männern Fleischgerichte, Wurst, energiereiche deftige Kost, scharfe Gewürze und Alkohol zu den Lebensmittelpräferenzen.²³⁰ Auch der aktuelle Ernährungsbericht zeigt, dass Frauen vor allem Obst, Gemüse, Milch und Milchprodukte sowie Vollkornprodukte in höheren Mengen konsumieren. Männer essen hingegen unter anderem mehr Fleisch, Fleischwaren und Wurst sowie Brot.

Frauen essen im Erwachsenenalter mit Abstand am meisten Obst und Gemüse. Sie erreichen die Empfehlungen der WHO (Weltgesundheitsorganisation) von mindestens 400g Obst/Gemüse pro Tag. Fruchtsaft wird hingegen von Frauen in geringeren Mengen getrunken als von Männern.

Im Trinkverhalten zeigen sich ebenfalls deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Frauen bevorzugen zum größten Teil kalorien- und kohlenstoffarme sowie alkoholfreie Getränke. Trinkwasser wird von beiden Geschlechtern, bezogen auf die Gesamttrinkmenge, am meisten getrunken, jedoch zu einem höheren Anteil von Frauen. Der Anteil von Tee an der Gesamttrinkmenge ist bei Frauen doppelt so hoch wie bei Männern. Verglichen mit Männern trinken Frauen hingegen weniger Mineralwasser und Softdrinks.²³¹

Abbildung 38: Durchschnittlicher täglicher Verzehr ausgewählter Lebensmittelgruppen durch österreichische Erwachsene



Quelle: Österreichischer Ernährungsbericht 2008

229 Setzwein, 2004; Kiefer, 2008
 230 Setzwein, 2009
 231 Imadfa, et al. 2009

9.1.3 Geschlechtsspezifische Unterschiede im Ernährungsverhalten

Kinder und Jugendliche

Geschlechtsspezifische Verzehrsgewohnheiten und Nahrungsvorlieben sind bei jüngeren Kindern noch wenig ausgeprägt. Die zentralen Geschlechtsdifferenzen im Ernährungsverhalten entwickeln bzw. verstärken sich in der puberalen Phase. Mädchen achten dann vor allem auf kalorienarmes, gesundes Essen, während für Jungen die Menge beim Essen wesentlich ist.²³² Mädchen greifen häufiger zu Obst und Gemüse, Jungen bevorzugen fett- und zuckerreiche Speisen, Fleisch, verarbeitete Fleischprodukte und Eier.²³³

Bei Jugendlichen zeigen sich ebenfalls geschlechtsspezifische Unterschiede in der Einstellung zur Ernährung. Für Mädchen ist das Thema Ernährung oft mit negativen Gefühlen wie Angst oder Sorge verbunden. Während bei Mädchen das Essen ein Bereich ist, der als potenzielle Bedrohung wahrgenommen wird und eine besondere Umsicht und Kontrolle erfordert, fühlen sich Jungen nach einer Mahlzeit besonders wohl und fit und lassen für ein gutes Essen jederzeit alles stehen und liegen. Laut einer Umfrage bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen gaben ein Drittel der befragten Mädchen und doppelt so viele Jungen an, nie eine Mahlzeit am Tag auszulassen. Ein Viertel der Mädchen verzichtet hingegen oft auf eine Mahlzeit am Tag.²³⁴ Weiters setzen Mädchen häufiger als Jungen das Essen zur Frustbewältigung ein.²³⁵

Erwachsene

Bei der Einstellung zur Ernährung zeigen sich auch bei Erwachsenen geschlechtsspezifische Unterschiede. 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. Männer sind hingegen häufiger lustbetonte Esser, sie orientieren sich am eigenen Geschmack bzw. Genuss und haben zum Großteil ein unkompliziertes Verhältnis zum Thema Essen.²³⁶ Ernährungsberatungs- und Gewichtsreduktionsprogramme werden von Frauen häufiger als von Männern in Anspruch genommen. Diäten halten Frauen zur Gewichtsreduktion und aufgrund höherer Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, während Männer Diäten vorwiegend aus gesundheitlichen Gründen in Betracht ziehen.²³⁷ Die Prävalenz von gestörtem Essverhalten ist dementsprechend bei Frauen höher. Frauen sind 10- bis 20-mal häufiger von Essstörungen betroffen als Männer. Männer hingegen zeigen ein höheres Risikoverhalten, wie beispielsweise einen höheren Alkoholkonsum. Während im Kindesalter noch keine Differenzen ersichtlich sind, zeigen sich im Jugendlichen- und Erwachsenenalter geschlechtsspezifische Unterschiede im Ernährungswissen und -interesse. Bei Gesundheitsthemen nimmt die Ernährung bei Frauen einen zentralen Stellenwert ein, sie sind besser über Ernährungsthemen informiert und sind somit im Ernährungswissen den Männern überlegen. Frauen sind während der Schwangerschaft besonders am Thema Ernährung interessiert. Bei Männern hingegen wird der Bedeutung von Sport und Bewegung für die eigene Gesundheit höhere Relevanz beigemessen.²³⁸

9.1.4 Ernährung und Psyche

Emotionen

Essen und Emotionen stehen in engem Zusammenhang. So können Emotionen die Lebensmittelauswahl und umgekehrt auch die Lebensmittelauswahl bestimmte Emotionen oder auch den Gemütszustand beeinflussen. Im Zusammenhang zwischen Emotionen und dem Ernährungsverhalten gibt es ebenso wie beim Nährstoffbedarf und bei der Lebensmittelauswahl geschlechtsspezifische Unterschiede.

232 Bartsch, 2008; Setzwein, 2009

233 Cooke und Wardle, 2005

234 Bartsch, 2008

235 Setzwein, 2009

236 Alexander und Tepper, 1995; Setzwein, 2004

237 Kiefer und Rathmanner, 2008; Setzwein, 2009; Westenhoefer, 2005; Wardle, et al. 2004

238 Kiefer und Rathmanner, 2008; Setzwein, 2004

Eine Untersuchung in Österreich zeigt vor allem bei Frauen einen Einfluss von Emotionen auf das Ernährungsverhalten. Je mehr das Essen eine Reaktion auf eindeutige Emotionen ist, desto stärker wird das Essverhalten beeinflusst, indem mehr gegessen wird. Signifikant positive Korrelationen zwischen Emotionen und Ernährungsverhalten bei Frauen zeigen sich beim Konsum von Fetten, Zucker, Süßem, Obst/Gemüse, Milchprodukten, Light-Getränken, Getränken, versteckten Fetten, Salz und Junkfood. Bei Männern besteht hingegen ein positiver Zusammenhang nur mit dem Konsum von süßen Lebensmitteln.²³⁹

Weitere Studien, die den Einfluss von Emotionen auf die Nahrungsmittelauswahl untersuchten, zeigen, dass sowohl Depressionen als auch emotionales Essen eine ungesunde Nahrungsmittelauswahl begünstigen. Emotionale Esser neigen zu einem stärkeren Bedürfnis an und höheren Konsum von Süßigkeiten, während bei Depressionen weniger Gemüse und Obst konsumiert wird.²⁴⁰ Bei depressiven Personen berichten Frauen im Vergleich zu Männern signifikant häufiger von gesteigertem Appetit, Gewichtszunahme und Heißhunger nach kohlenhydratreichen Speisen und zeigen generell ihre Depressionen in einer emotionaleren Weise.²⁴¹ Sowohl Frauen als auch Männer geben an, nach einem glücklichen Ereignis eher zum Essen zu neigen und dabei vermehrt zu vegetarischen Snacks zu greifen, als nach einem traurigen Ereignis.²⁴² Frauen sind dabei der Meinung, weniger häufig zu essen als Männer. Während Frauen häufiger angeben, nach einem traurigen Ereignis süße Lebensmittel zu konsumieren, ändert sich bei Männern der Konsum süßer Speisen mit verändertem Gemütszustand nicht.²⁴³ Insbesondere Frauen mit starkem Verlangen nach bestimmten Lebensmitteln machen sich häufiger Sorgen um ihr Gewicht. Frauen mit Heißhunger geben dem Verlangen häufiger nach und haben öfter negative Gefühle.²⁴⁴

Stress

Ein Einfluss von Stress auf die Lebensmittelauswahl kann bei beiden Geschlechtern beobachtet werden. Frauen mit einem hohen Stresslevel bevorzugen süße, fettreiche Lebensmittel im Gegensatz zu Frauen mit weniger Stress, die vermehrt zu fettarmen Speisen greifen.²⁴⁵ Bei Männern lässt sich ein gegenteiliger Trend beobachten. Männer mit geringem Stresslevel essen mehr ungesunde Nahrungsmittel als jene, die unter Stress stehen.²⁴⁶ Frauen berichten häufiger als Männer über eine höhere Nahrungszufuhr, wenn sie gestresst sind.²⁴⁷ Jene, die unter Stressbedingungen mehr essen, weisen dabei unter Normalbedingungen häufiger ein gezügeltes Essverhalten auf. Unter Stress werden dabei vor allem solche Lebensmittel bevorzugt, die normalerweise gemieden werden, wie zum Beispiel hochkalorische und fettreiche Snacks.²⁴⁸

9.1.5 Ernährung in der Schwangerschaft und Stillzeit

Während der Schwangerschaft und Stillzeit sind eine abwechslungsreiche, ausgewogene Ernährung mit einem hohen Anteil an Vitaminen, Mineralstoffen, sekundären Pflanzenstoffen sowie eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme wesentlich für die optimale Versorgung von Mutter und Kind. Während der Schwangerschaft und Stillzeit sind eine abwechslungsreiche, ausgewogene Ernährung mit einem hohen Anteil an Vitaminen, Mineralstoffen, sekundären Pflanzenstoffen sowie eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme wesentlich für die optimale Versorgung von Mutter und Kind. Bereits die Ernährung der Mutter während der Schwangerschaft und Stillzeit sowie die frühkindliche Ernährung haben Einfluss auf die Entwicklung und Gesundheit des Kindes bis

239 Elmadfa, et al. 2009
 240 Konttinen, et al. 2010
 241 Carter et al., 2000
 242 Christensen und Brooks, 2006; Macht, et al. 2007
 243 Christensen und Brooks, 2006
 244 Lafay, et al. 2001
 245 Habhab et al., 2009; Zellner et al., 2007; Zellner et al., 2006; Grunberg und Straub, 1992
 246 Zellner, et al. 2007
 247 Zellner, et al. 2006; Grunberg und Straub, 1992
 248 Zellner, et al. 2006

ins Erwachsenenalter.²⁴⁹ Studien weisen darauf hin, dass unter anderem bereits die Geschmackspräferenzen der Kinder im Mutterleib geprägt wird.²⁵⁰

Während der Schwangerschaft besteht ein Mehrbedarf an Energie, in aller Regel erst ab dem 4. Schwangerschaftsmonat, jedoch wird von den DACH-Referenzwerten empfohlen, über die gesamte Schwangerschaftsdauer zusätzlich 255 kcal/Tag aufzunehmen. Für stillende Frauen besteht ein erhöhter täglicher Bedarf, abhängig vom Stillverhalten. Bei ausschließlichem Stillen bis einschließlich 4. Monat erhöht sich der zusätzliche tägliche Bedarf um 635 kcal. Wird nach dem 4. Monat weiter voll gestillt, liegt der zusätzliche tägliche Bedarf, im Vergleich zu nicht stillenden Frauen bei 525 kcal, bei partiellem Stillen nach dem 4. Monat bei 285 kcal/Tag.²⁵¹

Im Vergleich zu den Empfehlungen ist bei schwangeren Frauen in Österreich die Aufnahme an Energie und Kohlenhydraten zu gering. Die Fettzufuhr liegt mit 36 E% nur knapp über den Empfehlungen von maximal 35 E%. Die Proteinaufnahme ist mit 16 E% ebenfalls geringfügig höher als die empfohlene Zufuhr von 10-15 E%. Wobei die Relation der Fettqualität durch Erhöhung der mehrfach ungesättigten Fettsäuren und Reduktion der gesättigten verbessert werden sollte.²⁵² Studien weisen darauf hin, dass während der Schwangerschaft die Aufnahme von Fisch, Fischölen oder Ölen mit langkettigen, mehrfach ungesättigten Fettsäuren unter anderem mit längerer Gestationsdauer, höherem Geburtsgewicht, geringerem Frühgeburtenrisiko sowie mit einer positiven kindlichen Entwicklung der Augen, des Gehirns und Nervensystems verbunden ist.²⁵³ Laut Österreichischem Ernährungsbericht 2008 zeigen sich bei schwangeren Frauen in Österreich Defizite bei der Zufuhr an Vitamin D, B₆ und Folat sowie an den Mineralstoffen Calcium, Eisen und Jod.²⁵⁴

In der Schwangerschaft und Stillzeit erhöht sich der Bedarf an den Vitaminen A, B₁, B₂, B₆, B₁₂, C, E, Folsäure und Niacin sowie an den Mineralstoffen Eisen, Magnesium, Jod, Zink und Phosphor. Da der Mehrbedarf an Vitaminen und Mineralstoffen höher ist als der Mehrbedarf an Energie, ist eine qualitativ hochwertige Ernährung mit hoher Nährstoffdichte und großer Lebensmittelvielfalt von wesentlicher Bedeutung, um eine optimale Entwicklung des Fötus gewährleisten zu können und um einer mütterlichen Unterversorgung vorzubeugen.²⁵⁵

Folgende Lebensmittel sollten während der Schwangerschaft zur Prävention schwangerschaftsbedingter Infektionen gemieden werden:²⁵⁶

- rohes oder unvollständig durchgegartes Fleisch (z.B. Carpaccio, Beef Tartar, Steak medium)
- Rohmilch oder Rohmilchprodukte; ansonsten vorher abkochen
- Speisen, die rohe Eier enthalten, wie selbst gemachtes Tiramisu, Mousse au Chocolat
- Weichkäse und geschmierter Käse; ansonsten vor Konsum die Rinde entfernen
- Mettwürste und Rohwürste (z.B. Salami)
- aufgeschnittene, in Folien abgepackte Wurst
- kalt geräucherter/fermentierter Fisch
- rohe Meeresfrüchte (z.B. Sushi, Austern)

9.1.6 Ernährung in der Menopause

Eine Verringerung der Östrogenproduktion während bzw. nach der Menopause ist unter anderem mitverantwortlich für eine Erhöhung der viszeralen Fettmasse sowie eine Reduktion von Knochendichte, Muskelmasse und Muskelkraft.²⁵⁷ Durch die Reduktion von Körperwasser und Muskelmasse sowie die Erhöhung des

249 Bächle, et al. 2008
 250 Mennella, et al. 2001
 251 Dach, 2008
 252 Elmadfa et al., 2009
 253 Koletzko, 2008; Gehrman-Gödde, 2001; Elmadfa, et al. 2009
 254 Elmadfa et al., 2009
 255 Dach, 2008
 256 AGES, 2009
 257 Maltais, et al. 2009

Körperfettanteils sinkt der Grundumsatz, was wiederum ein höheres Risiko für Übergewicht zur Folge hat. Trotz sinkendem Energiebedarf im Alter bleibt der Nährstoffbedarf gleich bzw. ist dieser sogar erhöht. Eine bedarfsgerechte Ernährung mit hoher Nährstoffdichte ist somit Voraussetzung für eine optimale Versorgung im Alter.²⁵⁸ Kau- und Schluckbeschwerden sowie verlangsamte Verdauungstätigkeit sind weitere Risikofaktoren für Mangelernährung im Alter.

Tabelle 39: Veränderungen der Empfehlungen des durchschnittlichen täglichen Energiebedarfs mit dem Alter

	Frauen	Männer
25 – unter 51 Jahre (kcal/Tag)*	2.300	2.900
51 – unter 65 Jahre (kcal/Tag)*	2.000	2.500
65 Jahre und älter (kcal/Tag)*	1.800	2.300

Quelle: DACH-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr *Bei Personen mit einem BMI im Normalbereich und mit entsprechender erwünschter körperlicher Aktivität (PAL – Physical Activity Level 1,60 – 1,70)

Eine häufig auftretende Erkrankung im Alter ist die Osteoporose. Sie ist charakterisiert durch eine reduzierte Knochenstärke und Knochendichte sowie durch eine Veränderung der Mikroarchitektur des Knochens.²⁵⁹ Osteoporose ist eine Erkrankung mit multifaktorieller Pathogenese, die vor allem bei älteren Frauen nach der Menopause auftritt. Etwa 740.000 Personen, davon ca. 617.000 Frauen im Alter von über 50 Jahren sind von Osteoporose betroffen (Prävalenzzahlen von Deutschland, für Österreich berechnet).²⁶⁰ Die Peak-Bone-Mass (Maximalwert der Knochenmineraldichte) und der Knochenabbau sind dabei sowohl von endogenen als auch von exogenen Faktoren abhängig.²⁶¹ Risikofaktoren sind neben Alter und Genetik unter anderem der Lebensstil, insbesondere die Ernährung, und der Menopausenstatus. Wichtige Faktoren für die Osteoporoseprävention sind die Optimierung der maximalen Knochenmasse in jungen Jahren, eine Verringerung der Knochenabbaurate im Alter, eine gute Calciumversorgung, ergänzt durch Bewegung sowie eine ausreichende Proteinzufuhr im Alter.²⁶² Osteoporose-Erkrankte sollten auf eine ausgewogene Ernährung mit ausreichender Versorgung an Calcium und Vitamin D, körperliche Aktivität (möglichst im Freien), ein Einstellen des Rauchens, ein Vermeiden exzessiven Alkoholkonsums und Sturzprävention achten.²⁶³

Die Empfehlung für die Calciumaufnahme liegt für Erwachsene (ab 19 Jahren) bei 1.000 mg täglich. Gute Quellen sind neben Milch und Milchprodukten einige Gemüsesorten wie beispielsweise Broccoli, Grünkohl, Fenchel, Lauch sowie calciumhaltige Mineralwässer (> 150 mg Calcium/l). Calcium sollte über den Tag verteilt aufgenommen werden, wobei besonders auf eine calciumreiche Spätmahlzeit geachtet werden sollte, um die nächtlichen Knochenabbauprozesse zu reduzieren.²⁶⁴

Eine suboptimale Vitamin D-Versorgung ist mitverantwortlich für die Entstehung von Osteoporose im Alter; weiters ist Vitamin D für die Calciumaufnahme im Körper von Bedeutung. Für Personen bis zu einem Alter von 64 Jahren wird eine Aufnahme von 5 µg Vitamin D pro Tag empfohlen. Ab 65 Jahren verdoppelt sich der tägliche Bedarf. In nennenswerten Mengen wird Vitamin D nur insbesondere über Lebertran, Fettfische, Leber, mit Vitamin D angereicherter Margarine und Eigelb aufgenommen. Vitamin D kann über die Haut selbst synthetisiert werden, diese Fähigkeit ist jedoch im Alter deutlich herabgesetzt. Eine Supplementation von Vitamin D kombiniert mit Calcium kann zu einem geringeren Hüftfrakturrisiko beitragen²⁶⁵ und ist gegebenenfalls mit dem Arzt/der Ärztin abzusprechen.

258 Elmadfa und Leitzmann, 2004

259 Cosman, 2005

260 Weichselbaum, et al. 2007

261 Lanham-New, 2008

262 DACH, 2008

263 North American Menopause Society, 2002; Cosman, 2005

264 DACH, 2008

265 DACH, 2008

Eine bedarfsangepasste Ernährung sowie vermehrte körperliche Aktivität spielen nicht nur in der Prävention von Osteoporose eine bedeutende Rolle. Unter anderem können Interventionen im Bereich Ernährung und Bewegung der Entstehung bzw. einem Fortschreiten kardiovaskulärer Erkrankungen (z. B. Arteriosklerose) in der Menopause vorbeugen²⁶⁶ sowie vaskuläre Entzündungsmarker und Insulinresistenz reduzieren.²⁶⁷ Die hohe Prävalenz von Bluthochdruck bei postmenopausalen Frauen wird ebenfalls im Zusammenhang mit Ernährung diskutiert.²⁶⁸

Die Beibehaltung eines gesunden Körpergewichts bzw. eine Normalisierung des Körpergewichts kann des Weiteren das Risiko von Brustkrebs senken. Studien zeigen eine Erhöhung des Brustkrebsrisikos mit steigendem BMI (Body-Mass-Index) bei postmenopausalen Frauen.²⁶⁹

Tabelle 40: Übergewicht und Adipositas nach Geschlecht und Alter

Prozentwerte	Übergewicht BMI 25 bis unter 30		Adipositas BMI 30 und mehr	
	1999	2006/2007 (Veränderung in %)	1999	2006/2007 (Veränderung in %)
Frauen				
Gesamt	22	30 (8)	9	13 (4)
15-29 Jahre	9	14 (5)	3	6 (3)
30-44 Jahre	16	23 (7)	6	9 (3)
45-59 Jahre	27	33 (5)	12	17 (5)
60-74 Jahre	32	41 (9)	16	21 (5)
75 Jahre und älter	27	41 (14)	8	15 (7)
	Männer			
Gesamt	54	45 (-9)	9	13 (4)
15-29 Jahre	42	24 (-18)	4	6 (2)
30-44 Jahre	53	44 (-9)	7	11 (4)
45-59 Jahre	60	52 (-8)	13	17 (4)
60-74 Jahre	60	53 (-7)	14	19 (5)
75 Jahre und älter	56	52 (-4)	7	8 (1)

Quelle: Statistik Austria 2009, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, S. 57

Zur Senkung der Prävalenz und Inzidenz von ernährungs- und lebensstilassoziierten Krankheiten setzt sich Österreich u.a. Ziele im Rahmen des Nationalen Aktionsplan Ernährung. Die Zielbereiche des Aktionsplans und die zentralen Aktionsfelder werden im vorliegenden Bericht im Abschnitt Sozialepidemiologie, Gesundheitsförderung und Prävention dargestellt.

Hinweis:

Kostenlose Informationsbroschüren rund um das Thema "Gesunde Ernährung" vom Bundesministerium für Gesundheit zu bestellen unter folgender E-Mail-Adresse: brochurenservice@bmg.gv.at bzw. unter der Telefon-Nr. 0810/81 81 64.

266 Wildman, et al. 2004; Crist, et al. 2009; Kocic, et al. 2007

267 Esposito, et al. 2003

268 Rappelli, 2002

269 WCRF, 2007; Key, et al. 2003

9.2 Bewegung und Sport

Dr.ⁱⁿ Daniela Gattringer, Fachärztin für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation, AKh Linz, Institut für Physikalische Medizin

Der gesellschaftliche Nutzen von Bewegung und Sport ist sowohl politisch anerkannt als auch wissenschaftlich nachgewiesen, insbesondere im Bereich Gesundheit, Prävention, ganzheitliche Bildung, Leistung, Persönlichkeitsentwicklung, soziale Kompetenz, Integration von Behinderten oder Menschen mit Migrationshintergrund. Sport vermittelt Lebensfreude und trägt zur Lebensqualität bei.

Im Rahmen der vergangenen Jahre ist der Stellenwert des Sports in unserer Gesellschaft erheblich gestiegen, wobei Frauen jedoch nach wie vor in allen Bereichen des Sports unterrepräsentiert sind. Dies betrifft sowohl den Breitensport in der Freizeit (Individual- u. Vereinssport), den Hochleistungs- oder Profisport, den administrativen und organisatorischen Bereich als auch die Bereiche Medien und Werbung.

9.2.1 Sport und Gesundheit

Regelmäßige Bewegung hilft, gesund zu bleiben. Für die meisten Menschen unserer Gesellschaft ist jedoch eine überwiegend sitzende Lebensweise typisch. Der damit verbundene Bewegungsmangel steigert das Risiko, sich zahlreiche chronische Erkrankungen wie Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ II, koronare Herzkrankheit, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Osteoporose, Depression sowie bestimmte Krebsarten einzuhandeln.

Ausdauersport hingegen hat das Potential, Herz-Kreislauf-Erkrankungen entgegenzuwirken, er senkt das Atherosklerose- und Diabetes mellitus Typ II- Risiko, das auf Bewegungsmangel und Übergewicht beruht. Er senkt den Blutdruck sowie erhöhte Blutfettwerte und stärkt das Immunsystem.

Krafttraining ist für den Erhalt der Muskelmasse und Knochenstabilität wichtig. Eine gut entwickelte Muskulatur stabilisiert Wirbelsäule und Gelenke, wirkt so Haltungsschäden entgegen und senkt das Risiko für Verletzungen und Arthrose. Eine zusätzlich koordinativ gut geschulte Muskulatur ist die beste Sturzprophylaxe und somit für die Selbstständigkeit vor allem älterer Menschen relevant.

Neben der Verbesserung der motorischen Grundeigenschaften wie Ausdauer, Kraft, Koordination, Beweglichkeit und Schnelligkeit und den offensichtlichen physischen Aspekten hat Sport viele positive psychosoziale Wirkungen. So gaben in einer unabhängigen Verbraucherumfrage unter 10 000 Frauen im Alter von 16 bis 30 Jahren zum Thema „Frauen und Sport“ des Marktforschungsunternehmens TNS im Auftrag von Nike in neun europäischen Ländern, 2008 drei von vier jungen Frauen an, dass Sport sie mental stärke. 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.²⁷⁰

Durch Ablenkung und dem Erreichen meditativer Zustände wie „runner's high“ sowie durch den Abbau körpereigener Stresshormone, eine erhöhte Gehirndurchblutung und vermehrte Abgabe endogener Opioiden dient der Sport der Befindlichkeitsverbesserung und Steigerung der subjektiven Lebensqualität. Die Leistungsfähigkeit durch eigene Anstrengung führt zu einem Kompetenzgefühl, das sich positiv auf das Selbstbewusstsein auswirkt. Der Sport spielt auch eine entscheidende Rolle im Sozialleben vor allem junger Frauen. In Vereinen oder als Gruppenaktivität ausgeübt, bietet er soziale Integrations- und Unterstützungserlebnisse und eine gute Möglichkeit, neue Menschen kennen zu lernen - ein Faktum, das in unserer von zunehmender Isolation und steigender Zahl der Ein-Personenhaushalte geprägten Gesellschaft eine immer wichtigere Rolle spielt.²⁷¹

Das Sportengagement hat einen direkten Einfluss auf die Einschätzung der Qualität des eigenen Gesundheitszustandes, beziehungsweise der eigenen Stimmungslage.

270 Unabhängige Verbraucherumfrage von 10 000 Frauen im Alter von 16 bis 30 Jahren zum Thema „Frauen und Sport“ des Marktforschungsunternehmens TNS im Auftrag von Nike in neun europäischen Ländern, (2008).

271 Weiss, et al. 2001, S. 14ff

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.

Tabelle 41: Subjektiver Gesundheitszustand nach Aktivitätsniveau, in Prozent

Aktivitätsniveau	Subjektiver Gesundheitszustand				
	Sehr gut	Gut	Mittel- mäßig	Schlecht	Sehr schlecht
Frauen					
Inaktiv	32,6	37,7	21,9	6,7	1,1
Aktiv	45,7	37,9	14,4	1,7	0,3
Männer					
Inaktiv	34,2	39,6	18,8	5,9	1,4
Aktiv	50,7	35,7	12,1	1,4	0,2

Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/07, S. 31

Da auch der Gesundheitsnutzen moderat intensiver Aktivitäten des täglichen Lebens in Studien zunehmend betont wird, zielt man darauf ab, bisher inaktive oder wenig aktive Gruppen der Bevölkerung vermehrt zu Bewegung zu motivieren. Die Empfehlungen zur Verbesserung der Gesundheit laufen weitgehend auf eine Lebensstilveränderung hinaus: Erhöhung der Alltagsaktivitäten (Gartenarbeit, aktives Spiel mit Kindern, mehr Wege zu Fuß oder mit dem Rad erledigen, Treppensteigen) und Erweiterung der Freizeitaktivitäten durch Wanderungen, Sport oder mehrmaliges Training pro Woche.²⁷²

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. Ein Umstand, der offensichtlich zu wenig genutzt wird, da bei Kindern und Jugendlichen ein zunehmender Bewegungsmangel in Kombination mit motorischen Defiziten und einer verminderten Leistungsfähigkeit festzustellen ist und auch der Anteil der übergewichtigen Bevölkerung im Steigen begriffen ist. Bewegungsmangel hat als gesundheitsschädigender Faktor heute eine ähnlich große Bedeutung wie unausgewogene Ernährung und Rauchen. Auch in diesen Bereichen könnten Frauen zur Bewusstseinsbildung in ihrem Umfeld beitragen. Da die Frau meistens die Einkäufe für ihre Familie erledigt, wäre es wichtig, auf eine gesunde, ausgewogene Ernährung zu achten. Zudem sollte sie sich ihrer Vorbildfunktion bewusst sein und damit auch in künftigen Generationen den Grundstein für einen gesunden Lebensstil legen.

9.2.2 Wie häufig betätigen sich ÖsterreicherInnen in ihrer Freizeit sportlich?

Diese Frage wurde in einer von Statistik Austria im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend sowie der Bundesgesundheitsagentur vom März 2006 bis Februar 2007 bei rund 15.500 Personen durchgeführten Umfrage zum Thema „Gesundheit“ erörtert. Die Erhebung liefert repräsentative Ergebnisse für die österreichische Bevölkerung ab 15 Jahren.

Körperliche Aktivität gilt eigentlich als Oberbegriff, der jede Form körperlicher Bewegung im Alltag, in Beruf, Freizeit oder Sport umfasst. In der Studie wurden nur jene körperlichen Aktivitäten abgefragt, die in der Freizeit bewusst zur Aufrechterhaltung der Fitness unternommen werden. Dabei zeigte sich, dass die österreichische

272 Weiss, et al. 2001, S. 14

Bevölkerung Sport als wichtigen Lebensbereich betrachtet. Etwa die Hälfte der österreichischen Bevölkerung betätigt sich zumindest einmal pro Woche in der Freizeit körperlich (Männer: 60%, Frauen: 49%). Als körperlich „aktiv“ eingestuft werden dabei Personen, die an zumindest drei Tagen pro Woche durch Sport ins Schwitzen kommen. Nach diesem Kriterium sind 32% der Männer und 23% der Frauen in ihrer Freizeit aktiv. Deutliche Unterschiede zeigen sich in Bezug auf das Alter der Befragten. Demnach ist Sport vor allem eine Domäne der männlichen Jugendlichen. Mädchen sind in ihrer Jugend sportlich weniger aktiv sind; ihre sportliche Aktivität stabilisiert sich im Erwachsenenalter, während die von Männern kontinuierlich zurückgeht. Der Anteil an körperlich Aktiven ist jedoch in der Gruppe der Frauen bei allen Altersgruppen niedriger als der bei Männern.²⁷³

Bei der Analyse des Sportengagements einzelner Berufsgruppen zeigt sich, dass Schüler und Studenten den meisten Sport betreiben, gefolgt von Selbstständigen, freiberuflich Tätigen, leitenden Angestellten und Beamten. Geringer ist die sportliche Aktivität von Hausfrauen u. Arbeitern sowie von Pensionisten und Landwirten.

Tabelle 42: Körperliche Aktivität, in Prozent *)

Körperliche Aktivität	Insgesamt	15 - 29 Jahre	30 - 44 Jahre	45 - 59 Jahre	60 - 74 Jahre	75 Jahre und älter
Frauen						
Aktiv	23,3	25,5	26,8	27,7	21,6	5,4
Inaktiv	76,7	74,5	73,2	72,3	78,4	94,6
Männer						
Aktiv	31,6	42,1	32,7	28,4	27,3	12,0
Inaktiv	68,4	57,9	67,3	71,6	72,7	88,0

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07

*) Als körperlich „aktiv“ eingestuft werden Personen, die an zumindest drei Tagen pro Woche durch Radfahren, schnelles Laufen oder Aerobic ins Schwitzen kommen.

Im Vergleich dazu geben in der Europäischen Union 29,5% der Männer gegenüber 16% der Frauen und 63% der Jungen gegenüber 37% der Mädchen im Alter von 15 bis 24 Jahren an, sich regelmäßig körperlich oder sportlich zu betätigen.²⁷⁴

Mädchen und Frauen favorisieren eher ästhetische Sportarten wie Turnen, Reiten, Tanzen oder Ballett und betreiben gerne Individualsportarten wie Tennis, während Jungen bereits ab dem Kleinkindalter Fußball spielen und später eher Mannschafts- und Wettkampfsportarten oder Leichtathletik bevorzugen. Diese Vorlieben werden stark von der Ausgestaltung des Angebots, der Struktur, den Leistungsstandards und Trainingsmethoden der jeweiligen Sportarten beeinflusst, die häufig eher auf das männliche Geschlecht zugeschnitten sind. So können Mädchen beispielsweise durch die Entwicklung adäquater Trainingskonzepte und passgenauer Bewegungsangebote, die ihren Bedürfnissen entsprechen, für typische „Jungensportarten“ gewonnen werden.

273 Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2007, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007
 274 Amtsblatt der Europäischen Union C68E/607

Tabelle 43: Sportausübungen nach Sportarten, in Prozent

Sportart	Männer in %	Frauen in %
Radfahren	55	51
Schwimmen	43	47
Wandern	31	37
Schilauflanglauf	33	22
Laufen/Joggen	26	27
Tennis	21	11
Inline-Skaten	14	10
Gymnastik/Aerobic	6	18
Mountain-Biking	12	3
Fußball	14	2
Krafttraining/Fitnesscenter	8	5
Golf	1	2
Reiten	0	5
Andere Sportarten	10	10

Quelle: Modifiziert nach Pratscher, 2000 „Sportverhalten in Österreich“, Studie im Auftrag des Instituts für Sozialmedizin, in: Journal für Ernährungsmedizin 5/2000, S.20

Unterschiede finden sich auch in der Qualität der Sportausübung. Frauen pflegen einen eher gesundheitsorientierten, emotionalen Zugang, während es Männern um Kraft, Schnelligkeit, körperliche Leistung, Abenteuer und/oder Erfolg geht. Die meisten Frauen treiben weniger deshalb Sport, weil sie sich mit anderen messen, sondern vielmehr, weil sie sich gerne bewegen, sich dabei wohl fühlen oder etwas für ihre Gesundheit tun wollen. Wellness als Synonym für Wohlbefinden, Zufriedenheit, Glücksempfinden und Gesundheit gewinnt auch im Sport immer mehr an Bedeutung. Vor allem Frauen suchen im Sport neben dem Ausgleich zum Beruf Entspannung, Erholung, Körperformung und Naturerlebnis.

Frauen achten eher auf ihren Körper und ziehen sich weniger Verletzungen zu.

Männer dagegen sind in den Verletzungsstatistiken häufig vertreten. So werden etwa 80% der Folgekosten von Sportunfällen durch Männer verursacht, wobei es vor allem in den Sportarten Alpiner Schilauflanglauf, Fußball und Radfahren zu den meisten Unfällen kommt.²⁷⁵

In den Motiven zur Sportausübung finden sich laut H. Pratscher 2000 ebenfalls geschlechtsspezifische Unterschiede.

Die Freude an der Bewegung stellt für 55% der Männer gegenüber 42% der Frauen das Hauptmotiv zur Sportausübung dar. Daneben ist „gesund zu bleiben“ das bedeutendste Motiv für Sport. Für fast die Hälfte der Sport treibenden Bevölkerung - sowohl Männer als auch Frauen - ist das Gesundheitsmotiv von großer Bedeutung, wobei dieses insbesondere mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnt. Als wichtiges Motiv wird dieses von 41% der 14- bis 29-Jährigen, von 51% der 30- bis 49-Jährigen und von 70% in der Gruppe „50 Jahre und älter“ genannt.

Weibliche Sehnsüchte sind vermehrt auf das Ideal eines schlanken, straffen, agilen Körpers gelenkt, daher ist der Wunsch, „einen schönen Körper zu haben,“ für 27 % der Frauen (gegenüber 16 % der Männer) Anstoß zu sportlicher Aktivität. Andererseits äußerten 2008 in einer unabhängigen Verbraucherumfrage zum Thema „Frauen und Sport“ des Marktforschungsunternehmens TNS im Auftrag von Nike unter 10.000 Frauen im Alter von 16 bis 30 Jahren in neun europäischen Ländern einige Frauen auch Bedenken, durch Sport an Weiblichkeit zu verlieren oder zu muskulös zu werden.²⁷⁶

275 Weiss, et al. 2001, S.4f

276 Pratscher, 2000

9.2.3 Zugangsmöglichkeiten der Frauen zu Sport

1928 durften erstmals Frauen an Leichtathletik-Wettbewerben bei den Olympischen Spielen in Amsterdam teilnehmen. Im 800-Meter-Lauf brachen nach dem Ziel die zweit- und drittplatzierten Athletinnen zusammen. Dieses „Hinlegen“ von Läuferinnen ist ein Phänomen, das bei extremer sportlicher Belastung auftreten kann, jedoch keinen lebensbedrohlichen Zustand darstellt. Sportfunktionäre folgerten damals aber, Frauenkörper seien für extreme Ausdauerleistungen nicht geschaffen. Daher durften Frauen mehr als 30 Jahre lang zu Olympischen Läufen über 400 und 800 Meter nicht mehr antreten. Heute zweifelt niemand daran, dass Frauen jeden Sport ausüben können, der ihnen Freude macht. Es gibt eigentlich keine Sportart, die prinzipiell nicht von Männern und Frauen gleichermaßen ausgeübt werden kann. Es gibt keinen geschlechtsspezifischen Unterschied, sondern nur individuelle Anpassungen an die körperlichen Bedingungen der einzelnen Personen. Dennoch stellen für die Gleichstellung von Frauen und Männern im Sport der gleichberechtigte Zugang zu Ressourcen und Mitsprache, Ausstattung, Preisgelder bei Wettkämpfen, Gehälter für TrainerInnen, mediale Präsenz sowie entsprechende Infrastruktur wichtige Voraussetzungen dar.

Ressourcenverteilung im Sport

Um Sport und Gender zu vereinbaren ist es wichtig, sich nach den Bedürfnissen der Bevölkerung zu richten. Unterschiedliche Sportpräferenzen spiegeln sich beispielsweise in der unterschiedlichen Nutzung von Sportstätten wieder. Während Sportplätze oder Stadien vorrangig von Männern in Anspruch genommen werden, nutzen Frauen unter gesundheitlichen Aspekten verstärkt Gymnastikhallen, Fitness-Studios oder Schulsportstätten. Die aktuelle Sportstättenplanung versucht nun auch zunehmend, die Anforderungen des Freizeit- und Gesundheitssportes zu berücksichtigen und so den Interessen der Geschlechter gleichermaßen nachzukommen. Ein positives Beispiel dafür ist der am 16. April 2010 in Linz eröffnete neue multifunktionale Sportpark Lissfeld. Auf dem mit 56 000 Quadratmetern größten Linzer Sportpark wird ein breites Sportangebot für Frauen und Männer aller Altersstufen geboten.

Laut Bundessportorganisation engagieren sich rund 3 Millionen Menschen in Österreich in Sportvereinen. Bedingt durch den Wunsch nach Unabhängigkeit von Sportplätzen, Turnhallen und Öffnungszeiten, sowie mit zunehmender Outdoor- u. Erlebnisorientierung der Menschen, steht der Zahl der Sportvereinsmitglieder die große Gruppe nicht organisierter SportlerInnen gegenüber.

41% der Sportvereinsmitglieder sind weiblich, wobei auf Funktionärssebene der Frauenanteil nur bei knapp 30% liegt. An der Spitze der Dachverbände Asvö, Askö oder Union fällt das Verhältnis mit einer Frauenquote von unter 15% noch gravierender aus. Nur bei drei der 59 Fachverbände, nämlich beim Reiten, Eiskunstlauf und Bogenschießen, finden sich Frauen in der Führungsposition. In dieser Zusammensetzung sind Frauen nicht nur unterrepräsentiert; sie haben auch wenig Raum zur aktiven Mitgestaltung. Ein möglicher Grund für dieses Ungleichgewicht ist der, dass Frauen durch die Mehrfachbelastung Beruf, Familie und Haushalt keine Zeit für eine Funktionärsaufgabe haben. Solange das Familienmanagement den Frauen obliegt, wird sich die Lage in dieser Hinsicht nicht ändern. Ein Blick nach Skandinavien zeigt, dass unter anderem eine andere Lebenskultur und ein anderes Geschlechterbild Gründe dafür sind, warum der Frauensport in diesen Ländern eine starke Position innehat. Durch Schulreform und Ganztagsbetreuung für Kinder wurden Frauen dort schon vor Jahren Zeitressourcen für Sportaktivitäten zugespielt.

Das Ziel der im April 2008 neu konstituierten Bundessportorganisation-Kommission „Frauen im Sport“ ist es, die Gleichstellung der Frauen in der österreichischen Sportlandschaft auf allen Ebenen (sozialpolitisch und im aktiven Spitzen-, Leistungs- sowie Breitensport) zu erreichen. Die Kommission hat sich, um ein Bewusstsein für die Anliegen der Frauen im Sport zu schaffen, unter anderem folgende Ziele gesetzt:

Die Kommission will ehemaligen Spitzensportlerinnen nach dem Ende ihrer Karriere den Einstieg in Sportstrukturen erleichtern, das Missverhältnis von Männern und Frauen im Sport zugunsten einer ausgewogenen Repräsentanz und Arbeitsteilung ändern, über Mentoring-Programme Initiativen setzen, um Gender Mainstreaming im Denken und im Handeln sowie in Aus- und Weiterbildung zu verankern, und nationale und internationale Netzwerke aufbauen.

Ein aktuelles Projekt der BSO-Frauenkommission ist beispielsweise die Prämierung jener „mädchen- und frauenfreundlichsten Sportvereine Österreichs“, die sich durch ihr Engagement für Geschlechtergleichstellung oder eine gezielte Förderung von SportlerInnen hervortun.

Als weiteres positives Beispiel dafür, „Bewegung an die Frau“ zu bringen, ist der österreichische Frauenlauf zu nennen. Am 12. Juni 1988 wurde der 1. österreichische Frauenlauf mit 440 Läuferinnen gestartet. Das Ziel war, Frauen für den Laufsport zu begeistern. Mittlerweile wurde 2010 der 23. österreichische Frauenlauf erfolgreich durchgeführt, wobei bereits über 21.000 Läuferinnen an den Start gegangen sind. Veranstaltungen wie der „girlies sports day“ versuchen gezielt, junge Mädchen anzusprechen, wobei man zu Marketingzwecken auch zunehmend auf moderne Kommunikationsmittel und auf die Einbindung sozialen Netzwerke wie Facebook (s. z.B. die Facebook-Gruppe „Frauen im Sport“) setzt.²⁷⁷

Medienpräsenz

In den Medien finden typische „Männersportarten“ wie Fußball oder Motorsport oft größere Beachtung. In der tagesaktuellen Berichterstattung fällt der Anteil der Beiträge über Sportlerinnen viel geringer aus als der über männliche Athleten. Die Selektion, was publiziert wird, liegt dabei meist in der Hand der überwiegend männlichen Sportredakteure. Da auch auf Konsumentenseite die Sportangebote in Fernsehen, Tageszeitung, Radio und Internet nachweislich stärker von Männern als von Frauen genutzt werden, versuchen Sportredaktionen natürlich, den Interessen dieses Publikums gerecht zu werden. Dies geschieht einerseits durch die Berichterstattung über Sportarten, von denen angenommen wird, dass sie vorwiegend Männer interessieren, aber auch durch Darstellungen von Männern und Frauen in stereotypen Rollen.²⁷⁸

Da die Medienberichterstattung auch als Motor für die Sportentwicklung gilt, hat diese Art der Berichterstattung auf die Ausübung von Sport in der gesamten Bevölkerung ebenso wie auf die Bereiche Organisation, finanzielle Förderung (mehr als 2/3 der öffentlichen Mittel fließen in männerdominierte Sportarten), Vereinsstrukturen und Öffentlichkeit Auswirkungen. Die männliche Art der Sportausübung wird zum Idealbild, Herrenbewerbe lassen sich leichter organisieren, es finden sich mehr Zuseher, mehr Sponsoren und auch höhere Preisgelder.

9.2.4 Zusammenfassung und Ausblick

„Sport präsentiert sich als Mikrokosmos der Gesellschaft“²⁷⁹, das heißt er ist von der Gesellschaft geschaffen und dient auch als Spiegelbild des Wertesystems sowie der Veränderungen derselben.

Dem durchaus wachsenden Gesundheitsbewusstsein steht die zunehmende Konkurrenz anderer Angebote der Sparten Kultur, Medien, Unterhaltung oder Tourismus gegenüber, die auf die zunehmende Erlebnisorientierung der Gesellschaft abzielen. Sowohl Zeit- als auch Geldressourcen und Interessen der Menschen sind jedoch nicht beliebig erweiterbar, sodass Sport im Hinblick auf das derzeit gültige Gesundheitskonzept gezielt gefördert werden sollte. Wie und wo der/die Einzelne Sport betreibt, ist dabei weniger wichtig, als die Tatsache, dass er/sie sportlich aktiv und in Bewegung ist. Daher ist, um einen nachhaltigen Effekt zu erzielen, die Subjektförderung der institutionellen Förderung von Organisationen oder Vereinen beziehungsweise Strukturänderungen wahrscheinlich vorzuziehen. Es geht darum, insbesondere für Menschen, die einen eher inaktiven Lebensstil pflegen, Anreize zu schaffen, um sie zu sportlichen Aktivitäten zu motivieren. Sport sollte als selbstverständlicher Bestandteil im Lebens eines Menschen integriert sein.²⁸⁰

Schlussfolgernd lässt sich sagen, dass in Anbetracht des Bewegungsmangels und der privaten oder berufsbedingten, einseitigen Körperhaltungen und Belastungsformen der heutigen Gesellschaft das derzeitige Sportengagement der ÖsterreicherInnen zwar positiv auffällt, gleichzeitig aber wohl kaum ausreicht, um das Wohlbefinden des/der Einzelnen auf physischer, psychischer und auf sozialer Ebene dauerhaft zu gewährleisten.²⁸¹

277 BSO, <http://www.bso.or.at>, (dl 15.08.2010)

278 Rudolfs

279 Zit. n. Weiss, 1999

280 Zellmann, et al. 03/2004

281 Pratscher, 2000

10. Schlaf und Schlafstörungen

Mag.^a(FH) Evelyne Dachgruber, Alumna Gesundheits- und Pflegemanagement, Fachhochschule Kärnten

Erst in den letzten Jahrzehnten hat sich die wissenschaftliche Disziplin „Schlafmedizin“ stark weiterentwickelt. Bis Anfang des 20. Jahrhunderts wurde der Schlaf als passiver und inaktiver Zustand angesehen und fand in den Naturwissenschaften nur wenig Beachtung.²⁸² Dabei betrifft das Thema Schlaf wohl jeden von uns insbesondere, da dieser eng mit unserem täglichen Leben verknüpft ist und unser Wohlbefinden und unsere Lebensqualität stark beeinflusst.²⁸³

Doch was, wenn es durch mannigfache Ursachen zu einer Störung unseres Schlafes kommt? Dieses Krankheitsbild wird im Überbegriff als „Schlafstörung“ bezeichnet und weist viele unterschiedliche Ausprägungen auf. In der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) wird grundlegend zwischen nichtorganischen und organischen Schlafstörungen unterschieden. Eine nichtorganische Schlafstörung kann häufig sowohl ein Symptom einer anderen psychischen oder körperlichen Erkrankung sein, aber auch ein eigenständiges Krankheitsbild darstellen.²⁸⁴

Folgende Tabellen sollen einen kurzen Überblick über die in der ICD-10 aufgelisteten Schlafstörungen geben und somit eine Differenzierung zwischen den beiden Gruppen organischer und nichtorganischer Störungen ermöglichen.

Tabelle 44: Nichtorganische Schlafstörungen nach ICD-10

F51.- Nichtorganische Schlafstörungen	
F51.0	Nichtorganische Insomnie
F51.1	Nichtorganische Hypersomnie
F51.2	Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus
F51.3	Schlafwandeln [Somnambulismus]
F51.4	Pavor nocturnus
F51.5	Alpträume [Angsträume]
F51.8	Sonstige nichtorganische Schlafstörungen
F51.9	Nichtorganische Schlafstörungen, nicht näher bezeichnet

Quelle: Dilling et al. 2008; eigene Darstellung

Tabelle 45: Organische Schlafstörungen nach ICD-10

G47.- Schlafstörungen	
G47.0	Ein- und Durchschlafstörungen
G47.1	Krankhaft gesteigertes Schlafbedürfnis

282 Dreßnig & Riemann 1994, S. 1

283 Monti & Monti, 2008, S. 29

284 Dilling, Mombour, Schmidt 2008, S. 222

G47.- Schlafstörungen		
G47.2	Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus	Syndrom der verzögerten Schlafphasen Unregelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus
G47.3	Schlafapnoe	Zentrales Schlafapnoe-Syndrom Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom Schlafbezogenes Hypoventilations-Syndrom Sonstige Schlafapnoe Schlafapnoe, nicht näher bezeichnet Inkl. Kongenitales zentral-alveoläres Hypoventilations-Syndrom Schlafbezogene idiopathische nichtobstruktive alveoläre Hypoventilation
G47.4	Narkolepsie und Kataplexie	
G47.8	Sonstige Schlafstörungen	Kleine-Levin-Syndrom
G47.9	Schlafstörungen nicht näher bezeichnet	

Quelle: Dilling et al. 2008; eigene Darstellung

10.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede im Schlafverhalten

Generell gehen Frauen häufig früher zu Bett als Männer. Ein Drittel (33%) der Frauen (n=1.049) geht zwischen 22:00 und 22:30 ins Bett, weitere 19% hingegen erst zwischen 23:00 und 23:30 Uhr. Bei Männern hingegen gibt es mehrere Spitzenpunkte, und zwar zwischen 22:00 und 22:30 Uhr (23%) und zwischen 23:00 und 23:30 Uhr (26%). Weitere 16% gehen sogar erst zwischen 24:00 und 00:30 Uhr zu Bett.²⁸⁵

Um die Qualität des Schlafes zu messen, steht als bekanntes Manual der Pittsburgh Schlafqualitätsindex (PSQI) zur Verfügung. Dabei wird ein Wert über 5 (PSQI>5) als schlechter Schlaf bezeichnet. Gemessen an diesem Wert haben Männer mit einem durchschnittlichen PSQI von $4,11 \pm 3,407$, einen signifikant besseren Schlaf als Frauen (PSQI von $4,84 \pm 3,414$). Gesamt weisen 36,5% der Frauen, jedoch nur 26,6% der Männer einen schlechten Schlaf (PSQI>5) auf. Besonders anzumerken ist, dass die Prävalenz sich mit dem Alter erhöht. Geht es um das subjektive Empfinden, nehmen nur 38% der Frauen und 49% der Männer ihre Schlafqualität als sehr gut wahr. Sehr schlecht empfinden diese 1% der Männer und 4% der Frauen. Frauen neigen auch häufiger zur Einnahme von Schlafmitteln, demnach gaben 19% der Frauen an, in den letzten vier Wochen ein Hypnotikum eingenommen zu haben (Männer: 8%). 5% der Frauen und 2% der Männer nehmen diese sogar dreimal oder häufiger pro Woche. Einmal oder mehrmals wöchentlich an Schlafstörungen leiden, dieser Studie zu den Schlafgewohnheiten der ÖsterreicherInnen zu Folge, 20,6% der Männer und sogar 29,2% der Frauen. Bei der Tagesbefindlichkeit bzw. Tagesschläfrigkeit ist bei Frauen jedoch keine erhöhte Prävalenz im Vergleich zu den Männern festzustellen. Demnach haben 42,8% der Männer und 41% der Frauen Probleme, am Tag wach zu bleiben oder Schwierigkeiten, die Dinge mit Schwung zu erledigen.²⁸⁶

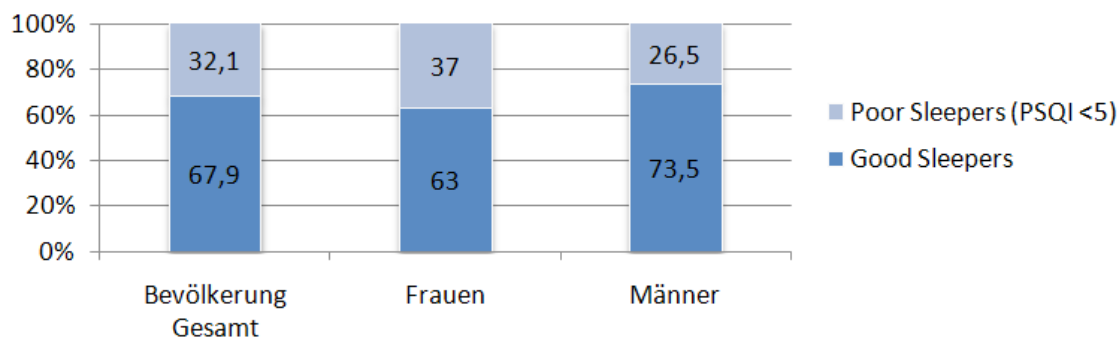
Eine weitere Studie zum Thema „Sleep and quality of life in the Austrian population“ (n=1.000) kam auch zu dem Ergebnis, dass Frauen unabhängig vom Alter häufiger schlecht schlafen als Männer. Demnach konnten,

285 Tribl, Schmeiser-Rieder, Rosenberger, et al. 2002, S. 23

286 Tribl, Schmeiser-Rieder, Rosenberger, Saletu, Bolitschek, Kapfhammer, et al. 2002, S. 23ff

ähnlich dem Ergebnis vorangehender Studie, 37,0% der Frauen und 26,5% der Männer als „poor sleepers“ kategorisiert werden (PSQI>5).

Abbildung 39: Sleep quality



Quelle: Zeitlhofer, Schmeiser-Rieder et al. 2000, S. 251f; eigene Darstellung

Die größte Differenz wurde dabei in der Altersklasse von 15 bis 35 Jahren festgestellt. Dabei gehören 21,5% der Frauen und nur 14,1% der Männer zu den schlechten Schläfern. Zusätzlich wurden bei dieser Studie auch die Auswirkungen eines schlechten Schlafes auf die Lebensqualität gemessen, und es wurde festgestellt, dass Menschen, die gut schlafen („good sleepers“), eine bessere Lebensqualität aufweisen als Menschen, die schlechter schlafen („poor sleepers“).²⁸⁷

Der ORF berichtete im Mai 2007 von einer Umfrage der Österreichischen Gesellschaft für Schlafmedizin und Schlafforschung (ÖGSM-ASRA). 1.000 Personen ab 14 Jahren wurden befragt. Drei Viertel der ÖsterreicherInnen schlafen im Durchschnitt sechs bis acht Stunden pro Tag, 15% kommen mit weniger Schlaf aus, 10% brauchen mehr. Drei Viertel der Befragten brauchen bis zu 30 Minuten zum Einschlafen. 18% gaben an, an Schlafstörungen zu leiden, die Ursachen dafür sind Schnarchen und Atemaussetzer, Alpträume und unruhige Beine. 72% leiden schon länger als sechs Monate an ihren Schlafstörungen. Von Durchschlafstörungen berichten 26% der Befragten, und lediglich 74% haben keine Schlafprobleme. Knapp ein Fünftel der ÖsterreicherInnen mit Schlafstörungen helfen sich mit Schlafmitteln, mehr als die Hälfte mit pflanzlichen Mitteln wie Baldrian, der andere Teil mit Pharmazeutika. Guter Schlaf bedeutet für mehr als ein Fünftel der ÖsterreicherInnen, Entspannung, Erholung und Energie zu tanken.²⁸⁸

Das Institut für Demoskopie Allensbach (Deutschland) hat eine Studie rund um das Thema Schlafen umgesetzt, die bei rund 1.800 Befragten ab 18 Jahren erhebt, wie sie einschlafen können. 55% gaben an, leicht einschlafen zu können, 30% antworteten „es geht“, und die restlichen 15% tun sich beim Einschlafen schwer.²⁸⁹

Die Universität Gießen hat in der Zeitung Med-Report Nr. 32 im Jahr 2003 die Ergebnisse einer Studie mit 1.000 Befragten veröffentlicht, die folgendes Bild zeigt:

- 81,2% haben keine Schlafprobleme
- 61,5% der Befragten ist ein ruhiges Schlafzimmer wichtig
- 55,1% fühlen sich am Morgen unausgeschlafen
- 50% können nur bei offenem Fenster schlafen
- 48,8% legen Wert auf eine gute Matratze
- 47,7% haben es schwer, Abends abzuschalten
- 14% können nicht auf ihren Mittagsschlaf verzichten und
- 13% der Befragten gehen erst nach Mitternacht ins Bett.

287 Zeitlhofer, Schmeiser-Rieder, et al. 2000, S. 251f

288 ORF, <http://oesterreich.orf.at/stories/196373>, (dl 23.01.2011)

289 Statista: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/1554/umfrage/schlafen%3A-leichtigkeit-des-einschlafens>, (dl 23.01.2011)

10.2 Konsequenzen und Gesundheitsrisiken

Die Krankheitswertigkeit von Schlafstörungen ergibt sich aus den Konsequenzen, die sie mit sich bringt. Bei schwerer Insomnie kann es zu einer starken Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit führen. Betroffene von Schlafstörungen leiden in vielen Fällen unter Reizbarkeit, Angst, Depressivität, Erschöpfung und Müdigkeit. Ausschlaggebend ist, wie „erholsam“ bzw. „nicht-erholsam“ der Schlaf ist – dies ist individuell zu betrachten und kann nicht klar kategorisiert werden.²⁹⁰

Schlafstörungen beeinträchtigen nicht nur die Schlafqualität der Betroffenen, sie haben auch Auswirkungen auf den Wachzustand der PatientInnen. Zu den möglichen Beeinträchtigungen zählen Denkminderungen, Auswirkungen auf die neuro-psychologischen Vorgänge wie Sprechen, Worterkennen und Vollziehen von Bewegungen, Beeinträchtigungen der Befindlichkeit wie zum Beispiel ein allgemeines Unbehagen, Schmerzen, depressive Verstimmungen, Angst, eine morose Stimmungslage sowie emotionale Unausgeglichenheit.²⁹¹ Durch diese vielfältigen Auswirkungen von Schlafstörungen auf die Tagesbefindlichkeit entstehen Konsequenzen und Gesundheitsrisiken in vielen Teilen des Lebens. Im Kontext Insomnie und Schlafentzug zählen eine erhöhte Mortalität und Morbidität, eine erhöhte Verkehrsunfallrate, Berufsunfälle, eine verminderte Arbeitsproduktivität, ein verminderter beruflicher Erfolg, ein Zusammenhang mit psychiatrischen Syndromen, Probleme im zwischenmenschlichen Bereich und eine Prädisposition für Alkohol- und Drogenmissbrauch zu den Konsequenzen und Risiken. Größere Einbußen wurden vor allem in der Arbeitsproduktivität sowie im Pflegen sozialer Kontakte entdeckt. Schlafgestörte berichten häufig über vermehrt auftretende Gesundheitsprobleme und Krankenhausaufenthalte. Schlafstörungen sind prädisponierend für verschiedenste Folgekrankheiten, besonders im psychiatrischen Bereich. Die Tagesschläfrigkeit kann, speziell im Straßenverkehr, ein gefährlicher Faktor sein. Vor allem SchlafapnoepatientInnen sind in Folge einer unwillkürlichen Einschlafneigung am Tage besonders häufig in Autounfälle verwickelt.²⁹²

Der Anteil derer, die subjektiv unter Schlafstörungen leiden, nimmt in der Bevölkerung mit dem Alter zu. Der Schlaf ist sowohl im Kindes- und Jugendalter als auch im Erwachsenenalter deutlichen Veränderungen unterworfen und bleibt dann ab dem 60. Lebensjahr im Großen und Ganzen unverändert. Fünf Schlafstadien, die in zyklischer Form auftreten, durchläuft der Mensch während der Nacht. Im Alter wird ein größerer Teil der Nacht in oberflächlicherem Schlaf verbracht, und die nächtliche Gesamtschlafdauer wird immer kürzer. Zudem nimmt die Zeit bis zum Einschlafen zu, und die nächtlichen Wachphasen werden stetig länger, d. h. die Schlafeffizienz verschlechtert sich. Es ist nicht zwingend so, dass diese objektiv wahrnehmbaren Faktoren der Schlafqualität auch die subjektive Schlafqualität und Tagesbefindlichkeit im selben Ausmaß betreffen.²⁹³

Die menschliche Biologie ist so ausgerichtet, dass tagsüber Wachheit und nachts ein erholsamer Schlaf stattfindet, einhergehend mit physiologischen und psychologischen Funktionen, wie z.B. Konzentrations- und Leistungsfähigkeit. Zudem wird der Schlaf über die Ausschüttung eines Hormons geregelt, die sich ebenso im Alter verändert.

290 Brummund, 2008, S. 1ff

291 Leutner, 1993, S. 39

292 Hajak & Rüther, 1995, S. 10f

293 Ebd., S. 3ff

V Lebensrealitäten und gesundheitsbezogene Lebensweisen

Österreichischer
Frauengesundheitsbericht 2010/2011

Im vorliegenden Kapitel sind die unterschiedlichen Lebenslagen und Rollen von Frauen sowie die damit verbundenen gesundheitlichen Belastungen und deren tatsächliche Auswirkungen auf die Gesundheit ausführlich beschrieben. Spezielle Beeinträchtigungen – auf der physischen, psychischen und sozialen Ebene - werden herausgegriffen und gemeinsam mit ihren Konsequenzen für die Gesundheit beschrieben.

V. LEBENSREALITÄTEN UND GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSWEISEN

1. Mädchen und junge Frauen	186
1.1 Der Gesundheitszustand von Mädchen und jungen Frauen	186
1.2 Das Gesundheits- und Risikoverhalten der Mädchen	190
1.2.1 Ernährung.....	190
1.2.2 Bewegung.....	192
1.2.3 Rauchen, Alkohol und Cannabis.....	192
1.3 Das Sexualverhalten von Mädchen und jungen Frauen	194
1.3.1 Sexuelle Aufklärung.....	195
1.3.2 Die erste Regelblutung und Körperempfinden	195
1.3.3 Sexuelle Erfahrungen	196
1.3.4 Verhütungsmethoden der Jugendlichen	197
1.3.5 Teenagerschwangerschaften.....	198
1.3.6 Sexualpädagogische Aufklärungsprojekte	199
1.4 Bildung	200
1.4.1 Schulbildung	200
1.4.2 Lehrlingsausbildung	204
1.4.3 Universitäten	206
2. Die Frau im reproduktiven Alter	210
2.1 Menstruation: Mythos und Tabu	210
2.1.1 Die Bedeutung der Endometriose für die Frauengesundheit	211
2.2 Frauensexualitäten	215
2.2.1 Weibliche Sexualstörungen	215
2.3 Kinderwunsch und Familienplanung: Motive für oder gegen die Elternrolle .	217
2.4 Verhütung	220
2.4.1 Wirksamkeit der verschiedenen Verhütungsmethoden	220
2.4.2 Häufigkeit der Anwendung von Verhütungsmethoden	221
2.4.3 Wer bezahlt die Verhütung.....	222
2.5 Notfallverhütung – die „Pille danach“	223
2.6 Schwangerschaftsabbruch.	224
2.6.1 Methoden des Schwangerschaftsabbruchs	226
2.6.2 Psychische Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs.....	227
2.6.3 Der Spätabbruch	228
2.7 Ungewollte Kinderlosigkeit	229
2.7.1 Ursachen für den unerfüllten Kinderwunsch.....	229
2.7.2 Methoden der assistierten Reproduktion.....	230
2.8 Biomedizin und Bioethik	235
2.8.1 Präimplantationsdiagnostik	236
2.8.2 Eizell- und Samenspende.....	236

2.8.3	Forschung an humanen embryonalen Stammzellen	237
3.	Schwangerschaft, Geburt und Mutterdasein	239
3.1	Schwangerschaft und Geburt	239
3.1.1	Schwangerschaftskomplikationen	243
3.1.2	Pränataldiagnostik	250
3.1.3	Sectio Kaiserschnitt auf Wunsch	251
3.1.4	Säuglingssterblichkeit	254
3.1.5	Stillen	257
3.1.6	Außerklinische Geburtshilfe	259
3.1.7	Die anonyme Geburt, Babynest	261
3.1.8	Geburt und psychische Folgen	262
3.2	Alleinerzieherinnen	265
3.2.1	Erwerbstätigkeit von Alleinerzieherinnen	266
3.2.2	Gesundheit von Alleinerzieherinnen	266
4.	Die Frau in den Wechseljahren	269
5.	Die Pensionistin / Hochbetagte Frauen	275
5.1	Lebensqualität im Alter	276
5.1.1	Soziale Beziehungen im Alter	277
5.1.2	Bildung im Alter	279
5.1.3	Wohnen im Alter	280
5.1.4	Freizeit im Alter	280
5.2	Die Hochbetagte Frau	282
5.3	Frau und Mann bewältigen anders: Geschlechtsspezifische Unterschiede im Copingverhalten	283
6.	Frauen und Erwerbstätigkeit	286
6.1	Die erwerbstätige Frau	286
6.1.1	Arbeitsmarktsegregation – der typische Frauenberuf?	287
6.1.2	Atypische und prekäre Beschäftigungsverhältnisse	290
6.2	Krankenstände und Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz.	293
6.2.1	Diskriminierung am Arbeitsplatz	296
6.3	Die arbeitslose Frau	297
6.3.1	Entwicklung der Frauenarbeitslosigkeit in Österreich	297
6.3.2	Macht Arbeitslosigkeit krank? Die Folgen	300
6.4	Frauen und Karriere	303
6.4.1	Frauen in Führungspositionen	304
6.4.2	Einkommensschere und ‚Gläserne Decke‘	308
6.4.3	Frauen und Politik	313
6.4.4	Frauen an Universitäten	316
6.4.5	Geschlechtsverteilung innerhalb der Fachdisziplinen der Medizin	319
6.5	Vereinbarkeit von Familie und Beruf	323

6.5.1 Mutterschutz, Karenz und Kinderbetreuungsgeld.....	323
6.5.2 Kinderbetreuungssituation	326
6.5.3 Die Wiedereinsteigerin.....	328
6.6 Zeit und Geschlecht	329
6.6.1 Frauen und Freizeit	330
7. Frauen und Partnerschaft	331
7.1 Familienformen mit und ohne Kind/er	331
7.2 Determinanten von Partnerschaftsqualität	332
7.3 Die Single-Frau	334
7.4 Homosexuelle Beziehungen von Frauen	335
7.4.1 Vorurteile und Diskriminierung.....	335
7.4.2 Das Coming-out	336
7.4.3 Eingetragene Partnerschaften	337
7.4.4 Lesben und Gesundheit	337
8. Migrantinnen	339
8.1 Migrantinnen in der Erwerbsbevölkerung	342
8.2 Das Leben von Migrantinnen in Österreich	344
8.3 Migration und Gesundheit	346
8.3.1 Gesundheitsversorgung von Asylwerberinnen	349
8.3.2 Migrantinnen und Geburt – Geburtsbetreuung als Integrationschnittstelle	351
8.3.3 Migrantinnen und psychische Gesundheit	354
8.3.4 Familiäre Gewalt gegen Migrantinnen	357
9. Frauen und Behinderung	359
9.1 Einschätzung der Expertin	359
9.2 Definition von Behinderung und nicht Krankheit	359
9.3 Lebenslagen von Frauen mit Behinderung	361
9.3.1 Soziodemografische Aspekte von Männern und Frauen mit Behinderung.....	361
9.3.2 Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht	363
9.3.3 Gewalterfahrungen von Frauen mit Behinderungen.....	366
9.4 Herausforderungen und Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen mit Behinderungen	367
9.4.1 Zugang zu öffentlichen Gesundheitseinrichtungen.....	367
9.4.2 Sexualität – Schwangerschaft – Mutterschaft	369
9.5 Politische Rahmenbedingungen und Maßnahmen der Veränderung	371
10. Frauen in sozialen und gesundheitlichen Lebenslagen	373
10.1 Frauen und Sucht	373
10.1.1 Alkoholkonsum	373
10.1.2 Rauchen	377
10.1.3 Medikamente	381
10.1.4 Frauen und Drogenkonsum	384
10.2 Essstörungen	387

10.2.1 Diagnostische Kriterien und Klassifikation der Anorexia nervosa	388
10.2.2 Diagnostische Kriterien und Klassifikation der Bulimia nervosa.....	389
10.2.3 Epidemiologie, stationäre Aufenthalte bei Essstörungen	390
10.2.4 Physische und psychische Folgeerkrankungen.....	391
10.2.5 Früherkennung und Behandlung	393
10.2.6 Prävention von Essstörungen	394
10.2.7 Weitere Formen von Essstörungen	395
10.3 Die wohnungslose Frau	401
10.3.1 Formen der Obdachlosigkeit	401
10.3.2 Wohnungslosenhilfe und Delogierungsprävention	401
10.3.3 Verdeckte Wohnungslosigkeit.....	402
10.4 Frauen und Prostitution	403
10.4.1 Gesetzliche Regelungen und Arbeitssituation	404
10.4.2 Gesundheitliche Situation von Prostituierten.....	405
10.5 Die Frau als Ziel von Gewalt	406
10.5.1 Der Gewaltbegriff.....	407
10.5.2 Häusliche Gewalt - System und Erscheinungsformen	408
10.5.3 Gewalt macht krank – Gesundheitliche Versorgung	409
10.5.4 Unterstützung für Betroffene	410
10.5.5 Autonome Frauenhäuser in Österreich	412
10.5.6 Gewalt im Zusammenhang mit neuen Medien	414
10.6 Armut ist weiblich	416
10.6.1 Ausprägungen von Armut.....	417
10.6.2 Armut und Gesundheit.....	418
10.6.3 Armutsgefährdung	424
10.7 Frauen als pflegende Angehörige	427
10.7.1 Pflegebedürftigkeit in Österreich	427
10.7.2 Die Pflege im häuslichen Umfeld ist weiblich	428
10.7.3 Empfehlungen zur Entlastung der Situation von Frauen als pflegende Angehörige...	431
10.7.4 Schnittstellenmanagement zwischen stationärer und ambulanter Versorgung im Kontext der Frauengesundheit	432
10.8 Weibliches Körperbild und psychische Gesundheit	435

1. 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.

Im Rahmen des WHO-HBSC-Survey 2006 hat das Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in ihren Lebenszusammenhängen erhoben.¹ Die Ergebnisse der österreichischen Studie sowie die „Fact Sheets“ Nr. 1 und 2 zu den Studienergebnissen werden in den ersten beiden Kapiteln dieses Artikels verarbeitet.

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. Ebenso wirkt sich die Familienzusammensetzung auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten aus: Kinder aus „intakten“ Kernfamilien haben eine höhere Chance, gesund zu sein und ein besseres Gesundheitsverhalten als z.B. Kinder von Alleinerziehenden. Auch die Schule wirkt sich auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen aus: Kinder, die eine gute Beziehung zu ihren MitschülerInnen und LehrerInnen haben, verfügen über eine höhere Wahrscheinlichkeit, gesund zu sein und weisen ein geringeres Risiko auf, sich an Bullying-Attacken² zu beteiligen, zu rauchen oder sich zu betrinken.

Im folgenden Abschnitt wird vorwiegend auf die Daten in Bezug auf Mädchen und weibliche Jugendliche eingegangen.

1.1 Der Gesundheitszustand von Mädchen und jungen Frauen

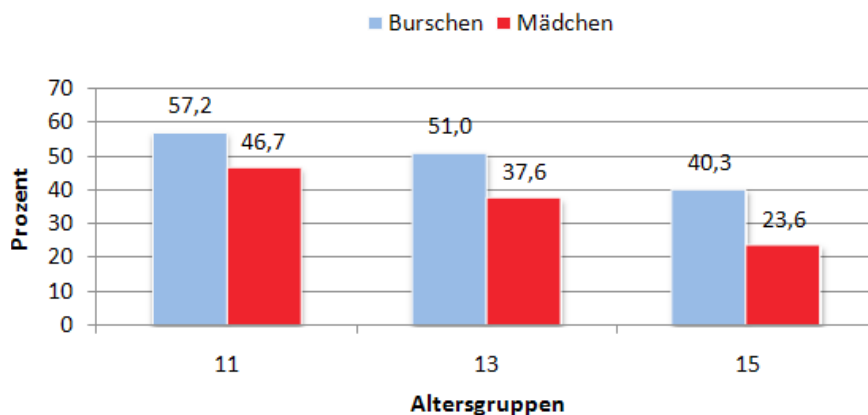
Mag.^a Sonja Kodelitsch MSc., Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

Mädchen bewerten ihre subjektive Gesundheit generell schlechter als Jungen, zudem sinkt die Bewertung mit steigendem Alter. Hier spricht die Literatur vom „Pubertätsloch der Gesundheit“. Bewertet mehr als die Hälfte der Jungen im Alter von 11 Jahren ihre Gesundheit als ausgezeichnet, so sind es bei den Mädchen etwa 47%. Bei den 15-Jährigen zeigt sich ein deutlicher geschlechtsspezifischer Unterschied, da um rund 41% weniger Mädchen einen ausgezeichneten Gesundheitszustand angeben als Jungen. 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.

1 Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2007, Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006

2 Ein/e SchülerIn ist Gewalt ausgesetzt, wenn er oder sie wiederholt über eine längere Zeit den negativen Handlungen eines oder mehrerer SchülerInnen ausgesetzt ist, ohne selbst provokativ gewesen zu sein. Der/die TäterIn ist dem Opfer dabei in irgendeiner Weise überlegen, so dass es sich nicht um einen ‚Kampf‘ zwischen Gleichstarken handelt.

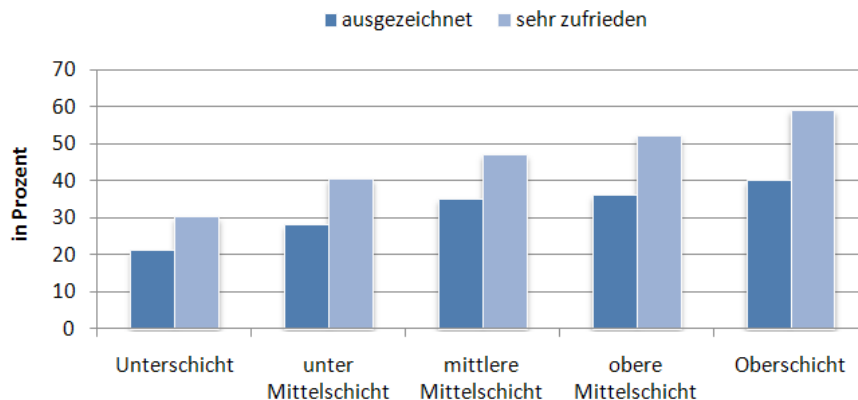
Abbildung 40: Ausgezeichnete Gesundheit der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2007, Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang, S. 17

Beim signifikanten Zusammenhang von der Bewertung der subjektiven Gesundheit als „ausgezeichnet“, der hohen Zufriedenheit mit dem eigenen Leben („sehr zufrieden“) und dem sozioökonomischen Status der Familien ist auffallend, dass bei Mädchen mit steigender sozialer Schicht beide Bewertungskriterien häufiger gewählt werden. Dem Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie zufolge ist die Chance, sehr gesund und sehr zufrieden zu sein, für Mädchen aus der Oberschicht 2,5 bzw. 3,3-mal so hoch wie für Mädchen aus der Unterschicht (davon sind 35% „wenig“ bis „gar nicht“ zufrieden).

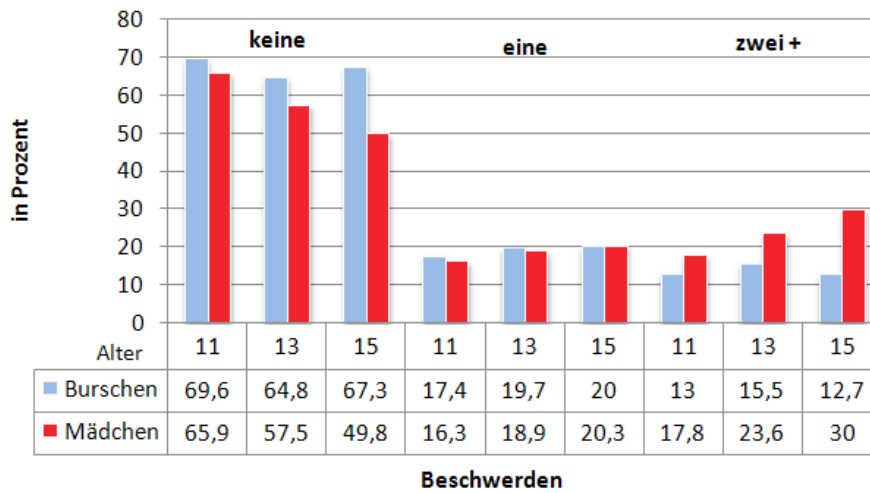
Abbildung 41: Anteil der 11- bis 15-jährigen Mädchen, die ihre Gesundheit als „ausgezeichnet“ bezeichnen und mit ihrem Leben „sehr zufrieden“ sind, dargestellt nach sozialer Schicht



Quelle: HBSC Factsheet Nr. 2, auf: http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/1/5/8/CH0776/CMS1191842242195/hbcs_factsheet_2_internet.pdf (dl 03.08.2010)

Die Frage nach subjektiven Beschwerden der SchülerInnen zeigt, dass Mädchen häufiger (wöchentlich oder öfter) an regelmäßigen Beschwerden leiden, die mit dem Alter zunehmen. Betrachtet man die Gruppe der 15-Jährigen mit mehr als zwei Beschwerden, so zeigt sich ein 2,4mal höherer Anteil bei Mädchen als bei Jungen.

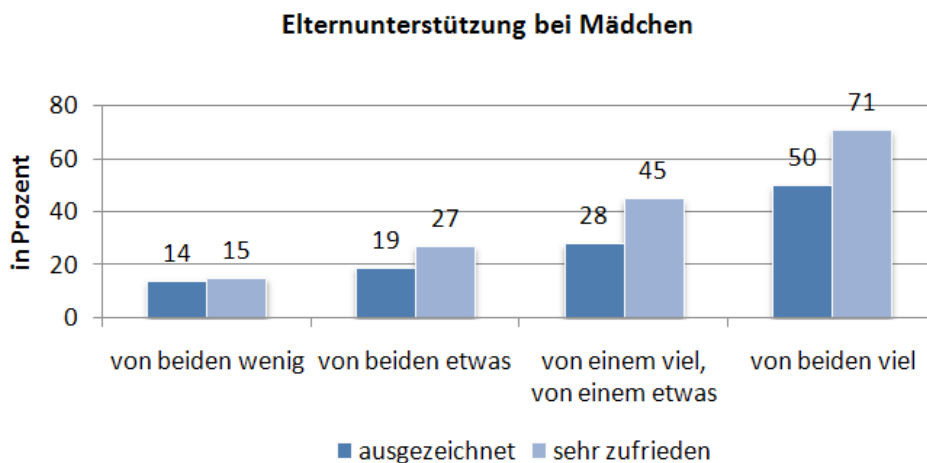
Abbildung 42: Körperliche und psychische Beschwerden (wöchentlich oder öfter) bei den 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2007, Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang, S. 20

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.

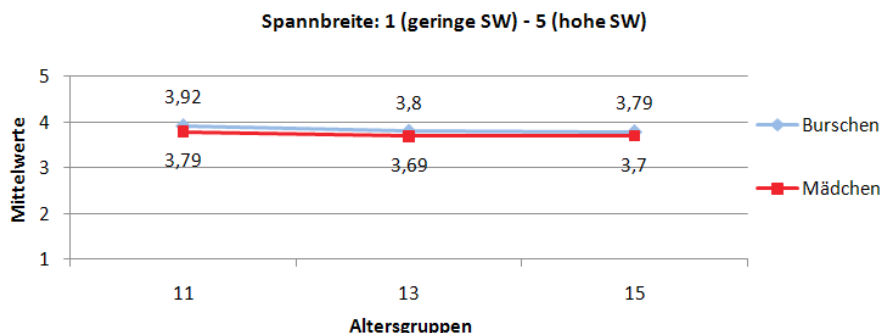
Abbildung 43: Anteil der 11- bis 15-jährigen Mädchen, die ihre Gesundheit als „ausgezeichnet“ bezeichnen und mit ihrem Leben „sehr zufrieden“ sind, dargestellt nach dem Ausmaß der Eltern-Unterstützung



Quelle: HBSC Factsheet Nr. 2, auf: http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/1/5/8/CH0776/CMS1191842242195/hbcs_factsheet_2_internet.pdf (dl 03.08.2010)

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.

Abbildung 44: Selbstwirksamkeitserwartung der 11-, 13- und 15-Jährigen nach Alter und Geschlecht



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2007, Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang, 2007, S. 23

Übergewicht und Adipositas sind in den vergangenen Jahren deutlich angestiegen und entwickeln sich zusehends zu einer Pandemie mit bedenklichen Folgen (wie orthopädische Probleme, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Bewegungsarmut u. v. m). Insgesamt waren 8,3% der im Rahmen des WHO-HBSC-Survey 2006 befragten Mädchen und 16,6% der Jungen übergewichtig.

Die Wahrnehmung des eigenen Körpers beeinflusst dabei 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.

Beitrag des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentren 2010 Mädchengesundheit

Aktuelle Studien zeigen, dass Mädchen sich ab dem Beginn der Pubertät weniger gesund fühlen und weniger zufrieden mit ihrem Leben sind als gleichaltrige Burschen. Gesundheitsförderung für und mit Mädchen bietet die Chance Mädchen zu stärken und Einstellungen und Verhaltensweisen zu fördern, die das Gesundheitshandeln von ihnen als erwachsenen Frauen maßgeblich beeinflussen. Der Focus auf Mädchengesundheit hat damit zum Ziel, die Gesundheit von Frauen umfassend, aktuell aber auch langfristig und nachhaltig zu stärken.

Dazu muss Gesundheitsförderung nicht nur altersgerecht und geschlechterbewusst agieren sondern auch die unterschiedlichen Lebenslagen wie auch Möglichkeiten und Risiken von Mädchen mit bedenken. Sie muss über die reine Wissensvermittlung hinausgehen und Schutzfaktoren für ein seelisch und körperlich gesundes Aufwachsen fördern. Damit soll bereits im Kindes- und Jugendalter begonnen werden. Die Vorbildrolle der Familie (und damit sind alle Formen von Familie gemeint) und die Gewichtung ihrer Erziehung ist unbestritten. Aber auch LehrerInnen und BetreuerInnen in anderen Bildungs- und Freizeiteinrichtungen, in denen Mädchen einen Großteil ihrer Zeit verbringen, haben eine wichtige Vorbildfunktion und können Mädchen und junge Frauen maßgeblich unterstützen.

Um auf die Bedürfnisse dieser wichtigen Zielgruppe optimal eingehen zu können, muss man ihre Interessen und Lebenswelten gut kennen. Mädchen beschaffen sich ihre Informationen heute überwiegend und zu jeglichen Themen, selbstbestimmt aus dem Internet. Hier könnte ein Anknüpfungspunkt für Gesundheitsförderung (und Prävention) sein: qualitätsvolle Online-Ressourcen sind leider noch immer rar gesät und die Informationsflut für Einzelne kaum bewältigbar. Ein starker Selbstwert, ein starkes Gefühl der Selbstwirksamkeit, Lebensmut, aktive Lebensgestaltung und Konflikt- und Abgrenzungsfähigkeit sind die „Werkzeuge“, die Mädchen für ein selbstbestimmtes und gesundes Leben dringend brauchen. Diesen gegenüber stehen jedoch traditionelle Weiblichkeitsbilder, medizinische Machbarkeitsvorstellungen und wirtschaftliche Interessen, als Gesundheitsrisiken für Mädchen.

Wer sich also für Frauengesundheit einsetzt, muss:

1. lautstark Widerstand gegen Körpernormierungen, Medikalisierungstendenzen und Rollenstereotypen als gesundheitsschädigende Lebensbedingungen für Mädchen und Frauen leisten, darf
2. immer wieder nachforschen, auf Basis wissenschaftlicher Ergebnisse und im direkten Kontakt, was Frauen und

Mädchen aktuell bewegt und in ihrem Umgang mit ihrer Gesundheit und ihrem Körper beeinflusst und soll

3. mit Mädchen und MultiplikatorInnen arbeiten, um junge Frauen in ihrem Selbstwert und sozialen Kompetenzen zu stärken und ihre Handlungsspielräumen zu erweitern.

1.2 Das Gesundheits- und Risikoverhalten der Mädchen

Mag.^a Sonja Kodelitsch MSc., Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

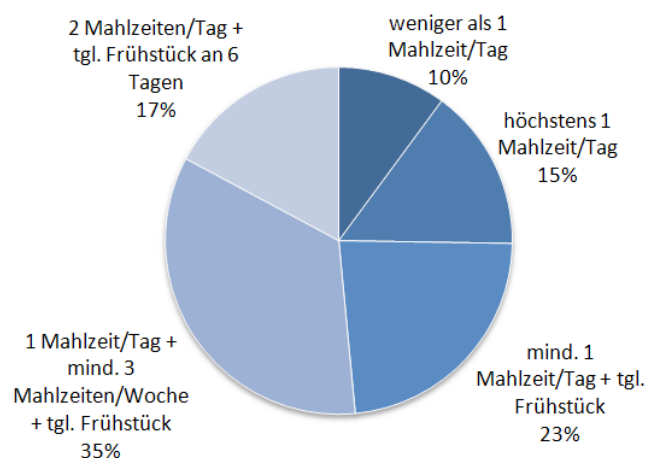
1.2.1 Ernährung

Eine ungesunde Ernährung wirkt sich auf die physische und kognitive Entwicklung aus und geht mit schwerwiegenden Gesundheitsproblemen einher (Herz-Kreislauferkrankungen, Krebserkrankungen, Schlaganfälle). Die Kombination von schlechter Ernährung und mangelnder Bewegung erhöht das Risiko für Übergewicht und Adipositas. Unausgewogene Ernährung und unregelmäßiges Essen begünstigen Krankheiten.

Mädchen frühstücken durchschnittlich 4,5 Tage die Woche, was jedoch mit steigendem Alter abnimmt. Die Jungen hingegen verzichten seltener auf ihr Frühstück. Beim Obstkonsum liegen die Mädchen besser als die gleichaltrigen Jungen. Tatsache ist, dass die Hälfte der SchülerInnen an weniger als fünf Tagen die Woche Obst zu sich nimmt, ein Fünftel maximal einmal pro Woche. Ähnlich zeigt sich das Verhalten beim Gemüsekonsum: 67,5% der SchülerInnen konsumieren an weniger als fünf Tagen die Woche Gemüse, 35,2% sogar nur an maximal einem Tag pro Woche.

Ein besonderes Problem stellt bei Mädchen die unregelmäßige Ernährung mit wertvollen Lebensmitteln und Vitaminen dar. Die vom Körper benötigte Energie wird aus diesem Grund nicht zum richtigen Zeitpunkt zur Verfügung gestellt, und die Leistungsfähigkeit der Mädchen ist somit nicht optimal. Als Ideal gelten drei Hauptmahlzeiten und 2 gesunde Jausen zwischendurch. Etwa drei Viertel der befragten Mädchen nehmen täglich ein Frühstück zu sich, 51% der Mädchen nehmen zumindest eine geregelte Mahlzeit pro Tag zu sich. Daraus resultierend gilt für 23% der 11- bis 15-jährigen Mädchen eine unzureichende und für 25% eine problematische Ernährungsweise - letzteres vor allem in Hinblick auf 15% der Mädchen, die nur eine Mahlzeit pro Tag und 10% der Mädchen, die weniger als eine Mahlzeit pro Tag einnehmen.³

Abbildung 45: Häufigkeit von Mahlzeiten/Tag bei 11- bis 15-jährigen Mädchen in Österreich



Quelle: HBSC Factsheet Nr. 2, http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/1/5/8/CH0776/CMS1191842242195/hbhc_factsheet_2_internet.pdf, (dl 03.08.2010)

3 HBSC Factsheet Nr. 2, http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/1/5/8/CH0776/CMS1191842242195/hbhc_factsheet_2_internet.pdf, (dl 03.08.2010)

Auffallend ist, dass besonders bei Mädchen, die weniger als eine Mahlzeit pro Tag zu sich nehmen, sehr viele übergewichtig sind (22%). Dies kann natürlich daran liegen, dass sich diese nicht geregelt ernähren, sondern zwischendurch sehr viel zucker- oder fettreiches Essen zu sich nehmen, oder aber dass der reduzierte Grundumsatz des Körpers zum Jo-Jo-Effekt führt. In der Pubertät ist eine Gewichtszunahme normal, da sich auch die Körpergröße verändert. Übergewicht entsteht und manifestiert sich durch falsche Ernährung mit zu viel Fett und zu viel Zucker (was u. a. auch in der Familie erlernt wird) und durch zu wenig Bewegung. Wenn Mädchen ihren Körper als zu dick wahrnehmen, beginnen sie damit, das Essen zu reduzieren, machen Diäten und verzichten auf Mahlzeiten. All dies führt zu einer Reduktion des Grundumsatzes; sobald allerdings die Ernährung wieder auf „normal“ umgestellt wird und der Grundumsatz noch auf dem reduzierten Level Energie verbraucht, beginnt die weitere Zunahme an Gewicht, die stärker ist als die vorausgehende Abnahme. Dies beschreibt auch das Modell der Paradoxie des Dickwerdens.⁴

Abbildung 46: Modell der Paradoxie des Dickwerdens



Quelle: HBSC Factsheet Nr. 2, http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/1/5/8/CH0776/CMS1191842242195/hbhc_factsheet_2_internet.pdf (dl 03.08.2010)

Der Süßigkeitenkonsum ist bei beiden Geschlechtern sehr hoch. Ca. 40% der SchülerInnen essen an mindestens fünf Tagen pro Woche Süßigkeiten, 13,9% tun dies täglich und etwa 10% mehrmals täglich. Rund 21% der befragten SchülerInnen konsumieren täglich Limonaden und etwa ein Drittel an fünf Tagen pro Woche. Dem gegenüber stehen rund die Hälfte der Befragten, welche auf zuckerhaltige Limonaden weitgehend verzichten und diese maximal 1mal pro Woche konsumieren.

Problematisch bei Mädchen ist das Diätverhalten, besonders bei untergewichtigen Mädchen: Davon erkennen 59% ihr aktuelles Gewicht als gerade richtig, 6% denken, sie sollten eine weitere Diät machen und 7% befinden sich bereits in einer Diät.⁵

4 Ebd.
5 Ebd.

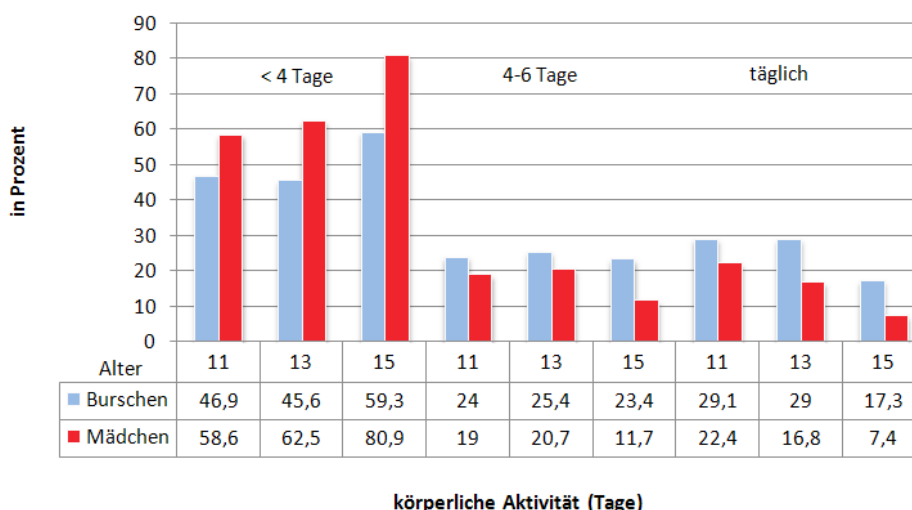
1.2.2 Bewegung

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

Kinder sollten sich auf Empfehlung von ExpertInnen mindestens 60 Minuten täglich 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 Bewegungsmaß mit dem älter werden ab. Lediglich ein Zehntel der 15-Jährigen entspricht den Empfehlungen der ExpertInnen.⁶

Abbildung 47: Tage pro Woche, an denen 11-, 13- und 15-jährige SchülerInnen in ihrer Freizeit körperlich so aktiv sind, dass sie ins Schwitzen geraten oder außer Atem kommen, nach Alter und Geschlecht



körperliche Aktivität (Tage)

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2007, Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang, S. 32

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 physische 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 wie auch in der Freizeitgestaltung (vor dem Fernseher und vor Spielkonsolen) erschwerend hinzu.⁷

1.2.3 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

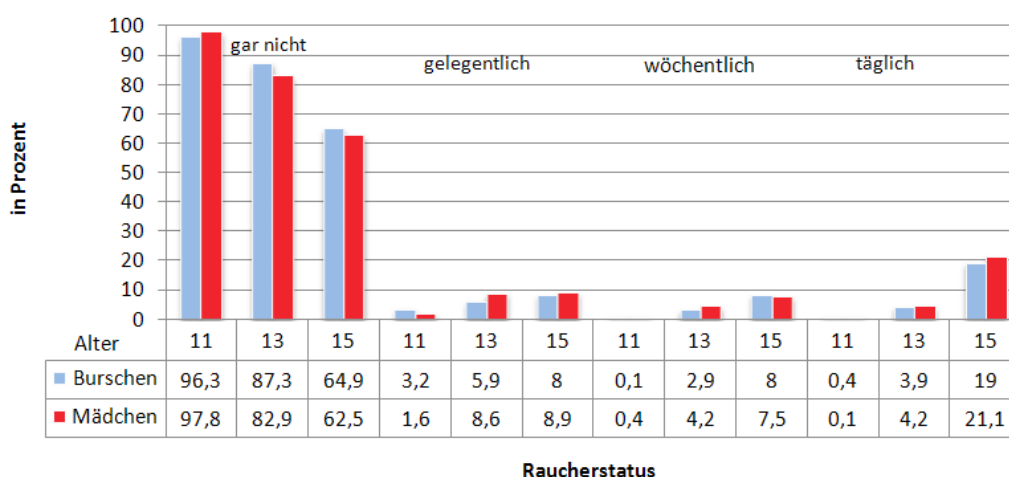
6 Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2007, Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang, S. 32
7 Ebd.

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 Jungen an, täglich zu rauchen.⁸ Der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 zufolge, gaben 21,2% der Mädchen und 26,1% der Jungen im Alter von 15 bis 19 Jahren an, täglich zu rauchen.

Dabei erscheint nicht das Experimentier- und Probierverhalten als erschreckend, sondern die Tatsache, dass rund die Hälfte derer, die das Rauchen probiert haben, darüber hinaus gehen. Für viele hat das Probierrauchen einen präventiven Effekt, weil es als kratzig, schmerzhaft, Übelkeit erzeugend und übel riechend wahrgenommen wird. 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 „gelegentlichen“ 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 48: 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, übermäßiger Alkoholkonsum reduziert 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.

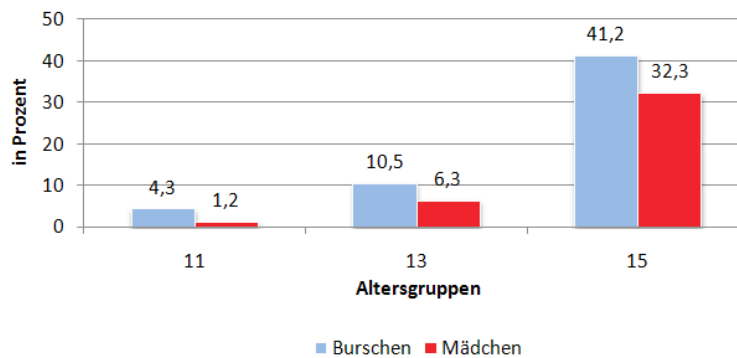
Das Einstiegsalter beim Konsum von Alkohol wird auf durchschnittlich 13,1 Jahre gesetzt, die erste Trunkenheit erfolgt mit 14,1 Jahren. Zwischen den Geschlechtern gibt es in diesem Zusammenhang keinen Unterschied.

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 alkoh-

liches 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 etwa einmal wöchentlich (jeder achte Junge).

Abbildung 49: Regelmäßiger Alkoholkonsum (mindestens ein alkoholisches Getränke wöchentlich oder öfter) bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2007, Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang, S. 44

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.

1.3 Das Sexualverhalten von Mädchen und jungen Frauen

Mag.^a Sonja Kodelitsch MSc., Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

Mag.^a (FH) Sigrid Ornetzeder, Gesundheitsmanagerin

Die Entwicklung einer reifen und gesunden Sexualität ist eine der zentralen Entwicklungsaufgaben im Jugendalter und kann als Zufriedenheit mit sich selbst wie auch mit der Fähigkeit, eine vertrauensvolle Beziehung einzugehen, definiert werden.⁹

Die WHO unterscheidet zwei Konzepte im Bereich der Erforschung der jugendlichen Sexualität: den „sexual health“-Ansatz und den „healthy sexuality“-Ansatz. Ersteres behandelt die Vermeidung negativer Konsequenzen des Geschlechtsverkehrs (z.B. übertragbare Krankheiten, unerwünschte Schwangerschaft), Zweiteres beschäftigt sich mit dem Wissen rund um die Sexualität, mit Erfahrungen und Einstellungen zu Sexualität.¹⁰ Studien und Forschungen basieren demzufolge auf diesen beiden Ebenen.

9 Strasburger, et al. 2000, S. 19

10 Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2007, Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang, S. 52ff

1.3.1 Sexuelle Aufklärung

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. Im Zuge dessen stellt sich auch die Frage, inwiefern sexualpädagogische Aufklärung Sinn macht und ob sie überhaupt noch nötig ist.

Das vorliegende Kapitel enthält Informationen aus der aktuellen Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA, Köln), die auf Ergebnissen aus persönlichen Interviews und schriftlichen Befragungen (mit ca. 2.800 deutschen Mädchen und Burschen, 2.000 dazugehörigen Eltern und 700 Mädchen und Burschen mit Migrationshintergrund) basieren. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von April bis August 2009. Aufgrund der ähnlichen gesellschaftlichen Strukturen werden die deutschen Studienergebnisse für diesen Bericht herangezogen.

Betrachtet man die Ergebnisse der Studie zur Jugendsexualität 2010 der BzgA - wo sich rund 84% der Mädchen und 83% der Jungen zwischen 14 und 17 Jahren für aufgeklärt halten - und die einer anderen Studie zum Thema Sexualität und Kontrazeption, erkennt man sehr wohl die Aktualität und Bedeutung von sexualpädagogischen Aufklärungsprojekten.¹¹

Die Studie „Sexualität und Kontrazeption“ zeigt, dass sich 94% aller 14-Jährigen in sexuellen Dingen für ganz oder ziemlich aufgeklärt halten, aber vier von fünf Jugendlichen nicht wissen, wann eine Frau am leichtesten schwanger werden kann, dass als wichtigste Person für die Aufklärung weder Eltern noch LehrerIn, sondern der Freundeskreis genannt wird und dass 41% aller befragten männlichen Jugendlichen Pornos als geeignete Informationsquelle für ihre Aufklärung erachten.

Es entsteht der Eindruck, dass sich Jugendliche bzgl. ihrer Aufgeklärtheit überschätzen und die Aufklärungsarbeit durch ausgebildete Fachkräfte dadurch äußerst wichtig erscheint.¹²

1.3.2 Die erste Regelblutung und Körperempfinden

Die erste Regelblutung betreffend wussten 80% der Mädchen vor dem Einsetzen ihrer Monatsblutung darüber Bescheid, Mädchen mit Migrationshintergrund liegen mit 66% anteilmäßig deutlich darunter. Dieses Wissen steht in engem Zusammenhang mit Gesprächen rund ums Thema Sexualität und Geschlechtsreife im eigenen Haushalt.¹³ Vier Fünftel der Mädchen bekamen ihre erste Regelblutung vor dem 14. Lebensjahr, rund 5% mit 11 Jahren. Die meisten Mädchen sind bei ihrer ersten Regelblutung zwischen 12 und 13 Jahre alt, lediglich 3-4% sind 15 Jahre alt oder älter. Sexuelle Frühreife lässt allerdings keine Rückschlüsse über frühere sexuelle Aktivität zu.¹⁴

In der Zeit der Pubertät und der Adoleszenz finden neben massiven körperlichen Veränderungen einschneidende psychosoziale Veränderungen statt, wobei Kinder und Jugendliche eine große Anpassungsleistung zu vollbringen haben: die Ablösung von den Eltern, den Aufbau von tragenden zwischenmenschlichen Beziehungen, die Entwicklung einer sexuellen Identität, die Gestaltung einer Ausbildungs- und Berufsperspektive.¹⁵ 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 bedeutsam und hat mehr Bedeutung als die eigene Körperfitness. Die Jungen sind generell weniger kritisch, sie sind von den Schlankheitsnormen der Mädchen wenig beeindruckt, bei ihnen steht eher die Fitness im Vordergrund.

11 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2010, S. 65

12 Weidinger et al. 2000, S. 4

13 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010, S. 67ff

14 Ebd., S. 93ff

15 Österreichisches Institut für Jugendforschung, 1995; IBM-Jugendstudie, 2000

1.3.3 Sexuelle Erfahrungen

Bei Jugendlichen ist eine Vorverlegung sowohl der sexuellen Reifungsprozesse als auch der ersten sexuellen Erfahrungen und Veränderungen in den Beziehungsmustern zu erkennen: Der Beginn der Pubertät - bei Mädchen mit dem Einsetzen der Menstruation und bei Jungen mit dem ersten nächtlichen Samenerguss, der Pollution, angesetzt - hat sich seit der Jahrhundertwende nach vorne verschoben.¹⁶

39% der 14-jährigen Mädchen gibt an, noch keine sexuellen Erfahrungen gesammelt zu haben, 22% der 15-Jährigen, 15% der 16-Jährigen und 8% der 17-jährigen Mädchen. Der Anteil ist bei Mädchen mit Migrationshintergrund in allen Altersgruppen deutlich höher.

Zu den sexuellen Erfahrungen ohne Koitus zählen Brustpetting, männlich-aktives Genitalpetting und weiblich-aktives Genitalpetting. Mit dem Alter steigt auch der Anteil der erfahrenen Mädchen. Die Anteile an erfahrenen Mädchen mit Migrationshintergrund sind in diesem Bereich geringer. Bei den Jungen hingegen zeigen sich jene mit Migrationshintergrund als erfahrener. Warum es beim Austausch von Zärtlichkeiten geblieben und nicht zum Geschlechtsverkehr gekommen ist, wird folgendermaßen begründet: Fehlen des Richtigen, bin noch zu jung, Angst vor Ungeschick, zu schüchtern, Angst vor Schwangerschaft oder vor den Eltern. Bei Mädchen mit Migrationshintergrund ist die Tatsache, dass das vor der Ehe nicht richtig wäre, ein häufig genannter Grund.¹⁷ „Das erste Mal“ hatten die Jugendlichen (der repräsentativen HBSC Studie von 2006 zufolge) mit 14,5 Jahren. 31% der Jungen und 25% der Mädchen hatten mit 15 Jahren bereits Sex.

7% der Mädchen und 9% der jugendlichen Migrantinnen erlebten bereits mit 14 Jahren ihren ersten Geschlechtsverkehr (bei Jungen 4% und 10% mit Migrationshintergrund). 21% der befragten Mädchen waren 15 Jahre, etwa die Hälfte 16 Jahre alt, und der Großteil (mit 66%) hatte den ersten Geschlechtsverkehr im Alter von 17 Jahren. Jungen ohne Migrationshintergrund sind beim ersten Geschlechtsverkehr generell älter als die Mädchen. Jungen mit Migrationshintergrund sind im Vergleich jünger als ihre gleichaltrigen Geschlechtsgenossen ohne Migrationshintergrund.

Im Zeitverlauf (2005-2009) zeigt sich, dass der Anteil der jüngeren Mädchen (14 und 15 Jahre), die bereits Geschlechtsverkehr hatten, sinkt. 34% der 17-jährigen Mädchen und 47% der jugendlichen Migrantinnen hatten keinen Geschlechtsverkehr.¹⁸

Die Gründe, warum es zum ersten Mal Geschlechtsverkehr gekommen ist, werden von Mädchen folgendermaßen angegeben:

- 2% „in erster Linie wollte ich“
- 8% „in erster Linie wollte mein Partner“
- 43% „wir hatten beide den Wunsch“
- 39% „hat sich in der Situation so ergeben“
- 8% „ich war neugierig“

Auffallend ist, dass der Anteil der Jungen bei der Antwortkategorie „in erster Linie wollte ich“ höher ist als bei den Mädchen. Immerhin 8% der Mädchen lassen sich zum Geschlechtsverkehr überreden und stellen die Bedürfnisse des Partners vor ihre eigenen.

64% der Mädchen hatten den ersten Geschlechtsverkehr mit ihrem festen Freund, 28% mit einem guten Bekannten, 4% mit einem flüchtigen Bekannten, 1% war verlobt und ein weiteres Prozent mit einem Nicht-bekanntem.

60% der Mädchen erlebten ihren ersten Geschlechtsverkehr als „etwas Schönes“, 22% als „etwas Unangenehmes“, 17% als „nichts Besonderes“ und 13% hatten danach ein schlechtes Gewissen.¹⁹

Lediglich 55% der befragten Mädchen treffen die Einschätzung, dass sie den ersten Geschlechtsverkehr genau zum richtigen Zeitpunkt hatten, 33% denken, dass es etwas zu früh war, 8% sind der Meinung, es war viel zu früh.

16 Kindergesundheitsbericht, 2000

17 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2010, S. 105ff

18 Ebd., S. 111ff

19 Mehrfachnennungen waren möglich

Knapp die Hälfte der Mädchen hatte einige Tage nach dem ersten Mal das zweite Mal Geschlechtsverkehr, ein Fünftel wartete mehrere Wochen. Dabei ist auffällig, je geringer die Vertrautheit mit dem (ersten) Sexualpartner war, desto länger ist die Zeitspanne bis zum nächsten Geschlechtsverkehr. Ein Vergleich der letzten Jahre zeigt, dass ein gestiegener Anteil an Jugendlichen beim ersten Sexualpartner bleibt (1980: 29%, 1998: 33%, 2009: 40%) und zum Zeitpunkt der Befragung keinen weiteren Sexualpartner hatte.

Mädchen weisen bedeutend weniger Erfahrung mit Masturbation auf als Jungen: die Verteilung liegt bei etwa einem Drittel zu drei Viertel.²⁰

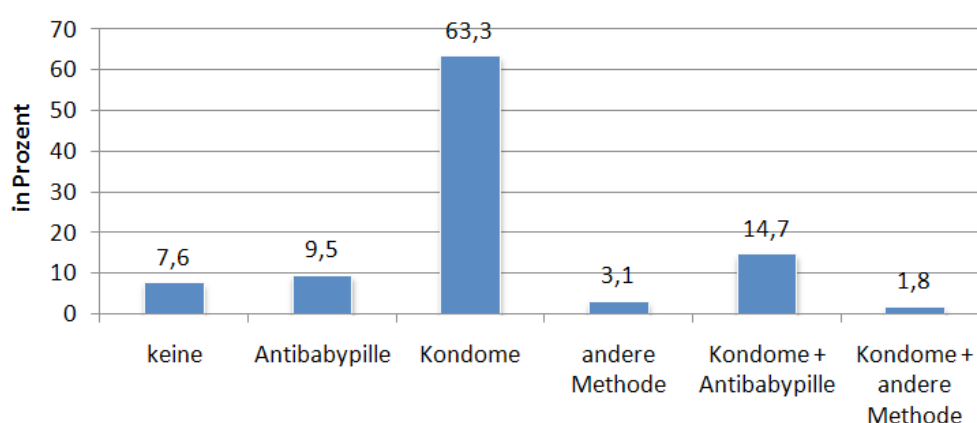
1.3.4 Verhütungsmethoden der Jugendlichen

Die HBSC-Studie in Österreich zeigt im Bereich der Verhütungsmethoden folgende Ergebnisse: 7,6% der 15-jährigen SchülerInnen verwendeten beim letzten Geschlechtsverkehr kein Verhütungsmittel. Dieses Ergebnis wird von der BzGA-Studie bestätigt, wonach 8% der 14- bis 17-jährig befragten Jugendlichen angeben, beim ersten Mal keine Verhütung verwendet zu haben. Hier lässt sich ein enger Zusammenhang mit dem Bildungshintergrund herstellen: Hauptschülerinnen verhüten beim ersten Mal doppelt so häufig nicht wie Gymnasiastinnen. Je älter die Mädchen beim ersten Mal sind, desto häufiger greifen sie zur Pille oder kombinieren diese zusätzlich mit einem Kondom. Im Vierjahresvergleich zeigt sich, dass der Anteil der nicht-verhütenden Mädchen gesunken ist (von 9% auf 8%), der Anteil der Kondomanwenderinnen von 71% auf 75% gestiegen ist und die Zahl jener, die die Pille nehmen, ebenfalls von 35% auf 39% gestiegen ist.²¹

Gründe für die Nicht-Verhütung beim ersten Mal sind für Mädchen: es kam zu spontan (60%), wird schon nichts passieren (42%), nicht ansprechen getraut (22%), Einfluss von Alkohol und Drogen (11%), kein Verhütungsmittel zur Hand (37%), wollten „aufpassen“ (21%), und 21% wissen nicht, warum. Mit zunehmender Erfahrung erhöht sich die Anwendung der Pille, während die Verwendung von Kondomen reduziert wird.

80% der HBSC-befragten Gruppe verwendeten ein Kondom, etwas mehr als 16% kombinierten dieses darüber hinaus mit einem weiteren Verhütungsmittel.

Abbildung 50: Verhütungsmethoden der 15-jährigen SchülerInnen beim letzten Geschlechtsverkehr



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2007: Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang, S. 53

In der BzGA-Studie geben drei Viertel der Jugendlichen an, ein Kondom verwendet zu haben, etwa 40% die Pille, und 4 bis 5% sonstige Verhütungsmittel. Darüber hinaus empfehlen mehr als 30% der Eltern ihren Töchtern, ein Kondom zu verwenden, 46% die Pille und knapp ein Fünftel der Eltern eine Kombination aus Pille und Kondom. Bei den Jungen wird zu 70% das Kondom als Verhütungsmittel empfohlen.²²

20 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2010, S. 105ff

21 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2010, S. 153ff

22 Ebd., S. 13 ff

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. 90% der Jugendlichen werden ab der 8. Schulstufe aufgeklärt. Die wichtigsten Themen dabei sind: Geschlechtsorgane, Eisprung, Menstruation, Fruchtbarkeit, körperliche Entwicklung, Empfängnisverhütung, Schwangerschaft und Geburt, Schwangerschaftsabbruch, sexuelle Gewalt, Homosexualität, sexuelle Praktiken und Höhepunkt.

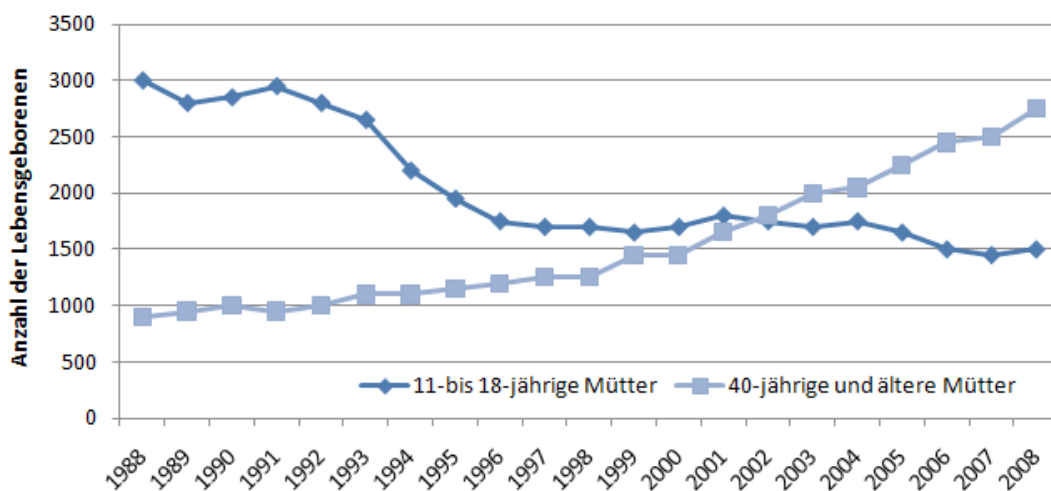
1.3.5 Teenagerschwangerschaften

Dr.ⁱⁿ Barbara Schildberger M.A., Hebamme, Soziologin, FH Gesundheitsberufe OÖ GmbH

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. Mangelhafte Aufklärung sowie schlechter Zugang zu FrauenärztInnen (rezeptpflichtige hormonelle Kontrazeption) dürften auch die Ursache für eine höhere Rate an Interruptiones sein (in Deutschland 2002 in der Altersgruppe 12–14 Jahre: 7.595 Geburten vs. 7.691 Interruptiones).“²³

Abbildung 51: Biografisch frühe und späte Mutterschaften seit 1988



Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsstatistik 2008, S. 29

Als wesentlich im Zusammenhang mit schwangeren Teenagern und Teenager-Müttern ist eine ganzheitliche Betreuung und Beratung der Jugendlichen und deren Familien anzusehen. Neben einer Vorbereitung auf die Elternschaft, einer engmaschigen Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge und einer Unterstützung beim Aufbau eines sozialen und familiären Netzwerkes müssen auch Hilfestellungen in finanziell-existentialen Belangen, Bildungsfragen und beruflichen Agenden geleistet werden.

„Es wird die Aufgabe unserer Gesellschaft sein, die Prävention im Sinne einer altersgerechten und kompetenten Aufklärung all unserer Jugendlichen durchzuführen und sich in Zukunft auch zu überlegen, wie wir solch jugendlichen Müttern den Wiedereinstieg in die Schule oder die Weiterführung einer Berufsausbildung



ermöglichen können. Denn zurzeit 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, und so entsteht ein Circulus vitiosus, der nur schwer zu durchbrechen ist.“, so Mahrhofer.²⁴

1.3.6 Sexualpädagogische Aufklärungsprojekte

Mag.^a (FH) Sigrid Ornetzeder, Gesundheitsmanagerin

Sexualpädagogische Aufklärungsprojekte sollen die Gesundheit Jugendlicher fördern, indem sie dazu beitragen, gerade jungen Menschen ein hohes Maß an Wissen zu vermitteln, damit sie fähig sind, in Zukunft eigene gesunde Entscheidungen in Bezug auf ihre Sexualität treffen zu können.

An folgende Institutionen in Österreich können sich vor allem Jugendliche wenden, um Beratung und Informationen zu erhalten:

INSTITUTION			THEMA
Herzklopfen	0800/20 60 60		Allgemein
Rat auf Draht	147		Allgemein
Telefonseelsorge	142		Allgemein
Familienberatung		www.familienberatung.gv.at	Schwangerschaft
First Love		www.firstlove.at	Sexualberatung
MAG 11 Jugendberatung	01/4000-90935	www.wien.gv.at/ma15/jugendberat.htm	Allgemein
pro:woman	01/512 96 31-250	www.prowoman.at	Schwangerschaft
Verein Horizonte	01/489 66 48		Allgemein
Miteinander Lernen-birlikte ögrenelim	01/493 16 08	www.miteinlernen.at	Allgemein. Für Kinder, Jugendliche und Frauen mit türkischer Herkunft
Beratungsstelle des Diözesanen Hilfsfonds für Schwangere. Erzdiözese Wien	01/545 52 22	www.hilfsfonds.or.at	Schwangerschaft
Österr. Gesellschaft für Familienplanung	01/404 00-2852		Menschen mit Behinderung. Partnerschaft und Sexualität
HOSI		www.hosi.at	Homosexualität
COMMON!MOTION!	01/585 43 43		Coming-out Schwuler und Bisexueller bis 25
Frauenberatungsstellen Freiraum	02635/611 25	www.frauenberatung-freiraum.at	Allgemein

INSTITUTION			THEMA
Frauen-, Mädchen und Familienberatung Güssing	03322/430 01	www.frauenberatung-guessing.at	Allgemein
Bily	0732/7704/97	www.bily.info	Jugend-, Familien und Sexualberatung
PGA – Lovetour	0732/77 12 00 48	www.lovetour.at	Sexualberatung
Verein Sexualberatungsstelle Salzburg	0662/870 870	www.sexualberatung-salzburg.at	Sexualberatung
Verein Mafalda	0316/33 73 000	www.mafalda.at	Allgemein
Rosalila PantherInnen	0316/36 66 01	www.homo.at	LesBiSchwule Personen
Zentrum für Jugendarbeit Z6	0512/58 08 08	www.z6online.com	Allgemein
Jugendtelefon Vorarlberg	05572/142	www.142online.at	Allgemein

Einen Überblick über den Zusammenhang von sexualpädagogischen Aufklärungsprojekten und der Förderung von Gesundheit liefert eine 2008 verfasste Arbeit zum Thema Qualität, Kundenzufriedenheit und sexualpädagogische Aufklärung. Fragen, warum solche Projekte überhaupt notwendig sind und inwiefern die Wirksamkeit gemessen werden kann, sind weitere Themen, die behandelt werden. Auch der Zusammenhang von Zufriedenheit und Qualität wird erörtert, und verschiedenste Messvorgänge werden theoretisch dargelegt. Die Ergebnisse der Befragung zur Zufriedenheit der Jugendlichen mit dem sexualpädagogischen Aufklärungsprojekt Lovetour zeigen, dass Jungen im Durchschnitt unzufriedener als Mädchen sind. Darum muss in Zukunft vermehrt auf die Bedürfnisse der männlichen Jugendlichen eingegangen werden. Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen männlichen und weiblichen SexualpädagogInnen zu schaffen wäre hier ein guter Ansatzpunkt. 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.²⁵

1.4 Bildung

Mag.^a Sonja Kodelitsch MSc., Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

1.4.1 Schulbildung

Mit einem höheren Bildungsniveau verfügen Menschen über ein größeres Gesundheitsbewusstsein, und sie leben gesünder. Ein Zugang in der Gesundheitsförderung und Prävention ist somit die Bildung. Im Hinblick auf Geschlechtergerechtigkeit ist der Bildungsstand maßgebend für Mädchen und Jungen in deren künftigen Lebensstilen.

25 Ornetzeder, 2008

Im folgenden Abschnitt werden Statistiken zu Schulabschlüssen, die vom Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (Abteilung Gender und Abteilung Statistik) zur Verfügung gestellt wurden, dargestellt und erläutert.

Rund 48% der SchülerInnen im Regelschulwesen sind weiblich. In Volks- und Hauptschulen und in der Neuen Mittelschule ist 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.

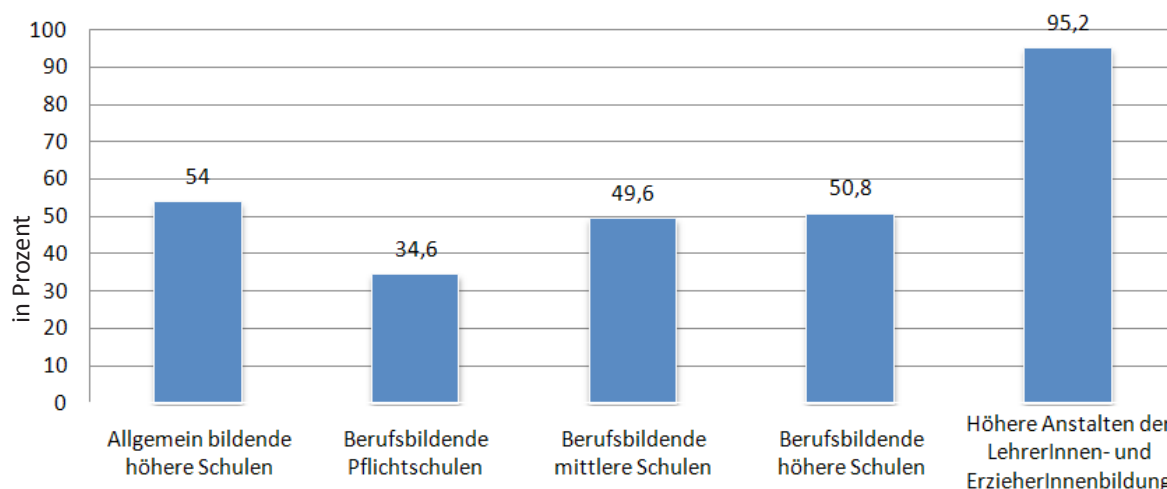
Tabelle 46: Mädchenanteil nach Schultypen, Schuljahr 2008/09

Schultyp ¹	SchülerInnen		
	gesamt	davon weiblich	in %
Alle Schulen im Regelschulwesen	1.151.826	551.126	47,8
Allgemein bildende Schulen insgesamt	812.245	398.556	49,1
Allgemein bildende Pflichtschulen gesamt	604.017	286.324	47,4
Volksschulen	332.210	160.829	48,4
Hauptschulen	237.989	113.074	47,5
Sonderschulen und Sonderschulklassen	13.170	4.720	35,8
Polytechnische Schulen	20.648	7.701	37,3
Modellversuch "Neue Mittelschule"	3.441	1.664	48,4
Allgemein bildende höhere Schulen gesamt	204.787	110.568	54,0
Allgemein bildende höhere Schulen Langform	176.508	93.455	52,9
AHS - 1. bis 4. Klasse (Unterstufe)	116.384	60.222	51,7
AHS - 5. bis 9. Klasse (Oberstufe)	60.124	33.233	55,3
Oberstufenrealgymnasien	23.926	14.702	61,4
Allgemein bildende höhere Schulen für Berufstätige	3.687	2.061	55,9
Aufbaugymnasien und Aufbaurealgymnasien	666	350	52,6
Berufsbildende Schulen und Akademien insgesamt	326.913	142.700	43,7
Berufsbildende Pflichtschulen gesamt	140.373	48.500	34,6
Berufsschulen	139.462	48.011	34,4
Land- und forstwirtschaftliche Berufsschulen	911	489	53,7
Berufsbildende mittlere Schulen gesamt	50.767	25.166	49,6
Gewerbliche, technische und kunstgewerbliche Schulen	16.321	3.269	20,0
Kaufmännische Schulen	11.318	6.578	58,1
Schulen für wirtschaftliche Berufe	8.605	7.402	86,0

Schultyp ¹	SchülerInnen		
	gesamt	davon weiblich	in %
Sozialberufliche Schulen	1.489	1.388	93,2
Land- und forstwirtschaftliche Schulen	13.034	6.529	50,1
Berufsbildende höhere Schulen gesamt	135.750	69.018	50,8
Gewerbliche, technische und kunstgewerbliche Schulen	60.683	15.518	25,6
Kaufmännische Schulen	43.129	26.271	60,9
Schulen für wirtschaftliche Berufe	28.274	25.694	90,9
Land- und forstwirtschaftliche Schulen	3.664	1.535	41,9
Berufsbildende Akademien	23	16	69,6
Anstalten der Lehrer- und Erzieherbildung insgesamt	12.668	9.870	77,9
Mittlere Anstalten der Lehrer- und Erzieherbildung	3.208	861	26,8
Höhere Anstalten der Lehrer- und Erzieherbildung	9.460	9.009	95,2

1) Schulen des Gesundheitsbereichs und Schulen mit eigenem Organisationsstatut sind nicht inkludiert. Mittlere Anstalten der LehrerInnen und ErzieherInnenbildung: Zahlen aus dem Vorjahr. Quelle: Statistik Austria - Bildungsdokumentation

Abbildung 52: Mädchenanteil nach Schultypen, Schuljahr 2008/09



Quelle: zur Verfügung gestellt vom Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, Abteilung Gender Mainstreaming / Gender und Schule

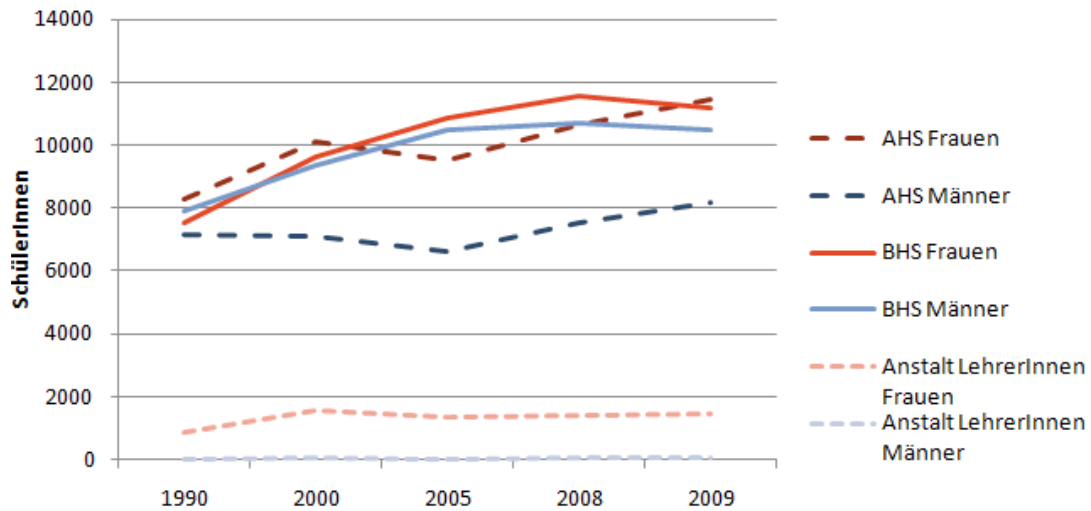
Insgesamt ist im Vergleichszeitraum 1990-2009 die Anzahl der MaturantInnen um knapp 38% gestiegen. Der Anteil der Mädchen mit Matura-Abschluss hat sich in den letzten 20 Jahren fast verdoppelt (+45%), jener der Jungen stieg um etwa ein Viertel. Im Jahr 2009 waren 56% der MaturantInnen weiblich, auf die 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%.

Tabelle 47: SchülerInnen in Maturaklassen nach Schultypen und Geschlecht, Maturajahre 1990, 2000, 2005 sowie 2008 und 2009¹

Schultyp		Maturajahr				
		2009	2008	2005	2000	1990
Alle Schulen im Regelschulwesen	Gesamt	42.781	41.868	38.802	37.796	31.744
	Frauen	24.098	23.596	21.695	21.269	16.651
	Männer	18.683	18.272	17.107	16.527	15.093
Allgemein bildende höhere Schulen gesamt	Gesamt	19.610	18.154	16.113	17.255	15.473
	Frauen	11.451	10.625	9.504	10.131	8.305
	Männer	8.159	7.529	6.609	7.124	7.168
Allgemein bildende höhere Schulen (Langform) ²	Gesamt	13.660	12.707	11.348	12.348	11.024
	Frauen	7.756	7.183	6.557	6.980	5.820
	Männer	5.904	5.524	4.791	5.368	5.204
Oberstufenrealgymnasien	Gesamt	5.001	4.953	4.395	4.517	4.087
	Frauen	3.169	3.171	2.729	2.944	2.357
	Männer	1.832	1.782	1.666	1.573	1.730
Allgemein bildende höhere Schulen (Sonderformen) ³	Gesamt	949	494	370	390	362
	Frauen	526	271	218	207	128
	Männer	423	223	152	183	234
Berufsbildende höhere Schulen gesamt⁴	Gesamt	21.649	22.252	21.322	18.955	15.411
	Frauen	11.166	11.554	10.846	9.599	7.505
	Männer	10.483	10.698	10.476	9.356	7.906
Technische und gewerbliche höhere Schulen ⁵	Gesamt	9.511	9.295	9.648	7.794	6.451
	Frauen	2.268	2.222	2.219	1.627	1.108
	Männer	7.243	7.073	7.429	6.167	5.343
Kaufmännische höhere Schulen	Gesamt	6.573	7.432	6.843	6.741	6.040
	Frauen	4.114	4.579	4.458	4.103	3.849
	Männer	2.459	2.853	2.385	2.638	2.191
Höhere Schulen für wirtschaftliche Berufe	Gesamt	4.854	4.798	4.158	3.796	2.402
	Frauen	4.484	4.437	3.904	3.599	2.390
	Männer	370	361	254	197	12
Land- und forstwirtschaftliche höhere Schulen	Gesamt	711	727	673	624	518
	Frauen	300	316	265	270	158
	Männer	411	411	408	354	360
Höhere Anstalten der Lehrer- und Erzieherbildung⁶	Gesamt	1.522	1.462	1.367	1.586	860
	Frauen	1.481	1.417	1.345	1.539	841
	Männer	41	45	22	47	19

1) In- und ausländische SchülerInnen in Abschlussklassen Matura führender Schulen, ohne Kollegs; Datenmeldung jeweils Oktober des Vorjahres; 2005: SchülerInnen in den Abschlussstufen, vorläufige Zahlen; 2) Gymnasien, Realgymnasien und Wirtschaftskundliche Realgymnasien; 3) Aufbaugymnasien und -realgymnasien und Allgemein bildende höhere Schulen für Berufstätige; 4) Jeweils inklusive Sonderformen (für Berufstätige, Aufbaulehrgänge); 5) Inklusive Höhere Lehranstalten für Fremdenverkehrsberufe und Höhere Lehranstalten für Bekleidungsberufe; 6) Bildungsanstalten für Kindergartenpädagogik und Bildungsanstalten für Sozialpädagogik
 Quelle: Statistik Austria - Bildungsdokumentation, eigene Berechnungen BMUKK

Abbildung 53: Reifeprüfung nach Schultypen 1990, 2000, 2005, 2008, 2009



Quelle: Statistik Austria - Bildungsdokumentation, eigene Berechnungen BMUKK

1.4.2 Lehrlingsausbildung

Seit dem Jahr 1970 schwankt die Anzahl der Lehrlinge zwischen 45.454 (1970) und 39.131 (2009). Ein längerer Sinken der Anzahl an Lehrlingen war zwischen 1985 und 1996 zu verzeichnen, die Gegenwende kam im Jahr 1997, als ein markanter Aufwärtstrend zu spüren war. Einen weiteren Aufwärtstrend gab es zwischen 2002 und 2007, der jetzt wieder von sinkenden Zahlen begleitet wird.²⁶ Das Ergreifen eines Lehrberufs oder die Entscheidung für den weiteren Schulweg ist von vielen Faktoren abhängig. Wo liegen die Interessen? Gibt es im ausgewählten Bereich gute Job-Aussichten und Zukunftschancen, oder wird in den Medien von möglichen Krisen berichtet? Wie hoch ist die aktuelle Jugendarbeitslosigkeit, und wie stark werden Lehrberufe schmackhaft gemacht bzw. durch Wirtschaft und Politik unterstützt? All diese Fragen werden durch mediale und gesellschaftliche Trends beeinflusst. Ausschlaggebend dafür, wozu sich junge Menschen entscheiden, ist auch ihre Sozialisation.

Insgesamt gab es 2009 zirka halb so viele weibliche Lehrlinge (44.812) wie männliche (86.864). 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.

Tabelle 48: Lehrlinge nach Sparten und Geschlecht, Stichtag 31.12.2009

Sparte	Insgesamt	Frauen	Frauen in %	Männer
Summe¹	131.676	44.812	34,0	86.864
Gewerbe und Handwerk	59.788	12.181	20,4	47.607
Industrie	16.654	2.284	13,7	14.370
Handel	19.034	12.865	67,6	6.169
Bank und Versicherung	1.198	654	54,6	544

26 Wirtschaftskammer Österreich, 2010, <http://wko.at/statistik/jahrbuch/Lehrling5.pdf>, (dl 10.08.2010)

Transport und Verkehr	2.590	763	29,5	1.827
Tourismus und Freizeitwirtschaft	13.546	7.262	53,6	6.284
Information und Consulting	2.973	1.336	44,9	1.637
Nichtkammer ²	8.473	4.771	56,3	3.702
Nichtkammer §§29 u. 30 ³	3.595	1.016	28,3	2.579
§30b Überbetriebliche Ausbildung (AMS) ⁴	3.825	1.680	43,9	2.145

1) davon haben 4.683 Jugendliche einen Ausbildungsplatz in der integrativen Berufsausbildung; 2) Nicht der Kammer der gewerblichen Wirtschaft zugehörige Betriebe (z.B. RechtsanwältInnen, Magistrate, usw.); 3) In Anstalten nach dem Jugendgerichtsgesetz und in Fürsorgeerziehungsheimen nach dem Jugendwohlfahrtsgesetz sowie in selbstständigen Ausbildungseinrichtungen zurückgelegte Zeiten; 4) Nach einer neuen Regelung im BAG 2008 werden ab heuer die im Auftrag des AMS überbetrieblich ausgebildeten Lehrlinge erstmals statistisch erfasst.

Quelle: WKO, <http://wko.at/statistik/jahrbuch/Lehrling3.pdf>, (dl 10.08.2010)

Die unten angeführte 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.²⁷

Tabelle 49: Lehrlinge in Bundesländern

Bundesland	gesamt	weiblich	in %
Burgenland	3061	842	27,5
Kärnten	9427	3505	37,2
Niederösterreich	19961	5599	28,1
Oberösterreich	28009	9486	33,9
Salzburg	10550	3882	36,8
Steiermark	19838	6731	33,9
Tirol	13854	4943	35,7
Vorarlberg	8147	2768	34,0
Wien	18829	7056	37,5
Österreich	131676	44812	34,0

Quelle: Wirtschaftskammer Österreich, 2010, <http://wko.at/statistik/jahrbuch/Lehrling4.pdf>, (dl 10.08.2010)

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).²⁸ Männer verteilen sich bei der Wahl ihres Lehrberufes viel stärker auf unterschiedliche Berufsbranchen.

²⁷ Wirtschaftskammer Österreich, 2010, <http://wko.at/statistik/jahrbuch/Lehrling4.pdf>, (dl 10.08.2010)

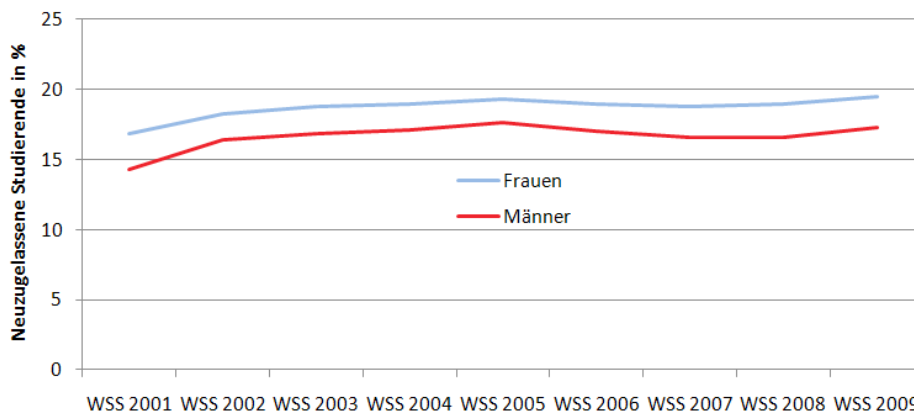
²⁸ Wirtschaftskammer Österreich, 2010, <http://wko.at/statistik/jahrbuch/Lehrling6.pdf>, (dl 10.08.2010)

1.4.3 Universitäten

Im Zeitraum von 2001 bis 2008 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%. 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.

Abbildung 54: Neuzulassung von Studierenden nach Geschlecht, Wintersemester 2001-2009



Quelle: Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung. Uni:data warehouse. Gender Monitoring: Studierende an Universitäten, Einstiegsquoten, Anteil an StudienanfängerInnen an allen Studierenden. Quelle: Datenmeldungen an Universitäten auf Basis UniStEV. Datenprüfung und -aufbereitung: bm.wf. Abt I/9

Studienrichtungen

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.²⁹

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: Humanmedizin 2006: 56,6% Frauen, 43,3% Männer; 2009: 51,5% Frauen, 48,5% Männer; Sozial- und Wirtschaftswissenschaften: 2006: 55,4% Frauen, 44,6% Männer; 2009: 51,2% Frauen, 48,8% Männer. Im Studienjahr 2009/2010 gab es erstmals eine Überrepräsentation der Männer im Bereich Sozial- und Wirtschaftswissenschaften.

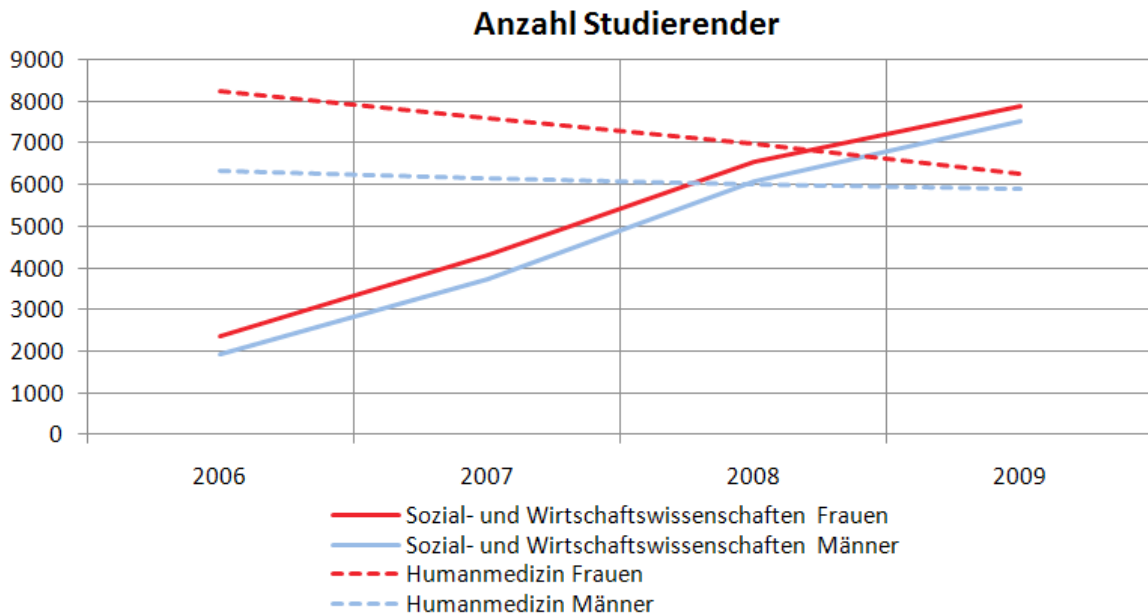
Hinweise auf eine geschlechtsspezifische Angleichung bei besonders hoher Überrepräsentation von Frauen oder Männern sind nicht zu erkennen.

Tabelle 50: Studienrichtung nach Geschlecht 2009/2010 an öffentlichen Universitäten

Studienart, Hauptstudienrichtung	Insgesamt			
	Gesamt	Männer	Frauen	Frauen in %
Insgesamt	335.750	155.690	180.060	53,6
Studienart				
Bachelorstudien	141.786	68.511	73.275	51,7
Lehramtsstudium	14.192	5.024	9.168	64,6
Diplomstudium (ohne Lehramt)	128.822	55.637	73.185	56,8
Masterstudien	20.496	10.392	10.104	49,3
Doktoratsstudium	30.454	16.126	14.328	47,0
Hauptstudienrichtung				
Theologie	3.022	1.749	1.273	42,1
Rechtswissenschaften	38.155	18.002	20.153	52,8
Sozial- und Wirtschaftswissenschaften	64.147	33.033	31.114	48,5
Medizin	13.565	6.558	7.007	51,7
Geisteswissenschaften	94.432	27.842	66.590	70,5
Naturwissenschaften	48.459	19.151	29.308	60,5
Technik	46.339	36.212	10.127	21,9
Montanistik	3.444	2.667	777	22,6
Bodenkultur	9.401	5.063	4.338	46,1
Veterinärmedizin	1.889	362	1.527	80,8
Musik	3.447	1.338	2.109	61,2
Darstellende Kunst	458	211	247	53,9
Bildende und angewandte Kunst	5.159	2.217	2.942	57,0
Individuelles Diplomstudium	3.833	1.285	2.548	66,5

Quelle: Statistik Austria, Hochschulstatistik. Erstellt am: 29.07.2010, eigene Berechnungen

Abbildung 55: Unterschiede ausgewählter Studien nach Geschlecht, 2006-2009



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

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.³⁰ 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 51: 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

Quelle: 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.

Tabelle 52: AbsolventInnen Fachhochschulen nach Geschlecht, 2002-2009

Studienjahr	Gesamt	Männer	Frauen	Anteil Frauen in %
Studienjahr 2002/03	2.658	1.819	839	31,6
Studienjahr 2003/04	2.961	1.965	996	33,6
Studienjahr 2004/05	4.217	2.588	1.629	38,6
Studienjahr 2005/06	5.165	3.091	2.074	40,2
Studienjahr 2006/07	6.421	3.800	2.621	40,8
Studienjahr 2007/08	7.296	4.155	3.141	43,1
Studienjahr 2008/09	8.774	4.762	4.012	45,7

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

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.

Tabelle 53: Studienabschlüsse Privatuniversität nach Geschlecht, 2005-2009

Studienjahr	Gesamt	Frauen	Frauenanteil in %	Männer
Studienjahr 2008/09	696	390	56,0	306
Studienjahr 2007/08	612	336	54,9	276
Studienjahr 2006/07	746	405	54,3	341
Studienjahr 2005/06	522	292	55,9	230

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

2. Die Frau im reproduktiven Alter

Mag^a Sonja Kodelitsch MSc., Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

Die reproduktive Gesundheit ist eng mit der sexuellen Gesundheit verwoben, bzw. gilt die sexuelle Gesundheit als Teil der reproduktiven. Die WHO definiert in ihrer Abschlusserklärung der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung (ICPD) von Kairo, 1994, den Begriff „Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR)“. Die UN-Weltbevölkerungskonferenz in Kairo beschäftigte sich mit Bevölkerungsfragen, Geburtenkontrolle und damit verbundenen Entwicklungsproblemen, im speziellen mit dem Recht auf sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung und mit der Beseitigung von Diskriminierung aufgrund des Geschlechts.

Die „reproduktive Gesundheit“ bedeutet, dass Menschen ein befriedigendes und ungefährliches Sexualleben haben können und dass sie die Fähigkeit zur Fortpflanzung, sowie die freie Entscheidung darüber haben, ob, wann und wie oft sie hiervon Gebrauch machen möchten – ohne Zwang, Gewalt oder Druck. Das beinhaltet auch das Recht für Paare und Individuen, eigenverantwortlich über die Anzahl und den Zeitpunkt von Geburten zu entscheiden. Zudem umfasst der Begriff auch die reproduktiven Prozesse und Funktionen in allen Lebensphasen, das Recht auf den Zugang zu Informationen und Methoden der Familienplanung und zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung. Ein essentieller Bestandteil ist auch die sexuelle Gesundheit.³¹

Die SRGR (Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte) werden international als ein Zustand des physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens in Hinblick auf alle Funktionen und Prozesse der menschlichen Fortpflanzung und damit des reproduktiven Systems angesehen. Deshalb schließen sie ein gesundheitlich ungefährliches Sexualleben beider Partner, soziale Aspekte und auch konstruktive Partnerschaften mit ein.³²

Für die Praxis bedeutet das:

- freie Entscheidung über das eigene reproduktive Leben (Verhütung!),
- freie Entscheidung über Familienplanung und Zahl der Kinder,
- Zugang zu Aufklärungsprogrammen,
- Zugang zu adäquater Gesundheitsversorgung und Beratung, sowie
- ein Leben frei von sexuellem Zwang, geprägt von sexueller Gesundheit.

War die sexuelle Gesundheit zunächst „nur“ ein Teilbereich der reproduktiven Gesundheit, so hat sie mit der Zunahme von HIV und Aids und der verstärkten Aufmerksamkeit für andere sexuelle Erkrankungen, für sexuelle Gewalt und Dysfunktionen, an Bedeutung gewonnen. Der soziale Wandel in Bezug auf Partnerschaften, die soziale und gesundheitliche Lage benachteiligter Bevölkerungsgruppen, sinkende Kinderzahlen, unerfüllte Kinderwünsche und neue Reproduktionstechnologien stellen zusätzliche Herausforderungen in diesem Bereich dar.

2.1 Menstruation: Mythos und Tabu

Der weibliche Zyklus bezeichnet den Kreislauf zwischen Menstruation, Heranreifeung einer Eizelle, Eisprung und erneuter Menstruation.

Unter Menstruation versteht man die mit der Blutung einhergehende Abstoßung der Gebärmutter Schleimhaut als Teil des weiblichen Fortpflanzungszyklus. Mit der ersten Menstruation tritt die Geschlechtsreife bei Mädchen/Frauen ein. Die erste Monats-/Periodenblutung wird Menarche genannt, sie tritt durchschnittlich

31 WHO, 2001, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/69529/e74558.pdf, S. 6ff, (dl 24.01.2011)

32 Deutsche Stiftung Weltbevölkerung, http://www.weltbevoelkerung.de/parlamentarischer_beirat/pbeirat_srgr.shtml?navanchor=10015, (dl 24.01.2011)

im Alter von 12,5 Jahren auf. Der komplizierte Vorgang des Menstruationszyklus wird durch eine Vielzahl an verschiedenen Hormonen gesteuert.³³

Mythen und Märchen über Unreinheit, Sport- und Geschlechtsverkehrverbot während der Menstruation verunsichern Mädchen und Frauen nach wie vor.

Der Umgang mit dem Thema Menstruation ist in unserer Gesellschaft ambivalent – so auch der Gefühlszustand der Mädchen beim Eintreten der ersten Regelblutung. Oft wird die Menarche als negatives, als schmerzvolles und beschämendes Erlebnis geschildert; andere wiederum fühlen sich zu einer „neuen“ Gruppe zugehörig und finden es aufregend.³⁴

Das „prämenstruelle Syndrom“ (PMS) – die Verschlechterung des Befindens von Frauen vor der monatlichen Blutung - wird vielfach diskutiert und kritisch hinterfragt. Das PMS beschreibt einen Leistungsabfall, depressive Verstimmungen, Ängstlichkeit, Anspannung, Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, leichte Ermüdbarkeit, Appetit- und Gefühlsschwankungen, Schlafstörungen und körperliche Symptome wie z.B. Überempfindlichkeit oder Schwellung der Brüste, Kopf-, Gelenk- und Muskelschmerzen, Gewichtszunahme und/oder das Gefühl des Aufgedunsenseins. Andere Frauen wiederum berichten von gesteigerter Kreativität, Sensibilität und Sinnlichkeit. Rund drei Viertel aller Frauen im gebärfähigen Alter nehmen physische und psychische Veränderungen vor Beginn der Menstruation wahr. Angaben zur Prävalenz des PMS schwanken je nach Definition zwischen 20 und 50%. Die stärker ausgeprägte Form des PMS, die „prämenstruelle dysphorische Störung“ (PMDS), tritt bei rund 2 bis 5% aller Frauen auf. Davon betroffene Frauen leiden gleichzeitig an mehreren der genannten Symptome (5) in der Woche vor der Menstruation und spüren in dieser Zeit deutlich deren negativen Einfluss auf Leistungen und Beziehungen.

2.1.1 Die Bedeutung der Endometriose für die Frauengesundheit

Univ.-Prof. Dr. Jörg Keckstein, LKH Villach, Chefarzt der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe

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 Bedeutung der Endometriose liegt in den massiven Auswirkungen auf die betroffenen Frauen, die Beeinträchtigungen ihrer körperlichen, seelischen und psychischen Integrität umfassen können und somit Gesundheit, Partnerschaft und Beruf beeinflussen. Insofern erhält die Endometriose auch eine gesellschaftliche Dimension. Noch immer besteht unzureichendes Wissen hinsichtlich des Stellenwertes der Endometriose für die Frauengesundheit, und es gilt hier die Potenziale einer Verbesserung dieses Frauenproblems zu nutzen.

Lokalisation, Symptome, Häufigkeit, Ursachen und Folgen der Endometriose

Innerhalb der Gebärmutterhöhle wächst - gesteuert von den weiblichen Geschlechtshormonen Östrogen und Progesteron - alle vier Wochen die Gebärmutter Schleimhaut heran, um die Einnistung einer befruchteten Eizelle zu ermöglichen. Kommt es zu keiner Nidation, blutet die Schleimhaut mit der Monatsblutung ab, und ein neuer Zyklus beginnt. Entwickelt sich die Gebärmutter Schleimhaut oder das Gewebe, das der Gebärmutter Schleimhaut ähnlich ist, auch außerhalb der Gebärmutterhöhle, so nennt man dies eine Endometriose. Eine Endometriose kann an folgenden Stellen auftreten: in der Gebärmutterwand (Adenomyosis uteri), im Eileiter und Eierstock (Endometriome), an den Haltebändern der Gebärmutter (bis hin zur Beckenwand), am Bauchfell des kleinen Beckens, in der Scheide. Eine Endometriose, die sich außerhalb der Geschlechtsorgane ausbreitet, kann in der Harnblase (z.B. am Blasendach), am Harnleiter, Darm oder Nabel auftreten, in seltenen Fällen können sogar Lunge, Leber, Haut und andere Organe betroffen sein.

33 Netdoktor.at, http://www.netdoktor.at/health_center/frau/menstruation.shtml, (dl 22.01.2011)

34 Von Sydow, 1993, S. 71ff

Eine Endometriose kann vielfältige Beschwerden und Beeinträchtigungen von Organfunktionen verursachen. Wichtige Leitsymptome stellen einerseits Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation und Ausprägung, andererseits die Unfruchtbarkeit der Frau dar.

Endometriose bedingte Schmerzen sind klassischerweise intensive Regelschmerzen (Dysmenorrhoe), die zum Teil kombiniert mit Bauch-, Kreuz- und Beckenbodenschmerzen oder Übelkeit/Erbrechen bzw. mit Ohnmachtsanfällen einhergehen. Schmerzen bei oder nach dem Geschlechtsverkehr (Dyspareunie) können stellungsabhängig oder stellungsunabhängig sein. Angegeben werden auch wechselnde Stuhlkonsistenz, Blähungen, Völlegefühl, Appetitlosigkeit sowie Schmerzen beim Stuhlgang (Dyschezie) und/oder bei der Blasenentleerung, meistens periodenabhängig, jedoch auch zyklusunabhängig. Die endometriosebedingte Unfruchtbarkeit stellt ein schwerwiegendes persönliches und gesellschaftliches Problem dar. Häufig werden Blutungsstörungen wie verstärkte Blutungen und/oder Dauerblutungen und Schmierblutungen angegeben. Stärke und Art der Beschwerden geben nicht verlässlich einen Hinweis auf den Ausdehnungsgrad der Endometriose. Bereits einzelne kleine Herde können große Beschwerden verursachen, andererseits können Frauen mit ausgedehnten Befunden auch weitgehend schmerzfrei sein. Die Ursachen dafür sind derzeit noch nicht befriedigend erklärbar.

Die Endometriose kommt bei ungefähr 15% der Frauen im gebärfähigen Alter vor und führt bei etwa 50% dieser Frauen zu Beschwerden. Die Endometriose gilt bei 30% der Frauen, die an Blutungsstörungen leiden, als eine der entsprechenden Ursachen. Eine Endometriose kann ungewollte Kinderlosigkeit verursachen und wird in 30 bis 40% der Fälle dafür verantwortlich gemacht.

Die genauen Ursachen und Entstehungsmechanismen der Endometriose sind weiterhin unklar. Folgende Theorien werden kontrovers diskutiert:

- Die Gebärmutter Schleimhaut wird durch die Eileiter in das kleine Becken rücktransportiert und lagert sich am Bauchfell an, wo sie weiterhin dem zyklischen Regulationsmechanismus der Hormone unterliegt.
- Die Gebärmutter Schleimhaut wird schon vor der Geburt im Rahmen der Entwicklung der Organe zusätzlich an falschen Orten angelegt.
- Die Zellen des Bauchfells und bestimmter Organe wandeln sich durch bestimmte Einflüsse in Schleimhautzellen um.
- Immunsystemveränderungen und andere unbekannte Faktoren können die Entstehung und Ausprägung dieses Erkrankungsbildes beeinflussen bzw. begünstigen.
- Neuere Erkenntnisse zeigen, dass eine Störung der zentralnervösen Steuerungsmechanismen der Gebärmutterfunktion für die Pathologie mitverantwortlich gemacht werden kann.

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. Die Endometrioseherde können auch zu wuchern beginnen und Organgrenzen überschreitend in das umliegende Gewebe einwachsen, sodass es zu Knotenbildungen im Becken kommt (v.a. im Eileiter, im hinteren Scheidengewölbe, in den hinteren Gebärmutterbändern, im Enddarm und/oder im Harnleiter). Dies kann zur Verlegung bzw. Zerstörung dieser Organe führen und entsprechende Beschwerdebilder beim Geschlechtsverkehr, beim Stuhlgang und beim Wasserlassen verursachen. In ausgeprägten Fällen besteht die Gefahr des Darmverschlusses oder auch der Zerstörung und des Funktionsverlustes einer oder beider Nieren. Viele dieser Veränderungen bedeuten aber auch, dass sie die Befruchtung, den Transport und die Einnistung einer Eizelle behindern und damit zur Kinderlosigkeit führen. Obwohl die Erkrankung keine Krebserkrankung ist, verhält sich das Gewebe in Bezug auf aggressives Wachstum ähnlich wie bösartige Zellen. Eine Verschleppung der Endometriose in andere Körperregionen (wie z.B. Lunge, Hirn, etc.) ist ebenfalls möglich, wird jedoch selten beschrieben.

Diagnose und Therapie der Endometriose

Die klinische Diagnosestellung umfasst eine genaue Erhebung der Beschwerden, der bisherigen Behandlungen und Operationen sowie eine genaue gynäkologische Untersuchung mit Darstellung oder Ertastung der möglichen Endometrioseknoten. Weitere diagnostische Optionen sind die Ultraschalluntersuchung durch die Scheide, gegebenenfalls durch den Darm, die Magnetresonanztomographie und die Röntgenuntersuchung der Nieren/harnableitenden Organe. Die einzige Möglichkeit, die Krankheit direkt nachzuweisen, ist die Gewinnung einer Gewebeprobe mittels Bauchspiegelung mit anschließender feingeweblicher Begutachtung.

Folgende therapeutische Möglichkeiten stehen zur Behandlung der Endometriose zur Verfügung:

- operative Therapie: möglichst vollständige Entfernung aller sichtbaren Herde durch Bauchspiegelung (chirurgischer Eingriff mittels minimal-invasiver Operationstechnik, d.h. in den meisten Fällen ohne Bauchschnitt); Wiederherstellung der Form und Funktion der befallenen Organe (z.B. Eierstöcke, Gebärmutter, Darm); gegebenenfalls je nach individueller Situation der Frau (z.B. Alter, Kinderwunsch, Verhütungswunsch) Entfernung der erkrankten Organe (z.B. Eierstöcke, Eileiter, Gebärmutter, befallener Darmanteil).
- medikamentöse Therapie: gestagenbetonte Pille, Gelbkörperhormone, GnRH-Analoga
- gezielte, krankheitsangepasste, individualisierte Schmerztherapie
- komplementäre Behandlungsmethoden: Traditionelle Chinesische Medizin (TCM; v.a. Akupunktur, Akupressur, Behandlung mit speziellen Kräutern); Homöopathie
- physikalische Maßnahmen: Unterwassergymnastik, Moorpackungen, Massagen
- psychologische Beratung
- Rehabilitation durch interdisziplinäre Therapie- und Rehabilitationskonzepte

Bedeutung der Endometriose für die Frauengesundheit

- Die Endometriose kommt fast ausschließlich in der reproduktiven Lebensphase, das heißt bei jungen Frauen vor und hat einen Altersgipfel um das 30. Lebensjahr. Zwei Drittel aller Patientinnen sind unter 35 Jahre alt, 10% sind jünger als 20 Jahre. Die Endometriose ist die zweithäufigste gutartige gynäkologische Erkrankung der Frau im gebärfähigen Alter.
- Die Bedeutung der Endometriose für die Frauengesundheit 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: Geht man von Unterleibsbeschwerden über fünf Tage bei jeder Monatsblutung aus, ergibt das pro Jahr sechzig Tage und bei einer Länge der reproduktiven Phase von 35 Jahren 2.100 Tage bzw. fünf Jahre im Leben einer Frau, an denen durchgehend Schmerzen erlitten werden müssen!
- Epidemiologische Studien zur Inzidenz der Endometriose liegen in Österreich nicht vor; es wird geschätzt, dass zwischen 7 und 15 bzw. 18% aller Frauen im geschlechtsreifen Alter eine Endometriose haben, das sind in Österreich zwischen 120.000 und 310.000 Frauen. Bei 50% aller von einer Endometriose betroffenen Frauen ist die Krankheit mit Schmerzen verbunden.
- Die Endometriose ist die Ursache für 30 bis 50% der Fälle an weiblicher Unfruchtbarkeit.
- Im Mittel vergehen sieben Jahre vom Auftreten der ersten Symptome bis zur Diagnosestellung. Bei Sterilitätspatientinnen sind es fünf Jahre, bei Schmerzpatientinnen neun Jahre.
- Die Endometriose ist bei 30 bis 80% der Frauen die Ursache für chronisch wiederkehrende Unterbauchschmerzen.
- Es existiert eine siebenfache familiäre Häufung der Endometriose.
- Rund 15% der behandelten Frauen erleben Krankheitsrückfälle.

Für die **betroffenen Frauen** ist besonders problematisch, dass die Endometriose häufig in ihrer Komplexität und ihren tiefgreifenden Konsequenzen verkannt und bagatellisiert wird. Symptome werden fehlinterpretiert, und es kommt oft zu Diagnoseverzögerungen oder nicht adäquaten Behandlungen. Die Ursachen dafür sind vielschichtig. Zum einen ist das Thema Menstruation generell stigmatisiert - im Besonderen aber Menstruationsbeschwerden, die oft rein psychosomatisch verstanden werden, so dass viele Frauen ihre Beschwerden von sich aus verschweigen. Endometriose-Patientinnen, die an schweren Menstruationsbeschwerden leiden,

werden zu oft und zu lange Zeit nicht ernst genommen, alleine gelassen mit dem Gefühl, ihre Schmerzen seien ein normaler Bestandteil der Menstruation. Betroffene Frauen sind nicht nur tageweise vom Alltag ausgeschlossen und beruflich durch jahrelange Schmerzen und Krankenstände behindert, sondern auch in der Partnerschaft belastet und im Sexualleben beeinträchtigt. Chronische Schmerzen prägen die Eigenwahrnehmung und bestimmen die Lebensführung dieser Frauen wesentlich mit. Noch weitaus schwerwiegender ist, dass jene Frauen, für die die Endometriose Kinderlosigkeit verursacht, mit Versagensängsten und Schuldgefühlen zu kämpfen haben.

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. Daher ranken sich auch seitens der Behandelnden zahlreiche Mythen um Menstruation und Endometriose. Dies führt in weiterer Folge – nicht zuletzt aufgrund des chronischen Verlaufs der Endometriose – zu diagnostischen Unsicherheiten und nach frustrierenden Behandlungsversuchen zu Ratlosigkeit im Umgang mit den Patientinnen. Es existieren derzeit noch wenige strukturierte Diagnose- und Behandlungsanleitungen, was in erster Linie an der Komplexität der Erkrankung mit ihren unterschiedlichsten Manifestationen für die Betroffenen liegt. Das mögliche Spektrum der Endometriose reicht von der Symptomlosigkeit über chronische Schmerzen, Blutungsstörungen bis hin zur Sterilität.

Öffentlichkeitsarbeit durch Stiftungen und Vereine

Die Europäische Endometriose Liga (EEL) ist ein eingetragener Verein, der im September 2005 von renommierten Medizinerinnen und Medizinern gegründet wurde. Mit ihrer Arbeit will die EEL das Wissen über Endometriose europaweit verbreiten und die Krankheit stärker als bisher im Bewusstsein von Ärzten und Öffentlichkeit verankern. Unterstützt wird der Vorstand³⁵ dabei durch den Beirat der EEL sowie durch das Europäische Endometriose Informations-Centrum (EEIC).

Forschung

Die assoziierte Stiftung Endometriose-Forschung (SEF)³⁶ unterstützt die Arbeit der EEL durch die gemeinsame Durchführung von Tagungen, Seminaren, Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen zu den Themen Endometriose, Schmerzen³⁷ und Unfruchtbarkeit³⁸.

Endometriose Zentren

Die EEL, die SEF und die Endometriose-Vereinigung haben ebenfalls ein strenges Verfahren zur Zertifizierung von Endometriose-Zentren³⁹ entwickelt.

Das Endometriosezentrum am Landeskrankenhaus Villach hat sich seit 1995 unter der Leitung von Prim. Univ.-Prof. Dr. Jörg Keckstein zu einer der führenden Adresse der Endometriosebehandlung in Österreich entwickelt und gilt als europäisches Kompetenzzentrum für Endometriose-therapie (in Österreich erstes zertifiziertes Endometriose-Zentrum, Stufe III (höchste Stufe), nach den Richtlinien der SEF – Stiftung Endometriose Forschung Deutschland). Die Besonderheit der operativen Behandlung dieser Erkrankung in Villach liegt in der endoskopischen Technik mit dem Ziel der möglichst vollständigen chirurgischen Ausschaltung aller Endometrioseherde, einschließlich des Einsatzes der Lasertechnik und der endoskopischen Darm- und Blasen-chirurgie. Aus den von der Abteilung jährlich veranstalteten Endometriose-ExpertInnentreffen ist unter anderem eine neue internationale Klassifikation der tiefen Endometriose hervorgegangen. Prim. Univ.-Prof. Dr. Jörg Keckstein, der Leiter des Endometriosezentrums, ist Herausgeber und Autor eines aktuellen deutschsprachigen Standardwerks über endoskopische Operationen in der Gynäkologie (Die endoskopischen Operationen in der Gynäkologie; München/Jena: Urban & Fischer Verlag) und Verfasser eines Ratgebers für Be-

35 EEL Vorstand, <http://www.endometriose-liga.eu/vorstand>, (dl 23.10.2010)

36 SEF, <http://www.endometriose-sef.de>, (dl 23.10.2010)

37 EEL, Schmerzen: <http://www.endometriose-liga.eu/schmerzen>, (dl 23.10.2010)

38 EEL, Unfruchtbarkeit, <http://www.endometriose-liga.eu/kinderwunsch>, (dl 23.10.2010)

39 EEL, <http://www.endometriose-liga.eu/zertifizierte-endometriose-zentren>, (dl 23.10.2010)

troffene, Interessierte und Laien zum Thema Endometriose (Endometriose, die verkannte Frauenkrankheit; Würzburg: Diametric Verlag, 5. vollständig neu überarbeitete Neuauflage 2009

2.2 Frauensexualitäten

Beitrag des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentren 2010 Sexualität von Frauen

Heute äußern Frauen immer öfter das Bedürfnis, zu einer Sexualität zu finden, die ihnen entspricht. Viele Frauen haben heute stärker den Wunsch, sich möglichst unabhängig von gesellschaftlichen Einflüssen, Bewertungen und Normierungen mit ihrer Weiblichkeit und ihrer natürlichen Sexualität auseinander zu setzen.

Ein wichtiges Anliegen ist es daher, Mädchen und Frauen darin zu unterstützen ihre individuelle sexuelle Orientierung, ob hetero- oder homosexuell, aktiv lebend oder zur Zeit nicht aktiv mit anderen, zu finden und auch auszuleben, selbstbewusst und eigenverantwortlich über ihren Körper und ihre Sexualität und ihr Leben zu bestimmen. Das Wissen über die Klitoris als komplexes Sexualorgan zu verbreiten, sowie das Begehren und die Lust von Mädchen zu benennen, ist dazu ein unverzichtbarer Bestandteil.

Frauen und Mädchen sollen ermächtigt werden, zu ihrer Sexualität zu stehen, sich wenn nötig ausreichend abgrenzen und schützen zu können und besonders in heterosexuellen Beziehungen und Sexualkontakten bei sich und ihren Bedürfnissen zu bleiben.

2.2.1 Weibliche Sexualstörungen

Dipl. LSB Susa Haberfellner, Lebens- und Sozialberaterin, Sexualpädagogin, Frauengesundheitszentrum Wels

Sexualstörungen bei Frauen beeinträchtigen die Lebensqualität unter anderem auch deshalb, weil heute junge wie auch ältere Frauen Sexualität als einen wichtigen Teil des Lebens, der zur Lebenszufriedenheit beiträgt, betrachten und sich bei Störungen auf das Recht auf eine zufriedenstellende Sexualität berufen können. Andererseits hat die „sexuelle Liberalisierung“ seit den 60er Jahren den Druck auf die Frauen erhöht, gemessen an gewissen „Normen“ - von denen sie sich manchmal als abweichend erleben - sexuell funktionieren zu müssen. Sexualstörungen können immer dann entstehen, wenn auf körperlicher, psychischer oder sozialer Ebene das bisherige Gleichgewicht gestört wurde. Veränderungen auf einem dieser Gebiete können Auswirkungen auf anderen Ebenen hervorrufen. Somit können Sexualstörungen nicht auf einer dieser Ebenen allein erklärt werden. Um die Ursachen herauszufinden, müssen die Zusammenhänge berücksichtigt werden.

Wandel der Erklärungsmodelle

Während früher aus Mangel an anderen Erklärungsmodellen für Sexualstörungen nur psychische Ursachen verantwortlich gemacht wurden, begann mit der Arbeit von Masters und Johnson in den 1960er Jahren die Einführung der organisch zentrierten Erklärungsmodelle. Sie beschrieben auf Basis von Laboruntersuchungen die körperlichen Vorgänge der sexuellen Reaktionen von Frauen und Männern während und nach dem Geschlechtsverkehr. Die Arbeit von Masters und Johnson half den Frauen insofern sehr, als dass sie aufzeigen konnte, dass Frauen anders reagieren als Männer und dass Frauen untereinander verschieden sind. Jede hat eine eigene Form der Erregungs- und Plateauphase und kann Orgasmen in unterschiedlicher Form erleben. Viele Frauen, die früher glaubten, Erregungsprobleme zu haben (und die sich daher für frigide hielten), fühlten sich durch dieses Modell entlastet. Bedeutend dazu ist auch das Wissen über die Wichtigkeit der genitalen Strukturen zum Erregungsaufbau.

Die Sexualforscherin Helen Singer-Kaplan ergänzte das Modell um die Phase des sexuellen Verlangens zu Beginn des Reaktionszyklus. Ihr Modell war damals außergewöhnlich, denn sie ergänzte das vorherige um einen objektiv nicht messbaren Zustand.⁴⁰

Die Einteilung der Sexualstörungen richtet sich nach diesen Modellen bzw. danach, ob die beschriebenen Reaktionen in einer der Phasen nicht erfolgen können. Verspürt eine Frau also kein spontanes sexuelles Begehren, ließe sich nach Singer-Kaplans Modell sagen, dass sie ein sexuelles Problem hat - ebenso, wenn sie die Vorgaben des Erregungsaufbaus nicht erfüllt oder den Orgasmus nicht erreicht. Für viele Frauen sagt dies aber nichts über ihre Zufriedenheit mit der gelebten Sexualität aus. Sie können sich vollkommen befriedigt fühlen, obwohl sie keine spontane Lust zur Sexualität getrieben hat oder wenn sie keinen Orgasmus erlebt haben. Es ist jedoch so, dass diese nicht vorhandene spontane Lust oder eventuelle Orgasmusprobleme die jeweiligen Partner sehr belasten können, wodurch dies im Endeffekt doch zu einem Problem für die Frauen wird. Die weibliche Sexualreaktion läuft nicht genormt in aufeinanderfolgenden Phasen ab. Auch das spontane sexuelle Verlangen ist bei "sexuell gesunden" Frauen nicht die Regel und fehlt bei manchen sogar gänzlich. Am ehesten trifft das bisherige Erklärungsmodell auf Frauen zu Beginn einer Beziehung oder mit selteneren Sexualkontakten zu. Manche Frauen berichten von spontanem sexuellen Begehren um die Mitte des Menstruationszyklus. Andere wiederum berichten über diese Form des Verlangens nur dann, wenn sie Gelegenheitssex mit minimaler Intimität haben.

Die kanadische Sexualforscherin Rosemary Basson entwickelte eine interessante These über die Beweggründe, warum Frauen sexuelle Nähe suchen und wie leicht diese einen Einstieg in die Sexualität ermöglichen: Zu Beginn befindet sich die Frau im Zustand der sexuellen Neutralität. Ist sie sexuellen Signalen gegenüber offen, kann sich bei entsprechender Stimulation aus der sexuellen Neutralität heraus Erregung entwickeln und der Wunsch nach mehr. Wenn beide Partner es schaffen, in gutem Kontakt zu bleiben und die sexuelle Begegnung befriedigend verläuft, führt das zu einer Verstärkung des Gefühls emotionaler Nähe. In diesem Modell geht die sexuelle Erregung dem sexuellen Verlangen voraus. Viele Frauen berichten, dass sie nach einer befriedigenden sexuellen Begegnung schon beim Gedanken an den Partner innerlich erregt werden und erneut Lust bekommen. Auch hier geht wieder die Erregung dem Verlangen voraus. Spontanes sexuelles Verlangen kann wie ein Verstärker wirken, indem es das Bedürfnis nach sexuellen Kontakten fördert, dadurch die Erregung erhöht und auch wieder zu einem weiteren befriedigenden Sexualakt beiträgt, der die emotionale Nähe fördert. Dieses Modell zeigt auch, wie wichtig es ist, nicht immer das Gefühl zu haben, sich schützen zu müssen, sondern loslassen zu können. Erst dadurch kann sich die Frau den äußeren Reizen hingeben und sich ins innere Erleben fallen lassen. Wenn in einer Beziehung viele Verletzungen oder Enttäuschungen passieren, wird die Frau für sexuelle Reize nicht so offen sein. Dasselbe gilt auch für körperliche Schmerzen, die eine Frau beim Geschlechtsverkehr erlebt.⁴¹

Überblick der weiblichen Sexualstörungen:

- Lustlosigkeit oder vermindertes sexuelles Verlangen
- Widerwillen gegen Sexualität
- Erregungsstörungen (genitale, subjektive, gemischte sexuelle Erregungsstörung)
- Orgasmusstörung
- schmerzhafter Geschlechtsverkehr
- Vaginismus
- sehr selten: „persistent genital arousal disorder“, „persistent orgasmic disorder“

Körperliche Ursachen für Sexualstörungen:

alle Erkrankungen, Operationen, Unfälle, die folgende Strukturen des Körpers zerstören: Genitalien, Gehirn, Nervenversorgung, Blutgefäße, Muskulatur, Skelett.

Erkrankungen, Operationen, Unfälle und Medikamente, die den Stoffwechsel, die Hormone und Botenstoffe aus dem Gleichgewicht bringen

Psycho-sozio-kulturelle Ursachen für Sexualstörungen:

40 Bragagna, et al. 2010; Gromus

41 Ebd.

belastende soziale Umstände, Selbstbeobachtung und Negativspirale, Störfaktoren der erotischen Atmosphäre, Partner mit Sexualstörung, fehlende Anpassung an Veränderung, unbewältigte Verletzungen, starre religiöse Sexualnormen, sexuelle Mythen, belastende Erlebnisse, Nähe-Distanz-Regulierung, Umgang mit Grenzen, Kommunikationsprobleme, unterschiedliche sexuelle Bedürfnisse, Pornographie

Sexualproblem oder Sexualstörung?

Oft hat eine Frau, die ein Problem in der Sexualität hat, das Gefühl, alleine zu sein. Sie glaubt, sie ist die Einzige, die an dem Problem leidet, sie weiß nicht, wer ihr in der Situation weiterhelfen kann und ist verzweifelt darüber, dass der Partner wegen einer Sexualstörung irritiert ist. In der Folge wird die Beziehung und oft auch das persönliche Wohlbefinden in Mitleidenschaft gezogen.

Es ist eine Tatsache, dass eine Frau mit einem Sexualproblem nicht alleine da steht. Es gibt viele Studien zu diesem Thema, die das belegen. In Europa hat etwa jede dritte Frau Probleme mit verminderter Lust, jede fünfte mit Erregung und Orgasmus, jede siebente Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Aber auch wenn Probleme irritieren können, erzeugen diese nicht bei allen Frauen einen Leidensdruck. Sexualstörungen sind in der Folge Probleme in der Sexualität, welche bei den Frauen einen Leidensdruck erzeugen. Von diesem Blickwinkel aus betrachtet sehen die Statistiken gleich anders aus: Unter Lustlosigkeit leidet jede zehnte Frau, unter Erregungs- oder Orgasmusstörungen jede zwanzigste, unter Schmerzen beim Geschlechtsverkehr leidet jede hundertste.

Sexualberatung

Eine Beratung und Hilfe bei sexuellen Problemen wird entweder direkt gewünscht - oder der Beratungs- oder Therapieauftrag ergibt sich aus dem Gespräch. Wenn Frauen ihre sexuellen Probleme ansprechen, suchen sie zwar häufig nach psychischen Ursachen, selten aber glauben sie, dass die sexuelle Problematik eine psychische Krankheit darstellt. Eher haben sie Angst vor einer derartigen unangemessenen Etikettierung. Sie mögen sich hilflos und gefangen in Beziehungen fühlen oder Ängste vor einer Partnerschaft haben, erwarten aber Ermunterung zum Aussprechen, Entlastung, vielleicht auch Beruhigung, Hoffnung und Unterstützung bei ihren Problemen. Ziel der Beratung besteht darin, ein Verständnis für die Zusammenhänge zu entwickeln, die zu einem sexuellen Problem führen können, und darin, unrealistische Vorstellungen über Sexualität, Geschlechterrollenstereotypen und Partnerschaft zu verändern. Eine rechtzeitige Beratung in für die Sexualität anfälligen Lebensabschnitten oder eine Beratung bei einer Erkrankung kann sexuelle Schwierigkeiten zumindest mindern. Die Sexualität ist ein feines Zusammenspiel vieler Faktoren, die bei jeder Frau (und bei jedem Mann) individuell und einzigartig sind, ebenso wie das Leben jedes einzelnen Menschen von Geburt an einzigartig verläuft.⁴²

2.3 Kinderwunsch und Familienplanung: Motive für oder gegen die Elternrolle

Mag.^a (FH) Sigrid Ornetzeder, Gesundheitsmanagerin

Mutterschaft bzw. die Elternrolle stellt eine der Möglichkeiten der Lebensgestaltung für Frauen dar und konkurriert mit anderen Bereichen, wie z.B. Berufsleben und Karriere. Eine glückliche und stabile Partnerschaft 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 oder Kinder zu bekommen und schaffen sich somit Wert- und Sinnbezüge für das eigene Leben.

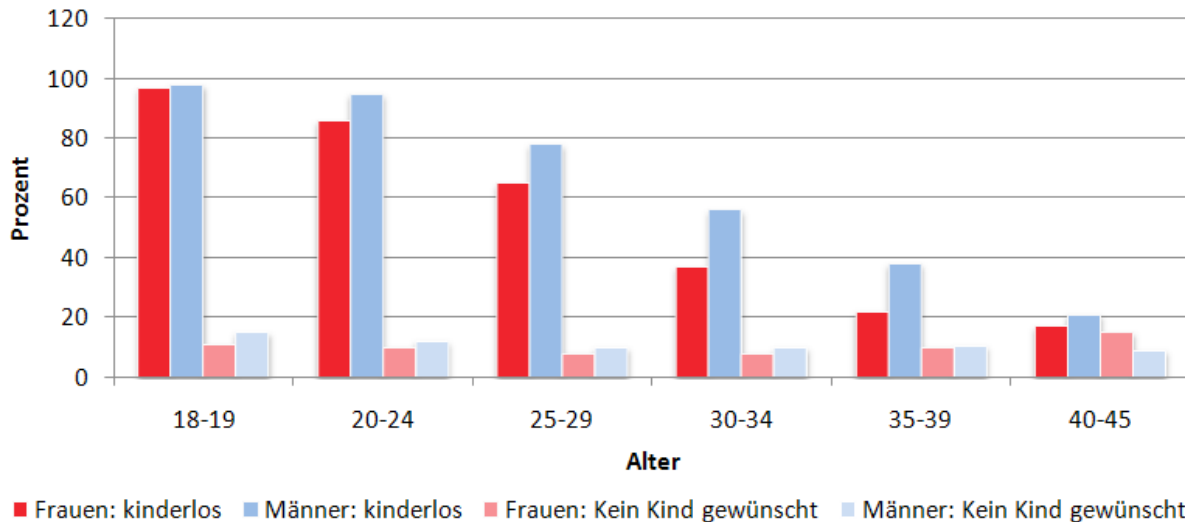
Die Entscheidung für ein Kind wird gut durchdacht und geplant, Einkommensverluste und veränderte Freizeitaktivitäten sind dabei wichtige Aspekte. Die letzten Jahrzehnte sind gekennzeichnet durch einen deutlichen Wandel in den Motiven für Kinderwünsche und durch die Zunahme der Zahl kinderloser Ehen und Partnerschaften. Zu früheren Zeiten galt es als selbstverständlich, dass ein Paar ein Kind bekommen möchte, es wurde

42 Ebd.

gesellschaftlich erwartet. Ein Kind bedeutete zudem in ökonomischer Hinsicht eine Altersversorgung. Diese Werte zählen heute nicht mehr.⁴³ In unserer derzeitigen Gesellschaft überwiegt der emotional-affektive Wert von Kindern.⁴⁴

Daten aus dem „Generations and Gender Survey (GGS)“ 2008/2009 legen den Schluss nahe, dass der Großteil der Österreicherinnen und Österreicher Kinder beabsichtigt. Nur 8% der Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter gaben an, überhaupt keine Kinder zu wollen.

Abbildung 56: Anteil der Kinderlosen sowie der Personen, die kinderlos bleiben möchten, nach Alter



Quelle: „Familienentwicklung in Österreich. Erste Ergebnisse des Generations and Gender Survey 2008/09“, Österreichische Akademie der Wissenschaften, S. 11

Die Studie beschreibt außerdem eine Komponente der Unfreiwilligkeit unter vielen älteren Befragten. Jüngere Befragte, die keine eigenen Kinder möchten, gaben laut „GGS“ in der 2001 erhobenen Studie „Population Policy Acceptance Survey“ folgende drei Hauptgründe für die beabsichtigte Kinderlosigkeit an:

- „Ich möchte meinen derzeitigen Lebensstandart aufrechterhalten“
- „Ich müsste dafür Freizeitinteressen aufgeben“ und
- „Ich könnte das Leben nicht mehr so genießen“.

Erst an vierter Stelle wurde ein Grund, den man teilweise der Unfreiwilligkeit zuordnen kann, genannt, nämlich der, allein zu leben und keinen festen Partner zu haben.⁴⁵

Hinter einem Kinderwunsch stecken oft vielfältige Motive, die bewusst und unbewusst sein können. Die eigene Motivation der künftigen Mutter ist sehr stark von der Umwelt beeinflusst, da Frauen oftmals auf den richtigen Zeitpunkt warten, um schwanger zu werden. Dazu zählen unter anderem die Bedingungen innerhalb der Partnerschaft, die Berufssituation, eine geeignete Wohnumgebung und finanzielle Absicherung. Tritt eine Schwangerschaft nicht zum „richtigen“ Zeitpunkt ein, sind die Frauen dennoch mit der neuen Situation konfrontiert; sie müssen sich daran gewöhnen, auf manche Begünstigungen und Freiheiten zu verzichten – ein Gefühlschaos ist zumeist vorprogrammiert.⁴⁶

Auch Rille-Pfeiffer beschreibt in ihrer Dissertation „Kinder – jetzt, später oder nie“ den Entscheidungsprozess des Paares bezüglich des Kinderwunsches, unter anderem aber auch den gesellschaftlichen Kontext der Geburtenentwicklung. Familie ist nach wie vor ein wesentlicher Wert im Leben junger Erwachsener. Allerdings fällt es kinderlosen Menschen erkennbar schwer, sich für Kinder zu entscheiden. Hohe Ansprüche bezüglich der Voraussetzungen für die Familiengründung erschweren diese Entscheidung. Das Konstrukt der „perfekten

43 Haumer, 2009

44 Rille-Pfeiffer, 2009, S. 27

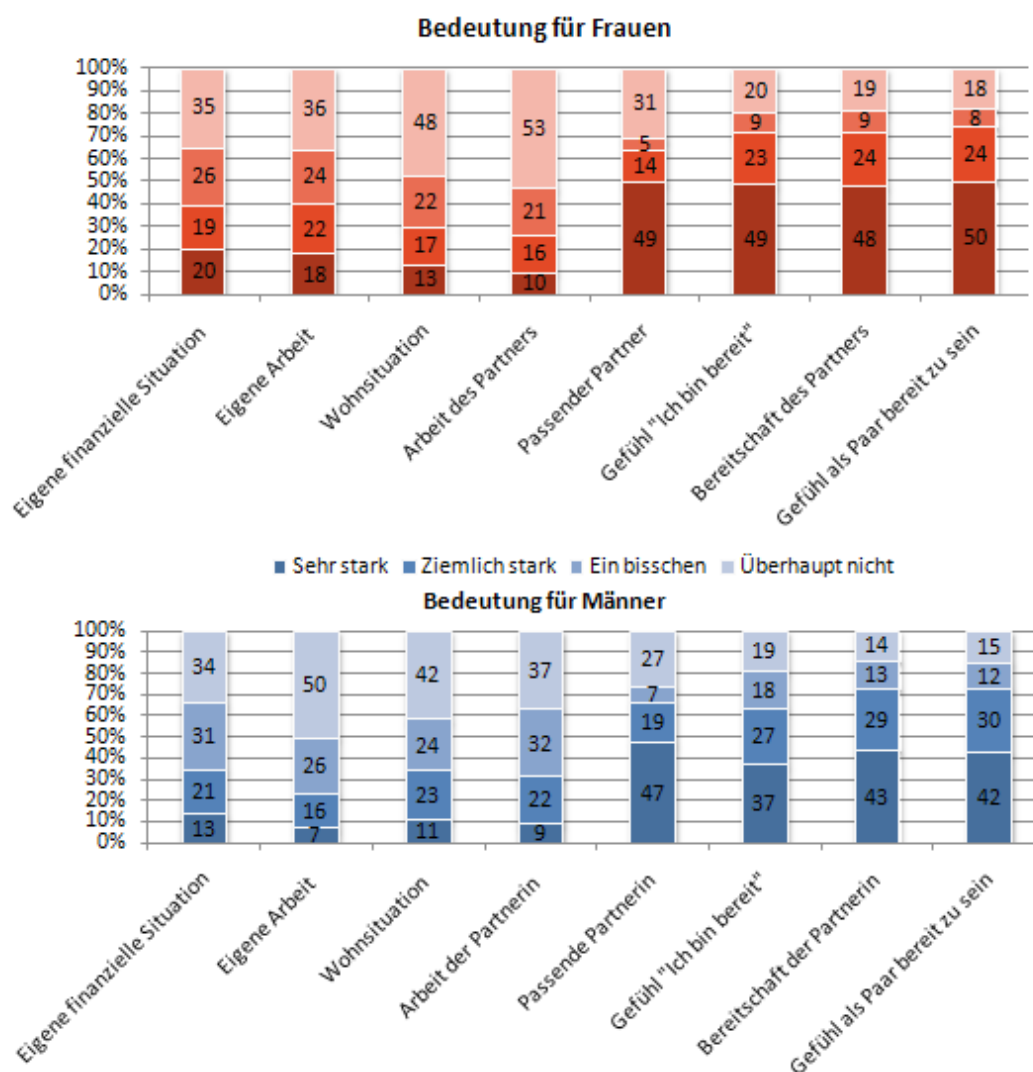
45 Österreichische Akademie der Wissenschaft & Österreichisches Institut für Familienforschung, 2009, S. 11

46 Lehner, 2009

Situation“ bewirkt bei den Paaren Druck, der in der Strategie des Aufschiebens eines vorhandenen Kinderwunsches zum Ausdruck kommt. Warum die Entscheidung zu einem bestimmten Zeitpunkt für ein Kind fällt, kann laut der Analysen von Rille-Pfeiffer nicht eindeutig erklärt werden. Eher scheint es sich um eine Kombination verschiedener Faktoren zu handeln, wobei unter den analysierten Faktoren die materielle Absicherung und die staatliche Familienförderung von besonderer Bedeutung sind. Das subjektive Gefühl, dass die Rahmenbedingungen passen, stellt die notwendige Ausgangsbasis dafür dar, dass sich junge Menschen der Entscheidung, Kinder zu bekommen, gewachsen sehen.⁴⁷

Ergebnisse des „GGs“ zeigen, dass persönliche Faktoren in einem höheren Maß als wichtig angesehen werden als zum Beispiel ökonomische Faktoren. Konkret wurde im Bereich der ökonomischen Faktoren nach der Bedeutung der eigenen Arbeit, der Arbeit der/des PartnerIn, der eigenen finanziellen Situation und der Wohnsituation gefragt. Zum persönlichen Bereich zählen ein/e passende/r PartnerIn, das Gefühl, bereit für ein Kind zu sein, die Bereitschaft der/des PartnerIn für ein Kind und das Gefühl, als Paar bereit zu sein.⁴⁸

Abbildung 57: Bedeutung ökonomischer und individueller Faktoren für die Entscheidung, in den nächsten drei Jahren ein Kind zu bekommen.



Quelle: „Familienentwicklung in Österreich. Erste Ergebnisse des Generations and Gender Survey 2008/09“, Österreichische Akademie der Wissenschaften, S. 29.

47 Rille-Pfeiffer, 2009, S. 164ff

48 Österreichische Akademie der Wissenschaft & Österreichisches Institut für Familienforschung, 2009, S. 29

Die Entscheidung für Kinder ist ein äußerst komplexes, soziales Phänomen, das nicht nur durch eine Einflussgröße zu erklären ist. Laut Rille-Pfeiffer ist vor allem auch die lebensphasenspezifische Betrachtung des Übergangs vom Jugendlichen zum Erwachsenen wichtig. Denn die Antwort auf die Frage, wie gut oder wie schlecht es einem jungen Menschen gelingt, sich eine eigene Lebensgrundlage zu schaffen, hat einen klaren Einfluss auf die weitere Lebensplanung und daher auch auf generative Entscheidungen.⁴⁹

2.4 Verhütung

Mag.^a Petra Schweiger, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Frauengesundheitszentrum ISIS und Gynmed Ambulanz/SALK, Salzburg

DDr. Christian Fiala, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Ärztlicher Leiter des Gynmed Ambulatorium Wien / Salzburg

Die meisten Frauen erwarten von einer guten Verhütungsmethode, dass sie sicher/wirksam, gut verträglich und einfach in der Anwendung ist.⁵⁰

Dafür stehen 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,..) und den nicht hormonellen Verhütungsmitteln werden ca. 60 verschiedene Präparate angeboten.

2.4.1 Wirksamkeit der verschiedenen Verhütungsmethoden

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 ist, umso zuverlässiger ist die Methode. Dabei werden der theoretische Wert (bei fehlerfreier Anwendung) und der praktische Wert unterschieden. Je näher beide Werte beisammen liegen, umso einfacher ist die wirksame Anwendung.

Tabelle 54: Übersicht über die Wirksamkeit von Verhütungsmethoden

Verhütungsmethode	% Frauen, die nach einem Jahr Anwendung ungewollt schwanger wurden	
	Praktische Anwendung	Fehlerfreie Anwendung
Verhütungsstäbchen	0,05	0,05
Sterilisation (Mann)	0,15	0,10
Hormonspirale	0,2	0,2
Sterilisation (Frau)	0,5	0,5
Kupferspirale	0,8	0,6
Dreimonatsspritze	3	0,5
Pille	8	0,3
Verhütungsring	8	0,3
Verhütungspflaster	8	0,3
Kondom	15	2

49 Rille-Pfeiffer, 2009, S. 175

50 Spectra, 2005; BZgA, 2007

Verhütungsmethode	% Frauen, die nach einem Jahr Anwendung ungewollt schwanger wurden	
	Praktische Anwendung	Fehlerfreie Anwendung
Diaphragma	16	6
Methoden der Fruchtbarkeitswahrnehmung „Aufpassen“	25	4
Zäpfchen, Cremen, Gels	29	18
Keine Verhütung	85	85

Quelle: summary table of contraceptive efficacy, <http://www.contraceptivetechnology.org/table.html>, (dl 10.08.2010)

2.4.2 Häufigkeit der Anwendung von Verhütungsmethoden

Eine aktuelle Datenquelle zum Verhütungsverhalten in Österreich ist der Generations and Gender Survey 2008/09 (GGG), eine internationale Untersuchung, die derzeit in 18 europäischen Ländern durchgeführt wird. Im GGS wurden Personen im Alter von 18 - 45, die in einer Partnerschaft leben, unter anderem über Verhütung befragt.

73% der Paare in Österreich verhüten. Etwa die Hälfte aller 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 Partner/in unfruchtbar sind. 11% der Frauen/Paare haben keinen Kinderwunsch, sind vermutlich fruchtbar und verhüten nicht. Sie gelten zusammen mit jenen 27% der Frauen, die nur mittelmäßig wirksame Verhütungsmethoden anwenden als Risikogruppe für ungewollte Schwangerschaften (38%).

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.⁵¹

Tabelle 55: Derzeitige Verhütungsmethode von Personen in einer Partnerschaft

Alter	Verhütung		Ad-Hoc-Methoden		sehr wirksame Methoden				Natürliche Methoden	Sons-tige Methoden	Personen in fester Partnerschaft
	JA	NEIN	Kon-dom	Sons-tige	Pille	Spirale	Hormon-Ring	Sons-tige			
Männer											
18 - 25	89,5%	10,5%	39,7%	1,8%	74,1%	2,1%	0,4%	3,7%	0,4%	0,0%	164.500
25 - 29	78,8%	21,2%	27,8%	2,5%	61,2%	5,2%	2,8%	7,3%	1,0%	0,9%	175.200
30 - 34	71,3%	28,7%	33,6%	1,8%	46,0%	7,9%	5,3%	7,9%	6,2%	0,5%	168.100
35 - 39	67,7%	32,3%	40,7%	1,6%	31,6%	10,7%	3,2%	8,7%	7,5%	1,1%	227.300
40 - 45	66,6%	33,4%	30,4%	0,6%	36,2%	17,8%	3,9%	10,7%	4,0%	3,4%	341.800
18 - 45	73,0%	27,0%	34,2%	1,5%	48,3%	9,7%	3,1%	8,0%	3,8%	1,4%	1.076.900
Frauen											
18 - 24	89,4%	10,6%	17,0%	0,5%	72,8%	4,8%	4,2%	7,2%	0,5%	0,6%	199.600
25 - 29	81,3%	18,7%	24,6%	0,3%	54,7%	9,7%	5,2%	7,8%	1,7%	0,4%	190.600
30 - 34	74,6%	25,4%	26,1%	0,6%	39,8%	17,4%	4,5%	5,2%	5,9%	1,0%	201.700
35 - 39	68,6%	31,4%	20,7%	0,7%	33,1%	24,7%	3,6%	10,5%	5,7%	1,7%	252.000

Alter	Verhütung		Ad-Hoc-Methoden		sehr wirksame Methoden			Natürliche Methoden	Sons-tige Metho-den	Personen in fester Partner-schaft	
	JA	NEIN	Kon-dom	Sons-tige	Pille	Spirale	Hor-mon-Ring				Sons-tige
40 - 45	61,5%	38,5%	20,0%	0,9%	25,8%	27,1%	2,8%	17,6%	5,5%	2,3%	339.600
18 - 45	73,2%	26,8%	21,4%	0,6%	44,5%	17,2%	4,0%	10,1%	3,9%	1,3%	1.183.400
Gesamt											
M + F	73,1%	26,9%	27,5%	1,0%	46,3%	13,7%	3,6%	9,1%	3,9%	1,3%	2.260.300

Quelle: Familienentwicklung in Österreich, GGS, 2008/09 Berechnungen: Norbert Neuwirth; ÖIF

Untersuchungen von Markt- und Meinungsforschungsinstituten⁵² im Auftrag von Pharmafirmen, bestätigen diese Daten.

Die überwiegende Mehrheit (72%) der Frauen und Mädchen informieren sich bei der Frauenärztin/dem Frauenarzt über Verhütung. Bei jungen Frauen war die Ärztin/der Arzt in 59% die Hauptinformationsquelle und 33% die Schule bzw. der Aufklärungsunterricht.⁵³

Beim „ersten Mal“ geben drei Viertel der Jugendlichen an mit einem Kondom verhütet zu haben, 12% haben nicht verhütet.⁵⁴

85% der Mädchen⁵⁵ schätzen das Kondom als sehr bzw. eher zuverlässiges Verhütungsmittel ein, obwohl das Kondom mit einem praktischen Pearl-Index von 15 eher mittelmäßig bis unsicher verhütet und mehr als die Hälfte der Mädchen bereits Erfahrung mit einem gerissenen oder abgerutschten Kondom gemacht hat.

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 wenden diese sicheren Methoden an.⁵⁶

2.4.3 Wer bezahlt die Verhütung

In fast allen westeuropäischen Ländern ist es Standard, dass Verhütungsmittel von den Krankenkassen bezahlt werden, zumindest für Frauen mit niedrigem Einkommen und für Jugendliche. In Österreich muss jede Frau/jedes Paar selbst dafür aufkommen. Eine Kostenübernahme würde einen breiten gesellschaftlichen Konsens und die entsprechenden finanziellen Ressourcen voraussetzen. Beides war in der Vergangenheit nicht gegeben. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es in Österreich genügend sichere und sehr wirksame Verhütungsmethoden gibt. Die Anwendung wirksamer Verhütungsmethoden könnte durch Informationskampagnen, sowie eine Kostenübernahme verbessert werden.

52 Spectra, 2005; GfK Austria, 2008

53 Spectra, 2005

54 ÖGF, 2001

55 ÖGF, 2008

56 Spectra, 2005; GfK Austria 2008; GGS 2008/09

2.5 Notfallverhütung – die „Pille danach“

Mag.^a Petra Schweiger, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Frauengesundheitszentrum ISIS und Gynmed Ambulanz/SALK, Salzburg

DDr. Christian Fiala, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Ärztlicher Leiter des Gynmed Ambulatorium Wien / Salzburg

In Österreich sind zwei unterschiedliche Hormonpräparate zur Notfallverhütung zugelassen.

Die **rezeptfreie** „Pille danach“ – Vikela®/Postinor®

Seit Dezember 2009 sind diese gestagenhaltigen Präparate rezeptfrei in den Apotheken erhältlich (Kosten: € 11,90.-).

Die Pille danach bringt einen hohen Zugewinn an Selbstbestimmung für Frauen. 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 definitiv gewünscht.

Die Pille danach (Notfallverhütung) ist eine Tablette, welche 1,5mg des Gestagens Levonorgestrel enthält. Levonorgestrel unterdrückt bzw. verzögert den Eisprung und kann somit – rechtzeitig eingenommen – eine Schwangerschaft verhindern.

Die Pille danach soll so bald als möglich, spätestens aber 72 Stunden nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr, eingenommen werden. Je später der Einnahmezeitpunkt ist, umso geringer ist die Wirksamkeit.

- innerhalb von 24 Stunden nach der Verhütungspanne genommen, verhindert die Pille danach zu 95% eine unerwünschte Schwangerschaft.
- 24 bis 48 Stunden nach dem ungeschützten Verkehr eingenommen, wirkt diese Notfallverhütung noch zu 85%
- 48 bis 72 Stunden (drei Tage) danach eingenommen, sinkt die Wirksamkeit auf 58%.

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.⁵⁷

In Europa liegen aus Frankreich die längsten Erfahrungen mit der Pille danach vor. Dort ist das Präparat seit Juni 1999 rezeptfrei (OTC =over the counter) erhältlich.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat im Juni 2010 ein aktuelles Informationsblatt zur Sicherheit der Pille danach mit Levonorgestrel herausgegeben. Fazit: Die Pille danach kann von allen Frauen ohne Einschränkungen angewendet werden. Für diese Form der Notfallkontrazeption gibt es Erfahrungen aus der Anwendung seit mehr als 30 Jahren. Sie ist gut verträglich, bleibt nur kurze Zeit nach Einnahme im Körper und hat keine toxischen Wirkungen. Es besteht keine Gefahr der Überdosierung, es gibt keine bedeutenden medikamentösen Wechselwirkungen und Gegenanzeigen sind nicht bekannt. Die Pille danach verursacht keine ernsthaften Nebenwirkungen – leichte Nebenwirkungen treten bei weniger als einer von fünf Frauen auf, meist Unregelmäßigkeiten bei der Menstruationsblutung. Das Risiko einer Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter ist nicht erhöht. Weiters ist kein negativer Einfluss auf die Fruchtbarkeit bekannt, bei versehentlicher Einnahme in einer Frühschwangerschaft besteht keine Gefahr einer Schädigung der Schwangerschaft. Die Einnahme der Pille danach kann auch keine bestehende Schwangerschaft abbrechen. Die verfügbaren wissenschaftlichen

Daten zeigen, dass die Pille danach die Einnistung einer befruchteten Eizelle nicht beeinflusst – die Wirkung besteht in einer Verzögerung bzw. Verhinderung eines Eisprungs.

Die Anwendung ist einfach und eine ärztliche Betreuung ist nicht erforderlich. Die Methode ist in zahlreichen Ländern ohne Rezept erhältlich. Studien haben gezeigt, dass sowohl Erwachsene als auch Jugendliche die Informationen zur Anwendung leicht verstehen. Sie belegen auch, dass ein leichter Zugang zur Pille danach nicht dazu führt, dass Frauen und Mädchen diese anstelle regulärer Verhütung anwenden.

Die rezeptpflichtige „Pille danach“ – EllaOne®

Seit Jänner 2010 gibt es in Österreich ein neues, verschreibungspflichtiges Medikament zur Notfallverhütung: EllaOne® (Kosten: € 36,90.-). Der Wirkstoff Ulipristalacetat wurde speziell für die Notfallkontrazeption entwickelt – eine „Pille für noch länger danach“. Sie kann bis zu 5 Tage nach dem ungeschützten Verkehr angewendet werden, somit 2 Tage länger als levonorgestrelhaltige Notfallkontrazeptiva.

Ulipristalacetat ist ein selektiver Progesteronrezeptor Modulator. Dieser Wirkstoff kann einen Eisprung verhindern und eine Abnahme der Gebärmutter Schleimhaut bewirken. Ob diese Pille ungewollte Schwangerschaften besser verhindert wie die levonorgestrelhaltige Pille danach, lässt sich derzeit aufgrund der Datenlage noch nicht beurteilen. Vorteile in der Verträglichkeit sind für Ulipristalacetat nicht belegt. Daten zum Einfluss auf bestehende Schwangerschaften gibt es praktisch nicht.

2.6 Schwangerschaftsabbruch

Mag.^a Petra Schweiger, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Frauengesundheitszentrum ISIS und Gynmed Ambulanz/SALK, Salzburg

DDr. Christian Fiala, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Ärztlicher Leiter des Gynmed Ambulatorium Wien / Salzburg

Der Schwangerschaftsabbruch ist ein internationales Thema der Frauengesundheit - die Selbstbestimmung über die eigene Fruchtbarkeit ein zentrales Anliegen der Frauengesundheitsbewegung.

Viele Gründe können zum Entstehen einer ungewollten Schwangerschaft führen, z.B. falsche Einschätzung der eigenen Fruchtbarkeit, ambivalenter Kinderwunsch, unsichere Verhütung, erschwerter Zugang zu wirksamen Verhütungsmitteln (keine Kostenübernahme durch Krankenkassen in Österreich), Anwendungsfehler, oder Angst vor Nebenwirkungen. Ein Teil der Frauen, die ungewollt schwanger werden entscheidet sich zum Abbruch.

Die Beweggründe dafür wurden in zahlreichen internationalen Studien⁵⁸ aufgezeigt. In österreichischen Studien⁵⁹ war die Wahrscheinlichkeit für einen Abbruch umso höher, je mehr der folgenden Aspekte zutreffen:

- abgeschlossene Familienplanung (keine auf ein weiteres Kind bezogene Zukunftsvorstellungen)
- keine feste Partnerschaft oder kurze Dauer der Partnerschaft
- Beziehungsprobleme
- geringes Haushaltseinkommen
- nicht mit der Ausbildung oder Arbeitssituation vereinbar
- hohe Berufszufriedenheit
- negative Einstellung zur Sexualität

Im Entscheidungsprozess für oder gegen ein Kind werden ökonomische Faktoren lediglich von einem Drittel als bedeutend angesehen. Ein passender Partner bzw. eine passende Partnerin ist für zwei von drei Befragten wichtig, ebenso die ganz persönliche Bereitschaft für ein (weiteres) Kind. „Die Entscheidung zu einem Kind ist

58 z.B. Finer, et al. 2005

59 Wimmer-Puchinger, 1982; 2001

eine sehr persönliche Dimension, auf welche die Familienpolitik, zumindest monetär, keinen Einfluss nehmen kann.“⁶⁰

Weltweit wird etwa jede fünfte Schwangerschaft abgebrochen. Das Alan Guttmacher Institute/New York schätzt die Zahl der Abtreibungen auf 41,6 Mio. pro Jahr im Jahr 2003 (gegenüber 45,5 Mio. im Jahr 1995). Davon werden etwa die Hälfte (19,7 Mio.) illegal durchgeführt, die meisten davon in Entwicklungsländern. Illegale Abtreibungen gefährden die Gesundheit und das Leben von Frauen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) rechnete 2004 weltweit mit etwa 70.000 Todesfällen pro Jahr infolge unsachgemäß vorgenommener Abtreibungen. Die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs ist ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der Frauengesundheit und führt längerfristig zu einer Senkung der Abtreibungszahlen, wenn sie mit einer Politik der Prävention gekoppelt ist.

Im internationalen Durchschnitt kommen auf 1.000 Frauen im Alter zwischen 15 und 45 Jahren etwa 29 Abtreibungen (Schätzung 2003). Für Gesamt-Europa beträgt sie durchschnittlich 28/1.000. Einige Länder weisen sehr niedrige Abtreibungsraten auf (westeuropäischer Durchschnitt: 12/1.000 Frauen), andere Staaten haben hingegen sehr hohe Abbruchraten (osteuropäischer Durchschnitt: 44/1.000 Frauen).

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. Die zur Verfügung stehenden Daten deuten auf eine im westeuropäischen Vergleich eher überdurchschnittliche Anzahl an Abbrüchen.

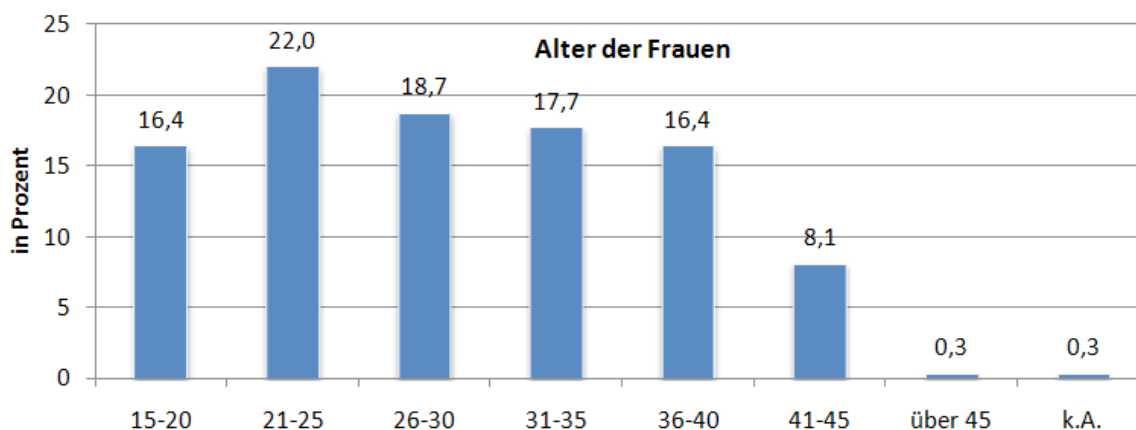
Aus jahrzehntelanger nationaler und internationaler Erfahrung, sowie zahlreichen Untersuchungen und Fachpublikationen geht eindeutig hervor, dass die einzig wirksame Maßnahme zur Verringerung der Abbruchshäufigkeit die nachhaltige Prävention ungewollter Schwangerschaften ist.

Um wirksame Präventionsmaßnahmen einzuleiten wäre eine bundesweite statistische Erfassung jedoch wenig hilfreich. Es gibt ausreichend nationale und internationale Untersuchungen über die Gründe und Motive eines Abbruchs und es existiert genügend gesichertes Wissen über wirksame Präventionsmaßnahmen aus anderen europäischen Ländern.

Jedoch konnten in der Vergangenheit wirksame Maßnahmen der Prävention in Bezug auf ungewollte Schwangerschaften aufgrund von gesellschaftspolitischen Widerständen nicht umgesetzt werden.

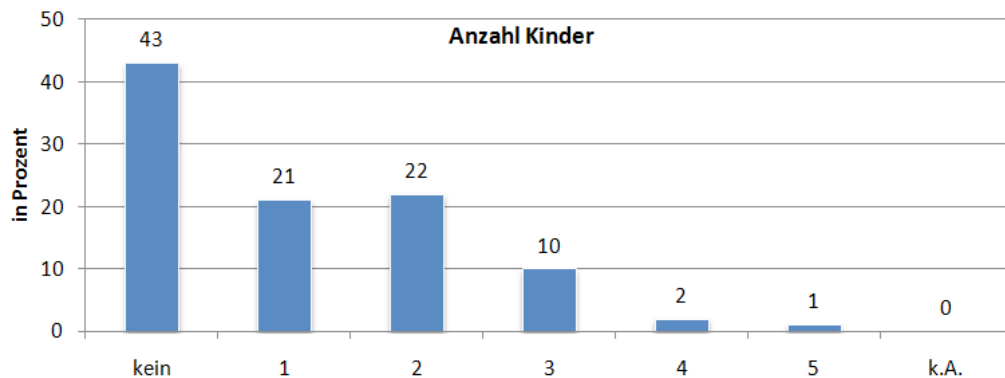
Das Alter der Frauen, die zum Schwangerschaftsabbruch in das Salzburger Universitätsklinikum/Gynmed Ambulanz kamen, ist zwischen 15 und 40 weitgehend gleich verteilt. Das Alter der Schwangerschaft zum Zeitpunkt des Abbruchs liegt zwischen der 6. und 9. Schwangerschaftswoche (Tendenz in Richtung frühere Schwangerschaftswoche). Über die Hälfte der Frauen hat zum Zeitpunkt des Abbruchs bereits ein oder mehrere Kind(er).

Abbildung 58: Altersverteilung von Frauen bei Abbruch



Quelle: SALK/Gynmed Ambulanz Salzburg, 2007

Abbildung 59: Anzahl an Kindern von Frauen beim Abbruch



Quelle: SALK/Gynmed Ambulanz Salzburg, 2007

Rechtliche Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs

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.

2008 veröffentlichte der Europarat eine Resolution („Access to safe and legal abortion in Europe“). Darin werden alle Mitgliedsstaaten aufgefordert, Schwangerschaftsabbrüche zu entkriminalisieren, Frauen einen ungehinderten Zugang zu einem sicheren Schwangerschaftsabbruch zu garantieren und den Zugang zu kostengünstigen Verhütungsmethoden und einer kompetenten Sexuaufklärung zu sichern.⁶¹

2.6.1 Methoden des Schwangerschaftsabbruchs

In Österreich können Frauen zwischen einem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch mit Mifegyne® und einem chirurgischen Abbruch in Vollnarkose oder in Lokalanästhesie wählen.

Bei der Auswahl der besten Methode sind folgende Faktoren ausschlaggebend:

- Präferenz der Frau

61 Council of Europe, <http://assembly.coe.int/main.asp?Link=/documents/adoptedtext/ta08/eres1607.htm>, (dl 10.08.2010)

- Anamnese
- Alter der Schwangerschaft
- Erfahrung und klinische Beurteilung des behandelnden Arztes/der Ärztin
- Verfügbarkeit von Ressourcen und Infrastruktur

Aufgrund fehlender Durchführungsbestimmungen ist ein wohnortnaher Zugang zu allen drei Methoden des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich nicht überall gegeben. 2009 haben die österreichischen Frauengesundheitszentren einen Überblick über alle Beratungsstellen, Ambulatorien und Krankenhäuser, die Abbrüche durchführen, veröffentlicht:

http://www.fgz.co.at/fileadmin/hochgeladene_dateien/bilder/broschueren_2010/juni_2010_OEsterreich-weite_Adressenliste_Beratungsstellen_AErztInnen.pdf

2.6.2 Psychische Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs

Die Frage von möglichen Risiken für die psychische Gesundheit von Frauen als Folge eines Abbruchs am Beginn der Schwangerschaft wurde international und national ausreichend wissenschaftlich untersucht.

So veröffentlichte die American Psychological Association (APA) 2008 im „Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion“ eine Evaluierung aller seit 1989 publizierten Studien und kam zu folgendem Schluss:

„In general, the prevalence of mental health problems observed among women who had a single, legal, first-trimester abortion for non-therapeutic reasons was consistent with normative rates of compatible mental health problems in general population of women“.

In einer österreichischen Studie des Ludwig Boltzmann Instituts für Frauengesundheitsforschung (2001) wurden insgesamt rund 1.000 schwangere Frauen befragt: 577 Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, sowie 400 Frauen, die ihre Schwangerschaft fortsetzten. Dabei zeigte sich, dass das Ausmaß der Depressivität und der Ängstlichkeit der befragten Frauen sowohl zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs als auch drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch zum überwiegenden Teil im unauffälligen Bereich lag.

Die emotionale Entlastung durch den Abbruch zeigt sich auch in der Bewertung der Entscheidung drei Monate nach dem Abbruch: unmittelbar nach dem Schwangerschaftsabbruch waren etwa die Hälfte der Frauen sicher die richtige Entscheidung getroffen zu haben, drei Monate danach war für zwei Drittel der Frauen eindeutig, dass die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch richtig war.

Zusammenfassend machen die Ergebnisse der Studie deutlich, dass der Entscheidung für bzw. gegen einen Schwangerschaftsabbruch eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Thematik vorangeht. Entsprechend war bereits wenige Wochen nach dem Abbruch ein hohes Ausmaß an positiver psychischer Bewältigung festzustellen.

Für viele Frauen wird die Zeit bis zum Abbruch belastender erlebt, als der Eingriff selbst oder die Zeit danach. Frauen erleben es als hilfreich, wenn sie vorher gut informiert wurden, die Entscheidung selbstbestimmt getroffen haben, eine wohlwollende, soziale Akzeptanz ihrer Entscheidung in ihrem persönlichen Umfeld vorfinden und in einer angenehmen Atmosphäre optimal medizinisch und menschlich betreut wurden.

Beitrag des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentren 2010 Schwangerschaftsabbruch zwischen Recht und Praxis

Die geltende gesetzliche Regelung zum Schwangerschaftsabbruch ist eine wichtige Voraussetzung, dass Frauen selbstbestimmt über eine Schwangerschaft entscheiden können, allerdings bedarf es einer frauengerechten Umsetzung. Seit 1975 ermöglicht ein Gesetz die alleinige Entscheidungsfreiheit der Frau über einen Schwangerschaftsabbruch. Wird dieses Recht eingeschränkt oder erschwert, ist das der Frauengesundheit abträglich. Die Praxis des

Schwangerschaftsabbruches aber ist in Österreich durch ein gesellschaftlich ablehnendes Klima, unzureichende Informations- und Zugangsmöglichkeiten, hohe Preise und fehlende Qualitätsstandards gekennzeichnet.

Frauen und Mädchen haben ein Recht auf:

- öffentlich zugängliche, sachliche Informationen durch unabhängige Beratungsstellen und Gesundheitseinrichtungen
- Unterstützung, Respekt und Anerkennung einer Entscheidung der Frau für oder gegen eine Schwangerschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt
- eine wohnortnahe Versorgung in allen Bundesländern durch die Möglichkeit einer qualitätsgesicherten Behandlung an allen öffentlichen Spitälern
- freien Zugang zu medizinischen Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Laut Beschluss des Europarates 2008 sind alle Mitgliedsstaaten aufgefordert Frauen einen ungehinderten Zugang zu einem sicheren Schwangerschaftsabbruch zu ermöglichen.
- sofortigen Stopp von psychischen Gewalthandlungen durch religiöse Fanatikerinnen durch bundesweit gesetzlich definierte Schutzzonen vor Einrichtungen, die Abbrüche durchführen
- Kostenübernahme des Schwangerschaftsabbruchs durch Versicherungsträger (wie es in Westeuropa selbstverständlicher Standard ist)
- Partizipation (von betroffenen Frauen und beruflich erfahren Expertinnen) bei allen gesundheitspolitischen Entscheidungen betreffend den Schwangerschaftsabbruch
- Begleitmaßnahmen zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaften:
 - regionale Familienplanungseinrichtungen (mehrsprachig)
 - qualitätsgesicherte, geschlechterspezifische Sexualpädagogik
 - leichter und kostengünstiger Zugang zu Verhütungsmitteln (Verhütungsmittel auf Krankenschein für Jugendliche/Frauen/Männer mit niedrigem Einkommen)

35 Jahre nach in Kraft treten der „Fristenlösung“ ist es an der Zeit, die gesetzlichen Möglichkeiten frauengerecht umzusetzen. Damit Frauen überall in Österreich tatsächlich selbstbestimmt über ihre Körperlichkeit und ihre Lebensperspektiven entscheiden können

2.6.3 Der Spätabbruch

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.

Aufgrund der verbesserten pränataldiagnostischen Möglichkeiten werden fetale Fehlbildungen meist sehr früh diagnostiziert. Gelegentlich wird jedoch eine schwere Fehlbildung erst später festgestellt. Entscheidet sich die Frau/das Paar in dieser Situation zu einem Abbruch, so ist zu berücksichtigen, dass der Fetus nach der medikamentös ausgelösten Geburt möglicherweise kurze Zeit lebensfähig ist. Ab der Geburt besteht jedoch eine Verpflichtung zur intensivmedizinischen Intervention. Um eine solche Situation zu vermeiden, wird etwa ab der 22. Schwangerschaftswoche empfohlen, vor einem Abbruch einen Fetozid durchzuführen. Zu diesem Ergebnis kommt die Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatalmedizin in ihrem Konsensusstatement 2002: „Kommt es in der Beratung zum einstimmigen Konsens darüber, dass der Wunsch der Frau, aufgrund der vorliegenden individuellen Problematik, für alle verständlich ist und legitim erscheint, so kann die Problemlösung aus humanitären, ethischen, medizinischen und rechtlichen Überlegungen nur die Geburtseinleitung nach Fetozid sein. Dies gilt, sofern die betroffene Mutter nicht ein anderes medizinisch und ethisch verantwortbares Procedere wünscht. Die praktische Durchführung des Fetozid hat nach internationalen Standards zu erfolgen.“

Der Fetozid als Eingriff ist für die Patientin mit wenig Nebenwirkungen verbunden, ist jedoch ein sehr belastendes Ereignis. Eine entsprechende psychologische Betreuung ist deshalb unverzichtbar.

2.7 Ungewollte Kinderlosigkeit

Primar Dr. med. Leonhard Loimer, Gynäkologe und IVF-Experte, Leiter der KinderWunschKlinik Wels
Mag.^a Julia Hebertshuber, Assistentin der Geschäftsführung, KinderWunschKlinik Wels

Ab wann spricht man eigentlich von Unfruchtbarkeit oder von ungewollter Kinderlosigkeit? Die MedizinerInnen gehen dann 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.

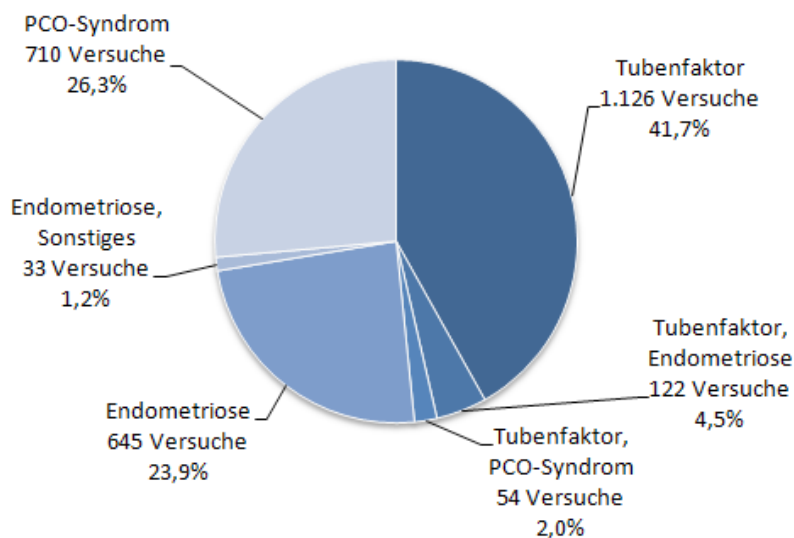
2.7.1 Ursachen für den unerfüllten Kinderwunsch

Ein unerfüllter Kinderwunsch ist keineswegs nur Frauensache: Die Medizin weiß heute, dass mit jeweils 30-40% die Ursachen bei Mann und Frau gleich verteilt sind. Bei etwa 15-30% der Paare kann sogar bei beiden Partnern ein Problem vorliegen. Nur in 5-10% 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 (Tubenfaktor), eine Endometriose oder ein polyzystisches Ovar; daher werden diese Indikationen auch als Voraussetzung für Bezüge aus dem IVF-Fonds (s. weiter unten, „Der IVF-Fonds: Finanzielle Unterstützung durch den Staat“) herangezogen.

Abbildung 60: Aufteilung der IVF-Fonds-tauglichen Indikationen der Frau



Quelle: GÖG/ÖBIG, IVF-Register, Jahresbericht 2008 (auf Basis von 2.690 Versuchen)

- **Eileiterbedingte Unfruchtbarkeit:** Die Eileiter sind das „Förderband,“ das die Samenzellen zur Eizelle und befruchtete Eizellen in Richtung Gebärmutterhöhle befördert. Sind die Eileiter verklebt oder anderweitig verschlossen, kann der Transport der Eizellen erschwert oder unmöglich sein. Ein Verschluss der Eileiter kann durch Entzündungen, vorangegangene Eileiterschwangerschaften, Operationen oder durch eine spontane Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutter (Endometriose) bedingt sein.

- **Endometriose:** Eine Endometriose bringt ein Wachstum der Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutter mit sich. Diese Wucherungen können neben Harnblase, Darm und Bauchhöhle auch die Fortpflanzungsorgane wie Eileiter und Eierstöcke betreffen, so dass damit eine Empfängnis erschwert wird. Darüber hinaus kann die Erkrankung sehr schmerzhaft sein. Die Ursache für die Endometriose ist weitgehend unbekannt.
- **Polyzystisches Ovar (PCO):** Oft wird die Unfruchtbarkeit bei der Frau auch durch das Auftreten vieler kleiner Zysten (das sind mit Flüssigkeit gefüllte Bläschen) in den Eierstöcken (d.h. im polyzystischen Ovar) ausgelöst.

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 entgegen gewirkt werden.

2.7.2 Methoden der assistierten Reproduktion

Je nach Gesundheitszustand der zu behandelnden Paare können unterschiedliche Methoden der assistierten Reproduktion angewendet werden.

Intrauterine Insemination (IUI)

Eine einfache und nebenwirkungsarme Kinderwunschbehandlung stellt die intrauterine Insemination dar. Bei der Insemination werden zum Zeitpunkt des Eisprunges besonders aufbereitete, „gewaschene“ Spermien des eigenen Partners mit Hilfe einer Spritze und eines dünnen Katheters direkt in die Gebärmutterhöhle (intrauterin) übertragen. Anlass einer Insemination können eine leichtgradige Verminderung der Samenqualität, aber auch Auffälligkeiten im Bereich des Gebärmutterhalses sein, die ein Aufsteigen der Spermien in die Gebärmutterhöhle stören.

In-vitro-Fertilisation (IVF)

Wenn man von künstlicher Befruchtung spricht, ist meistens die „klassische“ In-vitro-Fertilisation (IVF) gemeint. Der Behandlungsablauf sieht dabei wie folgt aus:

- **Vorbereitungsphase:** Bei der IVF-Behandlung wird in einer ersten Phase der Körper optimal auf die Hormonstimulation vorbereitet.
- **Stimulationsphase:** Anschließend beginnt die eigentliche Stimulationsphase, in der den Patientinnen Medikamente zur Stimulation, sogenannte GnRH-Antagonisten (GnRH =Gonadotropin-Releasing-Hormone), verabreicht werden. Diese bewirken die Freisetzung der Fruchtbarkeitshormone FSH und LH. Die hormonelle Stimulation wird sehr eng durch Ultraschalluntersuchungen und Hormonwertbestimmungen im Blut überwacht. Die regelmäßige Kontrolle dient dazu, Anzahl und Größe der Eibläschen sowie die Dicke der Gebärmutter Schleimhaut zu beobachten.
- **Eizellentnahme (Punktion):** Sind die Eizellen ausgereift, wird das Fruchtbarkeitshormon abgesetzt und der Eisprung durch Verabreichung des Hormons hCG (humanes Choriongonadotropin) vorbereitet. Nach ca. 36 Stunden werden die Eizellen dann durch eine Hohlnadel aus den Eierstöcken entnommen (Follikelpunktion). Nach der Punktion können leichte Schmerzen und geringe Blutungen auftreten.
- **Fertilisation:** Für die Befruchtung der Eizelle wird noch am gleichen Tag frischer Samen vom Partner der Patientin benötigt. Die Samenflüssigkeit wird im Labor so aufbereitet, dass die Befruchtungsfähigkeit der enthaltenen Spermien optimiert wird. Anschließend werden die Eizellen und die Samenzellen in einer speziellen Nährflüssigkeit in einem Glasschälchen vereint und im Brutschrank kultiviert.
- **Embryonentransfer:** Die Übertragung von maximal drei Embryonen in die Gebärmutterhöhle geschieht mit Hilfe eines dünnen, biegsamen Kunststoffschlauches, der über die Scheide eingeführt wird. Die Über-

tragung ist nicht schmerzhaft. Je mehr Embryonen in die Gebärmutter eingesetzt werden, desto höher ist auch das Risiko einer Mehrlingsschwangerschaft.

Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Sind die Beweglichkeit und die Menge der Spermien sehr eingeschränkt, bietet sich diese Form der IVF-Behandlung an, um eine Befruchtung der Eizelle zu erzielen. Unter einem speziellen Mikroskop wird ein einzelnes Spermium in eine sehr feine Glasnadel aufgesogen und direkt in die Eizelle injiziert. Diese Mikro-Injektion ahmt somit den natürlichen Vorgang des Eindringens einer Samenzelle in die Eizelle nach. Hat eine Befruchtung und Zellteilung stattgefunden, wird der Embryo, wie beim IVF-Verfahren, nach zwei bis fünf Tagen in die Gebärmutter eingesetzt.

Operative Spermengewinnung

In bestimmten Fällen (z.B. bei einem Verschluss der Samenleiter) befinden sich im Ejakulat überhaupt keine Spermien. Es ist aber möglich, Spermien direkt aus dem Hoden (TESE = Testikuläre Spermienextraktion) beziehungsweise Nebenhoden (MESE = Mikrochirurgische Epididymale Spermienaspiration) zu gewinnen. Dabei werden durch einen kleinen operativen Eingriff Gewebeproben entnommen, die zumeist Spermien enthalten. Diese können dann für eine IVF-Behandlung verwendet werden.

Kryokonservierung

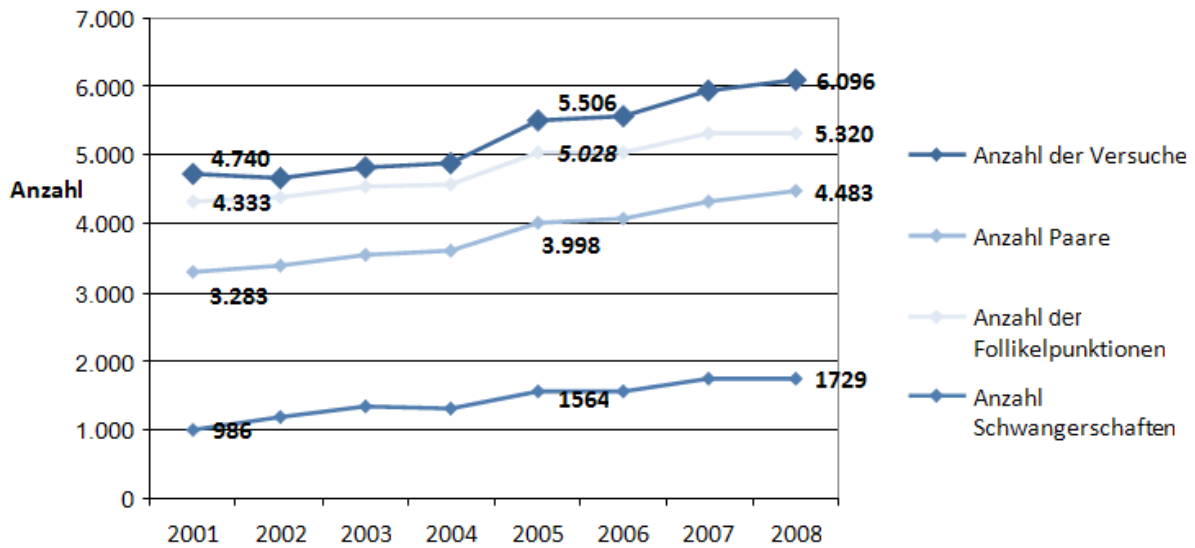
Wenn im Rahmen der IVF-Behandlung mehr Eizellen befruchtet worden sind als rücktransferiert werden (im Regelfall 1-3 Stück), dann dürfen die restlichen Embryonen mit Einverständnis des Kinderwunschaars für maximal 10 Jahre tiefgefroren werden. Nach Ablauf dieser Frist müssen noch vorhandene Embryonen nach dem Fortpflanzungsmedizingesetz 1992 (FMedG92) und der Fortpflanzungsmedizingesetz-Novelle 2004 (FMedGNov 2004) vernichtet werden. Die Kryokonservierung bietet sich aber auch für die Einfrierung von Spermien und Hodengewebe an. Dies ist besonders sinnvoll, wenn eine Erkrankung des Mannes (z.B. Hodenkrebs) eine spätere Zeugungsunfähigkeit mit sich bringen würde.

Behandlungszahlen

Generell lässt sich sagen, dass die Anzahl der Kinderwunsch-Behandlungen in Österreich kontinuierlich ansteigt. Das zeigt auch die nächste Statistik der Gesundheit Österreich GmbH/Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.

Die 6.096 Versuche 2008 teilen sich dabei folgendermaßen auf die unterschiedlichen Behandlungsmethoden auf: In 74% der Fälle wurde eine ICSI durchgeführt (Schwangerschaftsrate 35%), 19% der Versuche waren eine normale IVF (Schwangerschaftsrate 35%), und in 8% der Fälle wurde ein Kryotransfer vorgenommen (Schwangerschaftsrate 33%). Bei den restlichen 11,4% musste der Versuch leider vor der eigentlichen Behandlung aus medizinischen oder persönlichen Gründen abgebrochen werden.

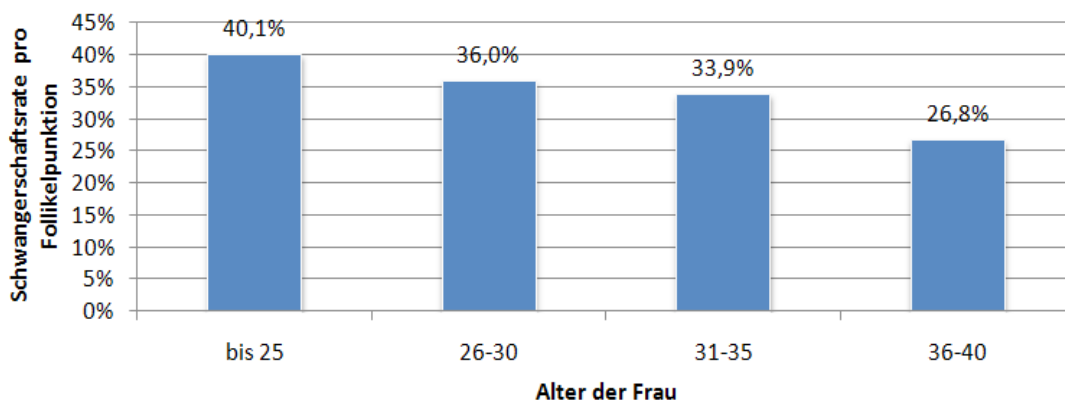
Abbildung 61: Entwicklung der IVF-Fonds-Versuche 2001 - 2008



Quelle: GÖG/ÖBIG, IVF-Register, Jahresbericht 2008

Aber nicht nur die Anzahl der Versuche ist gestiegen, sondern auch die Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion hat sich in den letzten Jahren deutlich erhöht. Lag diese 2001 noch bei 22,8%, konnte 2008 schon eine Schwangerschaftsrate von 32,5% bei den IVF-Fonds-Versuchen verzeichnet werden. Der österreichweite Trend, dass die privaten Krankenanstalten in Summe höhere Erfolgsraten – bei einem marginal erhöhten durchschnittlichen Alter der Frauen – erzielen, hält dabei weiterhin an. Generell nimmt die Schwangerschaftsrate mit steigendem Alter allerdings kontinuierlich ab.

Abbildung 62: Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion differenziert nach dem Alter der Frau



Quelle: GÖG/ÖBIG, IVF-Register, Jahresbereich 2008 (auf Basis von 6.096 Versuchen)

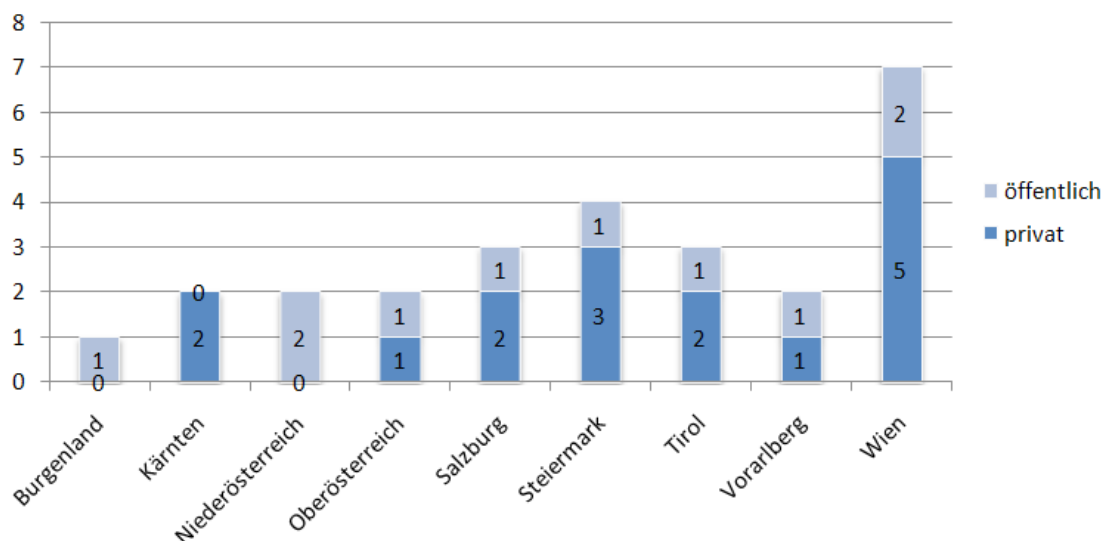
Der IVF-Fonds: Finanzielle Unterstützung durch den Staat

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. Ein Vertrag setzt unter anderem voraus, dass der Träger der Krankenanstalt

eine entsprechende Zulassung nach dem Fortpflanzungsmedizingesetz besitzt und kontinuierlich spezifische Maßnahmen der Qualitätssicherung durchführt. 2010 sind in Österreich 26 öffentliche und private Vertragsanstalten zugelassen. Diese teilen sich wie folgt auf die 9 Bundesländer auf.

Abbildung 63: IVF Vertragsanstalten in Österreich 2010



Quelle: Österreichische IVF Gesellschaft, online

Vom Fonds werden bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen 70% der Kosten für die Behandlung und die Medikamente für höchstens vier Versuche übernommen. Wenn bei einem der vier Versuche eine Schwangerschaft mit positiver Herzaktion festgestellt wurde, jedoch ein Abortus stattfand, so werden weitere vier Versuche vom IVF-Fonds unterstützt. Dies führt zu einer extremen finanziellen Entlastung der betroffenen Kinderwunschaare, da nur mehr ein Selbstbehalt von 30% übernommen werden muss.

Folgende Voraussetzungen müssen jedoch erfüllt werden, um vom IVF-Fonds Unterstützung zu erhalten:

1. Das Paar muss in aufrechter Ehe oder in eheähnlicher Lebensgemeinschaft leben.
2. Vorliegen einer medizinischen Indikation:
 - seitens der Frau:
 - beidseitig verschlossene oder sonst dauerhaft funktionsunfähige Eileiter
 - Endometriose und daraus resultierende funktionellen Sterilität
 - polyzystische Ovarien und daraus resultierende funktionelle Sterilität.
 - seitens des Mannes:
 - Sterilität bzw. schwere männliche Infertilität
3. Weiters müssen alle anderen Möglichkeiten zur Herbeiführung einer Schwangerschaft bereits ausgeschöpft worden sein. Kein Anspruch auf Mitfinanzierung besteht bei Sterilität auf Grund einer vorhergehenden, auf eigenen Wunsch durchgeführten Sterilisation des Mannes oder der Frau (ein Anspruch besteht aber dennoch, wenn beim Partner eine anspruchsbegründende Indikation vorliegt und wenn eine Sterilisation nachweislich aus medizinischen Gründen durchgeführt wurde).
4. Altersgrenzen: Zum Zeitpunkt des Beginns des Versuches einer In-vitro-Fertilisation darf die Frau das 40. Lebensjahr (den 40. Geburtstag) und der Mann das 50. Lebensjahr (den 50. Geburtstag) noch nicht vollendet haben (wenn während eines Versuches von einem der beiden Partner die Altersgrenze erreicht wird,

kann die laufende Behandlung noch auf Fondskosten abgeschlossen werden; ein weiterer Versuch mit Unterstützung aus öffentlichen Mitteln ist jedoch im Anschluss daran nicht mehr möglich).

5. Krankenversicherung: Sowohl für die Frau als auch für den Mann muss ein Nachweis über die Leistungszuständigkeit entweder:
 - der gesetzlichen Krankenversicherung,
 - einer Krankenfürsorgeeinrichtung,
 - einer privaten österr. Krankenversicherung (Gruppenversicherung § 5 GSVG, „opting-out“) oder
 - einer privaten (in der Regel ausländischen) Krankenversicherung (bei Nachweis des Einverständnisses zur Übernahme von 50% der Kosten) vorgelegt werden.

6. Bestätigung einer Beschäftigung in Österreich bei nicht österreichischen Staatsbürgern: Bei Personen, die nicht österreichische Staatsbürger sind, ist darüber hinaus eine länger als 3 Monate dauernde Beschäftigung bei einem Dienstgeber im Bundesgebiet erforderlich (dies ist z.B. durch eine entsprechende Bestätigung des Krankenversicherungsträgers nachzuweisen).

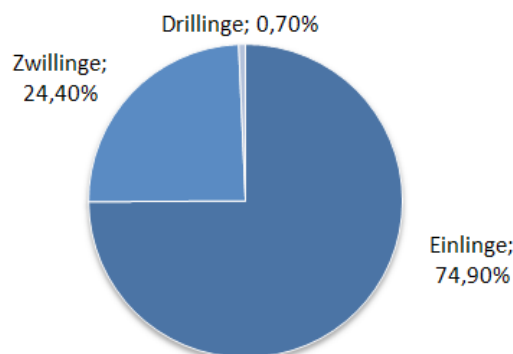
Behandlungsrisiken

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.

- **Überstimulation:** Durch die Hormonstimulation ergibt sich das Risiko einer Überstimulation der Eierstöcke (sogenanntes ovarielles Überstimulations-Syndrom, kurz OHSS genannt). Diese seltene Komplikation tritt nach der Punktion auf. Für die Patientin sind erste Warnsymptome, auf die sie achten sollte, ein dicker, aufgeblähter Leib, Schmerzen im Bauch, manchmal Übelkeit, Atemnot oder Hustenreiz, verminderte Harnmenge. Klinisch steht dabei die Bluteindickung im Vordergrund. Dadurch steigt die Gefahr von „Blutgerinnseln“, von sog. Thrombosen oder Embolien. Die Behandlung besteht in blutverdünnenden Maßnahmen. Die Therapie sollte bei ausgeprägten Fällen immer stationär (in einem Krankenhaus) erfolgen, da dieses Krankheitsbild potentiell für die Patientin sehr gefährlich sein kann.

- **Mehrlingsschwangerschaften:** Durch eine IVF ist die Chance oder das Risiko einer Mehrlingsschwangerschaft erhöht. Etwa 25% aller eingetretenen Schwangerschaften sind Zwillingschwangerschaften. Drillinge oder Vierlinge sind dagegen eher selten, können aber auch entstehen, obwohl nur wenige Embryonen eingesetzt werden (prinzipiell ist z.B. auch eine Drillingschwangerschaft beim Transfer von nur 2 Embryonen möglich). Mehrlingsschwangerschaften sind entgegen des Wunsches vieler Kinderwunschaare nicht das Ziel von reproduktionsmedizinischen Maßnahmen, da bei derartigen Schwangerschaften doch ein höheres Risiko für Komplikationen (Frühgeburt, Behinderung eines Kindes etc.) besteht.

Abbildung 64: Anzahl der Geburten, unterteilt in Einling, Zwilling und Drilling 2008



Quelle: GÖG/ÖBIG, IVF-Register, Jahresbericht 2008 (auf Basis von 2.690 Versuchen)

- **Fehlgeburten/Extrauterinschwangerschaften:** Bei natürlicher Zeugung enden rund 12-15% der Schwangerschaften mit einer Fehlgeburt. Bei einer IVF-Behandlung steigt dieses Risiko leicht an. Auch Extrauterinschwangerschaften (Eileiterschwangerschaften) können auftreten.
- **Operative Komplikationen:** Selten treten im Rahmen der für die IVF nötigen operativen Eingriffe Komplikationen auf. Bei der Eizellentnahme kann es z.B. zu Infektionen oder Organverletzungen im Beckenraum kommen.
- **Psychischer Stress:** Die gesamte Behandlung ist mit Untersuchungen, Terminen und vielen Erwartungen verbunden. All dies kann zu psychischem Stress führen und sollte daher im ärztlichen Gespräch immer wieder angesprochen werden.

Beitrag des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentren 2010 Kinderwunsch – Kinderlosigkeit

Die Frage, ob eine Frau Kinder bekommen möchte, nimmt für viele Frauen einen großen Raum ein. Egal ob sie sich für oder gegen Kinder entscheiden, die Frage ist während einer immer länger währenden Lebensspanne aktuell. Die Kinderfrage wird von außen an sie herangetragen und gleichzeitig ist sie auch Thema, deren Entscheidung ihr weiteres Leben gravierend beeinflusst.

Frauen müssen abwägen, ob sich ein Kind mit ihrer Lebensplanung vereinbaren lässt, sie tragen die Schwangerschaft aus, sind nach wie vor hauptsächlich für sie zuständig, müssen mit Mehrfachbelastung, Karriereknick und gesellschaftlichen Rollenerwartungen umgehen.

Schichtspezifisch sind Freuden und Belastungen durch Kinder sehr unterschiedlich verteilt. In traditionelleren Lebenszusammenhängen und in Familien von MigrantInnen ist Kinder zu haben selbstverständlich. Frauen bekommen ihre Kinder durchschnittlich später und leben mit ihren Kindern in unterschiedlichsten Lebensformen.

Sich für oder gegen Kinder zu entscheiden ist möglich. Ungewollte Kinderlosigkeit oder ungewollte Schwangerschaft sind weitere Aspekte dieses Themas.

Unerfüllter Kinderwunsch stellt einen tiefgreifenden Aspekt im Leben einer Frau dar. Das Leiden daran, kann den Weg zur Reproduktionsmedizin führen, die es geschafft hat sich als Hoffnungsträgerin für ungewollt Kinderlose zu etablieren. Wissensbasierte Informationen über möglichen Nutzen und möglichen Schaden, sowie eine Information und Auseinandersetzung, die weit über die medizinischen Fragen hinausgehen sind hierbei erforderlich. In qualifizierten Beratungseinrichtungen werden Frauen über Belastungen, Erfolgsaussichten, aber auch über Alternativen, über Zusammenhänge von Schwangerschaft und Möglichkeiten, eine Schwangerschaft auf natürlichem Weg zu unterstützen, aufgeklärt, wie auch darüber, ein Leben ohne Kinder als Möglichkeit denkbar werden zu lassen.

2.8 Biomedizin und Bioethik

Dr.ⁱⁿ Doris Wolfslehner, Leiterin der Geschäftsstelle der Bioethikkommission, Bundeskanzleramt

Zentral in der internationalen Diskussion zum Thema Bioethik ist das 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 1997⁶².

Die Biomedizinkonvention setzt Mindeststandards zum Schutz der Menschenwürde und Menschenrechte im Bereich der Biomedizin in Europa und konkretisiert die Europäische Menschenrechtskonvention für den Bereich der Biologie und der Medizin.

Folgende Zusatzprotokolle zum Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin des Europarates wurden bislang verabschiedet:

62 Council of Europe, <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/164.htm>, (dl 10.08.2010)

- Zusatzprotokoll im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin über das Verbot des Klonens von menschlichen Lebewesen, 1998 (<http://conventions.coe.int/Treaty/fr/Treaties/Html/168.htm>);
- Zusatzprotokoll über die Transplantation von Organen und Geweben menschlichen Ursprung, 2002 (<http://conventions.coe.int/Treaty/ger/Treaties/Html/186.htm>);
- Zusatzprotokoll über biomedizinische Forschung, 2005 (<http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/195.htm>); und
- Zusatzprotokoll betreffend der Gentests zu gesundheitlichen Zwecken (<http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/TestGen.htm>).

Das Übereinkommen sowie die Zusatzprotokolle sind für jene Staaten verbindlich, die diese unterzeichnet und ratifiziert haben. Österreich hat das Übereinkommen bislang weder unterzeichnet noch ratifiziert. Eine diesbezügliche Empfehlung wurde seitens der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt in der Stellungnahme vom 11. Februar 2002 abgegeben.

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.

2.8.1 Präimplantationsdiagnostik

In Österreich besteht derzeit keine ausdrückliche gesetzliche Regelung über die Zulässigkeit der PID⁶³. Nach allgemein geltender Auffassung gibt jedoch § 9 Abs 1 FMedG eine mittelbare Antwort auf die Frage nach der Zulässigkeit von Diagnoseverfahren am Embryo in vitro:

„Entwicklungsfähige Zellen dürfen nicht für andere Zwecke als für medizinisch unterstützte Fortpflanzungen verwendet werden. Sie dürfen nur insoweit untersucht und behandelt werden, als dies nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich ist. Gleiches gilt für Spermien oder Eizellen, die für medizinisch unterstützte Fortpflanzungen verwendet werden sollen.“

Aus dem zweiten Satz § 9 Abs 1 FMedG folgt somit ein implizites Verbot der PID am Embryo, da es sich dabei um keine Untersuchung an entwicklungsfähigen Zellen handelt, die „zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich ist“.

Im Gegensatz dazu wird PID über Polkörperchendiagnostik an der Eizelle in Österreich durchgeführt, da diese nach allgemein geltender Auffassung aufgrund der Tatsache, dass es sich bei Eizellen nicht um entwicklungsfähige Zellen gem. § 1 Abs 3 FMedG⁶⁴ handelt, nicht vom impliziten Verbot der PID am Embryo betroffen ist. Eine ausführliche Darstellung der naturwissenschaftlichen, ethischen und rechtlichen Aspekte der PID in Österreich wurde durch den Bericht der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt im Jahr 2004 vorgelegt, der noch immer Gültigkeit besitzt.⁶⁵

2.8.2 Eizell- und Samenspende

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat am 1. April 2010, S.H. ua gegen Österreich, Appl 57813/00, ein Urteil zum Verbot der Eizell- und Samenspende bei einer In-Vitro-Fertilisation (IVF) erlassen. Dem Urteil liegt eine Beschwerde von zwei Paaren zugrunde, denen es aus medizinischen Gründen nur mit Hilfe einer IVF und der Ei- bzw. Samenspende Dritter möglich gewesen wäre, ein Kind zu bekommen, von dem einer der Partner genetischer Elternteil ist. Das Fortpflanzungsmedizinengesetz verbietet jedoch Eizellspenden

63 Zu naturwissenschaftlichen Aspekten der PID siehe auch: Präimplantationsdiagnostik, Bericht der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (2004). <http://www.bundestkanzleramt.at/DocView.axd?CobId=6415>, (dl 10.08.2010)

64 Als entwicklungsfähige Zellen sind befruchtete Eizellen und daraus entwickelte Zellen anzusehen.

65 Bundeskanzleramt, <http://www.bundestkanzleramt.at/DocView.axd?CobId=6415>, (dl 10.08.2010)

generell und Samenspenden für die Verwendung bei einer IVF. Die BeschwerdeführerInnen behaupteten, dass dieses Verbot heterologer Formen medizinisch unterstützter Fortpflanzung Art. 8 EMRK (Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens) und Art. 12 EMRK (hier: Recht auf Familiengründung) jeweils alleine und in Verbindung mit Art. 14 EMRK (Diskriminierungsverbot) verletze.

Der Verfassungsgerichtshof hatte entsprechende Gesetzesprüfungsanträge der BeschwerdeführerInnen mit Erkenntnis vom 14.10.1999, G 91/98, G116/98, abgewiesen. Er bejahte zwar, dass die bekämpften Regelungen in das Recht auf Privat- und Familienleben eingriffen, hielt diesen Eingriff jedoch angesichts des öffentlichen Interesses an der Vermeidung möglicher nachteiliger Folgen und ethisch-moralischer Bedenken (z.B. Zuchtwahl, Vermarktung des weiblichen Körpers, Umgang mit "überzähligen" Embryonen etc.) sowie im Hinblick auf das Wohl des Kindes „derzeit“ für gerechtfertigt.

Der EGMR hat nun – zwei Jahre nach Durchführung einer mündlichen Verhandlung – in seinem Urteil vom 1. April 2010 mit zwei (hinsichtlich des Verbots von Eizellspenden) bzw. einer (hinsichtlich des Verbots von Samenspenden bei IVF) Gegenstimme(n) entschieden, dass eine Verletzung des Rechts auf Achtung des Privat- und Familienlebens nach Art. 8 EMRK in Verbindung mit dem Diskriminierungsverbot nach Art. 14 EMRK vorliege. Der EGMR führt dazu allgemein aus, dass Art. 8 EMRK es zwar nicht erfordere, künstliche Reproduktionstechniken zuzulassen, wenn ein Staat dies jedoch vorsehe, dann müsse es in nicht-diskriminierender Weise erfolgen.

Zum Verbot der IVF mit einer fremden Eizelle führt der EGMR aus, dass die vorgebrachten medizinischen und familienrechtlichen Gründe nicht hinreichend seien; zum Teil träfen sie auch auf erlaubte Formen medizinisch unterstützter Fortpflanzung zu, und die Schaffung von Eltern-Kind-Beziehungen, die nicht auf einer direkten biologischen Verbindung beruhen, sei nichts Neues, seit es das Institut der Adoption gebe. Das gänzliche Verbot der IVF mit einer fremden Eizelle sei unverhältnismäßig.

Zum Verbot der IVF mit einer fremden Samenspende stellte der EGMR fest, dass es vor allem im Hinblick auf die Zulässigkeit sowohl der Insemination mit Samenspenden eines Dritten als auch der homologen IVF (also mit eigenen Ei- und Samenzellen des Paares) unverhältnismäßig sei.

Die Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt hat in der Sitzung vom 12. April 2010 die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) vom 1. April 2010, S.H. und andere gegen Österreich, Appl. 57813/00, diskutiert. Die Bioethikkommission ist zu folgendem Schluss gekommen:

1. Die Entscheidung des EGMR vom 1. April 2010, S.H. und andere gegen Österreich, Appl. 57813/00, wonach sowohl das absolute Verbot der Eizellspende als auch das Verbot der IVF mit von dritter Seite gespendetem Samen der EMRK widerspricht, macht eine Reform des Fortpflanzungsmedizingesetzes unausweichlich.
2. Diese Reform sollte sich allerdings nicht auf eine punktuelle Korrektur der vom EGMR beanstandeten Regelungen beschränken. Der Gesetzgeber sollte die Entscheidung des EGMR vielmehr zum Anlass nehmen, auch andere Wertungswidersprüche im Fortpflanzungsmedizingesetz zu beseitigen.

Österreich hat gemäß Art. 43 EMRK einen Antrag auf Verweis der Rechtssache an die Große Kammer des EGMR gestellt. Weiters hat Bundeskanzler Werner Faymann die Bioethikkommission in der Sitzung vom 4. Oktober 2010 beauftragt, relevante Aspekte des Fortpflanzungsmedizinrechts zu diskutieren.

2.8.3 Forschung an humanen embryonalen Stammzellen

Die Zulässigkeit der Forschung an humanen, embryonalen Stammzellen ist eine der großen bioethischen Fragen des ausgehenden 20. und des beginnenden 21. Jahrhunderts. Kaum eine bioethische Frage hat die Staatengemeinschaft in ähnlicher Weise beschäftigt. Ausgangspunkt der Debatte sind die Entwicklungen der Forschung im Bereich der Fortpflanzungsmedizin, die es nunmehr ermöglichen, die Verschmelzung von menschlichen Ei- und Samenzellen außerhalb des Körpers einer Frau vorzunehmen.

Für die Forschung an humanen embryonalen Stammzellen gibt es derzeit in der österreichischen Rechtsordnung keine ausdrückliche gesetzliche Regelung. Aussagen über die rechtlichen Grenzen für die Forschung an humanen embryonalen Stammzellen können allerdings implizit aus Gesetzen abgeleitet werden, die primär andere Sachverhalte regeln.⁶⁶ Als Rechtsgrundlage sind vor allem das Fortpflanzungsmedizingesetz 2004 (FMedG) und das Arzneiwareneinfuhrgesetz 2002 in Betracht zu ziehen. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in Österreich zwar die Gewinnung embryonaler Stammzellen aus befruchteten Eizellen, nicht hingegen die Forschung mit pluripotenten embryonalen Stammzellen verboten ist.

Die Bioethikkommission hat am 16. März 2009 eine Stellungnahme zur Forschung an humanen embryonalen Stammzellen verabschiedet. Die Stellungnahme umfasst einen allgemeinen Teil zum naturwissenschaftlich-medizinischen Stand der Forschung, zur österreichischen Rechtslage und zu allgemeinen ethischen Positionen⁶⁷.

Die Mehrheit der Mitglieder der Bioethikkommission erachtet die Forschung an humanen embryonalen Stammzellen für wissenschaftlich relevant, moralisch grundsätzlich legitim und förderungswürdig. Sie empfiehlt

- die Schaffung von gesetzlichen Rahmenbedingungen, die die Verwendung von befruchteten Eizellen aus der IVF zur Herstellung von Stammzelllinien zu Zwecken der gesundheitsbezogenen Forschung ermöglichen;
- die Zulassung von anderen Techniken zur Herstellung entwicklungsfähiger Zellen (z.B. therapeutisches Klonen, Zybridbildung);
- die Einrichtung einer unabhängigen, interdisziplinären Kommission zur Zulassung von Forschungsvorhaben mit humanen embryonalen Stammzellen;
- die Veröffentlichung von genehmigten Forschungsvorhaben in einem öffentlichen Register.

Ziel der Stellungnahme ist es, die österreichische Rechtslage in Bezug auf humane embryonale Stammzellforschung durch Beratung der Politik zu konsolidieren.

66 Vgl. Kopetzki 2008, S. 269ff

67 Bundeskanzleramt, <http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=34240>, (dl 11.09.2010)

3. Schwangerschaft, Geburt und Mutterdasein

3.1 Schwangerschaft und Geburt

Dr.ⁱⁿ Barbara Schildberger M.A., Hebamme, Soziologin, FH Gesundheitsberufe OÖ GmbH

Im Laufe des 20. Jahrhunderts hat sich die Kontrolle über die eigene Reproduktion für die Frauen in industrialisierten Staaten, vor allem im Hinblick auf die Möglichkeit der Einnahme von Kontrazeptiva ab Ende der 50er Jahre, erheblich verändert.

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. „Der europaweite Rückgang der Geburtenzahlen und das aktuelle niedrige Fertilitätsniveau, insbesondere auch in Österreich, sind vielmehr vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Umwälzungen und Modernisierungen des späten 19. und des 20. Jahrhunderts zu sehen, welche die Funktion und damit sowohl die biographische Bedeutung als auch den sozialen Stellenwert von Kindern nachhaltig verändert haben.“⁶⁸

In Österreich gab es im Jahr 2009 insgesamt 76.344 Geburten, was somit einer Zahl von 9,1 Lebendgeborenen auf 1.000 ÖsterreicherInnen und 3,7 Totgeborenen auf 1.000 Lebendgeborene entspricht. Geschlechtsspezifisch gesehen kamen im Jahr 2009 insgesamt 1.048 Jungen auf 1.000 lebendgeborene Mädchen.

Tabelle 56: Geborene seit 1999 nach ausgewählten demografischen und medizinischen Merkmalen

Merkmale	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Lebendgeborene insgesamt	78.138	78.268	75.458	78.399	76.944	78.968	78.190	77.914	76.250	77.752	76.344
auf 1.000 der Bevölkerung	9,8	9,8	9,4	9,7	9,5	9,7	9,5	9,4	9,2	9,3	9,1
Totgeborene insgesamt	316	331	278	338	307	313	289	313	291	258	284
auf 1.000 Lebendgeborene	4,0	4,2	3,7	4,3	4,0	4,0	3,7	4,0	3,8	3,3	3,7
Demografische Merkmale											
Ehelich Lebendgeborene	54.312	53.771	50.514	51.904	49.803	50.602	49.621	48.958	47.122	47.550	46.356
Unehelich Lebendgeborene	23.826	24.497	24.944	26.495	27.141	28.366	28.569	28.956	29.128	30.202	29.988
Unehelichenquote in %	30,5	31,3	33,1	33,8	35,3	35,9	36,5	37,2	38,2	38,8	39,3
männlich	39.991	40.132	38.597	40.118	39.542	40.540	39.878	39.745	38.940	40.126	39.072
weiblich	38.147	38.136	36.861	38.281	37.402	38.428	38.312	38.169	37.310	37.626	37.272
Sexualproportion	1.048,3	1.052,3	1.047,1	1.048,0	1.057,2	1.055,0	1.040,9	1.041,3	1.043,7	1.066,4	1.048,3
Ø Fertilitätsalter d.Mutter (alle Geburten)	28,2	28,2	28,4	28,6	28,8	28,8	29,0	29,2	29,4	29,5	29,7
Ø Fertilitätsalter d.Mutter (Erstgeburten)	26,3	26,4	26,5	26,8	26,9	27,0	27,3	27,5	27,7	27,8	28,0
Gesamtfertilitätsrate	1,34	1,36	1,33	1,39	1,38	1,42	1,41	1,41	1,38	1,41	1,39
Medizinische Merkmale											
Sektorate	16,4	17,2	18,9	20,6	22,1	23,6	24,4	25,8	27,1	28,0	28,8

Merkmale	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm in %	6,5	6,3	6,7	6,6	7,1	6,8	6,8	7,1	7,2	7,1	7,1
Geburten insgesamt	77.356	77.546	74.559	77.542	75.975	78.029	77.248	76.897	75.204	76.655	75.305
Einzelgeburten	76.295	76.525	73.413	76.378	74.742	76.802	76.050	75.599	73.904	75.331	74.010
Mehrlingsgeburten	1.061	1.021	1.146	1.164	1.233	1.227	1.198	1.298	1.300	1.324	1.295

Quelle: Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/static/ergebnisse_im_ueberblick_geborene_022899.xls, (dl18.08.2010)

Wie bereits im Kapitel ‚Geburtenzahl und Fertilität‘ angeführt, weisen ebenso die Daten des Geburtenregisters Österreich darauf hin, dass die Fertilitätsrate kontinuierlich abnimmt und der Anteil der Erstgebärenden gegenüber den Frauen mit drei oder mehr Kindern zunimmt.

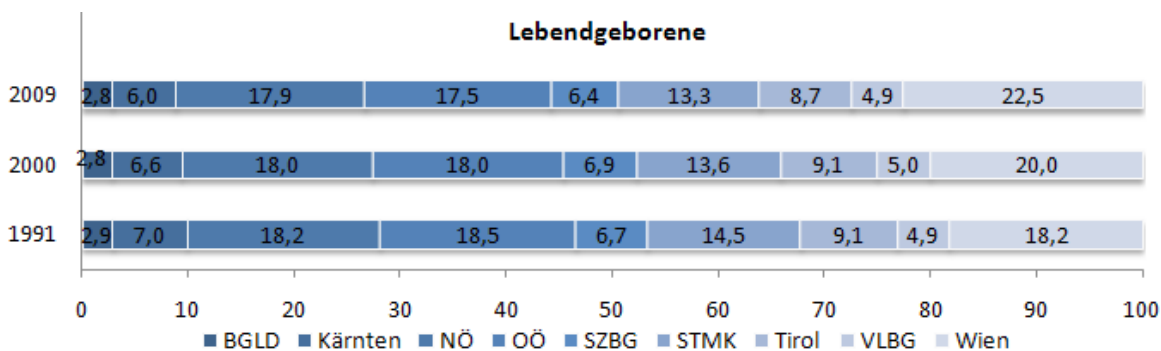
Regionale Unterschiede zeigen sich zum Beispiel beim Bundesland Wien, welches seit 1991 einen kontinuierlichen Anstieg der Geburtenrate aufweist.

Tabelle 57: Parität und Anzahl der Kinder

Schwangerschaft (Basis: Mütter)	2009	
	absolut	in %
Parität		
0 Kinder	35.753	48,7
1 Kind	24.777	33,8
2 Kinder	8.976	12,2
>=3 Kinder	3.908	5,3
Anzahl der Kinder		
Einling		98,1
Zwilling		1,7
Drilling		0
Vierling		0
o.A.		0,1

Quelle: Geburtenregister Österreich, 2009; Auswertung des IET

Abbildung 65: Lebendgeborene in Prozentpunkten seit 1991 nach Bundesland



Quelle: Statistik Austria⁶⁹

Den Geburtsmodus betreffend ist abzuleiten, dass die Zahl der Spontangeburt dem Trend entsprechend leicht sinkt, während der Anteil der operativen Vaginalgeburten annähernd konstant bleibt und die Sectiorate weiter ansteigt.

Im Hinblick auf das Gestationsalter während der Geburt ist der Anteil der termingerecht geborenen Kinder im Zeitraum von 2005 bis 2009 leicht angestiegen.

Tabelle 58: Geburt 2009 Lage des Kindes, Entbindungsart und -position, Schwangerschaftswoche

Geburt 2009 (Basis: Lebendgeborene Kinder)			
		2009 in %	2009 in %
Lage des Kindes (n= 74.404)			
	Schädellage	93,5	
	Beckenendlage	5,3	
	Querlage	0,5	
	o.A.	0,7	
Entbindungsart (n= 74.404)			
	spontan	64,3	
	Vakuum	6,1	
	Forzeps	0,2	
	BEL/ Manualhilfe	0,2	
	Primäre Sectio*	15,3	
	Sekundäre Sectio*	13,9	
	sonstige	0,1	
Entbindungsposition (n=52.676)			
	Kreißbett		85,8
	Hocker		4,2
	Wassergeburt		3,8
	andere		6,2
Schwangerschaftswoche (n= 74.404)			
	bis 27+6		0,4
	28+0 bis 31+6		0,8
	32+0 bis 36+6		7,6
	37+0 bis 41+6		90,2
	ab 42+0		0,8
	o.A.		0,3

Quelle: Geburtenregister Österreich, 2009; Auswertung des IET

*Als „primäre Sectio“ wird eine Sectio vor Geburtsbeginn und ohne Blasensprung sowie ohne vorangegangenen unmittelbaren Einleitungsversuch oder akuten Anlass bezeichnet. Als „sekundäre Sectio“ wird ein Kaiserschnitt bezeichnet, wenn eine normale Geburt begonnen wurde, sie aber nicht zu Ende gebracht werden kann.

Die Episiotomierate (beabsichtigter Dammschnitt zur Erweiterung des Beckenausgangs, um Dammsrisse zu vermeiden oder eine Geburt zu beschleunigen) bei Vaginalgeburten liegt im Jahr 2009 bei Erstgebärenden deutlich über 30 Prozentpunkten. Bei 2,14% der vaginalen Geburten war während der Geburt eine Mikrolutgasanalyse (MBU) erforderlich, die Anwendung der Periduralanästhesie (PDA) bei Vaginalgeburten liegt bei 11,8%. Bei 3,6% der Vaginalgeburten wurden Plazentalösungsstörungen diagnostiziert.

Tabelle 59: Entbindungen mit Dammschnitt, Plazentalösungsstörung, PDA, MBU

Entbindung (Basis: Mütter mit Vaginalgeburt) (n= 52.676)	2009 in %
Episiotomie (Dammschnitt)	
Episiotomierate	20,0
Episiotomierate o.A.	0,9
Episiotomie bei	
Erstgebärende	32,8
Zweitgebärende	11,2
Drittgebärende	4,99

Entbindung (Basis: Mütter mit Vaginalgeburt) (n= 52.676)	2009 in %
Plazentalösungsstörung	3,6
PDA	11,8
MBU	2,1

Quelle: Geburtenregister Österreich, 2009 ; Auswertung des IET

Die folgende Tabelle verweist auf das Geschlecht, das Gewicht bzw. die Apgarwerte lebendgeborener Kinder. Für die Überprüfung und die Dokumentation der Vitalität eines Neugeborenen wird das Apgar-Schema verwendet, wobei 5 Parameter herangezogen werden (Herzfrequenz, Atmung, Muskeltonus, Reaktion auf Reize, Hautfarbe). Nach Ablauf von einer, fünf und zehn Minuten nach der Geburt wird der klinische Zustand des Kindes beurteilt und anhand dieses Schemas beurteilt.⁷⁰ 95% der Neugeborenen im Jahr weisen einen normalen Apgarwert zwischen 9 und 10 auf.

Tabelle 60: Geschlecht, Gewicht und Apgarwert lebendgeborener Kinder

Kind Geschlecht/Gewicht, 2009 (Basis: Lebendgeborene Kinder) (n= 74.404) in %	
Geschlecht	
weiblich	48,8
männlich	51,1
o.A.	0,1
Gewicht	
bis 499g	0,1
500g - 749g	0,2
750g - 999g	0,2
1000g - 1499g	0,6
1500g - 1999g	1,5
2000g - 2499g	4,6
2500g - 3999g	84,2
ab 4000g	8,4
o.A.	0,2
Apgar 5 Min	
0-2	0,2
3-4	0,1
5-6	0,5
7-8	3,8
9-10	95,0
o.A.	0,4

Quelle: Geburtenregister Österreich, 2009 ; Auswertung des IET

3.1.1 Schwangerschaftskomplikationen

Die folgende Tabelle zeigt die im Zuge intramuraler Betreuungs- und Behandlungsprozesse im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft gestellten Diagnosen im Jahr 2008.

Tabelle 61: Krankenhausaufenthalte mit Diagnosen in Zusammenhang mit Schwangerschaft

Krankenhausaufenthalte mit Diagnosen in Zusammenhang mit Schwangerschaft			
ICD-Code	Diagnosen gesamt	9	
		Hauptdiagnose	Zusatzdiagnose
O13 Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduziert] ohne bedeut- same Proteinurie, Leichte Präeklampsie, Schwangerschaftsbedingte Hypertonie o.n.A.	897	377	520
O14.0 Mäßige Präeklampsie	362	155	207
O14.1 Schwere Präeklampsie	434	134	300
O14.9 Präeklampsie, nicht näher bezeichnet	536	244	292
O15.0 Eklampsie während der Schwangerschaft	40	11	29
O15.1 Eklampsie unter der Geburt	12	1	11
O20.0 Drohender Abort, Blutung mit der Angabe, dass sie durch dro- henden Abort bedingt ist	3.171	3.001	170
O20.8 Sonstige Blutung in der Frühschwangerschaft	234	203	31
O20.9 Blutung in der Frühschwangerschaft, nicht näher bezeichnet	532	367	165
O21.0 Leichte Hyperemesis gravidarum, Hyperemesis gravidarum, leicht oder nicht näher bezeichnet, Beginn vor Beendigung der 22. Schwangerschaftswoche	2.196	1.889	307
O21.1 Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung, Beginn vor Beendigung der 22. Schwangerschaftswoche	898	828	70
O21.2 Späterbrechen während der Schwangerschaft, Übermäßiges Er- brechen, Beginn nach 22 vollendeten Schwangerschaftswochen	120	102	18
O22.0 Varizen der unteren Extremitäten in der Schwangerschaft, Varizen o.n.A. in der Schwangerschaft	296	6	290
O22.1 Varizen der Genitalorgane in der Schwangerschaft, Varizen des Perineums, der Vagina und der Vulva in der Schwangerschaft	15	0	15
O23 Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft	1.763	614	1.149
O24.4 Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend, Ge- stationsbedingter Diabetes mellitus o.n.A.	2.219	820	1.399
O25 Fehl- und Mangelernährung in der Schwangerschaft, Fehl- und Mangelernährung bei der Geburt und im Wochenbett	18	7	11
O26.0 Übermäßige Gewichtszunahme in der Schwangerschaft	30	12	18
O26.1 Geringe Gewichtszunahme in der Schwangerschaft	115	4	111
O26.5 Hypotonie-Syndrom der Mutter, Vena-cava-Kompressionssyn- drom	161	151	10
O26.6 Leberkrankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes	74	46	28
O26.7 Subluxation der Symphysis (pubica) während der Schwanger- schaft, der Geburt und des Wochenbettes	30	10	20
O26.8 Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwanger- schaft verbunden sind, Erschöpfung und Ermüdung, Nierenkrankheit, Periphere Neuritis, während der Schwangerschaft	881	528	353
O42.0 Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stun- den	2.453	117	2.336
O42.1 Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn nach Ablauf von 24 Stunden	292	28	264
O42.2 Vorzeitiger Blasensprung, Wehenhemmung durch Therapie	306	99	207
O60 Vorzeitige Entbindung, Geburtsbeginn (spontan) vor der vollende- ten 37. Schwangerschaftswoche	1.748	578	1.170
O99.0 Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompli- ziert, Krankheitszustände unter D50-D64	8.824	224	8.600

Datenquelle: Diagnosen- und Leistungsberichte BMG, Erhebungsjahr: 2008; Datenauswertung
Kein Anspruch auf Vollständigkeit bezüglich möglicher Diagnosen!

3.1.1.1 Anämie

Die im Erhebungsjahr 2008 über 8.800-mal codierte Diagnose „099.0 Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert“ zählt zu den mit Abstand am häufigsten genannten Diagnosen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft.

„Anämien in der Schwangerschaft und im Wochenbett sind in Abhängigkeit der Schwere und der möglichen zusätzlichen Komplikationen mit einer erhöhten maternalen und fetalen Morbidität und Mortalität verbunden. Sie gehören zu den häufigsten Risikofaktoren im Bereich der Geburtshilfe und Perinatalmedizin. Gemäß WHO-Daten liegt die weltweit geschätzte Prävalenz der Anämie in der Schwangerschaft je nach geographischer Lage bei 30-50%.“⁷¹

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:

- erhöhte mütterliche und fetale Morbidität und Mortalität
- vermehrte Komplikationen vor und während der Geburt
- erhöhtes Risiko für Frühgeburtlichkeit
- erhöhtes Risiko für reduziertes Geburtsgewicht beim Neugeborenen⁷²

Als häufigste Ursache für eine Anämie wird ein vorbestehender oder sich in der Schwangerschaft entwickelnder Eisenmangel infolge eines erniedrigten Eisenspeichers genannt.

Zu den Ursachen für die Entwicklung einer Eisenmangelanämie in der Schwangerschaft zählen vor allem:

- ein vorbestehender Eisenmangel zu Beginn der Schwangerschaft
- sozioökonomische Faktoren (Alter, Herkunft, Ernährungsgewohnheiten, Rassenzugehörigkeit)
- chronische Blutverluste (gastrointestinal, Hypermenorrhö, Menorrhagien, arzneimittelinduziert, Blutspender)
- eine rasche Schwangerschaftsfolge (innerhalb 1-2 Jahre)
- ein Zustand nach Mehrlingsschwangerschaft
- ein Malabsorptionssyndrom
- ein Eisenmangel in vorhergehenden Schwangerschaften⁷³

3.1.1.2 Drohender Abort, Blutungen

Die Diagnosestellung „020.0 drohender Abort, Blutung mit der Angabe, dass sie durch einen drohenden Abort bedingt ist“ wurde im Erhebungsjahr insgesamt 3.171-Mal gezählt und liegt somit an zweiter Stelle der intramural im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft codierten Diagnosen. Unter Abort wird ein spontaner Verlust der Schwangerschaft verstanden, wobei der totgeborene Fetus ein Geburtsgewicht von 500g nicht erreicht. 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 4-mal mehr Embryonen unbemerkt ab).⁷⁴

„Obwohl allgemein empfohlen, konnte der eindeutige Nutzen einer körperlichen Schonung bzw. Bettruhe im Hinblick auf den Schwangerschaftsausgang beim drohenden Abort im 1. Trimenon bislang nicht bewiesen werden. Auch zur medikamentösen Behandlung mit Gestagen und/oder HCG liegen keine zufriedenstellenden kontrollierten Studien vor.“⁷⁵

71 Zit.n. Breymann, 2006, S. 320

72 Bung, 2006, S. 229

73 Breymann, 2006, S. 322ff

74 Schneider, et al. 2006, S. 20

75 Zit.n. Schneider, et al. 2006, S. 20

Als Ursachen für einen Abort werden hauptsächlich genannt:

- chromosomale Anomalien im plazentaren, chorionalen oder embryonalen Gewebe
- genetische Ursachen eines oder beider Elternteile
- uterine Ursachen
- Infektionen
- Stoffwechselstörungen
- Genussgifte und Schadstoffe
- endokrinologische Ursachen
- immunologische Ursachen
- Psychosoziale Ursachen⁷⁶

3.1.1.3 Diabetes mellitus während der Schwangerschaft

Die Diagnose „024.4 Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend, Gestationsbedingter Diabetes mellitus“ spiegelt die Folgen der in den Industrieländern vorherrschenden ungesunden Lebensgewohnheiten von Überernährung, Fehlernährung und Bewegungsmangel wider. Unter Gestationsdiabetes versteht man eine während der Schwangerschaft erstmals auftretende Glukosetoleranzstörung.

„In verschiedenen ethnischen Gruppen wurde in den letzten zwei Jahrzehnten eine Zunahme des Gestationsdiabetes zwischen 35 und 100% beobachtet. Dabei zeigt sich dieser Anstieg unabhängig vom Alter der Patientinnen, geht aber mit der Zunahme der Prävalenz von Adipositas und Diabetes mellitus Typ 2 in der entsprechenden Bevölkerungsgruppe einher. Besorgniserregend ist, dass dieser Trend sich besonders in der Gruppe der jüngeren Schwangeren (<35 Jahre) bemerkbar macht.“⁷⁷

In Studien konnte nachgewiesen werden, dass Frauen mit 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. Adipositas, ein höheres Lebensalter und 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.⁷⁸

Kindliche Komplikationen (schwere kongenitale Fehlbildungen und Aborte) bei vorbestehendem Diabetes korrelieren mit einer mütterlichen Hyperglykämie im 1. Trimenon. Bei fortgeschrittener Schwangerschaft führt die diabetische Stoffwechsellage der Mutter zu einem fetalen Hyperinsulinismus, welcher ein übermäßiges Wachstum besonders des Fettgewebes induziert. Die Makrosomie von Kindern diabetischer Mütter erhöht das Risiko einer Schulterdystokie bei der Geburt mit der Gefahr einer Plexusparese post partum; der erhöhte Sauerstoffbedarf und die herabgesetzte Lungenreife der Kinder kann zu Asphyxien bis hin zu intrauterinem Fruchttod und zum Atemnotsyndrom nach der Geburt führen.

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.⁷⁹

„Bedingt durch das deutlich erhöhte Risiko beider Generationen sollten präventive Maßnahmen zur Verhinderung der Entwicklung einer diabetischen Stoffwechsellage immer die gesamte Familie im Blickfeld haben und bei dem Kind möglichst frühzeitig, d. h. im Kindergartenalter beginnen. Die Vermittlung einer gesunden Lebensweise muss dringend als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden. Nur so kann einem weiteren Anstieg der Prävalenz von Übergewicht, Adipositas, Gestationsdiabetes und Diabetes mellitus Typ

76 Schneider et al. 2006, S. 21ff

77 Zit.n. Fischer, et al. 2006

78 Fischer, et al. 2006, S. 959ff

79 Schäfer-Graf, S. 399ff

2 entgegengewirkt werden. Die Konsequenzen der Adipositas bei Frauen im fertilen Alter und des Gestationsdiabetes sind viel stärker als bisher den Betroffenen, der Ärzteschaft und der Gesundheitspolitik bewusst zu machen.⁸⁰

Ein oraler Glukosetoleranz-Test ist seit 2010 im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen verpflichtend. Die Österreichische Gesellschaft für Diabetes (ÖDG) empfiehlt diesen zwischen der 24. und 28. Schwangerschaftswoche. (nähere Informationen beim Bundesministerium für Gesundheit www.bmg.gv.at und bei der Österreichischen Gesellschaft für Diabetes www.oegd.org)

3.1.1.4 Hyperemesis gravidarum

Die Hyperemesis gravidarum ist eine Erkrankung, die durch übermäßige Übelkeit und Erbrechen gekennzeichnet ist. 50 bis 90% aller Schwangeren kennen vor allem in den ersten Wochen die Symptome Übelkeit und Erbrechen, bei 0,3 bis 2% steigern sich die Symptome zu einer Hyperemesis (mehr als 5-maliges Erbrechen täglich, Gewichtsabnahme von mehr als 5%).⁸¹

Neben diätetischen Maßnahmen und parenteralen Therapien bei ausgeprägten Formen der Hyperemesis kommt der psychosomatischen und psychosozialen Beratung und Unterstützung von Frauen ein besonderer Bedeutungsgehalt in der Behandlung zu.

3.1.1.5 Frühgeburtlichkeit

Ogleich 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. Frühgeburtlichkeit entsteht aufgrund von vorzeitigen Wehen, aufgrund von vorzeitigem Blasensprung oder vorzeitig indizierter Schwangerschaftsbeendigung und steht in direktem Zusammenhang mit pathogenen Faktoren wie:

- Infektion
- Plazentationsstörung
- fetale Pathologie
- Uteruspathologie
- Mehrlingsschwangerschaften

Die Morbidität und Mortalität von Frühgeborenen hängt maßgeblich vom Gestationsalter und Reifezustand des Neugeborenen ab, besondere Bedeutung kommt dabei der Lungenreife zu. Bei unzureichender Reife der Lunge kommt es beim Frühgeborenen zum Atemnotsyndrom, welches nach wie vor die Hauptursache neonataler Sterblichkeit darstellt.

Vor der 32. Schwangerschaftswoche sind Frühgeborene besonders gegenüber peri- und intraventrikulären Hinblutungen gefährdet. Blutungen und Nekrosen, die zu bleibenden Hirnschäden führen, entstehen während oder nach der Geburt aufgrund von Durchblutungsstörungen (wie zum Beispiel bei Sepsis, Thromboembolien, Gefäßanlagestörungen, Hypoxie, Nabelschnurkompression bzw. mechanische Kopfkompensation). In diesem Zusammenhang wird auch der zu wählende Geburtsmodus in der Literatur höchst unterschiedlich diskutiert.⁸² Die folgende Tabelle zeigt die prozentuelle Inzidenz von Frühgeburtlichkeit in Österreich im Erhebungszeitraum 2005 bis 2009.

80 Zit.n. Fischer, et al. 2006, S. 959ff

81 Kainer, et al. 2006, S. 269

82 Schneider, et al. 2006a, S. 464ff

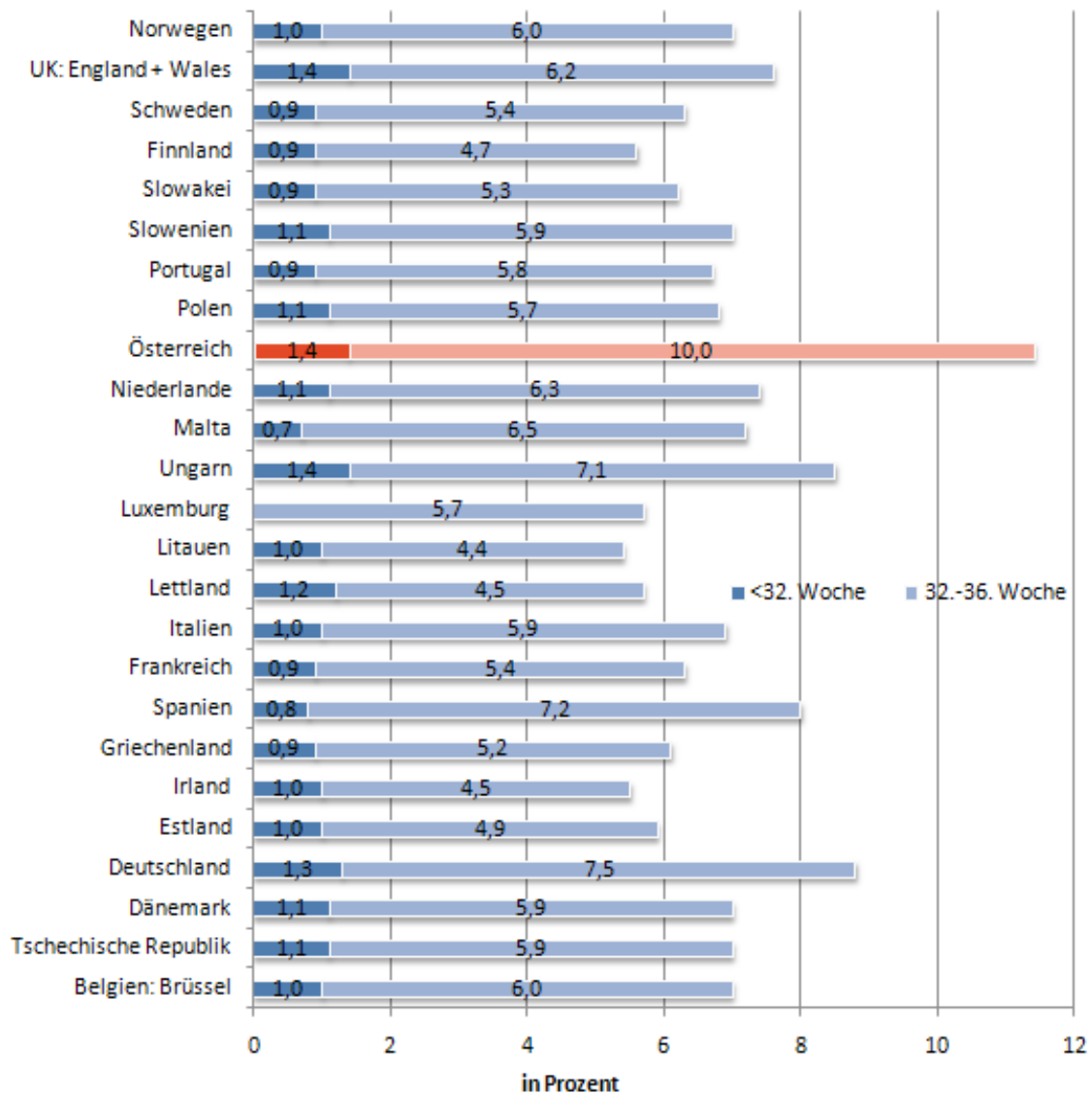
Tabelle 62: Schwangerschaftswoche lebendgeborene Kinder

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; Auswertung des IET

Wenngleich sich die Datenlage zu den in Österreich gezählten Frühgeburten im „European Perinatal Health Report“ von derjenigen im Geburtsregister Österreich unterscheidet, ist dennoch hervorzuheben, dass Österreich (gemeinsam mit Ungarn und Großbritannien) die Statistik ausgewählter europäischer Länder sowohl bei den Geburten unter der 32. Schwangerschaftswoche, als auch zwischen der 32. und 36. Schwangerschaftswoche anführt. Ein im Zusammenhang mit der Prävention von Frühgeburten noch sehr wenig erforschter und diskutierter Aspekt ist 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.

Abbildung 66: Europäischer Vergleich Schwangerschaftswoche lebendgeborene Kinder



Quelle: European perinatal health report 2008, S. 171

3.1.1.6 Schwangerschaft und Adipositas

Studien zufolge ist der Anteil an übergewichtigen und fettleibigen Frauen in den letzten 25 Jahren von unter 10% auf über 30% gestiegen.

Wie aus dem Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008 zu entnehmen, ist bei Frauen jeden Alters der prozentuelle Anteil an übergewichtigen (BMI 25 bis unter 30) sowie adipösen Frauen im Vergleichszeitraum 1999 bzw. 2006/2007 angestiegen. Überernährung, Fehlernährung und Bewegungsmangel werden als Hauptursachen für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas genannt und bilden so den Grundstein für mannigfache, zum Teil schwerwiegende Folgeerkrankungen.

„Besondere Aufmerksamkeit im Leben einer Frau (und ihrer Kinder) verdient aber die bereits in jungem Alter relevante Risikokonstellation Schwangerschaft und Adipositas: In einer Schwangerschaft sind die 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.⁸³

Die folgende Tabelle zeigt die Folgen von Adipositas als Risikofaktor für negative Outcomes in der Schwangerschaft, während der Geburt und post partum beim Kind:

Tabelle 63: Folgen von Adipositas in der Schwangerschaft

Folgen von Adipositas	
In der Schwangerschaft	Gestationsdiabetes Hypertonie, inkl. Präeklampsie Totgeburten, Aborte Frühgeburt Atemprobleme
Geburtshilfliche Komplikationen	Erhöhte Rate an Kaiserschnitten Höheres Blutungsrisiko bei Kaiserschnitten Thromboembolische Komplikationen Häufiger Wundheilungsstörungen Erhöhte Rate an vaginal operativen Entbindungen Höhergradige Dammsrisse Erhöhte Dammschnittrate Schulterdystokie Postpartale Endomyometritis Fehlplatzierungen bei Regionalanästhesieverfahren
Kindliche Komplikationen	Fetaler Distress Niedrige Apgar Werte Geburtsverletzungen Atemanpassungsstörungen Metabolische Störungen Makrosomie Angeborene Fehlbildungen Adipositas und Diabetes im Kindes- und Jugendalter

Quelle: Maul, H. (2008): Adipositas und Schwangerschaft. Gynäkologische Endokrinologie; 6: 29-34. Online publiziert 31. Januar 2008. Springer Medizin Verlag 2008

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 Anforderungen an eine optimale diätetische Intervention bei Adipositas sind eine ausreichende Nährstoff- sowie Nährwertversorgung in Anpassung an die gesteigerten Bedürfnisse in der Schwangerschaft, ohne eine weitere deutliche Gewichtszunahme ... hervorzurufen. Auch eine Gewichtszunahme von lediglich 3 kg war bei fettsüchtigen Frauen mit einem günstigen geburtshilflichen Resultat verbunden.“⁸⁴

83 Zit.n. Maul, 2008, S. 29ff

84 Zit.n. Kautzky-Willer, 2006

3.1.2 Pränataldiagnostik

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.

Tabelle 64: Häufigste vorgeburtlichen Erkrankungen und Beeinträchtigungen

Vorgeburtliche Erkrankungen und Beeinträchtigungen, nach Kategorien	
Genetische Anomalien	Trisomie 21 (Down-Syndrom) Trisomie 18 (Edwards-Syndrom) Trisomie 13 (Patau-Syndrom) Trisomie 16 Geschlechtsspezifische Anomalien: <ul style="list-style-type: none"> • Turner Syndrom • Klinefelter Syndrom DiGeorge-Syndrom (22q11)
Neuralrohrdefekte	Spina bifida Hydrocephalus Anencephalus
Organfehlbildungen	Zwerchfellhernie Nierenagenesie Herzfehler
Skelettfehlbildungen	Skelettdysplasie Klumpfüße Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte
Angeborene Stoffwechselerkrankung	Mukoviszidose

Quelle: Wassermann, Rohde, 2009, Pränataldiagnostik und psychosoziale Beratung. Aus der Praxis für die Praxis, S. 52

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. Eine in Deutschland durchgeführte Studie zur Evaluation von Beratungskonzepten zur psychosozialen Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik ergab folgende Ergebnisse:

„Die psychische Belastung war überwiegend sehr hoch. Die Frauen selbst berichteten über eine Vielzahl von ausgeprägten Symptomen als Ausdruck ihrer Belastung: das starke Gefühl, hin und her gerissen zu sein (67%), Niedergeschlagenheit (76%), ausgeprägte Stimmungsschwankungen (60%) und Verzweiflung (65%). Bezüglich der Zufriedenheit mit der psychosozialen Beratung zeigte sich, dass über 90% der beratenen Frauen sehr zufrieden waren und die Beratung auch mit zeitlichem Abstand immer noch als sehr hilfreich einschätzten. Als besonders hilfreich empfanden sie, dass es in der Beratung einen „neutralen Platz“ gab, dass die Beraterin „persönliches Verständnis“ zeigte und dass die Möglichkeit zur „Reflektion von Gefühlen“ bestand.“⁸⁵

85 Zit. n. Wassermann, et al. 2010, S. 43

So soll eine psychosoziale Betreuung im Zuge der Pränataldiagnostik vor allem eine auf neutraler Ebene stattfindende Unterstützung sein, sich mit der Lebenssituation sowie mit Zukunftsfragen auseinander setzen zu können. Um diesen Erfordernissen gerecht zu werden, ist allenfalls die Personalsituation der Institute dahingehend zu gestalten, dass genügend Ressourcen für ausreichende beratende und unterstützende Leistungen zur Verfügung stehen.

Beitrag des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentren 2010 Pränatale Diagnostik

Unter Pränataler Diagnostik (PND) werden all jene Untersuchungsmethoden zusammengefasst, die Frauen während ihrer Schwangerschaft durchführen lassen können, um Informationen über das Ungeborene zu bekommen. Vorrangiges Ziel ist es, Normabweichungen in der Entwicklung und genetische Eigenschaften des Fötus zu erkennen. Die werdenden Eltern können sich so auf ein Leben mit einem behinderten Kind vorbereiten und ebenso eine Entscheidung für oder gegen ein Leben mit einem behinderten Kind treffen.

Die Praxis sieht oft anders aus. Die teils invasiven Untersuchungen können keine hundertprozentig sichere Auskunft über den Gesundheitszustand des Ungeborenen geben. Falsch positive, aber auch falsch negative Ergebnisse sind möglich. Nicht in jedem Fall wird eine pathologische Untersuchung durchgeführt, nachdem eine Schwangerschaft aufgrund eines positiven PND-Befundes beendet wurde. Niemand kann daher mit Sicherheit sagen, ob die diagnostizierten genetischen Eigenschaften (etwa Down Syndrom) tatsächlich vorlagen. Wichtig ist: 97% aller Kinder kommen gesund zur Welt. Von den 3%, die von Geburt an eine Behinderung haben, können wiederum nur 3% vorgeburtlich erkannt werden.

Es besteht auch keine Verpflichtung, PND in Anspruch zu nehmen. Frauen können die Untersuchungen ohne Angabe von Gründen jederzeit ablehnen, ohne eine Kürzung des Kindergeldes befürchten zu müssen. Viele Frauen empfinden aber gesellschaftlichen oder persönlichen Druck PND an sich durchführen lassen zu müssen. Gerade deshalb sollten werdende Eltern schon vor den Untersuchungen vielseitige unabhängige Informationen einholen - vor allem darüber, welche Untersuchungen mit welchen Risiken und Konsequenzen verbunden sind. Ein sorgsamer Umgang mit den Möglichkeiten der PND ist wichtig. Wir wissen durch persönliche Rückmeldungen von Frauen und aus der Literatur, dass PND unterschiedlichste Gefühle und Überlegungen hervorrufen kann, die oft belastend sind.

Eine positiv unterstützende und ressourcenorientierte Schwangerschaftsbegleitung ist notwendig, bei der auch Hebammen einbezogen werden, statt der gängigen medizintechnischen und primär risikoorientierten Interventionen. Werdende Eltern müssen über die Vorteile und Risiken von PND gleichermaßen informiert werden, um sich selbstbestimmt dafür oder dagegen entscheiden zu können. Ein Gespräch mit einer unabhängigen, auf PND spezialisierten psychosozialen BeraterIn ist daher werdenden Eltern immer zu empfehlen. Ein Betreuungsnetz, in dem die jeweiligen FachexpertInnen (Hebammen, MedizinerInnen, BeraterInnen, GeburtsvorbereiterInnen) ihre Kompetenzen gleichwertig zur Verfügung stellen, wäre ein wichtiger Schritt in Richtung frauengerechte Schwangerschaftsbegleitung.

3.1.3 Sectio Kaiserschnitt auf Wunsch

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.

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. Dazu zählen Querlage des Kindes, Missverhältnis zwischen mütterlichem Becken und Kopfumfang des Kindes, drohender Gebärmutterriss, Fehllage oder Lösung des Mutterkuchens, Infektionen, Nabelschnurvorfall, Sauerstoffunterversorgung des Kindes und schwere Erkrankungen.

Bei neun von zehn Fällen liegen relative Indikationen vor, bei denen die Risiken für Mutter und Kind abzuwägen sind. Darunter fallen Steißlage, Mehrlingsgeburt, Geburtsgewicht über 4,5 Kilo, relatives Missverhältnis

zwischen Becken der Mutter und Kopfgröße, Geburt nach einem Kaiserschnitt, Geburtsstillstand, mütterliche Erschöpfung, krankhafte Herztöne und überlange Geburtsdauer.⁸⁶

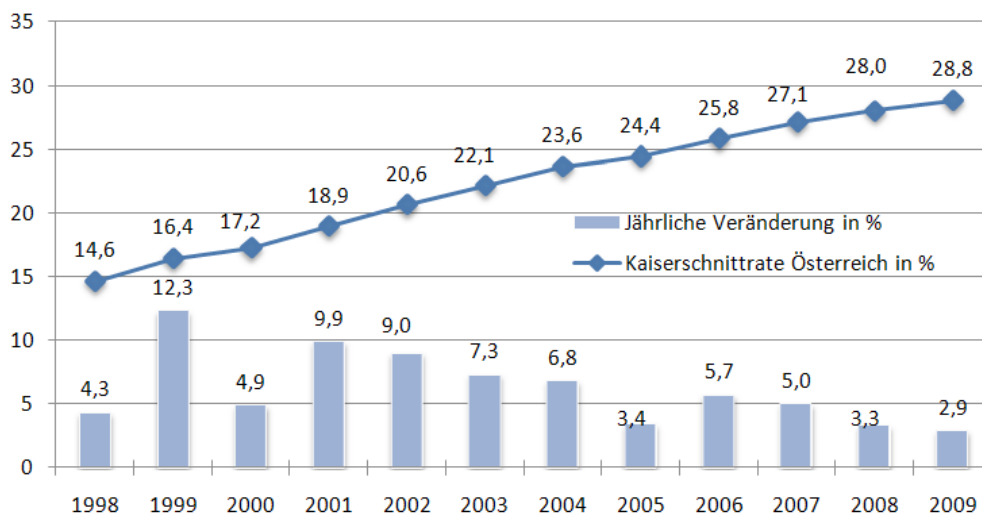
In den letzten 11 Jahren ist die Kaiserschnitttrate in Österreich um mehr als 14% gestiegen und belief sich im Jahr 2009 auf 28,8% (21.989 Fälle). In den Bundesländern Burgenland, Steiermark, Tirol, und Kärnten überschritt die Kaiserschnitttrate bereits die 30%-Marke.⁸⁷ Altersspezifisch liegt die Rate bei unter 20-Jährigen bei rund 20%, bei 40- bis 44-Jährigen beträgt sie bereits rund 40%.⁸⁸

Auch international gesehen ist die Kaiserschnitttrate massiv gestiegen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt, dass die Kaiserschnitttrate nicht über 15% liegen und ein solcher Eingriff nur dann durchgeführt werden sollte, wenn Mutter und/oder Kind gefährdet sein könnten. In Europa weisen Italien (37,8%) und Portugal (33,1%) die höchsten Kaiserschnitttraten auf, die niedrigsten Raten von etwa 15% verzeichnen Slowenien und die Niederlande.⁸⁹

„Es wird gerne vergessen, dass ein Kaiserschnitt eine große Bauchoperation mit allen damit einhergehenden Risiken ist – wie dem einer Thrombose oder Infektion. ... Hinzu kommt die Gefahr von Verwachsungen und Wundschmerzen, die jahrelang dauern können. ... Ein Kaiserschnitt erfolgt, bevor die Wehen einsetzen. Da man aber nicht weiß, wann das genau sein wird, fehlen dem Kind bis zu drei Wochen Entwicklung im Mutterleib.“, so die kritischen Anmerkungen von Renate Großbichler-Ulrich, Präsidentin des Österreichischen Hebammen-Gremiums.⁹⁰

Dem Geburtenregister Österreich zufolge stieg die Sectionrate in den Jahren 2005 bis 2009 um 5,7 Prozentpunkte, wobei nach wie vor mehr als die Hälfte der Sectiones primär, also geplant stattfinden.

Abbildung 67: Kaiserschnitttraten 1998-2009



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

86 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht 2008

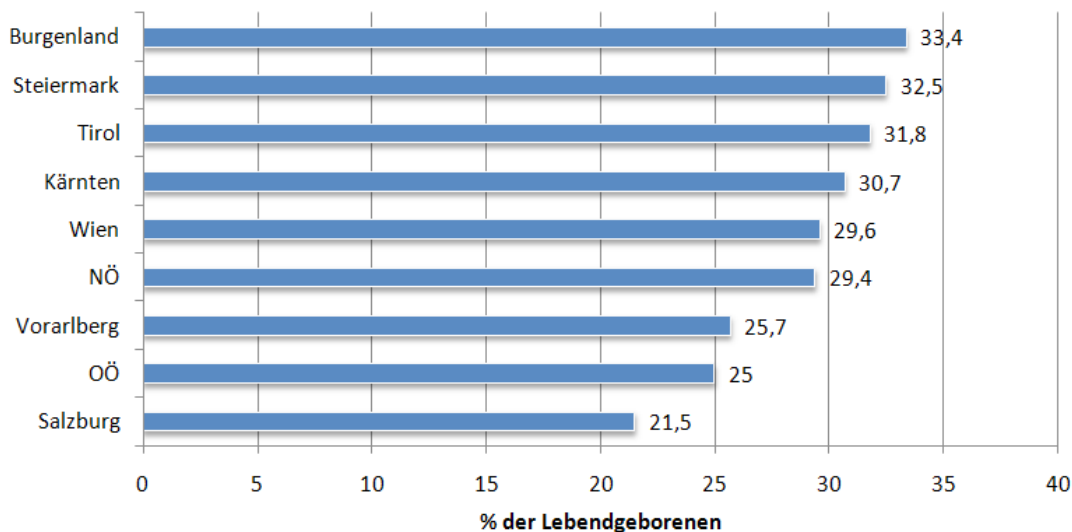
87 Statistik Austria, 2010, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009, S. 121

88 Statistik Austria, 2009, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, S. 30f

89 European Perinatal Health Report, 2008, S. 14

90 Gesundheit, Magazin für Ihre Gesundheit und Lebensqualität, 2010, S. 18

Abbildung 68: Kaiserschnitt-Raten nach Bundesländern, 2009



Quelle: Statistik Austria, 2010, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009, S. 121, eigene Darstellung (76.344 Lebendgeburten, 21.989 Kaiserschnittgeburten)

Tabelle 65: Kaiserschnitttrate 2005 bis 2009

	2005	2007 in %	2009
Sectio	24,3	27,1	29,0
davon primär	57,8	56,6	52,3
davon sekundär	42,2	43,4	47,7

Quelle: Geburtenregister Österreich

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. Zusätzlich werden Indikationen zur Sectio so breit gefasst, dass gemäß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) bereits die Angst vor einer spontanen Geburt eine medizinische Indikation für eine geplante Schnittentbindung darstellt. Obwohl die Sectiozahlen weiter im Steigen begriffen sind, ist den Literaturempfehlungen zufolge bei risikoarmen Schwangerschaften eine vaginale Geburt zu bevorzugen. Als Beweggründe der Frauen, sich für eine Wunschsectio zu entscheiden, gelten unterschiedlichste Aspekte:

- Ängste vor Geburtsschmerzen
- Ängste vor einer Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit
- Sorge um die Gesundheit des Kindes
- Planbarkeit der Geburt in Bezug auf berufliche Verpflichtungen
- Planbarkeit der Geburt in Bezug auf häusliche Rahmenbedingungen
- Anwesenheit der gewünschten Ärztin/des gewünschten Arztes
- Planbarkeit, Unabhängigkeit und Kontrolle des Geburtsergebnisses
- Traumatisches Erlebnis bei vorausgegangener Geburt
- Vorbildwirkung der „Prominentengeburten“.

Als wesentliches Kriterium für die Entscheidung des Geburtsmodus ist eine umfassende Aufklärung über das Nutzen-Risiko-Verhältnis zwischen primärer Sectio und vaginaler Entbindung zu sehen.⁹¹

91 Schneider, 2007, S. 36ff

„Die bestehende Evidenz spricht klar dafür, dass in risikoarmen Situationen die vaginale Geburt nach wie vor die sicherste Form der Entbindung ist. Die Aufklärung sollte daher zum Ziel haben, durch Schaffung einer Vertrauensbasis eine Umstimmung der Schwangeren zu erreichen. Dabei muss vor allem auf die besondere Motivation der Schwangeren für eine Wunsch-Sectio eingegangen werden.“⁹²

Aufgrund des steigenden Risikos der Entwicklung einer Placenta praevia⁹³ und accreta⁹⁴ bei darauffolgenden Schwangerschaften sollte die Wunschsectio für Frauen, die mehrere Kinder planen, nicht durchgeführt werden. Im Hinblick auf die Gefahr neonataler respiratorischer Komplikationen sollen Wunschsectiones nicht vor der 39. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden. Der Wunsch nach einer Schnittentbindung darf nicht aufgrund fehlender oder unzureichender Strategien der Schmerz erleichterung entstehen, analgetische und anästhesiologische Methoden sollen für alle Gebärenden jederzeit zugänglich sein.⁹⁵

Beitrag des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentren 2010 Trends in der modernen Geburtshilfe

Frauen sind während ihrer Schwangerschaft vielfältigen Einflüssen und einander widersprechenden Bewertungen und Trends ausgesetzt. Aus Sicht der Geburtsmedizin sind Schwangerschaft und Geburt zu Risiken geworden, die strenger und andauernder Überwachung bedürfen. So erleben sich werdende Mütter zusehends verunsichert und fremdbestimmt. Das natürliche Vertrauen in die eigene Kraft und das Vermögen, ein Kind zu gebären, verschwindet. Die Frauen geraten in das medizinisch-technisierte Routineprogramm von Blut- und Urinuntersuchungen, Ultraschall, Pränataldiagnostik, Medikamenten und medizinischen Interventionen wie Dammschnitt und Kaiserschnitt. Frauen einfacherer Bildungsschichten und Migrantinnen erhalten weniger geburtsvorbereitende Informationen und Kurse.

Außerdem sehen sich Frauen heute mit unterschiedlichen Erwartungen und Ansprüchen konfrontiert: Sie sollen bis zum Mutterschutz berufstätig sein, gut vorbereitet zur Geburt kommen, ohne Schmerzmittel in wenigen Stunden gebären, den Partner dabei haben und kurz nach der Geburt Kind und Haushalt perfekt versorgen, außerdem ausgiebig stillen, attraktiv sein und ihre Berufstätigkeit nach wenigen Wochen weiterführen.

Mit dem Versprechen einer schmerzlosen, gänzlich kalkulierbaren und unkomplizierten Geburt wird Frauen immer häufiger der „Kaiserschnitt auf Wunsch“ nahe gelegt. Über die erheblichen Risiken, die sich durch den operativen Eingriff für Mutter und Kind ergeben, wird nicht genügend aufgeklärt. Die Frauengesundheitszentren fordern einen kritischen Umgang mit (Wunsch-)Kaiserschnitt. Indikationen für den Kaiserschnitt sollten auf einer evidenzbasierten Entscheidungsbasis erstellt werden. Interne Qualitätskontrollen sollten dazu beitragen, die Kaiserschnitttrate zu senken.

Frauen benötigen eine umfassende Beratung und Information während ihrer Schwangerschaft, um ihnen mehr Selbstbestimmung, Mitgestaltung und Mitentscheidung bei Ablauf und Bedingungen ihres Gebärens zu ermöglichen. Frauen sollen ermutigt und ermächtigt werden, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen, abseits der Wünsche und Anliegen von ÄrztInnenschaft, Politik und Medien.

3.1.4 Säuglingssterblichkeit

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.

92 Zit.n. Schneider, 2007, S. 36ff

93 Fehllage der Plazenta

94 Abnorm festes Anhaften der Plazenta

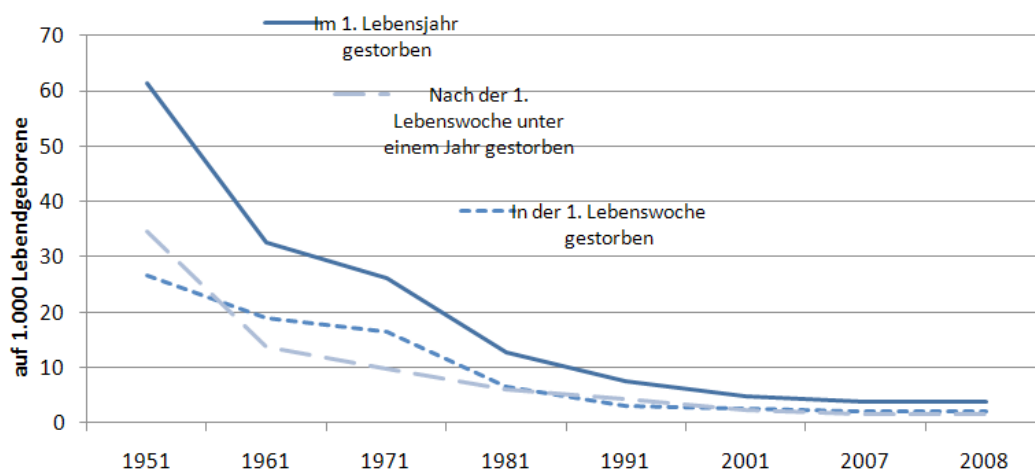
95 Hübner, et al. 2006, S. 39; S. 648-655

Tabelle 66: Säuglingssterblichkeit 1961 bis 2009

Kalenderjahr	Säuglingssterblichkeit	
	Säuglingssterberate	Perinatalsterberate
1961	32,7	32,3
1970	25,9	27,0
1980	14,3	14,2
1990	7,8	6,9
2000	4,8	6,7
2001	4,8	6,2
2002	4,1	6,4
2003	4,5	6,4
2004	4,5	6,1
2005	4,2	5,9
2006	3,6	6,0
2007	3,7	5,9
2008	3,7	5,4
2009	3,8	5,6

Quelle: Statistik Austria⁹⁶

Abbildung 69: Säuglingssterblichkeit 1951 bis 2008



Quelle: Statistik Austria 2010, Statistisches Jahrbuch 2010, S. 88

Laut einer europäischen Vergleichsstudie weist Luxemburg mit 1,8 auf 1.000 Lebendgeborene die niedrigste und Rumänien mit 12,0 die höchste Säuglingssterblichkeitsrate auf.

96 Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/static/indikatoren_zu_sterblichkeit_und_lebenserwartung_inkl_saeuglingssterblich_023576.xls, (dl 10.08.2010)

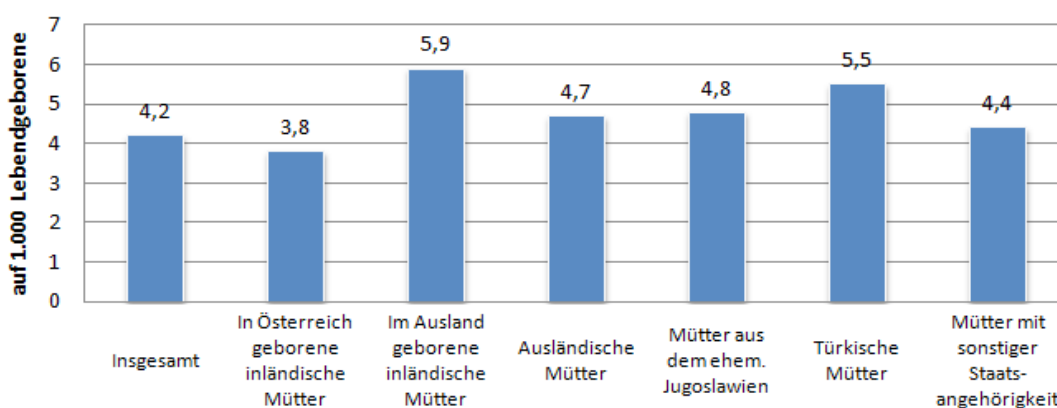
Tabelle 67: Im ersten Lebensjahr gestorbene Kinder auf 1.000 Lebendgeborene in Europa

Europäische Staaten	2003	2004	2005	2006	2007
Luxemburg	4,9	3,9	2,6	2,5	1,8
Schweden	3,1	3,1	2,4	2,8	2,5
Finnland	3,1	3,3	3,0	2,8	2,7
Norwegen	3,4	3,2	3,1	3,2	3,1
Belgien	4,1	3,8	3,7	4,0	3,1
Österreich	4,5	4,5	4,2	3,6	3,7
Spanien	3,9	4,0	3,8	3,8	3,7
Italien	3,9	3,9	4,7	4,2	3,8
Griechenland	4,0	4,1	3,8	3,7	3,8
Deutschland	4,2	4,1	3,9	3,8	3,8

Außereuropäische Staaten	2003	2004	2005	2006	2007
Japan	3,0	2,8	2,8	2,6	-
Australien	4,8	4,7	5,0	4,7	-
Vereinigte Staaten	6,9	6,8	6,9	6,6	-
Türkei	25,6	24,6	23,6	22,6	21,7

Quelle: Öffentliches Gesundheitsportal Österreich⁹⁷

Die Säuglingssterblichkeit steht nachweislich in direkter Interdependenz zu soziodemografischen 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, ungenügende und nicht adäquate Nutzung der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen, sowie soziokulturelle Unterschiedlichkeiten sind nur einige der möglichen Gründe für eine höhere Säuglingssterblichkeitsrate bei MigrantInnen.

Abbildung 70: Säuglingssterblichkeit 2003/2006 nach Herkunft der Mutter


Quelle: Integrationsfonds⁹⁸

97 Öffentliches Gesundheitsportal Österreich, https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/MKP_Saeuglingssterblichkeit_HK.html, (dl 10.08.2010)

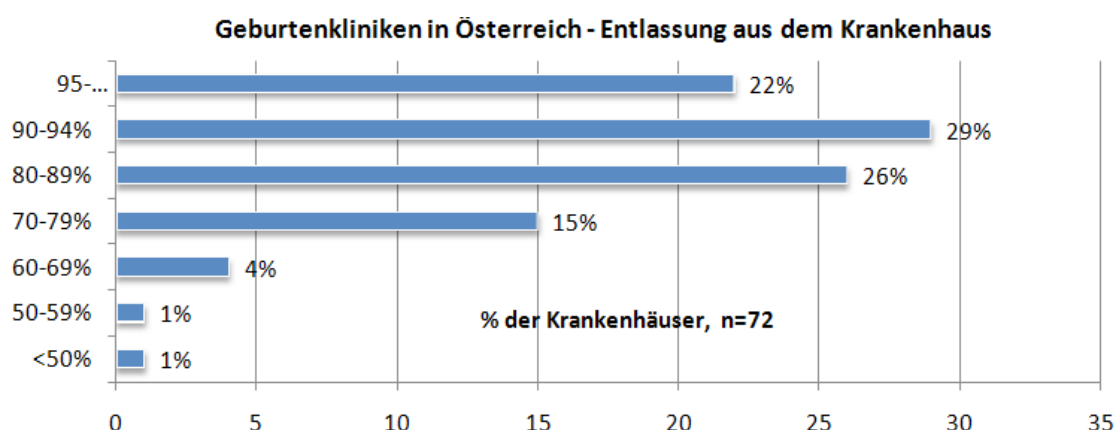
98 Integrationsfonds, http://www.integrationsfonds.at/wissen/zahlen_und_fakten_2009/gesundheits_und_lebenserwartung/sterblichkeit_und_lebenserwartung/, (dl 10.08.2010)

3.1.5 Stillen

In der vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen und im Jahr 1996 aufgelegten 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. Bemerkenswert an der Studie ist die Korrelation der Daten der Mütter mit den Krankenhausabteilungen. So ist der Stillterfolg doch nachweislich an die Ambitionen und an die Motivationslage der jeweiligen intramuralen Einrichtungen geknüpft.

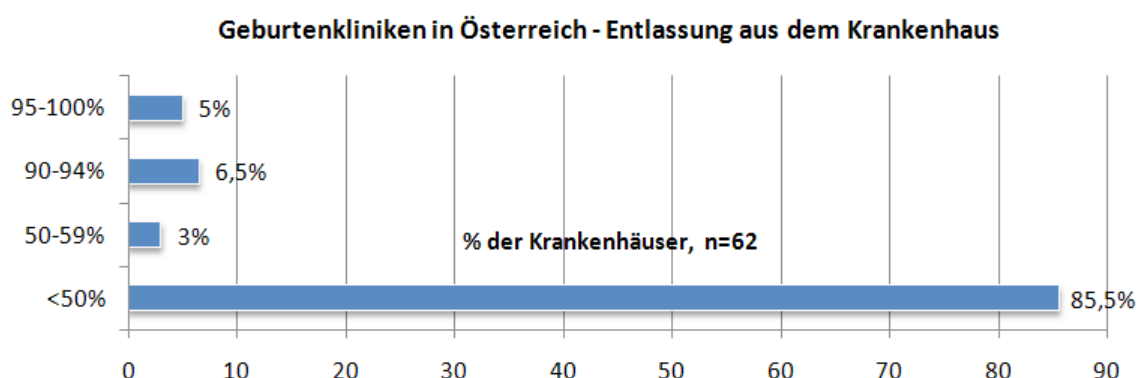
Abbildung 71: Anteil der Mütter, die bei der Entlassung voll stillen



Quelle: „Säuglingsernährung heute 2006“, S. 46, Umfragezeitraum 2005/2006

Der Anteil der Frauen, welche bei der Entlassung aus dem Krankenhaus zum Teil Stillen, zeigt folgende Darstellung.

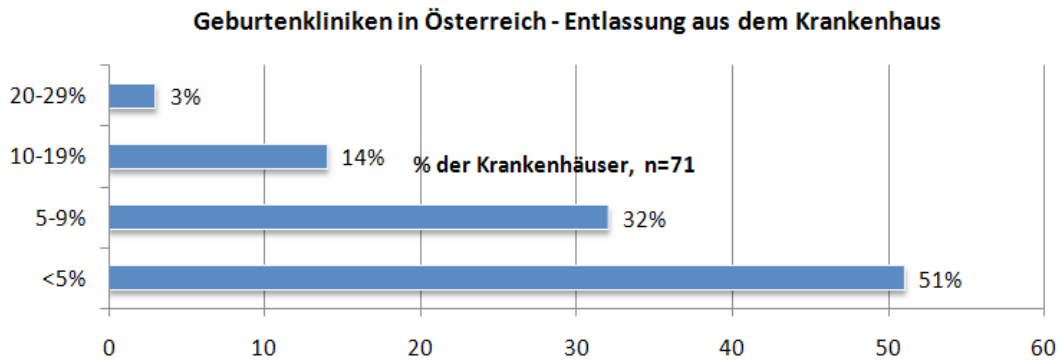
Abbildung 72: Anteil der Mütter, die bei der Entlassung zum Teil stillen



Quelle: „Säuglingsernährung heute 2006“, S. 47, Umfragezeitraum 2005/2006

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 Beginn der 70er Jahre verlorene Wissen im natürlichen Umgang mit Stillen bedurfte großer Anstrengung an Überzeugungsleistung, Schulungen, organisatorischen Umstrukturierungen und werbestrategischen Änderungen, um diesen Paradigmenwechsel durchsetzen zu können.

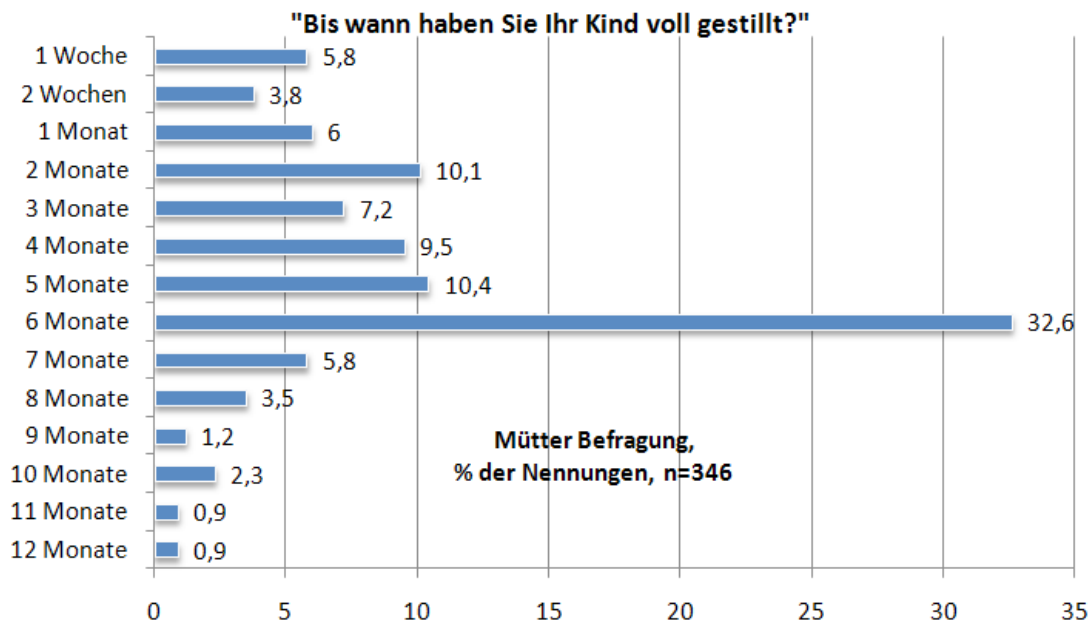
Abbildung 73: Anteil der Mütter, die bei der Entlassung nicht stillen



Quelle: „Säuglingsernährung heute 2006“, S. 47, Umfragezeitraum 2005/2006

In Bezug auf die Stilldauer zeigen die Erhebungen, dass gut ein Drittel der Frauen ihr Kind bis 6 Monate voll gestillt haben. Jeweils 1% der befragten Frauen stillten ihr Kind rund ein Jahr.

Abbildung 74: Stillverhalten im ersten Lebensjahr des Kindes



Quelle: „Säuglingsernährung heute 2006“, S. 92

Conclusio über den Zeitraum von der Geburt bis zum ersten Lebensjahr des Kindes

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.

Fast 95% der Mütter legen den Säugling nach der Geburt an.

Die Stillinformation und das initiale Stilltraining für Mütter läuft in den Geburtskliniken relativ gut ab, obwohl Mütter zum Teil durch die uneinheitliche Informationsvermittlung unsicher die Geburtsklinik verlassen. Informationsmaterial steht sowohl für das medizinische Personal, als auch für Mütter in den meisten Geburtskliniken zur Verfügung, allerdings nur in deutscher Sprache.

Das medizinische Personal hat zum Teil eine mehrtägige Stillfortbildung besucht. Insgesamt haben 23% der Geburtsabteilungen medizinisches Personal, das zu 100% eine 3-tägige Stillfortbildung gemacht hat.
Trotzdem verlassen nur in 50% der Krankenhäuser 90-100% der Mütter die Entbindungsstation ‚voll stillend‘.
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 fremdsprachige Stillberatung ist rar.
Die Interdisziplinarität der Verantwortung über die Ernährung im ersten Lebensjahr des Kindes erfordert ein Zusammenwirken von medizinischem Personal aus unterschiedlichen Disziplinen und Ebenen.
Die Information zum Stillen erfordert breitenwirksame Öffentlichkeitsarbeit.
Der Zeitpunkt der Stillinformation scheint eine wichtige Rolle für den zukünftigen Umgang mit dem Stillen zu spielen. Die Theorie und die Praxis des Stillens sollte einer Mutter näher gebracht werden, sobald die nahende Geburt ein Thema wird, etwa nach 2/3 der Schwangerschaft, damit das Stillverhalten beim Säugling ein natürlicher Prozess wird. Die Einstellung zum Stillen erfolgt allerdings viel früher und könnte im Schulunterricht maßgeblich geprägt werden. Die Stillinformation sollte verpflichtend in weiterführenden medizinischen Ausbildungen ebenso vorkommen wie in Schwesternschulen und an der medizinischen Universität.
Die Rolle der/des FrauenärztIn als erste Informationsstelle müsste forciert werden.
Wichtig wäre, auf Literatur/Stillinformation/Internet hinzuweisen.
Die regionale Verteilung von Stillinformations/-beratungszentren und mobilen Stillberaterinnen, um Mütter bei Problemen vor Ort zu assistieren, wäre ein weiterer Ansatz in der Implementation eines Stillprogramms.

Quelle: „Säuglingsernährung heute 2006“, S. 114f

Hinweis:

Kostenlose Informationsbroschüre, Stillen – ein guter Beginn, Information für Mütter und Väter' des Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2007

3.1.6 Außerklinische Geburtshilfe

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.

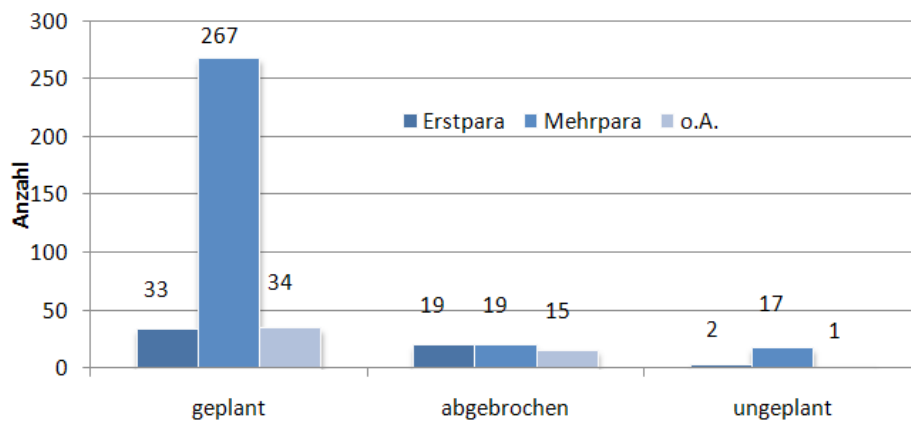
Die Kosten für Hausbesuche durch eine Hebamme übernimmt die Krankenkasse: vier Besuche bis zum Ende der 40. Schwangerschaftswoche, drei weitere Besuche in der 41. und 42. Schwangerschaftswoche, fünf Tage nach der Geburt und weitere sieben Hausbesuche bei besonderen pflegerischen Maßnahmen. Voraussetzung

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.⁹⁹

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.¹⁰⁰

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%), suspekta kindliche Herztöne (17%) und Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien (15%).

Abbildung 75: Außerklinische Geburt



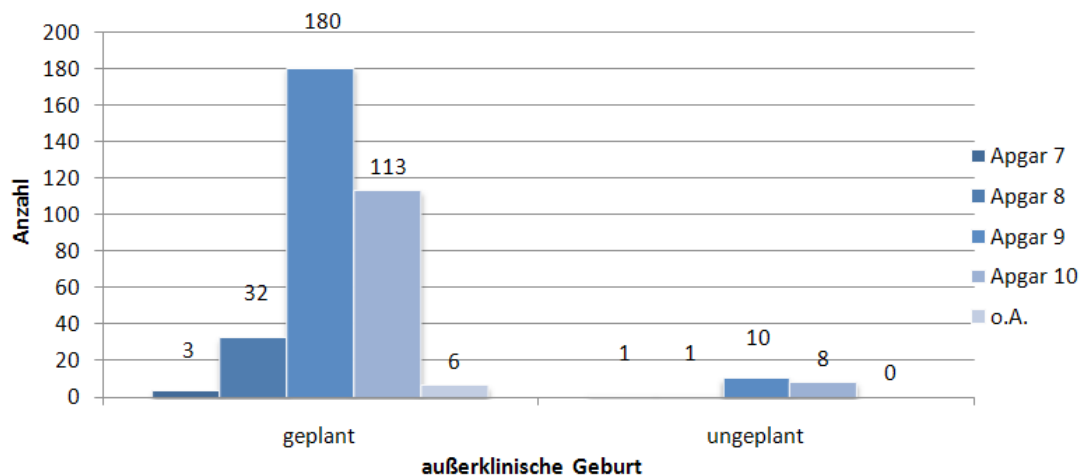
Quelle: Bericht zur außerklinischen Geburtshilfe S. 8

Bei Hausgeburten ist eine niedrig ausfallende Rate an Episiotomien und Rissverletzungen festzustellen, was auf unterschiedlichste Komponenten der Vorbereitung der Frauen auf die Geburt und Betreuung der Frauen während der Geburt zurückzuführen ist. Dennoch ist zu beachten, dass der Großteil der zu Hause entbindenden Frauen Mehrgebärende sind (bei denen die Episiotomierate im intramuralen Vergleich auch signifikant geringer ausfällt).

Betrachtet man die Apgarwerte der Neugeborenen nach einer Minute, lässt sich feststellen, dass der kindliche Allgemeinzustand direkt post partum durchwegs als gut zu werten ist.¹⁰¹

99 Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Hausgeburt_HK.html, (dl 03.01.2011)
 100 Bericht zur außerklinischen Geburtshilfe, S. 12
 101 Ebd., S. 13f

Abbildung 76: Apgarwerte außerklinische Geburt



Quelle: Bericht zur außerklinischen Geburtshilfe, S. 14

3.1.7 Die anonyme Geburt, Babynest

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 Babyenster eingerichtet, in denen Mütter ihre Babys 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.¹⁰²

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 Deutschland konnte kein Rückgang der Anzahl von Neonatiziden festgemacht werden; die psychische Motivationslage der betroffenen Frauen zeigt dafür doch zu große Unterschiede.¹⁰³

„Die Inanspruchnahme eines der Angebote würde voraussetzen, dass die Frauen ihre Schwangerschaft bemerken, sich damit auseinandersetzen und über mögliche Lösungen nachdenken. Soweit kommt es jedoch meist gar nicht erst.“¹⁰⁴

Gegenteiliges zeigt eine Studie von Drⁱⁿ Claudia Klier, welche als wichtigste positive Auswirkung seit der Einführung der anonymen Geburt eine Reduktion der Häufigkeit von Kindestötungen (Infantiziden) in Österreich um die Hälfte angibt.¹⁰⁵

Die vor allem in Deutschland entbrannte Diskussion über die Nutzen-Abwägung anonymer Geburten bzw. über die Rechte des Kindes auf das Wissen über die eigene Herkunft wird in Österreich nicht geführt. In einer Presseaussendung aus dem Jahr 2010 nehmen die Mitglieder der Bioethikkommission eindeutig Stellung:

102 Kinderrechte, <http://www.kinderrechte.gv.at/home/im-fokus/kindheit--gesellschaft/identitaet/mehr-dazu/content.html>, (dl 15.08.2010)

103 Schlotz, et al. 2009

104 Zit.n. Schlotz, et al. 2009

105 Klier, et al. 2009

„Die Mitglieder der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt vertreten einheitlich die Meinung, dass die in Österreich seit 2001 angebotene Möglichkeit der anonymen Geburt beziehungsweise das „Babynest“ begrüßenswerte Einrichtungen sind. Im Zeitraum 2002 bis 2008 wurden in Österreich 249 anonyme Geburten verzeichnet. Seit der Einrichtung des ersten Babynestes im Jahr 2000 wurden 19 Säuglinge in dessen Obhut übergeben. 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.“¹⁰⁶

3.1.8 Geburt und psychische Folgen

Die Postpartale Krise, unter der 70-80% aller Wöchnerinnen leiden, wird in der Literatur auch als Baby-Blues 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 sog. ‚Heultage‘ nach der Geburt von Weinen, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Wut, Ängsten, Erschöpfung, Denk- und Gedächtnisproblemen, Anspannung, Ruhelosigkeit und Gefühlsschwankungen begleitet.¹⁰⁷

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
- Suizidgedanken
- emotionale Labilität¹⁰⁸

„Insgesamt ist anzunehmen, dass – wie so häufig in der Psychiatrie – sowohl biologische als auch psychische und soziale Faktoren eine Rolle bei der Auslösung dieser Störungen spielen können, wenn eine bestimmte Prädisposition vorhanden ist. entsprechend sollten sowohl medikamentöse als auch psychotherapeutische und sozialtherapeutische Behandlungsmethoden zum Einsatz kommen.“¹⁰⁹

Eine den Geburtsmodus der Frauen berücksichtigende Studie von Nowitzky aus dem Jahr 2009 analysiert die Prävalenz des Baby-Blues und der Wochenbettdepression unter den Gesichtspunkten Mütter nach Kaiserschnitt bzw. nach vaginaler Geburt. Sie konnte feststellen, dass sowohl der Babyblues, wie auch die Wochenbettdepression bei Müttern nach Kaiserschnitt öfter auftreten.

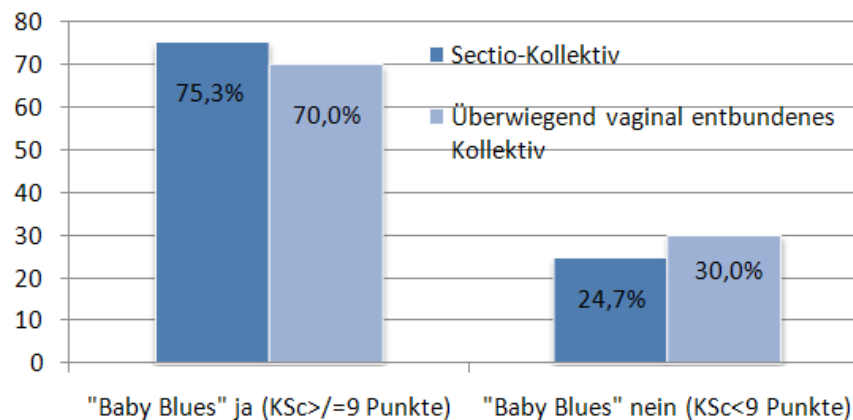
106 Zit.n. Presseaussendung der Bioethikkommission v. 11.2.2010, http://www.bka.gv.at/site/cob_38210/currentpage_0/6893/default.aspx, (dl 10.08.2010)

107 Bund Deutscher Hebammen, 2007

108 Wimmer-Puchinger, et al. 2006, S. 11f

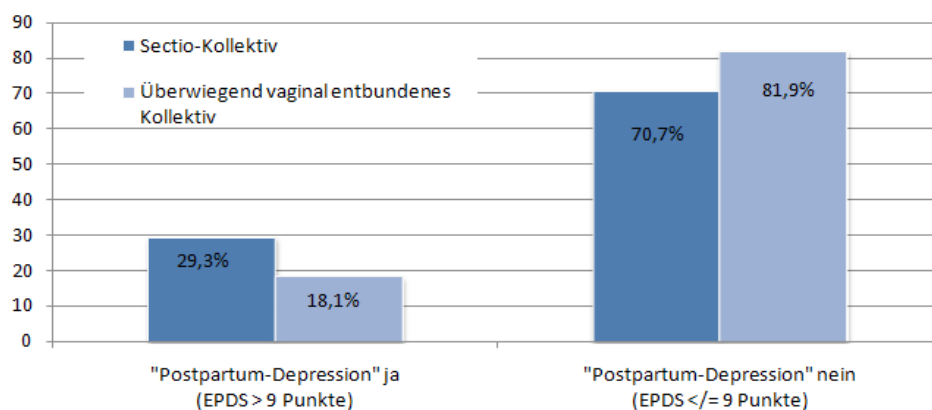
109 Zit.n. Wimmer-Puchinger, et al. 2006, S. 11f

Abbildung 77: Vergleichende Prävalenz des „Baby-Blues“



Quelle: Nowitzky, 2009, S. 109

Abbildung 78: Vergleichende Prävalenz der „Postpartum-Depression“



Quelle: Nowitzky, 2009, S. 115

Die Wochenbettpsychose ist die schwerste psychische Erkrankung im Wochenbett, von der 1-3 von 1.000 Wöchnerinnen betroffen sind. Ein wesentliches Merkmal der Psychose ist der augenscheinliche Realitätsverlust und die Desorientierung der erkrankten Frau.

„Aufgrund ihrer Angstzustände, Wahnvorstellungen und Halluzinationen besteht eine sehr große Gefahr der Selbst- und Kindstötung.“¹¹⁰

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 anzudenken, durch welche Maßnahmen Frauen im Wochenbett entlastet werden könnten.

3.1.8.1 Versorgung psychisch kranker Mütter und deren Kinder in der frühen Kindheit – peripartale Psychiatrie

OÄ.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Claudia Reiner-Lawugger, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiterin der Spezialambulanz für perinatale Psychiatrie, OWS, Wien

Mütter in psychischen Krisen und deren Kinder sind aufgrund der gesellschaftlichen Veränderungen der letzten 50 Jahre eine zahlenmäßig zunehmende PatientInnengruppe. Psychiatrische Versorgung in dieser Zeit zählt zu den wertvollsten Präventionsarbeiten sowohl für die Kinder als auch für ihre Mütter. Das Wissen um peripartale Psychiatrie hat sich erst seit den 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts wirklich etabliert. Dadurch erklärt sich, dass es dafür keine alten Strukturen geben kann, sondern neue geschaffen oder umgewandelt werden müssen.

Unsere Gesellschaft lebt in einer großen Umbruchzeit. Gerade die Rolle der Frau hat sich in den letzten Jahrzehnten sehr verändert, davon sind auch die familiären Netzwerke betroffen. Patchworking ist mittlerweile weitverbreitet, Großfamilien, die Lerncharakter hatten, gibt es eigentlich nur mehr im Bereich der Migrantinnen. Gleichzeitig haben die meisten Frauen heute nur mehr 1-2 Kinder. Der Anspruch, dass dann gerade bei diesem Kind alles perfekt zu sein hat ist enorm hoch. Frauen die schon länger im Berufsleben stehen und dann ihr Wunschkind bekommen, scheitern häufig über am eigenen Leistungsanspruch. Diese Phänomene tragen alle zu einer hohen Verunsicherung bei und können Auslöser einer psychischen Erkrankung in dieser Zeit sein. Gerade depressive Symptome und Angsterkrankungen spielen hier eine wichtige Rolle.

Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt und psychische Belastungen von jungen Müttern werden in ihrer Häufigkeit und Tragweite oft unterschätzt. Sie sind aber als Risikofaktoren für kindliche Entwicklungsstörungen bekannt. 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 Schuldgefühlen zurück, 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 Bedürfnissen adäquat zu betreuen. In Wien ist die Etablierung so eines 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, 1.000 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. Im Bereich der psychiatrischen Abteilungen gibt es derzeit 4 Betten in Wien im AKH, 4 Betten in Waidhofen an der Thaya und 2 Betten in Graz. Viele andere Abteilungen sind prinzipiell bereit Mütter mit Kindern aufzunehmen, aber es gibt kaum speziell gewidmeten Stationen. Arbeit im peripartalen Bereich, vor allem die Arbeit an der Interaktion zwischen Mutter und Kind ist keine Routinetätigkeit. Spezielle Therapieangebote sollten hier zum tragen kommen, im normalen Routinebetrieb kann es nur eine Verwahrung des Kindes aber keine Interaktionelle Behandlung darstellen.

Anders als in der Gynäkologie spricht man von perinatalen psychischen Erkrankungen in einem Zeitraum von der Schwangerschaft bis zum Erreichen des ersten Lebensjahres des Kindes. Da es sich hier nicht nur um Wöchnerinnen handelt, ist es wichtig, in den Betreuungseinrichtungen geeignete Rahmenstrukturen für diese

Mütter mit ihren Kindern zu schaffen, die derzeit in üblichen psychiatrischen Ambulanzen oder Stationen nicht gegeben sind.

Viele peripartal erkrankte Mütter sind aber auch in einem ambulanten Setting zu führen. Oft braucht es bei einem stationären Aufenthalt ambulante Vor- und Nachbetreuung. In Wien gibt es an der 2. Psychiatrischen Abteilung im Otto Wagner Spital die einzige speziell dafür ausgerichtete Ambulanz. In der Spezialambulanz für perinatale Psychiatrie werden Mütter in psychischen Krisen betreut, jährlich ca. 250 Patientinnen, mit unterschiedlichen, teilweise sehr intensiven und häufigen Kontakten (knapp über 1.000 Kontakte jährlich). Das Behandlungsspektrum reicht dabei von Einmalkontakten zur Krisenintervention bis hin zur Langzeitbetreuung von chronisch kranken Müttern, die Depotmedikationen und sozialpsychiatrische Intensivbetreuung erhalten, hier besteht dabei sehr häufig eine enge Zusammenarbeit mit dem Amt für Jugend und Familien.

In Wien wurde über das Wiener Programm für Frauengesundheit (Univ.Prof.ⁱⁿ B. Wimmer-Puchinger) eine „early warning“- System etabliert, dass 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 entängstigenden und entstigmatisierenden Charakter hat, andererseits eine Adressverzeichnis beinhaltet, in dem Frauen sowohl hoch- als auch niederschwellige Hilfsangebote finden können. MitarbeiterInnen aller themenrelevanten Einrichtungen (Amt f. Jugend u. Familie, Hebammen, Gynäkologen, psychiatrische Einrichtungen,...) erhalten regelmäßige Fortbildungen und sechsmal jährlich finden in verschiedenen Einrichtungen der Stadt Wien Vernetzungs-Workshops statt. Die Erfahrungen zeigen, dass das Early-Warning System in den relevanten Einrichtungen der Schwangeren- und Elternbetreuung greift. Der Anteil an schweren psychischen Problemfällen in den psychiatrischen Einrichtungen (PSD, KAV) ist um 30% gestiegen, das bedeutet, dass professionelle Hilfe zu einem frühen Zeitpunkt angeboten werden konnte.

3.2 Alleinerzieherinnen

Mag.^a Sonja Kodelitsch MSc., Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

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. Dabei ist es unerheblich, ob der Elternteil ledig, geschieden, getrenntlebend oder verwitwet ist, auch wird dabei nicht berücksichtigt, ob der Elternteil (im selben Haushalt oder räumlich getrennt) in einer neuen Partnerschaft lebt.

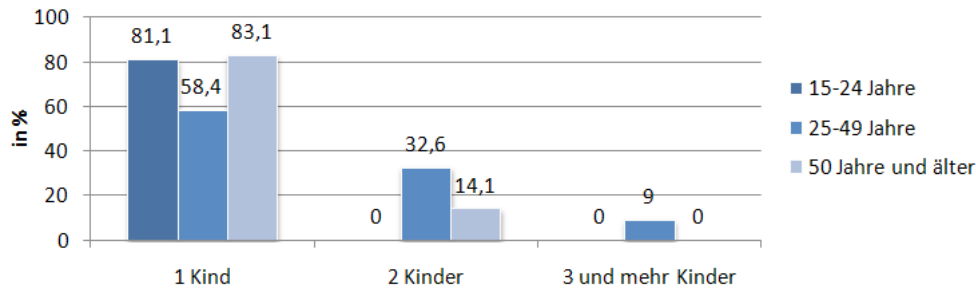
Die Belastungen von AlleinerzieherInnen sind auf einen Blick zu erkennen: die hohe alleinige Verantwortung für das/die Kind/er, den Haushalt und auch die alleinige finanzielle Verantwortung, sowie die psychischen Belastungen, die daraus resultieren. Der Hauptteil der Zeit fließt in die Aufrechterhaltung, 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.¹¹¹

111 Statistik Austria, 2010, Familien- und Haushaltsstatistik 2009, S. 67

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%).¹¹²

Abbildung 79: Alleinerziehende Mütter nach Altersklassen und Anzahl der Kinder, 2008



Werte mit hochgerechnet weniger als 3.000 Personen sind statistisch nicht interpretierbar und werden daher nicht angeführt. Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, Jahresdurchschnitt 2008

3.2.1 Erwerbstätigkeit von Alleinerzieherinnen

Bei Frauen mit Kindern im Haushalt lag 2009 die Erwerbstätigenquote bei etwa 75% (Statistik Austria), die Teilzeitquote zwischen 65,7 und 67,9%. Bei Alleinerzieherinnen lag 2009 die Erwerbstätigenquote bei über 79,3%, die Teilzeitquote bei ca. 54%.¹¹³ 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%).¹¹⁴ Ergebnisse einer Befragung von Salzburger Alleinerziehenden (2008) zeigen, dass die Teilzeitquote sinkt. Viele Frauen nehmen eine Teilzeitbeschäftigung an, um die vielen Alltagsausgaben aus Beruf, Kinderbetreuung und Haushalt meistern zu können. Dies führt natürlich zu einem geringeren Einkommen (damit verbunden auch zu einer geringeren Pension) und zu weniger Karrierechancen.¹¹⁵

3.2.2 Gesundheit von Alleinerzieherinnen

Die spezielle Situation der hohen Verantwortlichkeit alleinerziehender Mütter führt zu erhöhten psychischen und auch physischen (psychosomatischen) Belastungen. Wichtig für Alleinerzieherinnen ist aus diesem Grund 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).

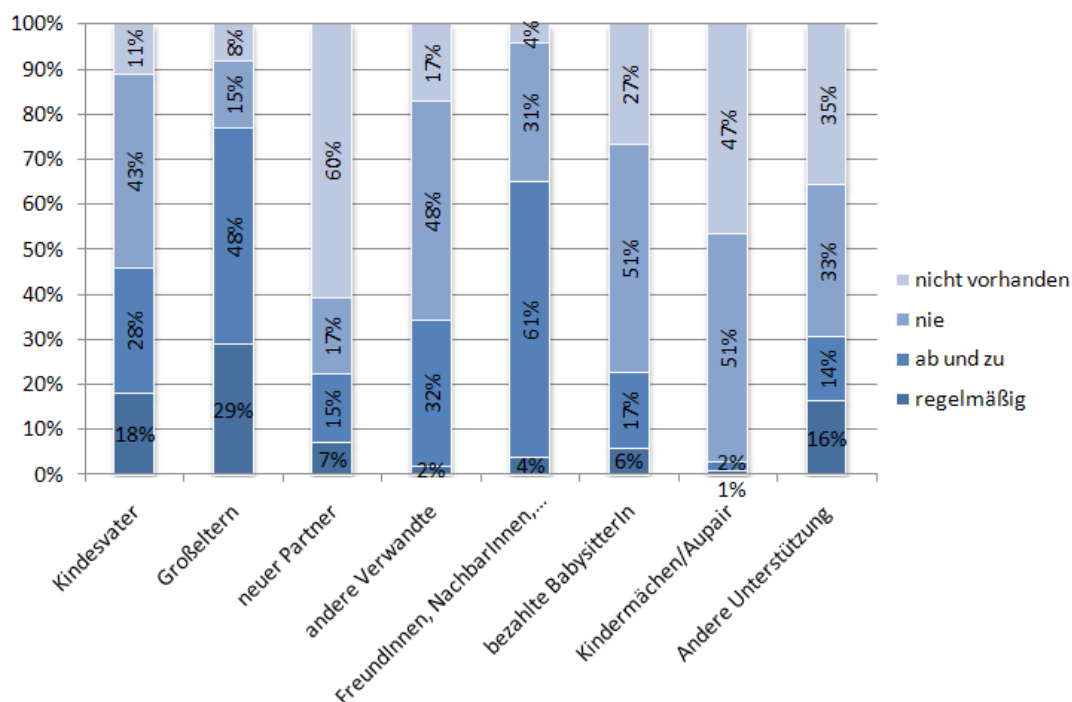
Die Unterstützung bei der Kinderbetreuung stellt sich anhand der Ergebnisse der Salzburger Befragung von 201 Alleinerziehenden in Salzburg folgendermaßen dar:

112 Bundeskanzleramt Österreich, 2010, Frauenbericht 2010, S. 58

113 Statistik Austria, 2010, Familien- und Haushaltsstatistik 2009, S. 94

114 Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/armutsgefaehrung/index.html, (dl 11.07.2010)

115 Verein allein erziehende Mütter und Väter Salzburg, 2008, S. 7

Abbildung 80: Unterstützung bei der Kinderbetreuung


Quelle: Verein allein erziehende Mütter und Väter Salzburg (Hrsg.): Befragung Salzburger Alleinerziehender 2008, Ergebnisse und Bericht, Salzburg, 2008, S. 15

Regelmäßig übernehmen die Väter (18%) sowie die Großeltern (29%) die Betreuung der Kinder. Fast 43% der Väter stehen nie zur Verfügung und 11% sind nicht vorhanden, d.h. in über 50% der Fälle können sich Mütter nicht auf die Anwesenheit eines Vaters verlassen, der die Obhut der Kinder übernimmt. Über 60% der befragten Alleinerzieherinnen verfügen nicht über einen neuen Partner. Hier ist zu betonen, dass ein solcher Partner im Sinne der eigenen Psychohygiene sinnvoll wäre. In knapp 30% der Fälle springen ab und zu andere Verwandte für die Kinderbetreuung ein, in über 60% der Fälle FreundInnen, NachbarInnen und Bekannte. Weniger als 30% der Alleinerzieherinnen lassen sich durch bezahlte Babysitter aushelfen. Besonders zu betonen sind allerdings die Kosten dieser Unterstützungsleistung, die vom (wie bereits erwähnten) niedrigen Erwerbseinkommen gedeckt werden müssen. Kindermädchen und Aupair-Mädchen kommen nur in den seltensten Fällen zum Einsatz.¹¹⁶

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. Der Anteil an unregelmäßig bzw. gar nicht zahlenden Männern ist im Vergleich zu 2004 angestiegen. Gründe für das Ausbleiben der Zahlungen sind die mangelnde Leistungsfähigkeit des Vaters, offene Feststellungs- bzw. Exekutionsverfahren oder auch der Tod des Vaters ohne Anspruch auf eine Waisenrente (auch kann der Anstieg der Arbeitslosigkeit durch die Finanz- und Wirtschaftskrise erklärt werden). 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.¹¹⁷

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. Ergebnisse aus Deutschland bestätigen,

116 Ebd., S. 15f

117 Ebd., S. 17ff

dass Alleinerziehende im Vergleich zu verheirateten Frauen häufiger mit dem Leben insgesamt unzufrieden sind. Weitere Unterschiede finden sich in den Bereichen Wohnsituation und Kinderbetreuungsmöglichkeiten, sowie in Bezug auf das Einkommen und den Lebensstandard. 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.¹¹⁸

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 in der Salzburger Erhebung empfinden ihren Gesundheitszustand als sehr gut, 44% als gut. „Mittelmäßig“ antworten 35% der Befragten und „schlecht“ immerhin 8%.¹¹⁹

Gesundheit Berlin bestätigt, dass alleinerziehende Mütter ihren Gesundheitszustand als schlechter einschätzen als Verheiratete: lediglich 56% der Alleinerzieherinnen geben an, über einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand zu verfügen, im Gegensatz zu 62% der verheirateten Frauen. Darüber hinaus berichten Alleinerzieherinnen häufiger von chronischen Erkrankungen, Allgemeinbeschwerden, Schmerzen und emotionalen Problemen. Signifikante Unterschiede gibt es zudem in Bezug auf Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, innere Unruhe und Grübelei, Nervosität, Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Schulter- und Nackenschmerzen, sowie Kopf- und Rückenschmerzen. Sie fühlen sich in ihrer emotionalen Grundstimmung seltener einfach „nur“ glücklich, voller Energie oder ruhig und gelassen.¹²⁰

Immerhin 51% der befragten Alleinerzieherinnen klagen über das Gefühl der Überforderung bis hin zum Burn-out. 9% geben an, dass sie sich täglich überfordert fühlen, 28% wöchentlich, 25% monatlich und lediglich 39% seltener als einmal im Monat.¹²¹

Wie für alle Menschen gilt auch hier, dass sich alle in ihren Ressourcen, die gesund erhalten, unterscheiden. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich Alleinerziehende per se schlechter fühlen und ungesünder sein müssen als diejenigen, die sich in einer Partnerschaft befinden. Sehr wohl aber sind alleinerziehende Mütter höheren Belastungen ausgesetzt, die sich auf die Gesundheit auswirken können.

118 Klindworth, et al. 2005, <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic=1558&type=infotext&display=2>, (dl 10.07.2010)

119 Verein allein erziehende Mütter und Väter Salzburg, 2008, S. 25

120 Klindworth, et al. 2005, <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic=1558&type=infotext&display=2>, (dl 10.07.2010)

121 Verein allein erziehender Mütter und Väter Salzburg, S. 27ff

4. Die Frau in den Wechseljahren

Mag.^a Sylvia Groth MAS, Geschäftsführerin, Medizinsoziologin, Frauengesundheitszentrum, Graz

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 könnte oder sollte.¹²²

Die Wechseljahre als einen Mangelzustand an Sexualhormonen zu sehen, war und ist eine medikalisierende Sichtweise. Forciert wurde diese durch die Pharmaindustrie mittels Marketingmaßnahmen, finanziellen Zuwendungen an medizinische MeinungsbildnerInnen über Jahre sowie dem Lancieren wissenschaftlicher Artikel in anerkannten Fachzeitschriften. Nicht zuletzt wurde dadurch der Nutzen verfälscht dargestellt.¹²³

Die Veröffentlichungen ließen Hormonbehandlungen in den Wechseljahren von Frauen als notwendig und sinnvoll erscheinen.

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.¹²⁴ Die Praxis, Frauen Hormone zur Einnahme anzubieten einzunehmen, hat Millionen von Frauen gesundheitlichen Schaden zugefügt.¹²⁵

Zur Definition und zum Vorkommen von Wechseljahr-Symptomen meint eine Expertise nach Analyse empirischer Studien:

„Das Auftreten und die Stärke von Wechseljahr-Anzeichen bei Frauen variieren in einer Weise zwischen und innerhalb von Kulturen, dass ein universelles Muster nicht zu erkennen ist. Die Definition eines Menopause-Syndroms erscheint in ihrem Sinn fragwürdig. Die Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren können Frauen anfälliger machen. Etwa ein Drittel erfährt die Wechseljahre als einschränkend oder belastend, eine Aussage, die sich nicht objektivieren lässt, da sie immer an die individuelle Bewertung der Trägerin, die sie berichtet und an den sozialen Kontext, in dem sie auftritt, gebunden ist.“¹²⁶

Abhängig von ihrer sozialen Situation stehen Frauen also unterschiedliche und vielfältige Handlungsmöglichkeiten offen – je nachdem, wie sie handeln möchten und können. Vielen Frauen stehen nicht zutreffende Gesundheitsinformationen zur Verfügung, die sie unterstützen, eine informierte Entscheidung zu treffen. Daher wird dieser Prozess hier dargestellt.

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 Aufhören 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. Frauen brauchen sich bei dieser Entscheidung nicht unter Druck setzen zu lassen. Sie können selbst auf der Basis ihrer Einstellung, Erfahrungen und Werte darüber entscheiden.

122 WHO, 1981, Research on the menopause report of a WHO scientific group

123 Meyer, 2010

124 Groth, 2004

125 Mühlhauser & Meyer, 2004; Chlebowski, et al. 2010

126 Zit.n. Stolzenberg & Sachse, 2003

Qualitätsgesicherte unabhängige Informationen über den möglichen Nutzen und Schaden sowie eine Entscheidungshilfe zur Hormonbehandlung finden Frauen auf dem qualitätsgesicherten Gesundheitsportal [Gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de).¹²⁷

Seit September 2009 gibt es in Deutschland eine evidenzbasierte S 3 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.¹²⁸ 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. Auf diese Weise wird sie darin unterstützt, die für sie persönlich richtige Entscheidung zu treffen.

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.¹²⁹ Eine Einnahme erhöht das Risiko für Brustkrebs, Herz-Kreislauferkrankungen, Leber- und Galleerkrankungen, Thrombosen und Alzheimer-Erkrankungen. Die Therapie verbessert nicht die Lebensqualität oder das psychische Befinden.¹³⁰

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.

Frauen, die in die Wechseljahre kommen, haben schon viele körperliche Veränderungen erlebt und bewältigt: die Pubertät, den monatlichen Zyklus mit seinen Veränderungen, möglicherweise Schwangerschaft, Geburt, Stillen, Krankheiten und medizinische Eingriffe, das Älterwerden bis hin zu den Veränderungen vor den Wechseljahren. Viele haben daher hohe Bewältigungskompetenzen, die ihnen auch im Wechsel zur Verfügung stehen.

Anzeichen der Wechseljahre wie Veränderungen der monatlichen Blutungen, Hitzewallungen und vielleicht eine trockenere Scheide sind allerdings unabhängig davon, wie hoch die jeweiligen Hormonwerte der Frau tatsächlich sind. Ein sogenannter Hormonstatus kann mittels Blutabnahme festgestellt werden.

Die Blutwerte der Sexualhormone schwanken. Daher entspricht der Status nur einer Angabe der Hormonspiegel zum Zeitpunkt der Abnahme. Der Hormonstatus gibt keine Auskunft darüber, ob Hormone „fehlen“ - eine Aussage von ÄrztInnen, die Frauen häufig von ihren ÄrztInnenbesuchen berichten.

Beschwerden wie Hitzewallungen, Schweißausbrüche oder daraus folgende Schlafstörungen treten unabhängig vom Hormonniveau einer Frau auf.¹³¹ So können Hitzewallungen eine Reaktion auf ein schwankendes Hormonniveau sein. Sie sind nicht eine Folge von „zu wenigen“ Hormonen.

Mit einer Hormonbehandlung wird dem Körper einer Frau jeweils eine gleich bleibende Menge von Hormonen zugeführt. Von zehn Frauen, die sechs Monate lang ihre Therapie einnehmen, haben 80 von 100 Frauen keine Wallungen mehr, zwanzig haben immer noch Wallungen.¹³²

127 Gesundheitsinformation, <http://www.gesundheitsinformation.de/die-wechseljahre.161.de.html> (dl 16.10.2010)

128 AMWF, 2009

129 Mühlhauser, 2010

130 *arznei-telegramm*, 2005; Jg. 36, Nr. 8

131 HTA Newsletter Feb 2006

132 Gesundheitsinformation.de, 2010

Eine Hormonbehandlung, gleich in welcher Form (Tabletten, Pflaster, Gel) kann Hitzewallungen und Schlafstörungen nur bei maximal 75 von 100 Frauen lindern. 50 von 100 dieser Frauen hätten sowieso innerhalb von sechs Monaten auch ohne Hormone eine Besserung erlebt. Bei 50 von 100 Frauen treten nach Absetzen die gleichen Beschwerden erneut auf.¹³³

Denn der Effekt einer Besserung unter Hormoneinnahme beruht darauf, dass das Hormonniveau durch eine gleich bleibende Gabe auf gleichem Niveau gehalten wird. Sobald eine Frau die Hormone also absetzt, können die gleichen Beschwerden wieder auftreten, weil es wieder zu Hormonschwankungen kommt, die wieder zu den Beschwerden führen können. Auch wenn eine Frau nicht weiter Hormone mehr nehmen möchte und sie diese abrupt absetzt, können die Anzeichen und Beschwerden erneut wieder auftreten und acht bis zwölf Monate anhalten.¹³⁴

Wenn eine Frau entscheidet, keine Hormone mehr nehmen zu wollen, ist es daher sinnvoll, dass sie nicht abrupt damit aufhört, sondern dass sie langsam ausschleicht. Dies heißt, eine Tablette mit geringerer Dosierung zu nehmen oder die Tablette oder das Pflaster zu teilen und über 6-8 Wochen nur die Hälfte davon einzunehmen oder anzuwenden. Es ist sinnvoll, hierbei mögliche körperliche Anzeichen von Wallungen und Schweißausbrüchen wahrzunehmen, sich daran zu orientieren und erst nach einer Stabilisierung erneut die Dosis zu halbieren. So kann ein Entwöhnungsprozess langsam erfolgen.¹³⁵

Wenn Frauen sich entscheiden, Hormone gegen Beschwerden einzunehmen, wäre es ratsam, nur so wenig einzunehmen/anzuwenden, dass sich ihre Beschwerden bessern, nicht aber, dass sie ganz weg sind. Wenn die Beschwerden leicht vorhanden bleiben, die für viele Frauen aushaltbar sind, ist es einer Frau möglich, die Entwicklung und den Verlauf der Beschwerden zu registrieren, und sie kann dann je nach Bedarf selbst die Dosis den Beschwerden entsprechend langsam und kontinuierlich senken.

Viele Frauen erfahren eine Besserung von starken Wallungen, indem sie sich mehr bewegen und Sport betreiben oder auf Kaffee, Alkohol, Zigaretten oder auf scharfe Speisen verzichten.

Auch Stress, Belastungen und Aufregung können Beschwerden verstärken. Daher ist es sinnvoll, Belastungen zu reduzieren, soweit dies möglich ist. Frauen können auch ihre Fähigkeit zur Bewältigung von Belastungen stärken. Sie können sich entlasten, indem sie Entspannung und Entspannung fördernde Techniken anwenden (wie autogenes Training, progressive Muskelentspannung nach Jakobsen, Qi Gong, Tai Chi und vieles andere mehr). Auch kann es helfen, manchmal „Fünfe gerade sein zu lassen“, zu lernen, an Andere zu delegieren oder sich Hilfe bei FreundInnen oder externe Unterstützung zu holen bei hohen Belastungen, z.B. bei Geldsorgen, bei der Pflege von Angehörigen und im Beruf.

Gelassen zu sein und sich selbstbewusst eventuell auftretenden Wallungen und Schweißausbrüchen zu stellen, kann auch helfen, diese Veränderungen zu akzeptieren und entspannter anzugehen.

Die Hoffnungen, wirksame Alternativen zu einer Hormonbehandlung bei Beschwerden zu finden, indem Frauen zu Phytoöstrogenen wie Soja, Rotklee oder Isoflavonen greifen, werden durch Studien nicht unterstützt.¹³⁶ Auch Yamswurzel wird als „natürliches Progesteron“ viel beworben, ist aber als „Wortgeklingel von cleveren Marketingleuten einzuschätzen“.¹³⁷

Hormonbehandlung aus Sicht der Frauengesundheitsbewegung

Anfang der 1970er Jahre hat die US-amerikanische und seit Ende der 1970er Jahre die europäische Frauengesundheitsbewegung gegen die Pathologisierung und Medikalisierung von Frauen in der Menopause durch die Hormonbehandlung angekämpft. Für die „Hormonersatztherapie“ setzte sich unter anderem die deutsche

133 Ebd.

134 Ockene, et al. 2005

135 Bewey & Bewley, 1992

136 Tice & Grady 2006, Horten-Zentrum, 2010

137 Schönhofer, 2006

Monopausegesellschaft ein, die die Notwendigkeit der Hormonbehandlung als vorherrschende Schulmeinung etablierte.¹³⁸

In der Bremer Erklärung wechseljahre multidisziplinär stellten Expertinnen vor allem die Sichtweise und Betroffenheit der Frauen in den Vordergrund, die nichts an Aktualität eingebüßt hat.¹³⁹

Bremer Erklärung wechseljahre multidisziplinär

Die über 200 Teilnehmer und Teilnehmerinnen des Kongresses wechseljahre multidisziplinär haben am 23. Februar 2003 folgende Erklärung verabschiedet:

Wechseljahre sind eine natürliche Phase im Leben von Frauen und keine Krankheit. In den Wechseljahren greifen körperliche, psychische und soziale Prozesse ineinander.

Veränderungen, die Frauen während dieser Zeit erleben, können sehr verschiedenartig sein und unterschiedliche Ursachen haben. Sie bilden die Vielfalt der Lebenswirklichkeit von Frauen ab und sind im Kontext ihrer Lebenssituation zu sehen. Die Wechseljahre sind nicht auf hormonelle Veränderungen zu reduzieren. Die einseitige Sichtweise und Bewertung führt zu unangemessenen Behandlungskonzepten und zu Über-, Unter- und Fehlversorgung. Die mit zweifelhaftem Nutzen und mit Risiken einher gehende Therapie mit Sexualhormonen ist dafür nur ein deutliches Beispiel.

Es stellt sich die Frage, ob Frauen überhaupt eine professionelle Begleitung in dieser Lebensphase benötigen, und wenn ja, wie ein frauen- und situationsgerechtes Angebot aussehen kann.

Wir fordern,

- dass alle Frauen unabhängige und verlässliche Informationen zur Verfügung haben, die sie in ihrer Entscheidungsfindung für einen individuell angemessenen Umgang mit dieser Lebensphase unterstützen. Hierzu gehören die zielgruppenspezifische Entwicklung von Informationsmaterialien, z.B. durch die BZgA und die Krankenkassen, sowie die Förderung der Selbsthilfe und der Aufbau geschlechts- und kultursensibler Beratungs- und Behandlungsangebote.*
- dass der jeweilige Stand des Wissens zu den Risiken und dem Nutzen systematisch zusammengetragen, bewertet und in die ärztliche Praxis umgesetzt wird, z.B. durch die interdisziplinäre Entwicklung von Leitlinien.*
- eine auch von wirtschaftlichen Partikularinteressen unabhängige multidisziplinäre und geschlechtssensible Gesundheitsforschung, die auch die Ressourcen und Stärken von Frauen in den Blick nimmt.*
- dass im System der medizinischen Versorgung notwendige Veränderungen für eine wissenschaftlich nachgewiesene und frauengerechte Versorgung in den Wechseljahren herbeigeführt werden. Dazu braucht es eine Sensibilisierung der Akteure und Akteurinnen sowohl für die Bedürfnisse von Frauen wie auch für die Möglichkeiten und Grenzen des eigenen professionellen Handelns.*
- die Einbindung geschlechts-, sozialschichts- und kultursensibler Erkenntnisse in die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller beteiligten Professionen sowie den Ausbau multiprofessioneller Zusammenarbeit.*
- dass die Medikalisierung der Wechseljahre beendet wird. Die Aufwertung und Stärkung der Selbstkompetenzen von Frauen muss ins Zentrum zukünftiger Konzepte der Gesundheitsförderung gerückt werden.*
- dass Aktivitäten entwickelt werden, die in unserer Gesellschaft das Altern von Frauen sowie ihre Kompetenzen und Lebenserfahrungen wertschätzt.*

Die Bremer Erklärung wechseljahre multidisziplinär soll zur Entwicklung neuer Konzepte und Strukturen im Umgang mit den Wechseljahren beitragen. Alle Beteiligten dieses Kongresses sind aufgefordert, im Sinne dieser Erklärung in ihren jeweiligen Arbeitsfeldern verantwortlich zu handeln und die Diskussion fortzuführen¹.

¹ Jahn 2004

Überblick: Women's Health Initiative (WHI)-Studie

Die Women's Health Initiative (WHI) in den USA ist ein umfassendes multizentrisches Studienprogramm mit mehreren Forschungszweigen.¹⁴⁰

138 Boston Women's Health Book Collective, 1971; Bianzano, et al. 1976; Röhring 1987; Groth, 1992 und 1994; Stolzenberg & Sachse, 2003
139 Jahn, 2004
140 JAMA, <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/288/3/321>, (dl 14.10.2010)

Eine Langzeitstudie, die mindestens acht Behandlungsjahre zu den Auswirkungen von Hormonpräparaten untersuchte, wurde mit dem Ziel durchgeführt, Risiken und Nutzen der Therapie besser abschätzen zu können. Zentrale Fragestellungen waren die präventive Wirkung der HRT (Hormone Replacement Therapy) für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Osteoporose. An der Studie nahmen 16.608 Frauen im Alter zwischen 50 und 79 Jahren teil: 8.506 Frauen erhielten eine Östrogen-Gestagen-Hormonkombination, die Vergleichsgruppe von 8.012 Frauen erhielt ein Placebo. Die Studie wurde abgebrochen. Denn in der mit einer Östrogen-Gestagen-Kombination behandelten Gruppe waren die Fälle an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Brustkrebs und venösen Thromboembolien höher als in der unbehandelten Gruppe.¹⁴¹

Für jenen Studienarm, der die Überprüfung der Wirksamkeit der Östrogen-Monotherapie zum Ziel hatte, wurde eine Reduktion des Brustkrebsrisikos berichtet bei gleichzeitiger Steigerung des Risikos für einen Herzinfarkt. Die AutorInnen ziehen den Schluss, dass diese Ergebnisse weiterer Abklärung bedürfen¹⁴². Eine detaillierte aktuelle Analyse ist unter anderem bei Kundi et al. (2004) und bei Greiser (2001) zu finden. Siehe auch <http://www.nhlib.nih.gov/whi/> und Mühlhauser (2010) zu „Märchen der Medizin“ über die Hormontherapie.

Diese Hormonbehandlungen verursachten Brustkrebs bei Millionen von Frauen, wie für verschiedene Länder nachgewiesen wurde. Die zurückgehenden Neuerkrankungen von Brustkrebs in den Jahren nach der WHI-Studie sind als Reaktion von Frauen auf die Publikation dieser Ergebnisse zu sehen, die aufhörten, Hormone in den Wechseljahren einzunehmen.¹⁴³

Überblick: Million Women Study

In die sehr unterschiedlich bewertete Million Women Study wurden zwischen 1996 und 2001 über eine Million Frauen zwischen 50 und 64 Jahren im Rahmen der National Health Service Breast Screening Programme in Großbritannien eingeschlossen. Die Screening-Untersuchungen wurden in dreijährigen Intervallen durchgeführt, mit der Einladung wurde ein Fragebogen über soziodemografische Daten und die Einnahme einer Hormonersatztherapie verschickt. Das Brustkrebsrisiko war sowohl für die Östrogen-Monotherapie als auch für die Östrogen-Gestagen-Kombinationstherapie erhöht, wobei es für die Kombinationstherapie am höchsten war. Dosis, Art oder Verabreichungsform (Pille, Pflaster, Implantat) und auch eine vorangegangene Einnahme einer Hormonersatztherapie hatten keinen signifikanten Einfluss auf das Risiko.¹⁴⁴

Nach Einschätzung der International Agency for Cancer Research verursacht die Verabreichung des Sexualhormons Östrogen Krebs. Sie stufte daher die Hormonbehandlung 2007 für Menschen als gesichert krebserregend ein.¹⁴⁵

Die Firma Pfizer wurde 2009 von einem US-amerikanischen Gericht zu einem Schadenersatz in Höhe von 110 Mio \$ an Patientinnen mit Brustkrebs verurteilt, da das US-Gericht die Informationspflicht über Risiken der Hormonbehandlung in den Wechseljahren verletzt sah. Weitere 10.000 Verfahren sind anhängig.¹⁴⁶

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

141 Österreichischer Frauengesundheitsbericht, 2005/2006

142 Anderson, et al. 2004

143 Schultze, et al. 2009

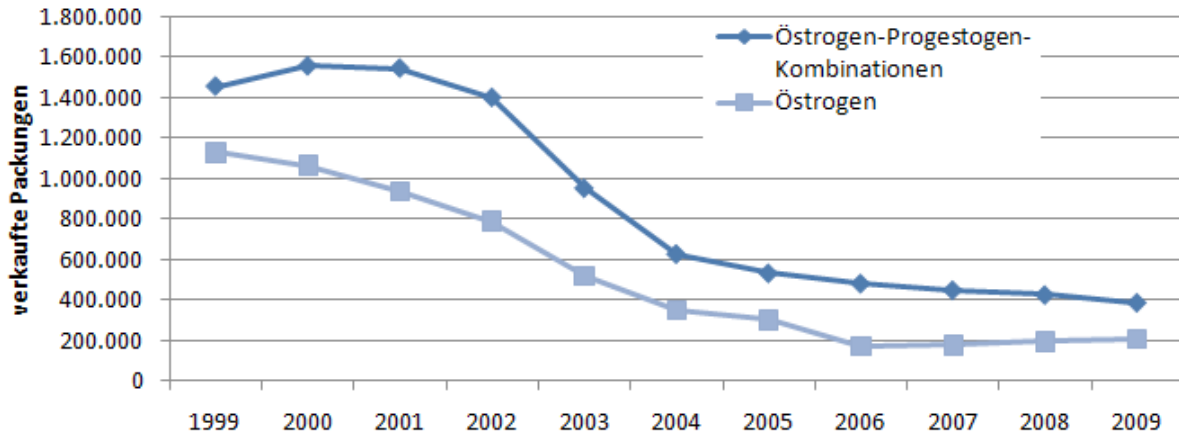
144 Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, nach: MRC, <http://www.millionwomenstudy.org.uk/>

145 IARC, 2007

146 DieStandard, <http://diestandard.at/1256745602643/Krebs-durch-Hormon-Ersatz-Pfizer-muss-zahlen>, (dl 14.11.2010)

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.¹⁴⁷

**Abbildung 81: Anzahl verkaufter Packungen Östrogen-Progestogen-Kombination und Östrogen-Mono-
präparate, 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.¹⁴⁸ Frauen sollten sich darüber im Klaren sein, dass diese Einschätzung nicht durch Evidenz gestützt ist.

147 IMS DPMÖ YTD12/1999-2009
148 Huber, 2010

5. Die Pensionistin / Hochbetagte Frauen

Mag^a Sonja Kodelitsch MSc., Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

Aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Anforderungen, denen sich eine Frau zu bestimmten Zeiten innerhalb des eigenen Lebens gegenüber gestellt sieht, leiten sich verschiedene Lebensphasen ab.

Die Jahre der Sozialisation werden als 1. Lebensalter beschrieben, das 2. Lebensalter bezieht sich auf Verpflichtungen in Familie und Beruf. 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 schlechteren 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.¹⁴⁹

Doch ab wann ist man/frau alt? Die Einteilung kann kalendarisch erfolgen (z.B. mit dem Eintritt in die Pension, mit 65 Jahren), individuell definiert werden (‘man fühlt sich alt’), oder an medizinischen und auch biologischen Indikatoren fest gemacht werden. Für die Weltgesundheitsorganisation gilt als „alt“, wer das 65. Lebensjahr abgeschlossen hat.

„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 und 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.

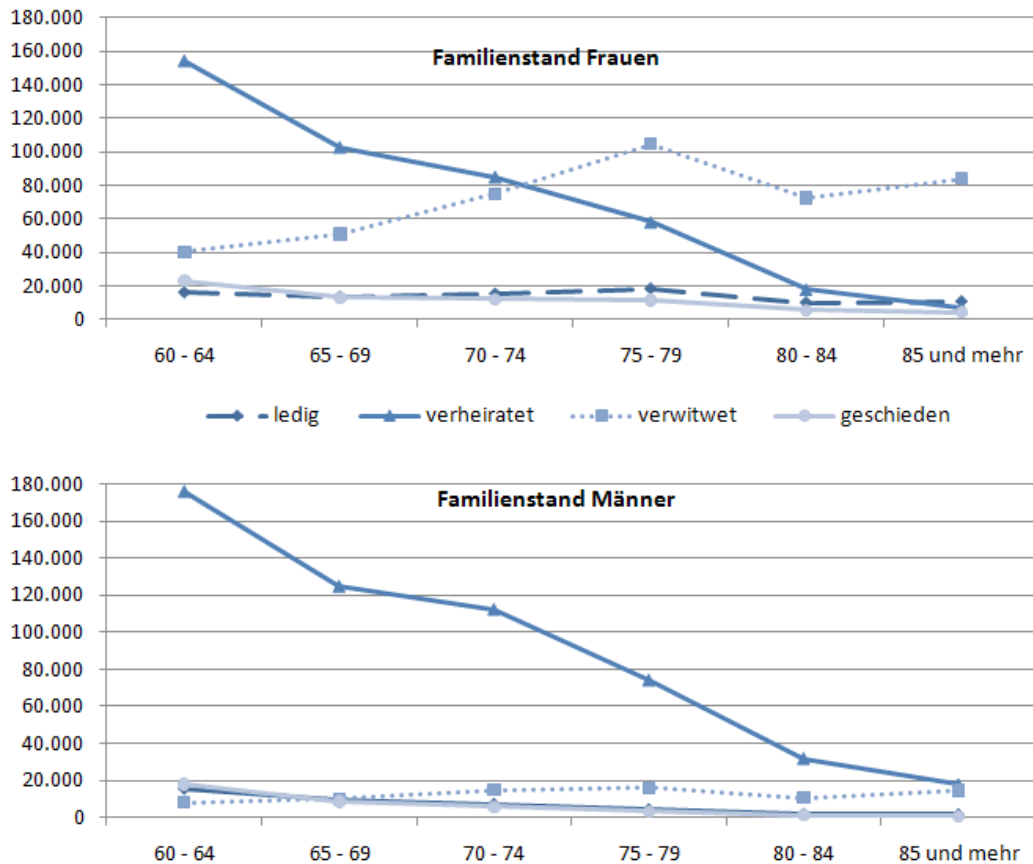
Frauen leben im Allgemeinen länger und sind in der Überzahl: auf 100 Frauen über 60 Jahre kommen dem Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen (2000) zufolge 66 gleichaltrige Männer, bei den über 75-Jährigen beträgt das Verhältnis 100:44, bei der Gruppe 85+ gibt es rund dreimal so viele Frauen wie 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 100:85.¹⁵⁰

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 %.

149 Bistum Limburg, http://www.lebensalter.bistumlimburg.de/index.php?_1=168021&_7=m&_0=14, (dl 20.09.2010)

150 Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, 2000, Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen 1999, S. 38ff

Abbildung 82: Familienstand nach Geschlecht, 2006



Quelle: Statistik Austria, 2009, Bericht über die Probezählung 2006, Ergebnisse und Evaluierung, S. 264

5.1 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.¹⁵¹

In der Forschung wird das Alter zweiteilig betrachtet: das Defizitmodell beschäftigt sich mit dem generellen Leistungsabfall und dem Intelligenzabbau, wohingegen sich das Modell des „kompetenten Älterwerdens“ mit der Unabhängigkeit, der Weisheit und der Würde des Alters beschäftigt. Die Fähigkeiten und Fertigkeiten für ein selbstständiges, selbstverantwortliches und sinnerfülltes Leben aufrecht zu erhalten steht hierbei im Zentrum der Betrachtungsweise.¹⁵²

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

151 Höpfinger, <http://www.hoepfinger.com/fhtop/fhalter1j.html>, (dl 30.10.2010)

152 Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, 2000, Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen 1999 (Kurzfassung), S. 5 ff.

sowie chronische Krankheiten und Beschwerden (erhöhter Blutdruck, Erkrankungen der Gelenke, Diabetes, Gefäßstörungen an den Beinen).¹⁵³

Die am häufigsten genannten Beschwerden von alten 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 gesunken ist, was auf Früherkennungsprogramme zurückzuführen ist. Ältere Menschen schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand immer häufiger mit „gut“ ein, das zeigen die Umfragen des Mikrozensus im Vergleich.¹⁵⁴

Die Lebensqualität im Alter wird durch viele Bereiche geprägt: z.B. durch soziale Beziehungen, Werte und Glauben, Sexualität, Wohnen und Freizeitgestaltungsmöglichkeiten.

5.1.1 Soziale Beziehungen im Alter

Im Bereich der sozialen Beziehungen im Alter werden sowohl familiäre als auch außerfamiliäre Beziehungen zusammengefasst: Beziehungen mit dem/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/r 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 Beziehungsebene.¹⁵⁵

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.

Tabelle 68: Ausgewählte Verwandtschaftsbeziehungen von Frauen ab 60 Jahren, in Prozent

Verwandtschaftsbeziehungen	Frauen 60-64 J.	Frauen 65-69 J.	Frauen 70-74 J.	Frauen 75-79 J.	Frauen 80-84 J.	Frauen 85+ J.
Partner / Ehepartner	68	58	42	32	14	10
Kind / Schwiegerkind	90	88	85	85	83	84
EnkelIn	74	77	75	77	75	77
Geschwister	74	70	64	57	48	44
keine lebenden Angehörigen	1	2	4	5	8	9

Mikrozensus-Daten vom Juni 1998; Quelle: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg), 2000, Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen 1999 (Langfassung), S. 67

Soziale Beziehungen im Alter sind laut Höpfinger Francois nach vier Hauptkriterien zu unterscheiden:

- Zusammenleben im gleichen Haushalt: hier ist das größte Unterstützungspotential vorhanden.
- Familial-verwandtschaftliche Beziehungen: diese haben einen höheren Stellenwert als nicht familiäre¹⁵⁶ Beziehungen.

153 BMSSG, 2000, S. 104ff

154 Ebd., S. 109ff

155 Höpfinger, <http://www.hoepfinger.com/fhtop/fhalter1j.html>, (dl 30.10.2010)

156 familial – die Familie als soziale Gruppe betreffend

- Zugeschriebene und frei wählbare Beziehungen: Verwandtschaftsbeziehungen gelten als zugeschrieben, Freundschaftsbeziehungen gelten als frei wählbar, Nachbarschaft und ArbeitskollegInnen sind nicht eindeutig zuzuordnen.
- Zugehörigkeit zur gleichen Altersgruppe bedeutet Zugehörigkeit zur gleichen sozio-historischen Generation, im Vergleich zur Zugehörigkeit zu älteren bzw. jüngeren Altersgruppen bzw. Generationen.

Durch eine höhere Lebenserwartung der Frauen verändern sich auch deren Lebensformen im Alter. 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. Im Bereich der Generationenbeziehungen bringt die höhere Lebenserwartung der Frauen eine engere Beziehung zu Kindern wie auch zu Enkelkindern mit sich. Frauen engagieren sich zudem im Alter oft in der Nachbarschaftshilfe.¹⁵⁷

Die meisten älteren Menschen sind in soziale Netzwerke eingebunden, oft steht diese Form des gesellschaftlichen Kontakts im Mittelpunkt. 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 deren Familie umfasst vier Generationen); bei der Hälfte der SeniorInnen gibt es drei Generationen. Zwischen Eltern und Kindern besteht vermehrter Kontakt, wenn Enkelkinder vorhanden sind.

Die soziale Isolation nimmt ab dem 75. Lebensjahr zu - davor sind ältere Menschen gut integriert. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind hierbei nicht festzustellen, der Bildungsgrad beeinflusst den Grad der sozialen Isolation hingegen maßgeblich. 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 Besuchkontakt 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. Häufige Themen zwischen Eltern und Kindern sind die Arbeit, der Beruf, das Geld, Schulden, Werte wie Pünktlichkeit, Fleiß, Ordnung, Disziplin und Sauberkeit. Im Gespräch zwischen Müttern und Töchtern kommen die Themen Sexualität und Emanzipation hinzu.¹⁵⁸

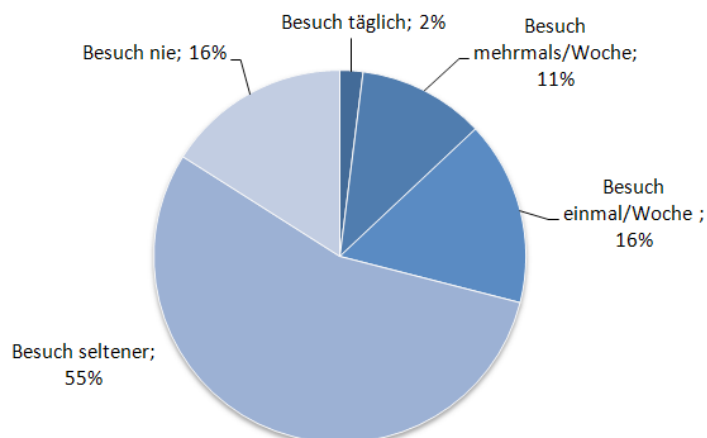
Generell haben kontaktfreudige alte Menschen mehr Kontakt mit Verwandten und FreundInnen. Bis zum 85. Lebensjahr werden (abhängig vom Gesundheitszustand) auch Besuche abgestattet, danach wird mehr Besuch empfangen. Das Telefon schafft für ältere Menschen keinen Ersatz für persönliche Besuche und wird generell für persönliche Gespräche eher weniger genutzt.

Der Besuch durch Freunde/Freundinnen und Bekannte bei Frauen ab 60 Jahren zeigt folgendes Bild:

157 Höpfinger, <http://www.hoepfinger.com/fhtop/fhalter1j.html>, (dl 30.10.2010)

158 BMSSG, 2000 (Kurzfassung), S. 45ff

Abbildung 83: Besuch durch FreundInnen und Bekannte bei Frauen ab 60 Jahren



Quelle: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg): Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen 1999 (Langfassung). Wien, 2000, S. 83

2% der älteren Frauen, die in Privathaushalten leben, bekommen täglich von FreundInnen oder von Bekannten Besuch, 11% geben Besuche mehrmals pro Woche und 16% einmal pro Woche an. Mit dem Alter sinkt bei Frauen die Häufigkeit an Besuchen. Dies ist unter anderem auf die eingeschränkte Mobilität im Alter zurückzuführen. Mehr als die Hälfte der älteren Damen bekommt seltener als einmal pro Woche Besuch, und erschreckende 16% werden niemals von FreundInnen oder von Bekannten besucht. Männer im selben Vergleichsalter werden generell weniger besucht als Frauen.

Höpfinger wirft die Frage auf, ob Freundschaftsbeziehungen teilweise fehlende Verwandtschaftsbeziehungen aufwiegen oder ob diese als eigenes soziales Netz ihren Stellenwert haben. Beziehungen zu FreundInnen haben den Vorteil gleicher Interessen und eines oftmals vergleichbaren Lebensstils; Verwandtschaftsbeziehungen hingegen beinhalten Verpflichtungen und Verantwortung.¹⁵⁹

Ein Großteil der alten Menschen verfügt über Geschwister, jedoch besteht zu diesen oft wenig Kontakt, unter anderem aufgrund geografischer Distanzen. Tendenziell pflegen Frauen ihre familiären Beziehungen zu Geschwistern intensiver; Schwestern haben allgemein mehr und intensiveren Kontakt als Brüder.

Die Beziehung zu NachbarInnen variiert je nach Wohnstruktur und Wohnverhältnissen und richtet sich außerdem nach der Dauer, wie lange jemand an einem bestimmten Ort wohnt. Die Wohnortverbundenheit ist unterschiedlich einzuschätzen. Einige Nachbarschaften sind geprägt von Ärger und Nachbarschaftskonflikten, die die Verbundenheit zum eigenen Wohnort schmälern. Gute Nachbarschaftsbeziehungen werden vor allem bei eingeschränkter Mobilität wichtig, sie geben Sicherheit und können kurzfristige Hilfsbedürftigkeiten überbrücken.¹⁶⁰

5.1.2 Bildung im Alter

Die aktive Beteiligung am gesellschaftlichen Leben und die soziale Benachteiligung werden durch den Bildungsstatus maßgeblich beeinflusst.

Unsere Gesellschaft ist eine Bildungs- und Wissensgesellschaft, in der Bildung erhebliche Auswirkungen auf die langfristigen Lebenschancen ihrer Mitglieder hat. Ältere Menschen verfügen im Vergleich zu anderen Altersgruppen über niedrigere Bildungsabschlüsse, sowie daraus folgend über ein geringeres Bildungsinteresse. Sie lernen selbstbestimmter und direkter, sie lernen das, was für sie auf Basis des eigenen Erfahrungshintergrunds wichtig ist. Zum Großteil handelt es sich um „informelles Lernen“, um mit Situationsanforderungen des Lebens besser zurecht zu kommen. Dazu zählen Erfahrungslernen, implizites Lernen, Alltagslernen, selbstgesteuertes

159 Höpfinger, <http://www.hoepfinger.com/fhtop/fhalter1j.html>, (dl 30.10.2010)

160 Ebd.

Lernen und Lernen am Arbeitsplatz. Neben dem Bildungsstatus hat auch der Gesundheitszustand Auswirkungen auf die Lernbereitschaft älterer Menschen. Zudem steht auch die Frage im Raum, wie viele Angebote im Umkreis der betreffenden Personen zur Verfügung stehen. Über eine höhere Bildungsbeteiligung verfügen ältere Menschen mit einem gut funktionierenden sozialen und familiären Netzwerk. Wichtig erscheint beim Thema Lernen nicht nur das Erlernen neuer Fähigkeiten und Fertigkeiten, sondern auch der Erhalt des Bestehenden.¹⁶¹

Ältere Menschen lernen langsamer und sind in Lerntechniken weniger geübt - dennoch können sie sehr erfolgreich sein. Lebensbegleitendes Lernen unterstützt aktives Altern und schafft neue Handlungs- und Denkspielräume.

Einrichtungen der Erwachsenenbildung (Volkshochschulen, Universitäten,...) bieten nur wenige altersspezifische Angebote, am ehesten solche, die zu körperlicher Aktivität animieren.

Das Weiterbildungsinteresse sinkt generell mit zunehmendem Alter, bei Männern stärker als bei Frauen – Frauen beteiligen sich z.B. intensiver an Volkshochschulkursen. Zum Thema Weiterbildung zählen auch das Lesen von Fachliteratur, der Konsum von Bildungssendungen, Bildungsreisen und anderes.¹⁶²

Im Bereich der Religiosität sind Frauen im Alter aktiver als Männer. Der Glaube bietet für manche ältere Menschen eine wichtige Entscheidungshilfe für das Leben, des weiteren vermittelt die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft das Gefühl von Zusammengehörigkeit. Mit zunehmendem Alter der Frauen verstärkt sich die Bindung an ihre Glaubensgemeinschaft.¹⁶³

5.1.3 Wohnen im Alter

Altersgerechtes oder altersadäquates Wohnen kann je nach Verlauf des Alterns sehr unterschiedlich aussehen, da sich der körperliche, kognitive und psychische Alterungsprozess sehr individuell gestaltet. Ebenso unterschiedlich sind die Wohnformen und -bedürfnisse, unter anderem auch durch den Einfluss von Schichtzugehörigkeit und Einkommensverhältnissen.¹⁶⁴

Die Wohnformen im Alter sind folgendermaßen gekennzeichnet: Klein- und Kleinsthaushalte (viele Einpersonenhaushalte), Mehrgenerationenhaushalte, betreubare und betreute Wohnformen, sowie Alten- und Pflegeheime.

Bis zum 69. Lebensjahr dominieren Zweipersonenhaushalte. Bei Frauen zwischen 70 und 74 Jahren ist der Anteil an Ein- und Zweipersonenhaushalten mit je 41% gleich verteilt. Ab 80 Jahren leben über 50% der Frauen in Einpersonenhaushalten. Dies liegt wiederum an der höheren Lebenserwartung der Frauen (auch als „Feminisierung des Alters“ bekannt). Haushalte mit mehr als drei Personen sind zumeist Mehrgenerationenhaushalte und machen in allen Altersgruppen einen kleineren Anteil aus.

Vergleicht man die Haushaltsform von Männern ab 60 Jahren, so zeigt sich ein Überwiegen der Zweipersonenhaushalte in allen entsprechenden Altersgruppen. Männer im Alter von 70 bis 80 Jahren wohnen zu mehr als 60% in Zweipersonenhaushalten. Wie bereits erwähnt, bleiben Männer nach dem Tod ihrer Partnerin / Ehefrau seltener alleine und gehen schneller eine neue Bindung ein. Die Verteilung der Männer in Drei- und Vierpersonenhaushalten verhält sich ähnlich wie bei den Frauen.¹⁶⁵

5.1.4 Freizeit im Alter

Bei älteren Menschen ist die Tagesfreizeit sehr stark durch den Haushalt geprägt. Ein typischer Tagesablauf bei älteren Frauen beinhaltet am Vormittag das Saubermachen, Einkaufen, Kochen, Waschen und Bügeln, der Nachmittag dient schließlich der Freizeitgestaltung. Abends dominiert bei älteren Frauen das Fernsehen. Etwa

161 Büro für Sozialtechnologie und Evaluationsforschung (Hrsg.), 2007, S. 3ff

162 BMSSG, 2000 (Kurzfassung), S. 121ff

163 Ebd., S. 36ff

164 Höpfinger, <http://www.hoepfinger.com/fhtop/fhalter1j.html>, (dl 30.10.2010)

165 BMSSG, 2000, S. 42ff

98% der SeniorInnen besitzen ein Fernsehgerät, mit zunehmendem Alter steigen auch die täglichen Stunden des Fernsehkonsums.

Männer im höheren Alter verfügen durchschnittlich über eine Stunde mehr Freizeit pro Tag als gleichaltrige Frauen.¹⁶⁶ Eine Stundenangabe, die kritisch zu betrachten ist, da die Hausarbeit bei älteren Generationen zum Großteil den Frauen obliegt.

Finanziell gesehen geben PensionistInnen weniger Geld für Freizeit aus als jüngere Generationen. Auch in diesem Bereich macht sich der Bildungsstatus bemerkbar: je höher der Bildungsgrad, desto höher liegen die durchschnittlichen Ausgaben für Bildung, Erholung, Freizeit und Sport.

Die „jüngeren“ Alten nehmen häufiger an Ausflugsfahrten teil (die Hälfte immerhin gelegentlich); sie gehen in Lokale (45% gelegentlich) und/oder besuchen Bildungs- oder Kulturveranstaltungen (33% gelegentlich). SeniorInnen-Veranstaltungen werden am meisten von 70 bis 79-Jährigen besucht. Auch hier zeigt sich der Unterschied im Bildungsgrad – je gebildeter die Person, desto größer das Maß der Inanspruchnahme derartiger Angebote.

Einen hohen Stellenwert hat auch das Lesen von Zeitungen, Zeitschriften und Büchern. Ältere Frauen lesen weniger Tageszeitungen als gleichaltrige Männer. Das Lesen von Büchern wird von älteren Menschen am häufigsten als Lieblings-Freizeitbeschäftigung genannt. Es ist allerdings festzuhalten, dass Personen, die bereits in jüngeren Jahren ein hohes Interesse an Büchern hatten, ihre dazu gewonnene Freizeit im Ruhestand dafür nutzen, mehr zu lesen.

Das Reisen an sich und das entsprechende Interesse an Reisen sind in den letzten 30 Jahren merklich und konstant angestiegen, wobei starke regionale Unterschiede zwischen Stadt und Land feststellbar sind: in städtischen Gegenden (wie z.B. in Wien) wird mehr und öfter gereist als in ländlichen Regionen (wie etwa im Burgenland). Männer zeigen im Alter generell eine höhere Reisebeteiligung als Frauen. Auch hier steigt die Reiseaktivität mit dem Einkommen und der Schulbildung des/der Betroffenen.¹⁶⁷

Beinahe die Hälfte der SeniorInnen ist Mitglied einer SeniorInnenorganisation, am häufigsten beim (SPÖ-nahen) Pensionistenverband bzw. beim (ÖVP-nahen) Seniorenbund. Diese Interessensvertretungen sind auf politischer Ebene tätig, bieten aber auch im Bereich Freizeit und Bildung Vieles für ihre Mitglieder und beeinflussen somit die soziale Integration und die Lebensgestaltung in positiver Weise.

Generell steigt mit zunehmendem Alter das Interesse an Politik. Gewählt werden vorwiegend Großparteien. Das (partei-)politische Interesse sinkt jedoch im hohen Alter wieder ab (bei Frauen stärker als bei Männern).¹⁶⁸

Beitrag des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentren 2010 Frauengesundheit und Alter

Die Lebenswelten von Frauen sind im Alter mehr Veränderungen unterworfen, als jene der Männer.

Während Männer mit der Beendigung der Erwerbsarbeit und der damit verbunden Neudefinition ihrer Lebensinhalte und der ev. Bewältigung von Abhängigkeiten in Form von Unterstützung konfrontiert sind, sind Frauen mit wesentlich mehr Veränderungen und Verlusten von grundlegenden, lebensbestimmenden Aufgaben konfrontiert.

(Leeres Nest, der Partner beendet die Erwerbsarbeit, Verlust des Partners oder von Freunden, Pflege von Angehörigen, Einsamkeit, Abhängigkeit von fremder Hilfe, Umzug in Seniorenheime oder Pflegeeinrichtungen)

Zwar leben Frauen länger als Männer, sie schätzen aber ihren Gesundheitszustand als signifikant schlechter ein. Frauen leiden häufiger unter chronischen Erkrankungen. Dies erklärt sich einerseits aus der höheren Lebenserwartung, allerdings auch aus den schlechteren sozio-ökonomischen Bedingungen und auch aus den grundlegend anderen, allgemeinen Lebensbedingungen von Frauen z.B. Mehrfachbelastungen. Studien belegen mittlerweile, dass lebenslange Exposition gegenüber einem niedrigen sozio - ökonomischen Status stärker mit gesundheitlichen Risiken verbunden ist.

Zunehmend wird in der Forschung die Forderung laut, dass bei Untersuchungen die Unterscheidung zwischen Geschlechtergruppen alleine zu wenig ist und die sozialen Gradienten wesentlich mehr berücksichtigt werden müssten. Mit der Kenntnis der möglichen Einflussfaktoren und den daraus entwickelten Erklärungsmodellen rücken die Fragen

166 Ebd., S. 35f

167 Ebd., S. 50ff

168 Ebd., S. 79ff

der möglichen Interventionen in den Focus der Prävention. Die Gesundheitswissenschaft bedarf deshalb dringend des Lebenslaufansatzes, da er die Exposition gegenüber materiellen, verhaltensbezogenen und psychosozialen Faktoren von der Geburt bis ins hohe Alter berücksichtigt.¹⁶⁹

5.2 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.¹⁷⁰

Die Mehrheit der hochaltrigen Frauen ist verwitwet (65%), ein Fünftel ist verheiratet, und ein sehr geringer Teil ist geschieden oder ledig.¹⁷¹

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. Diese „soziale Selektivität“ kann dazu führen, dass die Gruppe der Hochbetagten eine homogene Gruppe mit ähnlicher sozialer Zusammensetzung wird, die großteils aus (sozial besser gestellten) Frauen besteht.¹⁷²

Die wichtigsten sozialen Kontakte sind Familienangehörige, NachbarInnen und auch FreundInnen. Zwei Prozent der Hochaltrigen haben nie Kontakt zu ihrer Familie, 6% haben keinen Kontakt mit den NachbarInnen und 14% haben keinen Kontakt (mehr) zu FreundInnen. Diese Gruppe ist besonders stark von sozialer Exklusion betroffen. Wie bereits erwähnt sind soziale Beziehungen äußerst förderlich für das individuelle Wohlbefinden eines Menschen. Soziale Exklusion bedeutet nicht zwingend, dass sich die betroffene Person einsam fühlt bzw. dass sie diese Einsamkeit als belastend empfindet.¹⁷³

Beinahe drei Viertel der Hochaltrigen leben in einer eigenen Wohnung, in einer gemeinsamen Wohnung mit ihrem Kind/ihren Kindern bzw. (häufiger im ländlichen Bereich) in Mehrgenerationenhäusern. Ab 80 Jahren steigt die Tendenz zur Übersiedlung in ein Heim.

Mit zunehmendem Alter sinkt der räumliche Aktionsradius aufgrund der sinkenden Mobilität, d. h. die aufgesuchten Orte werden weniger. Die über 80-Jährigen leiden häufig an Multimorbidität, in Bezug auf Hör- und Sehfähigkeit (in diversen Ausprägungen), Abnahme der körperlichen Beweglichkeit aufgrund des Bewegungsapparats und verringerter Kraftentwicklung, Parkinson und Demenz. Die unterschiedlichen Krankheiten können einander bedingen oder sind Begleiterkrankungen, die keinen unmittelbaren kausalen Zusammenhang haben. Dies hat selbstverständlich auch Auswirkungen auf therapeutische Maßnahmen und Heilungschancen einzelner Leiden.

Frauen über 80 sind von der Verschlechterung der Beweglichkeit stärker betroffen als Männer. Rund die Hälfte kann nicht mehr ohne Schwierigkeiten Einkaufstaschen tragen, sich bücken oder Stiegen steigen. Stürze – auch innerhalb der eigenen vier Wände – stellen ein sehr hohes Risiko dar! Kleine Veränderungen im Sinne von Barrierefreiheit können hier massive Verbesserungen für die alten Menschen, doch auch in puncto Gesundheitskosten bringen.

Die Wohnformen der Gruppe der hochaltrigen Menschen unterscheiden sich nicht von denen generell älterer Menschen. Aus diesem Grund wird das Thema Wohnen an dieser Stelle nicht erneut erläutert. Das durch-

169 Hurrelmann, 2009

170 Statistik Austria, 2010, Statistik des Bevölkerungsstandes. Erstellt am: 19.05.2010

171 BMASK, 2009a, S. 69ff

172 Höpfinger, Hochaltrigkeit – demografische, gesundheitliche und soziale Entwicklungen, <http://www.hoepfinger.com/fhtop/fhalter1J.html>

173 BMASK, 2009a S. 70ff

schnittliche 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 .

Die gestiegene Lebenserwartung bringt für alte Menschen nicht unmittelbar eine höhere Lebensqualität mit sich. Es zeigt sich, dass die Ältesten der Alten viele Bürden auf sich nehmen müssen. Das vierte Alter – die Hochaltrigkeit – ist geprägt von gesundheitlichen Rückschritten (im dritten Alter ist der gesundheitliche Fortschritt angesiedelt). Auch bei den Hochaltrigen gilt, dass soziodemografische und soziokulturelle Merkmale - insbesondere die Bildung - die Lebenserwartung beeinflussen.¹⁷⁴

Generell ist Lebensqualität schwer zu definieren, da sie materielle, soziale, gesundheitliche und kulturelle Aspekte miteinbezieht – je höher das Alter, desto schwerer die Definition. Eine adäquate Studie liegt in Österreich in diesem Bereich nicht vor. Wichtig erscheint die Unterscheidung der objektiven und der subjektiven Lebensqualität, deren Einschätzungen sich nicht decken müssen - subjektive und objektive Bewertung können weit auseinander liegen.

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. Eine ärztlich verordnete „Bettruhe“ beinhaltet ein hohes sekundäres Erkrankungsrisiko und trägt zur Multimorbidität und Chronizität bei. Es kann zum Immobilisationssyndrom führen, d. h. verschiedene funktionelle Leistungen des Organismus wie z.B. des Herz-Kreislauf-Lungensystems werden (zusätzlich) beeinträchtigt; es kommt zu einer neuromuskulären Belastung, zu einer Inaktivitätsosteoporose, zur Verkleinerung der Muskulatur, zu einem Dekubitus und/oder zu vielem mehr. Durch eine altersabhängige Reduktion der Nahrungsaufnahme, sowie durch das Auftreten behindernder Erkrankungen entsteht ein hohes Risiko einer Mangelernährung. Diese Malnutrition verursacht bzw. begünstigt wiederum weitere Defizite. Gewichtsverluste (z.B. aufgrund einschneidender Erlebnisse wie dem Tod des Ehepartners) können im Alter nicht mehr adäquat aufgeholt werden. Die Unterernährung stellt aber nicht nur bei allein lebenden alten Menschen ein hohes Risiko dar, sie zeigt auch in Pflegeheimen eine hohe Prävalenz.¹⁷⁵

5.3 Frau und Mann bewältigen anders: Geschlechtsspezifische Unterschiede im Copingverhalten

Mag.^a (FH) Clara Wenger-Haargassner, Gesundheits- und Pflegemanagerin, Fachhochschule Kärnten

Bewältigung ist einer der wesentlichsten Aspekte erfolgreichen Alterns. Menschen nutzen eine Vielfalt von Strategien, um mit Veränderung, Verlust, Enttäuschung und Einbußen im physischen wie auch im psychischen Gesundheitszustand umgehen zu können. Allein lebende Ältere befinden sich in besonderen Lebensumständen und müssen mit den verschiedensten Problemen eigenständig zurechtkommen. Vor diesem Hintergrund wurde in Kooperation mit dem Berliner Forschungsverbund AMA eine Studie¹⁷⁶ mit dem Forschungsziel durchgeführt, individuelle Reaktionen und Umgangsweisen älterer Männer und Frauen mit ihrer Pflegebedürftigkeit zu beschreiben, zu systematisieren und als Endergebnis in theoretischen Modellen zu verankern. Um Bewältigungsstrategien zu identifizieren, wurde die innovative Grounded Theory Methodologie¹⁷⁷ zur Sekundäranalyse von qualitativen Interviews angewandt. Die Primärdaten wurden im Zeitraum von September 2008 bis Jänner 2009 gemeinsam mit dem Institut für Gerontologische Forschung Berlin gesammelt. Mittels leitfadengestützter Interviews wurde erhoben, wie und ob es älteren Menschen mit Hilfebedarf gelingt, ihren Alltag selbstbestimmt zu organisieren. Aus rund 30 Interviews wurden schließlich zwei Frauen und zwei Männer ausgewählt, die die Kriterien „allein lebend“, „multimorbid“ und „Bezug von professioneller Pflege“ erfüllten. Der Altersdurchschnitt betrug 72,8 Jahre. Durch Textanalyse und Konzeptualisieren wurden

174 Ebd., S. 199 ff.

175 BMASK, 2009a, S. 310 ff.

176 Wenger-Haargassner, 2010, S. 101-104

177 Glaser, et al. 2008

in der Sekundäranalyse (Zeitraum November 2009 bis April 2010) zwei gendersensible Modelle erstellt, deren Hauptphänomene als *Offene Bewältigung* bei den Frauen und *Distanzierte Bewältigung* bei den Männern bezeichnet wurden. Die eruierten Modelle zu Bewältigungsstrategien können sowohl als zur Bewältigung eingesetzte psychologische Einstellungen und Denkmuster, wie auch als praktische Handlungsschemata verstanden werden.

Nachfolgend werden die Resultate der Studie vorgestellt.

Auf der Suche nach Unterschieden in der Bewältigung ließen sich zwei ganz konkrete Bewältigungsstile differenzieren. Männer pflegen gewöhnlich den *aktiv-kämpferischen* Bewältigungsstil¹⁷⁸ anzuwenden. Sie setzen sich für ihre Belange ein und kennen ihre Rechte. Über mögliche zukünftige Konfliktsituationen versuchen sie im Voraus, sich Informationen zu beschaffen, um später Kontrolle darüber zu haben. Dennoch versuchen sie, sich - wenn möglich - nur dort anzulegen, wo auch Erfolgsaussichten erkennbar sind. Die befragten Frauen hingegen können dem *zuversichtlich-gelassenen* Bewältigungsstil zugeordnet werden. Sie sind in der Lage, ihre Interessen, wenn nötig, zu wahren, haben aber auch eine Anpassungsfähigkeit als unabänderlich Akzeptiertes entwickelt, was ihnen bei der Bewältigung hilft. Ihr Anspruch auf Steuerung ist für sie nur je nach subjektiver Bedeutsamkeit wichtig. Frauen versuchen also, ihre Lebenslage weitgehend zu akzeptieren.

Simpel formuliert lässt sich sagen, dass Männer mehr kulturelles Kapital¹⁷⁹ aufweisen, wohingegen Frauen mit mehr sozialem Kapital ausgestattet sind. Beide besitzen materielles Kapital in Form von Geld, Wohnung etc., die Bedeutung des materiellen Kapitals scheint jedoch für die Männer größer zu sein, da sie sich so rechtmäßig ihre Hilfen finanzieren können. Deren kulturelles Kapital kann zur Alltagsgestaltung, aber auch beispielsweise zur Kommunikation mit Ämtern etc. genutzt werden. Es ist im Sinne von früheren Bildungsabschlüssen oder Berufen in materielles Kapital konvertierbar und kann somit zur Organisation und Finanzierung von Hilfen etc. genutzt werden. Das inkorporierte Kulturkapital ist personenbezogen und vor allem im Sonderfall Alter eng vom korporalen Kapital abhängig, denn bei Verschlechterung des geistigen Gesundheitszustands (z.B. durch Demenz) verändert bzw. verringert sich auch das gelernte und erlebte Wissen. Wenn Männer ihr Kapital verlieren, sind sie verstärkt auf externe Hilfen angewiesen und laufen somit Gefahr, gerade das, was ihnen am wichtigsten ist, aufgeben zu müssen, nämlich die Selbstbestimmung.

Frauen scheint es offenbar wichtiger zu sein, viele und große soziale Netzwerke zu besitzen, sie profitieren vom Austausch mit anderen und nehmen deren Hilfen in Anspruch. Durch ausgeprägte Reziprozitätsvorstellungen versuchen sie aber, diese Hilfen nicht einseitig zu belassen, sondern durchaus etwas zurückzugeben. Das soziale Kapital erfüllt somit mehrere Funktionen. Zudem kann Beziehungsarbeit die Profitchancen im kulturellen und ökonomischen Bereich erhöhen. Die offene Bewältigung der Frauen zeigt einen vernetzten Umgang mit Hilfebedarf und Hilfestellung, allerdings sind sie im Gegensatz zu den Männern auf ihre sozialen Netzwerke angewiesen, bei Veränderung dieser Netzwerke könnten daher Schwierigkeiten auftreten. Diese emotionale Abhängigkeit von bestimmten Personen birgt die Gefahr in sich, bei Verlust dieser Personen unter einer großen Trauer zu leiden bzw. nicht mehr die Möglichkeit zu haben, neue Menschen zu finden, auf die man sich stützen könnte.

Die befragten Männer versuchen, ihre Hilfen zu steuern und stützen sich darauf, sie „ja zu bezahlen“. Ein persönliches Verhältnis zu ihren HelferInnen kommt nicht zum Vorschein, auch körperliche Einschränkungen gestehen sie sich nur bedingt ein. Frauen jedoch arrangieren sich recht pragmatisch mit ihren Einschränkungen und den dazugehörigen Hilfen. Hinsichtlich der Bewältigung ihres Alltags betonen die Frauen, dass BetreuerInnen ihnen helfen. Dabei fühlen sie sich offenbar unterstützt und gleichzeitig selbstbestimmt in ihren Entscheidungen. So empfinden sie ihren derzeitigen (häuslichen) Hilfebedarf wahrscheinlich aufgrund der positiven Beziehungen nicht als belastend.

Die Ergebnisse zeigen: Es bestehen bemerkenswerte geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Bewältigung von Lebenslagen. Die allein lebenden Frauen verwenden mehr aufgeschlossene Bewältigungsstrategien, sie vertrauen auf ihre professionellen Hilfen und pflegen ein großes soziales Netz, wohingegen Männer eine distanzierte und skeptischere Art zu bewältigen anwenden, für ihre Unabhängigkeit kämpfen und vor allem ihr kulturelles Kapital wie z.B. Ausbildung aufrechterhalten.

178 Heusinger, et al. 2005

179 Bourdieu, 1983, S. 183-198

In Conclusio sind Frauen, die zumeist offener mit ihrem Hilfebedarf umgehen, geneigt, ihre Lebenslagen erfolgreicher zu bewältigen als Männer, die oftmals versuchen, zwischen sich und ihrer Umwelt Distanz zu schaffen. Es macht durchaus Sinn, Kapitalien auch im Alter zu akkumulieren und zu pflegen, da sie die Lebenslagen von älteren Männern und Frauen (z.B. durch Geld, persönliche Hilfen, Wissen etc.) erleichtern.

Diese Forschungsarbeit soll eine Übersicht über die Bewältigung von Lebenslagen im Alter geben und neue fundierte Ergebnisse auf einer geschlechtersensiblen Auseinandersetzung mit Bewältigung aufzeigen. Dennoch herrscht auch künftig Bedarf nach weiterer Forschung, um eine Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse zu unterstützen.

6. Frauen und Erwerbstätigkeit

Durch die in der Vergangenheit stattgefundenene Industrialisierung und die damit einhergehende Arbeitsteilung kam es zur Verfestigung der Trennung der Lebensbereiche von Mann und Frau. Gleichzeitig wurde die Tätigkeit von Frauen und Männern von der Gesellschaft unterschiedlich bewertet.

Heute ist die Arbeitswelt in allen industrialisierten Gesellschaften in hohem Maße geschlechtsspezifisch segregiert. So konzentrieren sich Frauen auf weniger Berufe als Männer. Männerberufe hingegen sind stärker segregiert, was bedeutet, dass der Frauenanteil in Männerberufen geringer ist als der Männeranteil in Frauenberufen.¹⁸⁰

Die Erwerbsarbeit ist als ein 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. Typische Frauenberufe sind in den Branchen Handel, Tourismus und sonstige Dienstleistungen und bieten oft niedrige Entlohnung und „familien-unfreundliche“ Arbeitszeiten. Arbeitslosigkeit führt zu hoher finanzieller Abhängigkeit, hochgradiger Unsicherheit und hat negative Konsequenzen für die Gesundheit. Frauen, die Karriere machen, sind oft mit Vorurteilen konfrontiert, dass sie ihre Familien im Stich lassen oder mit Vorwürfen, dass sie erst gar keine Kinder möchten.

6.1 Die erwerbstätige Frau

Mag.^a Sonja Kodelitsch MSc., Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

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.

Tabelle 69: Beschäftigte nach Bundesländern, Jahresdurchschnitt 2008

2009	Insgesamt	Männer	Frauen	Anteil Frauen in %
Österreich	3.419.350	1.830.550	1.588.800	46,5
Wien	789.251	400.011	389.240	49,3
Niederösterreich	564.059	311.574	252.485	44,8
Burgenland	90.083	47.827	42.256	46,9
Oberösterreich	605.447	337.555	267.892	44,2

180 Dietachmayr, 2009, Heintz, et al. 1997, S. 16

Steiermark	477.222	253.991	223.231	46,8
Kärnten	209.291	111.657	97.634	46,7
Salzburg	237.776	125.430	112.346	47,3
Tirol	300.208	161.884	138.324	46,1
Vorarlberg	146.013	80.621	65.392	44,8

Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger¹⁸¹

Die Erwerbsquote der Frauen im Alter zwischen 15 bis 64 Jahren ist im europäischen Vergleich in den nordischen Staaten am höchsten - an der Spitze stand im Jahr 2008 Dänemark mit einer Frauenerwerbsquote von 77,1%. Eher geringe Erwerbsquoten verzeichnen die südeuropäischen Staaten mit Schlusslicht Malta (40,2%). Österreich lag mit 68,8% an zehnter Stelle und somit über dem europäischen Durchschnitt von 63,9%.¹⁸²

Als Herausforderung für die künftige Politik werden vier Bereiche angesprochen, welche eine Gleichstellung von Frauen und Männern insbesondere am Arbeitsmarkt sicherstellen sollen:

- qualitativ hochwertige Arbeitsplätze für eine gleiche wirtschaftliche Unabhängigkeit von Frauen und Männern,
- qualitativ hochwertige Dienstleistungen für eine bessere Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben
- die Bekämpfung von Stereotypen und die Unterstützung individueller Entscheidungen und
- institutionelle Mechanismen zur Unterstützung politischer Initiativen und Umsetzung der Gesetzgebung.¹⁸³

Im Rahmen der Koordinierung durch das Bundesministerium für Frauen und öffentlichen Dienst (BKA) wurde im Juni 2010 ein nationaler Aktionsplan zur Gleichstellung von Frauen und Männern am Arbeitsmarkt erstellt. Dabei wurden insgesamt 55 Maßnahmen in 4 Maßnahmenclustern zusammengefasst mit dem Ziel, eine effektive Wirkung zur Zielerreichung entfalten zu können:¹⁸⁴

- 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)

6.1.1 Arbeitsmarktsegregation – der typische Frauenberuf?

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.¹⁸⁵

181 Österreichische Sozialversicherung, http://www.sozvers.at/hvb/statistik/ESV_Statistik/vjahr/hmb_bj.htm, (dl 25.08.2010)

182 Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung, Arbeitsmarktstatistik Jahresergebnisse 2009, S. 15

183 Bundeskanzleramt Österreich, Bundesministerium für Frauen und Öffentlichen Dienst, 2009, Bericht betreffend den Abbau von Benachteiligungen von Frauen für den Zeitraum 2007-2008, S. 5

184 Bundeskanzleramt, 2010, Nationaler Aktionsplan Gleichstellung von Frauen und Männern am Arbeitsmarkt, S. 45ff

185 Dietachmayr, 2009; Biffi, 2006

Bergmann und Pimminger (2004) orten im Hinblick auf den Arbeitsmarkt in Österreich folgende Ungleichheitsstrukturen:

- geschlechtsspezifische Arbeitsteilung
- Unterschiede in der Erwerbsbeteiligung
- Teilzeitarbeit und atypische Beschäftigung
- horizontale Arbeitsmarktsegregation
- vertikale Arbeitsmarktsegregation
- geschlechtsspezifische Bildungsunterschiede
- geschlechtsspezifische Einkommensunterschiede
- unterschiedliche Betroffenheit von Arbeitslosigkeit

Die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung in „männliche“ Erwerbsarbeit und „weibliche“ Familienarbeit wird von Bergmann und Pimminger (2004) als zentrale Dimension der Ungleichheit zwischen Frauen und Männern gesehen. „In „modernisierter“ Form zeigt sich die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung in der Art ihrer Kombination. Männer leisten 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. Zudem nimmt das Beschäftigungssystem keine Rücksicht auf die notwendige Familienarbeit“.¹⁸⁶

Die **horizontale Segregation** bedeutet, dass Frauen und Männer in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern arbeiten.¹⁸⁷ Der Arbeitsmarkt ist stark in typische Frauen- und Männerarbeit aufgeteilt, wobei sich Frauen auf weniger Berufe konzentrieren als Männer. Darüber hinaus konzentrieren sich beinahe 50% der weiblichen Lehrlinge auf 3 Lehrberufe, wohingegen es bei den männlichen Lehrlingen nur 20% sind. Problematisch sei laut Bergmann und Pimminger die Konzentration von Frauen auf wenige Wirtschaftszweige, Berufs- oder Tätigkeitsfelder deswegen, weil Bereiche mit überproportionalem Frauenanteil durch ein geringeres Einkommen und schlechte Aufstiegs- und Weiterbildungschancen gekennzeichnet sind.¹⁸⁸

Die Kategorisierung von Frauen- und Männerberufen kann wie folgt vorgenommen werden:¹⁸⁹ Frauenberufe können in „stark segregierte“ und „segregierte“ Frauenberufe (mit einem Frauenanteil von 80% und mehr bzw. mit einem Anteil von 50 bis 79,9%) eingeteilt werden.

Integrierte/gemischte Berufe sind Berufe mit einem Frauenanteil von 30 bis 49,9% (das entspricht dem durchschnittlichen Frauenanteil im Arbeitsmarkt +/- 10%).

„Stark segregierte“ Männerberufe haben einen Frauenanteil unter 10%, „segregierte“ Männerberufe einen Frauenanteil von 10 bis 29,9%.

Erklärt man die Erwerbstätigkeit auf Basis dieser Kategorien, dann entsteht folgendes Bild:

- 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 (in 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 – alle zählen zur Gruppe der Dienstleistungsberufe.
- In gemischten/integrierten Berufen arbeitet knapp ein Viertel der Frauen als landwirtschaftliche Fach- und Hilfskräfte, sonstige Fachkräfte wie in der Sozialpflege oder in der Verwaltung, MaschinenbedienerInnen, MedizinerInnen, sonstige WissenschaftlerInnen und LeiterInnen von Kleinunternehmen. In den höherqualifizierteren dieser Berufe ist der Frauenanteil geringer als z.B. im landwirtschaftlichen Bereich oder bei der Maschinenbedienung.

186 Zit.n. Bergmann/Pimminger, 2004, S. 19

187 Dietachmayr 2009; Heintz, et al. 1997, S. 16

188 Dietachmayr 2009; Bergmann/Pimminger, 2004

189 Leitner, 2001, S. 5ff

- In Männerberufen sind nur 8% der Frauen (aber die Hälfte aller Männer) beschäftigt: Dies betrifft Handwerksberufe, den Produktionsbereich, die Hilfsarbeit im Baugewerbe, technische, höhere und leitende Bedienstete 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 (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.¹⁹⁰

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:

Tabelle 70: Frauenanteile nach Wirtschaftsbereichen

Wirtschaftsbereiche	Anteil Frauen in %
Verkehr und Lagerei	21,0
Information und Kommunikation	33,4
Kunst, Unterhaltung und Erholung	44,4
sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	46,2
Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	50,3
freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen	53,9
Handel; Instandhaltung, Reparatur von KFZ	54,8
Erziehung und Unterricht	58,0
öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	58,1
Gastgewerbe/ Beherbergung, Gastronomie	60,1
Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	60,8
Grundstücks- und Wohnungswesen	65,2
sonstigen Dienstleistungen	70,6
Gesundheits- und Sozialwesen	76,8
Private Haushalte mit Hauspersonal, Herstellung von Waren und Dienstleistungen	89,3

Quelle: Wirtschaftskammer Österreich – Statistik / Februar 2010: Beschäftigte nach Wirtschaftsbereichen und Geschlecht 2009.

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% ist der Frauenanteil bei der Erbringung von sonstigen Dienstleistungen. Im Wohnungs- und Grundstückswesen sind 65,2% Frauen, 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.

Von einer **vertikalen Segregation** spricht man, wenn von Frauen und Männern hierarchisch unterschiedliche Positionen besetzt werden.¹⁹¹ Bei einer genaueren Betrachtung von Hierarchien zeigt sich, dass, je höher die hierarchische Position eines Berufs- bzw. Tätigkeitsfeldes ist, desto weniger Frauen dort zu finden sind. Trotz gleicher Qualifikation werden Frauen auf niedrigeren beruflichen Positionen eingesetzt als Männer. Darüber hinaus stoßen sie beim Erklettern der Karriereleiter bald an Grenzen.¹⁹²

6.2.1 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) beispielsweise keine Pensionsversicherung bieten.

Zu den atypischen Beschäftigungsverhältnissen zählen Teilzeitarbeit, Befristungen, Leih- und Zeitarbeit sowie geringfügige Beschäftigung.¹⁹³

Im Jahr 2009 waren 29,6% der unselbstständig Beschäftigten in ihrer Haupttätigkeit atypisch beschäftigt. Häufig sind dies zugleich Niedriglohnbeschäftigungen; Frauen sind deutlich überrepräsentiert, und 27% dieser Dienstverhältnisse sind im Produktions- und Dienstleistungsbereich. 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.

Tabelle 71: Anteil atypischer Beschäftigungsformen in der Haupttätigkeit unselbständiger Erwerbstätiger, 2004 / 2009

Atypische Beschäftigungsformen unselbständig Erwerbstätiger	2004			2009		
	gesamt	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen
	in 1.000					
Teilzeit	674,9	80,7	594,2	866,2	134,3	732
Teilzeit bis 12 WStd (entspricht geringfügig)	117,6	24,4	93,2	156,8	37,7	119,1
Befristung (ohne Lehre)	172,2	85,7	86,4	188,0	88,3	99,7

191 Dietachmayr, 2009; Heintz, et al. 1997, S. 16

192 Dietachmayr, 2009; Bergmann/Pimminger, 2004

193 Geisberger, et al. 2010, S. 448-461

Atypische Beschäftigungsformen unselbständig Erwerbstätiger	2004			2009		
	gesamt	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen
Leih- und Zeitarbeit	48,8	35,0	13,8	65,0	43,8	21,1
Freie DienstnehmerIn	45,9	19,0	26,9	53,6	23,8	29,8

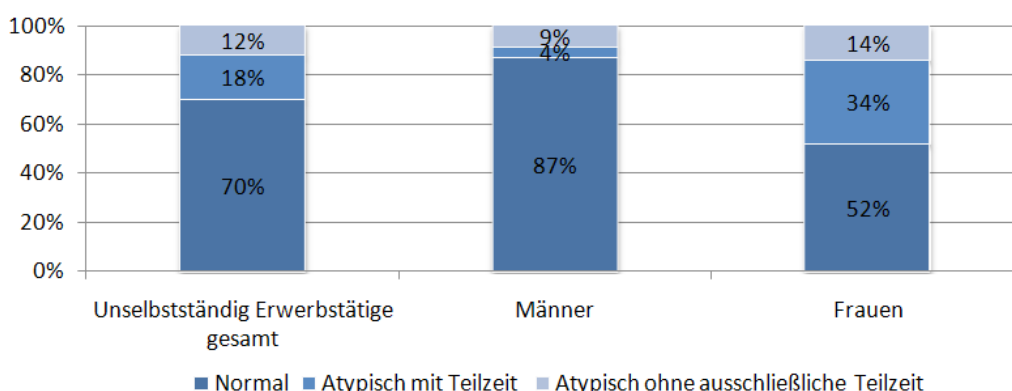
Quelle: Geisberger, et al. 2010, S. 450

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: Insbesondere im Bereich Teilzeit (134.000 Männer und 732.000 Frauen = ein Frauenanteil von 85%) und Geringfügigkeit (ca. 37.000 Männer und 119.000 Frauen = ein Frauenanteil von 76%) ist der Unterschied besonders deutlich. Im Bereich der Befristung sowie bei den freien DienstnehmerInnen ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern nicht so markant, allerdings sind auch hier die Frauen stärker betroffen.

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.¹⁹⁴

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 unselbständig Beschäftigten (29%). Die nachstehende Grafik zeigt die Aufteilung der unselbständig Erwerbstätigen insgesamt (Männer und Frauen). `Atypisch mit Teilzeit` bedeutet, dass diese Personen nur in einer Teilzeitbeschäftigung sind, `atypisch ohne ausschließliche Teilzeit` bedeutet, dass sie über mehrere atypische Beschäftigungsverhältnisse zur gleichen Zeit verfügen.

Abbildung 84: Aufteilung unselbständiger Erwerbstätiger nach Geschlecht



Quelle: Geisberger, et al. 2010, S 452

Wie die Grafik zeigt, sind 48% der Frauen und nur 13% der Männer in atypischen Beschäftigungsverhältnissen. Auf 34% der unselbständig beschäftigten Frauen trifft zu, dass sie über ein Teilzeitarbeitsverhältnis verfügen, 14% verfügen über ein Teilzeitarbeitsverhältnis und darüber hinaus über eine Beschäftigung als freie Dienstnehmerin. 52% der Frauen und 87% der Männer verfügen über Normalarbeitsverhältnisse. Damit lässt sich feststellen, dass knapp die Hälfte der Frauen nicht Vollzeit arbeitet, wohingegen nur 13% der Männer nicht Vollzeit beschäftigt sind.

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. Die Verteilung über die Altersgruppen sieht bei den Frauen folgendermaßen aus:

- 69% der 15- bis 19-jährigen Frauen arbeiten mit Niedrigverdiensten
- 31% der 20- bis 29 Jährigen,
- 20% der 30- bis 39-ährigen, der 40- bis 49-jährigen und der 50- bis 59-jährigen Frauen und
- 31% der Frauen 60+ arbeiten mit Niedrigverdiensten.

Bei den Männern ist dieser Anteil in allen Altersgruppen erheblich geringer:

- 37% der jüngsten Gruppe (15-19 Jahre) arbeiten mit Niedrigverdiensten,
- 12,5% der 20- bis 29-Jährigen,
- Jeweils ca. 15 % der 30- bis 39-Jährigen, 40- bis 49-Jährigen und 50- bis 59-Jährigen, und
- 12,5% der über 60-jährigen Männer.

Je höher das Bildungsniveau, desto geringer ist der Anteil an Niedriglohnbeschäftigten (bei Frauen und bei Männern).

Tabelle 72: 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, et al. 2010, S 457

Je höher das Ausbildungsniveau der Frauen, desto geringer ist der Anteil an Niedriglohnverdienerinnen. 41% der Pflichtschulabsolventinnen sind betroffen, ca. ein Viertel der Frauen mit Lehrabschluss, knapp ein Fünftel derer mit berufsbildenden mittleren und allgemeinbildenden höheren Schulen, ca. ein Achtel derer mit berufsbildenden höheren Schulen, ein Zehntel der Frauen mit Meisterausbildung, Kollegs oder Akademien und ca. 4% derer mit Universitäts- und Fachhochschulabschluss. Eine höhere Ausbildung verringert also das Risiko, zu den Niedrigverdienerinnen zu gehören, schließt es aber nicht aus.

Generell sind von Niedriglöhnen die Branche Beherbergungs- und Gaststätten und die Branche des Handels (hier besonders der Einzelhandel) betroffen: 21% der Arbeitsplätze im Handel sind durch Niedriglohnverdienste gekennzeichnet (davon fünfmal so viele Frauen wie Männer) und 54% der Arbeitsverhältnisse im Beherbergungs- und Gaststättenwesen (davon 2/3 Frauen und 1/3 Männer).

Eine atypische Beschäftigung ist durch einen höheren Grad der Unsicherheit gekennzeichnet in Bezug auf die Stabilität des Arbeitsverhältnisses oder auch in finanziellen Belangen. Teilzeitarbeitsplätze, beispielsweise, bieten 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).

6.3 Krankenstände und Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz

Mag.^a Sonja Kodelitsch MSc., Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

Im Jahr 2008 entfielen auf 1.000 ArbeiterInnen und Angestellte 1.126 Krankenstandsfälle bzw. 12.456 Krankenstandstage mit einer durchschnittlichen Dauer von 11,1 Kalendertagen – der Anteil der Frauen lag bei 46%.¹⁹⁵

Tabelle 73: Entwicklung der Krankenstandsfälle und -tage nach Geschlecht 1999, 2008 (ArbeiterInnen und Angestellte)

Jahr	Krankenstandsfälle	Krankenstandstage
1999	Gesamt	3.169.818
	Anteil Frauen	43%
2008	Gesamt	3.502.960
	Anteil Frauen	46%

Jahr	Geschlecht	Krankenstandsfälle pro 1.000	Krankenstandstage 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 in Bezug auf die arbeitsbezogenen Gesundheitsprobleme und Arbeitsunfälle folgende Ergebnisse: 56% der Erwerbstätigen unterlagen 2007 physisch und/oder psychisch belastenden Faktoren. 40% waren physischen Belastungsfaktoren (z.B.

195 Statistisches Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung, 2009, S. 47

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.¹⁹⁶

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, Lärmbelästigung 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%.¹⁹⁷

Tabelle 74: Geschlechtsspezifische Unterschiede der Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz

Risiko / Gesundheitsergebnis		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.

196 Statistik Austria – Presse: Gesundheitsrisiko Arbeitsplatz: Belastungsfaktoren, Gesundheitsbeschwerden und Arbeitsunfälle, http://www.statistik.at/web_de/presse/032606

197 Ebd.

Risiko / Gesundheitsergebnis		Stärkere Exposition/ größere Häufigkeit
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, Haarbehandlungschemikalien
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

Beitrag des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentren 2010 Frauengesundheit und Betriebliche Gesundheitsförderung

Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von ArbeitgeberInnen, ArbeitnehmerInnen und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz (Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, 1997). Für viele Betriebe gehören Bemühungen zur Verbesserung der Gesundheit der MitarbeiterInnen (Verhaltensebene) sowie der Schaffung und Erhaltung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen (Verhältnisebene) mittlerweile zum Alltag.

Themen der Frauengesundheit werden allerdings nach wie vor selten angesprochen. Die betriebliche Gesundheitsförderung als „Männerdomäne“ geht häufig von eindeutig messbaren Größen wie Arbeitsdauer, Grad der körperlichen Belastung, ergonomischen Faktoren, etc. aus. Geschlechtsspezifische Arbeits- und Lebensbedingungen werden ausgeklammert. Tatsache ist, dass Frauen zu einem hohen Anteil in schlecht bezahlten Teilzeitjobs beschäftigt sind. Fehlende Jobsicherheit, mangelnde Mitbestimmungsmöglichkeiten, geringe Aufstiegsmöglichkeiten sind weitere Berufsbelastungen, denen Frauen häufig ausgesetzt sind. Hinzu kommen Mehrfachbelastungen, um die Erwerbs-, Haus- und Familienarbeit unter einen Hut zu bringen.

Unter dem Gesichtspunkt der zunehmenden Diversität im Arbeitskontext ist es wesentlich, neben gender- auch kulturspezifische Aspekte in die betriebliche Gesundheitsförderung zu integrieren. Bei vielen Gesundheitsförderungsprojekten haben Migrantinnen aufgrund von sprachlichen Barrieren keinen Zugang. Dies betrifft insbesondere Frauen in Niedriglohnbranchen.

Modellprojekte frauengerechter betrieblicher Gesundheitsförderung, die die unterschiedlichen Bedürfnisse und Problemlagen von Frauen berücksichtigen, zeigen vielversprechende Erfolge. Die dabei gewonnenen Methoden und Erkenntnisse sollten Eingang finden in die Standards der betrieblichen Gesundheitsförderung - zum Nutzen von Arbeitnehmerinnen und ArbeitgeberInnen.

6.5.1 Diskriminierung am Arbeitsplatz

Mag.^a Ingrid Löscher-Weninger, Abteilungsleiterin, Juristin, Bundeskanzleramt, Abteilung II/3

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. Diese Formen der Diskriminierungen sollten daher verboten werden, und es sollten wirksame, verhältnismäßige und abschreckende Sanktionen vorgesehen werden.

In diesem Zusammenhang sollten die ArbeitgeberInnen und die für die Berufsbildung zuständigen Personen ersucht werden, Maßnahmen zu ergreifen, um gegen alle Formen der Diskriminierung aufgrund des Geschlechtes vorzugehen und präventive Maßnahmen zur Bekämpfung der (sexuellen) Belästigung zu treffen. **Definition der ‚Belästigung‘** bezeichnet unerwünschte geschlechtsbezogene Verhaltensweisen gegenüber einer Person, die bezwecken oder bewirken, dass die Würde der betreffenden Person verletzt und ein von Einschüchterungen, Anfeindungen, Erniedrigungen, Entwürdigungen und Beleidigungen gekennzeichnetes Umfeld geschaffen wird.

‚Sexuelle Belästigung‘ ist jede Form von unerwünschtem Verhalten sexueller Natur, das sich in unerwünschter verbaler, nicht verbaler oder physischer Form äußert und das bezweckt oder bewirkt, dass die Würde der betreffenden Person verletzt wird, insbesondere wenn ein von Einschüchterungen, Anfeindungen, Erniedrigungen, Entwürdigungen und Beleidigungen gekennzeichnetes Umfeld geschaffen wird.

Die Richtlinien enthalten auch Bestimmungen über die Durchsetzung von Rechtsansprüchen auf dem Gerichts- und/oder Verwaltungsweg sowie eventueller Schlichtungsverfahren und die weitgehende Aufhebung von Schadensobergrenzen.

In Österreich werden die Richtlinien im Zuge der Novellen zum Gleichbehandlungsgesetz für die Privatwirtschaft (zuletzt BGBl. I Nr. 98/2008) und zum Bundes-Gleichbehandlungsgesetz (zuletzt BGBl. I Nr. 153/2009) sowie in den diversen Landes-Gleichbehandlungsgesetzen umgesetzt.

Eine Empfehlung der EU-Kommission zum Schutz der Würde von Frauen und Männern am Arbeitsplatz (92/131/EWG) enthält im Anhang praktische Verhaltensregeln und Maßnahmen zur Bekämpfung sexueller Belästigung.

Schlüsselemente von Strategien der Bekämpfung von sexueller Belästigung am Arbeitsplatz:

- eine klare, umfassende Definition von sexueller Belästigung
- ein detailliertes Angebot an präventiven Maßnahmen
- ein Leitfaden für den Beschwerde-Prozess und eine Anlaufstelle für Beschwerden

Schutz und Unterstützung für Angestellte, die Opfer von sexueller Belästigung geworden:

- Sanktionen für die als schuldig erkannten Täter der sexuellen Belästigung
- Unterstützende Maßnahmen wie spezielle Trainingsprogramme, um das Thema bewusst zu machen und die Verantwortlichen in puncto Umsetzung von Maßnahmen zu schulen.¹⁹⁸

198 Bleijenbergh, et al. 1999

Mobbing

Neu ist auch, dass seit 1. Jänner 2010 für den Öffentlichen Dienst Mobbing als Dienstpflichtverletzung eingestuft wird (§ 43a Beamten-Dienstrechtsgesetz).

Damit macht der Bund als Dienstgeber deutlich, dass Mobbing unerwünscht ist und geahndet wird; die Lösungs-kompetenz liegt bei der Führungsebene.

Mobbing schädigt nicht nur die betroffenen Personen, sondern verhindert auch gute Arbeitsleistung und kann daher auch die Leistung der gesamten Dienststelle/Organisationseinheit beeinträchtigen.

6.6 Die arbeitslose Frau

Mag.^a Sonja Kodelitsch MSc., Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

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.

6.6.1 Entwicklung der Frauenarbeitslosigkeit in Österreich

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.¹⁹⁹

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

Tabelle 75: 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. Ein präventives Eingreifen zur Vermeidung der Altersarbeitslosigkeit und damit einhergehend die Förderung älterer ArbeitnehmerInnen in Betrieben fordert die Arbeiterkammer von der Politik und vom Arbeitsmarktservice.

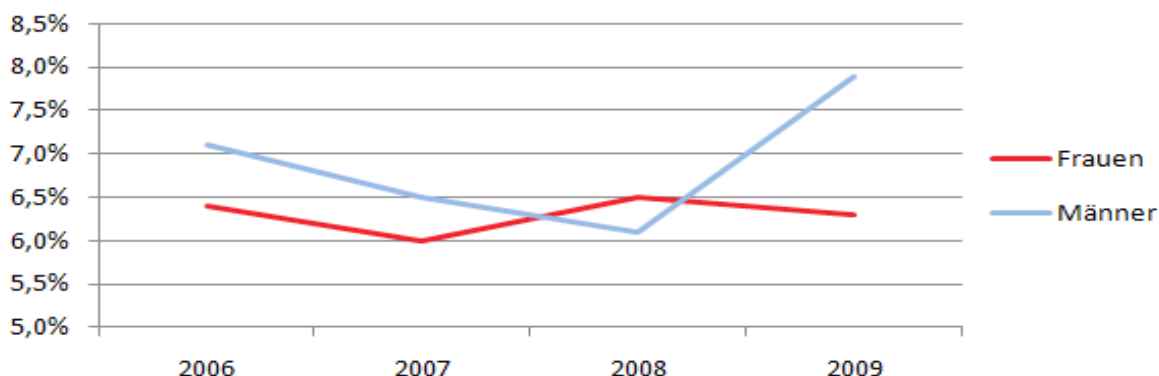
Tabelle 76: Geringfügige Beschäftigungsverhältnisse 2006-2009

Geringfügig Beschäftigte	2006	2007	2008	2009
Absolut	164.900	170.580	75.250	189.780
Anteil an Unselbstständigen in %	10,9	11,0	4,2	11,9

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

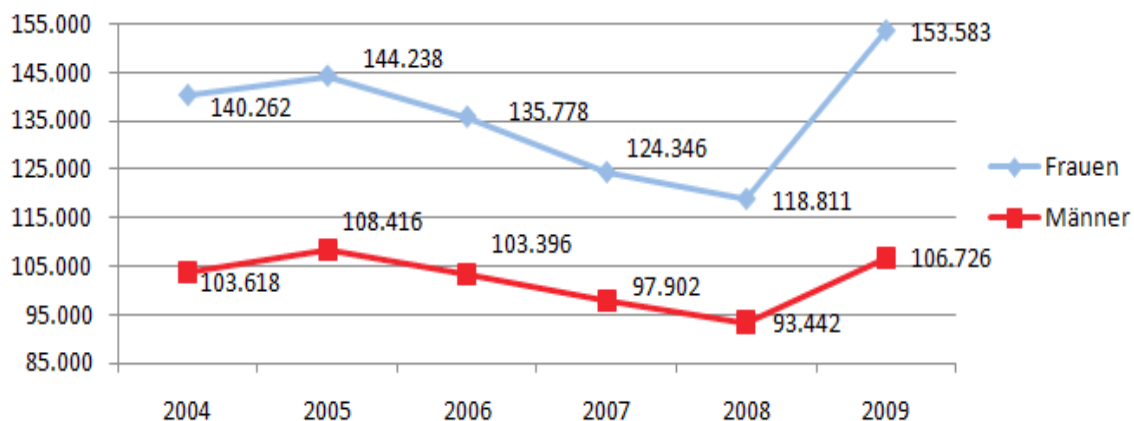
Zwischen 2006 und 2008 sank die Arbeitslosenquote bei Männern kontinuierlich (von 7,1% 2006 auf 6,1% im Jahr 2008), im Jahr 2009 kam es zu einem Anstieg, der sich bei 7,9% einpendelte. Dem Tiefpunkt der Arbeitslosenquote von Männern und Frauen (93.442 arbeitslose Frauen und 118.811 arbeitslose Männer), folgte ein Höhepunkt im darauffolgenden Jahr 2009 mit insgesamt 106.726 arbeitslosen Frauen und 153.583 arbeitslosen Männern. 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).

Abbildung 85: Arbeitslosigkeit nach Geschlecht in Prozent, 2006-2009



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

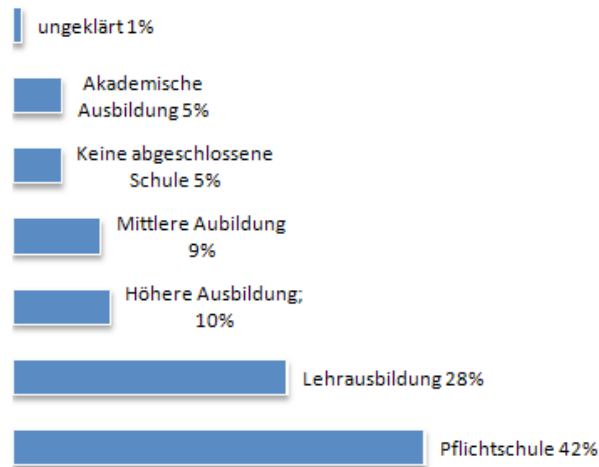
Abbildung 86: Arbeitslosigkeit nach Geschlecht, 2004-2009



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

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 87: 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)

6.6.2 Macht Arbeitslosigkeit krank? Die Folgen.

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.

Dieser Zusammenhang, den Maria Jahoda und Paul Lazarsfeld in ihrer Studie über die Arbeitslosen von Marienthal 1933 erstmals beschreiben, ist mittlerweile unumstritten und durch zahlreiche Untersuchungen wissenschaftlich abgesichert.

So führt etwa der Gesundheitssoziologe Klaus Hurrelmann folgende Verlusterlebnisse an, die soziale, psychische und körperliche Folgen von Arbeitslosigkeit nach sich ziehen:

- Verlust einer von der Arbeit vorgegebenen Tagesstruktur
- Verlust der ökonomischen Sicherheit
- Verlust der beruflichen Anerkennung
- Verlust der sozialen Kontakte mit BerufskollegInnen
- Verlust der Arbeit als Lebensäußerung
- Verlust der Befriedigung von produktiven Impulsen
- Verlust des Gefühls der eigenen Wichtigkeit in der Gesellschaft
- Verlust der Ernährerrolle in der Familie

Wie intensiv die oben angeführten Verluste wahrgenommen werden und wie sehr sich diese auswirken, hängt stark von der Lebenssituation, dem eigenen finanziellen Hintergrund, der Unterstützung durch das (engere) soziale Umfeld und der persönlichen Konstitution der arbeitslosen Person ab.

Frauen in Partnerschaften, Lebensgemeinschaften oder in Ehen empfinden in manchen Fällen den ökonomischen Druck als weniger dominant. Besonders häufig gehen Frauen in Lebensgemeinschaften/Ehen mit Kindern einer beruflichen Beschäftigung als „Zuverdienerin“ nach.

Der finanzielle Druck erhöht sich massiv, wenn die Frau als Alleinverdienerin für das gemeinsame Leben sorgt. Insbesondere Alleinerzieherinnen sind vom Verlust der ökonomischen Sicherheit stark betroffen.

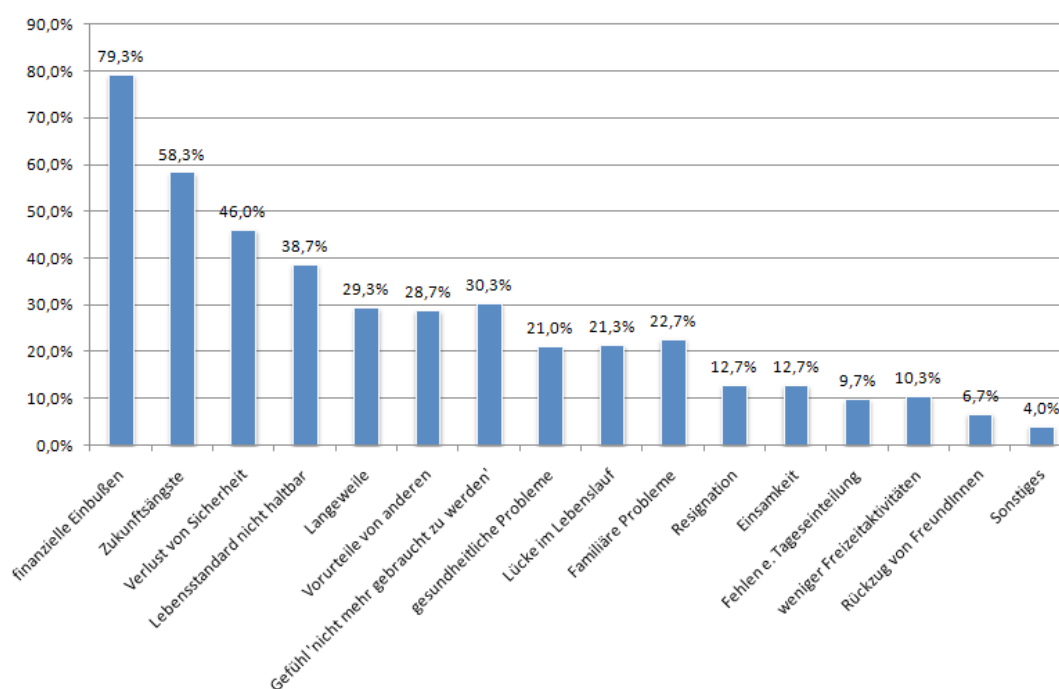
Der Einfluss von Arbeitslosigkeit auf die Tagesstruktur ist bei Müttern im geringeren Ausmaß vorhanden, da sie den täglichen Ablauf mit den Verpflichtungen der Kinder verbinden müssen. Ebenso kommt für diese Gruppe

der Frauen der identitätsstiftende Faktor der Arbeit nicht so dominant zu tragen, da auch die Rolle als Mutter einen Teil ihrer Identität darstellt.

Der Verlust der sozialen Kontakte wirkt sich auf alle Frauen aus und ist abhängig davon, wie stark sie in ihr soziales Umfeld eingebunden sind: Freunde und Freundinnen, Familie, Nachbarschaft, Vereine oder andere ehrenamtliche Funktionen.

Auf die Frage nach den schlimmsten Auswirkungen ihrer Arbeitslosigkeit wurden von den befragten Frauen einer oberösterreichischen Studie (Lebens- und Problemlagen arbeitsloser Menschen in Oberösterreich, Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Universität Linz) folgende Angaben gemacht, wobei Mehrfachnennungen möglich waren:²⁰⁰

Abbildung 88: Auswirkungen von Arbeitslosigkeit bei Frauen



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

Rund 80% der Frauen sahen 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.

Vergleicht man bei dieser Wahrnehmung Frauen und Männer, so zeigt sich ein geringerer Anteil an Frauen, die die finanziellen Einbußen als eine der schlimmsten Auswirkungen ihrer Arbeitslosigkeit bezeichneten (knapp 80% der Frauen und 85% der Männer). Der Aspekt „Zukunftsängste“ wurde hingegen wie auch das Gefühl von Verlust an Sicherheit von Frauen stärker wahrgenommen. Eine Veränderung des Lebensstandards erschien den Frauen als weniger wichtig. Zudem waren den Angaben zufolge Frauen im geringeren Maße von Langeweile

200 Stelzer-Orthofer, C., 2007; Die Studie von Stelzer-Orthofer et al. stellt Erkenntnisse aus qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden dar. Von Februar bis September 2006 wurden insgesamt 519 arbeitslose Personen (davon 303 Frauen und 216 Männer) in Oberösterreich mittels quantitativer Befragung (Ausgabe von Fragebögen über die Betreuungspersonen der Arbeitslosen) befragt. Darüber hinaus wurden 30 ExpertInnen mittels Leitfadengespräch befragt. Diese ExpertInnen waren VertreterInnen des AMS, der AK, aus Gewerkschaften, aus der Wirtschaftskammer und Sozialversicherungsträgern, aus sozialen Non-Profit-Organisationen, sowie VertreterInnen der Bezirkshauptmannschaften. Ein Teil der schriftlich befragten arbeitslosen Personen und weitere Arbeitslose wurde zusätzlich in persönlichen Interviews befragt (gesamt 50 Personen).

betroffen, und sie legten weniger Gewicht auf Vorurteile von Anderen. Das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden, und die familiären Probleme fallen bei Frauen stärker ins Gewicht als bei Männern.²⁰¹

Tabelle 77: Auswirkungen der Arbeitslosigkeit nach Geschlecht

	Frauen	Männer
	in %	
Finanzielle Einbußen	79,3	85,1
Zukunftsängste	58,3	48,8
Verlust von Sicherheit	46,0	42,8
Lebensstandard nicht haltbar	38,7	47,0
Langeweile	29,3	32,1
Vorurteile von Anderen	28,7	30,2
Gefühl „nicht mehr gebraucht zu werden“	30,3	25,1
gesundheitliche Probleme	21,0	22,3
Lücke im Lebenslauf	21,3	21,4
Familiäre Probleme	22,7	18,1
Resignation	12,7	14,9
Einsamkeit	12,7	14,4
Fehlen einer Tageseinteilung	9,7	14,0
Weniger Freizeitaktivitäten	10,3	12,1
Rückzug von FreundInnen	6,7	10,7
Sonstiges	4,0	3,3

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

Jede/r Fünfte erlebte gesundheitliche Probleme als eine der schlimmsten Auswirkungen der Arbeitslosigkeit. In der Gruppe der 36- bis 45-Jährigen waren es sogar 31,5%, also knapp ein Drittel der Befragten. Zukunftsängste, Verlust von Sicherheit, Langeweile und Resignation beeinträchtigen das psychische Wohlbefinden ebenso, wie etwa familiäre Probleme, Einsamkeit und der Rückzug von FreundInnen das soziale Wohlbefinden mindern. 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.

Am häufigsten traten bei der Studie²⁰² Schmerzen im Bereich des Nackens und des Rückens auf: etwa 28% der befragten arbeitslosen Personen hatten diese häufig, über 35% gelegentlich und nur knapp über 30% niemals. Erschöpfung war unter den arbeitslosen Personen ebenso weit verbreitet wie auch starke Kopfschmerzen und Schlafstörungen. Über Magenschmerzen klagten immerhin 10% der Befragten ‚häufig‘ und etwa ein Viertel ‚gelegentlich‘. Weitere wahrgenommene gesundheitliche Probleme waren Schwindelgefühl (zumindest 20% hatten diese gelegentlich), Schweißausbrüche, hoher Blutdruck, Übelkeit und Herzbeschwerden. Der Anteil

201 Stelzer-Orthofer, 2007, S. 37

202 Stelzer-Orthofer, 2007

an Arbeitslosen, die niemals über Magenschmerzen, Schwindelgefühl, Schweißausbrüche, einen hohen Blutdruck, Übelkeit oder Herzbeschwerden litten, lag zwischen 60 und 80%.

Vergleicht man diese von arbeitslosen Personen und Angestellten gemachten Angaben, so zeigen sich deutliche Unterschiede in der Häufigkeit psychosomatischer Beschwerden.

Nacken- und Rückenschmerzen waren auch bei angestellten Personen weit verbreitet, der Annahme nach ist dies auf einen hohen Anteil an sitzender Tätigkeit zurückzuführen. Auffällig ist, dass jeweils weniger als 5% der Personen bei psychosomatischen Beschwerden mit der Kategorie ‚häufig‘ antworteten. Die befragten Angestellten litten zu 35% an Erschöpfung und zu 20% an starken Kopfschmerzen. Auffällig ist hierbei der hohe Anteil an Personen, die niemals an den oben genannten psychosomatischen Beschwerden litten.²⁰³

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%. Die Kategorien ‚eher unzufrieden‘ und ‚unzufrieden‘ wurden vor der Arbeitslosigkeit von 23% der Personen angegeben, von 35% während der Arbeitslosigkeit.

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 sinkt. 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. 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.

Als Gründe für die andauernde Arbeitslosigkeit gaben 17% der Frauen und 25% Männer im Rahmen der Studie körperliche Einschränkungen oder Krankheit an. Weitere 10% führten persönliche Gründe an, die zum Teil mit körperlichen Einschränkungen wie Depressionen oder psychischen Beeinträchtigungen einhergingen. Mit der Dauer der Arbeitslosigkeit nahmen auch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu.²⁰⁴

6.8 Frauen und Karriere

Mag.^a Karin Dietachmayr, Strategie- und Organisationsentwicklerin

Der Begriff Karriere beschreibt die berufliche Laufbahn eines Menschen, wobei das „Karriere machen“ mitunter für jeden Menschen etwas anderes bedeutet. Der eine empfindet das Hinaufklettern der Hierarchieleiter als Karriere, während der andere die Verwirklichung seiner Ideen oder eine gute Balance zwischen Arbeit und Nicht-Arbeit für sich als karrieretechnischen Erfolg verbucht.

Christine Bauer-Jelinek sagt zum Thema Karriere in einem Interview:

„Das Denken, Sprechen oder Schreiben über Karriere findet oft als unreflektierte Selbstverständlichkeit statt. Dieses Thema wird so behandelt, als müsste jeder Mensch Karriere machen. Aber Karriere ist ein Minderheitenprogramm. Denn im engeren Sinn bedeutet Karriere zu machen, sich in einer Organisation in eine immer höhere Position hinauf zu arbeiten. Dazu haben jedoch die meisten Menschen überhaupt keine Gelegenheit. Ihre Realität ist deshalb nicht Karriere, sondern eine Erwerbstätigkeit, der sie viele Jahre lang nachgehen.“²⁰⁵

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

203 Ebd.

204 Ebd.

205 Bauer-Jelinek, 2009, Karriere ist ein Minderheitenprogramm, Interview im Standard vom 02.11.2009, <http://derstandard.at/1254312096703/Interview-Karriere-ist-ein-Minderheitenprogramm>, (dl 02.08.2010)

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. Auch die Europäische Kommission betitelt einen Bericht vom Jänner 2010 mit „Mehr Frauen in Führungspositionen. Ein Schlüssel zu wirtschaftlicher Stabilität und Wachstum“.²⁰⁶

Wenden wir uns also im Folgenden der Karriere im Hierarchiesinne zu, also der Vertretung von Frauen in Führungspositionen und –gremien. Wie hoch ist der Anteil der Frauen in diesen Ebenen in Österreich? Warum bleiben so viele gut ausgebildete Frauen auf dem Weg nach oben in den Organisationen stecken? Warum klappt die Einkommensschere zwischen Frauen und Männern auseinander?

Nach Erörterung dieser Fragen beleuchten wir darüber hinaus die Situation der Frauen in der Politik sowie in der Wissenschaft, denn auch in diesen Bereichen sind Frauen vielfach unterrepräsentiert. Im Speziellen betrachten wir ihre Situation im Kapitel über Fachdisziplinen der Medizin.

6.8.1 Frauen in Führungspositionen

Ob Frauen anders führen als Männer, ob möglicherweise eines der beiden Geschlechter besser führt und welche Arten von Führung es gibt, soll hier nicht behandelt werden. Auch Krell plädiert für den Verzicht auf weitere Forschungen zu geschlechtstypischem Führungsverhalten und -erfolg.²⁰⁷ Sie spricht sich hingegen für eine Auflösung der Geschlechtergrenzen aus, sodass beim Zugang zu Führungspositionen keine Diskriminierung aufgrund der Geschlechtszugehörigkeit oder aufgrund von Geschlechtsunterschieden stattfindet.

In Bezug auf Attribute von Führungskräften scheint die Tatsache wesentlich, dass es an der Zeit ist, sich von den starren Zuschreibungen von Fähigkeiten auf Geschlechter zu verabschieden. Derlei Argumente sind nicht haltbar und werden laufend durch neue Studien und Tag für Tag durch kompetente weibliche Führungskräfte widerlegt.

Auf ihrem Weg nach oben sind viele Frauen jedoch mit Hindernissen und Barrieren, darunter mit vielen Vorurteilen konfrontiert. So lautet nach Osterloh und Littmann-Wernli die übliche ökonomische Begründung dafür, „dass Frauen aufgrund ihrer familiären Verpflichtungen und ihrer Rollenkonflikte ein höheres Fluktuationsrisiko, eine geringere Arbeitsmotivation und damit eine geringere Durchschnittsproduktivität aufweisen. Deshalb bevorzugen Arbeitgeber trotz des mittlerweile stark gestiegenen formalen Bildungsniveaus von Frauen immer noch männliche Führungskräfte“. Diese Argumentation wurde auf ihre Stichhaltigkeit hin überprüft. Es zeigte sich, dass „Führungsfrauen sogar eine besonders hohe Produktivität“ und „...kein systematisch höheres Fluktuationsrisiko aufweisen“. Somit wird klar, dass es sich bei den vorgebrachten Argumenten um Vorurteile handelt. Wie eine empirische Untersuchung zeigt, sind zahlreiche Arbeitgeber „von ihren Vorurteilen so überzeugt, dass sie darauf verzichten, überhaupt vergleichende Fluktuationsdaten zu erheben“. Osterloh und Littmann-Wernli kommen insgesamt zu folgendem Schluss: „Die meisten Unternehmen verschleudern in Bezug auf ihre Führungsfrauen Humanpotenzial und damit einen zentralen Wettbewerbsvorteil“.²⁰⁸

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, da zur Bekämpfung der Unterrepräsentanz von Frauen in Führungspositionen und -gremien in Wirtschaft und Politik zuverlässige und vergleichbare Daten erforderlich sind. Denn nur so können die aktuelle Situation

206 Europäische Kommission, 2010, „Mehr Frauen in Führungspositionen. Ein Schlüssel zu wirtschaftlicher Stabilität und Wachstum“

207 Krell, 2002, S. 95ff

208 Osterloh und Littmann-Wernli, 2002, S. 260

und die erreichten Fortschritte systematisch beobachtet werden. Die Datenbank ist online frei zugänglich und enthält Daten zu EU-Einrichtungen, zu den 27 EU-Mitgliedstaaten, zu den EWR-Ländern (Island, Liechtenstein und Norwegen), zu den drei Bewerberländern (Türkei, Kroatien und Mazedonien) sowie zum potenziellen Beitrittsland Serbien.²⁰⁹

Gemäß dem Bericht der EU „Frauen in der europäischen Politik – Zeit zu handeln“, welcher auf Daten aus der Datenbank der Kommission zu Frauen und Männern in Entscheidungspositionen basiert, 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%.²¹⁰

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%.²¹¹

Wie sieht nun die Vertretung der Frauen in den österreichischen Führungsgremien aus?

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. Mehr als die Hälfte (79 von 141) der 141 Aufsichtsrätinnen werden vom Betriebsrat delegiert. Der Frauenanteil in den Führungsgremien der Industrie ist im Vergleich zu anderen Branchen am geringsten. Bei den Unternehmen des ATX und des Prime Markets zeigen sich sogar Werte, die klar unter dem Durchschnitt liegen. So liegen die Frauenanteile bei diesen Unternehmen mit 4,7% (ATX) bzw. 3% (Prime Markets) im Vorstand und mit 7,8% (ATX) bzw. 7,0% (Prime Markets) im Aufsichtsrat.²¹²

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 im Corporate Governance Kodex – welcher hauptsächlich für österreichische börsennotierte Aktiengesellschaften angewandt wird – enthaltenen Bestimmungen sollen verschärft werden, da es sich bisher lediglich um eine Empfehlung handelt und die Nichteinhaltung nicht einmal erklärt werden muss. Darüber hinaus soll auch eine Datenbank mit qualifizierten Frauen, die für Aufsichtsratspositionen zur Verfügung stehen, eingerichtet werden.²¹³

Soweit die Sichtweise betreffend Frauen in den Führungsgremien von Unternehmen. Aktuelle gesamtösterreichische Daten zur Anzahl der weiblichen Führungskräfte und auch zu den Bereichen, die sie leiten und dergleichen gibt es nicht, da kein entsprechendes Monitoring existiert bzw. die Unternehmen selbst auch nicht verpflichtet sind, diese Daten zentral zu melden. Es gibt jedoch einen Bericht vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen aus dem Jahre 2006, welcher die Repräsentanz von Frauen in Führungspositionen in österreichischen Unternehmen (mit mehr als 50 MitarbeiterInnen) sowie in der Selbstverwaltung beleuchtet.²¹⁴

209 Europäische Kommission, Datenbank zu Frauen und Männern in Entscheidungspositionen, http://ec.europa.eu/employment_social/women_men_stats/index_de.htm, (dl 02.08.2010)

210 Europäische Kommission, 2009, „Frauen in der europäischen Politik – Zeit zu handeln“, S. 53

211 Ebd., S. 57

212 Arbeiterkammer Wien, 2010, „Frauen in Geschäftsführung und Aufsichtsrat“

213 Ebd.

214 Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2006, „Auf Erfolgskurs – Die Repräsentanz von Frauen in Führungspositionen in österreichischen Unternehmen sowie in der Selbstverwaltung“

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.²¹⁵ 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 gelten - insbesondere für Frauen mit Kindern im betreuungspflichtigen Alter.²¹⁶

Diese Studienergebnisse lassen vermuten, dass Frauen die noch immer vorherrschenden starren Strukturen im Hinblick auf Erwerbstätigkeit im Angestelltenverhältnis und Vereinbarkeitsproblematik möglicherweise über eine Selbstständigkeit zu umgehen versuchen. Vielfach fehlen in den Unternehmen auch die Möglichkeiten für qualifizierte Teilzeitarbeit, wie eine Studie des Industriebissenschaftlichen Instituts (IWI) zeigt.²¹⁷

Ziel war es herauszufinden, ob und wie Teilzeitarbeit sowohl den Unternehmensinteressen als auch den individuellen Bedürfnissen der Menschen in positiver Weise entgegenkommen kann und welche Bedingungen und Anreize Unternehmen und MitarbeiterInnen brauchen, um Teilzeitarbeit für beide Seiten attraktiver gestalten zu können. Unter „qualifizierter Teilzeitarbeit“ wurde dabei sowohl die Qualität von Teilzeitarbeitsplätzen als auch der Ausbildungsgrad der Teilzeitbeschäftigten verstanden.

Die Vorteile von qualifizierter Teilzeitarbeit liegen laut IWI sowohl auf Unternehmens- als auch auf MitarbeiterInnen-Seite. „Obwohl Teilzeitarbeit anfänglich mit einem organisatorischen Mehraufwand verbunden ist, überwiegen aus Unternehmenssicht letztendlich die Vorteile dieser Arbeitszeitform. Ebenso überwiegen die positiven Erfahrungen mit TeilzeitmitarbeiterInnen; sie werden häufig mit den Attributen „effektiver“ und „motivierter“ ausgezeichnet.“ Die TeilzeitmitarbeiterInnen heben „vor allem die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die Verwirklichung einer ausgeglichenen Work-Life-Balance sowie generell Flexibilität als Vorzüge einer Teilzeitbeschäftigung“ hervor. Als kritisch werden mögliche Nachteile im Hinblick auf die berufliche Laufbahn sowie der erhöhte Koordinationsaufwand und die fehlende institutionelle Kinderbetreuung gesehen.²¹⁸

Laut dem Industriebissenschaftlichen Institut wird folgendes Potenzial für qualifizierte Teilzeitarbeit identifiziert:²¹⁹

„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.

215 WKÖ Wirtschaftskammern Österreichs, Stand Juli 2010, Unternehmensneugründungen nach Geschlecht

216 KMU Forschung Austria, Februar 2010, „Unternehmerinnen in Österreich – Status quo 2009“

217 Industriebissenschaftliches Institut – IWI, 2008, „Potenziale für qualifizierte Teilzeitarbeit in Österreich“

218 Ebd., S. 9

219 Ebd., S. 9f

Dem Industriebissenschaftlichen Institut zufolge wird gegenwärtig von rund 22% der Frauen eine Führungsposition in Teilzeit ausgeübt.²²⁰

Neujahr-Schwachulla und Bauer stellen dazu fest: „Immer noch führt, wenn nicht die Familienpause, dann spätestens die oft daran anschließende Teilzeitarbeit zum sicheren Karriereknick“. Darüber hinaus müssen die Führungskräfte-Mütter versuchen, Führungsqualitäten und reduzierte Arbeitszeit unter einen Hut zu bringen.²²¹

Deibl merkt an, dass generell „nur unverheiratete oder kinderlose Frauen ihre berufliche Laufbahn „störungsfrei“, d.h. ohne Unterbrechung der Kontinuität verfolgen“ können.²²² 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. Laut Deibl bedeutet eine längere Kinderpause negative Auswirkungen auf die berufliche Laufbahn wie Verlust der errungenen Position, finanzielle Nachteile, das Fehlen von Berufsjahren für die Pension und der schwierige Wiedereinstieg in das Berufsleben.²²³

Innreiter-Moser et al. erörtern, warum sich Führungspositionen für Teilzeitmodelle scheinbar weniger eignen. So

- ist in dieser Position volle Präsenz notwendig, und es wird erwartet, dass Führungskräfte die ganze Zeit für ihre Vorgesetzten und Kunden/Kundinnen zur Verfügung stehen;
- müssen Führungskräfte ihre MitarbeiterInnen führen, was Verantwortung und Kontrolle beinhaltet. Kontrolle und Führung wird in der traditionellen westlichen Kultur jedoch mit Anwesenheit gleichgesetzt;
- sehen Führungskräfte sich selbst in einer bestimmten Weise. Es fällt ihnen schwer, Kompetenzen zu delegieren. Als wesentlich gilt, Macht und Status zu erhalten.²²⁴

Führen bedeutet in den Köpfen also noch immer, präsent zu 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 doch. Neujahr-Schwachulla und Bauer weisen darauf hin, dass die Einstellung „Teilzeit ist gleich Abqualifizierung und damit Machtverlust“ und Teilzeit somit „logischerweise nur wenig Interesse an der Arbeit bedeuten“ könne, sich wie ein roter Faden durch alle Ebenen zieht.²²⁵ Demzufolge werden auch männliche Teilzeitbeschäftigte nicht ganz ernst genommen.

Bleibt zu hoffen, dass sich diese Denkweisen ehestmöglich auflösen und die positiven Aspekte von Müttern in Führungspositionen gesehen und auch genutzt werden. Dass es diese positiven Aspekte gibt, belegt unter anderem eine Studie der Bertelsmannstiftung in Deutschland mit dem Titel „Karriere(k)nick 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.“²²⁶

Soweit ein kurzer Blick auf Frauen in Führungspositionen, deren Anteil in den Unternehmensführungsgremien, auf Maßnahmen der EU sowie auf die Situation von Frauen im Hinblick auf Teilzeit. Beleuchten wir nunmehr die Frage, warum Frauen weniger verdienen als Männer und was Frauen daran hindert, auf der Karriereleiter nach oben zu klettern.

220 Ebd., S. 8

221 Neujahr-Schwachulla und Bauer, 1993, S. 61f

222 Deibl, 1993, S. 86ff

223 Ebd., S. 88

224 Innreiter-Moser, et al. 2006, S. 85

225 Neujahr-Schwachulla und Bauer, 1993, S. 63

226 Bertelsmannstiftung, 2006, „Karriere(k)nick Kinder – Wie Unternehmen mit Müttern in Führungspositionen gewinnen“

6.8.2 Einkommensschere und ‚Gläserne Decke‘

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 klapft noch immer weit auseinander. Der Begriff des „Gender Pay Gap“ wurde dabei geprägt.

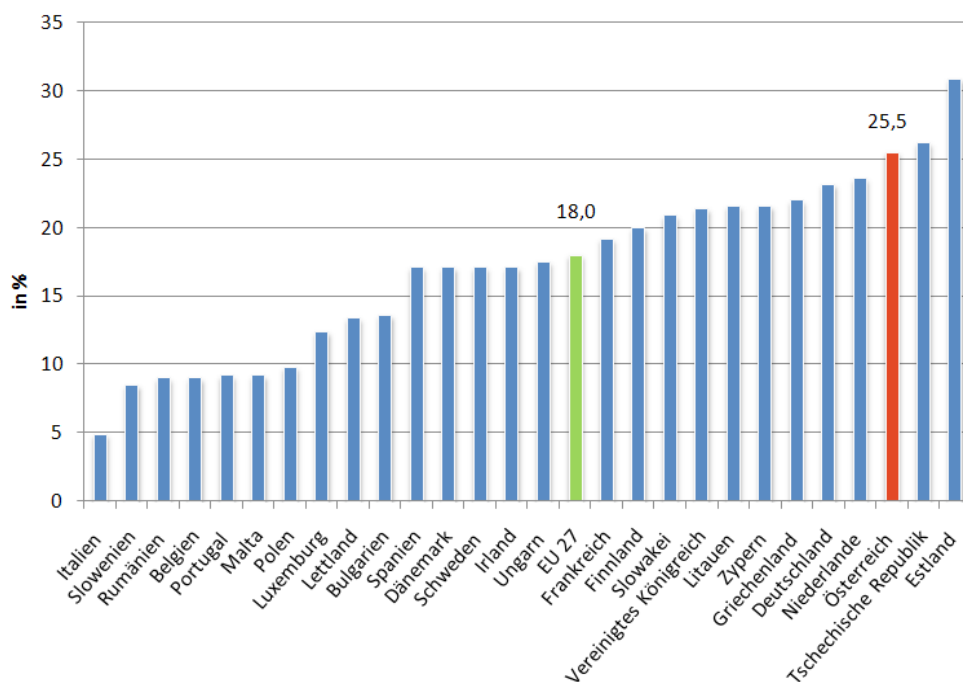
Was ist nun dieser „Gender Pay Gap“?

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.

Für den internationalen Vergleich des „Gender Pay Gap“ werden verschiedene Datenquellen zur Berechnung herangezogen. Die EU ist im Moment darum bemüht, eine Harmonisierung der Berechnungsmethoden zu erreichen.

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.²²⁷

Abbildung 89: 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 laut Biffl der Einkommensunterschied von Frauen und Männern zusätzlich noch durch das Pendeln verstärkt, da Österreich vergleichsweise schwach urbanisiert ist. Nachdem Frauen zumeist aufgrund

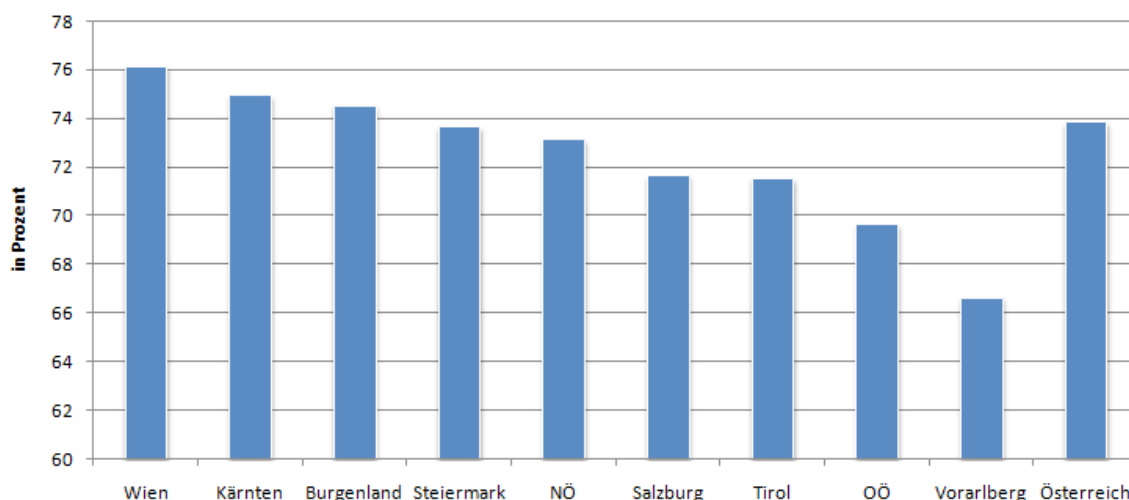
227 Bundeskanzleramt, 2010, Nationaler Aktionsplan Gleichstellung von Frauen und Männern am Arbeitsmarkt, S. 27

von Betreuungspflichten in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, sind sie stärker an den lokalen Arbeitsmarkt gebunden. Daher sind sie öfter als Männer in Klein- und Mittelbetrieben (KMU) beschäftigt, welche durchschnittlich geringere Löhne bezahlen können als Großbetriebe. Daraus ergibt sich ein weiterer Faktor für den Gender Pay Gap.²²⁸

Wie sieht der Gender Pay Gap nach Bundesländern aus?

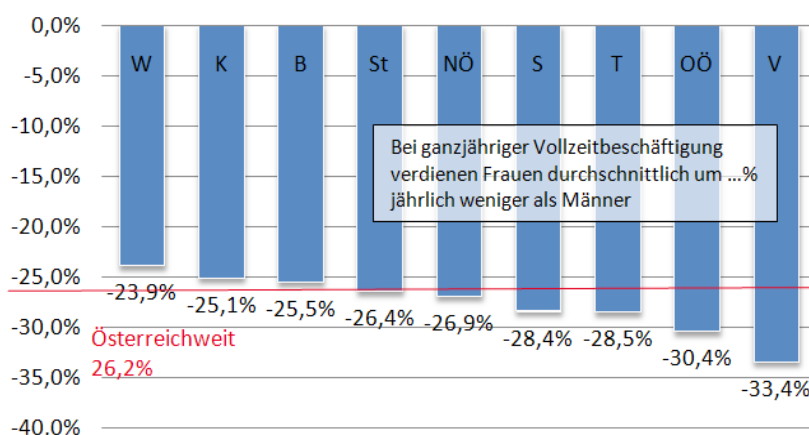
Berechnungen der Arbeiterkammer zeigen ein düsteres Bild. In Vorarlberg ist der sogenannte „Gender Pay Gap“ am höchsten während Wien im Bundesländervergleich am besten abschneidet.²²⁹ Siehe dazu nachstehende Abbildung der durchschnittlichen Bruttojahreseinkommen ganzjährig Vollzeitbeschäftigter.

Abbildung 90: Gender Pay Gap nach Bundesländern, 2007



Quelle: Auswertung Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, WIFO

Abbildung 91: Einkommensnachteil trotz Vollzeit nach Bundesländern, 2007



Quelle: Einkommensnachteil anhand des durchschnittlichen Bruttojahreseinkommens ganzjährig Vollzeitbeschäftigter (Pro-Kopf-Werte), Basis für die regionale Zuordnung ist der Wohnort (nicht Arbeitsort) der/des Lohnsteuerpflichtigen. Statistik Austria, Lohnsteuerstatistik 2007; Berechnungen der AK

Hinsichtlich einer genaueren Betrachtung des Gender Gaps in Österreich wird an dieser Stelle auf den Frauenbericht 2010 verwiesen, welcher neben einer genauen Analyse der Lohn- und Gehaltsunterschiede von Frauen

228 Biffi, 2006

229 Biffi und Leoni, 2006

und Männern auch generell die Einkommenssituation von Frauen unter die Lupe nimmt sowie sämtliche weiteren sozioökonomischen Aspekte beleuchtet.²³⁰

Das Schließen der Einkommensschere sollte in Österreich höchste Priorität haben. Nach der ersten Mahnung der EU-Kommission an Österreich im Jahr 2009 wegen Nicht-Umsetzung des Gleichbehandlungsgesetzes in einigen Bereichen ist nunmehr eine zweite Mahnung der EU erfolgt. Somit befindet sich Österreich eine Stufe vor einer Klage beim Europäischen Gerichtshof (EuGH), sofern keine adäquaten Maßnahmen erfolgen.²³¹

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:²³²

- 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 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 Leitfaden der Kollektivvertragsparteien verankern
- Erstellung eines gemeinsamen Leitfadens der Kollektivvertragspartner, um auf kollektivvertraglicher Ebene das Gleichstellungsziel zu fördern

Soweit lauten also die Maßnahmen zur Verringerung der Einkommensunterschiede zwischen Frauen und Männern in Österreich. Daneben bestehen jedoch noch weitere „Gender Gaps“.

Der „Gender Gap“ – was so viel wie Geschlechterkluft bzw. Kluft zwischen den Geschlechtern bedeutet – zeigt an, wie weit man von einer tatsächlichen Gleichstellung von Frauen und Männern in einem bestimmten Bereich abweicht. Es gibt also neben dem Gender Pay Gap auch weitere errechnete Werte zur Gleichstellung.

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. Dabei fließen Subindizes aus folgenden Bereichen in den Gender Gap Index ein: wirtschaftliche Partizipation und Möglichkeiten, Bildungsstand, politische Vertretung und Gesundheit. 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.²³³

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.

230 Bundeskanzleramt Österreich, 2010, Frauenbericht 2010, S. 191-255

231 Universität Wien, Juridicum Journal, 2010, <http://journal.juridicum.at/?c=143&a=2510>, (dl 25.10.2010)

232 Bundeskanzleramt, 2010, Nationaler Aktionsplan Gleichstellung von Frauen und Männern am Arbeitsmarkt, S.65ff

233 World Economic Forum, 2010, Global Gender Gap Report

Bei den Subindizes erreichen wir folgende Werte:²³⁴

Wirtschaftliche Partizipation und Möglichkeiten	0,595 (Rang 92)
Bildungsstand	0,989 (Rang 75)
Gesundheit	0,979 (Rang 44)
Politische Vertretung	0,274 (Rang 26)

Diese Werte für Österreich zeigen einen hohen Handlungsbedarf, vor allem im Bereich der wirtschaftlichen Gleichstellung.

Insgesamt ist festzuhalten, dass Gleichstellung ein globales Thema ist und laut dem Gender Gap Report 2010 bisher noch kein einziges Land die Gleichstellungslücken völlig schließen konnte. Sogar die nordischen Länder mit Indizes bis hin zu 0,85 haben es noch nicht ganz geschafft.²³⁵

In Bezug auf Frauen in Führungspositionen ist ein Grund für das Nichterreichen von Gleichstellung die „gläserne Decke“. Aber was ist das eigentlich?

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. Nachdem jedoch nicht alle Barrieren in diesem Rahmen behandelt werden können, werden ein paar davon herausgegriffen und neuere Erkenntnisse zur „gläsernen Decke“ beschrieben.

Der Begriff der „glass ceiling“ (bzw. übersetzt der „gläsernen Decke“) stammt aus den 80er-Jahren und beschreibt das Phänomen der unsichtbaren Barriere, welche Frauen davon abhält, Führungspositionen in den obersten Rängen einzunehmen.²³⁶ Die „gläserne Decke“ ist dennoch ein „brandheißes“ Thema und lässt sich bis heute weltweit beobachten. Dies nicht zuletzt deshalb, weil die „gläserne Decke“ auch Auswirkungen auf Organisationen im Hinblick auf Image, Wachstum und Produktivität hat.

Bei den unsichtbaren Barrieren für Frauen kann es sich sowohl um „extrinsische“ als auch um „intrinsische“ Barrieren handeln. Bei den extrinsischen oder auch externalen bzw. äußeren Barrieren wirkt das soziale Umfeld auf die weibliche Führungskraft ein, wohingegen intrinsische oder auch internale bzw. innere Barrieren jene Aufstieghemmnisse sind, die Frauen sich selbst zuschreiben.²³⁷

Den Begriff „glass escalator“ (bzw. übersetzt „gläserner Aufzug“) beschreiben Ryan und Haslam als mit der „gläsernen Decke“ einhergehendes Phänomen, wo Männer durch die organisationalen Reihen hindurch nach oben gezogen werden.²³⁸ Dieses Phänomen tritt vor allem in frauendominierten Berufen auf.²³⁹

Neben der „gläsernen Decke“ und dem „gläsernen Lift“ kommt nach den neuesten Erkenntnissen von Ryan und Haslam auch noch ein drittes Phänomen ins Spiel. Nämlich das des „glass cliff“ (bzw. übersetzt der „gläsernen Klippe“), welches in erster Linie Frauen betrifft, die den Aufstieg geschafft haben und nun in ihrer Führungsposition mit einer „zweiten Welle“ von Diskriminierung („second wave“ of discrimination) konfrontiert sind. Sie befinden sich – eher als Männer – auf einer „gläsernen Klippe“, nämlich insofern, als dass ihre Führungspositionen mit einem höheren Risiko, zu scheitern verbunden sind.²⁴⁰ Bierach und Thorborg erklären dieses Phänomen mit folgenden Worten:

„Frauen kommen häufig dann ans Ruder, wenn ein Unternehmen auf der Kippe steht und die Gefahr des Scheiterns groß ist. Oder 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.“²⁴¹

234 Ebd., S. 64

235 World Economic Forum, 2010, Global Gender Gap Report, S. 8

236 Ryan/Haslam, 2007; Arfken, et al. 2004; Catalyst, 2000; Kanter, 1977; Maume, 2004; Morrison, et al. 1987; Ridgeway, 2001; Singh/Vinnicombe, 2004; Wall Street Journal, 1986

237 Moldaschl, 1999, S. 102ff; Aichhorn, 2004, S. 53ff

238 Ryan/Haslam, 2007

239 Maume, 1999; Williams, 1992

240 Ryan, M./Haslam, 2007

241 Bierach und Thorborg, 2006, S. 193f

Accenture hat im Hinblick auf die „gläserne Decke“ eine Studie mit dem Titel „The Anatomy of the Glass Ceiling – Barriers to Women’s Professional Advancement“ durchgeführt, in welche auch Österreich mit einbezogen wurde. Es wurden fast 600 Führungskräfte – Frauen (48%) und Männer (52%) – in folgenden sechs Ländern befragt: Australien, Deutschland, Großbritannien, Österreich, Philippinen, Schweiz.²⁴²

Die Führungskräfte wurden aufgefordert, Faktoren zu bewerten, die ihren beruflichen Erfolg beeinflusst haben. Die Faktoren wurden in folgende drei Dimensionen gruppiert:

- persönliche Fähigkeiten und Eigenschaften (Karriereplanung, fachliche Kompetenz, Ehrgeiz, Mobilität, Durchsetzungsvermögen)
- Unternehmen (flache Hierarchien, ein unterstützender Vorgesetzter, transparentes Vorgehen bzgl. Beförderungen, gute Integration in interne Netzwerke, maßgeschneiderte Trainingsprogramme)
- Gesellschaft (gleiche Rechte, Förderprogramme, gleiche Karrierechancen, staatliche Unterstützung der Elternzeit, männliche Dominanz bei Entscheidungsfindungen).

Über die Unterschiede in den männlichen und weiblichen Antworten wurde die „Dicke“ der gläsernen Decke berechnet. Eine große Differenz weist auf eine verhältnismäßig dicke Glasdecke in Bezug auf den entsprechenden Faktor hin (0 = keine existierende „gläserne Decke“, 6 = maximale Dicke der „gläsernen Decke“).

Das Ranking bei den einzelnen Dimensionen nach Ländern zeigt nachfolgende Tabelle:

Tabelle 78: Gläserne Decke – Länderranking

individuelle Dimension		Unternehmensdimension		gesellschaftliche Dimension	
Land	Wert	Land	Wert	Land	Wert
Großbritannien	2,6	Schweiz	3,0	Philippinen	2,8
Australien	2,8	Australien	3,2	Australien	4,2
Österreich	3,2	Deutschland	3,4	Österreich	4,2
Deutschland	3,4	Großbritannien	3,6	Schweiz	4,2
Philippinen	3,4	Philippinen	3,8	Deutschland	4,8
Schweiz	3,8	Österreich	4,8	Großbritannien	5,0

Quelle: Accenture, 2006

Die größte Dicke der „gläsernen Decke“ in Österreich findet sich in der Unternehmensdimension. Es bedarf also einer verstärkten Sensibilisierung auf Unternehmensebene. „Overall, the main area of focus to minimize the glass ceiling in Austria should be the corporate world“.²⁴³

Bei der Beschreibung des Länderprofils zu Österreich heißt es in der Studie weiters, dass in Österreich die Barrieren für den Aufstieg weiblicher Führungskräfte substantieller sind als in den anderen untersuchten Ländern! Sogar Frauen, welche in Krisensituationen professionelles Management zeigten, haben nicht dieselbe Karriereentwicklung wie ihre männlichen Kollegen - und dies trotz der Tatsache, dass Frauen häufiger herangezogen werden, um kritische Situationen zu meistern. Dieses Studienergebnis enthält meines Erachtens auch Indizien dafür, dass in Österreich auch das Phänomen der „gläsernen Klippe“ auftritt, welches weiter oben beschrieben wird. Wie der Effekt der „gläsernen Klippe“ in Österreich aufgrund der Krise aussieht, werden wir in den kommenden Jahren beobachten können.

242 Accenture, 2006, „The Anatomy of the Glass Ceiling – Barriers to Women’s Professional Advancement“
 243 Accenture, 2006, S. 12

Osterloh und Littmann-Wernli befinden, dass stereotype Verhaltenserwartungen die „gläserne Decke“ auf zwei Arten beeinflussen. Einerseits unterstützen sie die statistische Diskriminierung und 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.²⁴⁴

Um den Frauen den Aufstieg in Führungspositionen zu erleichtern, wurde auch im Nationalen Aktionsplan Gleichstellung von Frauen und Männern am Arbeitsmarkt ein Paket von 13 Maßnahmen geschnürt (Maßnahmen 33-45). Die Maßnahmen lauten wie folgt:²⁴⁵

- Sichtbarmachen qualifizierter Frauen für Aufsichtsratsfunktionen; Einrichtung einer Datenbank mit Kandidatinnen
- (Stufenweise) Erhöhung des Frauenanteils in den Aufsichtsgremien großer Kapitalgesellschaften und Unternehmen des Bundes. Selbstverpflichtung der Kapitalgesellschaften und Unternehmen in öffentlicher Hand, einen Frauenanteil von 25% bis 2013 und 40% bis 2018 in den jeweiligen Aufsichtsräten zu erreichen
- Erhöhung des Frauenanteils in Aufsichtsräten. Evaluierung der seit 01.01.2009 bestehenden Empfehlung des Corporate Governance Kodex betreffend Vertretung beider Geschlechter in Aufsichtsräten
- Festlegen von Zielwerten für Führungspositionen an Universitäten in den Leistungsvereinbarungen (siehe dazu auch Kapitel `Frauen an Universitäten`)
- Qualifizierte Teilzeit, Führung in Teilzeit (für beide Geschlechter) ermöglichen
- Informations-, Beratungs- und Schulungsmaßnahmen für kleine und mittlere Unternehmen (KMU) zum Thema Frauen in Führungspositionen entwickeln und anbieten
- Schaffung einer überbetrieblichen Führungskräfteakademie mit Schwerpunkt Frauenförderung
- Untersuchung der Effektivität des Bundes-Gleichbehandlungsgesetzes (B-GIBG) und dessen Anwendung durch die einzelnen Ressorts
- Auswahlkriterien für Führungspositionen und Indikatoren für Genderkompetenz von Männern und Frauen weiterentwickeln und standardisieren
- Weiteres Anheben der Frauenquote beim Personal des Bundes im B-GIBG sowie Ausweitung des Anwendungsbereiches auf den außeruniversitären Forschungsbereich wie beispielsweise Österreichische Akademie der Wissenschaften (ÖAW)
- Frauenförderpläne: Mindestinhalte im B-GIBG normieren, Frauenförderungspläne in den Ausgliederungsgesetzen staatsnaher/ausgegliederter Betriebe vorsehen, Evaluierung der Umsetzung an den Universitäten
- Führung in Teilzeit im Bundesdienst
- Motivation und Weiterqualifizierung von Frauen für die Übernahme von Führungspositionen

6.8.3 Frauen und Politik

Die gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern an Entscheidungspositionen steht für die politische Reife einer Gesellschaft. Darüber hinaus können wir, wenn wir an die Werte der Demokratie glauben, nicht die halbe Bevölkerung aus Entscheidungsstrukturen ausschließen.

Tatsache ist jedoch, dass Frauen in Österreich sowie in den meisten EU-Mitgliedstaaten und in den EU-Institutionen auf allen Entscheidungsebenen noch immer unterrepräsentiert sind und in diesem Bereich nur unzureichende Fortschritte erzielt worden sind. Daher ist ein strategischeres Vorgehen notwendig, um Verbesserungen zu erreichen. Dabei sind alle Interessengruppen einzubeziehen.

Der Anteil von Frauen in der österreichischen Politik ist vor allem auch im internationalen Vergleich bescheiden gering. Laut IPU Inter-Parliamentary Union - der internationalen Organisation der Parlamente - liegt

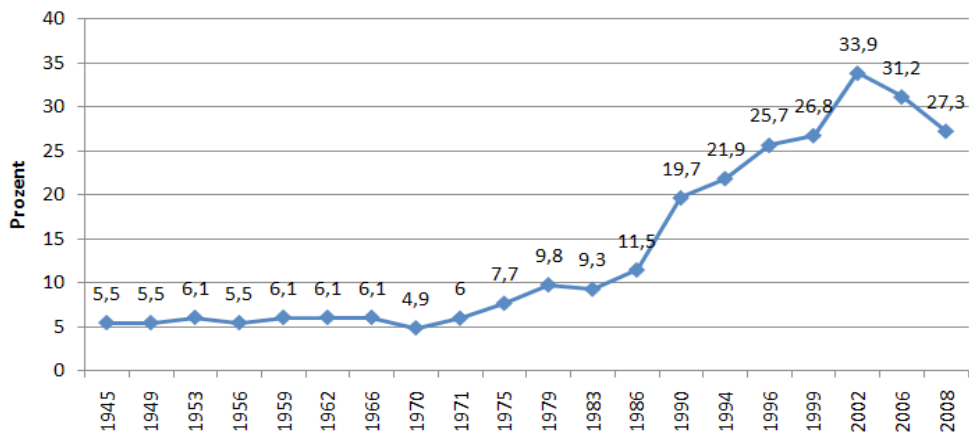
244 Osterloh und Littmann-Wernli, S. 2002, S. 262

245 Bundeskanzleramt, 2010, Nationaler Aktionsplan Gleichstellung von Frauen und Männern am Arbeitsmarkt, S. 60ff

Österreich mit einem Frauenanteil im Nationalrat von 27,9% per 30. September 2010 auf Platz 29 zwischen Trinidad/Tobago und Äthiopien.²⁴⁶

Von den 183 Abgeordneten des Nationalrats sind derzeit 51 Frauen (27,87%; Stand: 30.06.2010). Betrachtet man die Entwicklung des Frauenanteils im Nationalrat im Zeitverlauf (Stichtag ist der Beginn der jeweiligen Gesetzgebungsperiode), so zeigt sich, dass die 10%-Marke erst im Jahr 1986 erreicht wurde. Den höchsten Frauenanteil gab es im Jahr 2002 mit 33,9%. Bedenklich ist, dass die Anzahl an Frauen seither wieder rückläufig ist.

Abbildung 92: Anteil weiblicher Nationalratsabgeordneter seit 1945



Quelle: Republik Österreich, Parlament, <http://www.parlament.gv.at/WW/NR/STAT/FRAU/ENTW/entwfrauenanteil.shtml>, (dl 01.09.2010)

Der Frauenanteil der einzelnen Parteien im Parlament ist – wie nachstehende Tabelle zeigt – sehr unterschiedlich. Die Grünen weisen einen Frauenanteil von 50% auf, da sie neben der Forderung nach Quoten in bestimmten Bereichen auch selbst auf eine fixe Frauenquote setzen. Die SPÖ hat eine 40%-Quote in den Statuten verankert, der Frauenanteil liegt jedoch mit 36,84% unter diesem Zielwert. Die ÖVP bekennt sich in ihrem Grundsatzprogramm zu einem Frauenanteil von einem Drittel für öffentliche Mandate. Mit 23,53% Frauenanteil weicht auch sie von ihrem Ziel ab. FPÖ und BZÖ sind mit 17,65% bzw. 11,76% weit entfernt von einer Geschlechterdemokratie.

Tabelle 79: Frauenanteil im Parlament nach Parteien

Klub	Anzahl Mandate	davon Frauen	%
SPÖ	57	21	36,84
ÖVP	51	12	23,53
FPÖ	34	6	17,65
GRÜNE	20	10	50,00
BZÖ	17	2	11,76
OK	4	0	0,00

Quelle: Republik Österreich, Parlament, <http://www.parlament.gv.at/WW/NR/STAT/FRAU/frauenanteil.shtml>, (dl 30.06.2010)

246 IPU Inter-Parliamentary Union, 2010, <http://www.ipu.org/wmn-e/classif.htm>, (dl 30.09.2010)

Der Frauenanteil unter den österreichischen Abgeordneten im Europäischen Parlament hingegen betrug im Jahr 2009 erfreuliche 41% und liegt somit über dem EU-Durchschnitt. 7 von den 17 EU-Abgeordneten sind Frauen.²⁴⁷

Im Hinblick auf die österreichische Bundesregierung unter Kanzler Faymann sind von den gegenwärtig insgesamt 17 Regierungsmitgliedern 7 weiblich. So gibt es 6 Ministerinnen und 7 Minister sowie 1 Staatssekretärin und 3 Staatssekretäre. Die Ressortverteilung zeigt, dass Frauen nicht mehr nur auf soziokulturelle Aufgaben festgelegt sind, sondern beispielsweise auch das Justizressort bekleiden.²⁴⁸

Die Repräsentanz von Frauen in den Landesregierungen, als Landeshauptleute, als LandesrätInnen, in den Landtagen und als BürgermeisterInnen ist nach wie vor geringer als jene der Männer. In den Landesregierungen reichen die Frauenanteile von 11,1% in Oberösterreich bis 50% in Wien und in den Landtagen von 17,8% in Niederösterreich bis 41% in Wien. Aktuell gibt es nur eine Landeshauptfrau: Gabi Burgstaller in Salzburg. An den Spitzen der Gemeinden befinden sich von insgesamt 2.357 Positionen nur 94 in weiblicher Hand, was einem Frauenanteil von 4% entspricht.

Die Spitzenfunktionen in den großen Dachverbänden der ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen blieben ebenso weitgehend männlich besetzt, und die Präsenz von Frauen in den Führungsgremien von Gewerkschaftsbund, Arbeiterkammer, Wirtschaftskammer und Industriellenvereinigung ist ebenfalls gering.²⁴⁹

Bezüglich der genauen Situation von Frauen in den Parteien und Interessensvertretungen sowie zum Wahlverhalten, zu den Spitzenpositionen im öffentlichen Dienst und dergleichen verweise ich auf die fundierte Darstellung im Frauenbericht 2010, Teil I: Statistische Analysen zur Entwicklung der Situation von Frauen in Österreich, Kapitel 8 – Repräsentation und Partizipation von Frauen in Politik und Wirtschaft.²⁵⁰

Insgesamt betrachtet zeigt sich auch im Feld der Politik, dass wir von einer gleichberechtigten Teilhabe von Frauen und Männern bzw. von einer Geschlechterdemokratie noch weit entfernt sind.

Eine Geschlechterdemokratie ist nach Gomáriz und Meentzen - neben Gleichstellung und Empowerment, die auf die Selbstkompetenz der Frauen abzielt - eine der drei wesentlichen Strategien einer Geschlechterpolitik. Dieser Ansatz ist noch sehr jung. Er ist aus der Erkenntnis entstanden, dass in puncto Gleichstellung nichts erreicht wird, wenn sich nicht auch die Männer verändern. Der Begriff der Geschlechterdemokratie weist auf die Beteiligung aller hin – also auf Frauen und Männer.²⁵¹ Doblhofer und Küng unterstreichen dies: „Geschlechterdemokratie verlangt, dass Frauen und Männer sich gleichermaßen am öffentlichen und politischen Leben beteiligen“.²⁵²

Laut Braun kann nach systemischem Organisationsverständnis Geschlechterdemokratie weder erzwungen noch instrumentell (über Kontrollmechanismen und Sanktionen) realisiert werden. Eine Verwirklichung kann nur im kommunikativen Prozess erfolgen. Es bedarf also eines Geschlechterdialogs, welcher auch die Beziehung zwischen den Geschlechtern berücksichtigt.²⁵³

Gomáriz und Meentzen verdeutlichen weiter: „Es bedeutet, dass Maßnahmen und Politikansätze für die Geschlechtergerechtigkeit nicht mehr nur auf Frauen, sondern auch auf Männer, vor allem aber auf die Beziehungen zwischen den Geschlechtern gerichtet ist“.²⁵⁴

In der Folge bedeutet dies auch eine Änderung unserer Strukturen sowie eine Neubewertung von Arbeit. Döge sagt, dass im Zentrum jeder geschlechterdemokratischen Politik der Umbau der Arbeitsstrukturen und des Arbeitsmarktes steht. Betreuungs- und Erwerbsarbeit gehören neu gewichtet. Damit einher geht die Forderung

247 Bundeskanzleramt Österreich, 2010, Frauenbericht 2010, S. 358

248 lt. Homepage Bundeskanzleramt, Stand 26. Jänner 2010

249 Bundeskanzleramt Österreich, 2010, Frauenbericht 2010

250 Ebd.

251 Gomáriz, E. und Meentzen, 2003, S. 71

252 Doblhofer und Küng, 2008, S. 24

253 Braun, 2003, S. 11

254 Gomáriz und Meentzen, 2003, S. 82

nach Anerkennung von Haus-, Familien- und Betreuungsarbeit als gesellschaftlich nützliche Arbeit. Auch die dort erworbenen Fähigkeiten gehören als berufsrelevante Qualifikationen anerkannt.²⁵⁵

Eine tatsächliche Gleichstellung zwischen Frauen und Männern kann nur entstehen, wenn Frauen auch in leitenden Positionen in allen gesellschaftlichen Bereichen und Ebenen ausreichend vertreten sind. Nur dann ist nämlich sichergestellt, dass die getroffenen Entscheidungen sich gleichermaßen auf Frauen und Männer auswirken.

6.8.4 Frauen an Universitäten

Wie im Kapitel zur universitären Bildung bereits erörtert wurde, haben Frauen die Männer in manchen Studienrichtungen bereits überholt. Was jedoch die Geschlechterverteilung beim Personal an den Universitäten bzw. nach Funktionen in Österreich betrifft, so herrscht nach wie vor ein großes Ungleichgewicht zugunsten der Männer. So gab es mit Stichtag 31.12.2009 keine einzige Rektorin an den öffentlichen österreichischen Universitäten. Bei den Privatuniversitäten gibt es immerhin an 3 von 13 Institutionen Frauen an der Spitze. Den Vorsitz der Österreichischen Privatuniversitätenkonferenz (ÖPUK) hat eine Frau inne.²⁵⁶

Eine aktuelle Abfrage zu den Universitätsfunktionen nach Geschlecht auf uni:data mit Stichtag 31.12.2009 zeigt folgendes Bild:²⁵⁷

Tabelle 80: Universitätsfunktionen nach Geschlecht (Wintersemester 2009, Stichtag 31.12.09)

Funktion	bereinigte Kopffzahlen			Frauen-/Männeranteile in %		
	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt
RektorIn	-	22	22	-	100,0	100,0
VizeRektorIn	24	47	71	33,8	66,2	100,0
Vorsitzende/r des Senats	4	16	20	20,0	80,0	100,0
Organ für studienrechtliche Angelegenheiten	7	44	51	13,7	86,3	100,0
LeiterIn OrgEinheit Lehre/ Forschung/EEK	152	788	940	16,2	83,8	100,0
LeiterIn OrgEinheit ungleich Lehre/Forschung/EEK	209	237	446	46,9	53,1	100,0

Quelle: Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, 2010, uni-data

Besonders interessant ist auch die Darstellung der Verlustraten von Frauen entlang der universitären Karrierestufen von unten nach oben – die sogenannte „Leaky Pipeline“ – welche im Rahmen des Gender Monitoring erhoben wird. Sie zeigt, dass von den anfangs mehr weiblichen Studierenden über die Erst- und Zweitabschlüsse, von den AssistentInnen bis hin zu den DozentInnen und ProfessorInnen beständig Frauen aus dem System „abfließen“ (siehe dazu nachstehende Tabelle und Abbildung).²⁵⁸

255 Döge, 2003, S. 94

256 Recherche über www.privatuniversitaeten.at und den Homepages der jeweiligen Privatuniversität

257 Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, 2010, uni:data, Datawarehouse Hochschulbereich www.bmwf.gv.at/unidata, (dl 02.08.2010)

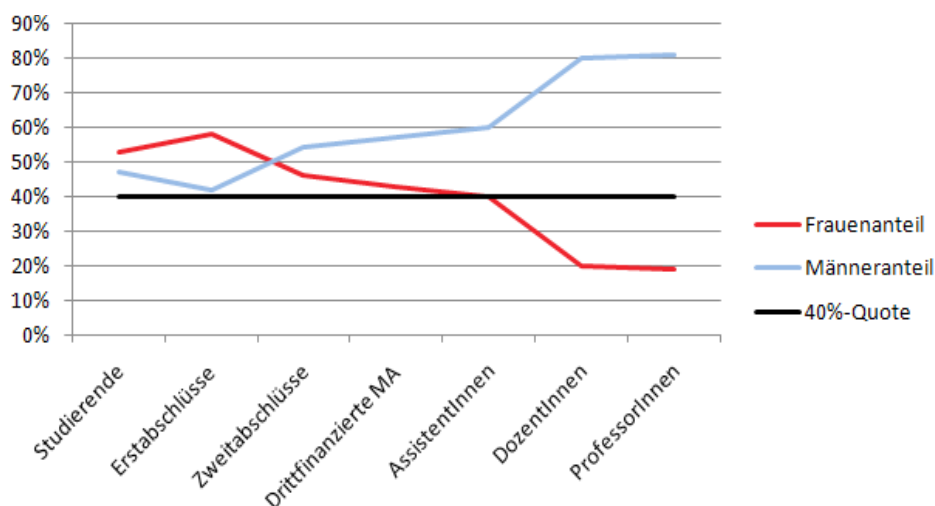
258 Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, 2010, uni:data, Datawarehouse Hochschulbereich www.bmwf.gv.at/unidata, (dl 02.08.2010)

Tabelle 81: Universitäre Karrierestufen nach Geschlecht von unten nach oben, 2009

Universität: Insgesamt (bereinigt)	Frauen- anteil in %	Männer- anteil in %
Studierende	53,4	46,6
Erstabschlüsse	57,6	42,4
Zweitabschlüsse	46,6	53,4
Drittfinanzierte MA	44,3	55,7
AssistentInnen	40,6	59,4
DozentInnen	20,7	79,3
ProfessorInnen	18,7	81,3

Quelle: Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung 2010, uni-data

Abbildung 93: „Leaky Pipeline“ - Verlustraten von Frauen entlang der universitären Karrierestufen von unten nach oben



Quelle: Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung 2010, uni-data

Wesentliche Schritte für eine wissenschaftliche Laufbahn stellen Studienabschluss und Promotion dar. Gerade bei den postgradualen Doktoraten (d.h. bei den Doktoraten, die abgelegt werden, nachdem bereits ein Studienabschluss absolviert wurde) beginnt sozusagen die „gläserne Decke“ für Frauen. Hier sind nach wie vor Männer überrepräsentiert, und der Frauenanteil beträgt für 2006/2007 lt. Statistik Austria 42,3%. Bei den Habilitationen liegt die Frauenquote laut Frauenbericht 2010 bei lediglich 27,4%.²⁵⁹

Um den Frauen bei der Grundsteinlegung für eine wissenschaftliche Karriere zu helfen, erwähne ich beispielhaft eine oberösterreichische Initiative, welche 20 Laufbahnstellen (Post-Doc) für Wissenschaftlerinnen an der Johannes Kepler Universität Linz erreicht hat. Während einer befristeten Anstellung an der Universität bzw. an Forschungsinstituten und der Mitarbeit an Forschungsprojekten wird den WissenschaftlerInnen die Möglichkeit gegeben, sich zu habilitieren.

Der Anteil an Frauen bei den Professuren ist in den letzten Jahren minimal gestiegen. Die Gründe dafür sind vielfältig und auch Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. Sie reichen von strukturellen und informellen Mustern, welche die männliche Hierarchiedominanz unterstützen, bis hin zur Vereinbarkeitsproblematik und zu Stereotypen. Im Wesentlichen sind es dieselben Gründe, welche auch den Aufstieg von Frauen in der Wirtschaft und Politik behindern.

Der Glasdecken-Index in nachstehender Tabelle zeigt eine geringfügige Verbesserung, wobei ein Wert von 1 bedeutet, dass die Aufstiegschancen von Frauen und Männern auf Professuren gleich sind; je niedriger der Wert ist, desto geringer sind diese Chancen und desto „dicker“ ist die gläserne Decke laut uni:data, 2010.²⁶⁰

Tabelle 82: Glasdecken-Index (2005 - 2009)

Universität: Insgesamt (bereinigt)	Jahr	2009	2008	2007	2006	2005
	Stichtag	31.12.09	31.12.08	31.12.07	31.12.06	15.10.05
ProfessorInnen - gesamt (VZÄ)		2.006,8	1.974,2	1.985,9	1.966,0	1.999,1
ProfessorInnen - Frauen (VZÄ)		355,4	317,3	303,8	289,6	285,6
ProfessorInnen - Frauenanteil in %		17,7%	16,1%	15,3%	14,7%	14,3%
Wiss. & künst. Personal - gesamt (VZÄ)		11.699,2	11.634,8	11.393,6	11.333,0	11.284,1
Wiss. & künst. Personal - Frauen (VZÄ)		3.771,2	3.660,1	3.450,9	3.339,7	3.222,3
Wiss. & künst. Personal - Frauenanteil in %		32,2%	31,5%	30,3%	29,5%	28,6%
Glasdecken-Index		0,55	0,51	0,50	0,50	0,50

Quelle: Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung 2010, uni-data (VZÄ = Vollzeitäquivalent)

Zur Durchsetzung und Kontrolle von Gleichstellungsanliegen, zur Frauenförderung sowie zur Geschlechterforschung wurden spezielle Institutionen an den Universitäten eingerichtet. Das Universitätsgesetz 2002, welches mit 1. Jänner 2004 vollständig in Kraft gesetzt und 2009 novelliert wurde, sieht an jeder Universität einen Arbeitskreis für Gleichbehandlungsfragen, eine Schiedskommission sowie eine Koordinationsstelle für Frauen- und Geschlechterforschung vor. Von diesen Institutionen und durch weitere Initiativen wurde bereits eine Vielzahl an unterschiedlichen Maßnahmen entwickelt und durchgeführt. So werden Mentoring- und Coachingprogramme angeboten, Preise und Stipendien vergeben, flexible Kinderbetreuung gewährleistet, Leitfäden erarbeitet, Frauenringvorlesungen abgehalten und die genderspezifische Lehre und Forschung ausgebaut. Nähere Informationen dazu sowie generell zur Situation von Frauen an Universitäten liefert der Universitätsbericht 2008 des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung.²⁶¹

Seit der Novelle 2009 ist laut Universitätsgesetz für ab 1. Oktober 2009 neu zu konstituierende Uni-Gremien eine 40%-Quote für Frauen für Universitätsräte, Rektorate sowie für die vom Senat eingesetzten Kommissionen vorgesehen. Für die Senatswahlen gilt, dass nur die wahlwerbenden Gruppen mindestens 40% Frauen auf ihren Listen haben müssen (Universitätsgesetz 2002). Ein erster Erfolg seit Einführung dieser Gesetzesänderung ist, dass der Anteil der Frauen in den Senaten insgesamt gestiegen ist und an 15 von 21 Universitäten nun mehr Frauen in den Senaten sitzen als in der vorherigen Amtsperiode. Laut einer aktuellen Recherche des Standard erreicht jedoch nur rund ein Drittel der Universitäten die 40%-Quote. So kommt die Akademie der Bildenden Künste mit 62% auf den höchsten Anteil, gefolgt von der Kunst-Uni Linz mit 56%, der Medizin-Uni Wien und

260 Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, 2010, uni:data, Datawarehouse Hochschulbereich, www.bmwf.gv.at/unidata, (dl 02.08.2010)

261 Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, 2008, Universitätsbericht, 2008

der Uni Salzburg mit je 54% und der Uni Wien mit 50%. Über den geforderten 40% liegen weiters die Uni Linz mit 46% sowie die Musik-Uni Graz und die Veterinärmedizinische Universität mit je 44%. Die niedrigste Frauen-Quote gibt es an der Montan-Uni Leoben mit 12%, gefolgt von der Uni Graz und der Technischen Universität (TU) Graz mit je 23% sowie an der TU Wien mit 27%. Die höchste Steigerung fand an der TU Wien statt, welche den Frauenanteil verdoppelte.²⁶²

Im Nationalen Aktionsplan „Gleichstellung von Frauen und Männern am Arbeitsmarkt“ sind bei den festgelegten Maßnahmen für mehr Frauen in Führungspositionen zwei Maßnahmen enthalten, welche auf die Situation von Frauen an den Universitäten abzielen. So beschreibt Maßnahme Nr. 36 die Festlegung von Zielwerten für Führungspositionen an Universitäten in den Leistungsvereinbarungen für Bestellungs- bzw. Berufungsverfahren (Rektorinnen, Leiterinnen von Organisationseinheiten), für Karriereentwicklungspläne sowie den Ausbau des Gender-Monitoring (Berufungen, Einkommensunterschiede, Karrierepfade). Maßnahme Nr. 43 sieht eine Evaluierung der Umsetzung der Frauenförderungspläne an Universitäten vor. Mit beiden Maßnahmen wird 2011 gestartet.²⁶³

6.9.1 Geschlechtsverteilung innerhalb der Fachdisziplinen der Medizin

Mag.^a Martha Scholz, Soziologin, Frauengesundheitszentrum Wels, PGA

Das Geschlechterverhältnis ist im Bereich der Gesundheitsberufe in Österreich nicht sehr ausgewogen. Im Bereich der berufsausübenden ÄrztInnen finden sich 42,9% Frauen im Jahr 2008 (35,2% im Jahr 1998; dies entspricht einer Steigerung um 38,8% innerhalb der letzten zehn Jahre). Im Bereich des nichtärztlichen Personals in Krankenanstalten, der Diplomierten und Allgemeinen Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, der Medizinisch-technischen Dienste u.a. beträgt der Frauenanteil jeweils über 80%. Im Bereich der Kinder- und JugendlichenpflegerInnen sowie der Hebammen kann man von ausschließlich weiblichem Personal sprechen. In diesen Gesundheitsberufen ist eine auffällige prozentuelle Veränderung innerhalb des Betrachtungszeitraums von 10 Jahren nicht festzustellen.²⁶⁴

Tabelle 83: Personal im Gesundheitswesen 1998 und 2008

	1998			2008			Veränderungen 1998-2008 in %			Frauenanteil %	
	Gesamt	Frauen	Männer	G	F	M	G	F	M	1998	2008
StudentInnen an Medizinischen Universitäten											
StudienanfängerInnen	2.121	1.376	745	1.066	508	558	-49,7	-63,1	-25,1	64,9	47,7
Studierende	19.989	11.178	8.811	15.765	8.694	7.071	-21,1	-22,2	-19,7	55,9	55,1
AbsolventInnen	1.271	681	590	1.976	1.217	759	55,5	78,7	28,6	53,6	61,6
Berufsausübende											
ÄrztInnen ¹⁾	33.587	11.833	21.754	38.313	16.419	21.894	14,1	38,8	0,6	35,2	42,9
AllgemeinmedizinerInnen	10.867	4.302	6.565	12.735	6.421	6.314	17,2	49,3	-3,8	39,6	50,4
FachärztInnen	13.549	3.390	10.159	18.832	5.939	12.893	39,0	75,2	26,9	25,0	31,5

262 Standard, 2010, 40%-Frauenquote wirkt nicht in allen Uni-Senaten – Artikel vom 6.10.2010

263 Bundeskanzleramt, 2010, Nationaler Aktionsplan Gleichstellung von Frauen und Männern am Arbeitsmarkt, S. 61 und 64

264 Statistik Austria, 2009, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008

	1998			2008			Veränderungen 1998-2008 in %			Frauenanteil %	
	Gesamt	Frauen	Männer	G	F	M	G	F	M	1998	2008
ÄrztInnen in Krankenanstalten	16.317	-	-	21.103	-	-	29,3	-	-	-	-
Nichtärztliches Personal in Krankenanstalten	72.149	60.454	11.695	81.261	67.650	13.611	12,6	11,9	16,4	83,8	83,3
Dipl. Gesundheits-/KrankenpflegerInnen	43.766	38.738	5.028	52.924	45.812	7.112	20,9	18,3	41,4	88,5	86,6
Allgemeine GKP	37.007	33.376	3.631	45.707	39.909	5.798	23,5	19,6	59,7	90,2	87,3
Kinder- und Jugendlichen-PflegerInnen	3.620	3.597	23	3.844	3.781	45	6,2	5,1	95,7	99,4	98,4
Psychiatrische GKP	3.139	1.765	1.374	3.303	2.101	1.202	5,2	19,0	-12,5	56,2	63,6
MTA	10.233	9.075	1.158	13.278	11.335	1.943	29,8	24,9	67,8	88,7	85,4
PflegehelferInnen, Sanitäts-HilfsdienerInnen	16.767	11.258	5.509	13.786	9.230	4.556	-17,8	-18,0	-17,3	67,1	67,0
Hebammen	1.383	1.383	-	1.273	1.273	-	-8,0	-8,0	-	100	100

Quelle: Statistik Austria 2009, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, S. 71; 1) ohne ZahnärztInnen, einschließlich ÄrztInnen in Ausbildung

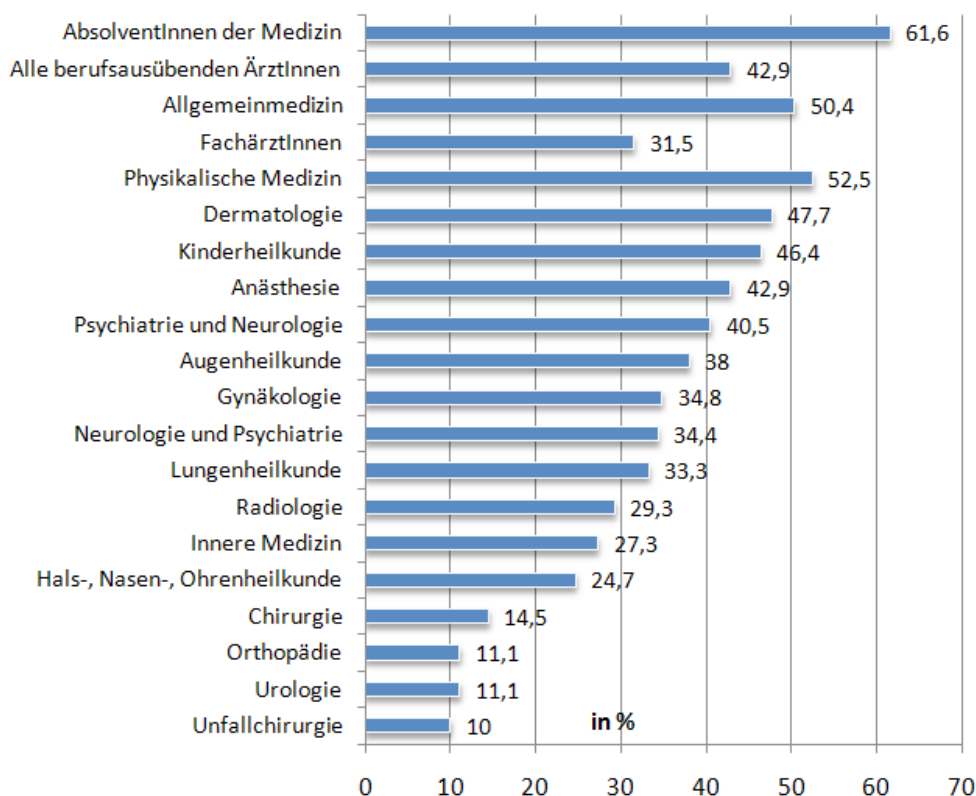
Deutliche Unterschiede im Bereich der Geschlechtsverteilung bei MedizinerInnen innerhalb einzelner Fachdisziplinen zeigt das Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008. Trotz einem Anteil von 61,6% Absolventinnen des Medizinstudiums ergibt die Aufschlüsselung nach Geschlecht im Bereich der FachärztInnen einen Anteil von 31,5% Frauen im Jahr 2008. So weisen zum Beispiel die Unfallchirurgie 10% (7,2% im Jahr 2004²⁶⁵), die Urologie und Orthopädie 11,1% und die Allgemeine Chirurgie 14,5% (2004: 12,5%) Frauenanteil auf; hohe Frauenanteile wiederum zeigen die Fächer Physikalische Medizin 52,5% (2004: 55,4%), Dermatologie 47,7% und Kinderheilkunde 46,4% (43,7% im Jahr 2004). Der Bereich der Psychiatrie verzeichnete im Jahr 2004 einen Frauenanteil von 50,4% und reduzierte sich in den darauf folgenden Jahren bis 2008 auf 40,5%.

Im Fachbereich Gynäkologie liegt der Frauenanteil bei 34,8% und ist somit zum Vergleichsjahr 2004 mit damals 29,0% gestiegen.²⁶⁶

265 Vergleichsdaten des Österreichischen Frauengesundheitsbericht 2005/2006

266 Statistik Austria, 2009, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008

Abbildung 94: Frauen in der Medizin, 2008



Quelle: Statistik Austria 2009, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, S. 72 / Österreichische Ärztekammer, Standesmeldungen

Laut einer Pressemeldung der Österreichischen Ärztekammer vom 15.01.2010 „sind von den 14.132 Spitalsärzten 6.861 Frauen. Damit ist knapp die Hälfte der Spitalsärzteschaft weiblich, jedoch ist nur jede Zehnte davon eine Primaria. Wenig Frauen gibt es vor allem in den operativen Fächern.“ Allerdings ist auch der Frauenanteil in den Führungsgremien der Österreichischen Ärztekammer sehr gering. Eine einzige Frau besetzt eine höhere Position und das auch nur als Vertreterin der Turnusärzte/Turnusärztinnen.²⁶⁷

6.9.1.1 Tiroler Ärztinnenstudie 2002 – Was ist seither geschehen? Wo stehen wir 2010?

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Margarethe Hochleitner, Hochschullehrerin, Frauengesundheitszentrum an den Universitätskliniken Innsbruck, Medizinische Universität Innsbruck

An den Universitätskliniken Innsbruck wurde im Jahr 2002 eine Fragebogenaktion mit allen dort beschäftigten Ärztinnen durchgeführt.²⁶⁸ Das Ziel der Studie war es, eine Selbsteinschätzung der betroffenen Frauen bezüglich ihrer beruflichen Probleme und Karrierehindernisse sowie deren Lösungsmöglichkeiten zu erfragen. Es wurden 352 damals beschäftigte Ärztinnen angeschrieben, 271 Fragebögen wurden retourniert (77,0%). Nur ein Drittel der Ärztinnen gibt positive Aufstiegsmöglichkeiten (8,9% „sehr“, 28,0% „eher“) an.²⁶⁹ Ein unbefristetes Dienstverhältnis scheint, abgesehen von wenigen Einzelfällen, zumindest für die meisten der befragten Frauen die einzig erreichbare Karriere zu sein. Auch dieses bescheidene Ziel hat aber nur ein Viertel (24,4%) der Ärztinnen erreicht. Neben dem generellen Problem, dass die Lebensentwürfe der Ärztinnen nicht mit dem tradierten Wissenschaftsanspruch korrelieren und Freizeitforschung nachts, an Wochenenden und im Urlaub

267 Österreichische Ärztekammer, <http://www.aerztekammer.at/print.php?type=module&aid=xhtml&id=00000000020100115111111>, (dl 28.01.2011)

268 Hochleitner, 2003, S. 259

269 Nonnemaker, 2000, S. 342: 399-405

stattfindet, stehen Frauen häufig vor der Notwendigkeit, sich zwischen Kindern und Wissenschaft entscheiden zu müssen.²⁷⁰ Hier finden wir eine hohe Diskrepanz zwischen dem Kinderwunsch und der tatsächlichen Zahl an Kindern. Mehr als die Hälfte (54,2%) hat keine Kinder, aber nur jede 10. will keine Kinder (10,3%). Die Frage nach der Zukunftsplanung ergibt einen großen Sinn für Realitäten. Die Hälfte der Ärztinnen sieht ihre Zukunft im Krankenhaus (49,4%), ein Viertel (23,3%) in einer eigenen Praxis. Wie die Antworten auf die Frage „Wo wollen Sie in 10 Jahren sein?“ zeigen, scheint die „Karrierehoffnung“ darin zu bestehen, Oberärztin im Krankenhaus zu sein. Nicht eine einzige Ärztin gibt ein Primariat oder eine Professur an. Dies sagt wohl alles über die Personalentwicklungs-Angebote für Frauen.²⁷¹ Die Wünsche der Ärztinnen an ihre Dienstgeber sind sehr bescheiden. Der Hauptwunsch aller Ärztinnen ist der nach flexibler Arbeitszeit. Dies wird nicht ausschließlich im Hinblick auf Kinderbetreuung formuliert (obwohl diese ohne Frage ein Leitmotiv darstellt); darüber hinaus ist es auch eine Frage der Lebensqualität²⁷². Solche Modelle werden den ÄrztInnen mit wenig nachvollziehbaren Begründungen verwehrt. Erstaunlicherweise konnten in demselben Betrieb solche Arbeitszeitmodelle für alle anderen Berufsgruppen - allerdings erst nach eklatantem Schwesternmangel – durchaus organisiert werden. Kinderversorgungsangebote - und zwar solche, die den Bedürfnissen der hier arbeitenden Frauen und vor allem ihren tatsächlichen Dienstzeiten entsprechen - sind der nächste Wunsch.²⁷³ In einem Bereich mit langen Arbeitszeiten, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdiensten sind die Probleme für Mütter in Anbetracht der vorhandenen öffentlichen und auch privaten Einrichtungen transparent.

Was ist seither geschehen?

Das Ziel der Studie war von Anfang gewesen, zu erfragen, was die Betroffenen - nämlich die jungen Ärztinnen selbst - glauben, was ihnen helfen würde, „Karriere zu machen“. Diese Wünsche umzusetzen war nun die daraus resultierende Aufgabe, die dadurch erleichtert wurde, dass die Autorin von 2005-2009 Vizerektorin für Personal, Personalentwicklung und Gleichstellung an der Medizinischen Universität Innsbruck war. Aufgrund der Ergebnisse dieser Studie ist es gelungen, vom Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung sowohl für ein Empowermentprogramm als auch für ein Kinderbetreuungsprogramm eine Anschubfinanzierung zu bekommen. Im Zuge des Empowermentprogrammes wurde das „Helene Wastl Medizin Mentoringprogramm“ erarbeitet, welches auf Same Gender- und 1:1-Mentoring basiert. Das Ziel ist die Unterstützung bei der Planung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Karriere sowie nachhaltige Vernetzung und Self-empowerment. Die Mentees berichten über zahlreiche Wissenschaftspreise, Auszeichnungen und Stipendien sowie über 9 Habilitationen und 2 Professuren. Zusätzlich wurde ein umfangreiches Seminar- und Weiterbildungsprogramm zur Karriereförderung und Personalentwicklung für Wissenschaftlerinnen unter Gender Mainstreaming Aspekten angeboten. Die von den Frauen dringend geforderten Verbesserungen der Kinderbetreuungsangebote wurden umgesetzt. Zusätzlich wurde die „Aktion Wiedereinstieg“, eine Maßnahme zur verbesserten Vereinbarkeit von Beruf und Familie, ins Leben gerufen. Einerseits wird neben der Karenzierung nach dem Arbeitsverbot eine geringfügige Beschäftigung angeboten und durch eine Betriebsvereinbarung gesichert. Zusätzlich wird der Organisationseinheit eine volle Ersatzkraft gewährt, was dazu führt, dass auch alle OrganisationsleiterInnen und KollegInnen von dieser Aktion sehr angetan sind. Außerdem wird für alle diese Frauen ein individueller optimaler Kinderbetreuungsplatz organisiert, wobei die Universität die Kosten dafür vom Zeitpunkt des Wiedereinstiegs bis zum vollendeten 3. Lebensjahr des Kindes trägt. 2008 wurde eine Kinder- und Jugendakademie gegründet, die Themenkomplexe zu körperlicher und geistiger Gesundheit und Medizin als Beruf bearbeitet. 1714 Kinder und Jugendliche von 3-18 Jahren haben daran teilgenommen. Es werden Erste-Hilfe-Kurse, Teddybärenkrankenhaus-, Robotikworkshops, Selbstverteidigungskurse u.v.m. angeboten. Zusätzlich wird am Girls' Day den Töchtern von MitarbeiterInnen die Möglichkeit geboten, die vielfältigen Berufsmöglichkeiten an der Medizinischen Universität kennenzulernen.

270 Ingrisch, 1992

271 Mixa, 2000, S. 212

272 Warde, et al., 1999, S. 14: 157-65

273 Carr, et al. 1998, S. 129: 532-38

Tirol - Wo stehen wir 2010?

Bei der Ärztinnenstudie 2002 lag unsere Zukunftshoffnung bei den Studierenden. Zwischenzeitlich wurde der EMS-Aufnahmetest eingeführt, was zu einer drastischen Reduktion weiblicher Studierender führte.

Tabelle 84: Auswirkungen des EMS-Aufnahmetests auf weibliche Studienplätze

	weiblich		männlich		gesamt
	n	%	n	%	n
EMS-Test-TeilnehmerInnen	1075	54,4%	900	45,6%	1975
Humanmedizin-Studienplätze	159	44,2%	201	55,8%	360
Zahnmedizin-Studienplätze	17	42,5%	23	57,5%	40

Quelle: Medizinische Universität Innsbruck, 2002

Das erschreckendste Ergebnis der Ärztinnenstudie 2002 war, dass keine einzige Ärztin eine Chance sah, ein Primariat oder eine Professur zu erreichen. War dieser Karrierepessimismus berechtigt? Im Jahr 2010 sind von 64 Primariaten an öffentlichen Krankenhäusern in Tirol 5, also 7,8%, von Frauen besetzt, die Zahl der berufenen Klinikchefinnen liegt derzeit bei 2 (zur Zeit der Studie lag sie bei 3!), was einem Anteil von 6,5% der derzeit 31 berufenen Klinikchefs entspricht.

Tabelle 85: Frauenanteil an Primariaten und berufenen Professuren

Primariate, berufene Professuren Tirol	weiblich		männlich		gesamt
	n	%	n	%	n
Primariatsstellen an öff. KH in Tirol	5	7,8%	59	92,2%	64
berufene ProfessorInnen Univ.-Klinik	2	6,5%	29	93,5%	31

Quelle: Ärztekammer für Tirol, Medizinische Universität Innsbruck, Oktober 2010

6.10 Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Mag.^a(FH) Evelyne Dachgruber, Alumna Gesundheits- und Pflegemanagement, Fachhochschule Kärnten

Mag.^a Martha Scholz, Soziologin, Frauengesundheitszentrum Wels, PGA

6.10.1 Mutterschutz, Karenz und Kinderbetreuungsgeld

Die hohe Arbeitslosigkeit nach dem ersten Weltkrieg führte dazu, dass Frauen wieder auf ihren Platz im Haus zurückverwiesen wurden. Dies könnte der Grund dafür gewesen sein, dass es zu zahlreichen Mutterschutzregelungen kam. Bereits 1920 erhielten Frauen, die im Dienste des Bundes waren, vier Wochen vor und acht Wochen nach einer Entbindung dienstfrei sowie einen Anspruch auf Wöchnerinnenunterstützung. Im Jahre 1922 erfolgte schließlich die Einbeziehung der Heimarbeiterinnen und Hausgehilfinnen in die gesetzliche Krankenversicherung. Darüber hinausgehende Mutterschaftsregelungen konnten die Privatangestellten durchsetzen. Ihnen wurden für die Zeit des gesetzlichen Mutterschutzes ein Anspruch auf Wochengeld im Ausmaß

von 100% (ab 1926 nur noch 50%) ihres bisherigen Erwerbseinkommens sowie ein erhöhter Kündigungsschutz und gesetzliche Mindest-Stillzeiten bei vollem Lohnausgleich eingeräumt. Die ökonomischen Verhältnisse der Frauen zwangen diese jedoch, ihre Erwerbstätigkeit nicht zu gefährden.²⁷⁴ 1957 wurde in Österreich für Frauen das Mutterschutzgesetz novelliert, wodurch den Müttern erstmals ermöglicht wurde, im Anschluss an die Mutterschutzfrist einen unbezahlten Karenzurlaub von sechs Monaten in Anspruch zu nehmen. In den darauf folgenden Jahrzehnten wurden die Karenzregelungen für Mütter ständig erweitert, bis im Jahre 1990 Neuregelungen getroffen wurden, welche sowohl das Erziehungsgeld als auch die Ausdehnung des Karenzurlaubs und Möglichkeiten zur Teilzeitarbeit während der Karenzierung betrafen.²⁷⁵

Heute gibt es ab der Meldung einer bestehenden Schwangerschaft bei der/dem DienstgeberIn für die Frau ein 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.²⁷⁶ 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 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.²⁷⁷

Eltern, deren Kinder nach dem 30. September 2009 geboren sind, können seit dem 1. Jänner 2010 beim Kinderbetreuungsgeld zwischen fünf Modellen wählen. Neu ist das einkommensabhängige Modell für alle, die bis zum Ende des 12. Lebensmonats des Kindes das Kinderbetreuungsgeld beziehen wollen, bei Teilung des Kinderbetreuungsgeldes mit der/dem LebenspartnerIn auch bis Ende des 14. Lebensmonats. Abhängig vom Einkommen können zwischen 1.000 und 2.000 Euro pro Monat eingeplant werden. Zudem gibt es vier weitere Kinderbetreuungsgeldmodelle, die je nach Bezugsdauer ein monatliches Kindergeld mit Fixbeträgen zwischen € 436,- und € 1.000,- und Zuverdienstmöglichkeiten vorsehen. Bei allen Modellen können sich die Eltern den Kinderbetreuungsgeldbezug teilen und sich dabei insgesamt zweimal abwechseln. Voraussetzung dafür ist der Bezug von mindestens zwei Monaten Kinderbetreuungsgeld.²⁷⁸

Tabelle 86: Die 5-Kinderbetreuungsgeld Modelle

Dauer Bezug Karenzgeld	Betrag	Zuverdienstmöglichkeit	Hilfe für Einkommensschwache
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

274 Münz, 1986, S. 33ff

275 Neyer, 1993, S. 85ff

276 Bernt, 2010

277 Arbeiterkammer, <http://www.arbeiterkammer.at/online/karenz-regelung-2086.html>, (dl 06.06.2010)

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

Dauer Bezug Karenzgeld	Betrag	Zuverdienstmöglichkeit	Hilfe für Einkommensschwache
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.

Väter in Karenz

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.²⁷⁹ 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 gaben an, dass sie grundsätzlich bereit wären, in Karenz zu gehen; viele von ihnen tun es aber dann aus verschiedenen Gründen doch nicht.²⁸⁰

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,

279 Scambor & Faßhauer, 2006, S.

280 Lehner, Matkovitz & Heger, 2010, S. 28, 16

weniger konkurrenzorientiert und dadurch auch weniger gewalttätig.²⁸¹ 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.²⁸²

6.10.2 Kinderbetreuungssituation

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.²⁸³

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 Tagesmütter²⁸⁴

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.²⁸⁵

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%.²⁸⁶ Folgende Grafik soll diese Werte noch einmal verdeutlichen.

281 Lehner, 2002, http://www.leadingfathers.info/wissen/group_wissen_4content.htm, (dl 24.11.2010)

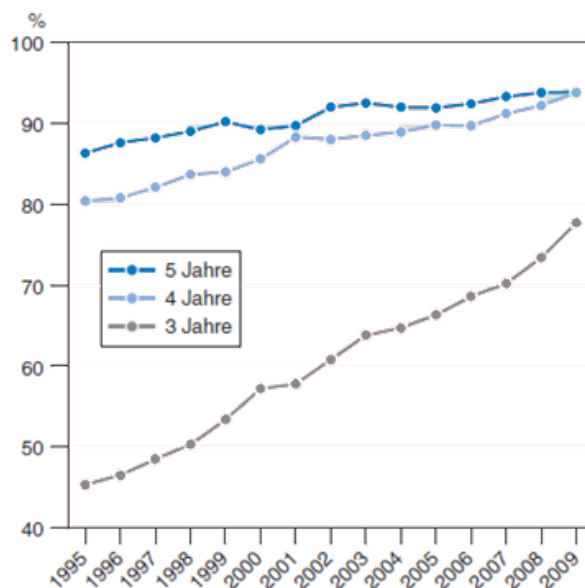
282 Wirtschaftskammer, 2010, http://portal.wko.at/wk/format_detail.wk?AngID=1&StID=549020&DstID=5344#Warum, (dl 24.11.2010)

283 Scholz, 2004, S. 27ff

284 Kytir, Schrittwieser et al. 2003, S. 31

285 Gumpoldsberger, 2010, Kindertagesheimstatistik, S. 11ff

286 Ebd.

Abbildung 95: Betreuungsquoten der 3-, 4-, und 5-Jährigen - Zeitreihe von 1995 bis 2009


Quellen: Statistik Austria, 2010, S. 14; Kindertagesheimstatistik

Zu beobachten ist außerdem, dass Krippen und Horte hauptsächlich von berufstätigen Eltern in Anspruch genommen werden. Der Anteil von 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%.²⁸⁷

Unterschiede gibt es auch in regionaler Hinsicht. Dies beginnt einerseits bei der Verfügbarkeit außerfamiliärer Kinderbetreuungseinrichtungen und endet bei den Öffnungszeiten derselben.²⁸⁸ 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.²⁸⁹ 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.²⁹⁰

287 Statistik Austria, 2010, Kindertagesheime

288 Ebd.

289 Scholz, 2004, S. 27ff

290 Gumpoldsberger, 2010, S. 310f

6.10.3 Die Wiedereinsteigerin

Eine Studie über die Einstellungen zum Erwerbsverhalten von Müttern²⁹¹ kam zu folgenden Ergebnissen: Unterschiede gibt es vor allem zwischen selbstständig und unselbstständig erwerbstätigen Müttern. Dabei fällt auf, dass unselbstständig 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.²⁹² Dieses Ergebnis bestätigt auch eine weitere Studie des österreichischen Institutes für Familienforschung, wonach 76% der befragten Personen der Meinung sind, dass ein Kind frühestens ab 3 Jahren in einer externen Einrichtung betreut werden sollte. Gleichzeitig wird die Erwerbstätigkeit einer Mutter eines unter 3-jährigen Kindes von 49% der Befragten eher nicht bis gar nicht befürwortet.²⁹³

Gründe für den Wiedereinstieg

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.²⁹⁴ 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.²⁹⁵ 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.

Einige der von Kaindl und Dörfler befragten Frauen waren während der Karenzzeit teilweise erwerbstätig. In einigen Fällen ist eine zusätzliche Erwerbstätigkeit aber aus finanziellen Gründen nicht nötig und somit kein Anreiz, während der Karenzphase arbeiten zu gehen. Hauptgrund ist in diesem Falle, aus Sicht der Mütter, das Fehlen geeigneter Kinderbetreuungsplätze. 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.²⁹⁶ 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 3-5 Jahren) erhöhen. Darüber hinaus steigt bei einer höheren Betreuungsquote gleichzeitig der Anteil der Vollzeitbeschäftigung. Dies macht noch einmal deutlich, wie wichtig ein gut ausgebautes Betreuungsangebot für Kinder aller Altersklassen ist und sein sollte. In Österreich führt das Fehlen an Kinderbetreuungsmöglichkeiten häufig zu langen Teilzeitkarrieren und einer damit verbundenen beruflichen Schlechterstellung der Frauen am Arbeitsmarkt.²⁹⁷

291 Kaindl & Dörfler, 2007
 292 Kaindl & Dörfler, 2007, S. 18ff
 293 Kapella, Rille-Pfeiffer, 2007, S. 25ff
 294 Kaindl & Dörfler, 2007, S. 18
 295 Kaindl & Dörfler, 2007, S. 18
 296 Kaindl & Dörfler, 2007, S. 18ff
 297 Bergmann et al. 2010, S. 13

Einer Studie zu den Wertehaltungen der ÖsterreicherInnen zufolge hängt das Ausmaß der Erwerbstätigkeit mitunter auch stark vom Alter des Kindes ab. Ist das Kind jünger als 1 1/5 Jahre, kommt für einen großen Teil (40%) eine Erwerbstätigkeit der Mutter nicht in Frage - wenn, dann nur stundenweise. Dies ändert sich jedoch mit fortschreitendem Alter des Kindes, denn bei Kindern über 1 1/5 Jahren vermindert sich die Anzahl derer, die gegen eine Erwerbstätigkeit sind, auf nunmehr 18%. 43% halten einen Halbtagsjob bei Müttern (von Kindern über 1,5 Jahren) für angemessen.

Doch wie steht es um die generelle Einstellung der ÖsterreicherInnen zur Erwerbstätigkeit der Frau? Aktuellen Ergebnissen zufolge stufen 75% diese als wichtig ein. Jedoch messen die Frauen selbst 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 höher Ausbildung feststellen (Frauen mit Matura: 85%, Frauen mit (Fach)Hochschulabschluss: 83%).²⁹⁸

6.11 Zeit und Geschlecht

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Silvia Kronberger, Leiterin Forschungsschwerpunkt Gendermedizin PMU (Paracelsus Medizinische Privatuniversität), Leiterin Genderkompetenzzentrum, Salzburger Verwaltungsakademie Land Salzburg

Ähnlich, wie es sich in früheren Jahren mit knappen Gütern verhielt (Nahrungsmittel im Krieg, Konsumgüter während des Wiederaufbaus), ist heute Zeit eine Ressource, die erkämpft und verteidigt wird beziehungsweise zu missbräuchlichem Umgang (ver)führt. "Zeitmangel als moderne Plage" nennt IMAS eine entsprechende Studie. Demnach finden 38% der 16- bis unter 30-Jährigen, dass das Leben zwar interessanter geworden ist, seitdem es das Web gibt, doch 32% von ihnen gestehen auch ein, zu viel Zeit dafür aufzuwenden. 12% der Frauen und 20% der Männer aller Altersstufen verbringen nach eigener Einschätzung zu viel Zeit im Internet, wobei dieser Wert bei den Menschen zwischen 16 und 29 Jahren am höchsten ist.²⁹⁹

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.³⁰⁰

In Deutschland wurde die Bruttowertschöpfung der privaten Haushalte 2001 mit knapp 40% des Bruttoinlandsprodukts beziffert – dies auf Basis der Kosten für eine Haushaltshilfe mit einem Stundenlohn von etwas mehr als 7 Euro. Würden die Haushalte tatsächlich eine Person einstellen, so fielen mit Sozialversicherungsbeiträgen, Steuern und bezahlten Urlaubs- und Krankheitstagen mehr als doppelt so hohe Lohnkosten an.³⁰¹

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. Zeitbudgeterhebungen aus Australien zeigen, dass der Betreuungsaufwand um das Vierfache steigt, wenn auch diejenige Betreuungsarbeit mitgezählt wird, die während der Hausarbeit geleistet wird.³⁰² Damit im Zusammenhang steht auch die Tatsache, dass Frauen ihren Zeitaufwand für Haushalt und Kinderbetreuung unterschätzen, während Männer diesen generell überschätzen.³⁰³

Erkenntnisse aus dem Bereich Genderbudgeting legen nahe, dass der Zeitaufwand für unbezahlte Haus- und Betreuungsarbeit eher im Steigen begriffen ist, wenn die Öffentliche Hand aus Budgetgründen Tätigkeiten

298 Kapella, Rille-Pfeiffer, 2007, S. 25ff

299 Zeitmangel als moderne Plage, 2010

300 Zeitverwendung 2008/09 Statistik Österreich 2009

301 Wo bleibt die Zeit? Die Zeitverwendung der Bevölkerung in Deutschland 2001/02; 2003

302 Ironmonger, 1996

303 Der kleine Unterschied in den Staatsfinanzen. Geschlechterdifferenzierte Rechnungsanalysen im Kanton Basel-Stadt 2003

auslagert, die dann hauptsächlich von Frauen übernommen werden. Beispielsweise bleiben – zumindest in der Schweiz - unverheiratete Personen länger im Krankenhaus als verheiratete; bei Letzteren übernimmt die Pflege zu Hause oft die Ehefrau oder die Tochter beziehungsweise die Schwiegertochter.³⁰⁴

In der Österreichischen Zeitverwendungsstudie 2009 ist die Versorgung kranker Erwachsener (Verband wechseln, Fieber messen, Medikamente geben, Infusion, Diabetesspritze setzen, Unterstützung beim Anziehen, bei der Hygiene, beim Gehen über Stiegen oder bei der Nahrungsaufnahme, Begleitung von hilfsbedürftigen Haushaltsmitgliedern zum Arzt, zur Therapie oder zu Behörden) beziffert worden. Demnach sind 1,5% aller Frauen in Österreich im Schnitt 1 Stunde und 18 Minuten am Tag mit solchen und ähnlichen Aufgaben beschäftigt. Männer werden in dieser Aufzählung aufgrund zu niedriger Fallzahlen nicht ausgewiesen.³⁰⁵ Die Pflege kranker Kinder, die häufig „nebenbei“ erledigt wird und damit schwer quantifizierbar ist, dürfte diesen Zeitanteil deutlich erhöhen, wurde dabei aber nicht ausdrücklich dokumentiert. Auf jeden Fall wird in Österreich die Hauptlast der unbezahlten „care“-Arbeit von Frauen getragen, ihr Beitrag zur Aufrechterhaltung des Gesundheitssystems ist daher nicht zu unterschätzen.³⁰⁶

Eine Studie der Firma Volvo in Schweden zum Risiko von Herz- Kreislaufkrankungen untersuchte an verheirateten Paaren, was im Organismus geschieht, wenn die Partner jeweils nach Hause kommen. Man stellte fest, dass Blutdruck und Herzschlag bei den Frauen sofort ansteigen, wenn sie die Schwelle übertreten, während die entsprechenden Werte bei Männern absinken.³⁰⁷ 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.

6.11.1 Frauen und Freizeit

Dr.ⁱⁿ Daniela Gattringer, Fachärztin für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation, AKH Linz, Institut für Physikalische Medizin

In 14 EU-Mitgliedsstaaten wurden zwischen 1998 und 2004 mehrere Umfragen bezüglich Freizeitaktivitäten der Bevölkerung durchgeführt. Als Ergebnis zeigte sich, dass Frauen vor allem aufgrund der für Haushaltsarbeiten zusätzlich aufgewandten Stunden weniger Zeit als Männer mit Freizeitaktivitäten verbringen. Frauen im Alter von 15 bis 24 Jahren wenden durchschnittlich mehr Zeit für die Körperpflege, für das Lernen und vor allem für unbezahlte Hausarbeit (inklusive Kinderbetreuung, Kochen und Reinigungsarbeiten) auf als Männer derselben Altersgruppe. Dagegen verbringen junge Männer mehr Zeit mit bezahlter Arbeit, mit Sportaktivitäten, Fernsehen und mit PC-Spielen. Bei Frauen und Männern im erwerbsfähigen Alter zeigte sich, dass ihre Aktivitäten einerseits von ihrem Einkommen, andererseits von der Tatsache, ob sie Kinder haben oder nicht, stark beeinflusst werden. Männer verwenden ihre zusätzliche Freizeit im Vergleich zu Frauen teilweise dazu, um Sport zu treiben, aber hauptsächlich um fernzusehen.

In der Altersgruppe ab 65 bleibt den Männern im Durchschnitt eine Stunde mehr Zeit für Freizeitaktivitäten, die sie vor allem mit Fernsehen, körperlichen Aktivitäten wie Spaziergängen und Lesen verbringen.³⁰⁸

304 Ebd.

305 Zeitverwendung 2008/09 Statistik Österreich 2009

306 Working time, gender and work-life balance 2009

307 Legato, 2002

308 Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 2008, Das Leben von Frauen und Männern in Europa

7. Frauen und Partnerschaft

Mag.^a Sonja Kodelitsch MSc., Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

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.

Für einen Großteil der Bevölkerung ist eine Partnerschaft ein zentraler Bestandteil im Leben.

Es gibt zwei Thesen darüber, wie PartnerInnen zusammenfinden: zum einen die Homogamie-These, die von einer Anziehung durch ähnliche soziale Merkmale ausgeht („gleich und gleich gesellt sich gern“), und die Komplementaritätsthese, die die Anziehung in Gegensätzen sieht. Empirische Ergebnisse zeigen eine hohe Tendenz zu ersteren Partnerschaften. Attraktivität gilt bei der Beziehungsanbahnung als zentral, danach folgt die Phase des Werteabgleichs, des Prüfens von Verhaltensweisen und Erwartungen.³⁰⁹

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.³¹⁰

7.1 Familienformen mit und ohne Kind/er

Der Frauenbericht 2010 des Bundesministeriums für Frauen und Öffentlichen Dienst beschreibt die Partnerschaften und Familienformen von Frauen in Österreich ausführlich. Im vorliegenden Bericht wird ein Überblick über die wichtigsten Indikatoren gegeben.

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 87: 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

309 Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2010, 5. Österreichischer Familienbericht – auf einen Blick, 2010, S. 58ff
 310 Stegmann, et al. 2006, S. 46ff

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 %
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 Lebensgemeinschaften, wobei mehr als die Hälfte dieser Frauen kein Kind hat. Mehr als zwei Drittel der Frauen in Lebensgemeinschaften 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.³¹¹

7.2 Determinanten von Partnerschaftsqualität

Einer Partnerschaft ist immer das Resultat einer vorausgehenden Beziehungsdynamik sowie gewisser Interaktionsmuster. Darüber hinaus ist sie vielfachen Einflüssen der Umwelt des Paares ausgesetzt.

Basierend auf der österreichischen Wertestudie listet der Familienbericht 2010 die Erfolgsfaktoren für eine „gute Ehe“ wie folgt auf, wobei die TeilnehmerInnen diese Punkte mit einem bestimmten Prozentanteil als „sehr wichtig“ empfunden haben:

- Über 80% halten Treue, gegenseitigen Respekt und Anerkennung für besonders wichtig,
- 77% betonen gegenseitiges Verständnis und Toleranz,

311 Bundeskanzleramt Österreich, 2010, Frauenbericht 2010, S. 56ff

- Über 60% nennen die Bereitschaft zu Diskussionen über Probleme in der Partnerschaft als besonders relevant,
- Über 50% finden eine glückliche sexuelle Beziehung sowie Kinder, gemeinsame Lebensziele und gemeinsame Hobbys wichtig.
- Punkte, die von 30 bis 49% der Befragten als „sehr wichtig“ beurteilt wurden, sind ein angemessenes Einkommen, viel über gemeinsame Interessen sprechen, sicherer Arbeitsplatz des Partners/der Partnerin, gute Wohnverhältnisse und ein getrenntes Leben von den Schwiegereltern, den Haushalt gemeinsam zu machen und so viel Zeit wie möglich miteinander zu verbringen.
- Weitere genannte Punkte sind die gleiche soziale Herkunft, gemeinsame religiöse Überzeugungen, die gleiche Nationalität und Kultur sowie die Übereinstimmung in politischen Fragen.³¹²

Im Zeitvergleich ist zu erkennen, dass insbesondere die letzten Punkte für verheiratete Personen wichtiger geworden sind, sowie auch das Thema Haushalt, Wohnen und ein angemessenes Einkommen.

Die Studie von Stegmann et al. erachtet folgende Indikatoren als relevant für die Qualität einer Partnerschaft:

- Zufriedenheit mit Intimität und Sexualität
- Zufriedenheit mit der Aufgabenverteilung
- Zufriedenheit mit der Aktivität
- Zufriedenheit mit der gegenwärtigen Entwicklung
- Einschätzung der erlebten Belastung.³¹³

In explorativen Interviews wurden 296 Personen (Männer und Frauen), die seit mindestens sechs Jahren in einer Beziehung leben, im Abstand von fünf Jahren zu diesen Indikatoren befragt; anschließend wurde eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt. Bereits zum ersten Messzeitpunkt ergab sich eine sehr hohe Ehequalität, die bis zum zweiten Messzeitpunkt weiter gestiegen ist. Folglich schätzen Ehepaare im Laufe der Jahre die Qualität ihrer Ehe als immer besser ein. Darüber hinaus wurden Veränderungsbereiche abgefragt. Die einzelnen Indikatoren sowie deren Anteil an den Nennungen sind in der folgenden Tabelle dargestellt:

Tabelle 88: Grundsätzliche Veränderungen während der Ehe

Veränderungsbereich	Anteil der Aussagen in %
Emotionale Bindung zum Partner / zur Partnerin	28
Gemeinsame Aktivitäten	22
Beruf PartnerIn	15
Gesundheit PartnerIn	15
Familie	5
Sexualität	5
Selbstwahrnehmung	3
Status-Veränderung	1
Eigene Gesundheit	1
Eigener Beruf	1
Sonstiges	3

Quelle: Stegmann, et al., 2006, Veränderungen in langjährigen Partnerschaften des mittleren Erwachsenenalters. In: Zeitschrift für Familienforschung. 18. Jahrgang, Heft 1/2006, S. 46-65.

312 Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend 2010, 5. Österreichischer Familienbericht
 313 Stegmann, et al. 2006

28% gaben an, dass sich die emotionale Bindung zur Partnerin/zum Partner wie auch die gemeinsamen Aktivitäten (22%) verändert haben. Beruf und Gesundheit der Partnerin/des Partners geben jeweils 15% als Veränderungsbereich an, geschlechtsspezifische Unterschiede in der Angabe sind kaum festzustellen (generell sind Männer in der Gesamtheit zufriedener als Frauen). 80% der Befragten fokussieren sich auf die ersten vier Veränderungsbereiche.

Lediglich 5% der Nennungen fallen auf Veränderungen in der Familie sowie bei der Sexualität, 3% nennen eine Veränderung in der Selbstwahrnehmung. Status-Veränderung, Änderungen der eigenen Gesundheit und des eigenen Berufs werden mit jeweils 1% genannt. Die letzteren Kategorien dürften also keine häufigen Veränderungsbereiche sein bzw. werden diese nicht als dominant wahrgenommen.³¹⁴

Die berichteten Veränderungen wurden mit 38% positiv, mit 38% negativ und mit 24% neutral bewertet. Auch in diesem Bereich war in der vorliegenden Studie kein Geschlechterunterschied feststellbar. Es ist nicht davon auszugehen, dass Ereignisse unbedingt die Einschätzung der Ehequalität beeinflussen. Auffallend ist, dass Personen, die über keine Ereignisse und Veränderungen berichten, ihre Ehequalität höher einschätzen; positiv oder negativ berichtete Ereignisse wirken sich allerdings nicht aus.

Bewertete Ereignisse hinterlassen nachhaltige Eindrücke und wirken sich auf der Ebene der emotionalen Bindung zur Partnerin/zum Partner aus – bei Frauen stärker als bei Männern. Die vorliegende Längsschnittstudie zeigt, dass mehr als die Hälfte der befragten Personen die Qualität ihrer Partnerschaft als gleichbleibend hoch oder besser einschätzen. Gründe dafür können in mehreren Bereichen liegen: Lernen die PartnerInnen besser miteinander umzugehen? Wächst die Liebe? Entwickeln die PartnerInnen bessere Copingstrategien? Frauen werden im mittleren Erwachsenenalter oft selbstbewusster, Männer hingegen machen sich abhängiger und passen sich mehr und mehr an. Frauen haben in ihren Beziehungen oft weniger Macht und Einfluss, auch das kann ein Grund für die höhere Zufriedenheit der Männer sein.³¹⁵

7.3 Die Single-Frau

Als gesellschaftliche Norm gilt bei uns das Leben als Paar, Single-Frauen werden deshalb oft in die Identität als Frau (Ehefrau, Partnerin) und Mutter gedrängt. Andererseits besteht der Vorteil des Single-Daseins in der hohen Autonomie, die ein solches Leben mit sich bringt. Singles sind frei und unabhängig, sie müssen keine Rücksicht auf einen Partner/eine Partnerin nehmen, sie können sich ihre gesamte Zeit frei einteilen und sich auf sich selbst konzentrieren.

Der Wunsch nach einer Partnerin/einem Partner ist Bestandteil unserer Sozialisation, ein Leben ohne Beziehung ist oftmals schwer zu akzeptieren. Single-Frauen pendeln zwischen Zufriedenheit und Leichtigkeit (aufgrund ihrer hohen Autonomie), der gefühlten Leere in ihrem Leben und der fehlenden (partnerschaftlicher) Einbindung. In vielen Fällen kommt dazu das Drängen nach draußen: zum Einkaufsbummel, zum Sport, ins Café, ins Kino – in die Öffentlichkeit, unter viele Menschen. Das Beziehungsnetz von Single-Frauen ist vielfältig und groß, offen und auch flexibel, dessen Zentrum bilden enge Freundschaften. Häufig ist die Arbeit ein wichtiger Bestandteil der Identität.

Trotz der facettenreichen Beschäftigungsmöglichkeiten fehlt vielen Single-Frauen die sprichwörtliche Schulter zum Anlehnen. Aus diesem Grund begeben sie sich immer wieder auf die Suche nach einer/einem PartnerIn, gefolgt von vielen Ernüchterungen in Bezug auf die Idealvorstellung. Die Ansprüche von Single-Frauen sind hoch, sie wissen genau, was sie von einer/einem PartnerIn erwarten, und diesem Anspruchsniveau wird Frau/Mann nicht immer gerecht. Häufig begeben sie sich nach dem Rückzug von der eigenen Suche in die (undankbare) Rolle der Geliebten oder Dauergeliebten. Bei „bewussten“ Single-Frauen steht oft der Wunsch, „ich selbst zu sein“ im Mittelpunkt, sie haben ein hohes Selbstbewusstsein und unterwerfen sich nicht dem gesellschaftlichen Drängen. Andere hingegen leben als Single wider Willen, verzehren sich nach Liebe, das

314 Ebd., S. 46ff

315 Stegmann, et al. 2006, S. 46ff

Warten steht im Vordergrund, und das Selbstbewusstsein leidet. Zuviel an strahlender Selbstsicherheit kann wiederum ‚beängstigend‘ auf andere Singles wirken.

Eine Umfrage unter 7.000 Singles zeigt auf, dass Frauen die gelasseneren Singles sind als Männer. Sie zeigen sich nicht so optimistisch, schnell die/den richtige/n PartnerIn zu finden: nur 24% sind der Meinung, dass sie nur kurze Zeit alleine sein werden, und jede Dritte ist sicher, mindestens ein Jahr lang Single zu bleiben. Je jünger die Singles sind, desto optimistischer blicken sie in die Zukunft, sie sehen sich schnell wieder in einer Beziehung.³¹⁶

Besonders hochgebildete und erfolgreiche Frauen haben es schwerer, eine/n geeignete/n LebenspartnerIn zu finden. Hier greifen immer noch gesellschaftliche Klischees, die besagen, dass Männer keine Frau als Partnerin akzeptieren, die erfolgreicher ist als sie selbst. Frauen wiederum möchten Männer auf demselben Niveau. In den meisten Fällen beginnt die PartnerInnensuche bei dieser Gruppe erst nach Abschluss des beruflichen „Aufstiegs“, und zu dieser Zeit sind potentielle PartnerInnen oftmals schon vergeben.

7.4 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.³¹⁷

7.4.1 Vorurteile und Diskriminierung

Es liegen für Homosexualität keine besonderen Prädispositionen, keine speziellen Entwicklungs- und Sozialisationseinflüsse, kein schweres Tochter-Vater oder Tochter-Mutter-Verhältnis vor. Homosexuelle Frauen fühlen sich von Frauen emotional und erotisch angezogen. Die Homosexuelleninitiative Wien (HOSI) schätzt, dass ungefähr eine viertel Million der Österreicherinnen lesbisch sind und ein beachtlicher Anteil sich trotz aller Vorurteile und Diskriminierungen offen dazu bekennt. Die österreichische Gesellschaft ist immer noch durch das Patriarchat geprägt – insbesondere lesbische Frauen erfahren dadurch (speziell bei der männlichen Bevölkerung) wenig Respekt und Anerkennung.³¹⁸

Ein Vorurteil gegenüber Lesben und Schwulen besagt, dass sie nicht an langfristigen und monogamen Beziehungen interessiert sind. Diese Behauptung ist falsch; homosexuelle Frauen und Männer führen genauso wie Heterosexuelle oft langjährige, sogar lebenslange Zweierbeziehungen, mit geltenden Werten wie Liebe, Treue, Respekt und Achtung voreinander. Eine rechtliche Gleichstellung liegt (zusätzlich zur fehlenden gesellschaftlichen Anerkennung) allerdings nicht vor. Die Formen der gelebten Beziehungen und die Vorstellungen zu diesen sind bei homosexuellen ebenso heterogen wie bei heterosexuellen Personen. Hier gibt es keine Unterschiede.³¹⁹

Die Diskriminierungen erfolgen in mehreren Lebensbereichen: im Sozialisationsprozess wird die Rolle der Frau als Mutter und Ehefrau oft als einzig erstrebenswert dargestellt, die Loslösung von der klassischen Frauenrolle wird abgelehnt. In vielen Fällen wird die Homosexualität verschwiegen, um nicht auf Konfrontationen gehen zu müssen. Hervorzuheben sind allerdings auch die Verbesserungen, die sich seit den 70er Jahren – in denen Homosexualität noch ein absolutes Tabuthema war – manifestieren. Eine Bewusstseinsveränderung in der Gesellschaft hat stattgefunden, die unter anderem auch auf Veränderungen in der politischen Landschaft

316 Unbekannt: Studie: Frauen sehen sich als Langzeitsingles, <http://www.elitepartner.de/km/magazin/psychologie/artikel/frauen-sehen-sich-als-langzeitsingles.html>, (dl 06.05.2010)

317 Magistrat der Stadt Wien, Antidiskriminierungsstelle, <http://www.wien.gv.at/queerwien/defhomo.htm>, (dl 08.08.2010)

318 Ha Dat Huong, 2008, S. 3ff

319 Magistrat der Stadt Wien, Antidiskriminierungsstelle, <http://www.wien.gv.at/queerwien/bezieh.htm>, (dl 08.08.2010)

zurückzuführen sind. Alternative Lebensstile werden gesellschaftlich (und auch rechtlich) mehr und mehr toleriert, die Medien berichten neutral.³²⁰

In vielen Fällen schwächt die laufende Auseinandersetzung mit den Diskriminierungen das eigene Selbstwertgefühl, es entstehen zumal Gefühle wie Scham, Schuld, Angst und Ärger. Das Selbstbild wird negativ beeinflusst, Selbsthass und Selbstverachtung können entstehen. Ein stressfreier und unbelasteter Alltag wird so erschwert. Ein schwaches Selbstwertgefühl erhöht zudem das Suchtpotential.

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 sexueller Orientierung explizit. Diese Bestimmungen sind allerdings kein einklagbares Recht. Die EU-Antidiskriminierungsrichtlinie hält die Mitgliedsstaaten dazu an, alle dem Gleichbehandlungsgrundsatz (in Beruf und Beschäftigung) zuwiderlaufenden Regelungen aufzuarbeiten und zu erneuern und eine Gleichbehandlungsstelle einzurichten.³²¹

Aktuell wird in Österreich erstmals eine wissenschaftliche Studie zur Erwerbssituation von lesbischen Frauen von der WU Wien durchgeführt. Die auftraggebende Institution, die Queer Business Women, hat einen EU-Bericht zum Europäischen Jahr der Chancengleichheit zum Anlass genommen, der besagt, dass die sexuelle Orientierung nach wie vor eine gesellschaftlich tabuisierte Diversitätskategorie ist und sich in Erwerbszusammenhängen auswirkt.

7.4.2 Das Coming-out

Ha Dat Huong (2008) zitiert in ihrer Arbeit die fünf zentralen Vorkommnisse in der „homosexuellen“ Laufbahn: Zu Beginn steht das Gefühl der sexuellen und emotionalen Anziehung zum gleichen Geschlecht, es folgt die Feststellung, dass diese Gefühle lesbischer Natur sind, die Akzeptanz dieser Gefühle und ihre Implikation für die Identität sowie der Wunsch, einer Gemeinschaft mit ähnlichen Menschen anzugehören. Als letzten Schritt der Verinnerlichung der Tatsache, dass diese Frauen ein Leben als Lesbe leben möchten, kommt das Eingehen einer emotionalen sexuellen Beziehung. Nicht in allen Fällen verlaufen diese Stufen linear, der Prozess kann auch in einer anderen Reihenfolge ablaufen. Ausschlaggebend für die Ausbildung der homosexuellen Identität erscheint für Frauen die Kontaktaufnahme und soziale Interaktion mit anderen Lesben, dazu zählen auch der körperliche und sexuelle Kontakt und das Einlassen auf die erste gleichgeschlechtliche Beziehung. Das sogenannte „Coming out“ bezeichnet den Prozess vom ersten Entdecken der gleichgeschlechtlichen Gefühle bis zur Akzeptanz und Annahme der eigenen Homosexualität. Die lesbische Frau lernt in dieser Zeit, sich selbst zu respektieren und sich anzunehmen - trotz vieler negativer Begegnungen mit gesellschaftlichen Klischees und Ablehnung. In manchen Fällen ist diese Zeit (besonders bei jungen Mädchen) von Einsamkeit geprägt, und die Suizidgefahr ist in dieser Gruppe von Jugendlichen vier Mal so hoch wie bei gleichaltrigen Heterosexuellen. Das „Coming out“ erfolgt meist zwischen dem 12. und 20. Lebensjahr und dauert zwischen zwei und fünf Jahre. Im Rahmen ihrer Forschung hat Ha Dat Huong (im November 2008) in problemzentrierten Interviews neun lesbische Frauen zwischen 20 und 52 Jahren hinsichtlich ihrer lesbischen Laufbahn befragt. Sechs von neun Frauen gaben an, bereits im Kindergarten oder in der frühen Pubertät gemerkt zu haben, dass sie gleichgeschlechtliche Gefühle haben. In dieser Zeit haben die Frauen in unterschiedlichen Kontexten bemerkt, dass sie sich stärker zu Mädchen hingezogen fühlten als zu Burschen. Drei der Interviewpartnerinnen konnten sich sehr gut erinnern, dass das Lesbisch-sein zu Beginn für sie von Einsamkeit, Rückzug und Isolation geprägt war, sie konnten sich in der Anfangsphase niemandem anvertrauen und versuchten, so zu sein wie die anderen. Einige hatten Beziehungen zu Burschen, um alles „normal“ erscheinen zu lassen. Mehr als die Hälfte der befragten

320 Ha Dat Huong, 2008, S. 5ff

321 Strohmeier, 2003, http://www.hosilinz.at/files/materialien/12/m_antidiskr_15_06_03.pdf, (dl 23.09.2010)

Frauen sprach mit einer Person ihres Vertrauens über ihre Gefühle, wobei es sich bei diesen Bezugspersonen um Schwestern, FreundInnen oder auch TrainerInnen handelte. Das erste sexuelle Erlebnis empfanden acht von neun der Befragten als Befreiung von jeglichen Schuldgefühlen.

Das „Coming out“ vor den eigenen Eltern stellt sich in den Interviews als sehr schwierig heraus – die Reaktionen und Akzeptanz der Eltern waren sehr unterschiedlich.³²²

7.4.3 Eingetragene Partnerschaften

Ein Bundesgesetz regelt die Begründungen, die Wirkung und Auflösung von Eingetragenen Partnerschaften gleichgeschlechtlicher Paare. Paare, die diese Form 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.³²³

Kritisiert wird im „dieStandard“-Interview mit dem Rechtsanwalt Helmut Graupner (vom 5. Sept. 2010) insbesondere die Tatsache, dass die Ehe vor einer Behörde (d.h. nicht an einem selbst auserwählten Ort) geschlossen werden muss. Im ersten Halbjahr 2010 sind 429 gleichgeschlechtliche Paare eine Eingetragene Partnerschaft eingegangen, davon waren 140 weibliche und 289 männliche Paare.

Eine weitere Diskriminierung wird darin gesehen, dass es keinen gemeinsamen Familiennamen gibt, ein Doppelname ist für homosexuelle Eingetragene Partnerschaften nicht vorgesehen. Ganz besonders kritisiert Graupner die Regelungen rund um Kinder, die z.B. eine Mitversicherung beim Lebenspartner/bei der Lebenspartnerin unmöglich machen und einen Pflegeurlaub wie auch die Adoption massiv erschweren. Lesbische Frauen werden in ihrem Recht auf Fortpflanzung massiv diskriminiert, da für sie eine künstliche Befruchtung in Österreich nicht zulässig ist.

EU-weit läuft derzeit eine Initiative mit dem Ziel, dass die gleichgeschlechtliche Ehe in allen Staaten anerkannt wird. In den folgenden fünf EU- und zwei Schengen-Ländern ist dies bereits der Fall: in Belgien, Spanien, in der Niederlande, in Portugal, Schweden, Norwegen und in Island. In Italien und in der Slowakei gibt es überhaupt keine mögliche Eintragungsform für gleichgeschlechtliche Paare.³²⁴

7.4.4 Leben und Gesundheit

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.³²⁵

322 Ha Dat Huong, 2008, S. 26ff

323 Republik Österreich: Bundesgesetzblatt I 135/Jg. 2009/Teil I vom 30.12.2009, http://www.hosilinz.at/files/materialien/45/materialien_BGBI_partnerschaftsgesetz_01_01_2010.pdf, (dl 23.09.2010)

324 dieStandard, 9. Sept. 2010

325 Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Frauengesundheitsbericht, 2006, S. 398ff

„Nachfolgende Schwerpunkte und Fragen im Bereich der Gesundheit von lesbischen Frauen – wie sie unter anderem auch der Bremer Frauengesundheitsbericht auf den Punkt gebracht hat – haben sich in den vergangenen Jahren verdichtet:

- Haben lesbische Frauen andere Gesundheitsrisiken und andere Krankheiten als andere Personengruppen?
- Nehmen lesbische Frauen im Vergleich zu anderen Personengruppen seltener an Früherkennungsuntersuchungen teil?
- Ist das Ausmaß an psychischer Beeinträchtigung bei lesbischen Frauen höher als bei anderen Personengruppen?“³²⁶

Wie bereits weiter oben beschrieben ist das Lesbisch-sein, und insbesondere der Coming-out Prozess, durch eine hohe psychische Belastung gekennzeichnet. Die häufige Diskriminierung, die laufende Konfrontation mit Vorurteilen und die fehlende soziale Unterstützung der Gesellschaft und teilweise des engeren Umfeldes sind eine enorme Belastung für die Frauen. In manchen Fällen sind die Frauen gezwungen, einen Teil ihrer Identität nicht preiszugeben und ihre sexuelle Orientierung geheim zu halten. Auch das belastet ihre psychische Gesundheit. Aus diesen Gründen wird angenommen, dass lesbische Frauen häufiger an Depressionen und Angst leiden.

Sichtbarmachung homophober Strukturen im Gesundheitsbereich

Homophobie und Heterosexismus sind universell vorhanden und ihre Auswirkungen betreffen alle lesbischen Frauen. Homophobie ist kein Einzelschicksal: sie ist verwurzelt in einem System, das nicht-heterosexuelle Lebensweisen, Identitäten oder Beziehungen stigmatisiert und verneint. Homophobie macht auch nicht vor Spitälern, ÄrztInnenpraxen und Lehrbüchern halt. Sie kann im Gesundheitswesen Tätige an ihrem Arbeitsplatz in Form von Mobbing, verdeckter oder offener Ablehnung oder Isolation betreffen. Sie spiegelt sich in Wissenschaft und Forschung wieder, als Ignorieren von nicht heterosexuellen Lebensformen und Ausklammern lesbischer Lebensweisen aus dem wissenschaftlichen Diskurs. Homophobie betrifft Patientinnen in Form von rechtlichen Barrieren beispielsweise bei Besuchsrecht, Recht auf Auskunft oder künstlicher Befruchtung oder aber als Mangel an für sie wichtigen Informationen, etwa zu sexuell übertragbaren Erkrankungen. Homophobie äußert sich aber auch in Form von Feindseligkeit und Unverständnis von ÄrztInnen und Pflegepersonal gegenüber lesbischen Frauen. Wir möchten Homophobie als Systemfehler aufzeigen. Die Verantwortung, diesen Fehler zu beheben, liegt nicht bei lesbischen Frauen sondern im System.

Quelle: Zit.n. Netzwerk Lesbischer Medizinerinnen / LESMED, In: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2005, Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, S. 269

8. Migrantinnen

Mag.^a Sonja Kodelitsch MSc., Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

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.³²⁷ Ende der 1960er und Anfang der 1970er fand die sogenannte „GastarbeiterInnen-Migration“ einen Höhepunkt in Österreich, ein weiterer Höhepunkt war nach dem Fall des Eisernen Vorhangs (Ende der 80er) und als Folge der Kriege in Ex-Jugoslawien (90er Jahre). Eine weitere hohe Einwanderungsfrequenz kam mit dem Beitritt Österreichs zur Europäischen Union 1995, sowie nach dem Beitritt weiterer europäischer Staaten im Jahr 2004. Seit 2006 ist ein Rückgang bei den Einbürgerungen festzustellen.

Als „AusländerInnen“ werden alle (in Österreich lebenden) Personen, die keine österreichische Staatsbürgerschaft haben, bezeichnet. Diejenigen, die im Ausland geboren wurden, aber über die österreichische Staatsbürgerschaft verfügen, werden als „Bevölkerung mit ausländischer Herkunft“ bezeichnet.³²⁸ 15,4% der österreichischen Bevölkerung sind im Ausland geboren. Der Frauenanteil ist mit 15,7% geringfügig höher als jener der Männer (15,1%).³²⁹

Tabelle 89: Österreichische Bevölkerung nach Herkunftsland

Geburtsland	Gesamt	Männer	Frauen
Insgesamt	8.375.290	4.079.093	4.296.197
Österreich (Inland)	7.082.440	3.462.048	3.620.392
Nicht-Österreich (Ausland)	1.292.850	617.045	675.805
Anteil im Ausland geborener Personen (in %)	15,4	15,1	15,7
EU-Staaten, EWR, Schweiz	532.625	236.464	296.161
Drittländer	760.225	380.581	379.644

Bevölkerungsstand zusammengefasst per 01.01.2010; Quelle: Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/demographie/index.html

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 unten 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/die Migrant/in 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.³³⁰

327 Integrationsfonds, <http://www.integrationsfonds.at/wissen/glossar>, (dl 23.09.2010)

328 Österreichischer Integrationsfonds, 2009, S. 8ff

329 Statistik Austria, Bevölkerung seit 2001 nach Staatsangehörigkeit und Geburtsland

330 Österreichischer Integrationsfonds, 2009, S. 12ff

Tabelle 90: Staatsangehörigkeit der österreichischen Bevölkerung und Geburtsland

Staatsangehörigkeit Österreich	
in Österreich geboren	6.952.559
im Ausland geboren	527.587
gesamt	7.480.146

Staatsangehörigkeit Nicht-Österreich	
in Österreich geboren	129.881
im Ausland geboren	765.263
gesamt	895.144

Quelle: Statistik Austria, Bevölkerung seit 2001 nach Staatsangehörigkeit und Geburtsland

Von den nicht-österreichischen StaatsbürgerInnen, die in Österreich leben (985.144 Personen), sind 85,50% im Ausland (765.263 Personen) und 14,50% in Österreich (129.881 Personen) geboren.

Tabelle 91: 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). Knapp über 38% dieser Personen kommen aus den EU-Staaten, aus dem EWR und aus der Schweiz, ca. 62% sind Drittstaatsangehörige, von denen wiederum über 80% aus europäischen

Drittstaaten stammen (= 436.258 Personen). 11% der Drittstaatsangehörigen stammen aus Asien, 4% aus Afrika, ein kleiner Anteil aus Amerika und aus Ozeanien, und bei ca. 2% ist die Staatenzugehörigkeit ungeklärt. (Zusatzinformation: Asylberechtigte Personen, die bereits eine Bestätigung ihrer Aufnahme haben, erhalten die österreichische Staatsbürgerschaft, d. h. sie sind in dieser Statistik nicht berücksichtigt, scheinen aber in der obigen Tabelle nach Geburtsland auf.)

Der größte Anteil der als „AusländerInnen“ bezeichneten Personen in Österreich stammt also aus dem übrigen Europa, insbesondere aus den ex-jugoslawischen Staaten (außer Slowenien) und aus der Türkei (ca. 292.000 bzw. 112.150 Personen).

Oft wird von einem sehr hohen AusländerInnen-Anteil in Österreich gesprochen. An dieser Stelle sei hinzu-zufügen, dass der Anteil oft größer erscheint, da vielen ÖsterreicherInnen mit Migrationshintergrund (z.B. ÖsterreicherInnen mit türkischer, asiatischer oder afrikanischer Herkunft) die ausländische Herkunft auch noch in zweiter und dritter Generation „anzusehen“ ist.

Tabelle 92: Frauenanteil nach Staatsangehörigkeit und Altersgruppen

Staatsangehörigkeit von Frauen	Insgesamt	Nach Altersgruppen					
		0 bis 5 Jahre	6 bis 14 Jahre	15 bis 24 Jahre	25 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre	65 Jahre und älter
Insgesamt	4.296.197	231.427	375.566	501.696	1.540.892	782.761	863.855
Österreich	3.854.047	202.473	336.217	441.035	1.319.025	717.725	837.572
Nicht-Österreich	442.150	28.954	39.349	60.661	221.867	65.036	26.283
Ausländerinnenanteil in %	10,3	12,5	10,5	12,1	14,4	8,3	3,0
EU-Staaten, EWR, Schweiz	176.888	10.461	11.072	21.107	98.679	23.586	11.983
Beitrittsländer bis 1995 (EU-14)	93.391	5.497	6.069	10.482	47.772	14.202	9.369
Deutschland	69.137	3.955	4.403	7.988	34.890	10.406	7.495
Beitrittsländer 2004 (EU-10)	53.164	3.137	3.030	5.736	33.443	6.728	1.090
Beitrittsländer 2007 (EU-27)	25.747	1.675	1.738	4.522	15.332	1.844	636
Schweiz, EWR (inkl. assoziierte Kleinstaaten)	4.586	152	235	367	2.132	812	888
Drittstaatsangehörige	265.262	18.493	28.277	39.554	123.188	41.450	14.300
Europa	209.102	14.374	23.742	31.531	91.470	36.247	11.738
ehem.-Jugoslawien (ohne Slowenien)	136.683	8.377	15.284	19.238	57.931	27.181	8.672
Türkei	53.543	3.877	6.100	9.597	23.549	7.804	2.616
sonstige europäische Staaten	18.876	2.120	2.358	2.696	9.990	1.262	450
Afrika	8.904	791	764	1.275	5.507	382	185
Amerika	10.263	375	631	1.351	5.936	1.281	689
Nordamerika	4.443	205	294	586	1.950	819	589
Lateinamerika	5.820	170	337	765	3.986	462	100
Asien	31.358	1.896	2.389	4.544	18.123	2.951	1.455
Ozeanien	634	22	32	69	342	118	51
unbekannt/ungeklärt/staatenlos	5.001	1.035	719	784	1.810	471	182

Quelle: Statistik Austria, Statistik des Bevölkerungsstatus, 01.01.2010

Betrachtet man die Frauen, weist Österreich einen Ausländerinnenanteil an der weiblichen Bevölkerung von 10,3% auf. In Österreich leben insgesamt ca. 136.700 Frauen aus Ex-Jugoslawien (ohne Slowenien), etwa 53.500 Frauen aus der Türkei, ca. 8.900 Frauen aus Afrika und ca. 31.300 Asiatinnen, die keine österreichische Staatsbürgerschaft haben. Die größten Ausländerinnenanteile gibt es in der Gruppe der 0- bis 5-Jährigen (mit 12,5%),

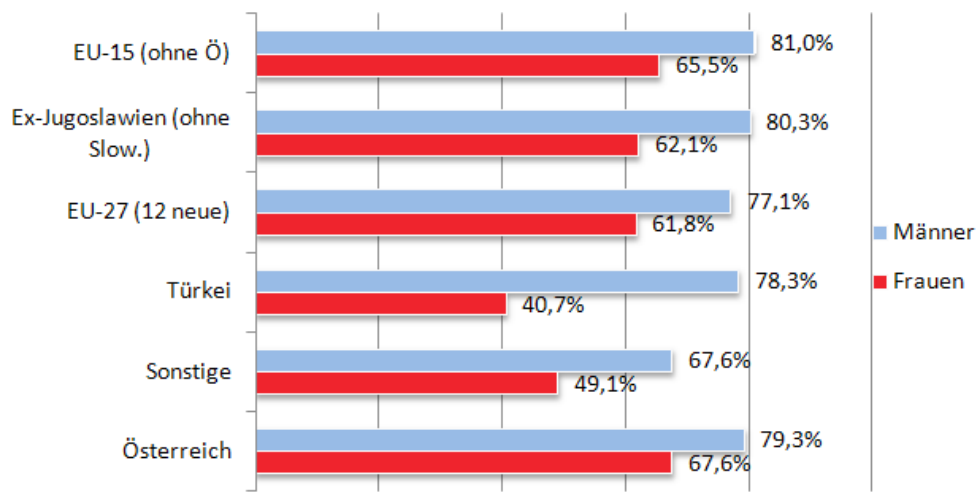
in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen (mit 12,1%) und in der Gruppe der 35- bis 49-Jährigen (mit 14,4%). Der größere Anteil in jungen Jahren rührt daher, dass die Migrantinnen früher und häufiger Kinder gebären als die österreichischen Frauen. Bei Frauen im Alter von 50 bis 64 Jahren sinkt der Ausländerinnen-Anteil 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.³³¹

8.1 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 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. Ein Grund dafür, dass diese Einwanderungsgruppe sehr gut im Arbeitsleben aufgenommen wird, sind die wegfallenden Sprachbarrieren. 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.³³²

Abbildung 96: Erwerbsquoten von Männern und Frauen nach Herkunftsland



Quelle: Statistik Austria: Lebens- und Arbeitssituation von Migrantinnen und Migranten in Österreich. Wien, 2009d, S.36

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 türkisch-stämmigen 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. Arbeit ist identitätsstiftend, sie sorgt für soziale Kontakte, stärkt das Selbstwertgefühl und Frauen in ihrer Selbständigkeit.

331 Österreichischer Integrationsfonds, 2009, S. 16

332 Statistik Austria, Lebens- und Arbeitssituation von Migrantinnen und Migranten in Österreich, 2009d, S. 34ff

Die Arbeitslosenquote bei den Frauen in Österreich lag in den Jahren 2006 bis 2009 zwischen 6% und 6,5%; 2008 erreichte sie einen Höhepunkt von 6,5% und ging 2009 wieder auf 6,3% zurück. 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.³³³

Tabelle 93: Arbeitslosenquote Frauen mit Migrationshintergrund, 2006 bis 2009

	2006	2007	2008	2009
Arbeitslose Frauen	103.396	97.902	124.346	106.726
Arbeitslosenquote in %	6,40%	6,00%	6,50%	6,30%
davon Ausländerinnen	15.861	15.291	24.271	17.795
davon Ausländerinnen, in %	15,34%	15,62%	19,52%	16,67%

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

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

Tabelle 94: 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)

Knapp 40% der Arbeitsbewilligungen gingen an Migrantinnen im Bereich ‚Dienstleistungen‘. Ein weiterer großer Anteil an Migrantinnen (ca. 15%) ist im Bereich ‚Industrie und Gewerbe‘ beschäftigt. Von weiteren 15% ist die Berufssparte unbekannt, jeweils etwa 6% der Migrantinnen arbeiten in den Bereichen ‚Handel, Verkehr‘ sowie ‚Verwaltung, Büro‘ und ‚Gesundheit, Lehrberuf‘. Unter 5% der Bewilligungen wurden für Migrantinnen im Bereich ‚Land- und Forstwirtschaft‘ erteilt und ein kleiner Anteil (weniger als 1%) für ‚technische Berufe‘. Gesamt waren dies im Jahr 2009 genau 90.191 bewilligt beschäftigte Migrantinnen in Österreich. Der größte Anteil der ausländischen Frauen am österreichischen Arbeitsmarkt mit bewilligten Beschäftigungsverhältnissen stammt aus den Ländern Ex-Jugoslawiens, aus der Türkei und aus Ungarn. Ein relativ großer Anteil stammt aus Polen, Rumänien und aus der Slowakei, gefolgt von der Tschechischen Republik und Bulgarien.³³⁴

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

334 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. Ein guter Arbeitsplatz setzt eine gute Ausbildung voraus. 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. Je kürzer die ZuwanderInnen in Österreich sind, desto höher ist der Anteil derer, die ihre Ausbildung im Ausland abgeschlossen haben. Die Antragstellung zur Anerkennung nimmt Zeit und Kosten in Anspruch, im zweiten Quartal 2008 haben ca. 131.000 ZuwanderInnen einen entsprechenden Antrag gestellt (entspricht 17%). Die gesetzlichen Regelungen sind unterschiedlich für EU- und Nicht-EU-BürgerInnen. Am häufigsten wagen diesen Schritt ZuwanderInnen aus den EU-15-Ländern, zu einem Drittel Deutsche.³³⁵

8.2 Das Leben von Migrantinnen in Österreich

Migrantinnen, die in Österreich leben, sorgen verstärkt für das Bevölkerungswachstum. Sie sind im Schnitt jünger als die Österreicherinnen, wenn sie ihr erstes Kind gebären. Der europäische Durchschnitt (gemessen an EU, EWR, Schweiz) liegt bei 28,3 Jahren, in Österreich liegt der Schnitt bei 27,9 Jahren – bei türkischen Frauen hingegen bei 23,8 Jahren und bei den Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien bei 24,6 Jahren (Daten aus dem Jahr 2007). Ebenso verhält es sich bei der Anzahl der Kinder: die durchschnittliche Kinderanzahl pro Österreicherin lag 2007 bei 1,29, bei den Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien bei 1,96 und bei den türkischen Frauen in Österreich bei 2,61 Kindern. Darüber hinaus ist die Quote unehelich geborener Kinder bei österreichischen Frauen erheblich höher: Demnach werden 44% der österreichischen Kinder unehelich geboren, im Gegensatz zu 15% Kindern mit einer Staatsangehörigkeit aus Ex-Jugoslawien und 5% mit türkischer Staatsangehörigkeit. Das mittlere Heiratsalter für österreichische Frauen liegt bei 29,1 Jahren, im EU-Durchschnitt bei 30,1 Jahren, bei den Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien bei 23,9 und bei den türkischen Frauen in Österreich bei 21,7 Jahren. Das Heiratsalter der Männer ist in allen Gruppen höher als jenes der Frauen. Knapp 5% der Eheschließungen in Österreich werden zwischen zwei ausländischen PartnerInnen getätigt (2007), bei 10% ist ein/e PartnerIn ÖsterreicherIn, eine/r AusländerIn, und bei 8% der Eheschließungen kommt ein/e PartnerIn aus Österreich und eine/r aus einem EU/EWR-Staat.³³⁶

Nach Österreich zugewanderte Frauen bekommen also in vielen Fällen bereits sehr früh ihre Kinder und entscheiden sich häufig zuvor zu einer Eheschließung, d.h. sie binden sich früher als Österreicherinnen. Auch liegt die Erwerbsquote der ausländischen Frauen (wie bereits weiter oben beschrieben) generell unter der der österreichischen Frauen, was zu einer höheren finanziellen Abhängigkeit vom Partner bzw. Ehepartner führt. Insbesondere bei den türkischen Frauen lässt sich ein hoher Anteil an Hausfrauen feststellen, die durch eine fehlende Erwerbstätigkeit über weniger soziale Kontakte und somit über weniger soziale Teilhabe verfügen. Die finanzielle Abhängigkeit zieht sich bei Erwerbslosigkeit bzw. auch bei langen Unterbrechungen der Erwerbstätigkeit (z.B. durch Kinderbetreuungszeiten) bis ins höhere Alter der Frauen, bis hin zur Pension fort. Zudem sind ausländische Frauen öfter in niedrig qualifizierten Jobs untergebracht bzw. unter ihrer Qualifikation beschäftigt, weil keine Anerkennung der im Herkunftsland absolvierten Ausbildung beantragt bzw. bewilligt wurde. Diese Frauen sind häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen und unterliegen somit einer höheren Armutsgefährdungsquote.

335 Statistik Austria, 2009, Lebens- und Arbeitssituation von Migrantinnen und Migranten in Österreich, S. 62ff

336 Österreichischer Integrationsfonds, 2009, S. 25ff

Tabelle 95: Bildungsabschlüsse von MigrantInnen

Höchste abgeschlossene Ausbildung von Personen, die im Ausland geboren wurden	Gesamt in 1.000	darunter: Ausbildung nicht in Ö absolviert	in %
Pflichtschule	330,2	248,1	75,4
Lehre	273,3	172,5	63,2
BMS	98,0	66,4	67,8
AHS, BHS	191,9	147,7	77,3
Universität, Hochschule u.ä.	158,0	109,4	69,2

Quelle: Statistik Austria

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. Es ist also nicht klar, ob die MigrantInnen einer Erwerbstätigkeit nachgehen, die ihrem Ausbildungsniveau entspricht.³³⁷

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 in Österreich werden 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. Zu betonen ist an dieser Stelle, dass diese Gruppen zu den „working poor“ zählen, das bedeutet, sie sind trotz Erwerbstätigkeit nicht in der Lage, genug Geld aufzubringen, um der Armut zu entkommen.³³⁸ Auch im Zweiten Armuts- und Reichtumsbericht wird betont, dass die hohe Armutsgefährdung vieler MigrantInnen auf ihre niedrige formale Schulbildung zurückzuführen ist. Wie bereits weiter oben erwähnt, unterscheiden sich die Bildungsniveaus stark, je nach Herkunftsland. 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. Erschwerend kommt noch hinzu, dass viele MigrantInnen nicht nur von Einkommensarmut, sondern auch von manifester Armut betroffen sind, d. h. sie können am gesellschaftlichen Leben nicht teilhaben.³³⁹ Besonders betroffen sind hiervon die Frauen – sie sind zu einem geringeren Anteil erwerbstätig und verdienen, wenn sie einer Erwerbstätigkeit nachgehen, generell weniger als die Männer.

337 Statistik Austria

338 Österreichischer Integrationsfonds, 2009, S. 48ff

339 Österreichische Gesellschaft für Politikberatung und Politikentwicklung, 2008, S. 129ff

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. All diese Aspekte werden im vorliegenden Kapitel erläutert.

8.3 Migration und Gesundheit

Wie bereits erwähnt, sind viele MigrantInnen einem höheren Armutsgefährdungsrisiko ausgesetzt, sie haben ein schlechteres Bildungsniveau und arbeiten in vielen Fällen in schlechter bezahlten und niedrig qualifizierten Anstellungen. 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: Beratungsstellen und Präventionsangebote werden weniger frequentiert, dafür werden Unfallambulanzen und Akutversorgungsangebote häufiger genutzt.³⁴⁰

Das Robert Koch Institut zeigt in seinem Bericht „Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit“, dass MigrantInnen in jungen Jahren (unter 40) generell weniger häufig von Krankheiten und Unfallverletzungen betroffen sind als ÖsterreicherInnen. Ab 40 Jahren übersteigt in diesem Bereich der Anteil der MigrantInnen den der Einheimischen. Bei Männern im Alter ab 60 Jahren sind die Einheimischen wieder weitaus öfter betroffen, bei den Frauen ist der Unterschied kaum wahrnehmbar. Hinzuzufügen ist in diesem Fall, dass ausländische Beschäftigte häufiger in Bereichen mit einer höheren Unfallgefahr, z.B. im Bauwesen, arbeiten. Die schwierige Verständigung ist auf dem Gebiet der Unfallvermeidung ein wichtiger Faktor. Betrachtet man die Berufskrankheiten, so zeigt sich, dass MigrantInnen in verschiedenen Berufen zu einem höheren Anteil von langfristigen Belastungen betroffen sind. In allen Berufen zeigt sich bei den MigrantInnen eine höhere Anzahl an Arbeitsunfähigkeitsfällen. Ein häufiges Gesundheitsproblem sind Infektionserkrankungen, die in einigen Fällen bereits aus dem Herkunftsland importiert werden.³⁴¹

Die Lebenserwartung der zugewanderten Bevölkerung lag im Jahr 2007 höher als jene der österreichischen Bevölkerung: 78,8 Jahre für Männer mit Migrationshintergrund, 76,8 Jahre für Männer aus Österreich, 83,5 Jahre für Frauen mit Migrationshintergrund und 82,4 Jahre für Österreicherinnen. Dieser Unterschied flacht allerdings ab und gleicht sich in der zweiten Generation an. Es gibt keine zuverlässige Interpretation von Daten, da es in höheren Altersgruppen wenige eingebürgerte AusländerInnen in Österreich gibt.³⁴²

Die Einstellung zur Gesundheit ist in hohem Maß kulturell geprägt. Das bildet sich in der Zufriedenheit mit der subjektiven Gesundheit ab. Generell nimmt die Zufriedenheit mit zunehmendem Alter ab. Bis 40 Jahre unterscheidet sich die Einschätzung der subjektiven Gesundheit zwischen österreichischen und eingewanderten Personen kaum (auf einer Skala von 1-10 liegt der Wert bei ca. 7,7). Ab 40 Jahren ist ein Unterschied in der Zufriedenheit feststellbar: österreichische BürgerInnen sind erheblich zufriedener (ca. 6,5) als MigrantInnen (knapp unter 6). Bei den über 65-Jährigen ist dieser Unterschied fortlaufend: 5,7 bei ÖsterreicherInnen und 4,9 bei der eingewanderten Bevölkerung.³⁴³ Auch hier gibt es Unterschiede in Bezug auf die Herkunft der Per-

340 Pammer, 2010, S. 99f

341 Robert Koch Institut, 2005, S. 194ff

342 Österreichischer Integrationsfonds, 2009, S. 66ff

343 Robert Koch Institut, 2005, S. 198ff

sonen. Die Gesundheitsbefragung 2006/2007, ausgewertet nach soziodemografischen Merkmalen, zeigt, dass Frauen ohne Migrationshintergrund eine dreimal so hohe Wahrscheinlichkeit haben, sich gesundheitlich sehr gut oder gut zu fühlen wie Frauen mit Migrationshintergrund.³⁴⁴

In Bezug auf Vorsorge zeigt sich folgendes Bild: ZuwanderInnen in Österreich haben weniger häufig einen aufrechten Impfschutz als andere Bevölkerungsgruppen; der größte Unterschied liegt bei FSME-Impfungen (73% der in Österreich geborenen und nur 40% der im Ausland geborenen Personen) und bei Tetanus (73% gegenüber 50%) vor. Bei Polio beträgt der Anteil 56% versus 31% und bei Diphtherie 54% versus 33%.³⁴⁵

MigrantInnen nutzen generell seltener die kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen – bei den Männern ist der Unterschied größer als bei Frauen. 57% der Migrantinnen nutzen die Mammografie-Untersuchungen; dem stehen 70% der Frauen ohne Migrationshintergrund gegenüber. Der Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund, der den jährlichen Krebsabstrich beim GynäkologInnen macht, liegt bei 33%, bei den österreichischen Frauen bei 57%. An der Gesundenuntersuchung nehmen Personen mit Migrationshintergrund ebenso seltener teil. Bei Frauen ohne Migrationshintergrund zeigt die Gesundheitsbefragung 2006/2007, dass 21% im Vorjahr an der Gesundenuntersuchung teilgenommen haben, bei den Migrantinnen waren dies nur 16%. Bei den Männern liegt der Unterschied bei 23% zu 11%.³⁴⁶

Bei der Prävalenz chronischer Erkrankungen lassen sich bei beiden Geschlechtern und über alle Altersgruppen hinweg geringfügige Unterschiede bei Personen mit oder ohne Migrationshintergrund feststellen: Männer mit Migrationshintergrund sind bis zum Alter von 34 Jahren stärker, von 35 bis 54 Jahren weniger und ab 55 Jahren wieder stärker als einheimische Männer von einer chronischen Krankheit betroffen. Frauen mit Migrationshintergrund sind bis 54 Jahre stärker davon betroffen als Frauen ohne Migrationshintergrund. Bei Männern und bei Frauen mit Migrationshintergrund liegt die Auftretenswahrscheinlichkeit einer chronischen Krankheit geringfügig höher. Im Vergleich von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund zeigt sich, dass MigrantInnen eine dreifach höhere Wahrscheinlichkeit haben, an Diabetes zu erkranken, ein 2,6fach erhöhtes Risiko, an Bluthochdruck, chronischen Angstzuständen und Depressionen zu leiden und eine zirka 1,5fache Chance auf Wirbelsäulenbeschwerden, Migräne oder Gelenkerkrankungen. In Bezug auf Allergien und Harninkontinenz unterliegen die Österreicherinnen einer höheren Wahrscheinlichkeit.³⁴⁷

MigrantInnen beurteilen ihre Lebensqualität generell schlechter als Personen ohne Migrationshintergrund – dies gilt sowohl für Männer als auch für Frauen. In allen fünf Bereichen (allgemeine Lebensqualität, physischer Bereich, psychischer Bereich, soziale Beziehungen und Umwelt) zeigen sie einen schlechteren Mittelwert, wobei bei den sozialen Beziehungen kaum Unterschiede bestehen. Bei Männern und Frauen ist der Unterschied ähnlich. Ebenso schätzen Männer und Frauen mit Migrationshintergrund ihre Vitalität und ihr psychisches Wohlbefinden schlechter ein. Dabei ist beim psychischen Wohlbefinden ein stärkeres Auseinanderklaffen zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund festzustellen.³⁴⁸

Beim gesundheitsbezogenen Verhalten sind MigrantInnen risikoreicher, das bestätigt sowohl das Robert Koch Institut als auch der Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend.

Das geringere Bewusstsein für gesunde und ausgewogene Ernährung und der häufig niedrigere soziale Status zeigen sich deutlich in der Gewichtssituation. Frauen und Männer mit Migrationshintergrund sind häufiger adipös – bei Frauen ist der Unterschied stärker ausgeprägt als bei Männern (23% bei Migrantinnen, 11% bei Österreicherinnen).

344 Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2008, Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit, S. 82ff

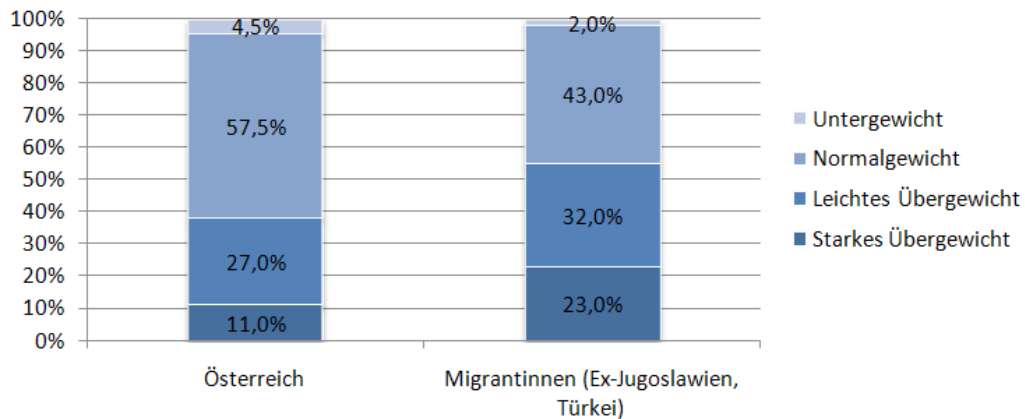
345 Österreichischer Integrationsfonds, 2009, S. 66ff

346 Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2008, Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit, S. 92 ff

347 Ebd., S. 84ff

348 Ebd., S. 86

Abbildung 97: Gewichtssituation der Frauen in Österreich



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend BMGFJ (Hrsg.), 2008, Sozio-demografische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Wien, S. 88

Bei den unter- und normalgewichtigen Frauen liegen die Migrantinnen hinter den Österreicherinnen, beim leichten Übergewicht und beim starken Übergewicht beläuft sich der gesamte Anteil bei den Österreicherinnen auf 38%, bei den Migrantinnen auf 55%. Diese Statistik ist insbesondere auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes bezogen bedenklich. Hinzuzufügen ist, dass generell Personen mit niedrigerem Bildungsniveau häufiger an Adipositas leiden, ebenso armutsgefährdete Personen bzw. Personen in manifester Armutssituation.

Die Raucherprävalenz ist sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit Migrationshintergrund höher als bei einheimischen Frauen und Männern. 21% der österreichischen Frauen und 29% der Frauen aus Ex-Jugoslawien und aus der Türkei rauchen täglich. Der Anteil an Nichtraucherinnen ist in beiden Gruppen gleich, nämlich 42%. Unter den Österreicherinnen gibt es mehr Ex-Raucherinnen, d. h. sie haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, mit dem Rauchen aufzuhören. Bei den jugendlichen Frauen gibt es in der Raucherprävalenz keinen, bei den Burschen allerdings einen sehr starken Unterschied in Bezug auf den Migrationshintergrund (47% der männlichen jugendlichen Migranten rauchen täglich, versus 30% der österreichischen jugendlichen Burschen).³⁴⁹

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. Hier wäre es hilfreich, den kulturellen Hintergrund und das Verständnis von Gesundheit genau zu erforschen und darauf aufbauend Botschaften und Öffentlichkeitsarbeit zu gestalten (z.B. durch einen verstärkten Einsatz von Bildern).

Der allgemeine Gesundheitszustand von Migrantinnen kann als Indikator der Integration genommen werden. Allerdings ist dabei zu beachten, dass der Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Zusammenhang mit den im Herkunftsland üblichen Maßnahmen und Strategien zu sehen ist. Um die Gesundheitsförderung und -versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund zu optimieren, sind folgende drei Aufgaben zu erfüllen:

1. Informationen über gesunde Lebensführung
2. Abbau von Sprachbarrieren
3. Aufklärung über das Gesundheitsversorgungssystem und dessen adäquate Nutzung³⁵⁰

349 Ebd., S. 88f

350 Schildberger, 2010

Beitrag des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentren 2010 Frauengesundheit und Migration

Die „Migrantin“ gibt es nicht, denn Frauen mit Migrationshintergrund sind so unterschiedlich wie ihre Herkunftsländer und ihr Aufenthaltsstatus und ebenso vielfältig sind ihre gesundheitliche Anliegen und Bedürfnisse.

Die Lebensbedingungen von Migrantinnen in Österreich sind jedoch häufig schwierig: schlechte Wohnverhältnisse, gesundheitlich riskante Arbeitsplätze, Arbeitslosigkeit, ungewisse Zukunft. Die negative Wirkung dieser Faktoren auf die Gesundheit ist unbestritten. Hinzu kommen verschiedene psychische Stressoren wie etwa traumatische Erfahrungen, Verlusterlebnisse oder andere belastende Life Events. Ein ungesicherter Aufenthaltsstatus sowie die Erfahrung von Diskriminierung und Rassismus sind zusätzliche Belastungsfaktoren. Frauen sind dabei häufig zusätzlicher Diskriminierung ausgesetzt durch ihren Status als „Ausländerin“ und als Frau mit den jeweiligen Rollenzuschreibungen.

Das Körperbild und -bewusstsein von Frauen hängt eng mit ihrer kulturellen Sozialisation zusammen. Werte, Normen, Tabus und das jeweilige Weltbild im Hinblick auf Leben und Tod, Krankheit und Heilung beeinflussen wesentlich den ihren Umgang mit weiblichen Lebenszusammenhängen, der Sexualität, dem Erleben der Menstruation, einer Schwangerschaft oder den Wechseljahren.

Trotz Mangel an repräsentativen Daten ist evident, dass noch keine Chancengleichheit im Gesundheitswesen für Migrantinnen besteht. Um die Versorgungssituation von Migrantinnen zu verbessern, ist daher auf mehreren Ebenen anzusetzen. Am Beginn stehen adäquate Kommunikation und Aufklärung mit - falls nötig - kompetenter sprachlicher Vermittlung. Darüber hinaus muss die Schulung interkultureller Kompetenzen fixer Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen sein. Gleichzeitig sind Maßnahmen zu implementieren, die Migrantinnen - und hier vor allem Mädchen - den Zugang zu Ausbildungen und Berufstätigkeit im Gesundheitswesen erleichtern. Vorhandene Sprach- und Kulturkompetenzen sind dabei als Ressourcen anzuerkennen. Im Bereich psychosozialer Versorgung sind die bestehenden Einrichtungen abzusichern und zu erweitern, wobei auf aktuelle Trends der Migration Rücksicht zu nehmen ist.

Ziel ist die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens mittels Abbau sprachlicher, kultureller und institutioneller Barrieren unter Berücksichtigung frauenspezifischer Belange. Achtung und Respekt gegenüber Integrität, Schamgrenzen, kulturellen und religiösen Riten sind dabei im Interesse Aller unabhängig von sozialer oder ethnischer Herkunft und bedeuten eine Umsetzung der Menschenrechte.

8.3.1 Gesundheitsversorgung von Asylwerberinnen

Mag.^a Marion Kremla, Psychologin, Asylkoordination Österreich

Asylwerberinnen - Frauen also, 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. Laut Statistik des UNHCR³⁵¹ sind weltweit 51% aller Flüchtlinge Frauen. 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 Frauen sind Zwangsverheiratung und Beschneidung.

Krankenversicherung und Leistungsansprüche

Auf welche Leistungen der Gesundheitsversorgung haben Asylwerberinnen in Österreich nun Anspruch? Grundsätzlich gilt: Asylwerberinnen und Asylwerber sind genauso krankenversichert wie ÖsterreicherInnen. Geregelt ist dies seit Mai 2004 durch die sogenannte Grundversorgungsvereinbarung. Im Rahmen dieser Vereinbarung haben Bund und Länder ihre Aufgabenteilung bei der Versorgung von AsylwerberInnen festgelegt.

351 United Nations High Commissioner for Refugees – UNO Flüchtlingshochkommissär, auch bekannt als UNO Flüchtlingshilfswerk

Geregelt ist, welche Leistungen AsylwerberInnen zustehen, z.B. in Bezug auf Unterkunft, Krankenversicherung, Verpflegung, Schulbedarf. 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.

Obwohl immer wieder in Diskussion, wurde die Vergabe von e-cards an AsylwerberInnen bisher nicht umgesetzt. 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. Nur wenige Krankenhäuser verfügen über einen Dolmetschpool. So werden nach wie vor Angehörige, Bekannte und leider auch Kinder als DolmetscherInnen eingesetzt. Positiv hervorzuheben sind dabei z.B. die interkulturellen Ambulanzen im psychiatrischen Krankenhaus Wagner-Jauregg und an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Wien. Auch in Hall in Tirol gab es eine interkulturelle Ambulanz, die aber wieder geschlossen wurde; immerhin existiert ein Dolmetschpool, den die Universitätsklinik Innsbruck und das psychiatrische Krankenhaus in Hall nützen. Diese Problematik betrifft freilich nicht ausschließlich AsylwerberInnen, sondern MigrantInnen generell. Es existiert zu diesem Thema auch eine Studie des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen aus dem Jahr 2005, die aus einem großen Manko an interkultureller Kompetenz der österreichischen Krankenhäuser ein ganzes Bündel notwendiger Maßnahmen ableitet. Es handelt sich dabei freilich um Empfehlungen an Länder und Krankenhausträger, die bisher kaum aufgegriffen wurden³⁵².

„MigrantInnenfreundliche Krankenhäuser“ sollen den Herausforderungen von zunehmend kulturell verschiedenartigen KlientInnen (teilweise sozial schwache Minderheiten) adäquat begegnen. Insbesondere bei MigrantInnen kommt den Krankenhäusern eine bedeutende Versorgungsfunktion zu. Eine kultursensible Betreuung beinhaltet laut Empfehlungen der Arbeitsgruppe „migrant friendly hospital“ in der Amsterdamer Deklaration von Dezember 2004 mehrere Aspekte:

- Aufbau ethnokultureller Kompetenzen beim Personal,
- Abbau von Sprachbarrieren bzw. den systematischen Einsatz von professionellen medizinischen Dolmetschdiensten,
- Empowerment (zielgruppenspezifisch) der MigrantInnen (Schulungen und Informationsmaterialien), insbesondere im Bereich der Mutter-Kind-Versorgung.

Die Empfehlungen wurden auf Basis eines europaweiten Pilotprojekts ausgearbeitet, in dem für Österreich das Kaiser-Franz-Josef-Spital Wien teilgenommen hat.³⁵³ Der Bearbeitung des Themas in Österreich widmet sich eine Arbeitsgruppe im Rahmen des Österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG).³⁵⁴

Frauenspezifische Einrichtungen

Erfreulich ist, dass zwei Einrichtungen für AsylwerberInnen geschaffen wurden, die in der Lage sind, speziell auf die Bedürfnisse alleinstehender Frauen eingehen zu können, die traumatisiert sind, familiäre Gewalt oder aber eine schwere Krankheit hinter sich haben. Seit 2003 steht das Haus der Frauen in der Erstaufnahmestelle Traiskirchen zur Verfügung, seit Herbst 2005 das „Haus der Frauen“ in Hollabrunn. Anders als in „normalen“ Flüchtlingsunterkünften stehen Frauen und ihren Kindern hier DolmetscherInnen, psychologische und juristische Beratung, sowie Freizeitaktivitäten zur Verfügung. Dies alles trägt zum Wiedergewinn von Stabilität bei. Vom Gesundheitsaspekt her besonders wichtig ist aber, dass auch eine Begleitung zu Arztterminen angeboten wird.³⁵⁵

352 BMG, www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/6/5/0/CH0772/CMS1126253889077/bericht_interkulturelle_kompetenz_im_gesundheitswesen.pdf, (dl 05.06.2010)

353 Karl-Trummer, et al, http://www.ongkg.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/Karl-Trummer_MFH_2006.pdf, (dl 26.01.2011)

354 Der Absatz über ‚MigrantInnenfreundliche Krankenhäuser‘ wurde von Mag.^a Sonja Kodelitsch verfasst.

355 Verein Menschen leben, www.menschen-leben.at/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=6&Itemid=98, (dl 05.06.2010)

Versorgung psychischer Erkrankungen

Mit den ersten, bereits in den 1990er Jahren entstandenen flüchtlingspezifischen Therapiezentren in Wien und Graz wurde der Behandlungsbedarf traumatisierter oder aus anderen Gründen psychisch destabilisierter Flüchtlinge offensichtlich. Durch einen von der Europäischen Kommission gesetzten Förderungsschwerpunkt konnte das Angebot an psychotherapeutischen Behandlungszentren in den letzten Jahren ausgebaut werden. Seit 2008 wurden allerdings die Förderungen bei einigen Einrichtungen erheblich zurückgeschraubt, sodass das Leistungsangebot teilweise wieder zurückgeht. 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.

Interessanterweise sind es im medizinischen Bereich die psychiatrischen Kliniken, die als erste Schritte zu einer interkulturellen Öffnung unternehmen. Hier befinden sich die schon erwähnten interkulturellen Ambulanzen, von denen durch Weiterleitung und Kommunikation möglicherweise auch eine Sensibilisierung des gesamten Krankenhauses zu erhoffen ist.

Perspektive

Maßnahmenvorschläge, Zielvorgaben, Leitlinien gibt es genügend. Letztlich kommt die Praxis, Flüchtlinge und MigrantInnen mangels einer gemeinsamen Sprache vermehrt somatischen Untersuchungen zuzuweisen, bestimmt teurer als ein Dolmetschpool. Für Flüchtlingsfrauen wäre zu hoffen, dass als nächstes Gynäkologie und Innere Medizin einen Schritt in Richtung Mehrsprachigkeit unternehmen, da das Dolmetschproblem in diesem Bereich – das doch sehr intime Themen beinhaltet – besonders akut ist.

8.3.2 Migrantinnen und Geburt – Geburtsbetreuung als Integrationsschnittstelle

Mag.^a Agnes Kaiser, Wissenschaftliche Projektmitarbeiterin, Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Johannes Kepler Universität Linz

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. Das liegt zum einen Grund daran, dass der Anteil an Frauen mit Migrationshintergrund, also auch Migrantinnen zweiter und dritter Generation, an der Gesamtbevölkerung steigen wird. Ein zweiter Grund ist, dass ausländische Staatsbürgerinnen im Vergleich zu Österreicherinnen eine deutlich höhere Fertilität aufweisen.³⁵⁶ Die Geburtshilfe nimmt dadurch als Integrationsschnittstelle im Gesundheitssystem eine immer bedeutendere Rolle ein.

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. Diese Erwartungen können sich einerseits auf die medizinische/technische Betreuung beziehen, andererseits auf die Rollen der Frau, der Begleitpersonen und des betreuenden Personals vor, während und nach der Geburt. Es lässt sich also keinesfalls von einer homogenen Gruppe namens „Schwangere Migrantinnen“ sprechen.

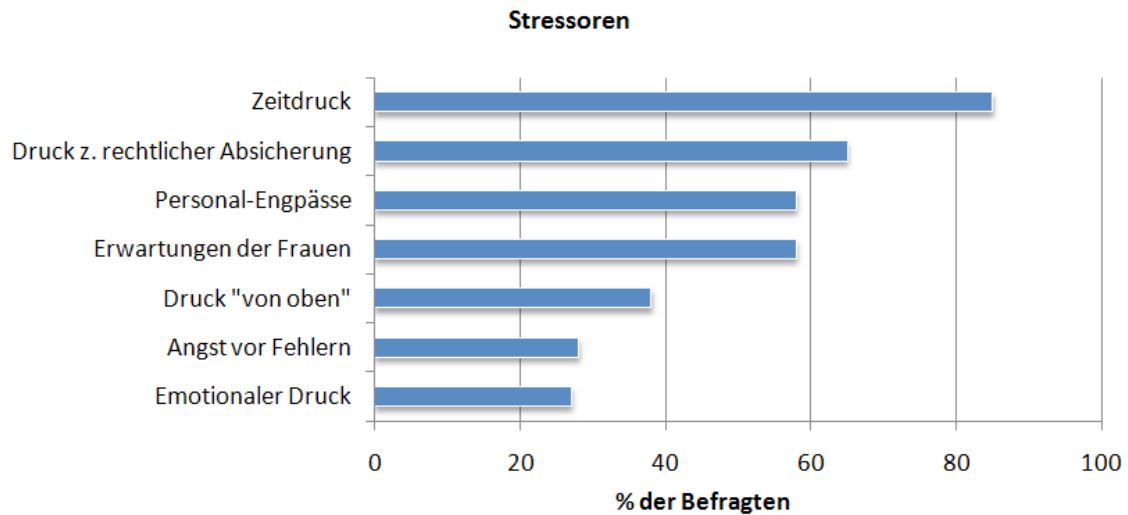
Wie kann aber die transkulturelle Betreuung der Gruppe der Frauen mit Migrationshintergrund rund um die Geburt optimiert werden? In einer oberösterreichweiten Studie wurde versucht, aus Sicht des Betreuungs-

356 Statistik Austria, Geburten und Indikatoren bis 2007. Übermittelt durch das Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Statistik

personals Lösungsansätze für die Herausforderungen bei der Arbeit mit Migrantinnen rund um die Geburt zu suchen.³⁵⁷

Die Ergebnisse der Studie zeigen: 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.

Abbildung 98: Verursachende Faktoren bei der Betreuung von MigrantInnen

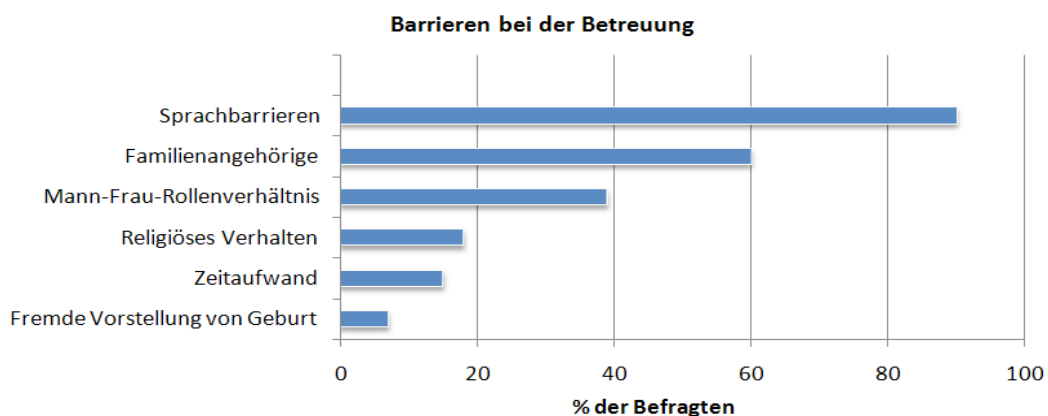


Quelle: Kaiser, 2010

8.3.2.1 Herausforderungen bezüglich transkultureller Betreuung

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.

Abbildung 99: Die größten Herausforderungen bei der Betreuung



Quelle: Kaiser, 2010

³⁵⁷ Die Ergebnisse basieren auf einer Befragung von Hebammen, ÄrztInnen und geburtshilflichem Pflegepersonal. Das Fachpersonal wurde mittels Fragebogen zu seinen Erfahrungen bei der Betreuung von Migrantinnen rund um die Geburt sowie zu seinen Optimierungsvorschlägen befragt. Die Erhebung wurde im Zeitraum November/ Dezember 2008 in 15 oberösterreichischen Krankenhäusern sowie bei freipraktizierenden Hebammen durchgeführt.

Sprachbarriere und DolmetscherInnenmangel

Die mit Abstand größte Schwierigkeit ist die sprachliche Kommunikation. 89,6% der Befragten bezeichnen Sprachbarrieren bei der MigrantInnenbetreuung als „große Herausforderung“.

Verständigungsprobleme beeinträchtigen die Betreuungsqualität enorm, wie sich aus zahlreichen Berichten der Hebammen, ÄrztInnen und Pflegekräfte schließen lässt. Zum Beispiel wird Folgendes berichtet:

1. „Vor allem, wenn kein Dolmetscher mit ist, sind Routinemaßnahmen wie Blutabnahme, vaginale Untersuchungen oft „angstmachend“, Erklärungen sind oft schwierig.“
2. „Besonders bei wichtigen Aufklärungsgesprächen ist die Sprache hinderlich (z.B. krankes oder behindertes Kind, notwendiger Kaiserschnitt...). In diesen Fällen haben wir manchmal Probleme, einen entsprechenden Dolmetscher zu finden“
3. „Das führt dazu, dass häufig Pflegepläne nicht eingehalten werden können. Oft sind die Therapie/das Procedere für die PatientInnen nicht immer ganz klar. Die Anamnese etc. wird meist über den Ehemann erhoben.“

Bereits in der Schwangerschaft führt eine fehlende Gesprächsbasis mit Hebammen und GynäkologInnen zu Informationsdefiziten bei fremdsprachigen Frauen. Bei wichtigen Aufklärungsgesprächen und im Betreuungsalldag ist es hinderlich, wenn keine Übersetzungsmöglichkeit besteht. Treten dann auch noch Komplikationen oder Akutsituationen auf, sind die Schwierigkeiten umso gravierender. Schnelles Reden, Fachausdrücke und Dialekt können außerdem zu Missverständnissen mit fatalen Folgen führen.

Ein massiver Mangel an kompetenten, verfügbaren DolmetscherInnen wird von den betreuenden Hebammen und ÄrztInnen beklagt. Dieser Mangel ist nicht nur in ländlichen Bezirken zu verzeichnen, sondern auch in den Spitälern des Zentralraumes.

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.

Verständigungsschwierigkeiten lösen beim Personal manchmal Frustration und ein Gefühl der Ohnmacht aus: „Ich fühle mich dann weniger wohl - hilfloser - wenn ich ihre Sprache nicht verstehe bzw. sie mich nicht“ „...wenn man nichts erklären kann - Man fühlt sich als Hebamme sehr schlecht – so, als ob man die Frauen vergewaltigen würde.“

Familienangehörige und Geschlechterrollen

Mehr als 60% gaben bei der Befragung an, dass die Familienangehörigen der Gebärenden eine große Herausforderung darstellen. Speziell auf den Wochenbettstationen wünscht sich das Pflegepersonal mehr Anpassung an österreichische Gegebenheiten. Die Kritik bezieht sich auf den „vielen Besuch“. Migrantinnen, die in soziozentrierten Familien und Gesellschaften aufgewachsen sind, werden teilweise bereits während und kurz nach der Geburt von Familienmitgliedern besucht und betreut. Die 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.

Manche Hebammen beschreiben aber auch die positiven Aspekte: „Ich finde es immer sehr berührend, dass die ganze, oft große Familie ins Krankenhaus kommt, um an diesem schönen Erlebnis teilzunehmen. Die gute Laune und die freudige Erwartung der Verwandten machen eine gute Atmosphäre und können der Frau Sicherheit geben, da so viele Menschen mit ihr dieses Ereignis erleben.“

Vielfach sind es Partner und Angehörige, die zwischen medizinischem Personal und der Patientin vermitteln und somit eine Schlüsselrolle einnehmen. Dabei sind Konflikte keine Seltenheit. Knapp 39% der Befragten gaben an, das „Mann-Frau-Rollenverständnis“ stelle eine große Herausforderung dar. Nach Angaben des Krankenhauspersonals fühlt sich weibliches Fachpersonal von männlichen Angehörigen oft respektlos behandelt und nicht ernst genommen.

8.3.2.2 Maßnahmen für eine bessere Migrantinnenbetreuung rund um die Geburt

Frauen beschreiben den durch Migration bedingten Verlust des familiären und sozialen Netzes mitunter besonders in den Phasen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als besonders belastend. Der Ausbau der extramuralen Begegnungs-, Betreuungs-, und Versorgungsmöglichkeiten stellt so nicht nur eine wichtige Maßnahme zur emotionalen und sozialen Unterstützung der Frauen dar, sondern wirkt gleichzeitig als wichtige Strategie zur Integration junger Familien.³⁵⁸

Das Fachpersonal benötigt mehr, bessere und jederzeit verfügbare DolmetscherInnen. Gefordert werden darüber hinaus bessere Deutschkenntnisse von Seiten der Frauen mit Migrationshintergrund. Für den Betreuungsalldag würde sich das Fachpersonal Übersetzungshilfen wünschen, zum Beispiel in Form eines Nachschlage-Wörterbuches mit den gängigsten Sätzen und Begriffen in mehreren Sprachen.

Eine weitere wichtige Maßnahme ist die Förderung der interkulturellen Kompetenz beim Fachpersonal, was schon in den Führungsetagen der Krankenhäuser beginnen sollte. Bei den Hebammen, ÄrztInnen und Diplom-pflegerInnen würde in Bezug auf Weiterbildung großes Interesse bestehen. Umfassendes Diversity-Management erfordert vor allem die gezielte Einbeziehung von MigrantInnen in den Veränderungsprozess.

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. Informationsdefizite sind häufig ein Grund für Missverständnisse bei der Geburt sowie für Probleme beim Stillen und bei der Babypflege. Nach Angaben der Hebammen und Pflegekräfte wären solche Schwierigkeiten im Grunde leicht zu verhindern, wenn es genügend Angebot an fremdsprachigen Geburts- und Stillvorbereitungskursen gäbe.

Es wäre wichtig, die Potentiale der Geburtsbetreuung als Integrationschnittstelle besser zu nutzen und das Fachpersonal in seiner entscheidenden Schlüsselposition zu unterstützen. Die genannten Maßnahmen wären zumindest ein kleiner Beitrag zur Verbesserung der Betreuungssituation.

8.3.3 Migrantinnen und psychische Gesundheit

Mag.^a Hilde Wolf, Klinische und Gesundheitspsychologin, Frauengesundheitszentrum FEM Süd

Mag.^a Ekim San, Klinische und Gesundheitspsychologin, Frauengesundheitszentrum FEM Süd

Migrantinnen stellen eine sehr heterogene Gruppe mit unterschiedlichster ethnischer, religiöser, kultureller und sozialer Herkunft dar. Bei Aussagen zur gesundheitlichen Situation von Migrantinnen sind deshalb ihre Diversität sowie ihre Gesundheitsressourcen mit protektiver Wirkung zu berücksichtigen. Das Herkunftsland, die kulturellen Besonderheiten, die Einwanderungsgeneration und der soziale Status haben großen Einfluss auf die Gesundheit.

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

- deutlich mehr kritische „life events“ (Identitätskrisen, Entwurzelungs- und Verlustgefühle u. a.),
- unsichere Aufenthaltssituation, prekäre Arbeits- und Wohnsituation, sozioökonomische Probleme,
- sprachliche Schwierigkeiten und hohen Segregationsgrad,
- belastende Spannungssituationen zwischen Rückkehr- und Verbleibentscheidung, durch ethnische/kulturelle Diversifizierung verstärkte Generationenkonflikte.³⁵⁹

358 Schildberger, 2010

359 Bermejo & von Wolff, 2009

Bei Frauen mit Migrationshintergrund kommen dazu noch geschlechtsrollenspezifische Belastungen, die zu einer Dreifachdiskriminierung führen können.³⁶⁰ Diese manifestiert sich darin, dass Migrantinnen

1. auf weitgehend unattraktive, unsichere und ungesunde Arbeitsplätze angewiesen sind,
2. als Minoritätsangehörige rechtlichen und sozialen Diskriminierungen ausgesetzt sind und
3. zudem als Frauen Benachteiligungen in Beruf und Familie erfahren.

Nach wie vor gibt es nur wenige Daten über die Prävalenz psychischer Störungen bei MigrantInnen. Den wenigen vorhandenen Studien ist zu entnehmen, dass bei diesen Depressionen somatoforme Störungen und Persönlichkeitsstörungen häufiger vorkommen.³⁶¹ 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.³⁶² 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. Generell gilt, dass ein geringer Bildungsgrad bei Frauen mit häufigeren depressiven Beschwerden einhergeht.³⁶³ Da ein solcher niedriger Bildungsgrad bei Frauen mit Migrationshintergrund ebenso wie sozioökonomische Belastungsfaktoren häufiger anzutreffen ist, lassen sich psychische Probleme nicht allein auf die Zuwanderung zurückführen, sondern auf ein multikausales Bedingungsgefüge aus sozial benachteiligter Lebenssituation und Belastungen durch die Zuwanderung selbst.

Untersuchungen lassen außerdem die Annahme zu, dass Frauen mit Migrationshintergrund möglicherweise größere Schwierigkeiten als Männer haben, die richtigen Zugänge zu Gesundheitsförderung und -versorgung zu finden. Gewisse Angebote sind ihnen unbekannt, zu hochschwellig bzw. aus kulturellen, sozialen oder anderen Gründen nicht sichtbar.³⁶⁴

Obwohl sich die Prävalenz vieler Erkrankungen sowie die Beurteilung des Gesundheitszustandes bei Frauen und Männern deutlich unterscheiden, besteht nach wie vor ein Mangel an Studien, die Geschlechterdifferenzen berücksichtigen. Im Hinblick auf psychosoziale Zusammenhänge finden sich in der Literatur jedoch Hinweise darauf, dass Migrantinnen in stärkerem Ausmaß von Multimorbidität, von psychosomatischen und Schmerzsymptomen betroffen sind.³⁶⁵ Migrantinnen weisen gleichzeitig – vor allem bei Psychopharmaka und Schmerzmitteln – einen höheren Medikamentenkonsum auf, wobei sich generell zeigte, dass dieser mit geringerer Schulbildung und höherem Alter korrelierte.³⁶⁶

Aufgrund der unzureichenden Datenlage zur psychischen Gesundheit von Migrantinnen in Österreich werden im Folgenden einige europaweite Ergebnisse über das Vorkommen psychischer Erkrankungen bei MigrantInnen sowie eine frauenspezifische Datenerhebung aus Wien dargestellt.

In einer Re-Analyse des Bundesgesundheitssurveys in Deutschland zeigten sich im Hinblick auf die gesamte Lebensspanne höhere Prävalenzraten psychischer Erkrankungen bei MigrantInnen als bei Einheimischen (50,8% vs. 42,5%).³⁶⁷ 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%).

360 Nauck, 1993

361 Ross, Malanin & Pfäfflin, 2004

362 Stadt Wien, 2006

363 Stadt Wien, 2004

364 Gravanidou, 2009

365 Stadt Wien, 1997

366 Wimmer-Puchinger, Gartner & Wolf, 1998

367 Bermejo et al., 2010

In einer europäischen Studie über die Häufigkeit und die Risikofaktoren einer depressiven Erkrankung bei älteren türkischen und marokkanischen MigrantInnen in den Niederlanden zeigte sich, dass die Prävalenz depressiver Symptome bei MigrantInnen aus Marokko 33,6% und jene aus der Türkei 61,5% betrug, und somit höher als bei einheimischen NiederländerInnen (14,5%) war. Zudem hatten sie einen niedrigen Ausbildungsgrad, ein sehr geringes Einkommen und eine hohe Zahl körperlicher Behinderungen und chronischer medizinischer Erkrankungen.³⁶⁸

Bei Kriegsflüchtlingen, politisch Verfolgten und illegalen Zuwanderern wird aufgrund von Traumatisierungen von einer höheren Morbidität - insbesondere hinsichtlich posttraumatischer Belastungsstörungen - ausgegangen. Ein Zusammenhang zwischen der Schwere und Häufigkeit der Traumatisierungen im Heimatland von Flüchtlingen und der Häufung bzw. Schwere psychischer Beeinträchtigungen ist belegt.³⁶⁹ Daher sollte speziell bei dieser Personengruppe die Versorgung von psychischen Krankheiten im Vordergrund stehen.

Die Somatisierungsstörung ist ebenfalls eine häufige Erkrankung unter MigrantInnen und wird in der stationären Rehabilitationsbehandlung derselben als eine der häufigsten Diagnosen gestellt.³⁷⁰ In einer psychosomatischen Klinik wurde in einem Jahrgang (n=184) etwa das Krankheitsbild der somatoformen Störung als häufigste Erstdiagnose (62%) festgestellt.³⁷¹ In einer anderen Untersuchung zeigte sich, dass türkischstämmige PatientInnen im Vergleich zu deutschen häufiger über Schmerzen klagen; 20% der deutschen, hingegen 70% der türkischstämmigen PatientInnen berichteten von allgemeinen Schmerzen.³⁷²

Übereinstimmend mit diesen europäischen Ergebnissen sind die Erfahrungswerte des Frauengesundheitszentrums FEM Süd, in dem Migrantinnen als Zielgruppe im Fokus sind. So waren im Jahr 2009 psychische Erkrankungen mit insgesamt 230 Nennungen die Hauptthemen von Beratung und Therapie. Bei 53 Frauen ohne Migrationshintergrund und 177 fremdsprachigen Frauen (aus der Türkei und aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawiens) wurde eine klinische Störung diagnostiziert. Am häufigsten nahmen Migrantinnen aufgrund von Depressionen (46%) das Beratungs- und Therapieangebot in der jeweiligen Muttersprache in Anspruch. Angststörungen (28%) waren der zweithäufigste Grund für das Aufsuchen des Frauengesundheitszentrums.³⁷³

Die Behandlungssituation von MigrantInnen mit psychischen Erkrankungen ist jedoch nach wie vor gekennzeichnet durch einen Mangel an muttersprachlichen sowie interkulturell kompetenten, niederschweligen psychologischen und psychotherapeutischen Angeboten, was zu langen Wartezeiten und einem hohen Leidensdruck bei den Betroffenen führt. MigrantInnen erhalten mehr Notfallleistungen, 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. Ziel ist speziell die Öffnung und Qualifizierung des Gesundheitssystems im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung.³⁷⁴ Transkulturelle Kompetenz muss zu den Basisqualifikationen der Gesundheitsberufe gehören und im Medizin- und Psychologiestudium sowie in sozialen Ausbildungsgängen verankert werden. Die Schulung des Pflegepersonals, die Weiterbildung von ÄrztInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und SozialarbeiterInnen müssen kultursensible Aspekte der Versorgung von PatientInnen mit Migrationshintergrund beinhalten. Wegweisend für eine „migrantInnengerechte“ Versorgung sind dabei die zwölf Sonneberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen, die abschließend angeführt werden:

368 van der Wurff, 2004
 369 Steel et al., 2009; Joksimovic et al., 2008
 370 Glier et al., 2007
 371 Schmelting-Kludas, 2005
 372 Kizilhan, 2008
 373 Institut für Frauen- und Männergesundheit, 2009
 374 Machleidt, 2009

Die zwölf Sonneberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Versorgung von MigrantInnen:

1. Erleichterung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung durch Niederschwelligkeit, Kultursensitivität und Kulturkompetenz
2. Bildung multikultureller Behandlungsteams aus allen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz
3. Organisation und Einsatz psychologisch geschulter FachdolmetscherInnen als zertifizierte ÜbersetzerInnen und KulturmediatorInnen, „face-to-face“ oder als TelefondolmetscherInnen
4. Kooperation der Gesundheitsdienste mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen MigrantInnengruppen, -organisationen und -verbänden. Spezielle Behandlungserfordernisse machen Spezialeinrichtungen notwendig.
5. Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an der Planung und Ausgestaltung der versorgenden Institutionen
6. Verbesserung der Informationen über das stationäre und ambulante Versorgungsangebot durch muttersprachliche Medien und MultiplikatorInnen
7. Aus-, Fort- und Weiterbildung in transkultureller Psychiatrie und Psychotherapie für alle im psychosozialen Bereich tätigen Berufsgruppen, unter Einschluss von Sprachfortbildungen
8. Entwicklung und Umsetzung familienbasierter, primär und sekundär präventiver Strategien für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus MigrantInnenfamilien
9. Unterstützung der Bildung von Selbsthilfegruppen mit oder ohne professionelle Begleitung
10. Sicherstellung der Qualitätsstandards für die Begutachtung von MigrantInnen im Straf-, Zivil- (Asyl-) und Sozialrecht
11. Aufnahme transkultureller Psychiatrie/ Psychotherapie in die Curricula der Gesundheitsberufe
12. Initiierung von Forschungsprojekten zur seelischen Gesundheit von MigrantInnen und deren Behandlung

Quelle: Machleidt, 2002; Referat für Transkulturelle Psychiatrie der DGPPN

8.3.4 Familiäre Gewalt gegen Migrantinnen

Mag.^a Martha Scholz, Soziologin, Frauengesundheitszentrum Wels, PGA

³⁷⁵Migrantinnen sind im Falle familiärer Gewalt in einer besonders verletzlichen Situation, die meist durch eine besondere Abhängigkeit vom Weiterbestand ihrer Ehe gekennzeichnet ist, da sie 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 folgenden Fällen ist ihr, obwohl sie diese Voraussetzungen nicht erfüllt, dennoch ein Aufenthaltstitel auszustellen:

- im Todesfall des zusammenführenden Ehepartners oder

375 Vielen Dank für die Bereitstellung von Informationen an Drⁱⁿ Anna Lasser!

- 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 (§ 27 Abs 4 NAG: „Besonders berücksichtigungswürdige Gründe im Sinne des Abs. 3 Z 3 liegen insbesondere vor, wenn der Familienangehörige Opfer von Gewalt in der Familie wurde und gegen den Zusammenführenden eine einstweilige Verfügung nach § 382b EO erlassen wurde...“) oder
- sie Opfer einer Zwangsehe ist.

In diesen Fällen wird ein Aufenthaltstitel ausgestellt, die Voraussetzungen müssen erst zu einem späteren Zeitpunkt erfüllt werden.

Rechtsberatungen in den Bereichen Aufenthalts- und Ausländerbeschäftigungsrecht stellen einen besonderen Schwerpunkt der Beratung misshandelter Migrantinnen dar. Bei Bedarf ziehen die Interventionsstelle/ die Gewaltschutzzentren zu den Beratungen Dolmetscherinnen heran; einige Einrichtungen beschäftigen aber auch muttersprachliche Beraterinnen und können so die bestmöglichen Voraussetzungen für die Unterstützung von Migrantinnen bieten.

Frauenhandel

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 (LEFÖ IBF³⁷⁶).

Diese bietet gehandelten Frauen, die Opfer organisierter Kriminalität oder auch einzelner Täter geworden sind, einen Raum, in dem sie Vertrauen und Unterstützung sowie eine professionelle ganzheitliche Betreuung finden. 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. Die Interventionsstelle für Betroffene des Frauenhandels berät und unterstützt betroffene Frauen, insbesondere auch bei der Erlangung des Aufenthaltstitels ‚Besonderer Schutz‘, sowie einer Beschäftigungsbewilligung und vermittelt kostenlose RechtsanwältInnen zur Geltendmachung ihrer Rechte in Strafverfahren gegen die Händler. Oberste Priorität hat dabei selbstverständlich die persönliche Sicherheit der betroffenen Frauen. Die Interventionsstelle für Betroffene des Frauenhandels betreibt daher auch eine mit Sicherheitsvorkehrungen ausgestattete Notwohnung an einer geheim gehaltenen Adresse, in der zehn bis zwölf Frauen untergebracht, versorgt und intensiv betreut werden können.

9. Frauen und Behinderung

Dr.ⁱⁿ Angela Wegscheider, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Johannes Kepler Universität Linz

9.1 Einschätzung der Expertin

Menschen mit Behinderungen werden oft auf ihre individuellen Funktionsstörungen und auf die wie auch immer geartete Beeinträchtigung reduziert, allzu oft wird vergessen, dass es sich um Männer und Frauen mit unterschiedlichen Stärken und Schwächen, Wünschen und Bedürfnissen handelt. Frauen mit Behinderungen benötigen barrierefreie und geschlechtsspezifische Unterstützungsmaßnahmen, um die Leistungen des Gesundheitssystems auch nutzen zu können.

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 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 in 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. Sowohl Männer als auch Frauen mit Behinderungen entsprechen nicht dem gesellschaftlich, medial vermittelten Idealbild, trotzdem haben es Männer mit Behinderungen durch die rollenspezifischen Zuschreibungen etwas leichter, eine/n Partner/in zu finden als Frauen mit Behinderungen.

Gesellschaftspolitisch wie auch in der gesundheitlichen Versorgung werden Frauen und Mädchen mit Behinderungen zunächst der Gruppe der Menschen mit Behinderungen zugeordnet und erst später, wenn überhaupt, als Frau wahrgenommen. Noch immer bleibt ihnen der Zugang zu adäquater medizinischer Prävention und Versorgung aufgrund mangelnder Aufklärung und von Vorurteilen, aufgrund fehlender barrierefreier und geschlechtsspezifischer Angebote sowie aufgrund sozialer, baulicher und kommunikativer Barrieren verwehrt oder nur eingeschränkt und mit erheblichem zeitlichem und finanziellem Mehraufwand möglich.

9.2 Definition von Behinderung und nicht Krankheit

Die Eigenschaft Behinderung ist, genauso wie Geschlecht, als soziale Kategorie zu verstehen. Während das Geschlecht eine Kategorie ist, die die Menschen sozialstrukturell in zwei³⁷⁷, fast gleich große Gruppen teilt und so zueinander in Beziehung setzt, dient die Kategorie Behinderung dazu Abweichungen von der weiblichen und männlichen Normalität zu definieren und zu klassifizieren. Womit der Blick weg von der Gesamtbevölkerung hin zu einer als abweichend definierten Minderheit geht.³⁷⁸

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.

Seit Mitte der 1990er Jahre orientiert sich die WHO am Konzept der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF). In dessen Mittelpunkt steht die soziale Dimension von Behinderung und

377 Zur Vollständigkeit muss die Gruppe der Menschen mit geschlechtlicher Mehrfachidentität und mit Transgender erwähnt werden, die zahlenmäßig im Vergleich zu den hegemonialen Geschlechtsgruppen als marginal anzusehen ist.

378 Schildmann, 2004, S. 535f

ihrist ein „*bio-psycho-soziales Modell der Komponenten von Gesundheit*“ zugrunde gelegt.³⁷⁹ Die ICF-Klassifikation dient dazu, Behinderung im Sozial- und Gesundheitsbereich individuell zu diagnostizieren, wobei entsprechend den von der WHO vorgeschlagenen Richtlinien Kategorien und nationale Förderungsstufen eingerichtet wurden. Zudem soll sie auf kollektiver Ebene zum Messen und Beschreiben der Gesamtbevölkerung nach dem Merkmal Behinderung dienen. Sie dient als unterstützendes Bindeglied für die Intersektionen der Gesellschaftspolitik und ist infolgedessen für die biopolitische, gesundheitsökonomische Ausrichtung von Maßnahmen und Programmen von Bedeutung.

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).

Körperfunktion und auch Körperstruktur beziehen sich weitgehend auf individuelle Merkmale, während Aktivität und Teilhabe sowie Umweltfaktoren die sozialen und umfeldbezogenen Zusammenhänge erkennen lassen und somit änderbar sind. Individuelle Faktoren sind in der ICF nicht klassifiziert, zu diesen gehören soziodemografische Merkmale wie Geschlecht, ethnische Herkunft, Alter, Fitness, Lebensstil und ähnliche individuelle Faktoren. Übersetzt in die ICF-Klassifikation versteht die WHO Behinderung als Interaktion von Menschen mit körperlichen, psychischen, intellektuellen oder Sinnes-Beeinträchtigungen mit Barrieren der Umwelt, aber auch mit solchen Barrieren, die durch bevormundende Einstellungen und Bilder, die in einer Gesellschaft vorherrschen. Die ICF-Klassifikation trennt nicht strikt zwischen Gesundheit und Behinderung, sondern sieht das Vorhandensein von Behinderung bei vielen Menschen. Somit wird Behinderung nicht zu einem Problem von Minderheiten, da demnach die Mehrheit der Bevölkerung direkt oder indirekt von Behinderung betroffen ist. Sie 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. Seit den 1980er Jahren arbeiten vor allem WissenschaftlerInnen mit Behinderungen an Methoden, die eine medizinische, defizit- und auf das Individuum orientierte Wissenschaftstradition unterbrechen und behinderten Frauen und Männern eine Rolle als Subjekte in der Forschung einräumen.³⁸⁰ Der politische Slogan „Nichts über uns ohne uns!“, mit dem die emanzipatorische Behindertenbewegung gegen Fremdbestimmung und für Selbstbestimmung auftritt, lässt sich so auch auf den Gesundheitsbereich übertragen. 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, das soziale und das kulturelle Modell von Behinderung.³⁸¹

Das medizinische Modell versteht Behinderung als krankhafte Störung des Individuums, die eine Krankheit, eine Schädigung oder eine Funktionsbeeinträchtigung sein kann. Im defizitorientierten medizinischen Modell stehen die individuellen Beeinträchtigungen, die den Menschen benachteiligen und somit auch behindern, im Vordergrund.

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 ihnen per se ausgeschlossen werden. Dieser Sichtweise auf Behinderung folgend *werden* Menschen nicht von ihrer individuellen Beeinträchtigung, sondern von der Umwelt behindert.

Im kulturellen Ansatz werden Menschen mit Behinderungen als kulturelle Minderheit definiert. Das kulturelle Modell stellt sich gegen das Erkennen von Behinderung als individuelles Schicksal oder als prekäre soziale Randposition, sondern untersucht ganzheitlich die Geschichte von Ausgrenzungs- und Stigmatisierungsprozessen. Dieser Ansatz geht davon aus, dass die Identität von nichtbehinderten und behinderten Menschen konstruiert ist und von kulturellen, gesellschaftlichen und ökonomischen Deutungsmustern bestimmt wird.

379 DMDI (Hrsg.), Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>, (30.07.2010) S. 5

380 Vgl. Flieger, 2007, S. 19-42

381 Waldschmidt, 2005, S.9-32; Priestley, 2003, S. 23-37

Die angeführten Paradigmen von Behinderung kommen in reiner Form nicht vor, sondern sie werden im alltäglichen Gebrauch in Mischformen verwendet, deren Zuordnung sich anhand unterschiedlicher Schwerpunkte und Akzente erkennen lässt. Aktuell gibt es auf normativer wie auch auf wissenschaftlicher Ebene keine einheitliche wissenschaftliche Definition von Behinderung, jedoch sind die aktuellsten Versionen des Begriffs Behinderung immer in Zusammenhang mit bio-psycho-sozialen und kulturellen Vorgängen zu sehen, wobei diese unentwerrbar ein Ganzes darstellen.³⁸² 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.

Die Wahrnehmung von Behinderung ist durch die Omnipräsenz kultureller Prägungen und gesellschaftlicher Herrschaftsverhältnisse konstruiert und somit kultur- und wertgebunden. Insofern kann es keinen wertfreien oder objektiven Begriff der Behinderung geben, sondern der Begriff Behinderung wird durch den Sprachgebrauch, durch den gesellschaftlichen Umgang, durch gesetzliche Normen oder durch statistische Erhebungsverfahren konstruiert und auch bewertet. Wer als behindert gilt und wer nicht, wird festgelegt. Diese Kategorisierung unterliegt zudem in Art und Ausmaß einem ständigen Wandel, um sowohl die individuellen als auch die sozialen und kulturellen Faktoren berücksichtigen zu können. Eine eindimensionale, verallgemeinernde Verwendungsweise von bestimmten Motiven in den Medien, in der Wissenschaft und in der Politik beeinflusst die Wahrnehmung von Behinderung. Gerade die politische Arbeit betroffener Menschen wie auch die wissenschaftliche Arbeit von Menschen mit Behinderungen und die Etablierung der Disability Studies hatten weg von der Dominanz des medizinischen Ansatzes, hin zur Stärkung des sozialen und kulturellen Modells von Behinderung geführt.

9.3 Lebenslagen von Frauen mit Behinderung

In der Publikation „Geschlecht: behindert. Besonderes Merkmal: Frau“ weisen Betroffene erstmals darauf hin, dass einerseits Frauen mit Behinderungen in der männerdominierten, geschlechtsneutralen Gruppe der Menschen mit Behinderungen aufgehen, andererseits Frauen mit Behinderungen durch vielfache strukturelle und institutionelle Diskriminierungsmöglichkeiten als eine besonders gefährdete Gruppe anzusehen sind.³⁸³ Im Folgenden werden die soziodemografischen Daten und die unterschiedlichen Lebenssituationen von Frauen mit Behinderungen geworfen sowie die Intersektionalität von Behinderung und Gender dargestellt und diskutiert.

9.3.1 Soziodemografische Aspekte von Männern und Frauen mit Behinderung

Die Vereinten Nationen schätzen, dass im Durchschnitt 10% der Bevölkerung mit einer körperlichen, psychosozialen, intellektuellen oder einer Sinnesbehinderung leben.³⁸⁴

In einer Mikrozensuserhebung gaben 20,5% der Befragten an, mit einer dauerhaften Beeinträchtigung zu leben, das sind hochgerechnet 1,7 Mio. Personen der österreichischen Wohnbevölkerung.³⁸⁵

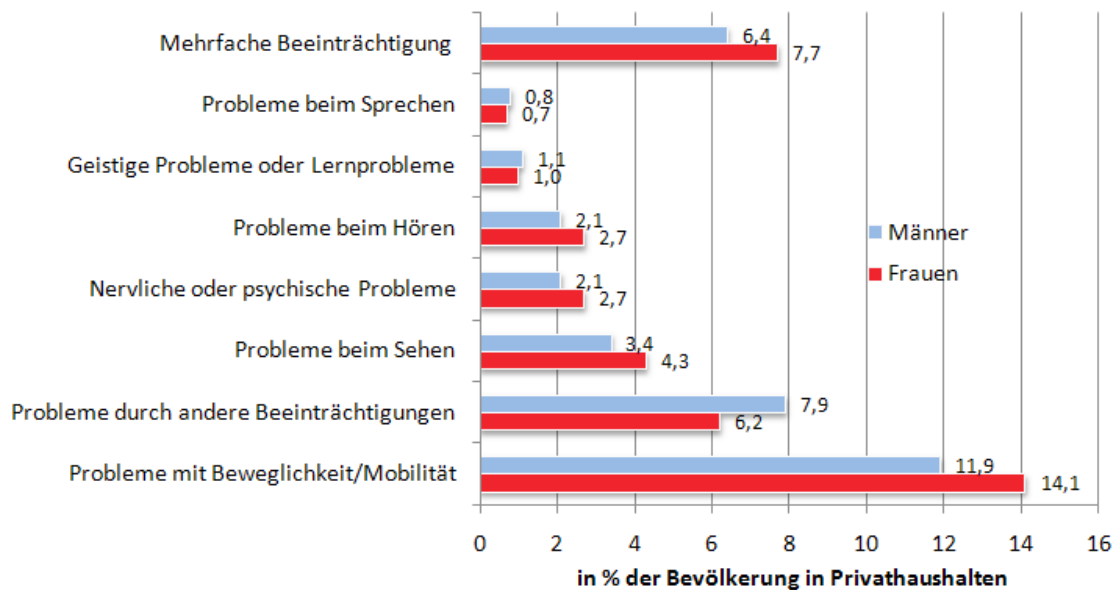
382 Wegscheider, 2010, S. 66

383 Ewinkel, et al. 1988, 3. Auflage

384 United Nations: Factsheet on persons with disabilities, <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=18> (dl 30.07.2010)

385 Die Erhebung wurde vom Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz in Auftrag gegeben und von Oktober 2007 bis Februar 2008 durchgeführt (Zufallsstichprobe mit n=8.195; wohnhaft in Privathaushalten). Das verwendete Konzept von gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Befragung ist weit gefasst und reicht von subjektiv empfundenen körperlichen Schädigungen oder einer subjektiv empfundenen Sehbeeinträchtigung trotz Brille oder Gehbeeinträchtigungen bis hin zu psychischen Erkrankungen oder Lernbehinderungen. Personen in Einrichtungen oder auch Krankenhäusern wurden nicht befragt, weshalb die Anzahl der schwer körperlich, geistig beeinträchtigten oder auch psychisch kranken Menschen in dieser Befragung unterschätzt wird; Barbara Leitner: Statistische Nachrichten 12/2008. Statistik Austria. Wien 2008, S. 1132

Abbildung 100: Dauerhafte Beeinträchtigung nach dem Geschlecht



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

In dieser Zahl sind sowohl Männer und Frauen mit leichten Sehbeeinträchtigungen als auch mit psychischen Problemen wie auch vollständig immobile Menschen enthalten. 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%) und 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, wie auch die Anzahl der Jahre, die mit einer Beeinträchtigung gelebt werden können³⁸⁶. Die über 60-jährigen Frauen sind dabei häufiger mit Problemen beim Sehen (11,9% gegenüber 9,7% bei Männern), beim Hören (8,9% gegenüber 7,3% bei Männern) und mit der Beweglichkeit (34,8% gegenüber 30,2% bei Männern) sowie mit nervlichen bzw. psychischen Problemen (4,9% gegenüber 3,8% bei Männern) betroffen. Auch mehrfache dauerhafte Beeinträchtigungen sind bei Frauen dieser Altersgruppe häufiger (20,7% gegenüber 18,1% bei Männern). Mehrfache Beeinträchtigungen in höherem Alter und die Tatsache alleine zu leben, bedeuten ebenfalls einen erhöhten Versorgungsbedarf in dieser Bevölkerungsgruppe.³⁸⁷

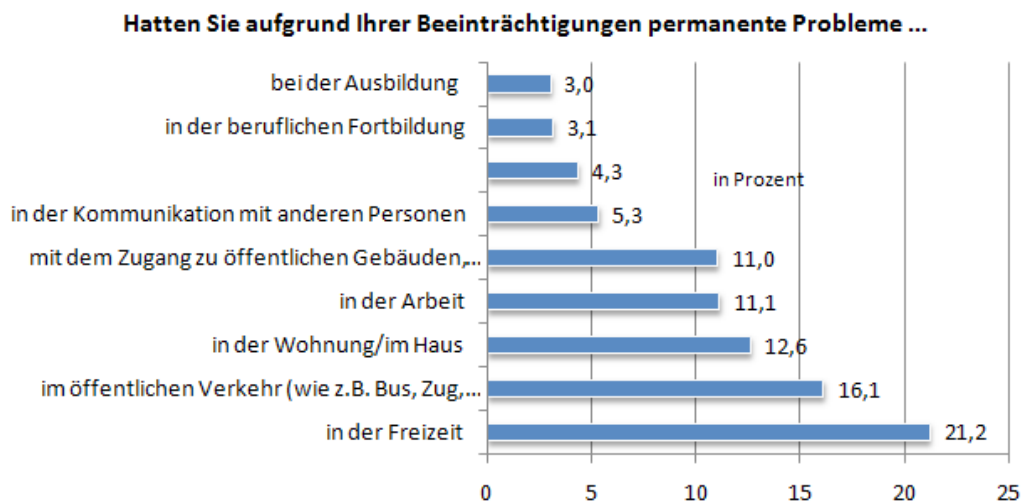
Bei der Frage nach subjektiv empfundenen Benachteiligungen und Diskriminierungen gab mehr als jede vierte behinderte Person an, ständig Probleme in der Freizeit zu haben (das betrifft alle Formen von Spiel-, Freizeit- und Erholungsaktivitäten, z.B. Sport zu betreiben, ein Museum oder Theater zu besuchen, zu reisen oder einem Hobby nachzugehen). Ca. 16% klagten über Barrieren im öffentlichen Verkehr. Mehr als 12% haben Probleme

386 Statistik Austria: Sterbetafeln bzw. Mikrozensus-Sonderprogramme 1978, 1983, 1991, 1999 und Gesundheitsbefragung 2006/07. Erstellt am 09.10.2009. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/041863.html (dl 27.07.2010). Einschränkend ist zu den Ergebnissen für ältere Menschen anzumerken, dass die Befragungsdaten nur Personen in Privathaushalten umfassen.

387 BMASK: Behindertenbericht 2008, S. 10f; Leitner, et al. 2008

bei der Benützung ihrer Wohnung oder ihres Hauses und mehr als 10% bei der Benützung von öffentlichen Gebäuden.

Abbildung 101: Alltägliche Probleme aufgrund von Behinderung (Antwort: „Ja, immer“)



Quelle: Leitner, 2008, Statistische Nachrichten 12/2008, Statistik Austria, S. 1136

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 Lernbehinderungen. Würde man auch die Antwortkategorie „Manchmal“ hinzuzählen, so klagen über 60% über Diskriminierung in der Arbeit und Freizeitgestaltung, über 35% bei der Nutzung vom öffentlichen Verkehr und 30% über Zugangsbarrieren bei der Nutzung von öffentlichen Gebäuden und Einrichtungen.³⁸⁸

Menschen mit Behinderungen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, sind in der Mikrozensushebung nicht enthalten. Es kann angenommen werden, dass die Zahl der Menschen mit geistigen Problemen und Lernbehinderungen, mehrfachen Beeinträchtigungen, schweren körperlichen Beeinträchtigungen und psychischen Erkrankungen weit höher liegen, als die statistische Auswertung zeigt. Bundesweit werden die Personen, die in Einrichtungen leben, nicht einheitlich erfasst, somit können keine konkreten Aussagen über diese Personengruppe getroffen werden. Denn einschränkend ist festzuhalten, dass vergleichbare empirische Daten, die eine differenzierte Auskunft über die Lebenslage von Kindern, Jugendlichen, Frauen und Männern wie auch älteren Menschen mit Behinderungen oder auch Menschen in betreuten Einrichtungen geben könnten, nicht vorhanden sind. Ein Grund dafür dürfte das Merkmal Behinderung aufgrund seiner Unspezifität selbst sein, die zum einen durch die hohe Binnenheterogenität der Gruppe behinderter Menschen, zum anderen durch die unzureichende sozial- und gesundheitspolitische Operationalisierung des Merkmals Behinderung entsteht.³⁸⁹ Die gesellschaftspolitische Kompetenz „Behinderung“ gehört in Österreich zu den sogenannten Querschnittsmaterien und ist dadurch im spezifischen Kontext zu sehen. Die dezentrale Planung und Steuerung der Behindertenhilfe wie auch die Komplexität der Thematik wie auch der Personengruppe erschweren die Generierung von vergleichbaren statistischen Daten.

9.3.2 Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht

Frauen mit Behinderungen werden durch behinderungsspezifische, individuelle, strukturelle als auch geschlechtsspezifische Benachteiligungen zusätzlich belastet. Die Lebenssituation von Frauen mit Behinderungen

388 Ebda. S. 1136; BMASK: Behindertenbericht 2008. Lage der Menschen mit Behinderungen Wien 2009, S. 1

389 Vgl. Maschke, 2003, S. 166

unterscheidet sich in vielen Aspekten von nicht behinderten Menschen und Männern mit Behinderungen: in ihrer Sozialisation, in ihrem Zugang zu Bildung, in ihrer Situation auf dem Arbeitsmarkt, in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe und Möglichkeit zur Interessensvertretung, aber auch hinsichtlich der gesellschaftlichen Erwartungen, die an sie gestellt werden. Im Vergleich mit ihren männlichen Kollegen weisen Frauen mit Behinderungen einen höheren Unterstützungsbedarf auf.³⁹⁰ Ausgehend von den Thesen der doppelten Diskriminierung und Intersektionalität besteht heute ein Konsens darüber, dass Frauen mit Behinderungen mehrfachen und multidimensionalen Diskriminierungen ausgesetzt sind.³⁹¹

Neben dem Eintrittsalter der Beeinträchtigungen ist das Alter generell von großer Bedeutung für den Lebensentwurf der Frau. Von jüngeren Frauen wird oft der Zwang zur Normalisierung in ihrer Erziehung betont, Frauen der älteren Generation berichten, dass ihnen eine Sonder- bzw. Außenseiterrolle zugeschrieben wird.³⁹²

Behinderte Frauen sind anderen fremdbestimmten wie auch diskriminierenden Lebensumständen ausgesetzt als behinderte Männer. Die Betroffene Alexandra Franz nennt sechs Lebensbereiche, die ihr im Spannungsfeld fremdbestimmt-selbstbestimmt zu Behinderung und Geschlecht relevant erscheinen:

- gesellschaftliche Schönheitsnormen und Körperbilder,
- Erwerbsarbeit und Ausbildung,
- Liebesbeziehung und Leben in Partnerschaft,
- Schwangerschaft und Mutterschaft,
- Gewalterfahrungen und
- der Hilfe- und Pflegebedarf behinderter Frauen³⁹³

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 ihrer Lebenssituation und fühlen sich stärker von sozialer Ausgrenzung betroffen als nicht behinderte Menschen.³⁹⁴ Bei Frauen lässt sich durch die Intersektionalität der behinderungs- und geschlechtsspezifischen Vorurteile und Benachteiligungen annehmen, dass sie häufiger über eine noch geringere Qualifikation 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.³⁹⁵ 13% dieser Haushalte mit leben in manifester Armut (im Gegensatz zu 6% der Gesamthaushalte), 28% kritisieren einen Mangel an gesellschaftlicher Teilhabe und 6% beklagen ein zu geringes Einkommen.³⁹⁶ Die Sozialleistungen wie z.B. das Pflegegeld tragen vielfach gerade bei behinderten Menschen dazu bei, dass sie 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. Im Jahr 2008 haben durchschnittlich 348.280 Personen Pflegegeld bezogen, davon ca. zwei Drittel Frauen (234.679 Frauen = 67% der PflegegeldbezieherInnen)³⁹⁷. In

390 Schwarzbauer-Steuer, K2009, S. 19; Paierl, S. 2009, S. 5

391 Jacob, et al. 2010

392 Vgl. Peisser, et al, 2006, S. 67; Ewinkel, et al. 1988, 3. Auflage

393 Franz, 2002, S. 56

394 BMASK: Behindertenbericht 2008, S. 225ff; Leitner, B. et al. 2008; Statistik Austria: Einkommen, Armut und Lebensbedingungen, Tabellenband, Ergebnisse aus EU-SILC 2008. Wien 2009. Als armutsgefährdet werden statistisch jene Personen bezeichnet, die weniger als 60% des Pro-Kopf-Medianeinkommens zur Verfügung haben. Die Armutsgefährdungsschwelle lag 2008 bei rund 951 Euro/Monat.

395 Statistik Austria: Einkommen, Armut und Lebensbedingungen, Tabellenband, Ergebnisse aus EU-SILC 2008. Wien 2009, S. 61

396 Ebd., S. 65; In der EU-SILC-Erhebung 2008 werden vier unterschiedliche Lebenslagen durch die gemeinsame Betrachtung von Einkommenssituation und Lebensbedingungen dargestellt: „Als Einkommensmangel wird eine Armutslage mit armutsgefährdendem Einkommen, aber ohne deprivierte Lebensführung aus finanziellen Gründen bezeichnet. Teilhabemangel besteht dann, wenn jemand schweren finanziellen Einschränkungen ausgesetzt ist, das Haushaltseinkommen jedoch über der Armutsgefährdungsschwelle liegt. Von manifester Armut sind jene Personen betroffen, die sowohl armutsgefährdet als auch finanziell depriviert sind.“ Statistik Austria: Armutsgefährdung in Österreich. Wien 2009, S. 87

397 Wobei Männer eine höhere Steigerungsrate als Frauen aufweisen. Dies ist erstens dadurch begründet, dass Männer ab dem Geburtenjahrgang 1930 (welche nicht am 2. Weltkrieg teilgenommen haben) bereits in das pflegebedürftige Alter kommen sowie zweitens durch die beobachtete Angleichung der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen; Mühlberger, et al. 2008, S. 8

Stufe 1 waren überproportional mehr Frauen vertreten (72%). Ebenso gab es einen leichten Überhang in Stufe 4 (68%) und Stufe 7 (68%)³⁹⁸.

Studien zur Lebenssituation von Frauen mit Behinderungen beschreiben, dass sie sich eher in prekären Lebenssituationen als Männer mit Behinderungen oder nicht behinderte Menschen befinden. Sie sind häufiger von Armut, Gewalterfahrungen, schlechter Ausbildung, Arbeitslosigkeit, sozialer Ausgrenzung und psychischen Erkrankungen betroffen³⁹⁹. Männer mit Behinderungen haben wesentlich häufiger höhere Bildungsabschlüsse als Frauen in der gleichen Situation: 59,5% haben eine Lehre bzw. eine berufsbildende mittlere Schule abgeschlossen (41,3% der Frauen), 12,6% weisen einen Abschluss einer höheren Schule oder Hochschule auf (9,6% der Frauen). 22,8% der Männer haben höchstens einen Pflichtschulabschluss, bei den Frauen sind es dagegen 46,0%⁴⁰⁰. Diese ungleiche Ausgangslage manifestiert sich auch in der Erwerbssituation von Frauen mit Behinderungen. Zum 1.1.2010 hatten 38.295 Frauen (40,6%) im Gegensatz zu 56.093 Männern (59,4%) um einen Behindertenpass beim Bundessozialamt angesucht.⁴⁰¹ 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, haben die Integration in und die Exklusion aus der Erwerbstätigkeit eine bedeutende Rolle.⁴⁰²

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 (durchschnittlicher Arbeitslosengeld-Tagsatz 2009 waren 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 Männer). Ihre Verweildauer in der Arbeitslosigkeit ist im Vergleich zu Frauen ohne Beeinträchtigung ebenfalls länger (127 Tage bei Frauen mit Behinderungen zu 88 Tagen bei Frauen ohne Behinderungen).⁴⁰³ Viele Frauen mit Behinderungen kommen in den Ersten Arbeitsmarkt erst gar nicht hinein, sondern sie werden von Vornherein auf Beschäftigungsmöglichkeiten im Zweiten⁴⁰⁴ oder im Dritten⁴⁰⁵ Arbeitsmarkt verwiesen. Eine AMS-Expertin merkt zudem an, dass Frauen mit Behinderungen dem Arbeitsmarkt im Vergleich zu den Männern mit und ohne Behinderungen weniger häufiger zur Verfügung stehen, sondern häufiger in die Abhängigkeit von der Familie „verschwinden“.⁴⁰⁶

Besonders das Leben von Frauen mit Lernschwierigkeiten oder mit Mehrfachbehinderungen ist oft von Fremdbestimmung geprägt. In Betreuungsabhängigkeit lebende Frauen werden in der Regel als unselbstständig wahrgenommen, die Selbstbestimmung über ihr Leben wird ihnen kaum zugestanden. In der Folge ist es für sie nur schwer möglich, eigene Grenzen wahrzunehmen bzw. auch gegenüber anderen durchzusetzen, Studien belegen, dass Frauen mit Lernschwierigkeiten doppelt so häufig von sexualisierter Gewalt betroffen sind als andere Frauen. Sexuelle Aufklärung findet selten oder gar nicht statt, die gynäkologische Versorgung ist mangelhaft, eine Partnerschaft wie auch Mutter zu sein werden ihnen kaum zugetraut, die Frauen werden von der betreuenden Umwelt oft als „ewige Kinder“ wahrgenommen.⁴⁰⁷

- 398 Statistik Austria: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Pflegegeldstatistik - Sonderauswertungen. Erstellt am: 14.09.2009. 1) Auf Basis des Bundespflegegeldgesetzes von folgenden Trägern: Pensions- und Unfallversicherung, Bahn, BVA-Pensionservice, Post, Bundessozialamt. Ohne Landeslehrerinnen und -lehrer und ohne Opferbefürsorgte, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialeleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html (dl 26.07.2010), Eigene Berechnungen
- 399 Witt-Löw, et al. 2006; Buchinger, et al. 2008
- 400 Leitner, et al. 2008, S. 17f
- 401 Anspruch auf einen Behindertenpass haben Personen mit einem Grad der Behinderung (GdB) oder einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 50%, die in Österreich ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben. Für Personen mit einem Behindertenpass gelten u.a. die Regeln des Behinderteneinstellungsgesetzes (BEinstG).
- 402 Buchinger, et al. 2008
- 403 Murauer, Sonderauswertungen AMS. Wien 27.07.2010
- 404 Beispielsweise befristete geförderte Arbeitsverhältnisse mit dem Ziel, durch sozialpädagogische Begleitung und Qualifizierung den Transfer in den Ersten Arbeitsmarkt zu schaffen (Sozioökonomische Betriebe)
- 405 Beispielsweise gesicherte bzw. längere Beschäftigungsmöglichkeiten bei fehlenden Jobchancen am Ersten Arbeitsmarkt (Geschützte Werkstätten, Tagesstrukturen in Einrichtungen)
- 406 Auskunft von Mag.^a Veronika Murauer, AMS (11.09.2009). Es gibt dazu keine systematischen Erhebungen.
- 407 Vgl. Zemp, et al. 1996; Bischof, 2007

Einschränkend ist festzuhalten, dass es DIE typische Frau mit Behinderungen eigentlich nicht gibt. Frauen mit Behinderungen stellen keine homogene Gruppe dar. 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 Barrieren in der Benützung von öffentlichen Institutionen fördern den sozialen Ausschluss. Die mediale Berichterstattung mit dem Fokus auf das „Schicksal“ und die Verbreitung von geschlechtsspezifischen Rollenbildern führen zum mitleidigen Blick, zu der Wahrnehmung als fürsorgebedürftiges und geschlechtsloses Wesen und fördern somit einen nicht normalisierten Umgang mit Frauen mit Behinderungen und ihren Lebensvorstellungen. Allzu oft werden sie unbewusst und bewusst von **paternalistischen** Vorstellungen bevormundet und unterdrückt und leben ein fremdbestimmtes Leben.

9.3.3 Gewalterfahrungen von Frauen mit Behinderungen

Ein besonders sensibles und tabuisiertes Thema ist, dass Frau-Sein mit Behinderung neben vielfachen Beschränkungen im Alltag impliziert, struktureller wie auch sexueller Gewalt ausgesetzt zu sein. 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. Die Abhängigkeit von Dritten erschwert es den Frauen sich aus diesen Situationen auch befreien zu können.⁴⁰⁸

Entgegen häufigen Annahmen und entgegen den Sozialisationserfahrungen als sexuelle „Neutren“ haben Frauen und Mädchen mit Behinderungen ein viel größeres Risiko sexuellen Missbrauch zu erleiden als ihre Geschlechtskolleginnen ohne Behinderungen. Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen stellen dabei die am häufigsten von Missbrauch betroffene Personengruppe dar. Eine Mitte der 90er Jahre durchgeführte Studie berichtet, dass 64% der größtenteils intellektuell behinderten Frauen persönliche Erfahrungen mit sexueller Gewalt haben.⁴⁰⁹ 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. Obwohl es seither keine neuen Forschungen in Österreich zu dem Thema gegeben hat, zeigen die Erfahrungen des Vereins „Ninlil“ - Gegen sexuelle Gewalt an Frauen mit Lernschwierigkeiten und Mehrfachbehinderungen, dass die damals erhobenen Daten noch heute aktuell sind.⁴¹⁰

Die Sozialarbeiterin und Sozialwissenschaftlerin Nancy Fitzsimons erläutert, welche vier fördernden Faktoren in Betracht gezogen werden müssen:

1. Die vorherrschende Kultur: Sie entwertet behinderte Menschen, betont deren Verletzlichkeit und macht sie zu Objekten. Missbrauch von Personen mit Behinderungen ist stark tabuisiert.
2. Die direkte Umwelt: Kontrolle und Aussonderung stehen im Vordergrund. Gleichzeitig ist die Fluktuation von Personal in Betreuungseinrichtungen meistens sehr hoch, was den Aufbau von Bindungen, die Sicherheit und Vertrauen vermitteln, erschwert.
3. Die potentiellen TäterInnen: Sie haben meistens ein starkes Kontrollbedürfnis, mangelndes Selbstwertgefühl und verdrängte Aggressionen. Sie neigen zu impulsivem Verhalten und dazu, ihr Opfer zu entwerten.
4. Die potentiellen Opfer: Menschen mit Behinderungen haben Einschränkungen bei der körperlichen Verteidigung und/oder bei der Kommunikation. Ihre Sozialisation ist von gelernter Hilflosigkeit und Folgsamkeit geprägt. Häufig ist ihr Gefühl für ihren persönlichen Raum nur unzureichend entwickelt.⁴¹¹

Das vielschichtige Zusammenwirken dieser Faktoren erzeugt ein deutliches Machtgefälle zuungunsten besonders von Frauen und Mädchen mit Behinderungen und zeigt das erhöhte Missbrauchsrisiko dieser Personengruppe.

408 Witt-Löw, et al. 2006

409 Zemp, et al. 199

410 Ninlil, 2010, Jahresbericht 2009, <http://www.ninlil.at/dokumente/jahresbericht09.pdf>, (dl 28.07.2010)

411 Flieger, 2010, Missbrauch, Gewalt und Behinderung, Zeitschrift monat. Juli-August 2010, <http://www.oear.or.at/publikationen/monat-sozialpolitische-rundschau/juli-august-2010/missbrauch-gewalt-und-behinderung>, (dl 28.07.2010)

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 Notwendigkeit der Hilfe wenig ausgeprägt. Die Stärkung des Selbstwertes und das Ausloten der eigenen Grenzen wären vor allem für Mädchen und Frauen mit Behinderungen wichtig.

Das Bewusstsein für die besondere Gefährdung von Menschen mit Behinderungen ist im Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen und in Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie in den Beratungszentren zwar gestiegen, dennoch sind erste Maßnahmen wie z.B. Empowerment- und Selbstverteidigungskurse erst ein Anfang und es bleibt noch viel an Bewusstseinsarbeit und an der Entwicklung konkreter Maßnahmen und Programme zu leisten.

9.4 Herausforderungen und Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen mit Behinderungen

Der gleichgestellte Zugang von Frauen mit Behinderungen zum Gesundheitssystem stellt in vielerlei Hinsicht eine Herausforderung für die Planung der medizinischen Institutionen wie auch der gesundheitsfördernden und -erhaltenden Projekte und Programme dar. Bauliche Barrieren, Probleme in der Kommunikation und im Verständnis wie auch ökonomische Benachteiligung und gesellschaftlicher Ausschluss können den physischen und psychischen Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren wie auch, aufgrund geschlechtsspezifischer ungleicher Arbeitsteilung in der Familie, zur Potenzierung von Gesundheitsrisiken führen. Es wird im Folgenden versucht nachzuzeichnen, mit welchen Aspekten der Benachteiligung und der Barrieren Frauen mit Behinderungen in der Gesundheitsversorgung konfrontiert sind.

9.4.1 Zugang zu öffentlichen Gesundheitseinrichtungen

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, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind, als barrierefrei gelten. Sofern es zu einer Diskriminierung kommen sollte, kann nun bei den Landesstellen des Bundessozialamtes ein Schlichtungsgespräch beantragt werden. Die Regelungen des BGStG gelten für Gesundheitseinrichtungen und Arztpraxen, die direkt dem Bund zugeordnet werden können. Im Zusammenhang mit der Beseitigung von Barrieren kann eine Zumutbarkeitsprüfung vorgenommen werden (§ 6 Abs. 1 und 2 BGStG). Ob eine Maßnahme zumutbar ist oder nicht, hängt insbesondere davon ab, welcher Aufwand mit dieser Maßnahme verbunden wäre und wie es um die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des für die Barriere Verantwortlichen bestellt ist (Fördermöglichkeiten sind zu berücksichtigen).

Österreichweit ist der barrierefreie Zugang zu medizinischer Versorgung und deren räumliche Adaptierung aufgrund der auch aktuell immer wieder vorgebrachten Forderungen der Betroffenen⁴¹² und nach Studienergebnissen zur Barrierefreiheit von Arztpraxen⁴¹³ und anderen Gesundheitseinrichtungen als eine Herausforderung erkannt worden.

In der Apothekenbetriebsordnung 2005 wird für die öffentlichen Betriebsräume die Barrierefreiheit festgeschrieben⁴¹⁴, ebenso müssen seit 2010 Vertrags-Gruppenpraxen barrierefrei nach den ÖNORM B 1600 „Barrierefreies Bauen“ sowie der ÖNORM B 1601 „Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen“

412 Siehe Bizeps, 2001, krank, behindert, ungehindert ... in Wien. Broschüre, letzte Aktualisierung 2010, Wien <http://www.bizeps.or.at/broschueren/krank/broschuere.doc>, (dl 28.07.2010)

413 Stowasser, S. 2004, S. 192-193

414 § 27 (4) Apothekenbetriebsordnung 2005, <http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40062725/NOR40062725.html> (dl 24.08.2010)

sein⁴¹⁵. 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 aufgenommen⁴¹⁶.

Grundsätzlich haben ÖNORMEN lediglich Empfehlungscharakter. Die für das Baurecht zuständigen Länder haben in ihren Bauvorschriften weitgehend Regelungen über behindertengerechtes bzw. barrierefreies Bauen aufgenommen⁴¹⁷. Diese Vorschriften gelten aber im Wesentlichen nur für Neubauten.

Viele Neueröffnungen von Arztordinationen finden in bestehenden Gebäuden statt, wo die barrierefreie Planung nach den Mindeststandards für Barrierefreiheit noch nicht zwingend vorgeschrieben war. Daher wird von den Krankenkassen im Einzelfall geprüft, ob die barrierefreie Adaptierung wirtschaftlich auch zumutbar ist. Die GKK Burgenland war unter den ersten, welche die Barrierefreiheit in ihrem Einflussbereich förderten. Die OÖGKK ist aktuell bemüht, möglichst viele barrierefreie bzw. annähernd barrierefreie Praxen anbieten zu können. Mit der OÖ Ärztekammer wurde vereinbart, dass bei Praxisneugründung und bei Praxisverlegung eine barrierefreie Praxis bezogen werden muss, sofern die Kosten und andere Vertragsbestandteile des Kauf- oder Mietvertrags zumutbar sind. In Zukunft soll die Einhaltung der Barrierefreiheit beim Bezug der neuen Praxis von Dritten geprüft werden und zudem noch Beratung für die noch durchzuführenden und im Bereich des Möglichen liegenden Adaptierungen angeboten werden⁴¹⁸.

Die Ärztekammer für Wien arbeitet bereits seit längerem mit dem Behindertenberatungszentrum BIZEPS zusammen. Auch hier ist man sich bewusst, dass, falls die barrierefreie Praxis in vollem Umfang schwer möglich ist, zumindest versucht werden sollte, einzelne Elemente barrierefrei und zugänglich für möglichst viele Menschen zu gestalten. Zur Unterstützung werden Mindeststandards sowie Informationen und Bezugsquellen zur barrierefreien Gestaltung der Ordination von BIZEPS als Download zur Verfügung gestellt. Zudem wurden von Bizeps Wiener Ordinationen vermessen und der Grad der Barrierefreiheit ermittelt. Diese Daten wurden in den Praxisplan der Wiener Ärztekammer aufgenommen und sind im Internet abrufbar⁴¹⁹. Anzumerken ist, dass es laut BIZEPS österreichweit wenige Ordinationen gibt, die in wirklich allen Punkten den ÖNORMEN B 1600 und B 1601 für barrierefreies Bauen 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 für bewegungseingeschränkte Patienten, schwerhörige und gehörlose, sehbehinderte und blinde Menschen, Personen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten und Personen mit schweren und mehrfachen Behinderungen bzw. Menschen mit sprachlichen Verständigungsproblemen ausgerichtet sind. Damit sollte der Zugang zu medizinischer Hilfe für Menschen je nach den individuellen Bedürfnissen erleichtert werden. Einschränkend ist jedoch festzustellen, dass die niedergelassenen Ärzte selbst messen und entscheiden, ob ihre Ordination barrierefrei ist. Eine umfassende Kontrolle der Einträge über die tatsächliche Einhaltung der Mindeststandards für Barrierefreiheit fehlt noch. Von den derzeit rund 19.000 eingetragenen Ordinationen wurden knapp 700 ÄrztInnen von einem Behindertenverband oder von Qualitätssicherungsbeauftragten der ÖQMed aufgesucht, welche die Angaben des Erhebungsbogens überprüft haben. Ob nun eine Ordination überprüft wurde, ist durch einen Stern in der Ausgabemaske der Online-Suchmaschine kenntlich gemacht⁴²⁰.

415 § 342 Abs.1 (9) ASVG, <http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40114519/NOR40114519.pdf> (24.08.2010)

416 Auskunft von Dr. Johannes Gregoritsch, Hauptverband der Sozialversicherungen (06.08.2010). Die Übernahme der ÖNormen für Barrierefreiheit erfolgte mit regionalen Einschränkungen. In Wien wurde beispielsweise auf das Kriterium „Behindertenparkplatz“ verzichtet.

417 Einschränkend ist anzumerken, dass die Bauordnungen in den einzelnen Bundesländern voneinander abweichen und unterschiedliche Normen bezüglich der Barrierefreiheit enthalten. Durch die OIB Richtlinie 4 „Nutzungssicherheit und Barrierefreiheit“ gibt es Bestrebungen, die Mindeststandards der Barrierefreiheit österreichweit zu vereinheitlichen. Die Richtlinie 4 wurde bisher von den Bundesländern Burgenland, Tirol, Vorarlberg und Wien angenommen, in Vorbereitung die Übernahme in der Steiermark und in Kärnten. Siehe Österreichisches Institut für Bautechnik (OIB), <http://www.oib.or.at>, (11.08.2010).

418 Zudem wird zurzeit an der Bestimmung und Feststellung der Zumutbarkeitsgrenzen gearbeitet. Auskunft von DI.ⁱⁿ Birgit Otruba, MAS, Struktur- und Prozessqualität im Vertragspartnerwesen bei der OÖ Gebietskrankenkasse am 27.07.2010

419 Ärztekammer Wien, Barrierefreie Arztpraxis. <http://www.aekwien.at/index.php/aerztlicheaetigkeit/niederlassung-praxis>, (dl 27.07.2010)

420 Auskunft von Eva Fleischhacker, ÖQMed-Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (06.08.2010)

Eine vollständige Wahlfreiheit in Hinblick auf die medizinische Versorgung, d.h. zum Arzt des Vertrauens oder zu den Beratungsstellen zu gehen, scheitert noch immer an verschiedenen Barrieren: den baulichen Barrieren wie Treppen oder zu enge Lifte. Durch das Fehlen von barrierefreien Untersuchungsgeräten im Falle von speziellen behinderungsspezifischen Bedürfnissen ist die Wahlfreiheit bei einzelnen Patientinnen nicht gegeben, so Annemarie Srb-Rössler von BIZEPS. Die Wahlfreiheit scheitert weiters an der Kostenbarriere durch die Ökonomisierung der medizinischen Versorgung⁴²¹ und durch mangelndes Angebot in der Versorgung von Assistenzdienstleistung.⁴²² Manche Behandlungen, so die Expertin, werden aufgrund von Mehrkosten durch die Behinderung auch gar nicht gemacht und nicht außer Acht zu lassen sei die psychische Barriere: Menschen mit Behinderungen werden 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 kaum in die vorgeschlagene Behandlung einbezogen. In manchen Fällen werde auch davon ausgegangen, dass das eigene Fachwissen in Bezug auf Behinderung gar nicht ausreichend sei und sofort weiterverwiesen. Aber grundsätzlich, so die Einschätzung bei BIZEPS, zeigen sich die Gesundheitseinrichtungen wie auch das medizinische Fachpersonal bemüht, Menschen mit Behinderung bestmöglich zu behandeln und zu versorgen.⁴²³ Noch immer gilt es zu erforschen, wie Frauen mit Behinderungen das Gesundheitswesen im Kontext erleben, welche Erfahrungen sie damit gemacht haben, welche Strategien sie entwickelt haben, ihre Bedürfnisse zu befriedigen und Barrieren zu umgehen, und welche Veränderungen sie sich konkret wünschen.

Von Seiten des Hauptverbandes der Sozialversicherungen wird darauf hingewiesen, dass die eigenen Einrichtungen barrierefrei gestaltet und mit speziellen Einrichtungen (z.B. barrierefrei adaptierten Untersuchungsgeräten) ausgestattet sind. Eine flächendeckende barrierefreie Ausstattung und Adaptierung der medizinischen Geräte ist, dem Experten vom Hauptverband zufolge, aufgrund der hohen Kosten und geringen Auslastung nicht möglich.⁴²⁴ Die Recherche zeigt, dass Ärztekammern, Sozialversicherungsträger und einige niedergelassene Ärzte den Bedarf an barrierefreien Ordination erkannt haben und bemüht sind, eine möglichst barrierefreie Praxis anzubieten.

9.4.2 Sexualität – Schwangerschaft – Mutterschaft

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 gilt⁴²⁵. 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.

Darauf hinzuweisen ist, dass Frauen, die seit Geburt oder früher Kindheit und Jugend mit einer Beeinträchtigung leben, andere Bedingungen vorfinden, als Frauen, die diese erst im Laufe ihres Lebens erworben haben. Für sie ergeben sich stark differierende Sozialisationsbedingungen, die zum einen darauf abzielen können, ihre Behinderung innerhalb der Familie zu „normalisieren“ und sie zur Selbstständigkeit zu erziehen, zum anderen aber auch darauf ausgerichtet sein können, ihnen eine Sonderrolle und damit auch eine Außenseiterrolle zuzuschreiben.

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.

421 Damit ist die Tendenz der Privatisierung gesundheitlicher Risiken und betriebswirtschaftlichen Orientierung der Gesundheitsversorgung z.B. von Arztpraxen zu beschreiben. Immer öfter versuchen Ärzte ihre Effizienz- und Erfolgsquote zugunsten von mehr Umsatz zu steigern.

422 z.B. Assistenz in der Kommunikation mit Gebärdensprache, Persönliche Assistenz in der Freizeit, für gesundheitliche Prävention, Arztbesuche und Behördentermine.

423 Auskunft von Frau Rosemarie Srb-Rössler, BIZEPS (24.08.2010).

424 Auskunft von Dr. Johannes Gregoritsch, Hauptverband der Sozialversicherungen, (dl 06.08.2010).

425 Ewinkel, et al. 1988; Zemp, et al. 1996

Eine mögliche Ursache könnte das noch immer herrschende Rollenbild sein: Eine Frau, die einen behinderten Mann heiratet, gilt als besonders fürsorglich und liebend und dem Mann werden besondere Qualitäten zugeschrieben, er wird durch die Heirat zusätzlich aufgewertet⁴²⁶.

In einer Mitte der 1990er Jahre durchgeführten Untersuchung von Frauen (N=130), die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, gab die Hälfte der Befragten an zu verhüten, wobei vor diesen über die Hälfte (62,7%) als Verhütungsmittel Sterilisation nannte. 13% lebten in einer Partnerschaft.⁴²⁷ Bei der untersuchten Personengruppe handelte es sich vor allem um Frauen mit Lernbehinderungen.

In der Gruppe der Frauen mit Behinderungen gibt es unterschiedliche Erfahrungen, eine blinde oder mobilitätsbeeinträchtigte Frau hat andere Bedürfnisse und Erfahrungen als eine Frau mit Lernbehinderungen. 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 als auch für den Umgang mit der Patientin erleichtert werden soll.⁴²⁸

Gerade gehörlose Frauen fühlen sich durch ihre eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit von vielen Informationen ausgeschlossen. Von der Stadt Wien wurden in den Jahren 2002 bis 2005 Fachvorträge im Bereich allgemeiner Gesundheitsvorträge (z.B. zu Gynäkologie, den Wechseljahren, Pubertät und Erziehung, Selbstbewusstsein, Haltungsschule und Übergewicht) für gehörlose Frauen angeboten.⁴²⁹

An der Ambulanz für Familienplanung der Wiener Frauenklinik wurden Daten von 1993 bis 2007 der Patientinnen mit unterschiedlicher Beeinträchtigung ausgewertet sowie empirische Fallstudien erarbeitet. Bereits vor dem ersten Kontakt mit der Ambulanz nutzten 71,4% der Frauen ein Verhütungsmittel, davon 55% ein orales Verhütungsmittel (Pille), 19% die Sterilisation, 8% Spirale, 8% die Drei-Monats-Spritze. Die Studienautorin kommt zu dem Schluss, dass Frauen mit Behinderungen nach wie vor eine häufig missverstandene und dadurch unterversorgte Gruppe hinsichtlich der gynäkologischen und kontrazeptiven Betreuung darstellen. Sie plädiert für eine intensivere soziale und medizinische Anamneserhebung und Dokumentation sowie für eine intensivere Beratung bei der Auswahl der Verhütungsmittel, um damit das kooperative Verhalten der Frau zu erhöhen.⁴³⁰

Frauen mit Behinderungen wird oft ihr Frau-Sein und vor allem die Möglichkeit der Mutterschaft abgesprochen. Das können sich viele nicht vorstellen, sei es mangels eigenem oder gesellschaftlichem Zutrauen oder auch mangels gelebter Beispiele. Wird heute die Schwangerschaft verkündet, dann gibt es zwar meist in der eigenen Familie bzw. der Familie des Partners auch freudige Reaktionen, allerdings geht damit auch eine gewisse Besorgnis einher, wie Barbara Levc feststellt:⁴³¹

„Häufige spezifische Umweltreaktionen erleben behinderte Frauen, wenn sie mit ihren Kindern in der Öffentlichkeit auftreten. Diese Reaktionen reichen von übertriebener Bewunderung über ungläubiges Staunen und Fragen nach der konkreten Alltagsbewältigung bis zu direkt ablehnenden Reaktionen, wobei häufig die Kinder bedauert werden.“⁴³²

Eine empirische Erhebung zu (werdenden) Eltern mit Lernschwierigkeiten in Wien zeigt, dass derzeit keine spezifischen Unterstützungsangebote zur Verfügung gestellt werden. Die betroffenen Mütter äußern besonders den Wunsch nach empowerment-orientierten Unterstützungsangeboten. Im Mittelpunkt steht der Wunsch nach Anerkennung als „normaler“ Mensch und nach einer zielgruppenspezifischen Begleitung und Beratung.⁴³³ Aufgrund von mangelnder Barrierefreiheit können Frauen mit Behinderungen in der Schwangerschaft nicht wie andere Frauen auf die bestehenden Angebote der Beratung und Geburtsvorbereitung zurückgreifen, sondern müssen sich die notwendigen Unterstützungen mühsam zusammensuchen oder darauf verzichten. Speziell für

426 Ebd., S.95

427 Zemp, et al. 1996, S. 68f

428 Stadt Wien: Wiener Programm für Frauengesundheit, <http://www.diesie.at/literatur/broschueren/index.html>, (dl 28.07.2010)

429 Rader, et al. 2010, S. 92-106, S.99

430 Bischof, 2007

431 Levc, 2005

432 Zit. ebd., S. 250

433 Kassoumea, 2006

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.

9.5 Politische Rahmenbedingungen und Maßnahmen der Veränderung

Grundsätzlich liegt es an der Politik, für den gesetzlichen Rahmen zu sorgen, der Frauen und Mädchen mit Behinderungen adäquat unterstützt, Diskriminierungen verhindert, die Partizipation betroffener Menschen in allen Gesellschaftsbereichen fördert und ein gleichgestelltes, selbstbestimmtes Leben ermöglichen kann. Ausgehend von einem sehr niedrigen behinderungspolitischen Entwicklungsniveau wurden in den letzten Jahren 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.⁴³⁴

Aktuell kann die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (BRK), die Österreich 2008 ratifiziert hat, einen neuen Innovationsschub bringen. In Artikel 6 der BRK wird festgehalten, dass „Frauen und Mädchen mit Behinderungen mehrfacher Diskriminierung ausgesetzt sind“ und dass dadurch in dieser Hinsicht von den unterschreibenden Staaten Maßnahmen zu ergreifen sind, „um zu gewährleisten, dass sie alle Menschenrechte und Grundfreiheiten voll und gleichberechtigt genießen können“.⁴³⁵ Unabhängig von Artikel 6 durchzieht der Genderaspekt die gesamte Behindertenrechtskonvention.⁴³⁶ Im Gesundheitsartikel 25 wird darauf hingewiesen, dass Menschen mit Behinderung ein Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung und Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben. Die Vertragsstaaten verpflichten sich zudem:

- a) unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung zustellen wie anderen Menschen, einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen und der Gesamtbevölkerung zur Verfügung stehender Programme des öffentlichen Gesundheitswesens;
- b) Gesundheitsleistungen anzubieten, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, soweit angebracht, einschließlich Früherkennung und Frühintervention, sowie Leistungen anzubieten, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen;
- c) Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich, auch in ländlichen Gebieten anzubieten;
- d) den ProfessionalistInnen im Bereich Gesundheit die Verpflichtung aufzuerlegen, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen;
- e) die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung und in der Lebensversicherung zu verbieten, soweit eine solche Versicherung nach innerstaatlichem Recht zulässig ist; solche Versicherungen sind zu fairen und angemessenen Bedingungen anzubieten;
- f) die diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung oder -leistungen oder von Nahrungsmitteln und Flüssigkeiten aufgrund von Behinderung zu verhindern.⁴³⁷

Um die Rechte der UN-Behindertenrechtskonvention auch einklagbar zu machen, müssen sie auch in Österreich von Bund und Ländern in Programme und Maßnahmen umgesetzt werden. Beim BMASK wurde ein Monitoring-Ausschuss angesiedelt, um die anstehende Umsetzung in das österreichische Recht zu begleiten.

434 Wegscheider, 2010

435 Zit. aus Artikel 6, Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Übersetzung), BGBl. III - Ausgegeben am 23. Oktober 2008 - Nr. 155, S. 10

436 Ebd., Artikel 5, 8, 16, 23, 25 und 27

437 Ebd., Artikel 25, S. 25f

Grundsätzlich ist, so ein normativer Wunsch, ein integrativer Ansatz vorzuziehen, anstatt zusätzliche Einrichtungen für Mädchen und Frauen mit Behinderungen im Gesundheitsbereich zu entwickeln. In bereits bestehenden Angeboten wie vor allem in Frauenberatungsstellen und Frauengesundheitszentren sind die Bedürfnisse von Frauen und Mädchen mit Behinderungen durch zielgruppenorientierte Maßnahmen und Projekte mit zudenken und zu behandeln. 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 in diesem Zusammenhang sind:

- 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 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 und 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 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 historischen Ereignissen, z.B. dem NS-Euthanasieprogramm und 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.

Diese Aufstellung ist keineswegs als taxativ zu begreifen, denn auch die Bedürfnisse von Mädchen und Frauen mit Behinderung unterliegen in der gesellschaftlichen Weiterentwicklung einem ständigen Wandel und müssen auf die individuellen Bedürfnisse angepasst werden. Es liegt in der Verantwortung einer solidarischen Gesellschaft, Menschen mit Behinderung die notwendigen Unterstützungsleistungen zur Verfügung zu stellen. Gemeinsam soll ihnen sein, dass sie ausgleichend sind und ohne Bevormundung eine chancengleiche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen. Wichtig ist, dass die betroffenen Menschen in den Entscheidungsprozess einbezogen werden.

10. Frauen in sozialen und gesundheitlichen Lebenslagen

10.1 Frauen und Sucht

Mag.^a (FH) Martina Weilguny, Gesundheits- und Pflegemanagement, AKh Linz GmbH, Arbeitsgemeinschaft Sozial- und Gesundheitsforschung⁴³⁸, JKU

Mag.^a Martha Scholz, Soziologin, Frauengesundheitszentrum Wels, PGA

10.1.1 Alkoholkonsum

Bundesminister für Gesundheit Alois Stöger dipl. führt im Vorwort zum Handbuch Österreich – Alkohol an:

„Alkohol wird je nach Perspektive als wichtiger Bestandteil des gesellschaftlichen und sozialen Lebens oder als gefährliche Suchtsubstanz gesehen. Alkohol ist ein zentraler Bestandteil unserer Traditionen, gleichzeitig aber stürzt Alkohol eine große Anzahl von Menschen in eine Abhängigkeit und verursacht damit großes persönliches und soziales Leid. Infolge dieser janusköpfigen Natur des Alkohols sind überlegte und ausgewogene Strategien erforderlich, um einerseits energisch und konsequent Maßnahmen zur Eindämmung von Alkoholmissbrauch und Alkoholsucht entwickeln zu können, ohne gleichzeitig auch den moderaten Umgang mit Alkohol zu problematisieren oder zu bekämpfen.“⁴³⁸

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.⁴³⁹ Trotzdem konnte über die letzten drei Jahrzehnte ein deutlicher Rückgang des Alkoholdurchschnittskonsums um rund 20% beobachtet werden.⁴⁴⁰

Alkoholkonsummengen, die bei Umfragen erhoben werden, ergeben nur etwas mehr als ein Drittel des tatsächlich konsumierten Alkohols und werden somit systematisch unterschätzt.⁴⁴¹ Die aus der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 resultierenden Angaben werden allerdings ausschließlich aus den Rohergebnissen dargestellt. In Österreich zählen 26% der Männer und 45% der Frauen zu jener Gruppe, die nie oder maximal viermal im letzten Jahr Alkohol getrunken haben. Rund drei Viertel der Männer und etwas mehr als die Hälfte der Frauen trinken öfter als viermal pro Jahr Alkohol. Männer im Alter zwischen 45 und 59 Jahren gaben am häufigsten an, während der letzten vier Wochen Alkohol getrunken zu haben (75%). Im Gegensatz dazu gaben 55% der 30- bis 44-jährigen Frauen während des letzten Monats einen Alkoholkonsum an.

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 Hinweis auf problematisches Trinkverhalten gibt. Daraus ergab sich bei 7% der männlichen

438 Zit.n. Alois Stöger dipl., Bundesminister für Gesundheit, Handbuch Österreich – Alkohol 2009, S.5

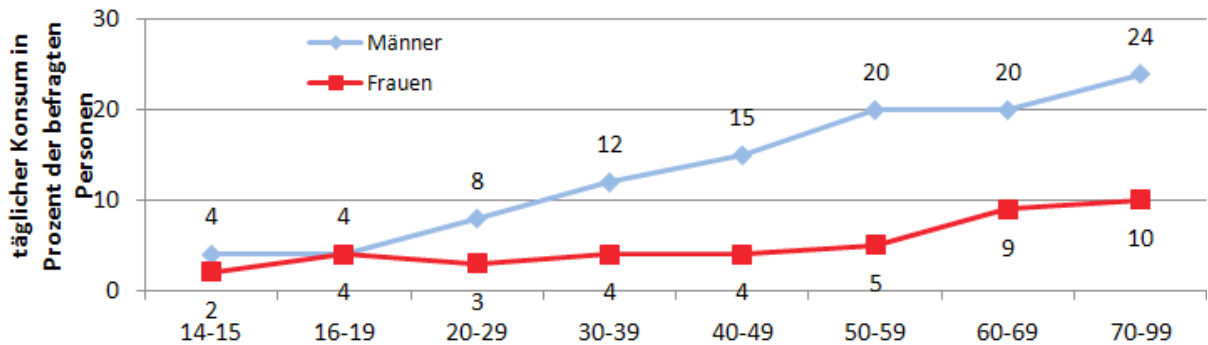
439 Forum Gesundheit, www.forumgesundheit.at, (dl 26. 08.2010)

440 BMGF, 2009, Handbuch Österreich – Alkohol 2009

441 Uhl, et al. 2005

(am häufigsten bei 30- bis 59-Jährigen) und bei 1,6% der weiblichen Bevölkerung (am häufigsten bei 15- bis 29-jährigen Frauen) eine Alkoholabhängigkeit.⁴⁴²

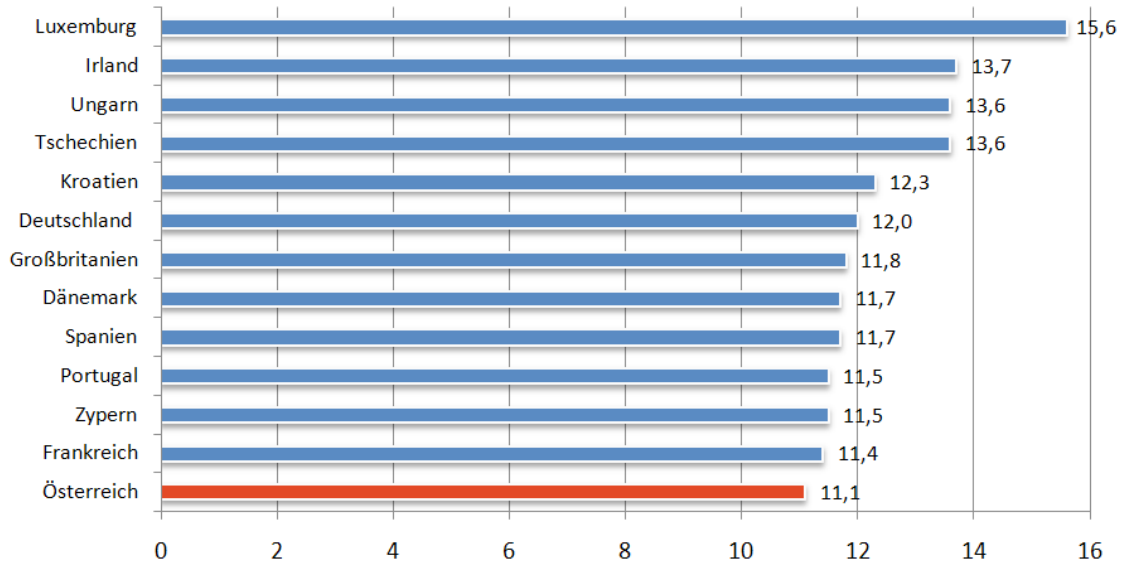
Abbildung 102: Täglicher Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht, 2004



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 Liter reinem Alkohol pro Kopf und Jahr auf dem 13. Platz ein.

Abbildung 103: Rangfolge ausgewählter Länder: Mittlerer Alkoholkonsum pro Kopf in Liter reinem Alkohol 2003, im Alter von 15 Jahren und mehr (WHO 2009)



Quelle: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 10, Geesthacht 2010

Stationäre Behandlung von Alkoholismus und von alkoholbedingten Erkrankungen

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.

442 Berechnungsgrundlagen siehe Gesundheitsbefragung 2006/2007, S. 39f

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 durch Alkohol bedingte Leberkrankheit 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.⁴⁴³

Die im Frauengesundheitsbericht 2005 angeführten Vergleichsdaten von 2001 zeigen einen deutlichen Anstieg beim Alkoholismus um 7% bei Männern und 30% bei Frauen!⁴⁴⁴ 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%.⁴⁴⁵

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

Tabelle 96: Stationäre Behandlung von Alkoholismus und alkoholassoziierter Leberkrankheit nach Geschlecht, 2008

Hauptdiagnose ICD-10	Geschlecht	Stationäre Aufenthalte			Alter			
		insgesamt	darunter 0-Tagesaufenthalte	darunter verstorben	0 bis 14 Jahre	15 bis 44 Jahre	45 bis 64 Jahre	65 Jahre und mehr
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	Z	25.713	4.802	17	226	12.614	11.284	1.589
	M	18.251	3.439	9	96	8.870	8.156	1.129
	W	7.462	1.363	8	130	3.744	3.128	460
Alkoholische Leberkrankheit (K70)	Z	2.264	148	167	-	293	1.352	619
	M	1.709	92	127	-	208	1.008	493
	W	555	56	40	-	85	344	126

Z= Summe, M= Männer, F= Frauen

Quelle: Statistik Austria, Spitalsentlassungen 2008 nach Hauptdiagnosen, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_gesamt/index.html erstellt am 23.11.2009, (dl 03.09.2010)

Frauen, Männer und Alkohol

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

- Männer trinken in Gesellschaft. Frauen haben eine starke Selbstkontrolle in der Öffentlichkeit und trinken meist, wenn sie alleine sind. Sie setzen Alkohol gezielt ein, um mit Problemen - seien diese psychischer, seelischer oder finanzieller Art - 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.⁴⁴⁶)

443 BMG, 2009, Handbuch Österreich - Alkohol 2009, S. 140

444 M= 17.092, F= 5.750

445 M= 2.050, F= 671

446 BMG 2009, Handbuch Österreich - Alkohol 2009

- der weibliche Körper verträgt weniger Alkohol.
- Männer bauen den Alkohol schneller ab. Durch das Enzym ADH (Alkoholdehydrogenase) setzt der Alkoholabbau bei Männern bereits im Magen ein, bei Frauen werden diese Enzyme erst im Darm aktiv.⁴⁴⁷

Das britische Health Education Council hat bereits 1994 eine Definition über die Harmlosigkeitsgrenze und die Gefährdungsgrenze veröffentlicht, welche heute noch verwendet wird, um den Alkoholkonsum in „harmlos“ oder „gefährlich“ zu unterteilen:⁴⁴⁸

Tabelle 97: Definition des britischen Health Education Council 1994

Gesundheitsrisiko	Männer	Frauen
Harmlosigkeitsgrenze Konsum als unbedenklich eingestuft	bis 24 g reiner Alkohol pro Tag 0,6 Liter Bier oder 0,3 Liter Wein	bis 16 g reiner Alkohol pro Tag 0,4 Liter Bier oder 0,2 Liter Wein
Gefährdungsgrenze Konsum als gesundheitsgefährdend eingestuft	ab 60 g reiner Alkohol am Tag 1,5 Liter Bier oder 0,75 Liter Wein	ab 40 g reiner Alkohol am Tag 1 Liter Bier oder 0,5 Liter Wein

Quelle: Institut Suchtprävention, www.praevention.at/seiten/index.php/nav.152/view.155/level.at, (dl 26.08.2010)

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;
- verminderte Kontrollfähigkeit des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums;
- ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums;
- Nachweis einer Toleranz;
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen;
- anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen.⁴⁴⁹

Frauen und Alkohol

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.⁴⁵⁰ Kleinere und zartere Menschen erreichen mit weit geringeren Alkoholmengen bedenklichere Blutalkoholkonzentrationen als große und muskulöse Menschen.

447 A-Connect, www.a-connect.de, (dl 26.08.2010)

448 Institut Suchtprävention, www.praevention.at, (dl 26.08.2010)

449 Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch nach ICD-10 und DSM-IV, www.psychologie.uni-wuerzburg.de/.../51_Haefner_Alkohol_ICD.ppt, (dl 03.09.2010)

450 A-Connect, www.a-connect.de, (dl 26.08.2010)

Dadurch sind besonders Frauen stärker von Folgeerkrankungen wie Fettleber, Bluthochdruck, Magengeschwüren, Krebserkrankungen, Depressionen, Angstzuständen bis hin zu Suizid betroffen.⁴⁵¹

Alkohol – Schwangerschaft, Mutter sein und Kinder

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 Alkoholembryopathie beschrieben.⁴⁵² Die Facetten des FAS können breit gefächert sein: von einer kleinen Missbildung, einem zu kleinen Kopf, einem schwächtigen Körper, einer muskulären Schwäche oder Auffälligkeiten im Gesicht bis hin zu einer schweren Schädigung, Herzfehlern oder Ähnlichem. Bei Neugeborenen können Gaumenspalten und Fehlbildungen des Herzens oder der Nieren auftreten. Kinder können an körperlichen Entwicklungsstörungen leiden und bis ins Erwachsenenalter Auffälligkeiten in der mentalen Entwicklung und sozialen Anpassungsfähigkeit zeigen. 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%.

Es gibt keine sichere Alkoholgrenze, bis zu der eine Frau während der Schwangerschaft Alkohol zu sich nehmen kann, ohne den Embryo zu schädigen. Aber eine Studie zeigt, dass sich bei Alkoholkranken durch sofortige Alkoholabstinenz nach Bekanntwerden einer Schwangerschaft die Gefahr für das Kind verringert, einen Schaden zu erleiden.⁴⁵³

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.⁴⁵⁴

10.1.2 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;⁴⁵⁵ 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,⁴⁵⁶ 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.⁴⁵⁷

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.

Die Werte in Bezug auf die allgemeine Raucherverteilung bei Männern und Frauen haben sich im Messzeitraum von 1972 bis 2006/07 angenähert. Während im Jahr 1972 nur 9,8% der Frauen rauchten (im Gegensatz zu 38,7% aller Männer) entwickelte sich die Raucherverteilung bis zum Jahr 2006/07 so, dass nun 19,4% der Frauen und 27,5% der Männer rauchen. Einigkeit besteht also darin, dass der Anteil der rauchenden Frauen stetig ansteigt.⁴⁵⁸

451 Forum Gesundheit, www.forumgesundheit.at, (dl 26.08.2010)

452 BMGF, 2007, Der ganz „normale“ Alkoholkonsum

453 Forum Gesundheit, www.forumgesundheit.at, (dl 26.08.2010)

454 Institut Suchtprävention, www.praevention.at, (dl 26.08.2010)

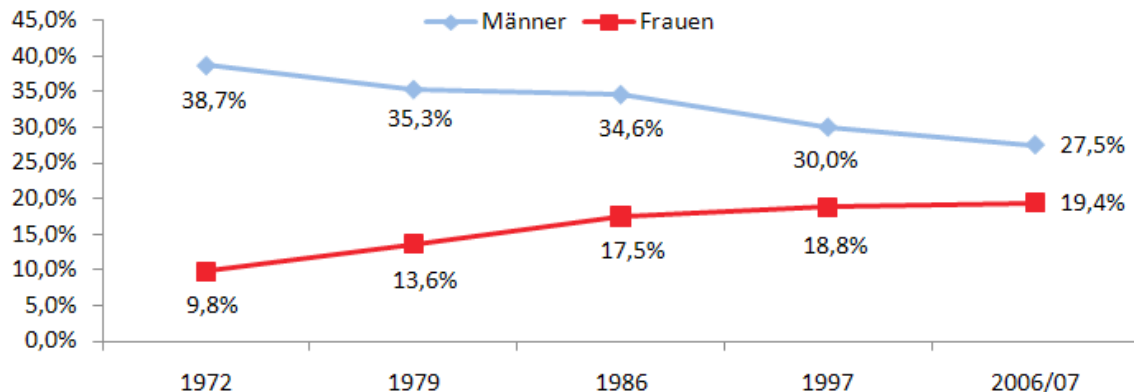
455 BMG, 2009, Handbuch Österreich – Alkohol. Zahlen. Daten. Fakten. Trends, 2009

456 APA www.ots.at/presseaussendung/OTS_20100527_OTSO123/31-mai-weltlichtrauertag (dl 23.08.2010)

457 Lampert, Thamm 2008

458 Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/07

Abbildung 104: 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

Facts

Laut Statistik Austria-Gesundheitsbefragung 2006/07:

- startet „Frau“ mit durchschnittlich 18,3 Jahren mit ihrer Raucherinnenkarriere und raucht durchschnittlich 14,3 Zigaretten pro Tag.
- bevorzugen österreichische Raucherinnen zu 98,8% 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.
- geben 38,1% der österreichischen rauchenden Frauen an, dass ihr/e ÄrztIn ihnen bereits geraten hat, mit dem Rauchen aufzuhören. 61,9% verneinen dies.⁴⁵⁹

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.⁴⁶⁰ Eine EU-weit angelegte „Eurobarometer 2003“-Repräsentativerhebung hat ergeben, dass lediglich in Dänemark, den Niederlanden und Belgien die Zahl der RaucherInnen zurückgeht.

Nikotinkonsum nach Alter und Bildungsstatus

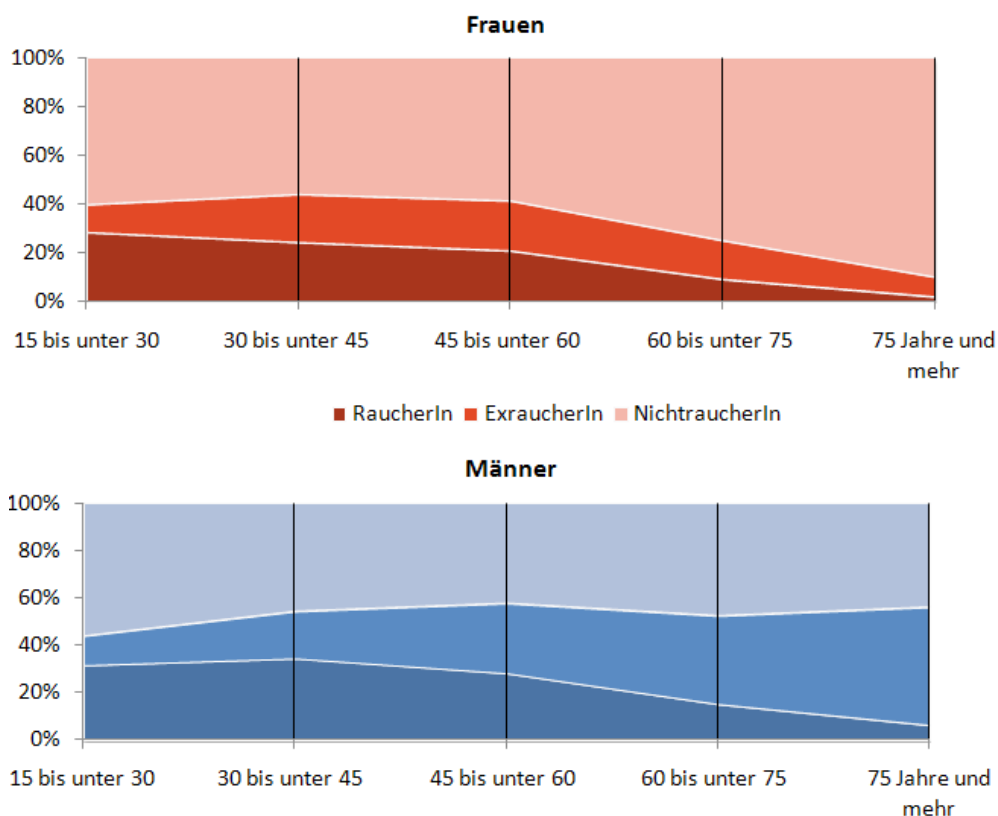
Die Altersverteilung zeigt, dass der Anteil an RaucherInnen mit zunehmendem Alter abnimmt, während jener der Ex-RaucherInnen steigt. Den höchsten RaucherInnenanteil findet man unter den 20- bis 24-Jährigen, wo etwa jede dritte Frau (34%) und jeder dritte Mann (36%) täglich raucht. Aus der Gesundheitsbefragung von Statistik Austria geht ebenfalls hervor, dass die heute ältere Generation damals mit höherem Alter zu rauchen begann und das Einstiegsalter in den letzten Jahren stetig abgenommen hat: 45% der befragten 14- bis 15-jährigen Mädchen gaben an, im Alter von 13 Jahren mindestens einmal eine ganze Zigarette geraucht zu haben. Ein Viertel aller rauchenden Jugendlichen hat bis zum 15. Lebensjahr den ersten Kontakt mit einer Zigarette, mehr als die Hälfte bis zum Alter von 17 Jahren, wobei Frauen früher zu rauchen beginnen: Von den 15- bis 29-jährigen Raucherinnen begannen 14% (9% der Jungen) bis zum Alter von 13 Jahren und 44% (34% der Jungen) bis zum Alter von 15 Jahren.⁴⁶¹

459 Statistik Austria, www.statistik.at, (dl 23.08.2010)

460 Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2007, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, S.37

461 Statistik Austria, www.statistik.at, (dl 20.08.2010)

Abbildung 105: 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. Der Anteil an älteren Frauen, die jemals in ihrem Leben regelmäßig geraucht haben, ist insbesondere bei den Geburtsjahrgängen ab 1940 steil angestiegen, während der entsprechende Männeranteil seit Beginn des 20. Jahrhunderts konstant hoch geblieben ist.⁴⁶²

Im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Nikotinkonsum und Bildung, zeigt sich bereits bei Jugendlichen eine deutliche Differenzierung nach Schultyp: In Hauptschulen ist der Anteil der RaucherInnen mehr als doppelt so hoch wie in Gymnasien.⁴⁶³

Auch Passivrauchen, „second-hand-smoke“ genannt, ist schädlich. Die Gesundheitsbefragung von Statistik Austria 2006/2007 hat ergeben, dass jeder fünfte (22%) Jugendliche in Österreich Tabakrauch ausgesetzt ist.

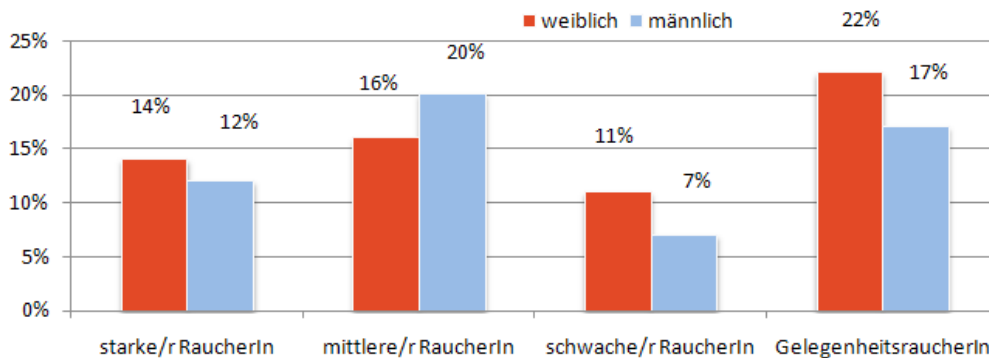
Rauchen bei Mädchen und Frauen

In einer Untersuchung des Bundesministeriums gaben im Jahr 2005 durchschnittlich 60% der 14- bis 19-Jährigen an, zu rauchen (64% weiblich, 55% männlich). Der RaucherInnenstatus (starke/r RaucherIn, mittlere/r RaucherIn, schwache/r RaucherIn, GelegenheitsraucherIn) dieser Untersuchungsgruppe wird in der unten angeführten Grafik dargestellt. Mit Ausnahme der mittelstarken RaucherInnen liegen Frauen vom Prozentwert her in allen Kategorien vor den Männern. 30% der Frauen gaben an, starke oder mittlere Raucherinnen zu sein; im Vergleich dazu liegen Männer annähernd gleich mit insgesamt 32%.

462 DKFZ, 2009

463 DKFZ, 2009

Abbildung 106: RaucherInnenanteil 2005



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen BMGF, 2006, Rauchverhalten in Österreich, Ergebnisse unterschiedlicher aktueller Quellen einschließlich der österreichischen repräsentativen Bevölkerungsumfrage. Erstellt am 23.8.2010.

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; in den USA hat der Lungenkrebs den Brustkrebs als häufigste Todesursache bei Frauen überholt. 80-90% der Todesfälle durch Lungenkrebs sind (bei Männern und Frauen) auf das Rauchen zurückzuführen und wären daher vermeidbar. 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.⁴⁶⁴

Frauen greifen aus vermeintlich gesundheitlichen Gründen zu „Light-Zigaretten“. Diese ziehen jedoch keine Reduktion des Risikos nach sich, da meist mehr davon geraucht wird, um den gewohnten Nikotinspiegel zu erreichen.

In Kombination mit der Antibabypille vervielfacht das Rauchen außerdem das Risiko von Herzinfarkt und Schlaganfall durch die Bildung von Blutgerinnseln.

Genderspezifischer Rauchausstieg

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. 75% der Frauen tolerieren eine Gewichtszunahme von 2-3 kg nicht. Tatsächlich nehmen Frauen bei einem Rauchstopp mehr zu als Männer; das Gewicht reguliert sich jedoch nach ein paar Jahren wieder. Bei einem Rauchstopp erholt sich die Lunge einer Frau innerhalb eines Jahres doppelt so schnell wie die eines Mannes.⁴⁶⁵

„Es ist aber nicht genug, den Griff zur Zigarette zu verhindern; es sollen auch Alternativen wie beispielsweise Tipps zum Thema Sport, Ernährung etc. als Teil eines Gesamtpakets angeboten werden. Die Erfolgsquoten

464 DBMG, 2009

465 Frauenärzte im Netz, www.frauenaerzte-im-netz.de, (dl 12.07.2010)

sind bei Frauen wesentlich höher, wenn sie sich insbesondere mit dem Thema Entzugserscheinungen auseinandersetzen. Frauen haben mehr Entzugserscheinungen als Männer bzw. leiden auch mehr darunter. Eine Nikotinersatztherapie hat bei Frauen weniger Erfolg; ... Sie sehen also, nicht einmal das Rauchen macht vor den geschlechtsspezifischen Unterschieden halt. Da denkt man, der durch eine einfache Droge zugefügte Schaden müsse gleich sein - doch es ist eine Tatsache, dass das Rauchen für Frauen ungesünder ist als für Männer.“⁴⁶⁶

Schwangerschaft, Mutter sein und Rauchen

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 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.

Der Zusammenhang zwischen dem Rauchen in der Schwangerschaft und einer möglichen Schädigung der Gesundheit des Kindes (beziehungsweise daraus folgenden Komplikationen) ist bereits lange bekannt. Nikotin und Kohlenmonoxid 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.⁴⁶⁷ Zudem leiden Kinder rauchender Mütter (und Väter) vermehrt an Atemwegserkrankungen, Asthma und Mittelohrentzündungen.⁴⁶⁸

10.1.3 Medikamente

Von Medikamentenmissbrauch spricht man, wenn Arzneimittel ohne Indikation zum Erzeugen bestimmter Zustände oder Befindlichkeiten eingesetzt werden. Etwa 5% der verschriebenen Arzneimittel in Österreich können zu Missbrauch und Abhängigkeit führen.⁴⁶⁹

„Wir haben in Österreich mindestens 150.000 Abhängige. Mir scheint, dass die (oft kolportierte, Anm.) Zahl von 250.000 zu hoch ist. Es gibt pro Jahr rund 30.000 stationäre Aufnahmen wegen Medikamentenzwischenfällen und zwischen 1.600 bis 2.400 Todesfälle.“⁴⁷⁰

Die größte Gruppe der von Medikamentenmissbrauch Betroffenen ist von Schlaf- und Beruhigungsmitteln aus der Wirkstoffgruppe der Benzodiazepine abhängig. Fast ein Drittel der Jugendlichen in Deutschland zwischen 12 und 17 Jahren greift zumindest hin und wieder zu Medikamenten.⁴⁷¹

Eine Abhängigkeit von Medikamenten aus der Benzodiazepinfamilie kann bereits nach einigen Wochen entstehen. Diese Abhängigkeit kann sich auch entwickeln, wenn nur eine gleich bleibend niedrige Dosis eingenommen wird. Die Abhängigkeit kommt erst beim Absetzen der Tabletten zum Vorschein.⁴⁷² Vor allem Frauen bekommen schnell problematische Mittel verordnet und nehmen diese auch häufiger ein.⁴⁷³ 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.⁴⁷⁴ Die langfristige Einnahme von Benzodiazepinen kann zu Veränderungen der Persönlichkeit führen,

466 Zit. n. Dieplinger, 2007, S. 137

467 DKFZ, 2009

468 DBMG, 2009

469 Institut Suchtprävention, www.praevention.at (dl 26.08.2010)

470 Zit. n. Psychiater Reinhard Haller; <http://www.heute.at/news/oesterreich/bundeslaender/Volkskrankheit-Medikamentensucht;art1303,242120>, (dl 26.08.2010)

471 Medizinauskunft, www.medizinauskunft.de, (dl 26.08.2010)

472 DHS, keine Jahresangabe

473 Focus, www.focus.de, (dl 26.08.2010)

474 DHS, 2009

zur Verflachung der Gefühle, zum Rückzug aus familiären Beziehungen, zu einer Zunahme von Ängsten und Depressionen bis hin zu Gedächtnisstörungen oder Selbstmordgedanken. Außerdem kann es zu gesteigerter Unruhe und Verwirrung führen.⁴⁷⁵

Frauen und Medikamente

Viele Frauen nehmen Medikamente, um die Belastungen im Alltag, in der Familie, Partnerschaft und Beruf bewältigen zu können und 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.⁴⁷⁶

Der Medikamentenkonsum ist stark vom Alter und Geschlecht abhängig. Frauen nehmen in allen Altersgruppen häufiger ärztlich verordnete Medikamente als Männer.⁴⁷⁷ Frauen gelingt es, in der Öffentlichkeit den Schein der Normalität zu wahren. Dies führt dazu, dass eine Medikamentenabhängigkeit häufig erst in einem sehr späten Stadium der Erkrankung oder bei einem so genannten polyvalenten Konsum (d.h. beim gleichzeitigen Konsum von Alkohol und Medikamenten oder anderer Drogen) erkannt wird.

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.

Tabelle 98: Ärztlich verordnete Medikamente nach ausgewählter Medikamentengruppe, Geschlecht und Alter

Gliederungsmerkmal	Insgesamt ¹	Kopfschm. oder Migräne	Andere Schm.	Depression	Anspannung oder Angstgefühl	Schlaf-tabletten
		in 1.000				
Insgesamt	3.350,2	15,1	28,5	9,7	7,4	10,3
Frauen	2.018,7	18,5	28,6	10,4	7,6	11,5
15 bis unter 30	264,8	21,4	19,9	3,1	2,3	2,6
30 bis unter 45	371,1	24,2	27,4	10,1	6,5	3,1
45 bis unter 60	484,1	23,7	30,9	15,3	10,3	11,2
60 bis unter 75	503,9	11,8	28,0	10,2	7,6	11,5
75 und mehr	394,8	13,3	33,4	9,7	9,1	25,9
Männer	1.331,5	9,8	28,3	8,6	7,1	8,4
15 bis unter 30	102,3	14,9	37,0	4,2	3,1	0,2
30 bis unter 45	237,9	15,5	34,7	8,6	6,2	6,4
45 bis unter 60	374,9	10,7	28,2	12,3	10,1	8,3
60 bis unter 75	420,9	6,6	22,8	6,1	5,6	8,0
75 und mehr	195,5	5,6	27,9	9,2	7,7	16,2

1) Der Insgesamt-Wert bezieht sich auf Personen, die bei der Frage „Haben Sie in den letzten beiden Wochen von einem Arzt/einer Ärztin verordnete Medikamente eingenommen?“ mit „Ja“ geantwortet haben.

Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/07. Erstellt am 18.07.2008.

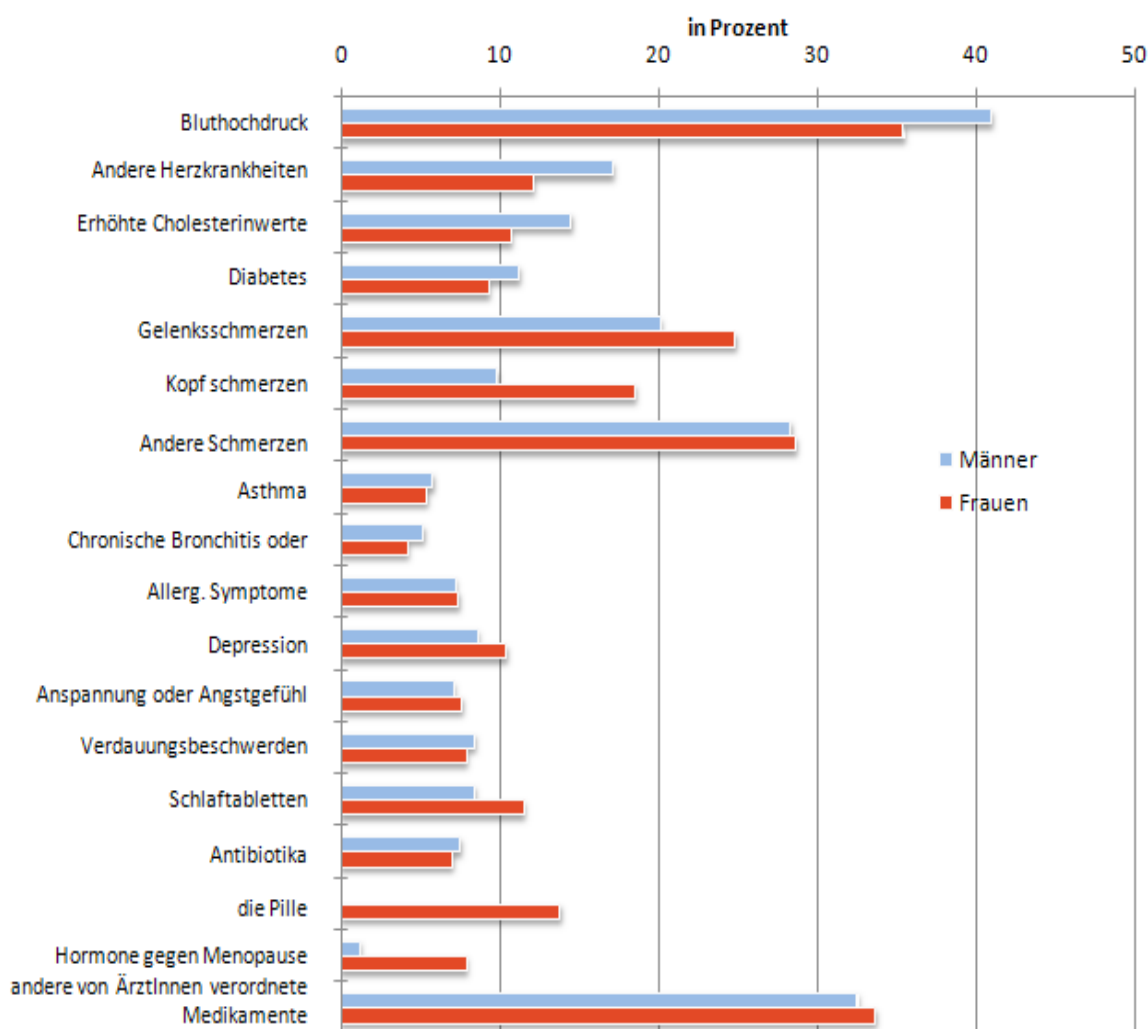
Grundgesamtheit: Personen im Alter von 15 und mehr Jahren

475 DHS, keine Jahresangabe

476 DHS, keine Jahresangabe

477 Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2007, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, S. 48

Abbildung 107: Ärztlich verordnete Medikamente nach ausgewählter Medikamentengruppe und Geschlecht



Quelle: Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/07. Erstellt am 18.07.2008.
 Grundgesamtheit: Personen im Alter von 15 und mehr Jahren

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.⁴⁷⁸

- ein starker Wunsch oder eine Arzt Zwang, eine psychotrope Substanz zu konsumieren;
- eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums;
- ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, mit substanzspezifischen Entzugssymptomen oder Ersatzkonsum, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden;
- Wirkungsverlust und Toleranzentwicklung, so dass höhere Mengen erforderlich sind, um die ursprüngliche Wirkung hervorzurufen;
- Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums wegen erhöhtem Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen;
- anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen.

Die Definition der Medikamentensucht der Weltgesundheitsorganisation WHO ist dagegen etwas kürzer:

Sucht ist ein Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, hervorgerufen durch den wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Droge und gekennzeichnet durch vier Kriterien:

- ein unbezwingbares Verlangen zur Einnahme und Beschaffung des Mittels;
- eine Tendenz zur Dosissteigerung (Toleranzerhöhung);
- die psychische und meist auch physische Abhängigkeit von der Wirkung der Droge;
- die Schädlichkeit für den Einzelnen und/oder für die Gesellschaft.⁴⁷⁹

Während grundsätzlich alle Medikamente im Übermaß schaden können, besteht bei manchen Medikamenten zusätzlich das Risiko, abhängig zu werden:

Tabelle 99: Medikamente und ihre Wirkung

Schlafmittel und Beruhigungsmittel Tranquilizer	stammen aus der Familie der Benzodiazepin, sind angstlösend, schlafanstoßend, muskelentspannend und dämpfen allgemein alle Empfindungen. Die Abhängigkeit kann bereits nach wenigen Wochen der regelmäßigen Einnahme einsetzen.
Schmerzmittel Analgetiker	In der Gruppe der Analgetiker wird zwischen zentral wirkenden Mittel und peripher wirkenden Mittel unterschieden. Zentral wirkende Mittel werden besonders in der Behandlung von schweren Schmerzzuständen eingesetzt. Sie fallen unter das Betäubungsmittelgesetz, und deren Verschreibung wird staatlich kontrolliert.
Anregungsmittel und anregende Appetitzügler Stimulanzien	Stimulanzien wirken antriebssteigernd, euphorisierend und leistungssteigernd, außerdem dämpfen sie das Hungergefühl. Der Missbrauch steht in engem Zusammenhang mit Essstörungen wie Magersucht oder Bulimie, an denen besonders Frauen leiden. Nebenwirkungen von Stimulanzien sind Herzrasen, Angst, Schlafstörungen, starke Stimmungsschwankungen, Erschöpfung oder Übererregung.

Quelle: DHS, 2009

10.1.4 Frauen und 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.⁴⁸⁰

Frauen und Drogenabhängigkeit

Wie bereits beim Konsum von Nikotin angeführt, bestehen auch beim Konsum illegaler Drogen Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die Häufigkeit, das Eintrittsalter und die Folgewirkungen.

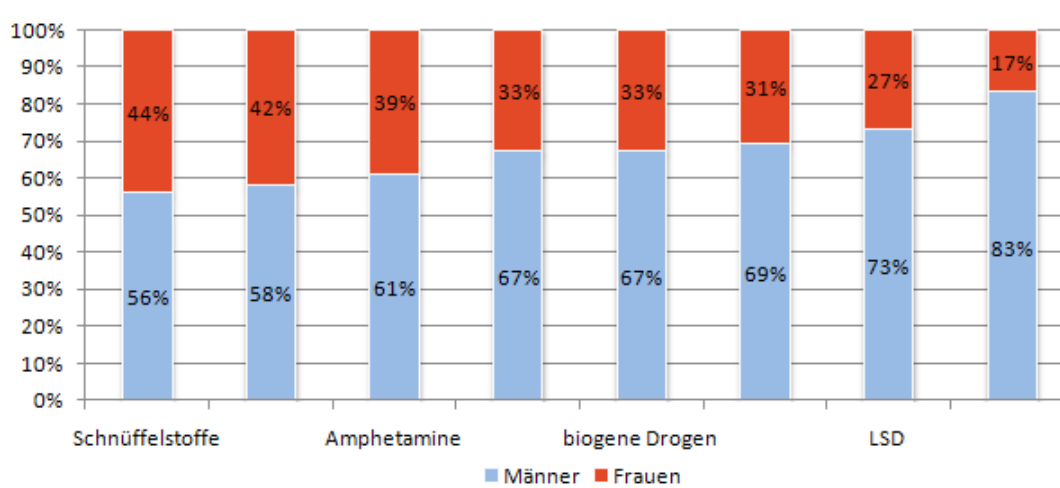
Der Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 2006 „Illegaler Drogenkonsum in Österreich“ listet den Anteil an drogenabhängigen Frauen und Männern auf.

479 DHS, keine Jahrsangabe

480 European Commission, www.ec.europa.eu, (dl 23.08.2010)

Geschlechtsspezifisch betrachtet werden sämtliche illegale Substanzen häufiger von Männern konsumiert. Den prozentuell größten Anteil weisen Männer beim Konsum von Heroin (83%), LSD, Exstasy und biogener Drogen auf. Frauen konsumieren anteilmäßig am meisten Schnüffelstoffe (44%), Cannabis und Amphetamine. Der Anteil an Frauen, die bereits Erfahrungen mit Cannabis haben, liegt bei den über 40-Jährigen bei 33%, bei den unter 39-Jährigen bei 44%. Im Alter von 15 bis 16 Jahren experimentieren männliche und weibliche Jugendliche gleichermaßen mit Cannabis. In der Altersgruppe 20 bis 24 überwiegt der Drogenkonsum unter Männern.⁴⁸¹

Abbildung 108: Geschlecht und Drogenkonsum 2006



Quelle: BMGF - Bundesministerium für Gesundheit 2006, Illegaler Drogenkonsum in Österreich. Erstellt am 23.8.2010.

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. Diese Tatsache lässt sich damit erklären, dass viele junge Mädchen ältere Jungen im Freundeskreis haben, die sie dazu bewegen, mit Drogen zu experimentieren. Die Drogenprävention in Österreich, Deutschland und in der Schweiz richtet sich speziell an sehr junge Frauen, um ihre Persönlichkeit und den Mut, Drogen abzulehnen, zu stärken.⁴⁸² 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 Männer. Der Anteil von Frauen in Therapien sinkt mit zunehmendem Alter der Klientinnen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Frauen erfolgreicher und früher therapiert werden; es ist vielmehr anzunehmen, dass die Zahl der drogenabhängigen Frauen in den Statistiken unter dem realen Wert liegt. Viele weibliche, schwangere Drogenabhängige oder drogenabhängige Mütter fürchten die Stigmatisierung der Gesellschaft und steigen deshalb in keine Therapie ein.⁴⁸³

Drogen und Medikamente in der Schwangerschaft

Die genaue Anzahl Kinder suchtmittelabhängiger Eltern ist nicht bekannt. 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. Hinzu kommt, dass in den Untersuchungen meist zu wenige Frauen befragt wurden, um ein signifikantes Ergebnis zu liefern.

481 EBDD, 2000
 482 EBDD, 2000
 483 EBDD, 2000

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.⁴⁸⁴

Folgende Tabelle zeigt Risiken und Empfehlungen für drogenabhängige, schwangere Frauen auf:

Tabelle 100: Empfehlungstabelle für drogenabhängige schwangere Frauen

Substanz	Risiko	Empfehlung
Amphetamine	erhöhtes Risiko für Fehl- und Frühgeburten, niedriges Geburtsgewicht	kein Gebrauch
Cannabis	erhöhtes Risiko für Entwicklungsschäden des Fötus, niedriges Geburtsgewicht	kein Gebrauch
Kokain	erhöhtes Risiko für Fehl- und Frühgeburten, mögliche Fehlbildungen des Fötus	kein Gebrauch
Opiate	erhöhtes Risiko für Fehl- und Frühgeburten, Geburtsschwierigkeiten, Neugeborene mit Entzugssymptomen und Atemschwierigkeiten, Entwicklungsverzögerungen	kein Gebrauch, mit Arzt sprechen, Hilfe suchen
Schlafmittel	variieren stark hinsichtlich ihrer Risiken für den Fötus. Wenn regelmäßig eingenommen, Entzugerscheinungen und Atemschwierigkeiten des Neugeborenen.	nur Schlafmittel, die vom Arzt empfohlen werden
Schmerzmittel	bei gelegentlichem Gebrauch kein Risiko	bei regelmäßigem Gebrauch Arzt konsultieren
Beruhigungsmittel	bei regelmäßigem Konsum erhöhtes Risiko für Atemschwierigkeiten und Entzugssymptome	vor Gebrauch Arzt konsultieren

Quelle: Drogenberatung Würzburg, www.drogenberatung-wuerzburg.de/inhalt/b_schwangerschaft.php3, (dl 23.08.2010)

Drogenabhängige Frauen und ihre Kinder

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.

Eine Untersuchung ergab, dass Neugeborene von Frauen, die Haschisch und Marihuana rauchen, ein niedrigeres Geburtsgewicht aufweisen und allgemein kleiner sind als andere Neugeborene.⁴⁸⁵

484 EBDD, 2000

485 Drogenberatung Würzburg, www.drogenberatung-wuerzburg.de/inhalt/b_schwangerschaft.php3, (dl 23.08.2010)

10.2 Essstörungen

A.o. Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger, Klinische und Gesundheitspsychologin, Stadt Wien, Wiener Programm für Frauengesundheit

Die folgende Passage aus einem persönlichen Bericht einer von Anorexia nervosa geheilten Patientin soll einleitend das Erleben und die Gefühle von Mädchen und Frauen, die unter dieser Symptomatik leiden, transparent machen:

„Ich hatte nie ein normales Verhältnis zu meinem Körper. Er kam mir immer seltsam vor, wie ein fremdes Wesen. Soweit ich zurückdenken kann, war ich mir meiner Körperlichkeit bewusst, und zwar als eine Last. Ich erinnere mich an meinen Körper wie eine Unbeteiligte, die ihn von außen betrachtet. Es macht mich traurig, wenn ich darüber nachdenke, dass ich ihn so sehr gehasst habe. Noch bevor ich es aussprechen konnte, lernte ich, dass der Körper – mein Körper – gefährlich war. Er war ein dunkler, feuchter Sumpf, möglicherweise sogar schmutzig. Und verschwiegen. Der Körper schwieg, und man sprach nicht über ihn. Ich vertraute ihm nicht. Er kam mir vor wie ein Verräter. Ich beobachtete ihn misstrauisch. Irgendwo im hintersten Winkel meines Hirns gibt es die Gewissheit: Der Körper ist nicht mehr als ein Kostüm und kann durch reine Willenskraft verändert werden. Ein neuer Körper würde mich wie ein Kostüm zu einem anderen Menschen machen, einem Menschen, der möglicherweise irgendwann sogar gut wäre! Mir war klar, dass jeder irgendwann in die Pubertät kommt, aber ich war (a) nicht vorbereitet und (b) nicht daran interessiert. Mein Körper, den ich ohnehin schon als ungebärdig und widerspenstig erlebte, tat plötzlich das, was ich insgeheim schon die ganze Zeit über befürchtete. Er wurde zum Feind. Ohne meine Erlaubnis und ohne Vorwarnung begann er zu erblühen.“⁴⁸⁶

„Essstörungen und Adipositas bezeichnen Phänomene, bei denen die Menge der aufgenommenen Nahrung bzw. das resultierende Körpergewicht als krankhaft gelten. Wie bei anderen psychischen Störungen werden diese Phänomene in ihrem Wesen durch ein kausales Zusammenwirken sozialer, psychischer und biologischer Bedingungen verursacht.“⁴⁸⁷

Die unter dem Begriff Essstörungen zusammengefassten psychischen Erkrankungen umfassen Anorexia nervosa (Magersucht), Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht), Binge Eating Disorder (Ess-Attacken ohne Erbrechen). Zu diesen Störungspänomenen sind auch jeweils Untergruppierungen zusammenzufassen. 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 mehr psychische Anpassungsleistung als bei Burschen. Auch ist die Abgrenzung von der Mutter oder primären Bezugsperson ist 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.

486 Zit. n. Hornbacher, 2001, Alice im Wunderland

487 Zit. n. Habermas, 2008, S. 4

10.2.1 Diagnostische Kriterien und Klassifikation der Anorexia nervosa

Tabelle 101: Diagnostische Kriterien und Klassifikation der Anorexia nervosa

ICD-10: F50.0 International Classification of Diseases (WHO)	DSM IV: 307.1 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association)
1. Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15% unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder BMI von 17,5 kg/m ² oder weniger. Bei Patientinnen in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.	A. Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten (z.B. der Gewichtsverlust führt dauerhaft zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts, oder das Ausbleiben einer während der Wachstumsperiode zu erwartenden Gewichtszunahme führt zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts).
2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch: <ul style="list-style-type: none"> a. Vermeidung von hochkalorischen Speisen, sowie durch eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen: b. selbstinduziertes Erbrechen c. selbstinduziertes Abführen d. übertriebene körperliche Aktivität e. Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika 	B. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.
3. Körperschemastörung in Form einer spezifischen psychischen Störung: Die Angst, zu dick zu werden, besteht als eine tief verwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.	C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen Körpergewichts.
4. Endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhö und bei Männern als Libido- und Potenzverlust. (Eine Ausnahme ist das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen mit einer Hormonsubstitutionsbehandlung zur Kontrazeption.) Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen oder Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.	D. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhö, d.h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen.
5. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt (Wachstumsstopp; fehlende Brustentwicklung und primäre Amenorrhö bei Mädchen; bei Knaben bleiben die Genitalien kindlich). Nach Remission wird die Pubertätsentwicklung häufig normal abgeschlossen, die Menarche tritt aber verspätet ein.	

Quelle: Teufel, Zipfel, 2008, S. 14

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.

10.2.2 Diagnostische Kriterien und Klassifikation der Bulimia nervosa

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. Kennzeichnend und besonders gravierend sind Scham- und Schuldgefühle. Durch das ständige Bemühen der Geheimhaltung und der Schuld- und Schamthematik bleibt diese Erkrankung nach außen oft den engsten FreundInnen und Familienmitgliedern unerkannt, und Hilfe ist für diese Frauen daher oft schwer zugänglich.

Tabelle 102: Diagnostische Kriterien und Klassifikation der Bulimia nervosa

ICD-10: F50.2 International Classification of Diseases (WHO)	DMS IV: 307,51 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association)
1. Eine andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; die Patientin erliegt Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.	A. Wiederkehrende Essanfälle <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ein Essanfall ist charakterisiert durch: Essenaufnahme innerhalb eines begrenzten Zeitraumes (bis zu 2 Stunden); die Nahrungsmenge ist definitiv größer, als sie die meisten Menschen in einer vergleichbaren Zeit unter ähnlichen Umständen essen würden. ▪ Ein Gefühl des Kontrollverlusts während des Essanfalls tritt auf.
2. Die Patientin versucht, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Wenn die Bulimie bei Diabetikerinnen auftritt, kann es zu einer bewussten Dosisreduktion von Insulin kommen.	B. Wiederkehrendes, unangemessenes Kompensationsverhalten, um eine Gewichtszunahme zu verhindern, wie selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderer Medikation, Fasten oder exzessive sportliche Übungen.
3. Die psychopathologische Auffälligkeit besteht in einer krankhaften Furcht davor, dick zu werden; die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze weit unter dem prämorbidem, vom Arzt als optimal oder „gesund“ betrachteten Gewicht.	C. Essanfälle und unangemessene Kompensationsmechanismen treten über drei Monate im Schnitt mindestens zweimal wöchentlich auf.

4. Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren die Episode einer Anorexia nervosa nachweisen. Diese frühere Episode kann voll ausgeprägt gewesen sein oder war eine verdeckte Form mit mäßigem Gewichtsverlust und/oder einer vorübergehenden Amenorrhö.	D. Figur und Körpergewicht haben übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.
	E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Rahmen einer Anorexia nervosa auf.

Quelle: Teufel, Zipfel, 2008, S. 16

10.2.3 Epidemiologie, stationäre Aufenthalte bei Essstörungen

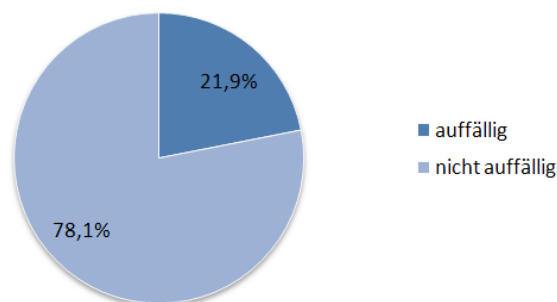
Einleitend ist festzuhalten, dass wir in Österreich über keine verlässlichen epidemiologischen Daten über Essstörungen verfügen. Einzig aussagekräftig sind hier die Anzahl der stationären Aufenthalte, die allerdings als „Spitze des Eisbergs“ zu lesen sind, da sie nur die wirklich schwer Erkrankten widerspiegelt. Während 1998 1.520 Personen (90% 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%.⁴⁸⁸

In der internationalen Literatur wird übereinstimmend festgehalten, dass eine Zunahme von subklinischen, aber auch von klinischen Essstörungen bei jungen Mädchen und Frauen zu beobachten ist. In der rezenten deutschen Kinder- und Jugendgesundheitsstudie des Robert-Kochinstitutes (2006) an 17.641 Kindern und Jugendlichen wurden folgende Ergebnisse zu Essstörungen mit Hilfe eines validierten Kurzfragebogens (SCOFF) ermittelt:

Essstörungen (Symptome SCOFF), Häufigkeit Kinder und Jugendliche 11-17 Jahre gesamt:

Wie in nachfolgender Abbildung ersichtlich, sind rund 22% der Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren als essgestört zu klassifizieren.

Abbildung 109: Häufigkeit Essstörungen (Symptome SCOFF) bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 11-17 Jahren

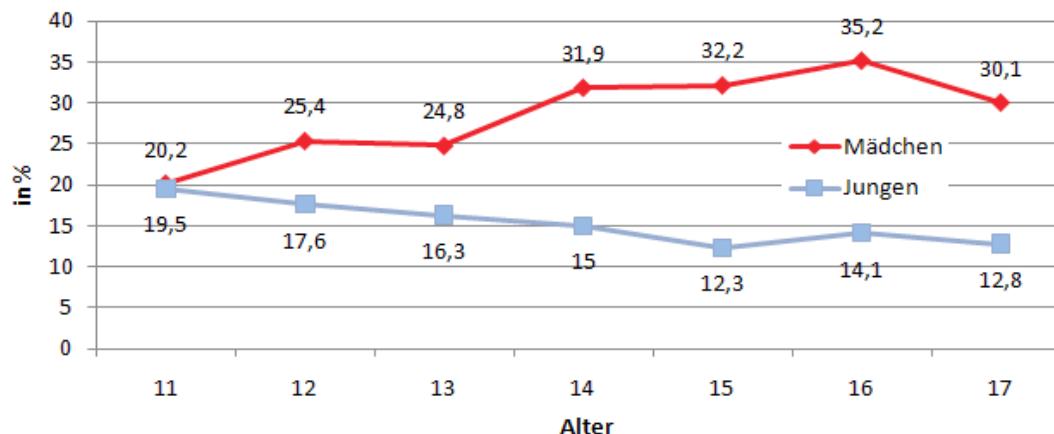


Quelle: Robert Kochinstitut 2006, KiGGS-Studie

Essstörungen (Symptome SCOFF), Altersverlauf Jungen, Mädchen:

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

Abbildung 110: Hinweis auf Essstörungen im Altersverlauf nach Geschlecht



Quelle: Robert Kochinstitut 2006, KiGGS-Studie

10.2.4 Physische und psychische Folgeerkrankungen

Essstörungen und alle Subtypen sind von großer gesundheitlicher Relevanz, da diese infolge der chronischen Mangelernährung sowie der gesundheitsschädigenden Interventionen, wie z.B. häufig induziertes Erbrechen, Laxantien, Entwässerungstabletten etc. die folgenden Komorbiditäten mit sich ziehen.

Tabelle 103: 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 104: 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	

In jüngster Zeit sind immer mehr wissenschaftliche Studien über die Auswirkungen von Essstörungen auf die Fruchtbarkeit, Schwangerschaft und die psychische und physische Entwicklung des Babys erschienen.⁴⁸⁹

489 Bülchmann, et al 2001; Athey, 2003; Cooper, et al. 2004

Zwischen 5-7% 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 eine Anamnese von Essstörungen auf. D.h. eine positive weibliche Identität, ein positives Körpergefühl, eine regelmäßige Ovulation und eine befriedigende Partnerschaft sowie Sexualität sind für jene Frauen schwer zu erleben.

Die Ätiologie ist multifaktoriell. Psychologische Erklärungsansätze dieser komplexen und für die Betroffenen und deren Familien sehr belastenden Symptome sind je nach psychotherapeutischen Schulen unterschiedlich. Der Kampf um Autonomie, Abgrenzung, Selbstverständnis sowie ein geringes Selbstbewusstsein, eine hohe Leistungsanforderung, Druck, verschwommene Generationsgrenzen sind in allen Studien zu finden.

Folgende Risiko- und Schutzfaktoren lassen sich auf individueller Ebene identifizieren:

Tabelle 105: Risiko- und Schutzfaktoren

Risikofaktoren	Schutzfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> • mangelndes Selbstwertgefühl • Umbruchsituationen (z.B. Pubertät, Trennungen) • ständige Unterdrückung • aggressive Impulse • Definition der Persönlichkeit ausschließlich über das Aussehen (Internalisierung eines „schlanken Schönheitsideals“) • chronisches Ausweichen vor Konflikten • niedrige Frustrationstoleranz • weibliches Geschlecht • starke Leistungsorientierung 	<ul style="list-style-type: none"> • realistische Einschätzung • positives Körperbild, Körperwahrnehmung • Grenzen setzen • Gefühle zulassen und ernst nehmen • Konfliktfähigkeit • Problemlösungsstrategien erweitern • Eigeninitiative

Risiko- und Schutzfaktoren, die den sozialen Nahraum betreffen:

Risikofaktoren	Schutzfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> • wenig Anerkennung und Aufmerksamkeit • starre und überkommene Geschlechterrollen • wechselnde Bündnisse innerhalb der Familie • Negieren von negativen Gefühlen • Abwertung des weiblichen Verhaltens • ungleiche Verteilung des Lebensraums • Grenzüberschreitungen • Scheinharmonie und Konfliktunfähigkeit in der Familie 	<ul style="list-style-type: none"> • unterstützende Beziehungen und Vorbilder • Grenzen respektieren • Erweiterung der Erlebniswelten • Streitkultur • differenzierte männliche und weibliche Geschlechtsrollen • förderliche Kommunikationsstile und Wertschätzung in der Familie • positive weibliche und männliche Vorbilder

- starke familiäre Leistungsorientierung
- Familiengeheimnisse
- unklare familiäre Generationsgrenzen
- abnorme Essgewohnheiten von Familienmitgliedern
- psychische Erkrankungen in der Familie
- Substanzmissbrauch in der Familie

Als Risiko- und Schutzfaktoren lassen sich auf gesellschaftlicher Ebene folgende anführen:

Risikofaktoren	Schutzfaktoren
- krankhafte Schönheitsideale	- Rollenvielfalt
- gesellschaftliche Ungleichstellung von Frauen und Männern	- Anerkennung verschiedener Lebensformen
- widersprüchliche / überhöhte Anforderungen an junge Frauen	- differenzierter Sprachgebrauch
- Leistungs- und Anpassungsdruck	- Hinterfragen der Schönheitsideale
- hohe Konsumorientierung	- kritische Auseinandersetzung
- hohe Leistungsorientierung	

10.2.5 Früherkennung und Behandlung

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 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. Wien verfügt über ein sehr gut entwickeltes Netzwerk, das im Rahmen des Wiener Programms für Frauengesundheit (www.s-o-ess.at) in den letzten 10 Jahren aufgebaut wurde.

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 aber auch sehr gut in einem psychoanalytischen Ansatz behandelt werden.

Ein großes Handlungsdefizit besteht in Österreich allerdings bei der klaren Transparenz über die Inzidenz, bei der Anzahl der qualitätsgesicherten Einrichtungen und Angebote sowie bei der Outcome-Forschung. Leider fehlt auch in Österreich im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ein Angebot an spezialisierten Tageskliniken.

10.2.6 Prävention von Essstörungen

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

1. gesellschaftliche Ebene
2. Ebene der MultiplikatorInnen
3. individueller, niederschwelliger, anonymer Zugang zu Beratung

Da subklinische Anzeichen von Essstörungen mit gesellschaftlich transportierten Schlankheitsnormen und verinnerlichten Bildern korrelieren, die insbesondere ein krankmachendes Schönheits- und Frauenbild vermitteln, muss die Prävention bei diesen gesellschaftlichen Rollenbildern ansetzen. Jungen Mädchen wird über vielfältige Kommunikationskanäle ein überidealisiertes, unrealistisches, sexistisches weibliches Rollenbild vermittelt. Bewährt haben sich daher Schulworkshops („Bodytalks“), in denen eine kritische Reflexion von medialen Bildern ermöglicht wird. Präventiv wirksam sind auch Programme, die beim positiven Selbstwert und Körperbild ansetzen.⁴⁹⁰ Um der Zunahme an Körperunzufriedenheit, insbesondere bei jungen Mädchen, wirksam begegnen zu können, ist daher ein dichtes Präventionsangebot zu fordern. Erfahrungswerte sind dazu in Deutschland (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), in der Schweiz sowie in den USA und in Kanada vorhanden.

Beitrag des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentren 2010 Essstörungen

Gezügelt Essverhalten und Diäten sind für viele Frauen und Mädchen ein selbstverständlicher Bestandteil ihres Lebens geworden. Die Missachtung der Vielfalt durch gesellschaftliche Schlankheitsnormen, sich widersprechende Rollenstereotypen und ambivalente Botschaften in den Medien führen zur Verunsicherung der Frauen und Mädchen und bilden einen Nährboden für Krankheitsbilder wie Magersucht, Bulimie und Esssucht. Die weiblichen Körper werden zum Dreh- und Angelpunkt, Schlanksein zum Synonym für Erfolg, Anerkennung, Wertschätzung, Attraktivität und sexuelle Ausstrahlung.

In Österreich erkranken Schätzungen zufolge etwa 200.000 Frauen einmal in ihrem Leben an einer Essstörung. Essstörungen sind keine Ernährungsstörungen sondern Erkrankungen mit erheblichen somatischen, psychischen und oft sozialen Konsequenzen. Die weiterhin ansteigende Zahl an Frauen und Mädchen mit Essstörungen macht die Notwendigkeit von spezialisierten und interdisziplinären Präventions- und Therapiekonzepten nötig. Die Konzepte müssen hierbei den Bogen über Präventionsarbeit, Therapiemotivation, die psychotherapeutischen Einzel- und Gruppentherapien sowie die Hilfe zur Selbsthilfe nach abgeschlossener Therapie spannen. Öffentlichkeitsarbeit ist ebenso zentral, um zu diesem Thema zu sensibilisieren.

Ein multidisziplinäres Team, bestehend aus Psychotherapeutinnen, Psychologinnen, Ernährungswissenschaftlerinnen, Ärztinnen und Körpertherapeutinnen ermöglicht eine umfassende und ganzheitliche Begleitung und Betreuung der Frauen und Mädchen aus der Essstörung heraus. Angehörige und ehemals Betroffene im Sinne des Empowerments mit einzubeziehen ist ein weiterer wesentlicher Faktor der Betreuung und ermöglicht wertvolle Ressourcen und Kompetenzen zu nutzen. Gesundheitsförderliche Projekte in Kindergärten, Schulen und Jugendorganisationen können Mädchen stärken und ihnen vielfältige Möglichkeiten, mit Problemen umzugehen, eröffnen.

Essprobleme gänzlich zu individualisieren oder psychologisieren ist nicht zielführend und hat Ausgrenzung und Stigmatisierung der Betroffenen zur Folge. Es liegt in der politischen Verantwortung, Essstörungen als ein größtenteils gesellschaftliches Phänomen zu begreifen, sich auf neuer Weise die Frage gesundheitlicher Nachhaltigkeit zu stellen und dafür zu sorgen, dass Frauen und Mädchen sich in Lebenswelten bewegen können, die es ihnen ermöglichen, selbstbestimmt, unabhängig und gewaltfrei zu leben.

490 Stice, et al. 2000; Piran 2005; Levine et Smolak, 2007

10.2.7 Weitere Formen von Essstörungen

Mag.^a phil. Claudia Maria Traint, Kommunikationswissenschaftlerin und Autorin,
Schreiblust – Akademie für innovatives Schreiben

10.2.7.1 Esssucht

Sucht entsteht in engem Zusammenhang damit, wie Menschen ihren Alltag und ihr Leben bewältigen. Risikofaktoren für die Entwicklung einer Sucht sind bestimmte Lebens- und Sozialisationserfahrungen, Selbstwertdefizite, das Unvermögen eigene Gefühle wahrzunehmen und/oder mit Konflikten umzugehen oder die Überforderung durch Ansprüche der Außenwelt und fehlende Lebensstrategien. „Die“ Suchtpersönlichkeit existiert also de facto nicht. Essstörungen werden laut Internationaler statistischer Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) 10 Verhaltensauffälligkeiten zugeordnet, obwohl Parallelen zum Abhängigkeitssyndrom evident sind: der innere Zwang zur Wiederholung des krankhaften Verhaltens, das schließlich den Tagesablauf bestimmt. In weiterer Folge kommt es zur Beeinträchtigung persönlicher Beziehungen, zu einem Kontrollverlust des eigenen Verhaltens und zum Auftreten von Entzugserscheinungen.⁴⁹¹

Der Konflikt zwischen dem vermeintlich „nicht perfekten“ Selbst und den aus den Medien bekannten Frauenbildern – Schönheit, ein perfekter Körper, makelloses Aussehen, strahlende Laune – ist vorprogrammiert. Versuche, diese Ideale zu erreichen, müssen zwangsläufig in der Mehrzahl der Fälle scheitern. Die meisten Mädchen fühlen sich unvollkommen, sie entwickeln daraus ein Gefühl innerer Leere, Unsicherheit, Passivität und Machtlosigkeit in Bezug auf die eigene Lebensgestaltung. Ihr Selbstbewusstsein ist im Vergleich zu dem von Buben wesentlich geringer ausgeprägt. Fast doppelt so häufig wie Buben haben sie den Wunsch, anders zu sein. Hohe Leistungserwartungen und Schwierigkeiten bei der Anerkennung durch Gleichaltrige empfinden Mädchen als weitaus stärker belastend als Buben. Von ihnen wird jedoch erwartet, dass sie zurückhaltend sind, Zorn und Wut nicht zeigen, in der Gruppe Rücksicht nehmen und Verständnis für andere entwickeln. Sie reagieren daher auf Alltagsstress häufiger psychosomatisch mit Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit oder Magenbeschwerden.

Die Wissenschaft bewegt sich also in ihrer Diskussion zwischen zwanghaftem oder suchtähnlichem Verhalten. Als Sucht werden einerseits substanzgebundene Abhängigkeiten verstanden, andererseits kann jedes Bedürfnis zur Sucht werden, sobald die Kontrolle darüber verloren wird. Also können auch Nahrungsmittel als Suchtmittel missbraucht werden. Spanische Forscher haben in der Schokolade neuroaktive Alkaloide nachgewiesen, denen eine suchtbegünstigende Wirkung zugeschrieben wird. Sie sollen zudem Einfluss auf Gemütsverfassung und Verhalten haben. Bisher wurden Alkaloide etwa in Wein oder Bier, aber auch in einigen nicht süchtig machenden Speisen entdeckt.⁴⁹²

Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Gabriele Fischer von der Universitätsklinik für Psychiatrie am Wiener AKH stellt fest: „Allen Süchten gemeinsam ist das Bedürfnis des Süchtigen nach Befriedigung und seine verminderte Fähigkeit, die Sucht und sein Verhalten zu kontrollieren.“⁴⁹³ Bildgebende Verfahren zeigen gleiche Abläufe im Gehirn bei Alkohol- und Nikotinkonsum, beim Konsum illegaler Drogen und auch beim Verzehr von Schokolade. „Suchterkrankungen sind psychiatrische Erkrankungen, und bei substanzgebundenen Süchten darf auf eine entsprechende Medikation nicht verzichtet werden, da Psychotherapie allein nicht ausreichend ist.“⁴⁹⁴

Studien der Psychologin Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Elisabeth Ardelt-Gattinger an der Universität Salzburg haben ergeben, dass am stärksten adipöse Menschen – besonders Kinder und Jugendliche – in unserer Gesellschaft stigmatisiert

491 Gross, 1990, S. 12ff

492 Focus, 2000, S. 13

493 Zit. n. People 2/2001, S. 10

494 Ebd.

sind. Eine Kombination von Vorurteilen der Umwelt und dem wiederholten Scheitern bei Diätversuchen und ähnlichen Maßnahmen führt viele Betroffene in unheilvolle Regelkreise:

- Abnahme des Selbstbewusstseins
- sozialer Rückzug
- Hilflosigkeit und Burnout
- Sinken der Lebensqualität
- Essen als Ersatz und einzige Quelle von Befriedigung
- Abnahme der Sport- und Bewegungsmöglichkeiten
- Gewichtszunahme

Für einen Teil der Betroffenen kann dieser Regelkreis ab einem bestimmten Gewicht in eine mit anderen Abhängigkeiten vergleichbare Suchtstruktur münden. Weniger schwierig ist es, den Konsum von Alkohol und Zigaretten einzuschränken, denn auf beides kann verzichtet werden. Essen allerdings muss jeder Mensch regelmäßig.⁴⁹⁵

Aus seelischen Hintergründen resultierendes Übergewicht wird aber in vielen Fällen als Störung noch kaum ernst genommen, sondern als Folge von Schwäche und Disziplinlosigkeit betrachtet. In den offiziellen Diagnosekriterien wird Adipositas nicht einmal als eigenständige Diagnose erwähnt und darüber hinaus nur selten in einen Zusammenhang mit Essstörungen gebracht. In der Literatur tauchen sowohl Begriffe wie Essstörung als auch weniger schmeichelhafte Bezeichnungen wie Fettsucht auf⁴⁹⁶.

Wie gegensätzlich die Meinungen von ExpertInnen auch sind, es gibt ein paar wichtige Fragen in diesem Zusammenhang, die Emma Huber (2000) Betroffenen stellt:

- „Hat das Essen in Ihrem Leben die größte Bedeutung?
- Dreht sich bei Ihnen alles darum?
- Haben Sie andere Interessen dafür aufgegeben?
- Meiden Sie Kontakte zu anderen?
- Haben Sie ein schlechtes Gewissen, wenn Sie essen?
- Ist Essen für Sie ein Mittel, um dem Leben aus dem Weg zu gehen?

Wenn nichts anderes mehr in Ihrem Leben Platz hat, dann brauchen Sie Hilfe.“

„Esssüchtige versuchen, durch übermäßiges Essen mit ihren Ängsten, 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.“⁴⁹⁷

Dass eine Sucht bereits im Schulalter beginnen kann, davon ist der Mediziner Wolfgang Exel überzeugt. Viele Schulkinder schleppen sich mit letzter Kraft ans Semesterende, nicht selten mit Hilfe von Beruhigungsmitteln, Alkohol und Drogen. Bei diesen Abhängigkeiten steht der Fluchtgedanke im Vordergrund. Wie bereits oben angeführt, kann auch übermäßiges Essen 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. Schließlich geht es primär um das Wohl der PatientInnen - darum, ihnen zu helfen, und nicht um formale „Schubladisierungen“ durch Diagnosekriterien.⁴⁹⁸

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.⁴⁹⁹

495 Gerischer-Landrock, Leprich in: Gesünder Leben 6/2000, S. 44

496 Huber, 2000, S. 44f

497 Zit.n. Folder „Wien Vital“. Zur Aufklärung von Essstörungen 2000

498 Exel, 2000, S. 3

499 Mikosz, 2000, S. 3

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.⁵⁰⁰ „Nach dem Motto: Niemand mag mich, ich mag mich ja nicht einmal selber – ist es schwer, aus diesem Teufelskreis herauszukommen“.⁵⁰¹

Catherine Herriger beleuchtete für ihre Studie „Esssucht mit Übergewicht bei Frauen“ verschiedenste Erklärungsmodelle und Ansätze. Feministische Bewegungen meinen im Übergewicht das sichtbare Nein-Sagen der Frauen gegen das herrschende Männer- und Modediktat erkannt zu haben. Auch als Protesthaltung gegenüber der eigenen Mutter, als klares Nein zu den mütterlichen Plänen, wird das Übergewicht gesehen. Ein „abstoßender Fettpanzer“ kann auch sexuelle Distanz signalisieren oder auch eine Frust-Schicht darstellen. Sexuelle Frustration oder mangelnde Zuwendung können zu Ersatzmechanismen führen. Essen kann hier als Ersatz für körperliche und seelische Streicheleinheiten gesehen werden. Der therapeutischen Erfahrung von Catherine Herringer zufolge stimmen alle diese Erklärungsmodelle nur mehr oder weniger partiell. „Sie beleuchten nicht, warum bestimmte Frauen sich ausgerechnet mit einem Essverhalten ausdrücken, das letzten Endes selbstdestruktive Tendenzen aufweist, sowohl körperlich wie auch seelisch. Da ja Übergewicht, nebst den daraus resultierenden seelischen Problemen, die Lebenserwartung drastisch senkt, sieht das Ganze nach einem langsamen, qualvollen Selbstmord aus.“⁵⁰²

Catherine Herriger untersuchte 550 Lebensgeschichten von durch Esssucht übergewichtigen Frauen. Sie fand einige Übereinstimmungen:

- Die meisten übergewichtigen Frauen mit Esssucht lebten nach der Überzeugung, zu wenig Willen und Disziplin an den Tag zu legen. Erfolgreiche Diäten lieferten ihnen dafür den Beweis.
- Alle waren hochgradig - meist verdeckt - sensibel, womit sie jedoch nicht umgehen konnten. Ein schneller Rückzug bei vermeintlichen oder tatsächlichen Verletzungen durch die Umwelt war eine typische Verhaltensweise.
- Ihr Sexualleben stellte sich in jedem Fall problematisch dar.
- Die Frauen standen unter dem Eindruck, ihre unbefriedigende Lebenssituation durch zu hohe Ansprüche, zu geringe Anpassung oder einfach aus eigenem Ungenügen selbst verschuldet zu haben.⁵⁰³

Herriger beschreibt hier eine repräsentative Gruppe übergewichtiger, esssüchtiger Frauen. Sie alle litten 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 Ernährungs- und Bewegungsumstellung eine Gewichtsreduktion. „Übergewichtige, esssüchtige Frauen leben von Diätversuch zu Hungerkur, von Wundermitteln zu Kuraufenthalt“.⁵⁰⁴ Die abgenommenen Kilos nehmen sie danach in kürzester Zeit wieder zu.

Herriger beleuchtet in ihrer Untersuchung die Mutter-Tochter-Beziehung und kommt zu folgenden Erkenntnissen: Zwischen Mutter und Tochter besteht eine unbewusste Konkurrenz, die auf sehr subtile Art ausgetragen wird. Manche Töchter drohen die eigene Mutter im Leben zu überrunden, nach außen sieht es so aus, als ob sie das Leben besser meistern als die Mutter, erfolgreicher im Beruf und in der Partnerschaft sind und dabei der Mutter ihre eigenen Unzulänglichkeiten vorführen.

Die Mutter müsste sich somit Unerreichtes in ihrem eigenen Leben eingestehen, was sehr schmerzhaft wäre. Also beginnt sie die eigene Tochter unbewusst und sehr subtil zu boykottieren. Das Umfeld der beiden Frauen kommt nur selten hinter die Gründe für diesen Machtkampf, die Unfähige bleibt - nach außen hin - die Tochter.

500 Mikosz, 2000, S. 4

501 Ebd.

502 Herriger, 1989, S. 14f

503 Ebd., S. 17ff

504 Ebd., S. 12f

Sie beginnt das Boykottprogramm der Mutter zu leben und zerstört sich, ihr Leben, ihre Partnerschaft dadurch selber.

Latente Esssucht (gezügeltes Essverhalten)

Diese Art der Essstörung steht für ein andauerndes, streng kontrolliertes Essverhalten, also für eine lebenslange Diät.

„Für PatientInnen mit latenter Esssucht gehört die Beschäftigung mit dem Essen und der Figur zum Alltag. Sie sind davon überzeugt, dass sie ihr „normales“ Gewicht nur durch ein strenges Kontrollsystem halten können. Das „eine Mal zu viel essen“ wird mit Fasten oder Diät ausgeglichen. [...] Die Verhaltensweisen von latent esssüchtigen Frauen werden innerhalb unserer Gesellschaft als fast alltäglich und normal akzeptiert. Das gesellschaftlich anerkannte Idealbild der schlanken Frau wirkt sich fatal für immer mehr Menschen, die diesem Ideal nicht entsprechen, aus. Sie leiden, auch ohne esssüchtig zu sein, unter Minderwertigkeitsgefühlen, Hemmungen, Kontaktschwierigkeiten und einem gestörten Körpergefühl.“⁵⁰⁵

10.2.7.2 Adipositas (Fettsucht)

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 gemeint⁵⁰⁶, sie wird als Resultat einer Regulationsstörung der Nahrungsaufnahme bei bestehendem Unvermögen, interne Körperempfindungen zunehmender Sättigung zu erkennen bzw. richtig zu interpretieren, beschrieben.⁵⁰⁷

In den meisten Fällen hat eine Adipositas Ursachen, die mit reiner Willenskraft nur schwer oder gar nicht zu beherrschen sind, sie scheint weder im DSM 4 (d.h. im Diagnostischen und Statistischen Handbuch Psychischer Störungen) noch im ICD –10 (einem internationalen Klassifikationssystem der WHO der UNO) unter psychischen Störungen auf, sie wird als internistische Störung klassifiziert. Diese Krankheit wurde nicht als psychische Störung bezeichnet, da ihr laut WHO keine spezifische psychische Hintergrundsymptomatik zu Grunde liegt.

Laut Meinung der Spezialisten der Beratungsstelle SO WHAT⁵⁰⁸ in Wien 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. Der Heißhungeranfall kann als Methode zur Spannungsreduktion gesehen werden, adäquate Stress- und Problembewältigungsstrategien treten immer stärker in den Hintergrund. Ein gezügeltes Essverhalten kann Heißhungeranfälle auslösen bzw. begünstigen.⁵⁰⁹

10.2.7.3 Reaktive Fettsucht

Bei dieser Form der Fettsucht kommt es erst zu einer Gewichtszunahme nach traumatischen Erlebnissen, vor allem im Erwachsenenalter.

„Die reaktive Fettsucht ist eine häufiger bei Erwachsenen zu beobachtende Form. Die Fettsucht scheint sich als Reaktion auf ein emotionales Trauma, häufig nach dem Tod von jemandem, der dem Patienten nahe stand, zu

505 Zit. n. http://team.solution.de/gsf/selbsthilfe/cinderella/archiv/07_latente.html, (dl 19.04.2001)
506 Ellrot & Pudel, 1997, S. 10ff
507 Aktuelle Ernährung 1985, S. 119
508 Jahoda, 1999
509 Westenhöfer, S. 235ff

entwickeln oder wenn Angst vor dem Tod oder vor Verletzung aufkommt. 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.“⁵¹⁰

In der Literatur gibt es laut Bruch auch Hinweise auf Gewichtszunahmen ohne kalorischen Anstieg, z.B. bei Frauen, die nach dem Ersten Weltkrieg lange in Ungewissheit in Bezug auf das Überleben ihres Partners leben mussten. Auch Situationen, in denen Angst vor dem Verlassenwerden und Einsamkeit eine Rolle spielen, können eine reaktive Fettsucht begünstigen oder hervorrufen. PatientInnen verbergen emotionale Probleme meist unter einer gefälligen Fassade, sie zeigen kaum Ärger, wodurch das Klischee, „dicke Menschen seien heiter und gemütlich“, verstärkt wird.⁵¹¹

10.2.7.4 Binge Eating Disorder (Störung mit Essanfällen)

Die „Störung mit Essanfällen“ 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. Diese Ausprägung der Essstörung, die heute immer besser erforscht wird, zeigt sich durch folgende Merkmale:

Wiederkehrende Episoden von Heißhunger-Essen:

- Innerhalb von zwei Stunden wird eine Nahrungsmenge verzehrt, die deutlich größer ist, als sie die meisten Menschen in ähnlicher Zeit unter ähnlichen Umständen essen würden
- Während dieser Episode wird ein Kontrollverlust in Bezug auf die Nahrungsmenge beschrieben.

Die Heißhungeranfälle sind mit drei oder mehreren dieser Merkmale verbunden:

- Es wird sehr viel schneller als normal gegessen.
- Es wird gegessen, bis sich die Person unangenehm voll fühlt.
- Es werden ohne körperlichen Hunger große Mengen gegessen.
- Die Person isst allein, weil sie sich der Menge des Gegessenen schämt.
- Nach dem Essen treten Ekel, Depression oder starke Schuldgefühle auf.
- Das Heißhunger-Essen tritt an wenigstens 2 Tagen in der Woche über 6 Monate auf.
- Das Heißhunger-Essen tritt nicht in Kombination mit dem regelmäßigen Einsatz kompensatorischer Verhaltensweisen (z.B. Erbrechen, Fasten, exzessiver Sport) auf.

„Übergewichtige PatientInnen mit BED ähneln in vielen Bereichen PatientInnen mit Bulimie. 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. BED - PatientInnen zügelnd schon sehr früh, mit ca. 18 Jahren, ihr Essverhalten.“⁵¹²

10.2.7.5 Orthorexia Nervosa

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,

510 Zit.n. Bruch, S. 165

511 Ebd., S. 167

512 Zit.n. Reich, Cierpka, 1997, S. 43ff

Vitamine, Vitalstoffe, ohne jemals in vernünftiger Entspanntheit 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.⁵¹³

10.2.7.6 Subklinische Formen von Essstörungen

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 wie z.B. die Bulimarexie, eine Mischform aus Bulimie und Anorexie. Dr.ⁱⁿ med. Bettina Isenschmid von der Poliklinik Bern bestätigt die immer stärker ineinander fließenden Krankheitsbilder von Anorexie und Bulimie, sodass eine eindeutige Zuordnung unmöglich geworden ist.⁵¹⁴

Beim „Night-Eating-Syndrom“ leiden Betroffene unter nächtlichen Heißhungerattacken. Jedoch kommt es am Morgen zu Appetitmangel, wie neue Studien zeigen.

Eine weitere Unterform von Essstörungen ist der „Kohlehydrat-Kick“ (Carbohydrate Craving), der sich durch das Verlangen nach fetten und süßen Speisen kennzeichnet. Die Betroffenen weisen untermittags einen normalen Nahrungskonsum auf, der dann abends durch fette und kohlehydratreiche Snacks ergänzt wird. Morgendliche Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit und eine doppelt so häufige Nahrungsaufnahme kennzeichnen diesen Essstörungstyp. Ein direkter Zusammenhang zwischen Tageszeit und Nahrungsmittelkonsum wird vermutet, konnte aber bisher noch nicht verifiziert werden.

Ähnliche Heißhungerformen sind beim so genannten prämenstruellen Syndrom oder bei der Herbst-/ Winterdepression zu beobachten. Die Hormone Insulin und Leptin, das Fett- und Sättigungshormon, spielen hier eine wesentliche Rolle. Der Verzehr von Kohlehydraten führt zur Ausschüttung von Insulin, das in Folge die Produktion des Stimmungshormons Serotonin und damit die Gemütslage verbessert.

10.2.7.7 Essstörungen bei Babys und Kleinkindern

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. Nicht weniger als 285 Kinder werden mit lebensbedrohlichen Essstörungen stationär behandelt. Für Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Marguerite Dunitz-Scheer von der Universitäts-Kinderklinik Graz ist dieses tragische Phänomen keineswegs unerklärlich:

„Ein Schlüssel zum Verständnis der Störungen liegt in der zunehmenden Tendenz der elterlichen Verunsicherung und Überbetreuung. [...] Man liest Bücher über perfektes Elternsein, das richtige Füttern, [...] und überfordert mit diesem eigentlich unnatürlichen Getue das neue Menschenkind. Spätestens in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres beginnt sich Mäxchen zu wehren, weil er – Kinder haben von Anfang an einen untrüglichen Instinkt – unter der oftmals nicht sensiblen Überbetreuung zu ersticken droht. Er verweigert dort, wo er am meisten unter Druck steht – beim Füttern, wendet den Blick, den Kopf ab, beißt die ersten Zähnen zusammen.“⁵¹⁵

Dem Kind geht es um das Bedürfnis der ersten Selbstbestimmung, und das steht über dem Bedürfnis nach Nahrung oder Schlaf. Kinder haben bessere Nerven als die Eltern, und so benützen sie die Essensverweigerung als wirksame 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.

513 Kiefer, 2004

514 Shape 2004, S. 130

515 Zit.n. Berthold, 2000, S. 41

10.3 Die wohnungslose Frau

Petra Wimmer, Stv. Geschäftsführerin, Sozialarbeiterin, Soziales Wohnservice Wels E37

10.3.1 Formen der Obdachlosigkeit

Die Begriffe „wohnungslos“ und „obdachlos“ sind zu differenzieren: Grundsätzlich ist eine obdachlose Person ohne Obdach, während Wohnungslose zwar ein Dach über dem Kopf haben, aber dennoch über keine eigene Wohnung verfügen bzw. keinen eigenen Mietvertrag besitzen.⁵¹⁶

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, Spitäler, Jugendheime 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). Jugendliche und Frauen gehen tendenziell häufiger Abhängigkeitsverhältnisse ein, um keine Wohnungsloseneinrichtung in Anspruch nehmen zu müssen, weil sie die damit verbundene Stigmatisierung fürchten. 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. Das gilt auch für das Wohnen in Gebäuden, die für Wohnzwecke gesperrt sind oder kurz vor dem Abbruch stehen sowie für Räume, die völlig überbelegt sind und von mehr Menschen als zulässig bewohnt werden.

10.3.2 Wohnungslosenhilfe und Delogierungsprävention

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. Prekäre und unsichere Wohnversorgung trifft somit Männer und Frauen in annähernd gleichem Ausmaß. Die Tatsache, dass weibliche Klientinnen in den Einrichtungen deutlich unterrepräsentiert sind, legt die Vermutung nahe, dass diese vermehrt informelle Bewältigungsstrategien wählen und in versteckter Wohnungslosigkeit verweilen. Einrichtungen, die sich gezielt an die Zielgruppe der wohnungslosen Frauen wenden, sind nach wie vor selten.⁵¹⁷

516 FEANTSA, 2008

517 Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe, 2007

Die Wohnungslosenhilfe betreut KlientInnen mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft. Der Anteil von MigrantInnen liegt in den Kategorien Delogierungsprävention, Notschlafstellen und ambulante Beratung bei knapp einem Viertel, bei der Wohnbetreuung bei einem Drittel.

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.

Seit 2006 besteht in Österreich das „Netzwerk Wohnsicherung“, ein flächendeckendes Angebot zur Prävention von Delogierungen und zur Wohnsicherung. Dieses Kooperationsmodell – an dem Gemeinden, Sozialberatungsstellen und Wohnungslosenhilfeträger beteiligt sind – baut auf niederschwellige, d.h. leicht erreichbare und möglichst frühzeitige Hilfestellung. Die Angebote der Delogierungsprävention können mittlerweile auf einer breiten Akzeptanz aufbauen. Im Jahr 2006 haben diese Angebote 10.923 Erwachsene und 4.210 mitziehende Kinder/Jugendliche erreicht, die für die Sicherung ihrer Wohnung der fachlichen Unterstützung bedurften.

10.3.3 Verdeckte Wohnungslosigkeit

Frauen versuchen, Wohnungslosigkeit zu vermeiden, beziehungsweise entstandene Wohnungslosigkeit verdeckt zu leben und ihre Notlage zu verbergen. Diese spezifische Erscheinungsform von Wohnungslosigkeit ist die versteckte oder verdeckte Wohnungslosigkeit.

Die belastenden Lebensbedingungen der verdeckten Wohnungslosigkeit führen oft zu gesundheitlichen Problemen der Frauen. Sie haben vielfach massive Gewalt- und Missbrauchserfahrungen gemacht und sind deshalb mit physischen und psychischen Störungen konfrontiert. Die Frauen leben in ständiger Anspannung. Extreme Überlebensbedingungen, erlebte Gewalt, Angst, Diskriminierung und permanenter Stress verursachen und fördern psychische Erkrankungen. Mit dem Eingehen von Zweckbeziehungen werden sexuelle Ausbeutung und Gewalt in Kauf genommen, um zumindest ein Dach über dem Kopf zu haben und die Grundbedürfnisse zu stillen. Die Normalität und der Status des „Frauseins“ sollen gewahrt bleiben, damit man nicht auffällt und ohne institutionelle Hilfe auskommt.

„Stigmatisierung: In der öffentlichen Meinung wird soziale Arbeit immer noch mit sozialer Kontrolle und Intervention assoziiert – in vielfacher Hinsicht wohl nicht zu Unrecht. Mit Einrichtungen der sozialen Arbeit in Kontakt zu treten, d.h. soziale Dienste in Anspruch nehmen zu müssen, ist tatsächlich mit einem Stigma versehen – dem Stigma des Scheiterns und Versagens. 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. Dementsprechend tendieren Frauen auch hartnäckiger dazu, sich gegen eine Unterstützung durch öffentliche sowie privat organisierte Hilfeeinrichtungen zu wehren. Versteckte Wohnungslosigkeit kann somit als aktive Strategie verstanden werden, eine Intervention in persönliche Angelegenheiten zu vermeiden.“⁵¹⁸

Seit 2001 gibt es den Wiener Frauenarbeitskreis der BAWO (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe). Ziel ist es, die Hilfsangebote der Wiener Wohnungslosenhilfe frauengerecht zu gestalten und an den Bedürfnissen von Frauen zu orientieren. Jährlich findet im Rahmen der Fachtagung der BAWO auch ein österreichweites Vernetzungstreffen aller frauenspezifischen Wohnungsloseneinrichtungen statt.

Die Angebote der Wohnungslosenhilfe sollen eingebettet sein in ein insgesamt frauengerechtes Hilfesystem oder dazu beitragen, ein solches aufzubauen. Sobald die Vernetzung gelingt, können die Angebote optimal genutzt werden. Umgekehrt wird durch die Schaffung einer Vernetzung die Möglichkeit einer frauengerechten Versorgung erzielt. Es bedarf weiterer Frauenräume für wohnungslose Frauen, beispielsweise „Frauenpensi-

onen“ (dazu gibt es das Konzept vom Wiener Hilfswerk, angelehnt an die Frauenpension Stuttgart), Frauencafés, Frauentagesaufenthalte, Gesundheitseinrichtungen mit entsprechenden Serviceangeboten.⁵¹⁹

Beitrag des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentren 2010

Wohnungslosigkeit von Frauen

Wohnungslosigkeit von Frauen ist im Unterschied zur Wohnungslosigkeit von Männern weitgehend unsichtbar, man spricht von „verdeckter Wohnungslosigkeit“. Frauen versuchen Wohnungslosigkeit so lange wie möglich zu vermeiden. Häufig verdecken sie ihre Wohnungslosigkeit, indem sie in prekären Wohnverhältnissen leben und Zweckgemeinschaften eingehen. Scham, Angst und Schuldgefühle bringen sie dazu, bei FreundInnen aber auch Fremden, vorwiegend Männern, unterzukommen. Diese privaten Lösungen führen Frauen oft in Abhängigkeiten, bevor sie letztendlich häufig in offener, sichtbarer Wohnungslosigkeit enden.

Wohnungslosigkeit von Frauen ist eng verknüpft mit struktureller Armut und den spezifisch weiblichen Armutsrisiken. Oftmals ist weibliche Wohnungslosigkeit die Folge von Gewaltbedrohung und Gewalterfahrungen. Andere vorherrschende Problemlagen sind schlechte finanzielle Verhältnisse, keine eigene Wohnung, keine oder unzureichende familiäre und soziale Bindungen, physische und psychische Beeinträchtigungen, Sucht, Straffälligkeit, Arbeitslosigkeit durch mangelnde berufliche Qualifikation.⁵²⁰

Das Bild der Wohnungslosenhilfe ist zumeist nach wie vor von Männern geprägt und dominiert. Frauen treffen in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe daher oft auf Strukturen und Wohnkonzepte, die vorrangig männlichen Bedürfnissen entsprechen.

Zur spezifischen Gesundheitssituation von wohnungslosen Frauen gibt es derzeit kaum wissenschaftliche Daten. Die hohe Korrelation bestimmter Probleme ist jedoch hinreichend bekannt. Wohnungslose Frauen gehören zur Gruppe der am stärksten von Armut Betroffenen und weisen eine Vielzahl an gesundheitlichen Belastungen auf.

Die besondere Situation der weiblichen verdeckten Wohnungslosigkeit ist von Abhängigkeiten, Gewalterfahrungen, Angst und damit verbundenem hohen psychischen und physischem Stress geprägt. Die betroffenen Frauen leben in ständiger Anspannung und reagieren mit psychiatrischen Erkrankungen, Traumata, Depressionen, Suchterkrankungen und Angstzuständen. Das Leben auf der Straße wirkt sich auch durch die mangelhaften Hygienemöglichkeiten, schlechte Ernährung sowie Witterungseinflüsse äußerst negativ auf die Gesundheit aus. Viele der Frauen leiden unter Mehrfacherkrankungen mit chronischen Verläufen. Zumeist liegen Erkrankungen der Atmungsorgane, der Verdauungsorgane, Herz-Kreislauf sowie psychische Erkrankungen und Suchtkrankheiten vor.⁵²¹

Für die Gesundheitsarbeit für obdach- und wohnungslose Frauen sind eine multiprofessionelle Herangehensweise, eine ganzheitliche Gesundheitsförderung unter Einbeziehung physischer, psychischer und sozialer Komponenten sowie insbesondere die Beachtung der speziellen Situation weiblicher Wohnungslosigkeit erforderlich. Die unterschiedlichen Lebensphasen, Lebenswelten und Lebensrealitäten von Frauen müssen in Beratung, Betreuung und Behandlung systematisch berücksichtigt werden.

10.4 Frauen und Prostitution

Mag.^a Sonja Kodolitsch MSc., Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

⁵²² 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

519 Frauengerechte Qualitätsstandards/BAWO Frauenarbeitskreis, 2003

520 Loibl & Corazza, 2003

521 Trabert, 1995

522 Vielen Dank für die Bereitstellung von Informationen an Elke Welser, LENA- Beratungsstelle für Menschen, die in der Prostitution/den sexuellen Dienstleistungen arbeiten oder gearbeitet haben.

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.⁵²³

Menschen, die der Prostitution nachgehen, werden vielfach diskriminiert und stigmatisiert. Es gibt kaum offene (öffentliche) Diskussionen zum Thema; somit wagen es Frauen in der Prostitution häufig nicht, öffentlich zu ihrer Tätigkeit zu stehen und für ihre Rechte (wie z.B. ArbeitnehmerInnenschutzbestimmungen) einzutreten.

10.4.1 Gesetzliche Regelungen und Arbeitssituation

Verträge von Betreibern eines Etablissements mit Prostituierten, die sexuelle Dienstleistungen gegen Entgelt zum Inhalt haben, sind sittenwidrig und somit nichtig. Es können keine arbeitsrechtlichen Ansprüche geltend gemacht werden. 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.⁵²⁴

Prostitution wird also als selbstständige Erwerbstätigkeit gehandhabt. Eine möglichst hohe Autonomie und Selbstbestimmung hinsichtlich der Frage wann, wo und wie eine Prostituierte sexuelle Dienstleistungen anbietet, ist wenig realistisch. 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. Da Prostitution nicht als unselbstständige Erwerbstätigkeit ausgeübt werden kann, gibt es weder ArbeitnehmerInnenschutzbestimmungen noch geregelte Urlaubszeiten, es gibt auch keinen Anspruch auf Krankengeld, Pflegegeld oder Urlaubsgeld.⁵²⁵ Für Bordellbetreiber besteht die Möglichkeit, Sexdienstleisterinnen als „freie Dienstnehmerinnen“ zu beschäftigen; dies zieht allerdings einen Dienstnehmeranteil zur Sozialversicherung mit sich. Die Steuerpflichtigkeit verhält sich in diesem Fall wie bei den „neuen Selbstständigen“.⁵²⁶

Mehrere Bundes- und Landesgesetze regeln die Ausübung von Prostitution, bzw. sind diese für die Tätigkeit der Prostitution anzuwenden. Einige davon werden im Folgenden aufgelistet: Bundesbestimmungen finden sich im AIDS-Gesetz 1993, im Geschlechtskrankheitengesetz (1945, zuletzt geändert 1993: Verordnung des Bundesministers für Gesundheit und Umweltschutz über die gesundheitliche Überwachung von Personen, die der Prostitution nachgehen), im Fremdenrecht (2006), im ABGB (§ 879) und im Strafrechtsänderungsgesetz 2003.

Zusätzlich zu den Bundesbestimmungen gibt es noch folgende Landesbestimmungen:

- Bgld. Landes-Polizeistrafgesetz (1986), Bgld. Jugendschutzgesetz (1987),
- Kärntner Prostitutionsgesetz (1990),
- N.ö. Prostitutionsgesetz,
- O.ö. Polizeistrafgesetz (1979), O.ö. Jugendschutzgesetz (1988), O.ö. Veranstaltungsgesetz (1992),
- Landes-Polizeistrafgesetz Salzburg,
- Steiermärkisches Prostitutionsgesetz (1998),
- Tirol – Landes-Polizeigesetz (1976),

523 ExpertInnenkreis „Prostitution“, 2008

524 ExpertInnenkreis „Prostitution“, 2008

525 Lena Caritas, 2008

526 ExpertInnenkreis „Prostitution“, 2008

- Vorarlberger Jugendgesetz (1977), Vorarlberger Sittenpolizeigesetz (1976),
- Wiener Prostitutionsgesetz (1984), Wiener Anzeigenabgabegesetz (1983), Verordnung des Magistrats der Stadt Wien, mit der nähere Vorschriften über die Sicherheitsvorkehrungen der zur Ausübung der Prostitution verwendeten Gebäude bzw. Gebäudeteile erlassen werden; Wiener Jugendschutzgesetz (1985).
- Novelle Wiener Prostitutionsgesetz (2004)

Die Bestätigung eines offiziellen Arbeitsortes ist verpflichtend: Arbeitsorte bedürfen einer entsprechenden Genehmigung, dass dort Prostitution ausgeübt werden darf (Landesgesetzgebung) – überall sonst ist Prostitution nicht erlaubt.

10.4.2 Gesundheitliche Situation von Prostituierten

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.⁵²⁷ Für Untersuchungen wie auch für die Behandlung (zB. bei Infektionen) durch Gesundheitsämter bzw. AmtsärztInnen entstehen Kosten, die in manchen Bundesländern Österreichs von den Sexdienstleisterinnen selbst zu übernehmen sind. Arbeiten diese jedoch ohne gültige Kontrollkarte, machen sie sich (gerichtlich) strafbar. Zudem ist die Gesundheitskarte je nach Bundesland unterschiedlich gestaltet, was die bundesländerübergreifende Kontrolle zusätzlich erschwert.⁵²⁸

Oft sind Sexdienstleisterinnen mit Unsafe-Sex-Praktiken konfrontiert und trauen sich nicht, diese abzulehnen. Die Kontinuität der (ärztlichen) Kontakte erleichtert es, Signale von Gewalt zu erkennen und mögliche Unterstützung anzubieten. Große Barrieren bei der Aufklärungs- und Informationsarbeit entstehen jedoch durch Sprachprobleme und 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. Die Frauen werden in den Clubs sehr oft dazu angehalten, mit den Gästen Alkohol zu konsumieren, was auf die Dauer eine enorme physische und psychische Belastung darstellt und nicht selten zu einer Abhängigkeit führt. Viele Prostituierte arbeiten während der Menstruation oder trotz Erkrankung, da sie sich häufig aufgrund ihrer Verschuldung keinen Verdienstentgang leisten können.⁵²⁹

Oft sind Sexdienstleisterinnen mit Unsafe-Sex-Praktiken konfrontiert und trauen sich nicht, diese abzulehnen.

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. Prostitution ist in Österreich, unter bestimmten Voraussetzungen, legal – bei Einhaltung der Regelungen ist weder das freiwillige Angebot noch die Nachfrage strafbar (Ausnahme: Novelle - Wiener Prostitutionsgesetz 2004).⁵³⁰

527 Lena Caritas, 2008

528 ExpertInnenkreis „Prostitution“, 2008

529 Lena Caritas, 2008

530 Lena Caritas, 2008

10.5 Die Frau als Ziel von Gewalt

Mag.^a Sonja Kodelitsch MSc., Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

Mag.^a (FH) Sigrid Ornetzeder, Gesundheitsmanagerin

Mag.^a Martha Scholz, Soziologin, Frauengesundheitszentrum Wels, PGA

„Jeder Frau kann (männliche) Gewalt widerfahren; sie betrifft Frauen aller Altersstufen, aller Schichten und Kulturen – und Frauen in den verschiedensten Lebensumständen und Situationen: in der familiären Beziehung, am Arbeitsplatz, unter ‚Freunden‘, im Urlaub, ...“⁵³¹, so Drⁱⁿ Anna Lasser.

Bereits die UN-Menschenrechtsdeklaration aus dem Jahre 1948 gesteht in ihren Artikeln jedem Menschen unabhängig von Geschlecht, Rasse, Sprache, Religion und Meinung das gleiche Recht auf Friede, Freiheit und Sicherheit zu.⁵³² Die 30 Artikel beschreiben sehr genau die Rechte, über die alle Menschen verfügen – Frauenrechte bilden darin jedoch keine eigene Rubrik. Im Dezember 1979 veröffentlichte die Generalversammlung der Vereinten Nationen (die damals 185 Länder umfasste) die Konvention zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung von Frauen (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women CEDAW), deren Hauptziel die Beseitigung der Diskriminierung von Frauen in allen Lebensbereichen war. Die Staaten, die die Konvention damals unterzeichnet haben (darunter auch Österreich), sind aufgerufen, dafür Sorge zu tragen, dass Gewalttaten, die im „privaten Bereich“ meist von Männern gegen Frauen gerichtet sind, verhindert und bestraft und Gewaltopfern adäquate Möglichkeiten geboten werden, sich der Gewalt entziehen zu können. Frei von Gewalt zu leben, ist ein grundlegendes Menschenrecht, das (auch in einer Beziehung) jedem Mädchen und jeder Frau zusteht.⁵³³

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen zum Gewaltschutz sind in Österreich im Gewaltschutzgesetz (BGBl 1996/759) geregelt. Weitere Verbesserungen entstanden durch die Änderung des Sicherheitspolizeigesetzes, BGBl. I Nr. 146/1999, in Kraft seit 1. Jänner 2000, sowie der Exekutionsordnung, BGBl. Nr. 31/2003, in Kraft seit Jänner 2004. Es erfolgte eine umfassendere Überarbeitung der rechtlichen Voraussetzung mit dem Zweiten Gewaltschutzgesetz, BGBl. Nr. 40/2009, in Kraft seit 1. Juni 2009.⁵³⁴ An dieser Stelle wird jedoch nicht einzeln auf die gesetzlichen Regelungen eingegangen. 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. 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.

Tabelle 106: Wegweisungen und Betretungsverbote 1997 bis 2009

Jahr	WW/BV* nach §38a SPG	Verwaltungsstrafen *
1997	ca. 1.449	Ca. 138
1998	2.673	252
1999	3.076	301

531 Lasser, Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, S. 255

532 UN, <http://www.un.org/en/documents/udhr>, (01.09.2010)

533 BKA, <http://www.frauen.bka.gv.at/site/5548/default.aspx>, (dl 28.09.2010)

534 BKA, <http://www.frauen.bka.gv.at/site/6770/default.aspx>, (dl 28.09.2010)

Jahr	WW/BV* nach §38a SPG	Verwaltungsstrafen *
2000	3.354	430
2001	3.283	508
2002	3.944	475
2003	4.180	633
2004	4.764	641
2005	5.618	668
2006	7.235	629
2007	6.347	586
2008	6.566	615
2009	6.731	655
Gesamt	59.229	6.531

* WW= Wegweisug, BV= Betretungsverbot, Verwaltungsstrafen wegen Nichteinhaltung des Betretungsverbot; Quelle: BMI Bundeskriminalamt

10.5.1 Der Gewaltbegriff

Es gibt unterschiedliche Definitionen für den Begriff der „Gewalt“. Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) definiert Gewalt folgendermaßen:

Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt.⁵³⁵

Grundsätzlich wird zwischen personaler Gewalt, die direkt von einem handelnden Täter oder 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.⁵³⁶ Strukturelle Gewalt beschreibt daher alles, was Individuen - insbesondere Frauen - daran hindert, sich frei zu entfalten. Sie zeigt sich beispielsweise in der ungleichen Einkommensverteilung, im erschwerten Zugang zum Arbeitsmarkt, an begrenzten beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten, an Lücken im Kinderbetreuungsgesetz etc.⁵³⁷

Zu den Formen der Gewaltausübung zählen Themen wie sexuelle Belästigung, Stalking und Menschenhandel. Die Broschüre „Frauen haben Recht(e)“ greift diese Themen auf und gibt Auskunft über rechtliche Informationen, praktische Hinweise und Unterstützungsangebote.⁵³⁸ Auch die traditionsbedingte Gewalt sollte an dieser Stelle erwähnt werden. Bei dieser Form von Gewalt handelt es sich meistens um männliche, aber auch um gesamtgesellschaftliche Gewalt, durch die Frauen patriarchalischen Moral- und Wertvorstellungen zum Opfer fallen. Zu den Themenbereichen Genitalverstümmelung und Zwangsheirat wird bereits seit mehreren Jahren Bewusstseinsarbeit geleistet. Die Studie „So fern und doch so nah? - Traditionsbedingte Gewalt an Frauen“, beleuchtet verschiedene traditionsbedingte Gewaltformen und versucht, dieses Thema in aller Breite zu erfassen, um ihm dadurch zu mehr Gehör und Sensibilisierung zu verhelfen.⁵³⁹

535 WHO-Regionalbüro für Europa, 2003, S. 6f

536 BKA, <http://www.oesterreich.gv.at/site/5463/default.aspx>, (dl20.09.2010)

537 Land Salzburg, www.salzburg.gv.at/pdf-strukturelle_gewalt.pdf, (dl29.09.2010)

538 Smutny, 2009, S. 53ff

539 Preller, 2008, S. 4ff

Des Weiteren wird Gewalt in unterschiedlichen Zusammenhängen ausgeübt. Es trifft auf Opfer- und Täterseite sowohl Männer als auch Frauen, wobei es geschlechts- und rollenspezifische Gewalthandlungen und -erlebnisse gibt. Nachweislich werden Frauen und Mädchen häufiger Opfer ihrer (Ex-) Beziehungspartner und/oder Familienangehörigen, Männer häufiger Opfer von Bekannten oder Fremden. Frauen leiden öfter Gewalt im Privaten, Männer dagegen im öffentlichen Raum.⁵⁴⁰ Eine Schätzung der Polizei bestätigt dieses Bild: 90% aller Gewalttaten gegen Frauen werden in der Familie und im sozialen Nahraum ausgeübt.⁵⁴¹ Auch eine deutsche Repräsentativerhebung - deren Erkenntnisse durchaus Rückschlüsse auf Österreich zulässt - gibt an, dass etwa jede vierte Frau zwischen 16 und 85 Jahren, die in einer Partnerschaft lebt, Gewalt durch den Partner erfährt.⁵⁴² Aufgrund dieser Tatsachen wird in diesem Frauengesundheitsbericht der Begriff „häusliche Gewalt“, der in erster Linie Gewalt in der Ehe und Partnerschaft bzw. männliche Gewalt gegen Frauen impliziert, näher beleuchtet.

10.5.2 Häusliche Gewalt - System und Erscheinungsformen

Hierbei handelt es sich vorwiegend um ein System an Misshandlungen, das auf Macht und Kontrolle abzielt. Oft sind die Leidtragenden verschiedenen Gewaltformen gleichzeitig ausgesetzt. Die Literatur klassifiziert die Erscheinungsformen häuslicher Gewalt nach sechs Grundtypen:⁵⁴³

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

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,

540 Schleicher, 2010, S. 1

541 BKA, <http://www.frauen.bka.gv.at>, dl30.09.2010)

542 Frauenbericht, 2010, S. 505

543 Schleicher, 2010, S. 8

das die Gewalttaten verharmlost oder ignoriert. Die Frau ist emotional ambivalent, was durch die partielle Zuneigung ihres Partners noch verstärkt wird. Oft sieht sie sich selbst nicht als Opfer, sondern sie hat das Gefühl der Mitverantwortlichkeit. Sie stellt sich zu sehr auf den „mächtigen“ Partner ein, um für sich selbst noch Sorge tragen zu können. 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.⁵⁴⁴ Häusliche Gewalt ist meist kein einmaliges Ereignis, sondern für gewöhnlich durch ständige Bedrohung gekennzeichnet. Offene und auch subtile Gewaltanwendung sind ein erschreckender Bestandteil derartiger Beziehungen. 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.⁵⁴⁵

10.5.3 Gewalt macht krank – Gesundheitliche Versorgung

Gewalterlebnisse beeinträchtigen die Opfer nicht nur körperlich, sondern darüber hinaus auch psychisch und haben nicht nur negative Auswirkungen auf die Gesundheit, sondern auch auf das Gesundheitshandeln und die Gesundheitschancen. Die Auswirkungen wirken lange nach. Es gibt grundsätzlich kaum gesundheitliche Störungen bei Frauen, bei denen Gewalt als Ursache ausgeschlossen werden könnte – es gilt somit immer auch die Aufmerksamkeit darauf zu richten.⁵⁴⁶

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
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 Geburtsgewicht
Gesundheitsgefährdende Überlebensstrategien	Rauchen, übermäßiger Medikamenten-, Alkohol- und Drogenkonsum, Essstörungen, risikoreiches Sexualverhalten

Quelle: Schleicher, 2010, S. 17

Bei vielen dieser aufgezählten Beschwerden ist Gewalt als Auslöser schwer zu erkennen. Überdies verschweigen Frauen, denen häusliche Gewalt widerfährt, oftmals das Erlebte aus Scham- und Schuldgefühl, aus Angst vor einer Eskalation oder aus Sorge um die Kinder. Darum ist es im Sinne einer angemessenen Versorgung

544 Schär, 2009, S. 16

545 Schleicher, 2010, S. 6

546 Schleicher, 2010 S. 17

wichtig, dass der Blick für gesundheitliche Folgen von Gewalt geschult wird und der Zusammenhang zwischen Gewalt und Gesundheitsproblemen in Anamnese, Diagnostik und Behandlung mehr Beachtung findet.⁵⁴⁷ Im Auftrag des Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend hat die Gesundheit Österreich GmbH/ Geschäftsbereich ÖBIG gemeinsam mit 56 VertreterInnen der Ärzteverbände, der Ärztekammer, MitarbeiterInnen aus frauenspezifischen Einrichtungen sowie weiteren ExpertInnen aus dem Gesundheitswesen und verschiedenen Bundesministerien einen Leitfaden zur gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen erstellt. Dieser Leitfaden wurde 2010 veröffentlicht und bietet Informationen und konkrete Handlungsanleitungen für den Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen an. Er ist unter www.bmwfj.gv.at/publikationen erhältlich und beinhaltet Angaben zur angemessenen Diagnostizierung, Behandlung und Dokumentation, zur sensiblen Gesprächsgestaltung, zu weiterführenden Beratungsangeboten und zur Vorbeugung weiterer Gewalt.

10.5.4 Unterstützung für Betroffene

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 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. Das Gewaltschutzgesetz steht in mehreren Sprachen zur Verfügung und kann jederzeit unter der Telefonnummer 01/5440820 bestellt werden. Im folgenden Abschnitt werden die Anlaufstellen kurz beschrieben.

Sichere Unterkunft

In akut gefährlichen Situationen wird geraten, sich nach einer sicheren Unterkunft umzusehen. Diese bieten die Frauenhäuser. Alle Telefonnummern der Frauenhäuser liegen bei Beratungsstellen, bei der Frauenhotline und auch bei der Informationsstelle gegen Gewalt (01/5440820 oder www.a oef.at) auf. Eine genauere Info zu den Frauenhäusern finden Sie im folgenden Abschnitt im vorliegenden Bericht.

Polizeinotruf 133 oder Euronotruf 112 und polizeiliche Maßnahmen

Wenn Gefahr droht, kann der Notruf kostenlos, auch bei eingeschalteter Tastensperre und/oder ohne SIM-Karte gewählt werden.

Frauenhelpline 0800 222 555

Die Frauenhelpline informiert österreichweit zu frauenspezifischen Hilfs- und Opferschutzangeboten und -einrichtungen, 24 Stunden/Tag, an jedem Tag der Woche. Weitere Informationen unter www.frauenhelpline.at.

Polizeiliche Beratung hinsichtlich Sicherheitsschlösser, Gegensprechanlagen oder auch einfacherer Schutzmaßnahmen kann im eigenen Haushalt in Anspruch genommen werden. Nähere Informationen diesbezüglich unter 0800 216 346 oder auf www.bmi.gv.at (Prävention).

Der Opfer-Notruf steht allen Betroffenen von Straftaten unter 0800 112 112 kostenlos zur Verfügung und berät hinsichtlich weiterer Schritte und Beratungs- und Betreuungseinrichtungen. Nähere Informationen unter www.opfer-notruf.at

Gewaltschutzzentren/Interventionsstellen gegen Gewalt

Gewaltschutzzentren verstehen sich als Opferschutzeinrichtungen und unterstützen von Gewalt betroffene Frauen und Kinder wie folgt: Hilfestellungen zu Schutz und Sicherheit, Anzeige oder Verhaftung durch die Polizei, weitere rechtliche/juristische Schritte inkl. Prozessbegleitung, Einbringung von Anträgen bei Gericht, Einstweilige Verfügungen, Behördenkontakte, Begleitung zu polizeilichen Einvernahmen, Verhandlungen, psychosoziale Prozessbegleitung, Weitervermittlung an andere Einrichtungen, Erstellung von individuellen Sicherheitsplänen.

547 GÖG, www.goeg.at/de/GOEG-Aktuelles/Versorgung-von-weiblichen-Gewaltopfern.html, (dl 30.09.2010)

Einstweilige Verfügungen durch das Gericht

Per gerichtlicher Verfügung kann Gewalttätern, die in einer Wohngemeinschaft mit dem Opfer gelebt haben, verboten werden, sich am gemeinsamen Wohnort aufzuhalten, bzw. kann allen Gewalttätern verboten werden, sich an bestimmten Orten aufzuhalten oder Kontakt zu betroffenen Personen (Frauen und Kinder) aufzunehmen. Diese Verfügung spricht das zuständige Bezirksgericht aus.

Strafverfahren und Ansprüche

Die Staatsanwaltschaft muss alle strafbaren Handlungen verfolgen; zumeist erfährt sie von diesen durch die Polizei. In einigen Fällen, wie auch bei der sexuellen Belästigung, muss das Gewaltopfer seine Ermächtigung der Staatsanwaltschaft geben. Ein Straftatbestand besteht bei Körperverletzung, bei fortgesetzter Gewaltausübung, gefährlicher Drohung, beharrlicher Verfolgung (Stalking), bei Nötigung, geschlechtlicher Nötigung und Vergewaltigung, sexueller Belästigung, bei öffentlichen geschlechtlichen Handlungen oder bei Freiheitsentziehung. Während des Strafprozesses haben das Opfer und nahe Vertraute kostenlos Anspruch auf rechtliche und psychosoziale Prozessbegleitung.

Diversionelle Erledigung von Strafverfahren

Bestimmte Strafverfahren können – mit Zustimmung des Verdächtigen – auch diversionell erledigt werden. Dabei kommt es nicht zu einer Verurteilung oder Vorstrafe, sondern es werden durch die Staatsanwaltschaft bestimmte Maßnahmen gesetzt, die der Verdächtige erfüllen muss: Geldstrafen, gemeinnützige Leistungen (zB. Teilnahme an einem Täterarbeitsprogramm oder im Rahmen des Tauschgleichs).

Zivilverfahren und Ansprüche

Scheidungs-, Unterhalts-, Schadensersatzprozesse sowie Verfahren betreffend Gewaltschutzverfügung sind zivilrechtliche Verfahren; d.h. es geht dabei um die Durchsetzung privatrechtlicher Ansprüche. Der Staat wird auf Antrag bzw. auf Klage hin aktiv.

Schadenersatz

In beiden Verfahren – zivil- oder strafrechtlich – haben Frauen die Möglichkeit auf Schadenersatz für beschädigte Sachen sowie auch für Schmerzen. Die Ansprüche müssen eingeklagt werden, jedoch gibt es für Straf- und Zivilverfahren unterschiedliche Vorschriften, Rechte und Kostenregelungen. Bei beiden Verfahren gibt es Anspruch auf finanzielle Verfahrenshilfe.

Handhabe bei sexueller Belästigung

Sexuelle Belästigung hat eine weitreichende Spanne. Mit der Ermächtigung der Staatsanwaltschaft wird die Straftat verfolgt. Bei geschlechtlicher Nötigung wird auch ohne Ermächtigung eine Strafe eingeleitet. Bei sexueller Belästigung am Arbeitsplatz ist die Gleichbehandlungsanwaltschaft zuständig (erreichbar unter 0800 206119 oder auf www.gleichbehandlungsanwaltschaft.at).

Handhabe bei Stalking

Spezielle BeraterInnen stehen bei der Frauenhelpline zu Verfügung. Sie verweisen auf Notwendigkeiten und mögliche nächste Schritte gegen den Stalker. Ebenso gibt es die Möglichkeit der kriminalpolizeilichen Beratung unter 0800 216 346.

Anlaufstelle bei Zwangsheirat

Das spezielle Thema der Zwangsheirat bearbeitet die Einrichtung Orient-Express Beratungs-, Bildungs- und Kulturinitiative für Frauen in Wien, Tel 01/7289725 oder auf www.orientexpress-wien.com oder www.gegen-zwangsheirat.at.

Anlaufstellen bei Genitalverstümmelung

Opfern in Österreich stehen zwei spezialisierte Beratungsstellen zur Verfügung: FEM Süd – Frauengesundheitszentrum im Kaiser Franz Josef-Spital, Tel 01/60191-5212 oder 5201 oder auf www.fem.at, und die "African Women Organisation", Tel 01/3192693, www.african-women.org. FGM kann als Asylgrund anerkannt werden.

Anlaufstelle bei Menschenhandel

Eine spezielle Interventionsstelle steht in Wien kostenlos zur Verfügung: Interventionsstelle für Betroffene des Frauenhandels IBF (Verein LEFÖ), erreichbar unter der Nummer 01/7969298 oder unter www.lefoe.at.

Spezielle Hilfe für Migrantinnen

Ausländerinnen haben die Möglichkeit einer eigenen Beschäftigungsbewilligung (unabhängig von der Bundeshöchstzahl), wenn das Zusammenleben mit dem gewalttätigen Partner unzumutbar ist. Migrantinnen

haben in den Gewaltschutzzentren/Interventionsstellen Anspruch auf muttersprachliche Beratung bzw. auf Dolmetscherinnen.

Finanzielle Hilfe

Unter bestimmten Voraussetzungen können Frauen, denen Schadenersatz gerichtlich zuerkannt wurde, diesen bereits als Entschädigungsvorschuss vom Bund erhalten. Dieser wird genauer im Verbrechenopfergesetz (VOG) geregelt und steht unter anderem (auch Hinterbliebenen) bei Verdienstentgang, für Heilungskosten, Maßnahmen der beruflichen, sozialen und medizinischen Rehabilitation u.v.m. zur Verfügung. Anlaufstelle ist das Bundessozialamt.

Plattform gegen Gewalt in der Familie

Derzeit sind 45 Hilfseinrichtungen aus den Bereichen Gewalt gegen Kinder, Gewalt gegen Frauen, Gewalt an/unter Jugendlichen, Gewalt gegen ältere Menschen und geschlechtsspezifische Burschen- und Männerarbeit zu einem Netzwerk zusammengeschlossen, das vom Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend gefördert wird. Ziele der Plattform sind laut Eigendefinition: „... Instrument zur Vernetzung von Hilfseinrichtungen [zu sein], als Österreichweites Forum für den Erfahrungsaustausch und als Beitrag zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das Problem Gewalt in der Familie“.⁵⁴⁸

10.5.5 Autonome Frauenhäuser in Österreich

Gemäß dem Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser (seit 1988 Dachorganisation der autonomen Frauenhäuser in Österreich) erfolgen 90% aller Gewalttaten im sozialen Nahraum. Jede fünfte Frau, die in einer Beziehung lebt, ist von körperlicher Gewalt durch den eigenen Partner betroffen. Männliche Gewalt trifft Frauen quer durch alle Altersstufen, Schichten und Kulturen.⁵⁴⁹ Für alle Formen der häuslichen Gewalt gibt es geeignete Anlaufstellen. Frauenhäuser bieten allen Frauen (unabhängig von Nationalität, Einkommen oder Religion), die Gewalt durch ihren eigenen Partner erfahren, und ihren Kindern eine sichere Wohnmöglichkeit. Aktuell gibt es in Österreich 30 Frauenhäuser, die auch als Kinderschutzeinrichtungen zur Verfügung stehen.⁵⁵⁰

Die folgenden Statistiken umfassen Daten der autonomen Frauenhäuser in Österreich, veröffentlicht vom Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser, aus den Jahren 2005⁵⁵¹, 2007⁵⁵² und 2009⁵⁵³. Die Daten aus dem Jahr 2005 beinhalten Zahlen aus 25 Frauenhäusern, die Daten von 2007 und 2009 solche aus 26 Frauenhäusern in Österreich.

In den nachstehenden beiden Tabellen ist zum einen die Anzahl an Personen veranschaulicht, die in Frauenhäusern Schutz und Unterkunft fanden, zum anderen die Anzahl der Aufenthaltstage.

Tabelle 107: Anzahl Frauen Frauenhaus

	Insgesamt	Frauen	Kinder
2005	3.256	1.655	1.601
2007	3.190	1.641	1.549
2009	3.163	1.598	1.565

548 Plattform gegen die Gewalt in der Familie, http://www.plattformgegendiegewalt.at/02_de/default.asp, (dl 03.09.2010)
 549 Autonome Österreichische Frauenhäuser, http://www.aofef.at/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=53&Itemid=59&lang=de, (dl 03.09.2010)
 550 Autonome Österreichische Frauenhäuser, http://www.aofef.at/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=50&Itemid=60&lang=de, (dl 03.09.2010)
 551 Almer, et al. 2006, S. 1
 552 Wolf, et al. 2008, S. 1
 553 Almer, et al. 2010, S. 1

Tabelle 108: Anzahl der Aufenthaltstage in Frauenhäusern

	Tage gesamt	Tage Frauen	Tage Kinder
2005	172.880	86.625	86.255
2007	170.723	85.036	85.687
2009	179.690	89.250	90.440

Auffallend ist, dass die Anzahl der Tage von 2005 auf 2009 stark anstiegen, die Personenanzahl allerdings gesunken ist. Es ist somit eine längere Verweildauer festzustellen. Im Jahr 2005 wurden 9.847 Beratungen mit Frauen, die nicht in Frauenhäusern wohnten, durchgeführt (telefonisch und ambulant). 2007 waren dies 8.815 Beratungen, 2009 bereits 11.219. Nachbetreuungskontakte nach dem Frauenhausaufenthalt gab es 2005 genau 8.789, im Jahr 2007 8.460 und im Jahr 2009 8.343. Der Familienstand der betreuten Frauen in den Frauenhäusern stellt sich in allen drei Vergleichsjahren sehr ähnlich dar: 63% verheiratete Frauen, 22-24% ledige Frauen, 11-12% geschiedene Frauen und ca. 1% verwitwete Frauen.

In allen drei Jahren waren

- 9% der Frauen 20 Jahre alt und jünger,
- 36-37% waren zwischen 21 und 30 Jahren,
- 31-32% zwischen 31 und 40 Jahren,
- 15-16% zwischen 41 und 50 Jahren,
- 4-5% zwischen 51 und 60 Jahre,
- 1-2% der Frauen in den Frauenhäusern waren älter als 61 Jahre.

Ältere Frauen sind aber keineswegs öfter von Gewalt betroffen. Es fällt ihnen oft schwerer, sich aus einer Gewaltbeziehung zu lösen - aufgrund stärkerer ökonomischer Abhängigkeit, schlechterer Chancen am Arbeitsmarkt, oft auch aufgrund traditioneller Wert- und Rollenvorstellungen.

Tabelle 109: Alter der Kinder in Frauenhäusern

	2005	2007	2009
Bis 24 Monate	18%	21%	20%
2-5 Jahre	33%	35%	37%
6-10 Jahre	28%	26%	26%
11-15 Jahre	15%	15%	12%
Über 15 Jahre	5%	3%	4%

Die meisten Frauen haben durch diverse Beratungs-/Betreuungsinstitutionen, Polizei bzw. Bekannte und Verwandte vom Angebot der Frauenhäuser erfahren. Lediglich 4% wurden 2005 und 2007 über ÄrztInnen und Spitäler informiert; diese Zahl ist 2009 auf 6% gestiegen. Durchschnittlich 65% der Frauen sind in den Vergleichsjahren in ein Frauenhaus in ihrem eigenen politischen Bezirk geflüchtet, rund 29% blieben in einem Frauenhaus im eigenen Bundesland. 4% der Frauen flüchteten in ein anderes Bundesland, um dort Schutz und Sicherheit zu suchen.

Frauen sind von häuslicher Gewalt quer durch alle Bildungsschichten betroffen. In höheren Gesellschaftsschichten wird Gewalt häufig verborgen, um dem Ansehen der Familie oder dem des Mannes nicht zu schaden. Diese Frauen verfügen häufiger über finanzielle Unabhängigkeit, d.h. sie sind in der Lage, sich alternative Wohnmöglichkeiten leisten zu können. Erschreckend hoch ist der Anteil an Frauen, die keine Schulbildung abgeschlossen haben.

Tabelle 110: Schulbildung der Frauen in Frauenhäusern

	2005	2007	2009
Pflichtschule	39%	40%	39%
Lehre	20%	19%	20%
Mittlere Schule	9%	7%	6%
Matura	9%	10%	11%
Weiterführende A.	3%	3%	4%
Studium	4%	4%	7%
Keine Schulbildung abgeschlossen	7%	6%	6%

Ca. 23% der Frauen (2005-2009) verfügen bei ihrer Ankunft in Frauenhäusern über einen Lohn aus unselbstständiger Arbeit, rund 18% verfügen über Kinderbetreuungsgeld, etwa 15% über Arbeitslosenunterstützung bzw. Notstandshilfe, 3-4% über Sozialhilfe. Durchschnittlich 26% der Frauen sind ohne eigenes Einkommen, 4-5% erhalten eine Pension. Während der Zeit im Frauenhaus werden die Frauen dabei unterstützt, ihre Einkommenssituation zu verbessern: für rund 2/3 der Frauen verbessert sich die Einkommenssituation dann tatsächlich. Das zeigt, dass sie beim Weg in die Unabhängigkeit maßgeblich unterstützt werden. In 60% der Fälle ist der Misshandler der eigene Ehemann, in etwa 23% der Fälle der eigene Lebensgefährte. 7% der Gewalttaten werden von Eltern oder Schwiegereltern verübt, ca 1% durch die eigenen Kinder und 1% durch Frauenhändler oder Zuhälter.

Etwa ein Fünftel der Frauen waren 1-3 Tage im Frauenhaus untergebracht, durchschnittlich mehr als ein Drittel der Frauen (2005/2007/2009) verblieben für vier Tage bis zu einem Monat in ihrer Zufluchtsstätte, etwa ein Fünftel ein bis drei Monate und ca 14% vier bis sechs Monate. Sechs bis 12 Monate verweilten 8% der Frauen, mehr als ein Jahr lang blieb 1% der Frauen im Frauenhaus.

Dem Bericht der Autonomen Frauenhäuser Österreich zufolge, wurde etwa ein Drittel der Österreicherinnen und ein Viertel der Migrantinnen in Frauenhäusern von Österreichern misshandelt. Rund 27% der Migrantinnen und 8-9% der Österreicherinnen wurden von einem Migrantinnen misshandelt.⁵⁵⁴

10.5.6 Gewalt im Zusammenhang mit neuen Medien

Mag.^a Regina Steinhauser, Geschäftsführerin, Frauengesundheitszentrum Kärnten GmbH

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.⁵⁵⁵

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

In der aktuellsten JIM-Studie⁵⁵⁶ 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 Belästigen, Bedrohen, Bloßstellen oder Belästigen anderer Menschen mithilfe moderner Kommunikationsmittel

554 Autonome Frauenhäuser Österreich

555 Innocence in Danger Deutsche Sektion e. V. & Bundesverein zur Prävention von sexuellem Missbrauch an Mädchen und Jungen e. V., 2007, S. 15ff

556 Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, JIM 2009, S. 48

verstanden. Oft handelt der Täter, den man „Bully“ nennt, anonym. Gerade bei Jugendlichen zeigen aber die Erfahrungen, dass die Täter sehr häufig aus dem persönlichen Umfeld wie Schule oder Wohnviertel kommen. Cyberbullying unterscheidet sich in mehreren Aspekten vom „direkten“ Mobbing. Es endet nicht in der Schule oder am Arbeitsplatz, sondern ist ein Angriff rund um die Uhr und ist 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. Sie können beispielsweise sehr einfach in ein anderes Internetportal kopiert werden, d.h. das „Publikum“ ist unüberschaubar groß, die Angriffe können immer wieder an die Öffentlichkeit gelangen und die Betroffenen über einen langen Zeitraum belasten.

Bei 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%).⁵⁵⁷

Neben verbalen sexuellen Belästigungen kommt es vor allem durch den Einsatz von Fotos oder Filmen zu sexuellen Übergriffen im Internet, z.B. auch dann, wenn man ungewollt pornografisches Material zugeschickt bekommt. Dabei erfahren Mädchen eindeutig häufiger als Burschen Formen intensiver sexueller Viktimisierung, wie vor der Webcam zu sexuellen Handlungen aufgefordert zu werden.⁵⁵⁸

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 mit Handy oder Videokamera, und das Material wird anschließend im Internet veröffentlicht. Auffälligerweise gibt es im Englischen für diese Gewaltform auch eine eigene Bezeichnung, wenn es sich bei dem Opfer um eine Frau handelt („Bitch Slapping“).

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.

Als Symptome werden derzeit in der Literatur vor allem Verunsicherung, Ängste und nachhaltige psychosoziale Probleme beschrieben. Körperliche Folgen wie Kopf- und Bauchschmerzen, Schlafstörungen, Depressionen aber auch Suizidgedanken und –handlungen werden ebenso immer wieder im Zusammenhang mit Cyberbullying genannt. Was die Täter angeht, ist davon auszugehen, dass sie zu 70% männlich und zwischen 11 und 20 Jahre alt sind.⁵⁵⁹

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 über das erlebte Mobbing.⁵⁶⁰

Sowohl Interventions- als auch Präventionsmaßnahmen müssen diesem Umstand Rechnung tragen.

Handlungsbedarf besteht daher vor allem in Richtung anonymer Beratungsmöglichkeiten und moderierter Internetforen, wie sie beispielsweise das Frauengesundheitszentrum Kärnten mittels der Website www.fgz-girls.at anbietet.

Webseiten mit entsprechenden Hilfetipps für Betroffene und Angehörige wie <http://www.saferinternet.at> müssen mit mehr Ressourcen ausgestattet werden, um gezielt Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben. Spezialisierte Anlaufstellen müssen in Österreich eingerichtet werden, um altersentsprechende Angebote nach internationalen und erprobten Vorbildern - wie beispielsweise <http://www.beatbullying.org> - zu entwickeln und umzusetzen. Vor allem ist es erforderlich, Eltern und Lehrkräften Grundkenntnisse über neue Technologien und die Nutzung der Medien zu vermitteln. Erwachsene wie Jugendliche müssen für die Risiken von Internet und Handy sensibilisiert und im Umgang mit Cyberbullying handlungskompetenter gemacht werden. Geeignet sind dazu einerseits Qualifizierungsmaßnahmen für Lehrkräfte, JugendbetreuerInnen, sowie für BeraterInnen von

557 Ebd., S. 49

558 Innocence in Danger Deutsche Sektion e. V. & Bundesverein zur Prävention von sexuellem Missbrauch an Mädchen und Jungen e. V., 2007, S. 18ff

559 Klicksafe, https://www.klicksafe.de/cms/upload/user-data/pdf/klicksafe_Materialien/LH_Zusatzmodul_Cyber-Mobbing.pdf, S. 8, (dl 24. 10. 2010)

560 Riebel, 2008, S. 58

Frauen- und Familienberatungsstellen hinsichtlich dieser „neuen Formen von Gewalt“, deren gesundheitlichen Auswirkungen für die Betroffenen und die strafrechtlichen Bestimmungen, die zur Geltung kommen können. Andererseits müssen geschlechtsspezifische Präventionsprogramme sowohl bei potentiellen Opfern als auch Tätern ansetzen, um eine positive und gewaltfreie Nutzung der neuen Medien zu fördern.

Beitrag des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentren 2010

Gewalt gegen Frauen hat gesundheitliche Folgen – das Gesundheitswesen ist die wichtigste Anlaufstelle

Eines der zentralen Gesundheitsrisiken für Frauen und Mädchen stellt Gewalt in der Familie oder Paarbeziehung dar.⁵⁶¹ Laut Studien ist jede fünfte Frau in Österreich ein Opfer von - körperlicher, sexueller, seelischer, sozialer oder ökonomischer - Gewalt. Gewalt wirkt auf die seelische, körperliche und reproduktive Gesundheit sowie auf das soziale Leben der betroffenen Frauen und Mädchen. Neben akuten Folgen wie Prellungen oder Knochenbrüche treten Langzeitfolgen auf, etwa chronische Bauch- und Rückenbeschwerden, Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt, Depressionen, Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit.

75% der betroffenen Frauen suchen Hilfe bei niedergelassenen ÄrztInnen und in Krankenhäusern. Das Gesundheitswesen ist ihre erste Anlaufstelle.

MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens bringen jedoch körperliche Akut- und Langzeitfolgen, psychische und psychosomatische Erkrankungen oder dauerhafte Behinderungen selten in Zusammenhang mit Gewalterfahrungen. Nicht länger ignoriert werden darf auch Gewalt an Frauen, die in der häuslichen und stationären Pflege arbeiten. Die mangelnde institutionelle Unterstützung und Ausbildung von Professionellen schützt die Täter, sodass Gewalt ungehindert weitergehen kann.

Koordinierte Maßnahmen im Gesundheitswesen sollen dem entgegenwirken.

Frauengesundheitszentren haben gemeinsam mit Gewaltschutzeinrichtungen dazu beigetragen, dass sich das Gesundheitswesen langsam mit dem Thema Gewalt beschäftigt. Einzelne Schulungsmaßnahmen finden in mehreren Bundesländern statt. Erstmals gibt es in Österreich einen Leitfadens für Krankenhäuser und den niedergelassenen Bereich.⁵⁶² Allerdings sind noch viele Maßnahmen nötig, um flächendeckend gewaltbetroffene Frauen adäquat zu versorgen und sie bei dem Ausstieg aus Gewalt zu unterstützen:

- *Anwendung des Leitfadens Gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens*
- *Umsetzung der gerichtsverwertbaren Dokumentation in Krankenhäusern und im niedergelassenen Bereich*
- *flächendeckende und verpflichtende Aus- und Weiterbildung aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen zum Thema Gewalt gegen Frauen, insbesondere von ÄrztInnen, Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, AltenpflegerInnen, Hebammen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen*
- *Sicherung von psychosozialen Beratungsmöglichkeiten sowie kostenloser Psychotherapie auch in ländlichen Regionen Österreichs*
- *Ressourcen für geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung, die Gewaltprävention integriert.*

.6 Armut ist weiblich

Mag.^a Sonja Kodolitsch MSc., Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

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

561 WHO, 2003, Weltbericht Gewalt und Gesundheit 2003

562 BMWFJ, 2010, Gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen 2010

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.⁵⁶³

Die europäische Definition von Armut stuft die Menschen dann als betroffen ein, wenn sie über so geringe Mittel – materieller, kultureller und sozialer Natur – verfügen, dass sie von der als Minimum annehmbaren Lebensweise im jeweiligen Land ausgeschlossen sind. Das finanzielle Minimum wird dabei auf 60% des Medianeinkommens festgelegt. Jährlich führt die EU im Rahmen der EU-SILC (EU Statistics on Income and Living Conditions) Erhebungen zu Einkommen, Armut und Lebensbedingungen durch.

10.6.1 Ausprägungen von Armut

Die Ausprägungen von Deprivation sind unterschiedlich. Die primäre Benachteiligung besteht darin, dass es für die Betroffenen nicht möglich ist, sich grundlegende Güter leisten zu können, z.B. unerwartete Ausgaben zu tätigen, einmal im Jahr Urlaub zu machen, die Wohnung angemessen zu wärmen oder abgetragene Kleidung zu ersetzen. In Österreich sind 7% der Bevölkerung von mindestens drei der genannten Bereiche betroffen (meist in Bezug auf unerwartete Ausgaben und Urlaub). Bei der sekundären Benachteiligung sind die betroffenen Personen gezwungen, auf „als erstrebenswert erachtete“ Güter wie z.B. PC, Handy und DVD-Player – Dinge, die einen mittleren Lebensstandard kennzeichnen – zu verzichten. Zudem kann die sekundäre Benachteiligung gesundheitliche Einschränkungen und Wohnprobleme bedeuten. Zirka 3% der Bevölkerung in Österreich sind davon betroffen.⁵⁶⁴

Tabelle 111: 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. Rund 19% der ÖsterreicherInnen verfügen zwar über ein Einkommen über der Armutsgefährdungsschwelle, sind jedoch in Bezug auf die Teilhabe an zentralen Lebensbereichen eingeschränkt.⁵⁶⁵

10.6.2 Armut und Gesundheit

563 Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, 2006, Armutsbericht, S. 7ff

564 ÖGPP, 2008, S. 5ff

565 Ebd., S. 6 ff

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, z.B. Einen hohen Tabakkonsum, eine ungesunde Ernährungsweise, einen höheren Alkoholkonsum und mangelnde körperliche Bewegung.⁵⁶⁶ Generell gilt, dass Ältere ihren Gesundheitszustand schlechter als Jüngere einschätzen und Frauen schlechter als Männer.⁵⁶⁷

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

Das Robert Koch Institut (Deutschland) stützt sich in seinem Bericht „Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit“ auf Daten aus zahlreichen Studien: Bundes-Gesundheitssurvey 1998, telefonischer Gesundheitssurvey 2003, Daten der Gmünder Ersatzkasse 1990-2004, Sozio-ökonomisches Panel 1998-2003, die HBSC-Studie 2002 sowie Ergebnisse der Mikrozensen von 1999 und 2003. Der Bericht umfasst alle relevanten Aspekte der gesundheitlichen Auswirkungen von Armut und wird aus diesem Grund im vorliegenden Kapitel zitiert. Auf genaue Zahlen wird verzichtet, aber Tendenzen werden übernommen und sollen österreichische Daten bestätigen. Die Einkommenssituation wird ebenso an der Armutsgefährdungsschwelle gemessen bzw. werden 60% des gesamtgesellschaftlichen Durchschnittseinkommens als Vergleichsgrundlage genommen und Einkommensgruppen gebildet. Zudem werden wie im zitierten Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend (sozio-demografische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit, Wien, 2008) fünf Einkommensgruppen herangezogen. Die niedrigsten Einkommensgruppe verdient unter 60% des Medianeinkommens, die nächst höhere 60-80%, die mittlere 80-100%; in der vierten Gruppe verfügen die Personen über 100 bis 150% und in der höchsten Einkommensgruppe über mehr als 150% des Medianeinkommens einer Gesellschaft.

Hauptsächlich werden in diesem Kapitel Daten aus dem Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend: Soziodemografische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit (Wien, 2008) aufbereitet und mit den Daten des Robert Koch Instituts untermauert.

Das Gesundheitsverhalten variiert je nach Einkommen: je niedriger das Einkommen, desto eher neigen die Personengruppen zu einem risikoreichen Gesundheitsverhalten.⁵⁶⁸

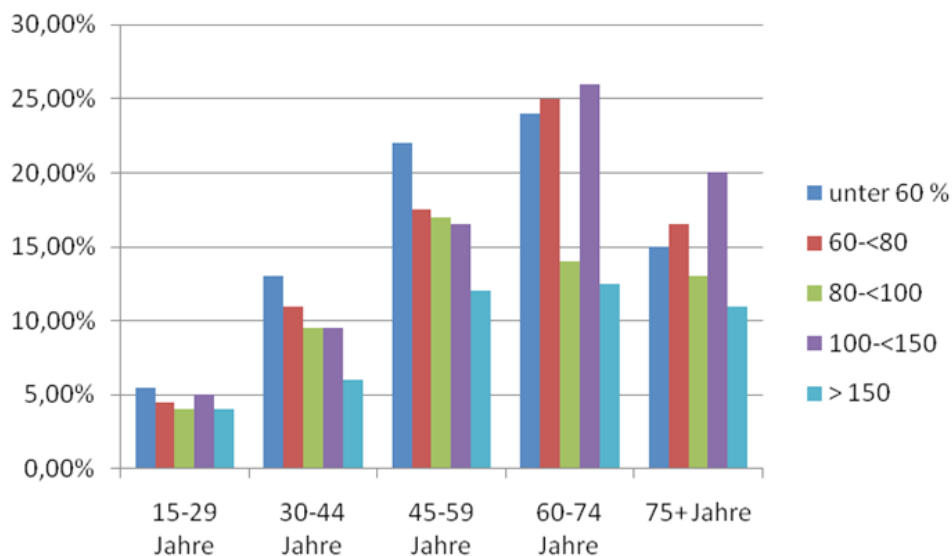
Eine auffällige Entwicklung unserer Zeit ist das Übergewicht. Starkes Übergewicht (Adipositas oder Fettleibigkeit) ist weit verbreitet: 12% der Männer und 13% der Frauen ab einem Alter von 15 Jahren leiden an Übergewicht. Dieser Anteil wächst mit dem Alter.

Abbildung 111: Adipöse Frauen nach Alter und Einkommensgruppe

566 Robert Koch Institut, 2005, S. 28ff

567 Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2008, Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit, S. 20 ff

568 Ebd., S. 28ff



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend: Soziodemographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Wien, 2008, S. 28

Wie die Grafik in allen Altersgruppen zeigt, ist die einkommensschwächste (armutsgefährdete) Gruppe stärker von Adipositas betroffen als die einkommensstärkste. Besonders markant ist der Unterschied bei den 45- bis 59- und bei den 60- bis 74-jährigen Frauen. In den Altersgruppen ab 60 Jahren ist die Gruppe derer, die zwischen 80 und 100% des Medianeinkommens verdienen, als Ausreißer zu sehen, da sie einen besonders niedrigen Anteil an adipösen Frauen verzeichnet. Bei den Männern zeigt sich im Alter zwischen 15 und 74 Jahren ebenso, dass die armutsgefährdete Gruppe gegenüber der wohlhabenden eine höhere Adipositasprävalenz aufweist; bei den über 75-Jährigen kehrt sich dieser Trend allerdings um. Diese Umkehr mag auch an der höheren Sterblichkeit von Männern mit niedrigem sozioökonomischen Status liegen.

Ein weiteres, weit verbreitetes Gesundheitsrisiko ist das Rauchen: 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. Zirka 30% der niedrigsten und 26% der höchsten Einkommensgruppe der Männer sind Raucher. Der Anteil an Nichtrauchern ist allerdings bei Männern mit höherem Einkommensstatus und bei den niedrigverdienenden Männern annähernd gleich. Männer in höheren Einkommensgruppen hören eher mit dem Rauchen auf als die der armutsgefährdeten Gruppe. Generell ist kein linearer Zusammenhang zwischen Einkommen und Raucherprävalenz festzustellen.

Über die Einkommensgruppen hinweg bleibt der Anteil an Raucherinnen relativ gleich (ca. 20%). Der Anteil der Frauen in der mittleren Gruppe ist mit 21% am höchsten. Auffällig ist, dass der Anteil der Ex-Raucherinnen mit dem Einkommen steigt; das bedeutet, es hören eher Frauen aus höheren Einkommensgruppen mit dem Rauchen auf. Ein Grund dafür könnte sein, dass diese Frauen aufgrund des höheren Einkommens einer höheren Bildungsschicht angehören und somit empfänglicher für Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind. Ein direkter Zusammenhang zwischen Einkommen und Raucherinnenprävalenz ist allerdings nicht zu verzeichnen.

Hinzugefügt sei an dieser Stelle, dass immer mehr Jugendliche – insbesondere Mädchen und junge Frauen – mit dem Rauchen beginnen.⁵⁶⁹

Ein weiteres, wichtiges gesundheitsschädigendes Verhalten ist die körperliche Inaktivität, die viele Zivilisationskrankheiten (insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Muskel- und Skeletterkrankungen) begünstigt. 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. Bei den unter 35-jährigen Frauen zeigt sich ein anderes Bild: hier sind die jungen Frauen in den niedrigeren Einkommensgruppen aktiver (27-28%) als diejenigen, die besser verdienen (20% bei der Gruppe >150% des Medianeinkommens). Ab 35 Jahren sind es – wie bereits erwähnt – die Frauen der einkommensstärksten Gruppe, die körperlich am aktivsten bzw. sportlichsten sind (knapp 30% der befragten Frauen). Frauen ab 75 aus den niedrigeren Einkommensgruppen sind (mit unter 3%) generell kaum noch sportlich aktiv. Bei den Männern zeigt sich das gleiche Bild: auch hier bestätigt sich der Einkommenszusammenhang erst ab 35 Jahren. Bis zum Alter von 34 Jahren ist die Gruppe der einkommensstärksten weniger sportlich als die anderen.⁵⁷⁰

Vergleicht man pflichtversicherte mit freiwillig versicherten Männern und Frauen (hier ist von einem höheren Einkommen auszugehen), zeigt sich, dass es bereits ab einem Alter von 50 Jahren zu Unterschieden bei der Herzinfarkt-morbidität kommt. Bei Pflichtversicherten treten Herzinfarkte häufiger auf als bei freiwillig Versicherten (bei Männern mit einem Faktor 1,3 und bei Frauen mit dem Faktor 3).⁵⁷¹ Ein ähnliches Bild zeigen die Daten beim Lungenkrebs. Ökonomisch benachteiligte Gruppen weisen einen höheren Tabakkonsum auf; dieser ist der Hauptrisikofaktor für Lungenkrebs. Die Prävalenz von Lungenkrebs ist bei Frauen noch immer geringer als bei Männern; aufgrund des Anstiegs an Raucherinnen kann man mit einer zukünftigen Anpassung rechnen. Unterschiede zwischen pflichtversicherten und freiwillig versicherten Männern treten bereits ab einem Alter von 40 Jahren hervor und werden stärker ab 60 Jahren. Männer mit weniger Einkommen unterliegen also einem höheren Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken. Auch von Leberzirrhose sind die pflichtversicherten Männer im Vergleich zu den freiwillig versicherten stärker betroffen: ab 60 Jahre bereits doppelt so häufig.

Chronische Erkrankungen werden mit dem Alter häufiger und variieren nach Einkommen - allerdings nicht durchgängig, d. h. der 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. Bei den 30- bis 59-jährigen Frauen hält sich der Anteil an chronisch Erkrankten bei der niedrigsten und obersten Einkommensgruppe die Waage, und ebenso wieder ab 75 Jahren. Bei den 60- bis 74-Jährigen zeigt sich allerdings eine stärkere Betroffenheit der einkommensschwachen Frauen. Bei Männern bestätigt sich dieses Bild nicht durchgängig: hier ist die mittlere Einkommensgruppe am stärksten betroffen, und am seltensten die Armutsrisikogruppe. Bei Männern zwischen 30 und 59 Jahren sind die einkommensschwächsten Gruppen stärker von chronischen Leiden betroffen, bei den 60- bis 74-Jährigen hält sich der Anteil die Waage, und bei den über 75-jährigen Männern zeigt sich sogar, dass die „Reichen“ unter ihnen stärker betroffen sind. Generell bleibt zu sagen, dass sich keine statistischen Signifikanzen in diesem Bereich feststellen lassen.⁵⁷²

Der Bericht des Robert Koch Instituts bestätigt den Zusammenhang zwischen einem niedrigeren Einkommen und schlechterer Gesundheit: 41,5% der Männer und 42,8% der befragten Frauen (mit Armutsrisiko) berichten von einer länger andauernden bzw. wiederkehrenden Krankheit, im Vergleich zu 34,1% der Männer und 39,5% der Frauen mit einem höheren Einkommen. 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.⁵⁷³

Darüber hinaus bestätigt das Robert Koch Institut die Trends im Bereich der Schmerzprävalenz (im folgenden Absatz mit österreichischen Daten genau dargestellt): diese 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. Besonders bei Frauen ist der Vergleich der Einkommensgruppe

570 Ebd., S. 28ff

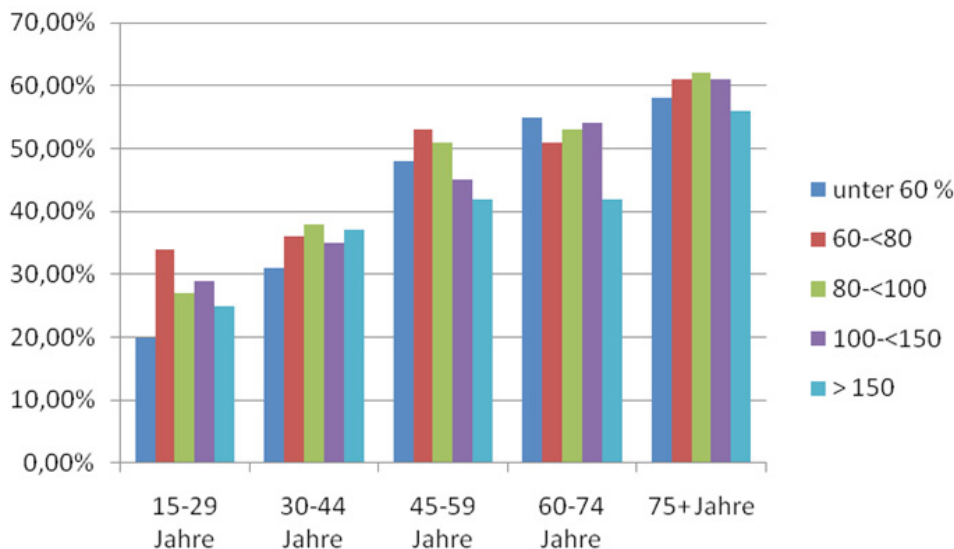
571 Robert Koch Institut, 2005, S. 30ff

572 Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2008, Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit, S. 23

573 Robert Koch Institut, 2005, S. 34ff

unter 60% mit jener Gruppe von 150% des Medianeinkommens markant: die Schmerzprävalenz ist ab 45 Jahren beinahe doppelt so hoch. Daten aus Österreich bestätigen diesen Trend allerdings nicht eindeutig.

Abbildung 112: 12-Monatsprävalenz von erheblichen Schmerzen bei Frauen nach Einkommen und Alter



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2008, Familie und Jugend, Soziodemographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit, S. 25

Bei den Frauen unter 45 Jahren bestätigt sich der Zusammenhang zwischen niedrigerem/höheren Einkommen und niedrigerer/höherer Schmerzprävalenz nicht. Ab 45 Jahren zeigt sich bei Frauen, dass die armutsgefährdete Gruppe (unter 60% des Medianeinkommens) häufiger an Schmerzen leidet als die einkommensstärkste Gruppe. Bei Frauen über 75 Jahren hat das Einkommen wiederum weniger Einfluss auf die Schmerzprävalenz. Vergleicht man die einkommensschwächste mit der einkommensstärksten Gruppe von Männern, so zeigt sich, dass Einkommensschwache deutlich mehr an Schmerzen leiden als die Einkommensstärksten – und zwar ab dem Alter von 30 Jahren.

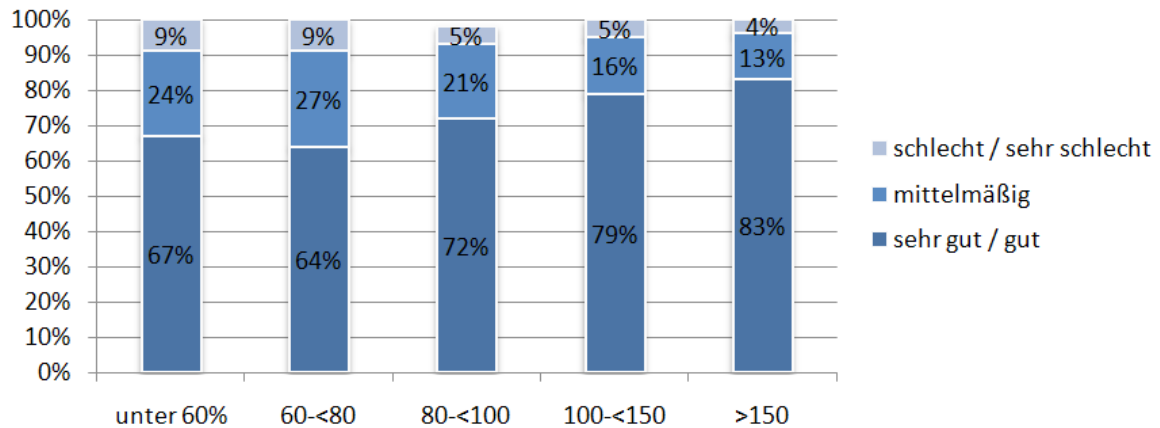
Die häufigsten Schmerzbereiche bei Frauen sind Oberschenkel, Knie, Unterschenkel, der Rücken, Kopfschmerzen und Migräne und der Schulterbereich. Bei Männern dominiert der Rücken, gefolgt von Schulterbereich, Nacken und Kreuz.⁵⁷⁴

Einschränkungen der Gesundheit beeinflussen ab dem mittleren Erwachsenenalter die Lebensqualität bzw. die Alltagsgestaltung und machen sich bei Tätigkeiten und beim Wahrnehmen sozialer Kontakte bemerkbar. Auch hier zeigt sich ein markanter Einkommensgradient: einkommensärmere Frauen und Männer bemerken stärkere Einschränkungen in beiden Bereichen. Bei den über 65-Jährigen ist der Unterschied zwischen den Einkommensärmsten und Einkommensstärksten bei den Auswirkungen auf Tätigkeiten des Alltags nicht so markant wie bei den Jüngeren. Frauen fühlen sich im Alter generell stärker eingeschränkt als Männer.

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.

574 Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2008, Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit, S. 25ff

Abbildung 113: Einschätzung subjektiver Gesundheit von Frauen in Einkommensabhängigkeit



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend: Soziodemographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Wien, 2008, S. 21

Ca. zwei Drittel der Frauen aus den beiden unteren Einkommensgruppen schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein, bei Frauen der höchsten Einkommensklasse sind dies über vier Fünftel. Schlecht und sehr schlecht fühlen sich ca. 9% der beiden niedrigsten Einkommensklassen; bei den einkommensstärksten Frauen sind das nur ca. 4%. Mit dem Einkommen wird die subjektive Gesundheit von den Frauen besser eingeschätzt, d. h. „reichere“ Frauen fühlen sich gegenüber den von Armut betroffenen Frauen subjektiv gesünder.

Die Ergebnisse des Robert Koch Institut bestätigen die österreichischen Daten. Ab 30 Jahren ist der Unterschied in der Einschätzung zwischen den Einkommensgruppen bei den Männern erheblich: Einkommensärmere (unter 60% des Medianeinkommens) schätzen ihre subjektive Gesundheit zwischen 30 und 64 Jahren drei- bis viermal öfter als „weniger gut“ oder „schlecht“ ein als die einkommensstärkste Gruppe (über 150% des Medianeinkommens). Ab 65 Jahren wird der Unterschied bei den Männern geringer, und die Höhe des Einkommens schlägt sich nicht mehr so markant nieder.

Bei Frauen ist der Unterschied in der Einschätzung der subjektiven Gesundheit bereits ab 18 Jahren erheblich: die einkommensschwächste Gruppe schätzt ihre subjektive Gesundheit doppelt so oft als „weniger gut“ oder „schlecht“ ein wie die einkommensstärkste Gruppe. Der Anteil sinkt bei den 30- bis 44-jährigen Frauen, steigt aber wieder auf das 2,5 fache bei Frauen ab 45 Jahren. Ab einem Alter von 65 Jahren flacht der Unterschied in der Einschätzung der subjektiven Gesundheit – wie bei den gleichaltrigen Männern – ab. Auffällig ist auch hier, dass die Frauen in allen Alters- und Einkommensstufen ihren subjektiven Gesundheitszustand schlechter einschätzen als Männer und der Einkommensunterschied sich bei Frauen nicht so stark bemerkbar macht wie bei den Männern.

Ähnlich verhält es sich bei der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit: auch diese nimmt mit steigendem Einkommen sukzessive zu: einkommensschwächere Gruppen sind weniger zufrieden mit ihrer Gesundheit als einkommensstarke Gruppen. Der Unterschied ist zwar insgesamt gering, allerdings nicht zu unterschätzen. Bei den Frauengruppen ist der Unterschied in der Zufriedenheit geringer als bei den männlichen Einkommensgruppen.⁵⁷⁵

Die subjektive Lebensqualität wird in fünf Bereiche mit subjektiven Angaben erfasst: allgemeine Lebensqualität, physischer Bereich, psychischer Bereich, soziale Beziehungen und Umwelt. Im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2006/2007 konnten diese Bereiche mit einem Wert zwischen 0 (Minimum) und 100 (Maximum) angegeben werden.

575 Robert Koch Institut, 2005, S. 39ff

Tabelle 112: Mittelwert der Lebensqualitätsbereiche nach Geschlecht und Einkommensklasse

Äquivalenzeinkommen	allgem. Lebensqualität	physischer Bereich	psychischer Bereich	soziale Beziehungen	Umwelt
Frauen					
unter 60%	71,0	59,8	65,7	75,2	71,9
60-<80	70,8	60,0	65,6	74,9	72,6
80-<100	73,5	61,4	67,9	77,5	75,0
100-<150	75,7	62,1	68,6	78,5	76,5
> 150	79,1	62,8	70,2	79,6	78,9
Männer					
unter 60%	73,4	62,2	67,7	76,3	73,8
60-<80	73,1	62,3	67,6	76,8	74,6
80-<100	74,1	62,5	67,9	76,8	75,0
100-<150	75,9	62,9	68,7	77,3	76,4
> 150	79,0	63,5	70,1	79,9	79,9

Quelle: Robert Koch Institut 2005

In allen Kategorien zeigt sich, dass Frauen ihre Lebensqualitätsbereiche schlechter einschätzen als Männer (es wird ein niedrigerer Mittelwert verzeichnet). Zudem bestätigt sich in allen Bereichen, dass einkommensschwächere Personen diesen Indikatoren weniger Punkte zuordnen als einkommensstarke Personen. Folglich steigt mit dem Einkommen die Einschätzung der subjektiven Lebensqualität in den Bereichen „allgemeine Lebensqualität“, im physischen und psychischen Bereich, bei den sozialen Beziehungen und bei der Umwelt.

Im Bereich der Gesundheitsvorsorge steigt bei beiden Geschlechtern die Bereitschaft zu Schutzimpfungen (Gruppe, 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, als die einkommensstärkeren Gruppen. Eine weitere zentrale Vorsorgemaßnahme in Österreich beinhaltet die angebotenen Vorsorgeuntersuchungen: bei beiden Geschlechtern die Darmspiegung sowie die kostenlose „Gesundenuntersuchung“, bei Frauen zusätzlich den Krebsabstrich, die Mammografie, bei Männern den PSA-Test. 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. Zwischen der niedrigsten und der höchsten Einkommensgruppe sind die Anteile folgendermaßen verteilt: Männer 14% zu Frauen 28% (dies bedeutet eine doppelt so hohe Inanspruchnahme in der höchsten Einkommensgruppe); Frauen 17% zu Männer 24%. Bei den Frauen zeigt sich zudem deutlich, dass die Inanspruchnahme von Krebsabstrich und Mammografie ebenso mit dem Einkommen steigt.

Vergleicht man die armutsgefährdete mit der einkommensstärksten Gruppe, so zeigt sich, dass rund 45% der ersten, aber 62% der zweiten Gruppe den Krebsabstrich in Anspruch nehmen, und 63% der ersten Gruppe und 78% der zweiten Gruppe die Mammografie.⁵⁷⁶

576 Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2008, Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit, S. 34f

10.6.3 Armutsgefährdung

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.⁵⁷⁷

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. Im folgenden Abschnitt wird diese Gefährdung genauer beschreiben. 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: der höchste Bezug wird in Vorarlberg ausbezahlt, der niedrigste in Oberösterreich und in Wien. Nach dem Bezug des Arbeitslosengeldes kann die Notstandshilfe beantragt werden, im Prinzip ohne zeitliche Begrenzung. Einbezogen in die Bemessungsgrundlage wird das eigene Einkommen sowie auch jenes der/des EhepartnerIn bzw. LebensgefährtIn im gleichen Haushalt. 41% der NotstandshilfebezieherInnen waren im Jahr 2007 Frauen (= 35.045). Ihr durchschnittlicher Tagsatz betrug in diesem Jahr € 16,70,-; das entsprach monatlich zwischen € 401,- und € 517,70,-. Bei Männern liegt sowohl der Tagsatz beim Arbeitslosengeld als auch bei der Notstandshilfe höher. Auch bei der Notstandshilfe gibt es Unterschiede in den Bundesländern: hier liegt ebenso Vorarlberg vorne, und Oberösterreich ist Schlusslicht.

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.⁵⁷⁸

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. Viele haben nicht die Chance auf ein angemessenes Arbeitsverhältnis und somit auf eine längerfristige Lebensplanung. Generell ist die Jugend materiell gut ausgestattet, allerdings ist sie auch durch eine ungleiche Teilhabe gekennzeichnet. Der Armutsbericht Oberösterreich (2007) bestätigt, dass ein Viertel der Armutsgefährdeten in Österreich Kinder und Jugendliche sind (in AlleinerzieherInnen-Haushalten, in Mehr-Kinder-Haushalten und auch solche mit Migrationshintergrund).

577 Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Johannes Kepler Universität Linz, 2006, S. 12 ff
578 ÖGPP, 2008, S. 39ff

Ein weiterer beachtlicher Teil unterliegt zahlreichen Einschränkungen in zentralen Lebensbereichen wie zB. schlechte Wohnverhältnisse.⁵⁷⁹

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,-. Ausbezahlt wurden Pensionen an insgesamt 1.921.022 Personen, von denen 1.065.926 (rund 56%) Frauen waren.

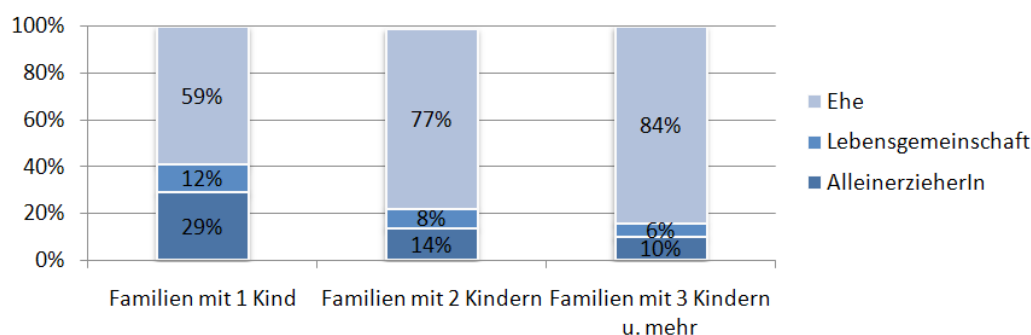
Auffällig ist, dass sich die Einkommensunterschiede des Erwerbslebens auch in der Pension fortsetzen. Bei ganzjährigen Bezügen liegt die durchschnittliche Pension) bei Frauen und bei Männern über der Armutsgefährdungsschwelle. Diejenigen, die ein Einkommen aus der Pension unter den jeweiligen Schwellen 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. Zirka 11,3% der PensionistInnen haben im Dezember 2007 eine Ausgleichszulage erhalten. 69% der AusgleichszulagenbezieherInnen waren Frauen!⁵⁸⁰

Bei den Pensionen gibt es massive Unterschiede zwischen den Bundesländern: die höchsten Pensionen werden in Wien, Niederösterreich und Salzburg ausbezahlt, die geringsten im Burgenland, in Vorarlberg und in der Steiermark. 16% der PensionistInnenhaushalte weisen eine überdurchschnittliche Armutsgefährdung auf, besonders stark betroffen sind alleinstehende Pensionistinnen – 28% dieser Gruppe 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, gesamt 88% der Gruppe derer, die ein Bundespflegegeld beziehen, sind über 60 Jahre alt. Die Höhe des Pflegegeldes richtet sich sowohl beim Bundes- als auch beim Landespflegegeld nach der Einstufung (Stufe 1-7) . Die BezieherInnen des Landespflegegeldes sind zu 44% älter als 60 Jahre, d.h. hier ist der Anteil an älteren Personen deutlich geringer als beim Bundespflegegeld. Die Geschlechterverteilung verhält sich ähnlich.⁵⁸¹ Insbesondere im ländlichen Raum wird die Pflegegeldleistung weniger in Anspruch genommen – und das, obwohl diese Leistungsbezüge das Armutsrisiko der betroffenen Haushalte verringern würden. Wenn allerdings die Höhe der Pflegegeldleistung die zusätzlich entstehenden Kosten durch den Pflegebedarf nicht deckt, erhöht sich die Armutsgefährdung sprunghaft. 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.

Abbildung 114: Anzahl Kinder bei Ehen, Lebensgemeinschaft und AlleinerzieherInnen



Quelle: Österreichische Gesellschaft für Politikberatung und Politikentwicklung (Hrsg.): 2. Armuts- und Reichtumsbericht für Österreich. Wien, 2008, S. 50

579 Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Johannes Kepler Universität Linz, 2007, S. 5ff

580 Ebd., S. 43ff

581 Ebd., S. 45ff

Familien mit einem Kind leben zu 59% in einer Ehe, zu 12% in einer Lebensgemeinschaft, und immerhin 29% der Einzelkinder wachsen mit AlleinerzieherInnen auf (in der überwiegenden Mehrheit sind AlleinerzieherInnen Frauen). Zwei-Kind-Familien sind zu 77% in einer Ehe, zu 8% in einer Lebensgemeinschaft und immerhin noch zu 14% bei AlleinerzieherInnen. Paare in Haushalten mit drei und mehr Kindern sind zu 84% verheiratet, zu 6% in einer Lebensgemeinschaft. 10% der Mütter/Väter mit drei oder mehr Kindern sind alleinerziehend. 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. Dazu zählen: das Wochengeld (acht Wochen vor und nach der Geburt des Kindes) bzw. die Betriebsbeihilfe, Kinderbetreuungsgeld, Familienbeihilfe, SchülerInnen- und Studienbeihilfen. Darüber hinaus gibt es steuerliche Maßnahmen, die durch bestimmte Absetzbeträge Unterstützung für Familien bieten.⁵⁸²

Mit der Anzahl an Kindern steigt das Armutsrisiko der Personen, die in dem betreffenden Haushalt wohnen: die Armutsgefährdungsquote liegt bei Mehrpersonenhaushalten mit einem Kind bei 9%, mit zwei Kindern bei 11% und steigt bei Mehrpersonenhaushalten mit drei Kindern auf 21% an.

Bei AlleinerzieherInnen-Haushalten liegt die Armutsgefährdungsquote bei 27%, das sind etwa 80.000 Haushalte mit 193.000 Erwachsenen und Kindern. 67.800 dieser AlleinerzieherInnen-Haushalte sind solche mit alleinerziehenden Frauen. Auch das Alter von Kindern ist ausschlaggebend für 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. 2006 haben in Österreich 191.244 Personen Sozialhilfe bezogen, davon waren 131.318 Personen in Privathaushalten. Diese Zahl ist verglichen mit 1996 um 77% gestiegen. Die meisten BezieherInnen gibt es in Wien und in Niederösterreich, die wenigsten im Burgenland und in Kärnten, da hier Anonymität kaum möglich ist. Der Frauenanteil bei den SozialhilfebezieherInnen liegt bei 53%.⁵⁸³

Entscheidend für 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. Innerhalb von 10 Jahren wurde eine Steigerung von 77% verzeichnet. Rund 60% sind Wohnbaukredite, zirka 17% Konsumkredite, die restlichen Kredite dienen anderen Finanzierungszwecken.⁵⁸⁴ Die langfristige Rückzahlung und insbesondere die steigenden Zinsen belasten die Einkommen der Haushalte. 83% der Kredite im Jahr 2007 waren langfristige Kredite.

582 Ebd., S. 52ff

583 Ebd., S. 55ff

584 Ebd., S.76

Beitrag des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentren 2010

Armut ist weiblich

Die Armut von Frauen ist in Österreich häufig. Etwa 281.000 Frauen sind in Österreich von akuter Armut betroffen und etwa doppelt so viele armutsgefährdet. Eine bestehende Dunkelziffer von verdeckter Armut muss darüber hinaus mitbedacht werden. Die Gruppe der Alleinerzieherinnen, Pensionistinnen und Migrantinnen gehören bei den Frauen zu den am häufigsten Betroffenen.

Frauen betrifft dieses Thema insbesondere, da die Einkommensunterschiede zwischen Männern und Frauen ein Drittel betragen, Frauen ihre Erwerbsbiografien aufgrund der Vereinbarkeitsproblematik längerfristig unterbrechen und demzufolge im Alter nicht entsprechend abgesichert sind.

Wissenschaftliche Studien belegen, dass armutsgefährdete und -betroffene Frauen, Männer und Kinder häufiger chronisch krank sind und ebenso eine geringere Lebenserwartung aufweisen. Finanzielle und soziale Schlechterstellung der Frauen, Mehrfachbelastungen im weiblichen Lebensverlauf prägen den Gesundheitszustand maßgebend. Frauen, die von Armut betroffen sind nehmen Gesundheitsleistungen seltener in Anspruch. Das bestehende medizinische Versorgungssystem nimmt kaum Rücksicht auf die weiblichen Bedarfe der Frauen, es gibt viele Barrieren, dass arme Frauen Gesundheitsleistungen nutzen (Wissensdefizite, mangelhafte Information, Selbstbeteiligung und Zuzahlung, (health access)).

10.7 Frauen als pflegende Angehörige

Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Andrea Thiekötter, Professur für Pflegemanagement und Forschungsmethoden, Fachhochschule Jena, FB Sozialwesen

10.7.1 Pflegebedürftigkeit in Österreich

Wie steht es um die Pflegebedürftigkeit in Österreich? Die nachstehenden statistischen Daten über die BundespflegegeldbezieherInnen sowie über die LandespflegegeldbezieherInnen verhelfen zu einem Überblick über die Pflegebedürftigkeit der österreichischen Bevölkerung.

Tabelle 113: BundespflegegeldbezieherInnen nach Pflegegeldstufen und Geschlecht 2008

Pflegestufe	Absolutzahlen		
	Gesamt	Frauen	Männer
Stufe 1	78.004	55.902	22.102
Stufe 2	121.587	79.932	41.655
Stufe 3	59.091	39.199	19.892
Stufe 4	54.881	36.107	18.774
Stufe 5	28.542	19.351	9.191
Stufe 6	10.210	6.541	3.669
Stufe 7	6.230	4.246	1.984
Gesamt	358.545	241.278	117.267

Quelle: Statistik Austria, 2010⁵⁸⁵, BundespflegegeldbezieherInnen nach Pflegegeldstufen 1998-2008, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html, (dl 16.11.2010); eigene Darstellung

585 Ohne die Opferfürsorge und Landeslehrerinnen und -lehrer.

2008 haben insgesamt 358.545 Personen Bundespflegegeld bezogen, was ca. 4,3% der österreichischen Gesamtbevölkerung ausmacht.⁵⁸⁶ Zwei Drittel des Bundespflegegeldes haben Frauen bezogen, ein Drittel Männer. Die größte Gruppe der PflegegeldbezieherInnen hatte die Pflegestufe 2, die kleinste Gruppe bildet die Pflegestufe 7. 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 Männern). Hierbei ist auffällig, dass insbesondere die Pflegegruppe 6 um 40% und die Pflegegruppe 7 um 21% angestiegen sind - die zwei Pflegestufen mit dem höchsten pflegerischen Aufwand und Betreuungsbedarf.

Bei den LandespflegegeldbezieherInnen waren es im Jahr 2000 54.915 Personen (hiervon 36.272 Frauen und 18.643 Männern). Im Jahr 2008 ist hier ebenfalls ein Anstieg um 15,4% auf 64.936 LandespflegegeldbezieherInnen zu verzeichnen (42.513 Frauen und 22.423 Männer),⁵⁸⁷ was weniger als 1% der Gesamtbevölkerung Österreichs ausmacht.

Neben dem Pflegegeld nach Bundes- und Landespflegegesetz werden von den Bundesländern und auch von den Gemeinden Sachleistungen wie z.B. soziale Dienste und Pflegeheime finanziert.⁵⁸⁸

10.7.2 Die Pflege im häuslichen Umfeld ist weiblich

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 Männer).⁵⁸⁹ Das Durchschnittsalter der pflegenden Angehörigen beträgt laut einer Studie des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen aus dem Jahre 2005 58 Jahre.⁵⁹⁰ 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%.⁵⁹¹ 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.

Insgesamt erhalten pflegebedürftige Frauen einen deutlich höheren Zeitaufwand an Pflege als pflegebedürftige Männer. Zu 78% ist der Pflege- und Betreuungsaufwand von persönlichen Verrichtungen wie Waschen, Kleiden, Essen, zu 77% von Boten- und Begleitungsdiensten (z.B. zum Arzt) und zu 49% von Haushaltstätigkeiten wie Kochen, Putzen, Einkaufen geprägt.⁵⁹²

586 Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/demographie/043902.html (dl 16.11.2010)

587 Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/landespflegegeld/index.html (dl 16.11.2010)

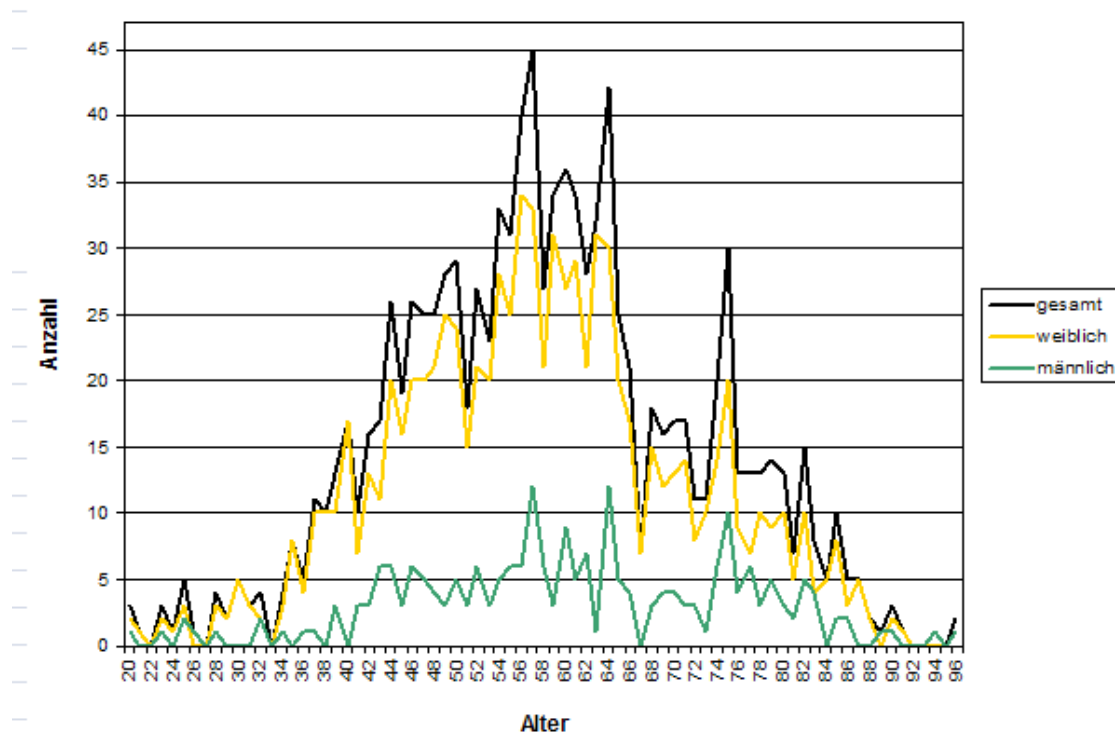
588 Mühlberger, et al. 2008

589 Kytir und Schrittwieser, 2003, S. 44

590 ÖBIG, 2005, http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/4/1/2/CH0161/CMS1228215542463/studie_situation_pflgender_angehoeriger.pdf (dl 17.10.2010)

591 Ebd., S. 45

592 Ebd., S. 46

Abbildung 115: Pflegende Angehörige nach Geschlecht und Alter


Quelle: ÖBIG, 2005, http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/4/1/2/CH0161/CMS1228215542463/studie_situation_pfleger_angehoeriger.pdf, (dl 17.10.2010)

10.7.2.1 Strukturen in der häuslichen Pflege und Versorgung

Wie wohnen diejenigen, die die Pflege ihrer Angehörigen und Bekannte übernehmen und ausführen? Laut Mikrozensus 2002 leben 40% der pflegenden Angehörigen mit ihren Familienmitgliedern und/oder Bekannten in einer Wohnung, 15% bewohnen zwar dasselbe Haus, besitzen aber eigene Wohnung, und 45% der Pflegenden leben an einem anderen Ort.⁵⁹³ Lediglich in Wien stellt sich die Situation etwas anders dar: Hier sind es 63% der Pflegenden, die an einem anderen Wohnort leben und ihre Angehörigen versorgen. Wird der Blick zugleich auf die Statistik über Privathaushalte und Familien gerichtet, so ist daraus ablesbar, dass in den letzten 15 Jahren die Einpersonenhaushalte von 860.000 in 1994 auf 1.283.000 in 2009 angestiegen sind, was einer Zunahme von knapp 33% entspricht.⁵⁹⁴ Dies sind Indizien für die Auflösung traditioneller Familienverbände. Insbesondere die geringeren Chancen auf dem Arbeitsmarkt in ländlichen Gebieten veranlassen Menschen, in städtische Ballungsgebiete zu siedeln.

Wie verhält es sich nun mit der Erwerbstätigkeit von pflegenden Angehörigen? Einer der wesentlichen Aspekte ist hierbei der Pflegeaufwand bzw. der Betreuungsbedarf der Pflegebedürftigen, der sich in der Pflegegeldstufe niederschlägt. Je höher die Pflegegeldstufe, desto weniger wird eine Erwerbstätigkeit realisierbar. Dies wurde 2005 in der Studie des Österreichischen Instituts fürs Gesundheitswesen (ÖBIG) explizit untersucht: In den Pflegegeldstufen eins bis drei gingen beispielsweise noch 32% einer Erwerbstätigkeit (in Teil- oder Vollzeit) nach, in den Pflegestufen vier bis sieben nur noch 26%.⁵⁹⁵ Weiters sind 56% der pflegenden Angehörigen in der Rolle als Hauptbetreuungsperson vor der Aufnahme und Durchführung der Pflege des Angehörigen einer Erwerbstätigkeit nachgegangen. Die Vereinbarkeit von der Pflege eines Angehörigen mit einer Erwerbstätigkeit ist offensichtlich nicht gegeben. Ein erschreckendes Ergebnis aus dieser Studie ist der Befund über die Situation des Einkommens: „47% der Betreuungspersonen verfügen entweder über kein Monatseinkommen oder über

593 Kytir und Schrittwieser, 2003, S. 45

594 Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/index.html, (dl 25.11.2010)

595 ÖBIG, 2005, Situation pflegender Angehöriger, S. 19

ein Einkommen bis € 700,-“.⁵⁹⁶ Und je höher die Pflegegeldstufe des Pflegebedürftigen, je höher die Anzahl der Betreuungspersonen, die über kein Einkommen verfügen (Pflegestufe sechs und sieben z.B. mehr als 45%). Von dem Fünftel aller Betreuungspersonen, die über kein eigenes Einkommen verfügen, handelt es sich zu 91% um Frauen.

Wenn man nun bedenkt, dass 45% der Betreuungspersonen an einem anderen Ort leben und es sogar in der Stadt Wien 63% sind, die allesamt ihre Angehörigen pflegen, dann stellt sich die Frage, wie die Lebenssituation der Betreuungspersonen, die ja zu über 70% aus Frauen besteht, hinsichtlich der Kinderversorgung und des Haushaltes aussieht. Auch hierzu gibt der Mikrozensus Auskunft:⁵⁹⁷ Leben Frauen mit ihren Partnern und Kindern zusammen, so übernehmen hier die Männer zu ca. 59% die Kinderbetreuung; jedoch bleibt dies für 33% der Frauen ihre alleinige Aufgabe. Hingegen sind allein lebende/allein erziehende Frauen mit Kindern zu ca. 70% gefordert, die Kinderbetreuung vollständig allein zu übernehmen. Die institutionelle Betreuung der Kinder unter 15 Jahren ist in Österreich zu 25,8% gegeben, und die Betreuung der unter 3-Jährigen in Kindergärten -krippen etc. befindet sich im europäischen Vergleich nur im unteren Drittel.⁵⁹⁸ Besonders ist das Gefälle zwischen Stadt (hohe Betreuungs- und Angebotsdichte) und Land (niedrige Betreuungs- und Angebotsdichte) für Klein- und schulpflichtige Kinder im Rahmen der institutionellen Kinderbetreuung festzustellen. Die Arbeiten im Haushalt werden in Österreich zu ca. 57% völlig oder überwiegend von Frauen durchgeführt und erfüllen damit weiterhin das tradierte Frauenbild; nur 14% der Männer führen den Haushalt ganz oder überwiegend. In Paarbeziehungen gemeinsam mit Kindern oder anderen Erwachsenen wohnend sind es 60% der Frauen zwischen 30 und 60 Jahren, die den Haushalt ganz oder vorwiegend durchführen.⁵⁹⁹

10.7.2.2 Belastungen der Frauen als pflegende Angehörige

Aus der bisherigen Situationsanalyse über die Pflegebedürftigkeit im häuslichen Bereich und den Strukturen von überwiegend betroffenen Frauen in der Rolle als pflegende Angehörige resultieren multifaktorielle Belastungen. „Pflegerische Angehörige werden häufiger krank und sind anfälliger für stressbedingte Krankheiten als die Durchschnittsbevölkerung“.⁶⁰⁰ In der Studie über die Situation pflegender Angehöriger ermittelt das ÖBIG-Forschungsteam im Jahr 2005 folgende Ergebnisse: Grundsätzlich klagen die Hauptbetreuungspersonen zu 70% über eine Überlastung. 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 der 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, je höher die Pflegegeldstufe ist.⁶⁰¹

Auch in Deutschland sind Frauen zu 80% diejenigen, die ihre Angehörigen pflegen. In seiner Untersuchung über die Situation pflegender Angehöriger in der häuslichen Pflege hat das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) 2009⁶⁰² folgende Belastungssituationen der pflegenden Angehörigen identifiziert:

- das Gefühl des „Angebundenseins“
- die ausschließliche Zuständigkeit zu haben
- soziale Isolation
- das vergebliche Warten auf Anerkennung
- Verwirrtheit und Demenz des Pflegebedürftigen
- Depression und psychosomatische Beschwerden, insbesondere in Abhängigkeit des Gesundheitszustands des Pflegebedürftigen
- Trauer, Verlust und Tod
- Schuldgefühle

596 Zit.n. ebd., S. 19

597 Mikrozensus, 2002, S. 25

598 Ebd., S. 31

599 Ebd., S. 22

600 ÖBIG, 2005, Situation pflegender Angehöriger, S. 42

601 Ebd., S. 45

602 2009 ist die zweite Auflage erschienen, die erste erfolgte 2005.

- das Überschreiten der Scham- und Ekelgrenze
- sowie Ehe- und Erziehungsprobleme.⁶⁰³

In ihrer Analyse über die Belastungen und Bewältigungsstrategien von erwachsenen Töchtern in der häuslichen Pflege von körperlich und geistig kranken Müttern und Vätern hält Deutmeyer als Belastungsfaktoren hierzu ergänzend folgende fest:

- „die hohe zeitliche Inanspruchnahme durch die Pflege ...
- Störungen des Tag-/Nachtrhythmus,
- Hilflosigkeit, Unsicherheiten und Angst in verschiedensten Pflegesituationen,
- fehlendes Fachwissen für die Behandlungspflege,
- Persönlichkeitsveränderungen und Verhalten des zu Pflegenden,
- Gefühle der Entfremdung und emotionale Distanz zum gepflegten Angehörigen ...
- Veränderungen der persönlichen Lebenssituation (berufliche Einschränkungen, Reduzierung verwirklichter Interessen, ... geringe familiäre Unterstützung bei der Pflege, mangelnde Zukunftsperspektiven, erlebte Unveränderbarkeit der Situation)“⁶⁰⁴

Aus all diesen aufgeführten Faktoren ist ersichtlich, dass die von Angehörigen häuslich durchgeführte Pflege als höchst belastend zu bewerten ist. Die damit verbundenen Auswirkungen sind gravierend: Einerseits tragen die gesellschaftlichen aber auch 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. Letzteres Risiko erhöht sich in Abhängigkeit der Pflegeintensität des zu Betreuenden.⁶⁰⁵

10.7.2.3 Zukünftiger Trend

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels – der ja nicht nur mit einer Zunahme der Anzahl älterer Menschen einhergeht, sondern auch die Abnahme der Anzahl jüngerer Menschen dokumentiert – lässt auch die Problematik der Finanzierung pflegerischer Dienstleistungen (insbesondere im mobilen Bereich, z.B. in der 24-Stunden-Pflege⁶⁰⁶) auf zunehmende pflegerische Versorgungslücken im mobilen, ambulanten Bereich schließen. Werden dann noch die skizzierten Strukturen und von Frauen als pflegende Angehörige erlebten Bedingungen (die Nähe bzw. Entfernung des Wohnortes, die Zunahme von Single-Haushalten, die Erwerbstätigkeit, die familiäre Situation durch Haushalt und Versorgung der Kinder etc.) 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 Pflegeheime versorgt werden. Es muss besonders die staatliche, aber auch gesellschaftliche und betriebliche Verantwortung greifen, um Entlastung und Alternativen in der häuslichen pflegerischen Versorgung zu schaffen. Daher schließen wir uns in diesem Punkt den Empfehlungen des letzten Österreichischen Frauengesundheitsberichts an.

10.7.3 Empfehlungen zur Entlastung der Situation von Frauen als pflegende Angehörige

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“.⁶⁰⁷ Diese Maßnahmen reichen aber bei weitem nicht, bedenkt man

603 Salomon 2009, S. 9ff

604 Deutmeyer 2006, S. 12

605 Ebd., S. 13

606 siehe auch Österreichischer Frauenbericht, 2010, S. 284

607 Ebd., S. 284

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.

10.7.4 Schnittstellenmanagement zwischen stationärer und ambulanter Versorgung im Kontext der Frauengesundheit

Dr.ⁱⁿ Ilona Schöppl, Soziologin und Gesundheitsökonomien, Fachbuchautorin

Ein disfunktionales Schnittstellenmanagement hat sowohl individuell als auch gesamtwirtschaftlich enorme negative Auswirkungen. Es kann zu einer „Bruchstelle der Versorgungskette“ kommen und somit einen Rückschritt in der Rekonvaleszenz verursachen. Im Worst Case Szenario zieht ein mangelndes Schnittstellenmanagement irreparable Gesundheitsfolgen nach sich.⁶⁰⁸

Mit Art. 15a der B-VG-Vereinbarung wurde bereits 1993 ein Versuch unternommen, bundesweite strukturelle Rahmenbedingungen zur Schnittstellenoptimierung zu schaffen. Die Umsetzung in den einzelnen Bundesländern erfolgt jedoch unterschiedlich.

In Oberösterreich wurde im Sinne der Schnittstellenoptimierung in nahezu allen Krankenhäusern die „Überleitungspflege“ implementiert. Die ausgebildete „Überleitungsschwester“ plant gemeinsam mit den extramuralen Diensten und der Abteilung im Haus das Entlassungsmanagement. Die Überleitungspflege vermeidet durch das Entlassungsmanagement überraschende Entlassungen, die für extramurale Dienste oder pflegende Angehörige und die Pflegebedürftigen, eine enorme Belastung darstellen.⁶⁰⁹

Auch andere Modelle des Entlassungsmanagements haben einen schnittstellenoptimierenden Charakter z.B. Discharge-Manager, Case Manager, Entlassungsteams, Geriatisches Assessment.

Im Folgenden wird dargestellt, warum vor allem die Gesundheit von Frauen von einer disfunktionalen Schnittstelle betroffen ist. Weiters werden die Ursachen einer disfunktionalen Schnittstelle benannt und Empfehlungen zur Schnittstellenoptimierung formuliert.

608 Schöppl, 2002

609 Schöppl, et al. 2002

Schnittstellenmanagement und Frauengesundheit

Pflegekräfte, pflegende Angehörige und Pflegebedürftige - jede dieser drei Rollen wird fast ausschließlich von Frauen belegt. Aus diesem Grund tangiert ein suboptimales Schnittstellenmanagement vor allem die Gesundheitsressourcen von Frauen.

Pflegekräfte

Die Pflege ist weiblich sowohl im professionellem als auch im privaten Bereich. 83% der professionellen Pflegekräfte sind Frauen.⁶¹⁰ Kaum eine Berufsgruppe ist so häufig vom Burnout betroffen wie die ProfessionistInnen der Pflege.⁶¹¹ Die WHO empfiehlt daher dezidiert, dass Gesundheitsfachkräften bereits in ihrer Ausbildung das relevante Wissen, die Einstellungen und praktischen Fertigkeiten vermittelt werden, die sie für die Förderung der psychischen Gesundheit und für die Verhütung von psychischen Störungen brauchen. Die WHO-Konferenz Psychische Gesundheit hat 2005 einen Aktionsplan zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Verhütung von psychischen Störungen erstellt. In diesem wird u. a. empfohlen, dass für gefährdete Gruppen gezielte Präventionsprogramme gegen psychische Gesundheitsprobleme entwickelt werden.

Die Forschungsergebnisse zur Burnout-Prophylaxe zeichnen sich durch einen hohen Grad an Heterogenität aus. Gute Erfolge konnten mit dem Konzept „Humor in der Pflege“ erzielt werden. Humor ist eine Copingmethode zur Psychohygiene, die es Angehörigen von Pflegeberufen ermöglicht, sich psychisch gesund zu erhalten. Humor führt zur Verringerung von Angst, Stress und Spannung, fördert die Gruppenkohäsion im therapeutischen Team und stellt somit eine Präventionsmaßnahme gegen das Burnout-Syndrom bei ProfessionistInnen der Pflege dar.

Innerhalb der Gruppe der Pflegekräfte sind die Vertreterinnen der extramuralen Rund- um-die-Uhr-Pflege mit besonderen Herausforderungen konfrontiert.

Die professionelle extramurale „24-h-Pflege“ wird derzeit in Österreich vielfach von osteuropäischen Pflegekräften abgedeckt. Diese Pflegekräfte wohnen meist bis zu zwei Wochen rund um die Uhr bei den PatientInnen zu Hause, danach fahren sie für zwei Wochen zurück in die Heimat und werden von einer Kollegin abgelöst. Die Pflegekräfte haben kaum Möglichkeiten, sich zu erholen und sind somit besonders gefährdet, auszubrennen. Sie leisten einen wertvollen gesellschaftlichen Beitrag, da durch sie eine Altenheimaufnahme vermieden werden kann, zahlen dafür aber einen hohen Preis. Durch die „24-h-Pflege“ wird ermöglicht, dass auch intensiv Pflegebedürftige zu Hause betreut werden können. Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass uns die „ausländischen“ Pflegekräfte nur befristet zur Verfügung stehen. Da ganz Europa ähnliche demographische Probleme zu bewältigen hat wie Österreich und sich das Lohnniveau in absehbarer Zeit angleichen wird. Spätestens dann stehen uns unsere „ausländischen NachbarInnen“ nicht mehr zur Verfügung.

Pflegende Angehörige

Die Pflege von Familienmitgliedern wird in Österreich zu 79% von Frauen⁶¹² durchgeführt und belastet diese auf Grund der Mehrfachbelastung exorbitant.⁶¹³

Die möglichen gesundheitlichen und sozialen negativen Folgen der Belastung für die pflegenden Angehörigen aber auch für die Pflegebedürftigen sind vielfältig:

- psychische Erkrankung (Depressionen, Burnout,...)
- Aggressionen (Gewalt in der Pflege)
- Erkrankung des Bewegungsapparates,
- Kompensation durch Nikotin- und Alkoholabusus, Medikamentenmissbrauch,
- Soziale Isolation

610 Statistik Austria, 2009, Tab. 3.03.

611 Siegrist, 2005

612 ÖBIG, 2005, Endbericht. Situation pflegender Angehöriger. p 11. Projektzahl 4488

613 Schöppl, 2000, S. 79f

Es müssen Zeitfenster geschaffen werden, die es den pflegenden Angehörigen ermöglichen sich zu erholen. Vor allem das flächendeckende Angebot von Kurzzeitpflege stellt eine Entlastungsmöglichkeit dar. Auch der Austausch mit anderen Betroffenen kann vielen helfen, die belastende Situation besser zu bewältigen. Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK) hat dieses Dilemma erkannt und für die pflegenden Angehörigen ein Erholungsangebot geschaffen. Mit „ANNA Angehörige nehmen Auszeit“ bietet die OÖGKK ihren Versicherten ein neues Service: Der/die pflegende Angehörige fährt auf Kur. Für diese Zeit wird gemeinsam mit der OÖGKK die Betreuung des Pfléglings organisiert. Mit ANNA bietet die OÖGKK rund 400 pflegenden Angehörigen im Jahr die Chance, sich körperlich und seelisch zu erholen und Kraft zu tanken aber auch um Tipps und Hilfen für die oft körperlich und psychisch belastende Arbeit mit nach Hause zu nehmen.⁶¹⁴

Pflegebedürftige

Frauen haben 2009 eine um 5,5 Jahre längere durchschnittliche Lebenserwartung, was zur Folge hat, dass sie im Alter oft ihre, im arithmetischen Mittel, 3 Jahre älteren Männer zu Hause pflegen.⁶¹⁵

Werden die Frauen pflegebedürftig, sind die Ehemänner meist bereits verstorben und sie daher häufiger als Männer auf professionelle Pflege angewiesen. Frauen, die nicht selten tradierte Rollenbilder lebten und im Extremfall ihre Eltern, die Schwiegereltern und den Ehemann zu Hause pflegten, müssen dann ihre letzten Jahre im Altenheim verbringen. 79% der AltenheimbewohnerInnen sind Frauen.⁶¹⁶

Eine PatientInnenbefragung zeigte, wie wichtig die Erhaltung der Autonomie für die Gesundheit alter Menschen ist.⁶¹⁷ Die Aufnahme in ein Altenheim ist für Viele der letzte Ausweg. Die meisten möchten so lange wie möglich zu Hause betreut werden. Die stationäre Langzeitpflege korreliert mit einem Autonomieverlust. Die Pflegebedürftigen sollen nach Möglichkeit selbst entscheiden, ob sie eine mobile Pflege oder ein Altenheim in Anspruch nehmen. Je eingeschränkter die Pflegebedürftigen ihre Wahlmöglichkeit sehen, desto abhängiger fühlen sie sich. Die Studie zeigt, dass die Erhaltung von Autonomie die Lebensqualität erhöht. Die gesteigerte Lebensqualität verhilft dem kranken Menschen zum Lebenswillen. Der Genesungsprozess wird durch einen gesteigerten Lebenswillen in vielen Fällen beschleunigt. Erfolgt die Aufnahme in ein Altenheim gegen den Willen des alten Mensch, so entsteht ein Gefühl der Hilflosigkeit, das zum vorzeitigen Tod führen kann.⁶¹⁸

Obwohl in Altenheimen hervorragende Arbeit geleistet wird, bergen sie auch eine Gefahrenquelle, die lange Zeit als Tabuthema galt. Sowohl in der intramuralen als auch in der extramuralen Pflege werden pflegebedürftige Opfer von „Gewalt in der Pflege“. Zu den Opfern von „Gewalt in der Pflege“ zählen überwiegend Frauen, die über 80 Jahre alt sind.⁶¹⁹

Durch strukturelle Rahmenbedingungen (straffer Zeitplan und ständige Personalknappheit etc.) in Altenheimen wird oft die Würde des Menschen unbeabsichtigt verletzt. Viele alte Frauen empfinden die Intimpflege durch einen männlichen Pfleger als sehr entwürdigend. Es bedarf hier einer dringenden Sensibilisierung und einer Zunahme von Ressourcen.

614 OÖGKK, www.oegkk.at, (dl 23.11.2010)

615 Statistik Austria, Demographische Indikatoren, zur Eheschließungen, erstellt am: 25.6.2010

616 Oö Gesundheitsbericht 2000, S 124

617 Heimerl, 2000, S. 102ff

618 Seligman, 1979

619 Hörl, 2006

10.8 Weibliches Körperbild und psychische Gesundheit

A.o. Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger, Klinische und Gesundheitspsychologin,
Stadt Wien, Wiener Programm für Frauengesundheit

Noch nie zuvor wurde körperliche Attraktivität im Sinne einer „normierten Schönheit“ so propagiert und gesellschaftlich als Grundvoraussetzung für Erfolg, gesellschaftlichen Aufstieg, Leistungsfähigkeit gleichgesetzt. Dies gilt (derzeit noch) vor allem für Frauen.

Die psychologische Relevanz der Akzeptanz des eigenen Körpers ist unumstritten. Schon Sigmund Freud definierte 1923 das Ich als Körper-Ich und sah dieses als Teil des Selbstes bzw. der Selbst-Repräsentanz, gleichzeitig als äußeres Objekt (Subjekt der Erfahrung und Objekt der Betrachtung). Das Körperbild ist daher einerseits eine psychologische Erfahrung, die sich auf Gefühle und Haltungen (Einstellungen) dem eigenen Körper gegenüber konzentriert, andererseits ist es ein mentales Bild (Körperschema), das sich von der eigenen physischen Erscheinung konstituiert.

Das Körperbild ist ein fundamentaler Bestandteil des Selbstkonzeptes – im Englischen „mental constitution of the self“ genannt.⁶²⁰ Es ist ein komplexes mehrdimensionales Konstrukt, das sich aus wahrnehmungsbezogenen („perceptual“), affektiven, kognitiv-bezogenen („attitudinal“) Dimensionen zusammensetzt.⁶²¹ Das subjektive Erleben des eigenen Körpers wird maßgeblich durch die subtile ständige Interaktion und Rückmeldung des sozialen Umfeldes geprägt.

Die Etablierung des Körperbildes entsteht von Anfang an durch jede körperliche Betreuung und Zuwendung, durch die sinnliche Empfindung, die emotionale Interaktion mit den Eltern, die Wahrnehmung des Körpers durch die Eltern sowie durch 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, „perfekte“ Mädchen zu sexualisierten Objekten und u. U. sogar zu einer Ware hochstilisieren, stehen Mädchen schon im Volksschulalter unter massivem Druck, diesen medialen Vorbildern entsprechen zu müssen. Zusammenfassend bedeutet dies, dass das Körperbild insbesondere für Frauen massiv gesellschaftlich beeinflusst wird.

Die Feministin, Psychoanalytikerin und Professorin an der London School of Economics, Susie Orbach, fasst wie folgt zusammen:

„Kommerzieller Druck über die Celebrity-Kultur, durch Branding und durch Industrien, die ihren Profit mit der Destabilisierung des spätmodernen Körpers machen, hat unser einstiges Körperverständnis ausgelöscht“.⁶²² Sie betont ferner, dass wir wöchentlich mit zwei- bis fünftausend Bildern digital manipulierter Körper konfrontiert werden.⁶²³ Die wissenschaftliche Evidenz, dass diese ständige visuelle Berieselung sich nachhaltig negativ auf die Körperzufriedenheit auswirkt, ist mittlerweile erdrückend. Der eindrucksvollste wissenschaftliche Nachweis gelang einer Studiengruppe der Harvard Medical School unter der Leitung von Anne Becker, Professorin für Psychiatrie und Anthropologie, mit einer Langzeitstudie der weiblichen Bevölkerung der Fiji-Inseln. Durch Anschluss auch der entlegendsten Regionen an das TV-Netz der USA wurden erstmalig eine massive Ablehnung der eher „fülligen“ Körperideale, ein Streben nach westlichen Schlankheitsidealen und somit ein Onset von Essstörungen beobachtet.⁶²⁴ Eine 2008 publizierte Metaanalyse von 77 wissenschaftlichen Studien, in die insgesamt Ergebnisse von 17.000 Befragten eingingen, zeigte eindringlich, dass die ständige Konfrontation mit medialen weiblichen Schlankheitsbildern zu Verunsicherung bei Mädchen und Frauen in Bezug auf das eigene Aussehen führt, am deutlichsten bei 10- bis 18-Jährigen.⁶²⁵ In einer vom Wiener Programm für Frau-

620 Muth, et al. 1997

621 Ebd.

622 Zit. n. Orbach, 2010

623 Orbach, 2010

624 Becker, et al. 2002

625 Hargreaves, et al. 2003

engesundheit beauftragten repräsentativen Frauenbefragung durch die Karmasin-Motivforschung gaben 46% der Frauen an, dass die Darstellung in den Medien ihre Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper beeinflusst. Auch gibt es wissenschaftliche Evidenz, dass Musikvideos, TV-Shows etc. das Selbstwertgefühl junger Mädchen negativ beeinflussen.

Dies zeigen folgende wissenschaftliche Trends:

- 40-70% Mädchen zwischen 12 und 16 sind mit 2 oder mehr Bereichen ihres Körpers unzufrieden⁶²⁶
- 50-80% der adoleszenten Mädchen (in Industrieländern) möchten dünner sein ⁶²⁷
- 20-60% der adoleszenten Mädchen machen Diäten⁶²⁸
- Mehr als 50% der Mädchen im Teenager-Alter unternehmen ungesunde Maßnahmen zur Gewichtskontrolle wie das Auslassen von Mahlzeiten, Diäten, Rauchen, Erbrechen, Abführmittel.⁶²⁹

Ein negatives Körperbild korreliert mit:

- geringem Selbstwertgefühl
- Diätverhalten
- Störungen des sexuellen Erlebens
- sozialen Ängsten
- Anstieg von Depressionen
- Anstieg von Essstörungen
- Körperdysmorpher Störung (incl. Adonis-Komplex, Dorian-Gray-Syndrom)
- Anstieg von Schönheitsoperationen

Es ist von folgendem Paradoxon unserer Gesellschaft auszugehen:

Das dominante Idealbild ist eine Fixierung auf extreme Schlankheit

Die Realität jedoch lehrt uns leider, dass die Gesellschaft zunehmend mit dem Phänomen von Übergewicht und Adipositas konfrontiert ist. Dies hat weiters eine starke ökonomische und soziale Dimension, d.h. es lässt sich leider zeigen, dass vor allem sozial benachteiligte Personen eher übergewichtig sind. Fakt ist jedenfalls, dass der Körper zu einem riesigen Marktplatz verkommen ist, an dem große Wirtschaftszweige wie Schönheits-, Mode-, Ernährungsmittel-, Diät- und Pharmaindustrie prächtig verdienen.

Da – wie beschrieben – eine ständige Verunsicherung in Bezug auf das eigene Aussehen wirksam wird, überrascht es nicht, dass wir ebenfalls das Phänomen eines postmodernen, machbaren, normierten Körpers zu beobachten haben. „Unser Körper wird immer stärker als ein Objekt erlebt, das es zu bearbeiten und zu optimieren gilt“⁶³⁰

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.

In den USA gibt es hingegen seit 1992 eine detaillierte Statistik. Zwischen 2000 und 2007 ist die Anzahl der Eingriffe um 59% auf zwölf Millionen Eingriffe angestiegen. Von diesen sind rund zehn Millionen minimalinvasive Eingriffe (z.B. Botox-Behandlungen, Laser).

Vergleicht man die Anzahl der schönheitschirurgischen Eingriffe der American Society of Plastic Surgery (ASPS), so zeigt sich, dass zwischen 2000 und 2008 Botox-Behandlungen um 537% angestiegen sind, Rücken-, Gesäß-, Bauchliftings und Oberschenkelstraffungen (sogenannte Lower-Body-Lifts) um 4.386% und Oberarm-Liftings um 4.059%. Diese sind im Zusammenhang mit der steigenden Rate von Eingriffen nach radikalen Gewichtsabnahmen nach starkem Übergewicht zu sehen.⁶³¹ Der Anteil an Brustvergrößerungen stieg um 803%, derjenige an Bauchdeckenstraffungen um 593% und Fettabsaugungen um 331%.

626 Levine, et al. 2002

627 Ebd.

628 Ebd.

629 Neumark-Sztainer, 2005

630 Zit. n. Orbach, 2010

631 American Society of Plastic Surgery, 2008

Beunruhigend ist der Trend zur Intimchirurgie aus ästhetischen Gründen. „More and more women are said to be troubled by the shape, size, or proportions of their vulvas so that elective genitoplasty is becoming a „booming business.“⁶³² Ein Grund dafür liegt in der Darstellung voll- oder teilrasierter weiblicher Genitalien in den Medien. Dadurch wurde die öffentliche Aufmerksamkeit auf diesen bisher privaten und intimen Körperbereich gelegt. „Gefragt ist ein Genital, das wie das eines jungen Mädchens aussieht.....“, so die deutsche Körperforscherin und Psychoanalytikerin, Ada Borkenhagen.⁶³³

Dieser Trend zur „Ästhetisierung des weiblichen Genitals“ ist zum einen auf die Verinnerlichung von Vorbildern aus der Pornoindustrie zurückzuführen; zum anderen entspricht die Ablehnung auch der noch immer starken Tabuisierung des weiblichen Genitals (eines großteils nach wie vor unbekanntes Organs) und der normalen Vielfalt des Aussehens. So sagten im „International Vaginal Survey“ 2004 61% der 1.441 befragten Frauen, dass sie ihr Aussehen beunruhigt. 47% gaben an, dass sie die Größe ihrer Vagina beunruhigt, und ebenso viele erklärten, wenig bis gar nichts über dieses ihr Organ zu wissen.⁶³⁴

Internationale Fachgesellschaften warnen daher vor diesem Trend, zu dem es bisher keine wissenschaftlichen Langzeitstudien über mögliche Folgen gibt. Fakt ist jedoch, dass Einbußen der Empfindungen, aber auch Operationskomplikationen auftreten können. Das Wiener Programm für Frauengesundheit hat daher gemeinsam mit anderen Fachorganisationen (Österreichische Gesellschaft für plastische, ästhetische und rekonstruktive Chirurgie, Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Österreichische Gesellschaft für Psychosomatik in Gynäkologie und Geburtshilfe, Berufsverband österreichischer PsychologInnen, Ärztekammer) Leitlinien zur weiblichen Genitalkorrektur entwickelt, die zugleich Barrieren und Qualitätssicherung leisten.

In direktem 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, wie die Umfrage des Wiener Programms für Frauengesundheit aus dem Jahre 2008 zeigt. 11% der Befragten, die bereits einen einschlägigen Eingriff hinter sich haben, sind „sehr unzufrieden“ - das sind mehr als jene 10%, die „sehr zufrieden“ bilanzieren. 14% waren „wenig zufrieden“ mit dem Ergebnis.⁶³⁵

Abzulehnen sind Reality-Shows über Schönheitsoperationen, da sie zu einem Anstieg der Nachfrage führen und gleichzeitig den gesellschaftlichen Druck erhöhen, indem sie Angst und Hemmschwelle senken.

In den werbeähnlichen Beiträgen werden Nebenwirkungen und Risiken nicht oder kaum erwähnt. Zusammenfassend zeigt sich zynischerweise, dass entgegen allen Bemühungen um eine selbstbestimmte, autonome, selbstbewusste Frauenrolle durch die Hintertür massiver medialer Bildkommunikation „Barbie-ähnlicher“ Kopien besonders junge Frauen den Körper zunehmend als Statussymbol definieren. Es ist wichtig, diesem Trend entgegenzuhalten! Wir müssen daher dringlichst, bereits in Kindergarten und Schule, bei den Mädchen ein selbstbewusstes Körperbild fördern.

632 Zit. n. Liao, et al. 2007

633 Borkenhagen et al 2009

634 Ebd.

635 Wiener Programm für Frauengesundheit durchgeführt von Karmasin Motivforschung, 2008

VI Sozialepidemiologie, Gesundheitsförderung und Prävention

Österreichischer
Frauengesundheitsbericht 2010/2011

Kapitel 6

VI. SOZIALEPIDEMIOLOGIE, GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

1. Frauenspezifische Ressourcen im österreichischen Gesundheitssystem . . .	442
1.1 Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren	442
1.2 Das Wiener Programm für Frauengesundheit (WPFG)	444
1.3 Vorarlberg: Fachstelle Frauengesundheit FEMAIL	447
1.4 Tirol: Vom Frauengesundheitsbüro zum Frauengesundheitszentrum der Universitätsklinik Innsbruck	448
1.5 Frauenspezifische psychosoziale Versorgung in Österreich	450
1.6 Psychologische und psychotherapeutische Versorgung	452
1.7 Selbsthilfegruppen und deren Bedeutung	455
2. Internationale und europäische Frauengesundheitsprogramme	458
2.1 Frauen in der EU, ein Überblick	459
2.2 Internationale Frauengesundheitsprogramme.	460
2.3 Europäische Frauengesundheitsprogramme.	462
3. Gender – Umwelt – Gesundheit	463
3.1 Auswirkungen von Chemikalien und Schadstoffen auf die Gesundheit	464
3.1.1 Fruchtbarkeit und hormonelle Störungen	464
3.1.2 Schwangerschaft und vorgeburtliche Entwicklung.	464
3.1.3 Entwicklungsstörungen / Verhaltensauffälligkeiten	465
3.1.4 Atemwegserkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen	465
3.1.5 Allergien / Sensibilisierungen	466
3.1.6 Weitere Krankheitsbilder.	466
3.2 Belastung durch Chemikalien: Situation und Trends	468
3.2.1 Belastungsquellen	468
3.2.2 Nachweis der Chemikalienbelastung	469
3.3 Weitere umweltrelevante Belastungen	470
3.3.1 Lärm	470
3.3.2 Nanotechnologie.	470
3.3.3 Klimawandel	471
3.4 Umweltpolitik	471
3.5 Umwelt und Gesundheit in Europa	472
3.6 Was jede/r Einzelne tun kann: Nachhaltige Entwicklung, Lebensstil.	472
4. Komplementär-, Alternativmedizin und Medical Wellness	474
4.1 Frauenspezifische CAM und Medical Wellness	474
4.1.1 Wirkung der CAM.	476
4.1.2 Organisationen und AnbieterInnen in Österreich und International.	477
4.2 Praxisbeispiel frauenspezifischer Komplementärmedizin: Klassische Homöopathie in der Frauengesundheit	478
4.2.1 Abgrenzung zu anderen medizinischen Behandlungen.	478

4.2.2	Kontrollierte Studien zur klinischen Effektivität der Homöopathie	479
4.2.3	Frauenspezifische homöopathische Angebote in Österreich.....	480
5.	Prävention und Gesundheitsförderung	482
5.1	Prävention	484
5.2	Gesundheitsförderung	485
5.3	Prävention und Gesundheitsförderung in der Gesundheitsversorgung in Österreich	485
5.3.1	Gesundheitsförderung und Prävention im öffentlichen Gesundheitsdienst.....	486
5.3.2	Gesundheitsförderungsgesetz	486
5.3.3	Der Fonds Gesundes Österreich.....	487
5.3.4	Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)	488
5.3.5	Initiierte Netzwerke in Österreich	488
5.3.6	Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR)	488
5.3.7	Nationaler Aktionsplan Ernährung und FIT für Österreich	489
5.3.8	Kindergesundheitsdialog	489
5.3.9	Geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung und Prävention	490
5.3.10	Exkurs: Gesundes Altern.....	491
5.4	Maßnahmen zur Früherkennung	492
5.4.1	Vorsorgeuntersuchungen	492
5.4.2	Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs durch den PAP-Abstrich	495
5.4.3	Mutter-Kind-Pass	497

1. Frauenspezifische Ressourcen im österreichischen Gesundheitssystem

1.1 Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren

Vertreterinnen des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentren

Frauengesundheitszentren übernehmen in Österreich eine zentrale Rolle in der Vertretung von Frauenanliegen – im gesellschaftlichen und 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.

Die Erfolge und Leistungen der einzelnen Frauengesundheitszentren beruhen auf der professionellen Zusammenarbeit von Fachfrauen aus unterschiedlichen Berufsfeldern mit klaren Zielen, Qualitätskriterien und überprüften Wirkungen ihrer Arbeit bei Frauen und Mädchen.

Im Jahr 1996 schlossen sich die Zentren zum Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren zusammen, in einem weiteren Professionalisierungsschritt gründeten sie 2007 die „ARGE Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren“, bestehend aus:

- F.E.M in Wien, Gründung 1992 ¹
- Frauengesundheitszentrum, Graz, Gründung 1992 ²
- Frauengesundheitszentrum ISIS in Salzburg, Gründung 1994 ³
- Frauengesundheitszentrum Linz, Gründung 1996 ⁴
- Frauengesundheitszentrum Kärnten GmbH, Gründung 1999 ⁵
- F.E.M. Süd in Wien, Gründung 1999 ⁶
- Frauengesundheitszentrum Wels, Gründung 2005 ⁷

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, dem Grad der Unabhängigkeit und der zur Verfügung stehenden öffentlichen Mittel und Personalressourcen.

Die gesammelten Eckdaten des Netzwerks von 2009 dokumentieren eindrucksvoll die Leistungen und die unverzichtbare Rolle von Frauengesundheitszentren im österreichischen Gesundheitswesen:

1 www.fem.at/FEM/fem.htm
2 www.fgz.co.at/
3 www.frauengesundheitszentrum-isis.at/
4 www.fgz-linz.at/
5 www.fgz-kaernten.at/
6 www.fem.at/FEM_Sued/femsued.htm
7 www.pga.at

Die österreichischen Frauengesundheitszentren ...

- beschäftigten 38,3 MitarbeiterInnen (Angabe in Vollzeitäquivalenz) und ProjektmitarbeiterInnen.
- führten 14.906 Beratungen, persönliche Gespräche und Psychotherapien mit Frauen und Mädchen durch.
- organisierten für ihre Zielgruppen 1.306 frauenspezifische Veranstaltungen (Vorträge, Kurse, Workshops, etc.), an denen
- 44.662 Frauen und Männer teilnahmen.
- beschäftigten 261 ExpertInnen auf Honorarbasis im Bereich der Beratungen und Veranstaltungen.
- präsentierten 584mal ihre Arbeit in Printmedien.
- brachten bei 163 Veranstaltungen im Bereich der Strukturarbeit (Arbeitskreisen und Beirats-sitzungen, etc.) ihre Expertisen und Erfahrungen von Mädchen und Frauen ein.

Das Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren verpflichtet sich in seinem Leitbild zur Qualitätssicherung. Es hat in einem gemeinsamen Prozess als Basis der Zusammenarbeit und der Weiterentwicklung zwölf Qualitätskriterien mit Indikatoren für Frauengesundheitszentren definiert, die die Qualität der Arbeit transparent und überprüfbar machen. Die Mitglieder des Netzwerks der österreichischen Frauengesundheitszentren sichern und entwickeln die Qualität ihrer Arbeit anhand der hier definierten Qualitätskriterien weiter. Dieser Prozess unterliegt dem regelmäßigen und verpflichtenden Monitoring durch das Netzwerk.

Tabelle 114: Qualitätskriterien des Netzwerks österreichischer Frauengesundheitszentren

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

1.2 Das Wiener Programm für Frauengesundheit (WPFG)

A.o. Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger, Klinische und Gesundheitspsychologin,
Stadt Wien, Wiener Programm für Frauengesundheit

Entstehung und Entwicklung

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 gelten.

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.

Grundsätze

Für strategische Überlegungen sowie für deren Umsetzung gilt die folgende Leitorientierung:

- Chancengleichheit in Gesundheit und Sozialem
- Geschlechterspezifische Konkretisierung von Gesundheit
- Anerkennung von Gesundheit als bio-/psychosoziale Dimension
- Differenzierung von Gesundheit in verschiedenen Lebensphasen
- Unterstützung von benachteiligten Zielgruppen in Gesundheitsbelangen
- Stärkung von Autonomie und Mitgestaltung im Gesundheitsbereich von Seiten der Frauen
- Respektierung der körperlichen und psychischen Integrität von Frauen
- Förderung eines gesunden Lebensstils
- Kooperation und Vernetzung als Arbeitsprinzip
- Methodenvielfalt im Zugang zur Behandlung auf Grund einer ganzheitsmedizinischen Sichtweise

Handlungsfelder

Die inhaltliche Prioritätensetzung orientiert sich an den folgenden zwölf - im Rahmen des Wiener Frauengesundheitsprogramms erarbeiteten - Handlungsfeldern:

- Ziele und Maßnahmen im Bereich der Brustkrebsfrüherkennung
- Ziele und Maßnahmen im Bereich Mutter-Kind- und Schwangerenbetreuung sowie im Bereich postpartale Depression
- Ziele und Maßnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit der Frauen
- Ziele und Maßnahmen im Bereich der Suchtprävention bei Frauen
- Ziele und Maßnahmen im Bereich „Gewalt gegen Frauen“
- Ziele und Maßnahmen im Bereich der älteren und alten Frauen
- Ziele und Maßnahmen im Bereich der rechtlichen Aspekte von Frauen im Gesundheitswesen
- Ziele und Maßnahmen im Bereich der Verbesserung der Betreuungsstandards und der Kommunikation im Gesundheitswesen für Frauen
- Ziele und Maßnahmen im Bereich der Migrantinnengesundheit
- Ziele und Maßnahmen im Bereich der Gesundheit von Frauen in der Arbeitswelt
- Ziele und Maßnahmen im Bereich der Karriereförderung für Frauen im Gesundheitswesen

Aufgabenprofile:

- Modellentwicklung für Public Health-Maßnahmen, insbesondere auch im Kontext sozialer Benachteiligung. Gesundheit verstehen wir auch als soziale Dimension
- Vernetzung von Entscheidungsträgern aus verschiedenen Fachgebieten (intersektoral und interdisziplinär) zur Erarbeitung von Maßnahmen und Verbesserungen im Dienste von „Health in all“ Policies
- Implementierung von Frauen- und Gendergesundheit aus den jeweiligen Handlungsfeldern in bestehende Strukturen des Wiener Gesundheitssystems und Transfer des entsprechenden Know Hows
- Bewusstseinsbildung der breiten Öffentlichkeit und ExpertInnen zu Frauen- und gendergesundheitsspezifischen Handlungsfeldern durch klassische Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit sowie durch Publikumsveranstaltungen und Konferenzen/Tagungen.
- Entwicklung von Handlungsanleitungen, Qualitätskriterien und Leitlinien für Frauen- und genderspezifische Handlungsfelder.

Die Arbeit orientiert sich an Grundkenntnissen, Strategien, Instrumenten und Methoden der neuesten Public Health-Entwicklung sowie wissenschaftlicher Expertisen.

Folgende Themen konnten aufgezeigt und bearbeitet werden:

- FGM (weibliche Genitalverstümmelung)
- Vaginale Schönheitsoperationen
- S-O-ESS (Schlankheits- und Schönheitskult)
- Fehlende Qualitätsstandards der Schönheitsoperationen
- Psychische Müttergesundheit
- Adipositas als gesellschaftliche Entwicklung
- Frauen mit Behinderung
- Sozial benachteiligte Frauen (Migrantinnen, arbeitslose Frauen, wohnungslose Frauen)

Relevante Themen der Frauengesundheit:

- Feminisierung des Alters: Alzheimer/Demenz
- Frauenbild in der Öffentlichkeit im Alter
- Herzinfarkt bei Frauen
- Diabetes bei Frauen (kommt häufiger vor und hat eine spezifische Genderkomponente im Zusammenhang mit Schwangerschaft)
- Reproduktive Gesundheit
- PAP-Screening, Qualitätssicherung
- Pornographisierung
- Depression/psychische Gesundheit von Frauen
- Gendergerechtes Patientinnenrecht

Aufbau von folgenden Modellprojekten für Public Health-Maßnahmen:

- „Ich bleib gesund“ – Migrantinnengerechte Gesundenuntersuchung
- Mammographie-Screening
- Maßnahmen für die Gesundheit von Frauen und Mädchen mit Behinderungen
- Maßnahmen für die Gesundheit von wohnungs- und arbeitslosen Frauen
- Geschlechts- und kultursensible betriebliche Gesundheitsförderung
- FGM-Prävention (im Rahmen des nationalen Aktionsplans FGM)

Vernetzung von Entwicklungsträgern

- Frauengesundheitsbeirat
- Plattform Essstörungen
- Netzwerk psychische Gesundheit für Frauen
- Netzwerk PPD (Schwangerschaft und Krise)
- FGM-ExpertInnen-Beirat
- Adipositas-Beirat
- Gesundheitsforum von Frauen mit Behinderung
- Runder Tisch Seniorinnen

Know-How-Transfer

- Fortbildungen zu FGM in allen gynäkologischen, geburtshilflichen und pädiatrischen Abteilungen des Wiener Krankenanstaltverbundes (KAV)
- Wissen zu PPD und psychosozialen Schwangerschaftskrisen bei allen geburtshilflichen Teams in den Krankenanstalten des KAV
- Essstörungenfortbildung für LehrerInnen, SchulärztInnen und Elternverbände
- Fortbildungen zum Thema Gewalt in allen Krankenanstalten des KAV
- Internationale Fortbildungen zu qualitätsgesicherter Mammographie im niedergelassenen Bereich und in den Krankenanstalten des KAV
- Regelmäßige Fortbildungen zu sozialer Benachteiligung, zu Gender und Gesundheit auf der MedUni Wien, in Krankenanstalten, Fachhochschulen, Krankenpflegeschulen etc.

Entwicklung von folgenden Leitlinien:

- Umgang von GynäkologInnen mit Frauen mit Behinderung
- Leitlinien für psychosoziale Schwangerenbetreuung für geburtshilfliches Personal
- Interdisziplinärer Leitfaden zur Betreuung von Frauen mit Brustkrebs
- Konsensuspapier zum Umgang mit intim-plastischer Chirurgie
- Konsensuspapier zu Qualitätsstandards bei der Behandlung von Magersucht
- Leitlinien für ÄrztInnen, Hebammen zum Umgang mit FGM

Die Maßnahmen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Zielgruppe: Sozial benachteiligte Frauen (Migrantinnen, Frauen mit Behinderungen, wohnungslose Frauen, langzeitarbeitslose Frauen)
- Body Politics (Schönheitsoperationen, Frauenbilder in der Werbung, Schönheitsindustrie, FGM, Essstörungen)
- Reproduktive Gesundheit (flächendeckende sexualpädagogische Workshops, Aufklärungsfilm „SEX we CAN“, psychosoziale Krisen in der Schwangerschaft und postpartale Depressionen)
- Strukturqualitätsverbesserung (qualitätsgesichertes Mammographie-Screening, Betreuungsstandards und Leitlinien)

Evaluation

Es gehört zum Selbstverständnis eines modernen Managements, eine Außenperspektive durch eine Fremdevaluation einzuholen. Dies wurde sowohl nach den ersten fünf Arbeitsjahren (1999-2004) als auch in der 2. Programmperiode (2004-2009) von der Firma Solution Sozialforschung & Entwicklung durchgeführt. Dem Wiener Programm für Frauengesundheit wurde auch für die zweite Programmperiode attestiert, dass gesellschaftlich und frauengesundheitsrelevante Themen und Zielgruppen aufgegriffen und erfolgreiche Maßnahmen umgesetzt wurden (z.B. Gewalt gegen Frauen als Gesundheitsthema, „ästhetische“ Genitalkorrekturen, Genitalverstümmelungen, Schönheitsoperationen, verändertes Körperbild, Inkontinenz).

1.3 Vorarlberg: Fachstelle Frauengesundheit FEMAIL

Mag.^a Sabine Kessler, Geschäftsführerin FrauenInformationszentrum FEMAIL

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. Das Konzept der Fachstelle Frauengesundheit basiert auf Ergebnissen einer im Auftrag des Landes Vorarlberg durchgeführten Erhebung⁸, den im Österreichischen Frauengesundheitsbericht⁹ formulierten Zielen für ein geschlechtergerechtes Gesundheitssystem und dem Erfahrungswissen von FEMAIL, welches sich auf die 15-jährige frauenspezifische Beratungsarbeit stützt. Es umfasst drei grundlegende Handlungsfelder, nämlich Wissensmanagement, Netzwerkarbeit und Beratung bzw. Information.

In der Beratungsarbeit wird Anonymität sowie Parteilichkeit gewährleistet und die frauenspezifischen Lebens- und Sozialisationsbedingungen berücksichtigt. Diese Beratungshaltung öffnet den Blick von einem individualisierten Gesundheitsverständnis für den gesellschaftspolitischen Kontext, in dem Frauen leben.

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 die Wissensverbreitung in Sachen Frauengesundheit in Vorarlberg ein. FEMAIL leistet mit der Fachstelle Frauengesundheit einen wichtigen Beitrag bei der Konsolidierung von Nahtstellen im Gesundheits- und Sozialbereich sowie beim Aufgreifen zentraler Handlungsfelder der Frauengesundheit.

Die aktuellen Aktivitäten der Fachstelle Frauengesundheit umfassen:

Gesundheitsinformation und -beratung

Neben der psychosozialen Beratung erhalten Frauen fachkundige Informationen und Orientierungshilfen zu frauenspezifischen Gesundheitsfragen in den unterschiedlichen Lebensphasen, zu Präventionsangeboten und Versorgungsleistungen:

- Entlastung, Klärung
- Lotsen im Gesundheitswesen
- Informierte Entscheidungshilfe zu spezifischen Gesundheitsfragen
- Psychologische Beratung
- Gynäkologische Sprechstunden
- Workshops: Sensibilisierung und Vermittlung von Selbstkompetenz für die eigenen Gesundheitsanliegen

8 Vonach, 2007, Erhebung als Basis für ein Frauengesundheitsinformationszentrum Vorarlberg, unveröffentlicht.

9 Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2006, Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006

- Begleitung der Selbsthilfegruppe Endometriose

Informationsservice, Wissensarbeit

Das Informationsservice wird sowohl von Kundinnen als auch von MultiplikatorInnen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen genutzt

- Infothek mit frauenspezifischen Gesundheitsinformationen: Bei der Auswahl der Broschüren wird auf evidenzbasierte Wissensvermittlung, Mehrsprachigkeit, Vielfalt und Bedeutsamkeit für die unterschiedlichen Lebensphasen von Frauen und Mädchen geachtet
- Das Online-Service Frauengesundheit auf www.femail.at bildet die regionalen Gesundheitsangebote sämtlicher Trägerorganisationen für Frauen in Vorarlberg ab. Die Einträge werden fortlaufend gepflegt sowie neue Angebote recherchiert
- Organisation und Durchführung von Vorträgen und Fortbildungen in Kooperationen mit anderen (Frauengesundheits-)Netzwerken
- Mitarbeit an Publikationen, Öffentlichkeitsarbeit

Netzwerkarbeit

- Das „Vernetzungsfrühstück Frauengesundheit“ wird zwei Mal jährlich von der Fachstelle Frauengesundheit veranstaltet und dient dem Wissensaustausch und der Vernetzung. Die Teilnehmerinnen sind Akteurinnen aus dem Feld der Gesundheitsprävention und -versorgung
- Die Fachstelle Frauengesundheit moderiert die AG Geburtssituation in Vorarlberg
- Mitarbeit in diversen Gremien und Vernetzungsgruppen
- Drehscheibenfunktion: Aufgreifen von aktuellen Austausch- und Vernetzungsbedarfen

Projekte

Gesundheitsprävention für Frauen mit Migrationshintergrund:

Der Kern des Programms bildet ein Kompetenztraining im Umgang mit Stressoren und Alltagskonflikten. Weiters sind zielgruppenspezifische Workshops zu Ernährung und Bewegung einbegriffen. Die Teilnehmerinnen erhalten darüber hinaus einen Überblick zur Versorgungsstruktur Vorarlbergs mit Fokus auf soziale Sicherheit. Alle Module werden zweisprachig durchgeführt. Das Kompetenztraining wird von einer Psychotherapeutin geleitet und von einer Dolmetscherin begleitet.

1.4 Tirol: Vom Frauengesundheitsbüro zum Frauengesundheitszentrum der Universitätsklinik Innsbruck

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Margarethe Hochleitner, Hochschullehrerin, Frauengesundheitszentrum an den Universitätskliniken Innsbruck, Medizinische Universität Innsbruck

Bei der Erstellung eines Konzeptes für die Tiroler Landesregierung zur Errichtung einer Frauengesundheitseinrichtung wurde als optimaler Ort dafür die Universitätsklinik Innsbruck gewählt. Diese hat bei allen Umfragen die höchste Akzeptanz bei der Bevölkerung in Gesundheitsfragen und bietet für die Frauen einen auch über die Stadt Innsbruck hinaus bekannten Standort, Zugangsmöglichkeiten zu allen Spezialeinrichtungen und eine Verrechnung über die Sozialversicherung - Punkte, die für uns eine Niederschwelligkeit am ehesten garantieren. Diese Standortwahl war nicht eine generelle, sondern eine speziell für Tirol, seiner geographischen Lage und seiner Fokussierung der Spitzenmedizin auf die Universitätskliniken angepasste. Dazu kommt, dass Zugangsprobleme zur Spitzenmedizin eines der Hauptthemen der Frauengesundheitsforschung waren und sind.

Entwicklung zum Frauengesundheitszentrum, Universitätsklinik Innsbruck

- 1998 Ludwig Boltzmann Institut für Kardiologische Geschlechterforschung, wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Margarethe Hochleitner; Themenschwerpunkt der Forschungsarbeiten: Untersuchung zu Geschlechtsunterschieden in Kardiologie und Prävention, Evaluierung der lokalen Situation, Migrantinnen
- 1999 M. Hochleitner wird zur Frauengesundheitsbeauftragten des Landes Tirol ernannt
- 1999 Frauengesundheitsbüro des Landes Tirol wird errichtet; Schwerpunkt: Information zu Frauengesundheitsthemen, Informationsveranstaltungen, Diagnosestraßen, Medienarbeit, Informationsfolder (1.225.000 Stück zu Herzerkrankungen, Herzprävention, Nichtraucheritag etc.) werden verteilt; die Diagnosestraße wird bei diversen Straßenaktionen wie Seniorenmesse, Gesundheitstage, Innsbrucker Messe angeboten und dient der Herzrisikoevaluierung, Blutdruck, Cholesterin, Blutzucker und Body Mass Index werden gemessen, ein Risikoprofil erstellt und eine ärztliche Beratung angeboten; um auch türkische Migrantinnen zu erreichen, wurde die Moscheenaktion entwickelt, dabei wurden jedes Jahr alle 26 Tiroler Moscheen besucht und ein türkischsprachiges Informationsprogramm mit Diagnosestraße angeboten; die Frauengesundheitshomepage zur Information über Frauengesundheitsthemen, Veranstaltungen und entsprechenden Links wurde in Deutsch, Englisch, Serbokroatisch und Türkisch erarbeitet.
- „Frauenstation“ an der Medizinischen Universitätsklinik, leitende Oberärztin: M. Hochleitner; sie bietet die Möglichkeit zur stationären Aufnahme von Patientinnen und ist die einzige Station an der Medizinischen Klinik nur für weibliche Patientinnen.
- Aufgrund zahlreicher Anfragen und eines hochsignifikanten Ergebnisses aus der Evaluierung von Diagnosestraßen-Befragungen ergab sich der dringende Wunsch nach einer Frauengesundheitsambulanz.
- 2004 Frauengesundheitsambulanz an der Medizinischen Universitätsklinik; in einem frauengerechten Ambiente werden von nur weiblichem Personal Frauengesundheitsangebote gemacht. Als gemeinsame Einrichtung, der auch die Klinik für Frauenheilkunde angehört, haben die Patientinnen auch Zugang zu einer Gynäkologin, was besonders für Muslima und alte Frauen ein vorrangiger Wunsch ist (der Zugang zur weiblichen Gynäkologin auf Krankenschein ist in Tirol nach wie vor ein Problem). Die Frauengesundheitsambulanz sieht sich als Routingstation am Weg zu und durch die Universitätskliniken, 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 Migrantinnen, sozial benachteiligte und alte Frauen; neben einer „Türkinnensprechstunde“ mit türkischen Ärztinnen und Medizinstudentinnen besteht Kontakt zu den Flüchtlingseinrichtungen, zum Frauenhaus, etc. Neben dem Zugang zur Medizinischen Spitzenmedizin wird auch Kontakt zu SozialarbeiterInnen und zur physikalischen Therapie angeboten. So besteht eine Frauenturngruppe für Patientinnen der Frauenambulanz.
- 2008 „Gemeinsame Einrichtung Frauengesundheitszentrum an den Universitätskliniken Innsbruck“, Direktorin: M. Hochleitner; beinhaltet Frauengesundheitsambulanz, Frauenstation und Außenaktivitäten wie Informationsveranstaltungen, Vorträge, Diagnosestraßen, Medienarbeit; die Frauengesundheitsambulanz wird im Jahr 2010 ca. 1.500 Visiten an der Ambulanz ohne Weiterüberweisungen und Beratungen verzeichnen. Die Patientinnen der Frauengesundheitsambulanz melden sich selbst telefonisch an und werden immer von derselben Ärztin betreut, mit der sie auch telefonisch in Kontakt stehen. Das Frauengesundheitszentrum als Organisationseinheit der Medizinischen Universität Innsbruck ist auch das Zentrum für Gender Medizin für die Bereiche Forschung und Lehre. Die „Diagnosestraße“ zur Evaluierung von Herzrisikofaktoren wird weiterhin als niederschwelliges Frauengesundheitsangebot bei öffentlich zugänglichen Veranstaltungen kostenlos und anonym angeboten, wie bei der Langen Nacht der Forschung, bei der Seniorenmesse, bei Firmengesundheitstagen, Gemeindegesundheitstage, u.ä. Daneben wird weiterhin die Homepage in Deutsch, Englisch Türkisch und Serbokroatisch zu allen Themen der Frauengesundheit betrieben sowie Medienarbeit geleistet.

1.5 Frauenspezifische psychosoziale Versorgung in Österreich

Mag.^a (FH) Sigrid Ornetzeder, Gesundheitsmanagerin

Das Fachwort ‚psychosozial‘ beschreibt soziale Gegebenheiten, die die Psyche beeinflussen.¹⁰

Allgemeingültig werden psychosoziale Dienste rund um die psychiatrische Versorgung entwickelt und zählen daher im weitesten Sinne zur Psychiatrie, vor allem zum Bereich der Sozialpsychiatrie. Bezüglich psychosozialer Versorgung verfolgen sie unterschiedliche Schwerpunkte. 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.¹¹

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.¹²

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. Dennoch ist wichtig, dass die Versorgung niederschwellig angeboten wird und dadurch leicht erreichbar und gemeindenah, also nah am Menschen stattfindet.¹³

Eine gute Übersicht aller eingetragenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, klinischen Psychologinnen und klinischen Psychologen sowie Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen in Österreich liefert die „Datenbank der Listen von PsychotherapeutInnen, klinischen PsychologInnen und GesundheitspsychologInnen sowie der Listen der Ausbildungs- und Praktikumseinrichtungen“, abrufbar unter <http://bmg.gv.at> > Gesundheit > Psychische Gesundheit > Datenbank. Der Datensatz von rund 12.000 Adressen ist gegliedert nach Name, Geschlecht, Bundesland, Postleitzahl, Berufssitz und/oder Dienstort sowie nach psychotherapeutischen Methoden. Darüber hinaus gibt es für Ausbildungskandidatinnen und Ausbildungskandidaten die Möglichkeit, in der „tagesaktuellen“ Datenbank nach theoretischen und praktischen Ausbildungseinrichtungen im Rahmen der psychotherapeutischen, klinisch-psychologischen oder gesundheitspsychologischen Ausbildung zu suchen.

Da bei der Entstehung, beim Verlauf, aber auch bei der Therapie und Diagnostik psychiatrischer Erkrankungen geschlechtsspezifische Unterschiede vorherrschen, muss dies in Beratungsstellen für Frauen berücksichtigt werden. Bestehende Institutionen frauenspezifischer (psychosozialer) Versorgung sind:

- **Frauengesundheitszentren**
- **Netzwerk österreichischer Frauen- und Mädchenberatungsstellen**

Das Netzwerk FMBS ist ein Zusammenschluss von 53 Frauen- und Mädchenberatungsstellen aus allen neun Bundesländern. Es wurde 1995 als gemeinnütziger Verein gegründet, um die gemeinsamen Interessen besser vertreten und Erfahrungen austauschen zu können. Die Beratungsstellen des Netzwerks sind offene Anlaufstellen für alle Frauen und Mädchen in persönlichen und/oder beruflichen Fragen. Auf der Basis einer frauenfreundlichen Grundhaltung wird eine vielfältige Palette ganzheitlicher Dienstleitungen angeboten. Träger der Beratungsstellen sind parteipolitisch und konfessionell ungebundene Vereine.

10 Schulz, et al. 2008, S. 40

11 Lueger-Schuster, 2009, S. 2ff

12 Meise, et al. 2008, S. 138

13 Lueger-Schuster, 2009, S. 5

Die Aktivitäten der österreichischen Frauen- und Mädchenberatungsstellen

Information

z.B. über Ausbildungen, Kinderbetreuungseinrichtungen, Beihilfen

Beratung

z.B. in rechtlichen, arbeitsmarktpolitischen, psychosozialen, gesundheitlichen Fragen

Begleitung

z.B. bei der Berufsorientierung, bei persönlichen Krisen

Bildung

z.B. durch Kurse, Workshops, Tagungen, Vorträge, Literatur

Kommunikation

z.B. in offenen Gruppen, durch Freizeitangebote, bei Veranstaltungen

Hilfe zur Selbsthilfe

z.B. durch Unterstützung bei der Gründung von Selbsthilfegruppen

Pro Jahr nehmen mehr als 100.000 Frauen und Mädchen diese Angebote in Anspruch. Die meisten von ihnen kommen wegen Problemen im Zusammenhang mit Existenzsicherung/Erwerbsarbeit, Beziehungen und Gewalt.¹⁴

- **die 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.

Folgende Beratungsinhalte decken drei Viertel der Beratungsgespräche ab:

Erziehung, Kinderbetreuung, Schule, Ablösung von Kindern (16%)

Paarkonflikt, Kommunikation, Rollenverteilung, Sexualität (15%)

Trennung, Scheidung, Besuchsrecht, Unterhalt (15%)

Psychische Probleme (11%)

Gewalt in der Familie, Missbrauch, Misshandlung (9%)

Schwangerschaft, Empfängnisregelung, Wunschkind (7%)

Geförderte Familienberatungsstellen sind in allen Bezirken Österreichs vorhanden. Auf 22.500 ÖsterreicherInnen kommt im Durchschnitt eine Familienberatungsstelle. Die Zahl der Beratungen pro Jahr hat sich von 1988 (200.000) auf 2007 (473.000) mehr als verdoppelt. Ein Beratungsgespräch dauert statistisch gesehen durchschnittlich 45 Minuten.

Gefördert werden die Familien- und Partnerberatungsstellen von unterschiedlichsten Trägerorganisationen, aus dem Budget des Bundesministeriums für Wirtschaft, Familie und Jugend. Die Personalkosten der nach dem Familienberatungsförderungsgesetz anerkannten Familienberatungsstellen werden aus dem Familienlastenausgleichsfonds (derzeit jährlich 11,6 Mio. €) aufgewendet. Auf diese Weise ist allerdings nur ein Teil der Gesamtkosten der Beratungsstellen abgedeckt. Zur Finanzierung der Gesamtkosten, die jährlich rund 48 Mio. € betragen, tragen ergänzend die Länder rund 24%, die Gemeinden 14%, das AMS 10%, andere Bundesstellen 8% und Sozialhilfeverbände 2% bei. Aus den freiwilligen Kostenbeiträgen können ebenfalls etwa 2% des

Gesamtbudgets finanziert werden. Etwa 14 % der Gesamtkosten bringen die Rechtsträger der Beratungsstellen durch Spenden und Eigenmittel auf.¹⁵

- **Weitere Einrichtungen**

<http://www.netzwerk-frauenberatung.at>

(Übersicht über die Mitgliedseinrichtungen des Netzwerkes FMBS)

http://www.frauensache.at/beratungsstellen/bs_frauenberatungsstellen.html

(Frauenberatungsstellen und Treffpunkte)

1.6 Psychologische und psychotherapeutische Versorgung

Mag.^a Martha Scholz, Soziologin, Frauengesundheitszentrum Wels, PGA

“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. der medizinischen oder der klinisch-psychologischen Behandlung.“¹⁶

Die Eckdaten zur psychosozialen Versorgung in Österreich werden regelmäßig erhoben und veröffentlicht. Im Jahr 2007 gab es in Österreich 6.442 PsychotherapeutInnen (überwiegend in freier Praxis), seit dem Jahr der gesetzlichen Reglementierung 1991 hat sich die Anzahl insgesamt versechsfacht. Die am häufigsten vertretenen Therapierichtungen sind Systemische Familientherapie, Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie, Integrative Gestalttherapie und Psychoanalyse. Im Jahr 2007 gab es 5.456 Klinische PsychologInnen und 5.439 GesundheitspsychologInnen. Ein Viertel der PsychotherapeutInnen verfügt zudem über eine Berufsberechtigung als Klinische/r- und GesundheitspsychologIn; bei den Klinischen und GesundheitspsychologInnen beläuft sich der Anteil derer mit allen drei Berufsberechtigungen auf ca. 30%.¹⁷

Tabelle 115: Anzahl der PsychotherapeutInnen und Klinischen PsychologInnen nach Berufsberechtigung, 2007

Berufsberechtigungen	Anzahl der Personen	in %
PsychotherapeutInnen		
Ausschließlich Psychotherapie	4.632	71,9
Ausschließlich Psychotherapie und Klinische Psychologie	119	1,8
Ausschließlich Psychotherapie und Gesundheitspsychologie	47	0,8
Alle drei Berechtigungen	1.644	25,5
Insgesamt	6.442	100,0
Klinische PsychologInnen		
Ausschließlich Klinische Psychologie	62	1,1
Ausschließlich Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie	3.631	66,6
Ausschließlich Klinische Psychologie und Psychotherapie	119	2,2
Alle drei Berechtigungen	1.644	30,1
Insgesamt	5.456	100,0

15 Familienberatung, <http://www.familienberatung.gv.at/fragen-antworten> (dl 15.10.2010)

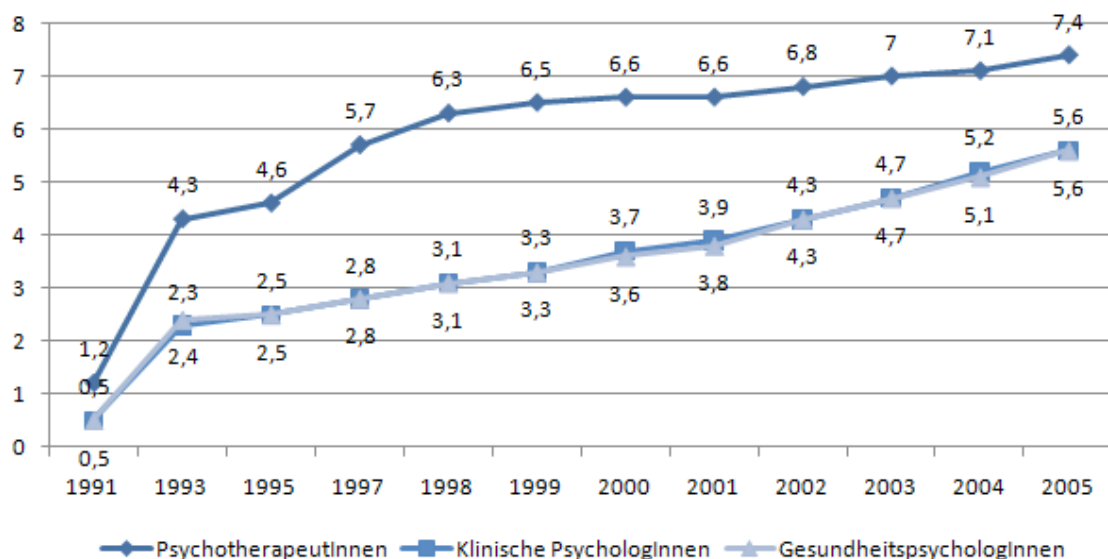
16 Zit.n. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2006, Psychotherapie, S. 8

17 ÖBIG 2008, Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Berufsgruppen 1991-2007, S. 6ff

Berufsberechtigungen	Anzahl der Personen	in %
GesundheitspsychologInnen		
Ausschließlich Gesundheitspsychologie	117	2,2
Ausschließlich Gesundheitspsychologie und Klinische Psychologie	3.631	66,7
Ausschließlich Gesundheitspsychologie und Psychotherapie	47	0,9
Alle drei Berechtigungen	1.644	30,2
Insgesamt	5.439	100,0

Quelle: ÖBIG 2008, Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Entwicklungsstatistik 1991-2007

Abbildung 116: Entwicklung Anzahl PsychotherapeutInnen, Klinische PsychologInnen und GesundheitspsychologInnen pro 10.000 EinwohnerInnen, 1991-2005

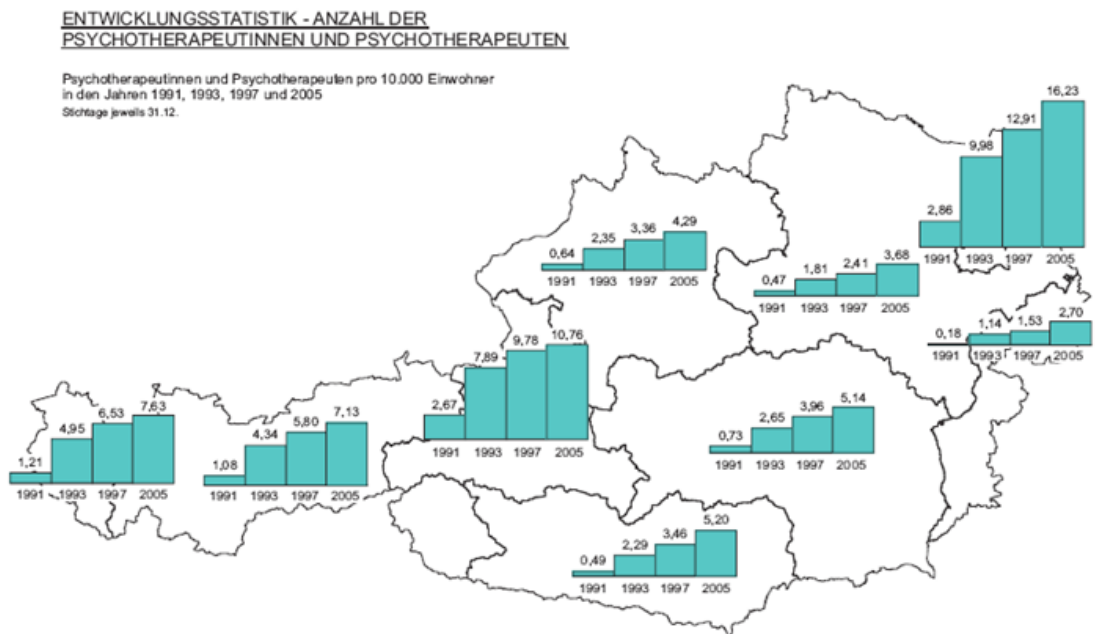


Quelle: ÖBIG 2006, eigene Darstellung

Das Angebot der Psychotherapie ist regional ungleich verteilt: Die Bundesländer Wien, Salzburg, Vorarlberg und Tirol weisen die höchste Dichte an PsychotherapeutInnen auf. Wien, als Beispiel, verzeichnet ein sechsmal größeres Angebot als das Burgenland. Zudem ist eine Konzentration der Angebote auf den städtischen Raum zu verzeichnen. „Während es in den Landeshauptstädten und in Wien durchschnittlich 17,2 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten pro zehntausend Einwohner gibt, sind es in den ländlichen Regionen nur 3,0. Die Psychotherapeutendichte in den Landeshauptstädten übersteigt die der ländlichen Bezirke um etwa das Sechsfache. Neben Hürden wie Informationsdefiziten und hohen Kosten der Leistung (sofern diese nicht auf Krankenschein verfügbar ist) stehen der Nachfrage somit vielfach auch geographische Barrieren entgegen.“¹⁸ Diese Tendenz der starken regionalen Unterschiede bestätigt auch der ÖBIG-Bericht 2008 (Psychotherapie, Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie. Berufsgruppen 1991-2007), der im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend erstellt und veröffentlicht wurde.

Im Bereich der Klinischen PsychologInnen und GesundheitspsychologInnen ergeben sich ebenfalls starke regionale Unterschiede, wobei die Unterschiede etwas geringer ausfallen als beim psychotherapeutischen Angebot: Hier treffen in Landeshauptstädten 12,2 und im ländlichen Bereich 2,7 solche PsychologInnen auf 10.000 EinwohnerInnen.

Abbildung 117: Entwicklung der Anzahl PsychotherapeutInnen pro 10.000 EinwohnerInnen, 1991-2005 im Bundesländervergleich



Quelle: ÖBIG, 2006, Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Entwicklungsstatistik 1991-2005, S. 9

Nicht nur die KlientInnen der PsychotherapeutInnen und PsychologInnen sind überwiegend weiblich, sondern auch zwei Drittel der PsychologInnen und PsychotherapeutInnen selbst.¹⁹ Eine Stuserhebung der Psychotherapie in Oberösterreich zur PatientInnen-Zufriedenheit mit insgesamt 832 Personen (78% davon Frauen) kam zu folgenden Ergebnissen: Der Großteil der PatientInnen war im Alter von 41-65 Jahren (57,6%), rund ein Drittel zwischen 21-40 Jahren (36%), 3,6% waren älter als 65 und 2,8% jünger als 20 Jahre. 30,3% der befragten Personen hatten ein monatliches Nettoeinkommen von weniger als € 700,-, 26,9% hatten weniger als € 150,- im Monat zur freien Verfügung. Jede/r zweite PatientIn hat aufgrund der Psychotherapie die/den behandelnde/n ÄrztIn weniger häufiger konsultiert als vor der Therapie, die Krankenhausaufenthalte wurden weniger, und 68% sahen diesen Zusammenhang auch bei den Krankenständen als gegeben. Mit einer steigenden Anzahl an Therapiestunden steigt somit der Nutzen der Therapie, gemessen an den Besuchen bei ÄrztInnen, den Krankenhausaufenthalten sowie an den Krankenständen. Auch kam es, den befragten PatientInnen zufolge, zu einer Steigerung ihrer Problembewältigungskompetenz.²⁰

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen entwickelte dazu Schlussfolgerungen im Bereich der Psychotherapie:²¹

- Das Psychotherapieangebot liegt weit unter dem geschätzten Bedarf, auch wenn Faktoren wie eine bessere Finanzierung der Leistung in Form einer flächendeckenden Umsetzung der Psychotherapie auf Krankenschein, die stärkere Bekanntheit der Angebote, die Ausweitung der Zuweisungen durch andere AnbieterInnen im Gesundheits- und Sozialbereich u.a. zunehmen.
- Maßnahmen gegen einen Zuwachs berufsberechtigter Personen (z.B. durch eine Beschränkung von Ausbildungsplätzen) sind bei gleichbleibender geringer Zunahme nicht erforderlich.
- Eine regional gleichmäßigere Verteilung des Psychotherapieangebots ist anzustreben.
- Psychotherapie soll flächendeckend auf Krankenschein angeboten werden.

19 Ebd.

20 PGA 2009

21 Ebd., S. 22

1.7 Selbsthilfegruppen und deren Bedeutung

Mag.^a (FH) Sigrid Ornetzeder, Gesundheitsmanagerin

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. Letzteres geschieht in den zahlreichen themenspezifischen Selbsthilfegruppen, die in Österreich ein Netz bilden und deren Mitglieder gemeinsam nach Möglichkeiten der Problembewältigung suchen.²²

„Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen auf örtlicher oder regionaler Ebene, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten und/oder 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.“²³

Selbst-organisierende Gruppen von PatientInnen und Angehörigen haben in den letzten 20-30 Jahren in Österreich und in anderen europäischen Ländern vermehrt zugenommen. Sie leisten vielfältige Beiträge zur Erweiterung des Gesundheitskonzepts, zum Empowerment von einzelnen Betroffenen und Angehörigen, aber zunehmend auch als kollektive AkteurInnen zur Reorientierung der Gesundheitsdienste.

Da diesbezüglich ein unterentwickelter Forschungsstand in Österreich vorherrschte, wurde 2007 bis 2009 eine Studie unter dem Titel „PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich - Selbsthilfe und Interessenvertretung, Unterstützung und Beteiligung“ durchgeführt. Das Forschungsprojekt mit quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden stellt einen umfassenden Einblick in die Entwicklung und den Status quo von „Selbsthilfegruppen“ bzw. von PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich dar. Im Mittelpunkt stehen

- die Leistungen, die diese Gruppen und Organisationen für direkt Betroffene („Selbsthilfe“) oder durch kollektive Interessenvertretung erbringen,
- ihr Vernetzungsgrad untereinander,
- ihre Kooperationen mit relevanten Umwelten sowie
- die Wirksamkeit der Unterstützungsstrukturen und Beteiligungsmöglichkeiten, die ihnen von öffentlicher oder privater Seite angeboten werden.

Die Studie (www.univie.ac.at/pao) wurde unter der Leitung von Prof. Rudolf Forster am Institut für Soziologie der Universität Wien in Kooperation mit dem Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research durchgeführt und vom Fonds Gesundes Österreich, dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger, der Wiener Gesundheitsförderung – WIG sowie von den Ländern Kärnten und Vorarlberg finanziert. In einem begleitenden Projektbeirat waren außer den Förderinstitutionen auch die Patientenanwaltschaft sowie Personen aus der Selbsthilfe-Unterstützung vertreten.²⁴

In Österreich gibt es ~ 1.600 bis 1.700 Gruppen und Organisationen, das sind 20 pro 100.000 EinwohnerInnen, mit einer großen Bandbreite in Bezug auf

- die Bestehensdauer (die Hälfte wurde in den letzten zehn Jahren gegründet, ein Viertel ist 20 Jahre und älter)
- die Zielgruppen (unmittelbare Betroffene oder Angehörige oder beide)
- den thematischen Fokus (von somatischen Krankheiten bis zu psychosozialen Problemen)
- die regionale Reichweite (von lokal bis national)

22 Lueger-Schuster, 2009, S. 157

23 Zit.n. Borgetto, B., 2008, S. 426

24 Projekthomepage „Patienten- und Angehörigengruppen in Österreich“, www.univie.ac.at/pao, (dl 14.10.2010)

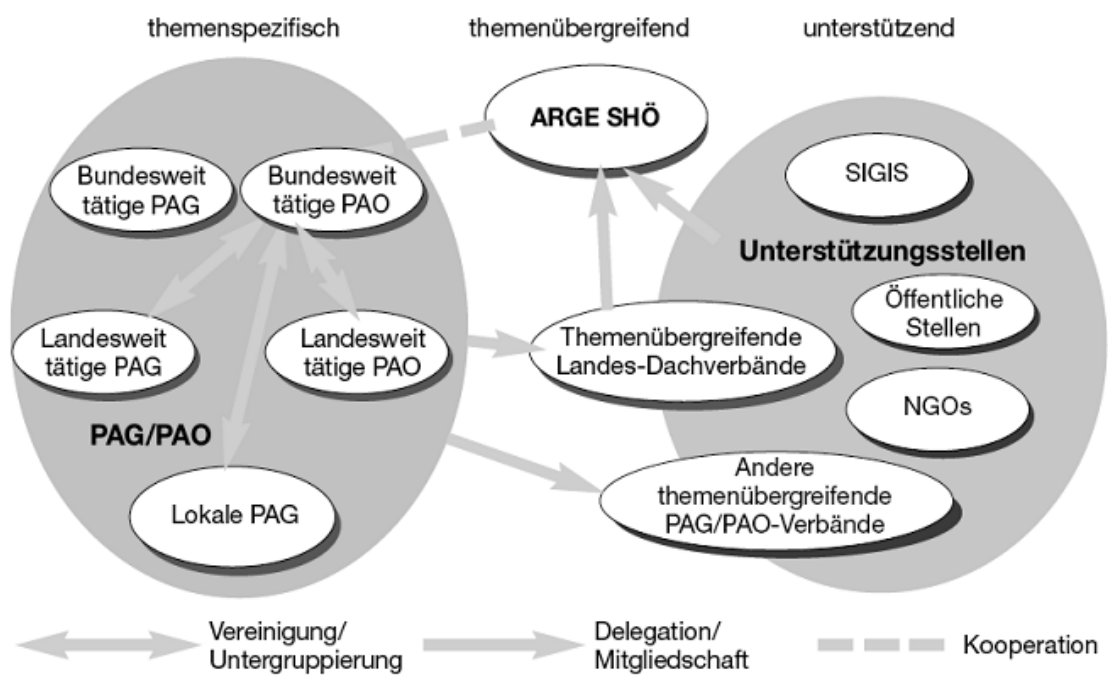
- und den Organisationsgrad (von informellen Gruppen bis hin zu Organisationen)

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.

Die Organisationen setzen sich verschiedene Ziele. Fast alle Gruppen legen als Hauptziel die gegenseitige Unterstützung von Betroffenen fest. Zirka zwei Drittel nennen zusätzlich auch die Vertretung gemeinsamer Interessen vieler Betroffener als ein Hauptziel. Als Zielgruppe stehen für drei Viertel aller Gruppen die von einem Problem unmittelbar Betroffenen im Vordergrund. Andere zielen entweder genau auch auf die Probleme von Angehörigen dieser Betroffenen (12%), oder es geht ausschließlich um Probleme von Angehörigen kranker oder pflegebedürftiger Personen (ebenfalls 12 %).²⁵

Einen Überblick über das Feld „PatientInnen- und Angehörigengruppen in Österreich“ bietet folgende Abbildung:

Abbildung 118: PatientInnen- und Angehörigengruppen (PAG) und -organisationen (PAO) in Österreich



Quelle: "PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich - Endbericht", Institut für Soziologie, S. 8

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 Arbeitsweise 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.²⁶

25 Braunegger-Kallinger, et al. 2009, S. 2ff

26 Braunegger-Kallinger, et al. 2009, S. 2ff

Die Wichtigkeit dieser Gesundheitsbewegung ist unumstritten, denn durch die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe können unter anderem folgende Wirkungen erzielt werden:

- Rückgang von Symptomen im psychischen Bereich (Ängste, Depressionen, Kontaktstörungen)
- Besserung von psychosomatischen Beschwerden
- Verbesserung der Kenntnisse über die persönliche Erkrankung bzw. das persönliche Problem
- „ExpertInnen in eigener Sache“, wodurch professionelle Hilfe gezielter, kritischer und damit effizienter in Anspruch genommen werden kann
- Entdeckung neuer Wege im Umgang mit der Erkrankung bzw. mit dem Problem können gefunden werden
- Stärkung der sozialen Kompetenz – TeilnehmerInnen an einer Selbsthilfegruppe lösen sich aus der persönlichen Isolation. Damit wird ihre Selbstständigkeit und Eigenverantwortung gefestigt!²⁷

2. Internationale und europäische Frauengesundheitsprogramme

Mag.^a Sonja Kodelitsch MSc., Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

Viktoria Sageder, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

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.

Der WHO zufolge ist eine der auffälligsten Veränderungen der letzten Jahrzehnte im Gesundheitsbereich, die weltweite Verschiebung der grundlegenden Todes- und Krankheitsursachen für beide Geschlechter und für alle Altersgruppen. Ursache dafür sind drei ineinandergreifende und sich gegenseitig verstärkende Faktoren: demographische Strukturen, Krankheitsmuster und Risikofaktoren. Die demographische Alterung kommt von der niedrigeren Sterberate bei Kindern unter 5 Jahren sowie von der rückläufigen Fertilitätsrate. Durch die Verschiebung der Haupttodes- und Krankheitsursachen (Infektionskrankheiten) zu nichtübertragbaren Krankheiten (wie beispielsweise Herz-Kreislauferkrankungen, Schlaganfall oder Krebs) kommt es zu einer epidemiologischen Veränderung. Der dritte Faktor beschreibt die Veränderung der Risikofaktoren, welche eine Reduktion des Risikos für Infektionskrankheiten und eine Erhöhung für chronische Erkrankungen aufweist. Das heißt, das Risiko einer Infektionskrankheit (etwa durch Unterernährung, verschmutztes Trinkwasser oder unzureichende Hygiene) ist in den letzten Jahrzehnten stark zurückgegangen, während ein Anstieg chronischer Erkrankungen (beispielsweise durch Übergewicht oder Alkohol- und Drogenmissbrauch) beobachtet werden kann.

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. Vor allem Frauen mit niedrigem finanziellem Status nehmen Leistungen im Gesundheitswesen weniger häufig an. Die Gründe dafür sind komplex und undurchsichtig. Denkbare Ursachen können nicht verfügbare oder unzugängliche Gesundheitseinrichtungen sowie mögliche bzw. leistbare Transportmittel dorthin sein. Nicht nur die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, auch die geschlechtliche Verteilung der Arbeit im Gesundheitswesen ist unausgeglichen. Während mehr als 70% der ÄrztInnen weltweit männlich sind, sind ebenfalls mehr als 70% aller Krankenschwestern bzw. der im Pflegebereich tätigen Personen Frauen.²⁸

2.1 Frauen in der EU, ein Überblick

Vergleicht man das Wachstum anderer Regionen mit Europa, so wächst die EU relativ langsam. Von 1960 bis 2005 stieg die Weltbevölkerung von 3.032 Millionen auf 6.518 Millionen, also um über 100%, wohingegen die EU um 21,9%, von 403 Millionen auf 491 Millionen Menschen angestiegen ist.²⁹ Der weibliche Anteil der Bevölkerung liegt in der EU-27 bei 251,7 Millionen (Stand 2005).³⁰

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 Zunahme der Bevölkerung von 2,4 Millionen im Jahr 2007 kann aufgeschlüsselt werden auf den positiven Wanderungssaldo von 1,9 Millionen Menschen und auf ein natürliches Bevölkerungswachstum von 0,5 Millionen.

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 entstehen ein Anstieg der Haushalte und eine Verringerung ihrer Durchschnittsgröße. Seit den 60er Jahren sank die Geburtenrate in Europa kontinuierlich bis zu ihrem Tiefpunkt von etwa fünf Millionen Geburten im Jahr 2002. Seitdem zeichnet sich zwar ein Anstieg ab, der jedoch nur sehr mäßig ist. Auch die Fruchtbarkeitsziffer der Frauen in Europa sank zwischen den 60er und 90er Jahren des 20. Jahrhunderts von durchschnittlich 2,58 auf 1,40 Kinder pro Frau. Außerdem gibt es einen Trend des Geburtenaufschubs, also einen Anstieg im Durchschnittsalter der Frauen bei der Geburt. Die Anzahl der Eheschließungen in der EU ist rückläufig und lag im Jahr 2005 bei über einer Million; etwa 42 von 100 Ehen werden geschieden.

2009 betrug die Lebenserwartung in den EU-27 für Frauen 82,6 Jahre und für Männer 76,6 Jahre, im Durchschnitt 79,6 Jahre (im Vergleich dazu betrug die durchschnittliche Lebenserwartung in den USA für Frauen 80,4 und Männer 75,3 Jahre; in Japan 86,1 Jahre für Frauen und 79,3 Jahre für Männer).³¹ Die geringste Lebenserwartung im EU-Vergleich hatte 2009 Litauen (73,1 Jahre im Durchschnitt), gefolgt von Lettland, Rumänien und Bulgarien. Die höchste Lebenserwartung findet sich in Spanien mit 81,8 Jahren, gefolgt von Italien, Schweden und Frankreich mit 81,5 Jahren im Durchschnitt.

Die Ursache für diese geschlechtsspezifischen Unterschiede waren in den 1960er Jahren die ungünstigen Sterblichkeitsbedingungen bei Männern. Ab den 1980er Jahren begann sich dieser Abstand zu verkleinern. Dies könnte darauf zurückgeführt werden, dass sich die Lebensweisen von Männern und Frauen in den letzten Jahrzehnten stark angenähert haben. Doch ist die Sterblichkeit der Männer immer noch höher, was für den gesamten Lebenszyklus und alle Haupttodesursachen gilt.³²

Wenn es um Gesundheit und deren Situation in einem Land geht, wird der Faktor der Lebenserwartung bei der Geburt am häufigsten angeführt. Durch eine Vielzahl an Einflüssen, wie zum Beispiel ein besseres Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung, ein Rückgang der Säuglingssterblichkeit, Fortschritte im Gesundheitswesen usw. ist diese in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen. Die Lebenserwartung spiegelt zwar in etwa den gesundheitlichen Zustand einer Bevölkerung wider, kann jedoch auch nicht uneingeschränkt verwendet werden. Ein weiterer Indikator für die Gesundheitssituation sind die „gesunden Lebensjahre“ (HLY – „healthy life years“). Dieser gibt an, wie viele Jahre einer Person ohne Beeinträchtigung durch eine Krankheit oder Behinderung voraussichtlich verbleiben. Ein Ziel der europäischen Union ist es, diese gesunden Lebensjahre zu

29 Eurostat 2009, Eurostatistisches Jahrbuch 2009, S. 129

30 Eurostat, Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_pjan&lang=de (dl 10.06.2010)

31 Wirtschaftskammer Österreich: Lebenserwartung Stand 2009, <http://www.wko.at/statistik/eu/europa-lebenserwartung.pdf> (Aktualisierung: Dezember 2010), (dl 28.01.2011)

32 Eurostat 2009, Eurostatistisches Jahrbuch 2009, S. 129ff

verlängern und somit die Lage jedes Einzelnen zu verbessern, aber auch die öffentlichen Ausgaben im Bereich der Gesundheit zu verringern.

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. In vielen Staaten der EU-27 ist diese Rate in den letzten 10 Jahren stark angestiegen, und etwa die Hälfte der Bevölkerung leidet an Fettleibigkeit.

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. Dieser Unterschied der Geschlechter verschiebt sich allerdings, je jünger die betroffenen Personen sind. Im Alter zwischen 15 und 24 Jahren ist die Differenz der täglich rauchenden Frauen und Männer viel geringer als bei älteren Bevölkerungsgruppen.

In einer EU-Erhebung zum Thema Einkommen und Lebensbedingungen wurde die subjektive Einschätzung der Bevölkerung über alltägliche Schwierigkeiten und ihren Unterstützungsbedarf befragt. In der EU-25 gaben im Jahr 2006 6,9% der Männer und 8,7% der Frauen an, sich bei Verrichtungen im Alltag durch gesundheitliche Probleme eingeschränkt zu fühlen. Der Anteil der Frauen lag hier in allen Mitgliedstaaten höher als bei Männern.

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. Bei Männern lag die Sterberate aufgrund einer Krebserkrankung im Jahr 2006 bei 233 pro 100.000 Bewohner, bei Frauen bei 134. Der Unterschied der Rate bei ischämischen Herzkrankheiten war bei Männern doppelt so hoch, nämlich 132 pro 100.000 Personen und bei Frauen 68. Prinzipiell kann gesagt werden, dass die Sterberate bei allen Haupttodesursachen für Männer immer höher ist als bei Frauen.³³

2.2 Internationale Frauengesundheitsprogramme

Im vorliegenden Kapitel werden ausgewählte, großangelegte Programme zur Frauengesundheit der WHO aus Australien, Amerika, der EU und Deutschland kurz vorgestellt. Für nähere Informationen wird auf die jeweiligen Quellen verwiesen.

Department of Gender, Women and Health

Die Abteilung für Gender, Frauen und Gesundheit (GWH) ist eine Teilorganisation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und arbeitet daran, weltweit eine Gleichstellung der Geschlechter im Gesundheitsbereich zu erreichen. Die GWH möchte Aufschluss geben über die Situation im Gesundheitswesen und die Konsequenzen einer geschlechterbasierten Diskriminierung gegen Frauen und Mädchen. Das Zusammenspiel zwischen biologischen und sozialkulturellen Faktoren beeinflusst den Gesundheitszustand des Menschen und dessen Behandlung. Diese Abteilung der WHO versucht, in die Frauengesundheitspolitik einzugreifen und regionale Programme einzuführen, welche Geschlechterungleichheiten verringern können.³⁴

Nähere Informationen auf: <http://www.who.int/gender/about/en/index.html>

The Office on Women's Health (USA)

The Office on Women's Health (OWH) wurde 1991 in den USA gegründet. Ziel ist es, im Gesundheitsbereich Gerechtigkeit für Frauen und Mädchen herzustellen. Das OWH hat zum Auftrag, innovative Programme zu implementieren, in denen GesundheitsexpertInnen geschult und Gesundheitsinformationen verbreitet wer-

33 Ebd., S. 205ff

34 World Health Organization 2008, Overview of Activities – Department of Gender, Women and Health, http://www.who.int/gender/GHW_overview_EN.pdf (dl10.06.2010)

den. Das OWH fokussiert sich vor allem auf die gesundheitlichen Unterschiede der Geschlechter, sowie auch innerhalb der weiblichen Bevölkerung. Das OWH verfolgt drei grundlegende Ziele:

1. Entwicklung und Erweiterung internationaler Frauengesundheitspolitik;
2. Entwicklung, Adaptierung und Evaluierung von Modell-Programmen für Frauengesundheit;
3. Schulung, Mitwirkung und Zusammenarbeit mit Gesundheitsorganisationen, mit Personen, die im Gesundheitsbereich tätig sind, und mit der Öffentlichkeit.³⁵

Nähere Informationen auf: www.womensthealth.gov/owh/

Women's Health Policy (Australien)

Die Australische Regierung stellte 2007 einen Plan auf, um das Gesundheitswesen besser auf die Bedürfnisse der Frauen abstimmen zu können, und entwickelte eine neue Frauengesundheitspolitik. Dabei wurde erkannt und angenommen, dass das Geschlecht einen Einfluss auf die Gesundheit hat und Frauen und Männer unterschiedliche Behandlung benötigen. Diese neue Frauengesundheitspolitik behandelt vor allem die Themenbereiche Prävention und Ungleichheiten im Gesundheitsbereich der Gesellschaft sowie deren Einfluss auf die Gesundheit. Um eine geschlechtsspezifische Gesundheitspolitik errichten zu können, muss eben auf die speziellen Bedürfnisse, sowohl von Frauen als auch von Männern, eingegangen werden. Die australische Frauengesundheitspolitik basiert auf fünf Prinzipien:

1. Geschlechtergerechtigkeit – beiden Geschlechtern soll die Möglichkeit gegeben werden, gute Gesundheit zu erlangen und zu erhalten;
2. Gerechtigkeit zwischen Frauen – alle Frauen sollten zu den gleichen Bedingungen Zugang zum Gesundheitswesen haben;
3. Fokus auf Prävention;
4. geschlechtsspezifische Studien und Statistiken – die Effektivität dieser Politik und deren Programme soll gemessen werden, um diese dadurch maximieren zu können;
5. Ansatz für Lebensweise – es werden grundlegende Entwicklungs- und Veränderungspunkte im Leben einer Frau erkannt und deren Effekte auf die Person und deren Gesundheit analysiert.³⁶

Nähere Informationen auf: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/phd-women-policy#copyright>

Womens Health Services (Australien)

WHS ist eine australische, auf Frauengesundheit, medizinische Vorsorge und Beratung spezialisierte Organisation. Behandelte Themen sind vor allem Alkohol- und Drogenmissbrauch, häusliche Gewalt, mentale Gesundheit und andere Gesundheitsprogramme für Frauen und deren Familien. WHS war das erste Frauengesundheitszentrum in Westaustralien und wurde 1977 gegründet, um die Situation der sozial benachteiligten Frauen zu verbessern und den Zugang zum Gesundheitswesen zu gewährleisten.³⁷

Children, Youth and Women's Health Service (Australien)

CYWHS wurde 2004 gegründet, um die Behandlung für Kinder, junge Menschen und Frauen in Südaustralien im Gesundheitswesen zu verbessern. Ziele des CYWHS sind unter anderem die Gesundheit von Kindern, jungen Personen und Frauen zu fördern, zu schützen und wiederherzustellen, die Qualität im Gesundheitswesen zu verbessern und Forschungen im Bereich der Gesundheit zu initiieren, zu führen und zu erleichtern.³⁸

African Women's Health Center (Amerika)

Das afrikanische Frauengesundheitszentrum (AWHC) wurde 1999 gegründet und hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Gesundheit von weiblichen Flüchtlingen und Immigranten zu verbessern. Das AWHC befindet sich im ‚Brigham and Women's Hospital‘, angeschlossen an die medizinische Fakultät von Harvard. Es ist das

35 The Office On Women's Health, <http://www.womenshealth.gov/owh> (dl 10.06.2010)

36 Australian Government – Department of Health and Ageing 2008, Developing a Women's Health Policy for Australia – Setting the Scene, S. 3ff

37 Womens Health Service, <http://www.whs.org.au> (dl 10.06.2010)

38 CYWHS, <http://www.cywhs.sa.gov.au/Default.aspx?p=98> (dl 10.06.2010)

erste und einzige Zentrum der USA, welches sich vor allem auf Frauen, die einer Genitalbeschneidung unterzogen wurden, spezialisiert hat.³⁹

2.3 Europäische Frauengesundheitsprogramme

Eurohealth

Das europäische Institut für Frauengesundheit (EIWH) wurde 1996 als NGO (Nichtregierungsorganisation) gegründet, um Frauengesundheit in der Europäischen Union und in den Mitgliedsstaaten zu thematisieren. Um die Ziele des EIWH zu erreichen, werden beispielsweise europäische Untersuchungen und Statistiken zu diesem Thema verbreitet, die Gleichstellung der Geschlechter im Gesundheitswesen gefördert, Informationen an ÄrztInnen, PolitikerInnen, Organisationen und interessierte Einzelpersonen weitergereicht uvm.⁴⁰

Bundeskoordination Frauengesundheit (Deutschland)

Die Bundeskoordination Frauengesundheit, kurz BKF, wurde 2001 mit dem Ziel gegründet, Aktivitäten im Bereich der Frauengesundheit zu initiieren und zu unterstützen. Die BKF ist für einen kontinuierlichen Informationsaustausch, für die Kontaktherstellung und Sammlung von frauenspezifischen Informationen und von wissenschaftlichen Ergebnissen usw. zuständig. Diese werden dann mittels E-Mails, Publikationen oder Ähnlichem unter den Interessenten verbreitet. Das Projekt BKF wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanziert und war auf drei Jahre befristet. Seit Ablauf der Frist wird die Webseite der BKF weiter betreut und aktualisiert, um Informationen und Ergebnisse weiterhin an die Öffentlichkeit tragen zu können.⁴¹

Nähere Informationen: http://www.bkfrauengesundheit.de/cms/1_0_wirueberuns/index.html

39 Brigham And Women's Hospital, <http://www.brighamandwomens.org/africanwomenscenter>, (dl 23.03.2010)

40 Eurohealth, <http://www.eurohealth.ie/index.html> (dl 10.06.2010)

41 Bundeskoordination Frauengesundheit, http://www.bkfrauengesundheit.de/cms/1_0_wirueberuns/index.html, (dl 01.11.2006)

3. Gender – Umwelt – Gesundheit

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Maria Uhl, Toxikologin der Abteilung Schadstoffe und Mensch, Umweltbundesamt
DI Philipp Hohenblum, Assistent Programmleitung Stoffe und Analysen, Umweltbundesamt

Menschliche Eingriffe in die Natur können auch zu negativen Auswirkungen auf die Gesundheit führen. Als besonders gravierendes historisches Beispiel gilt die Londoner Smogkatastrophe, der im Jahr 1952 tausende Menschen zum Opfer fielen.

Die Luftqualität hat sich seither maßgeblich verbessert, dennoch gilt beispielsweise die Feinstaubbelastung der Luft als potentielle Gefahr für die Gesundheit. Während die Lebenserwartung in den Industriestaaten konstant zunimmt⁴², ist eine Zunahme von Zivilisationskrankheiten bzw. nicht übertragbaren Krankheiten, darunter Herz- Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Typ II, Allergien, entzündlichen Erkrankungen, bestimmten Krebsarten und psychischen Erkrankungen festzustellen.⁴³ In Österreich ist zu beobachten, dass Männer eine geringere Lebenserwartung haben, Frauen hingegen in stärkerem Ausmaß von chronischen Krankheiten betroffen sind und ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen.⁴⁴ Aktuelle Zahlen zur Zunahme bestimmter Krankheiten, mit Ausnahme von Krebserkrankungen, sind jedoch nicht allgemein erfasst und zugänglich.

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 vorwiegenden Aufenthalt in Innenräumen (bis zu 90 % unserer Lebenszeit) zu einer stärkeren Aufnahme von Chemikalien durch Konsumprodukte sowie Bau- und Einrichtungsmaterialien. Auch die Belastung durch den Arbeitsplatz ist hier zu nennen.
- Umwelt im Sinne von Lebensstil und persönlicher Lebensgestaltung: Dieser Bereich umfasst Familie, Ernährung, sozio-ökonomische Situation sowie Freizeitgestaltung (z. B. Bewegung, Genussmittel, ...).

Der Fokus der nachfolgenden Abschnitte liegt auf der Gefährdung durch Chemikalien und Schadstoffe. Im Laufe seines Lebens kommt ein Mensch mit bis zu 70.000 unterschiedlichen chemischen Stoffen in Kontakt.⁴⁵ Bei der Betrachtung und Analyse der durch Chemikalien und Schadstoffe bedingten Gesundheitsschäden muss darauf hingewiesen werden, dass die Entstehung vieler Krankheiten von zahlreichen Faktoren abhängt. Als wichtigste Ursachen werden häufig eine genetisch bedingte Empfindlichkeit sowie der Lebensstil angesehen. Schadstoffe können in unterschiedlichem Ausmaß an der Krankheitsentstehung mitbeteiligt sein. In manchen Fällen stehen bereits ausreichende Daten und Studien zur Verfügung und der Zusammenhang ist gut dokumentiert. Dies trifft beispielsweise für den Einfluss von Schadstoffen auf Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. durch Feinstaub, Ozon, Stickoxide) zu. In anderen Fällen ist der Kausalzusammenhang weniger eindeutig, es gibt jedoch Hinweise, dass eine Verbindung besteht.

Im Folgenden wird der mögliche Einfluss von Schadstoffen und Chemikalien sowie anderer Belastungsquellen (z. B. Lärm) auf verschiedene Entwicklungsphasen des Menschen mit besonderem Fokus auf die Gesundheit von Frauen dargestellt. Aufgrund der Komplexität des Themas werden dafür vorrangig Übersichtsarbeiten sowie einige ausgewählte wissenschaftliche Publikationen hinsichtlich der Schadstoffwirkungen herangezo-

42 Oeppen & Vaupel, 2002

43 WHO, 2006, Die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten

44 BMG, 2004, Gesundheit und Krankheit in Österreich

45 Marquardt & Schäfer, 2004

gen. Eine Übersicht über die verschiedenen Schadstoffgruppen und ihre Relevanz – insbesondere im Bereich der Innenraumbelastung – ist auf der Internetseite des Umweltbundesamt abrufbar.⁴⁶

3.1 Auswirkungen von Chemikalien und Schadstoffen auf die Gesundheit

3.1.1 Fruchtbarkeit und hormonelle Störungen

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.⁴⁷ Vermehrt sind hormonabhängige Störungen zu beobachten, sowohl in der Zeit der Pubertät als auch beispielsweise durch das Auftreten von polyzystischem Ovarialsyndrom⁴⁸ Endometriose⁴⁹ oder Wucherungen der Gebärmutter. Als Ursache für diese Erkrankungen wird insbesondere der Einfluss hormonwirksamer (endokrin wirksamer) Substanzen diskutiert. Diese Stoffe können an körpereigene Rezeptoren binden und so die Funktion und Wirkung von hormonabhängigen Organen beeinflussen. Eine weitere Eigenschaft dieser Substanzen ist, dass sie bereits in sehr geringen Konzentrationen wirksam sind.

Eine Übersicht über gesundheitlich relevante endokrine Stoffe wurde von der Europäischen Kommission veröffentlicht.⁵⁰ Darüber hinaus gibt es Studien, die auf einen Zusammenhang mit bestimmten POPs (Persistent Organic Pollutants) hinweisen. POPs oder auch PBT (Persistent Bioaccumulative Toxic) Stoffe sind langlebige, organische, giftige Stoffe. Sind diese Substanzen einmal in die Umwelt freigesetzt worden, verweilen sie dort viele Jahre und Jahrzehnte. Sie werden weiträumig verfrachtet und überall auf der Erde verteilt. Sie können sich in Lebewesen anreichern, insbesondere in der Milch und im Fettgewebe. Manche dieser Stoffe können das Immunsystem, das Nervensystem und das Hormonsystem beeinflussen und die Fruchtbarkeit und Fortpflanzungsfähigkeit beeinträchtigen.⁵¹

3.1.2 Schwangerschaft und vorgeburtliche Entwicklung

Es wird geschätzt, dass etwa 21 % aller klinisch erfassten Schwangerschaften zu unerwünschten Abgängen und Fehlgeburten führen.⁵²

Vermehrter oxidativer Stress dürfte hier ein Schlüsselprozess sein. Als oxidativer Stress wird ein Zustand bezeichnet, in dem der menschliche Körper die aus Stoffwechselprozessen anfallenden Freien Radikale nicht mehr ausreichend neutralisieren und entgiften kann. Dadurch kann eine Reihe von Schädigungen ausgelöst werden. Alle Wachstums- und Entwicklungsprozesse sind besonders sensibel und das Einwirken von Schadstoffen kann nachhaltige gesundheitliche Effekte bewirken. Wird durch das Einwirken von Fremdstoffen oder Strahlung die Ausbildung und Entwicklung von Gehirn oder Organen des Embryos beeinträchtigt, kann dies zu Missbildungen oder Behinderungen führen. Es ist seit Langem bekannt, dass die Einnahme von Suchtgiften, Alkohol oder unverordneten Medikamenten während der Schwangerschaft Schäden am Ungeborenen hervorrufen können.

Die Plazentaschranke⁵³ schützt vor dem Eindringen vieler Schadstoffe. Manche Umweltschadstoffe wie z. B. Blei, organisches Quecksilber, Arsen, zahlreiche Pestizide und Industriechemikalien können diese Schranke jedoch überwinden. Im Nabelschnurblut wurden zahlreiche Fremdstoffe nachgewiesen: Kunststoffweichmacher

46 Crain, et al. 2008

47 Crain, et al. 2008

48 Das polyzystische Ovarialsyndrom (PCOS) ist eine hormonelle Störung, die zu einer erhöhten Konzentration männlicher Hormone (Androgene) führt. Die Folgen sind Zyklusstörungen und Unfruchtbarkeit.

49 Endometriose ist eine Erkrankung, bei der Gebärmutterwandzellen außerhalb der Gebärmutter in Gewebe (z.B. Eierstöcke, Bauchfell, Blase oder Darm) einwachsen.

50 EC, 2007

51 WHO, 2002, Global assessment of the state of the science of endocrine disruptors

52 Crain, et al. 2008

53 Die Plazentaschranke ist eine Filtermembran, die mütterliches und kindliches Blut trennt und die Aufnahme von verschiedenen im Blut gelösten Substanzen ermöglicht bzw. verhindert.

er (Phthalate) und Kunststoffbestandteile (Bisphenol A, Nonylphenol), künstliche Duftstoffe (Moschusverbindungen), Industriechemikalien (Organozinnverbindungen, Perfluorierte Tenside, Polychlorierte Biphenyle PCBs), Flammschutzmittelwirkstoffe (Polybromierte Diphenylether) und antibakterielle Wirkstoffe (Triklosan).⁵⁴ Aktuelle Studien zufolge führen manche Einwirkungen in frühen Entwicklungsstadien nicht unmittelbar zu Effekten bei Neugeborenen sondern beeinflussen die Entwicklung von Krankheiten im Laufe des späteren Lebens.⁵⁵

3.1.3 Entwicklungsstörungen / Verhaltensauffälligkeiten

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 eine veränderte, sensiblere Wahrnehmung sowie verbesserte Diagnostik bzw. Neuerungen in Bewertungsschemen (ICD, International Classification of Diseases) zu dieser Zunahme beitragen.

SozialwissenschaftlerInnen richten in der Regel das Augenmerk auf sozio-ökonomische familiäre Bedingungen. Darüber hinaus wird auch verändertes Freizeitverhalten (zunehmender Konsum elektronischer Medien) als mögliche Ursache diskutiert. Es fehlen jedoch interdisziplinäre Untersuchungen, die auch die interne Schadstoffbelastung einbeziehen. Eine aktuelle Studie zeigt den Zusammenhang des Auftretens von ADHS mit erhöhten Konzentrationen an POPs (zit.).⁵⁶ Des Weiteren gibt es Studien, die auf einen Zusammenhang von ADHS mit erhöhter Bleibelastung hinweisen.⁵⁷

Weitere Stoffe, die bereits als schädigend identifiziert wurden, sind Methylquecksilber, Polychlorierte Biphenyle (PCBs) und andere persistente organische Schadstoffe (POPs).⁵⁸

3.1.4 Atemwegserkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen

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.⁵⁹ Allein die Luftbelastung mit Ozon verursacht europaweit jährlich 21.000 frühzeitige Todesfälle. Zusätzliche 14.000 Krankenhausaufenthalte, Husten, Atemwegsprobleme, eingeschränkte Aktivität und vermehrter Verbrauch von Medikamenten sind die Folge.⁶⁰ Die Belastung der Luft mit Feinstaub (PM_{2,5}) hat noch gravierendere Auswirkungen auf die Gesundheit. Hochrechnungen der UNECE zufolge sind in Europa 492.000 frühzeitige Todesfälle und in Summe ein Verlust von 4,9 Millionen Lebensjahren darauf zurückzuführen.⁶¹ Die Verkürzung der Lebenserwartung der österreichischen Bevölkerung durch Feinstaub liegt bei ca. acht Monaten (Mittelwert).⁶² Die Feinstaubbelastung der Luft führt sowohl zu einer Reihe von Kurzzeiteffekten als zu Langzeitschädigungen der Atemwege sowie von Herz und Kreislauf. Es können keine Schwellenwerte, bei deren Unterschreitung keine Effekte auftreten, definiert werden; auch sehr geringe Konzentrationen können bereits zu Schädigungen führen.

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

54 WWF, 2005, A present for life: hazardous chemicals in umbilical cord blood, EWG 2009

55 Mendola, et al. 2002

56 Lee, et al. 2007

57 Nigg, et al. 2007

58 Lee, D-H. et al. 2007; WHO, 2005, Air quality guidelines global update 2005

59 WHO, 2003, Health risks of persistent organic pollutants from long range transboundary air pollution; WHO, 2005, Effects of air pollution on children's health and development; WHO, 2005, Health effects of transport related air pollution; WHO 2006, Health risks of particulate matter from long range trans-boundary air pollution Joint; WHO, 2008, Health risks of ozone from long-range transboundary air pollution; WHO, 2008, Health risks of heavy metals from long range trans-boundary air pollution; UNECE 2009

60 WHO, 2006, Health risks of particulate matter from long range trans-boundary air pollution Joint

61 UNECE, 2009

62 Umweltbundesamt, 2007, Mögliche Risiken für die Städtische Bevölkerung durch persistente organische Schadstoffe in der Luft

Mittelohrentzündungen bei.⁶³ Außerdem verstärken sich die gesundheitlichen Auswirkungen von erhöhten Stickstoffoxid- und Feinstaubkonzentrationen gegenseitig. Auch Lärmbelastung führt zu Effekten auf das Herz-Kreislauf-System.

3.1.5 Allergien / Sensibilisierungen

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.

Die möglichen Symptome einer immunologischen Reaktion sind u. a. saisonal oder ganzjährig auftretender Schnupfen, Nesselsucht, Asthma bronchiale, allergische Entzündungen der Lungenbläschen, lebensbedrohlicher Herz-Kreislauf-Zusammenbruch, Verdauungsbeschwerden, Kontaktekzeme oder atopische Haut-ekzeme (Neurodermitis).

Luftschadstoffe in Innenräumen wie auch im Freien sind maßgebliche Faktoren bei der Entstehung und Entwicklung von Asthma.⁶⁴ So konnte beispielsweise nachgewiesen werden, dass Kinder, die vermehrt Innenraumbelastungen (z. B. mit flüchtigen organischen Kohlenwasserstoffen) ausgesetzt waren, häufig Allergien entwickelten.⁶⁵ 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.⁶⁶ Das Vorkommen erhöhter Stickstoffoxidkonzentrationen in der Luft dürfte zu einer Erhöhung des Allergie erzeugenden Potenzials von natürlichen Allergenen beitragen.⁶⁷

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 (z. B. Holzschutzmittel), Insektiziden (insbes. Pyrethroide), Alkylphosphaten, Flammschutzmitteln, Weichmachern (Phthalate), Lösemitteln (BTX), Formaldehyd, Aldehyden und Terpenen beobachten. Ein Nachweis dieser chemikalienbedingten Reizreaktionen kann durch spezifische Bluttests erbracht werden.⁶⁸

Weitere Reaktionen des Immunsystems sind Hypersensibilität (überdurchschnittliche Wahrnehmungsfähigkeit) und Autoimmunerkrankungen. Vor allem bei Letzteren besteht Forschungsbedarf, da es Hinweise für einen Anstieg insbesondere bei Frauen gibt.⁶⁹

3.1.6 Weitere Krankheitsbilder

Chronische Entzündungen

Auslöser von Entzündungen können mechanische Reize, Schadstoffe, Mikroorganismen und Allergene sein. Es wird zwischen akuten, chronischen und rezidivierenden (wiederholt auftretenden) Entzündungen unterschieden. Während die akute Entzündung eine notwendige Reaktion der Immunabwehr ist, stellt die chronische bzw. rezidivierende Entzündung häufig selbst das Problem der Erkrankung dar. Chronisch degenerative Entzündungsprozesse werden z. B. bei der Artherosklerose, bei Diabetes mellitus Typ II, Erkrankungen der Niere und bei entzündlichen Darmerkrankungen nachgewiesen.⁷⁰

63 Brauer & Gehring, 2006
 64 Breyse, et al. 2010; Weichenthal, et al. 2007; Peden, et al. 2010; Diette, et al. 2008
 65 Herbarth, 2003
 66 McConnell, et al. 1999; Health Institute 2010
 67 Franze, et al. 2005
 68 Umweltmedizinische Jahrestagung, 2006
 69 McCarthy, 2000
 70 Umweltmedizinische Jahrestagung, 2010

Chronisches Erschöpfungssyndrom (Chronic-Fatigue-Syndrom, CFS)

Diese chronische Erkrankung ist geprägt durch geistige und körperliche Erschöpfung und eine Reihe anderer Symptome wie z. B. Kopf-, Hals-, Gelenk- und Muskelschmerzen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Es handelt sich um komplexe Krankheitsbilder, die mit einer Beeinträchtigung der Immunbalance einhergehen und zu Behinderung führen können. Weitere Merkmale sind Störungen des Hormonstoffwechsels, erhöhter oxidativer Stress und Entzündungsreaktionen.⁷¹

Betroffen sind in Deutschland etwa 0,8 bis 1,5 Millionen Menschen, in den USA etwa 15 Millionen. Für Österreich sind keine Zahlen bekannt.

Als mögliche Ursachen gelten chronische Infektionen sowie chronische Schadstoff- und Schwermetallbelastungen bei gleichzeitiger Beeinträchtigung von wichtigen körpereigenen Entgiftungsenzymen.⁷²

Multiple Chemikaliensensitivität (MCS)

Dieses Krankheitsbild äußert sich in einer Überempfindlichkeit gegenüber geringen Konzentrationen von Chemikalien durch einen überdurchschnittlichen Anstieg von körperlichen Abwehrprozessen und bestimmten Stoffwechselprodukten. Es ist mittels klassischen schulmedizinischen/toxikologischen Ansätzen derzeit nicht erklärbar. Es gibt aktuelle Untersuchungen die auf mögliche genetische Ursachen für Chemikaliensensitivität hinweisen (insbes. Störungen bei Abwehr- und Entgiftungsprozessen).⁷³ Dennoch wurde auf diesem Gebiet noch kein wissenschaftlicher Konsens gefunden.

An der Multiplen Chemikaliensensitivität erkranken überdurchschnittlich häufig Frauen.

Sick building syndrome (SBS)

Eine Reihe von körperlichen und psychischen Symptomen, die durch Innenraumbelastungen mit Chemikalien und Schadstoffen in Zusammenhang stehen, werden unter dem Synonym Sick Building Syndrome zusammengefasst. Zu diesen 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 betroffen sind.

Diabetes Typ II

Diabetes Typ II ist eine Erkrankung, die weltweit im Zunehmen begriffen ist und an der vermehrt auch jüngere Menschen erkranken.⁷⁴ Neben einer genetischen Veranlagung zählen zu den wesentlichen Risikofaktoren Übergewicht, Bluthochdruck und Bewegungsmangel. In weiterer Folge der Erkrankung kommt es zu schädigenden Wirkungen auf das Herz-Kreislauf-System.

Neueste Forschungsergebnisse lassen vermuten, dass oxidativer Stress bei der Entstehung von Diabetes Typ II ein Schlüsselprozess zu sein scheint.⁷⁵ Eine Reihe von Fremdstoffen, darunter Metalle, können zu vermehrtem oxidativem Stress im Körper führen. Auch die Belastung durch POPs wie z. B. Polychlorierten Biphenylen (PCBs), Dioxinen und bestimmte Pestiziden steht im Zusammenhang mit dem vermehrten Auftreten dieser Stoffwechselkrankheit.

Krebs

Die Entstehung von Krebs ist durch viele Einflüsse bedingt und durch eine Veränderung von Genen, welche für Zellwachstum und Reparatur verantwortlich sind, charakterisiert. Die Krankheit 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.⁷⁶ Bestimmte chemische Substanzen wie beispielsweise polyzyklische aromatische Kohlenwasser-

71 Umweltmedizinische Jahrestagung, 2006; Umweltmedizinische Jahrestagung, 2010

72 Umweltmedizinische Jahrestagung, 2006

73 Umweltmedizinische Jahrestagung, 2006; Umweltmedizinische Jahrestagung, 2010

74 IDF 2010

75 Rösen & Bellin, 2004

76 WHO, 2006, Cancer, Fact Sheet No 297

stoffe (PAK) oder Benzol können ebenfalls Krebs auslösen und auch die Krebsentwicklung negativ beeinflussen. Hormonabhängige Tumore können durch Substanzen, die hormonartig wirken, darunter Pestizide, Lebensmittelzusatzstoffe, Substanzen die in Körperpflegemitteln enthalten sind, zum Wachstum angeregt werden.⁷⁷ Auch chronische Entzündungsprozesse können die Krebsentstehung fördern.

Neurodegenerative Erkrankungen

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. Eine aktuelle Publikation hat den Stand der Wissenschaft hinsichtlich des Zusammenhanges von Umweltgefahren mit dem Alter zusammengefasst.⁷⁸ Auch bei diesen höchst komplexen Krankheitsbildern wird davon ausgegangen, dass mehrere Faktoren beteiligt sind. Neben einer genetischen Disposition ist laut GBPSRSEHN⁷⁹ insbesondere die Ernährung von wesentlicher Bedeutung. Als Risikofaktor wird eine Nahrung, welche reich an gesättigten und Trans-Fettsäuren und raffinierten Kohlenhydraten ist und einen Mangel an ungesättigten (insbes. Omega3-) Fettsäuren und Mikronährstoffen aufweist, definiert. Diese Art der Ernährung, gemeinsam mit einem Mangel an Bewegung, fördert die Entstehung von oxidativem Stress und Freien Radikalen und führt in weiterer Folge zu Entzündungsprozessen im Körper, die zahlreiche Erkrankungen begünstigen bzw. auslösen. Dazu gehören Allergien, Diabetes Typ II und auch neurodegenerative Erkrankungen.

Auch zahlreiche Umweltschadstoffe tragen zur Entstehung von Nervenentzündungen und der Nervendegeneration bei. Es gibt zunehmend Hinweise, dass die Luftverschmutzung Entzündungsprozesse im Gehirn auslöst und das Risiko, an Alzheimer zu erkranken, erhöht.⁸⁰ Frauen, dürften aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung vermehrt von Demenzerkrankungen betroffen sein.⁸¹

3.2 Belastung durch Chemikalien: Situation und Trends

3.2.1 Belastungsquellen

Luftbelastung, allgemeine Umweltbelastung

Die aktuelle Belastung der Luft ist auf der Homepage des Umweltbundesamt abrufbar. Aktuelle Ergebnisse zur Luftbelastung der letzten Jahre zeigen beispielsweise, dass die gesetzlich definierten Grenzwerte für Feinstaub im Zeitraum 2006 bis 2008 an bis zu zwei Drittel aller Messstellen überschritten wurden; zu Ozon wurde an über der Hälfte aller Messstellen Überschreitungen verzeichnet. Grenzwertüberschreitungen von Stickstoffdioxiden traten vorrangig an verkehrsbelasteten Messstellen auf. Der 8. Umweltkontrollbericht bietet eine Übersicht über den Zustand der Umwelt in Österreich, sowie über geltende Regelungen, Maßnahmen und Handlungsbedarf.⁸²

Innenräume

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. Einerseits spielen Lage, Bauweise und Baustoffe eines Gebäudes eine entscheidende Rolle, andererseits können Möbel oder Dinge des täglichen Gebrauchs Schadstoffe freisetzen.

Die Studie „LUKI – Luft und Kinder“ untersuchte die Luft- und Staubbilastung von Schulen auf über 200 Stoffe und deren Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder. Es konnte nachgewiesen werden, dass die Lungen-

77 Marquardt & Schäfer, 2004

78 GBPSRSEHN, 2008

79 Greater Boston Physicians for Social Responsibility and Science and Environmental Health Network

80 GBPSRSEHN, 2008

81 Gleichweit & Rossa, 2009

82 Umweltbundesamt, 2010

funktion und auch die Leistungsfähigkeit der Kinder durch schlechte Innenraumluft beeinträchtigt werden; auch ein gesundheitlicher Zusammenhang mit spezifischen Schadstoffen konnte aufgezeigt werden.⁸³ Am Boden spielende Kleinkinder sind Schadstoffen im Hausstaub besonders ausgesetzt und reagieren auch äußerst sensibel. Es ist daher aus Vorsorgegründen bedeutsam, die Schadstoffbelastung in Innenräumen und im Hausstaub zu reduzieren.

Konsumprodukte

Auch Konsumprodukte enthalten zahlreiche Chemikalien, die sich bei Gebrauch herauslösen und vom Körper aufgenommen werden können.

So kritisierte das Bundesinstitut für Risikobewertung in Deutschland das Vorkommen von polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen in Konsumprodukten. Diese teilweise krebserregenden Stoffe werden in größerem Ausmaß über die Haut aufgenommen als ursprünglich angenommen. Deutschland hat daher ein Dossier an die Europäische Kommission übermittelt, um diese Stoffe EU-weit zu begrenzen.⁸⁴

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 Produktsicherheit zu gewährleisten.

Lebensmittel

Auch 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. Auch bei der Produktion und durch das Verpackungsmaterial können Chemikalien in die Nahrungsmittel gelangen. Die europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit EFSA ist laufend mit der Bewertung und Abschätzung von Risiken durch Chemikalien und Schadstoffen beschäftigt und legt auf der Basis wissenschaftlicher Bewertungen Grenzwerte und tolerierbare tägliche Aufnahmemengen fest. Dies kann auch dazu führen, dass Ernährungsempfehlungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen veröffentlicht werden. So wurde aufgrund der erhöhten Konzentrationen von organischem Quecksilber in bestimmten Fischarten (marine, räuberische und fettreiche Arten) eine Ernährungsempfehlung für schwangere Frauen von der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) und der Europäischen Kommission veröffentlicht (EFSA, EC).⁸⁵

Körperpflegemittel

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 meist, aufgrund der häufigeren Anwendung von kosmetischen Produkten, davon stärker betroffen.⁸⁶

3.2.2 Nachweis der Chemikalienbelastung

Human Biomonitoring

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. Human Biomonitoring ist somit ein Kontroll- und Bewertungsinstrument der Umweltpolitik und liefert wesentliche Daten zur Gesundheitsvorsorge. Zahlreiche Publikationen zeigen die Belastung der Menschen durch eine Vielzahl an Stoffen.⁸⁷ Bevölkerungsweite Stu-

83 Umweltbundesamt, 2008

84 BfR, 2010

85 EFSA, 2004; EC, 2008

86 Sattelberger, et al. 2004; Uhl, et al 2007

87 WWF, 2005, Generations X: Results of WWFs European Family Biomonitoring Survey; WWF, 2005, A present for life: hazardous chemicals in umbilical cord blood; EWG, 2009

dien, welche in bestimmten Zeiträumen wiederholt werden, zeigen, dass bestimmte Stoffgruppen, wie z.B. verbotene Pestizide oder persistente organische Schadstoffe (POPs) im menschlichen Körper kontinuierlich abnehmen, andere Stoffgruppen wie beispielsweise Kunststoffweichmacher oder Flammschutzmittel jedoch zunehmen.⁸⁸

Belastung durch Stoffgemische

Zunehmend rückt die Exposition gegenüber Stoffgemischen in den Fokus von Forschung und Politik, da diese den realen Bedingungen entspricht. Es gilt herauszufinden, ob Chemikalien, die bei alleinigem Vorhandensein zu keinen Schäden führen, bei Einwirkung mit anderen Stoffen zu Effekten führen können. 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 Babies weitergegeben.

Muttermilch ist optimal an die Bedürfnisse des Babys angepasst und versorgt es auch mit wichtigen Immunstoffen. Daher ist eine laufende Kontrolle der Fremdstoffe in der Muttermilch mittels repräsentativer Studien notwendig, um bestmöglichen Schutz der Babys zu gewährleisten. Daten zur Schadstoffbelastung der Muttermilch wurden unter anderem von der WHO und auch dem deutschen Umweltbundesamt erhoben.⁸⁹

3.3 Weitere umweltrelevante Belastungen

3.3.1 Lärm

Im Jahr 2007 fühlten sich 38,9 % der Österreicherinnen und Österreicher in ihrer Wohnung durch Lärm belastet. 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. Die verkehrsbedingten Lärmstörungen entstammen zum Großteil dem Straßenverkehr.⁹⁰

Aktuelle Studien belegen den Zusammenhang zwischen Lärm und gesundheitlichen Störungen, wobei insbesondere der Nachtlärm und die damit verbundenen Schlafstörungen gesundheitlich relevant sind. Ab einem Nachtlärmpegel von 40 Dezibel (Jahresdurchschnittswert) sind geringfügige gesundheitliche Auswirkungen zu beobachten. Ab 55 Dezibel kann es bei Betroffenen zu erhöhtem Blutdruck und in weiterer Folge zu einem Anstieg der Häufigkeit von Herzinfarkten kommen.⁹¹

Auch die psychische Gesundheit wird durch Schlafstörungen negativ beeinflusst. Bereits ein Fünftel der europäischen Bevölkerung ist derartigen Belastungen ausgesetzt.⁹² Besonders empfindliche Bevölkerungsgruppen sind Kinder, Ältere, Menschen mit chronischen Erkrankungen und SchichtarbeiterInnen. Darüber hinaus sind aufgrund der Wohnumgebung meist sozial schwächere Bevölkerungsgruppen stärker betroffen.

3.3.2 Nanotechnologie

Auch das Thema Nanotechnologie und Nanomaterialien verdient besondere Aufmerksamkeit. Nanotechnologie eröffnet neue Möglichkeiten im Umwelt- und Klimaschutz und in der Medizin. Dennoch muss festgestellt werden, dass die möglichen Gefahren und Risiken für die menschliche Gesundheit und die Umwelt, die mit dieser neuen Technologie verbunden sind, noch weitgehend unerforscht sind. Nanomaterialien sind defini-

88 CDC, 2009; Umweltbundesamt, Deutschland 2010, Humanbiomonitoring, Gesundheit und Umwelthygiene Umweltsurvey

89 CDC, 2009

90 Umweltbundesamt, 2010, 9. Umweltkontrollbericht

91 WHO, 2009, Night noise guidelines for Europe

92 WHO, 2009, Night noise guidelines for Europe

tionsgemäß kleiner als 100 nm, woraus ein sehr großes Oberflächen-zu-Volumen-Verhältnis resultiert. Dadurch ergeben sich für viele Stoffe völlig neue physikalische und chemische Eigenschaften und eine erhöhte Reaktivität. Mit anderen Worten, toxikologische Bewertungen von Stoffen lassen keine Rückschlüsse auf deren „Verwandte auf der Nanometer-Skala“ zu. Derzeit gewährleistet die EU-Gesetzgebung noch keine Abschätzung der langfristigen Folgewirkungen auf Umwelt und Gesundheit. Auch eine allgemein gültige Definition für Nanopartikel und geeignete Prüf- und Messverfahren zur Risikoerfassung fehlen.⁹³ Es gibt jedoch national, EU-weit und international Bestrebungen, diese zu entwickeln.

3.3.3 Klimawandel

Als Folgen des Klimawandels sind zahlreiche direkte und indirekte Gesundheitsauswirkungen zu erwarten.⁹⁴ Erste Untersuchungen für 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.⁹⁵

Des Weiteren ist aufgrund geänderter Pflanzenwachstumsperioden und Einwanderung neuer Pflanzenarten eine Zunahme von Allergien durch Verbreitung bestimmter Allergene zu erwarten.⁹⁶ Dies lässt sich in Österreich am Beispiel des aus Nordamerika stammenden Traubenkrautes (*Ambrosia artemisiifolia*, „Ragweed“) bereits beobachten.⁹⁷

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.⁹⁸

3.4 Umweltpolitik

Der Schutz der menschlichen Gesundheit ist ein wesentlicher Ausgangspunkt und Bestandteil der Umweltpolitik. Ständig neue Meldungen und Erkenntnisse über gesundheitsschädliche Stoffe in der Umwelt und andere durch den Menschen hervorgerufene Umweltbelastungen beschäftigen die Öffentlichkeit und die politischen EntscheidungsträgerInnen. Die entsprechende Gesetzgebung soll gewährleisten, dass die Konzentrationen an Chemikalien, denen die Menschen ausgesetzt sind, zu keinen Schäden führen. In vielen Bereichen (z.B. Pflanzenschutzmittel, Biozide, Arzneimittel, ...) werden Risikobewertungen durchgeführt, um Gefahren für Gesundheit und Umwelt durch den Gebrauch von chemischen Substanzen zu erfassen und zu minimieren. Die Ergebnisse fließen in die Gesetzgebung ein und führen für bestimmte Anwendungen zu Verboten oder Grenzwerten. Diese werden anhand neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und aktueller Entwicklungen laufend überarbeitet und angepasst.

Durch internationale Vereinbarungen werden besonders gefährliche Stoffe wie POPs reglementiert, um Menschen und Umwelt vor den Gefahren zu schützen.⁹⁹

Auch bezüglich der Kontamination mit Schwermetallen (insbesondere Quecksilber) werden internationale Anstrengungen unternommen, um Umwelt und Gesundheitsgefahren zu verringern bzw. zu vermeiden.¹⁰⁰

93 CDC, 2009
 94 WHO, 2005, Die Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit
 95 Hutter, et al. 2007
 96 WHO, 2006, Lyme borreliosis in Europe
 97 Umweltbundesamt, 2010, 9. Umweltkontrollbericht
 98 Umweltbundesamt, 2007, 8. Umweltkontrollbericht
 99 UNEP, 2001; UNEP, 2009
 100 UNEP, 2003

Eine Übersicht über die aktuellen Entwicklungen in der österreichischen Umweltpolitik bietet der 9. Umweltkontrollbericht.¹⁰¹ Chemikalien-, Biozidprodukte- oder Pflanzenschutzmittel-Gesetzgebung soll letztlich unerwünschte Wirkungen verhindern und ein hohes Schutzniveau für Mensch und Umwelt erreichen. In den vergangenen Jahren wurden neue EU-Regelungen bei Chemikalien, Pestiziden und POPs eingeführt, deren nationale Umsetzung planmäßig verläuft. Die REACH-Verordnung (Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemicals) soll gewährleisten, dass sich keine chemischen Stoffe auf dem europäischen Markt befinden, deren Gefährdungspotenzial nicht genügend beschrieben ist; besonders gefährliche Stoffe sollen verboten bzw. streng reguliert werden. Damit wird die Forderung des Weltgipfels für Nachhaltige Entwicklung (Johannesburg 2002) umgesetzt, ab dem Jahr 2020 Chemikalien in ihrem gesamten Lebenszyklus so zu produzieren und anzuwenden, dass signifikante negative Auswirkungen auf Mensch und Umwelt möglichst beseitigt sind. Mit dem Globally Harmonised System (GHS) wurden international gültige Einstufungskriterien und Kennzeichnungselemente eingeführt.

3.5 Umwelt und Gesundheit in Europa

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.

1989 startete die erste Konferenz der Umwelt- und Gesundheitsminister der WHO-Region Europa. Damit begann ein Prozess, der Grundprinzipien für Programme zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit bis heute vorgibt.

Die mittlerweile fünfte Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit fand im März 2010 unter dem Motto „Schutz der Gesundheit der Kinder in einer sich verändernden Umwelt“ statt. Mit der Erklärung vereinbarten die vertretenen Regierungen (53 Mitgliedstaaten der WHO-Region Europa), bis zum Jahr 2020 nationale Programme umzusetzen. Diese sollen Kindern gleiche Chancen auf sichere Wasserversorgung und Abwasserentsorgung, auf körperliche Betätigung und gesunde Ernährung sowie auf saubere Luft und eine von giftigen Chemikalien freie Umwelt bieten. Diese Kernfaktoren wurden um aktuelle Themen wie die finanzielle Krise, sozio-ökonomische und geschlechtsbezogene Ungleichheiten und Effekte des Klimawandels ergänzt.

Die 2003 begonnene Umwelt- und Gesundheitsstrategie der Europäischen Kommission (Generaldirektion Umwelt) liefert den Rahmen einer integrierten Gemeinschaftspolitik im Bereich Umwelt und Gesundheit. Aus dieser Strategie wurde der Umwelt- und Gesundheitsaktionsplan 2004-2010 geschaffen, welcher in 13 Aktionen die Verringerung der durch Umweltverschmutzung verursachten Krankheiten zum Ziel hat. 2010 wurde von der Generaldirektion Gesundheit die Weiterführung dieses Aktionsplanes verlautbart.

3.6 Was jede/r Einzelne tun kann: Nachhaltige Entwicklung, Lebensstil

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. Dies bringt letztlich durch geringere Schadstoffgehalte in Umweltmedien und Nahrungsmitteln eine direkte positive Auswirkung auf die eigene Gesundheit. Dies soll anhand einiger ausgewählter Beispiele gezeigt werden.

101 Umweltbundesamt, 2010, 9. Umweltkontrollbericht

Bewegung/Mobilität

Zahlreiche Studien belegen, dass Menschen, die sich regelmäßig körperlich betätigen oder Sport betreiben, eine doppelt so große Chance haben länger zu leben und keine schwere Krankheit zu erleiden. Körperliche Betätigung reduziert das Risiko für folgende Krankheiten: bestimmte Krebsarten, Diabetes Typ II, psychische Erkrankungen und Erkrankungen des Muskelapparates. Nicht zuletzt ist körperliche Betätigung wirksam gegen Übergewicht und Fettleibigkeit, die in der westlichen Welt epidemische Ausmaße erreichen.¹⁰²

Werden kurze bis mittlere Wegstrecken vermehrt zu Fuß oder mit dem Rad anstatt mit dem Auto zurückgelegt, sind positive Effekte sowohl auf die Gesundheit der/s Einzelnen als auch der Bevölkerung feststellbar. Eine aktuelle amerikanische Untersuchung zeigt z. B. auf, dass eine Reduktion der Feinstaubbelastung um $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ die Lebenserwartung messbar steigert.¹⁰³ Positive Auswirkungen auf die Umwelt und das Klima sind ebenfalls zu beobachten.

Ernährung

Zahlreiche Analysen und Publikationen zeigen, dass biologisch erzeugte Nahrungsmittel in der Regel keine Rückstände an Pflanzenschutzmitteln aufweisen. Darüber hinaus beschreibt eine aktuelle Studie, dass im Vergleich zu konventionell hergestellten Lebensmitteln mehr gesundheitsfördernde Stoffe enthalten sind.¹⁰⁴ Die Produktion biologischer Nahrungsmittel ist auch aus der Sicht des Umweltschutzes zu bevorzugen, da sie auf einer nachhaltigen ressourcenschonenden Bewirtschaftung unter Vermeidung des Einsatzes chemischer Stoffe basiert.

Des Weiteren ist eine Reduktion des Fleischkonsums sowohl der Gesundheit förderlich (Abnahme an Herz-Kreislauf-Erkrankungen) als auch aus Sicht des Klimaschutzes und des geringeren Stickstoffeintrags positiv für die Umwelt. Erhöhte Stickstoffeinträge sind aufgrund komplexer Wirkungen in der Umwelt schädlich für Ökosysteme, die menschliche Gesundheit und tragen zur Klimaerwärmung bei.

Leben/Wohnen

Der Einsatz biologischer Baumaterialien und umweltverträglicher Reinigungsmittel bietet ein angenehmes Wohngefühl und die Sicherheit, keinen schädlichen Chemikalien im Wohnbereich ausgesetzt zu sein. Eine Hilfestellung bei der Auswahl umwelt- und gesundheitsgerechter Produkte bietet unter anderem das österreichische Umweltzeichen.

Jede/r Einzelne kann auch dazu beitragen, das Abfallaufkommen zu verringern, z. B. durch einfache Maßnahmen wie Kauf von Produkten mit Mehrwegverpackungen, Mülltrennung oder bewusstes Einkaufen und Konsumieren.

Zur Reinhaltung der Gewässer ist ein sorgsamer und sparsamer Umgang mit der Ressource Wasser erforderlich. Vor allem durch Einhaltung der vorgeschriebenen Dosierungen kann jeder Haushalt dazu beitragen, dass keine unnötigen Mengen an Wasch- und Reinigungsmitteln in die Abwässer gelangen, welche nach entsprechender Aufbereitung letztlich wieder in die Gewässer gelangen.

102 WHO, 2006d

103 Pope, et al. 2009

104 QLIF, 2007

4. Komplementär-, Alternativmedizin und Medical Wellness

Mag.^a (FH) Sigrid Ornetzeder, Gesundheitsmanagerin

In den 70er Jahren gab es die so genannte Alternativmedizin als Erfahrungsmedizin, in den 80er Jahren wurde sie zur Paramedizin, in den 90er Jahren nannte man sie Methode ohne nachgewiesene Wirkung und heute ist sie den Menschen als Komplementär- und Alternativmedizin oder auch als Ganzheitsmedizin mehr oder weniger ein Begriff. Meist versteht man unter Alternativ- bzw. Komplementärmedizin Behandlungen, die entweder als Alternative („alternativ“) oder Zusatz („komplementär“) zur Schulmedizin in Anspruch genommen werden.¹⁰⁵ In der internationalen Diskussion scheint sich der Begriff „Complementary and Alternative Medicine“ (kurz „CAM“ genannt) als Oberbegriff für unkonventionelle Verfahren durchzusetzen. Medical Wellness hingegen versteht sich großzügig definiert als Verknüpfung von touristischen und medizinisch-therapeutischen Wellness-Leistungen.¹⁰⁶

4.1 Frauenspezifische CAM und Medical Wellness

Das Nutzerprofil von CAM-Methoden schildert eine Frau mittleren Alters mit höherem Bildungs- und Einkommensniveau. Sie verhält sich im Alltag gesundheitsbewusster, betreibt regelmäßig Sport, ist präventionsorientiert und zeigt großes Interesse an Gesundheitsthemen und alternativen Therapiemöglichkeiten. Ferner hört sie auf ihren Körper, und aufgrund der intensiven Auseinandersetzung mit ihm weiß sie am besten, was er braucht bzw. welche Behandlung für ihn die richtige ist. Bei Beschwerden bevorzugt sie natürliche Heilmittel, sie glaubt an den Regulationsmechanismus des Körpers und ist im ärztlichen Behandlungsprozess nicht bereit, die Rolle der Ärztin/des Arztes als alleinige/n medizinische/n ExpertIn anzuerkennen, sondern besteht auf aktive Teilnahme und Mitbestimmung („partizipative Entscheidungsfindung“). Besonders geschätzt werden folglich Kommunikation und emotionale Kompetenz in der medizinischen Versorgung, d.h. mehr „sprechende“ als technische Medizin.¹⁰⁷ Fast alle komplementärmedizinischen Behandlungen werden mehrheitlich von Frauen in Anspruch genommen. Unter den untersuchten Behandlungen der „Lebensstile in Wien“ Studie¹⁰⁸ kommt die Anwendung von Massagen am häufigsten zum Einsatz, nämlich bei 26% der Frauen und 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. Dieser Zusammenhang kann nicht nur auf einen mit dem Einkommen durchschnittlich steigenden Bildungsgrad zurückgeführt werden, sondern zeigt an, dass darüber hinaus ein geringes Einkommen ein Hemmnis für die Inanspruchnahme von Massagen sein dürfte.¹⁰⁹

Das National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) unterscheidet zwischen folgenden CAM-Methoden:

105 Princic, 2010, S. 16

106 Franke, 2010, S. 12

107 Altmann, 2009, S. 116

108 Die Studie Lebensstile in Wien beruht auf den Daten des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys, der in zwei Wellen in den Wintermonaten der Jahre 1999/2000 sowie 2000/2001 erhoben wurde. Die Zielpopulation war dabei die Wiener Wohnbevölkerung ab einem Alter von 16 Jahren; der Stichprobenumfang umfasste 4.019 Personen.

109 Friedl, et al 2003

- Energiemedizin (Lichttherapie, Magnettherapie, Qi Gong, Reiki, Klangwellen),
- Biologische Therapien (Aromatherapie, Chelationstherapie, Ernährungstherapien, Neuraltherapie, Phytotherapie),
- Ganzheitsmedizinische Systeme (Akupunktur, Ayurveda, Homöopathie, Naturheilkunde, TCM),
- Manipulative und Körperzentrierte Therapien (Akupressur, Alexander-Technique, Chiropraxis, Feldenkrais-Methode, Massage, Osteopathie, ...) und
- Geist- und Körper-zentrierte Therapien (Anthroposophische Medizin, autogenes Training, Biofeedback, Verhaltenstherapien, Hypnose, Meditation, Entspannungstechniken, spirituelles Heilen, Qi Gong, Thai Chi, Yoga, Shiatsu).¹¹⁰

Komplementärmedizinische Methoden werden von 14,8% (Griechenland) bis 73,1% (Italien) der europäischen Bevölkerung angewendet. In Österreich beträgt der Prozentsatz rund 26%.¹¹¹

Neben traditionellen europäischen Methoden wie der Kneipp-Therapie, Pflanzenheilkunde oder Homöopathie sind in den letzten 20 Jahren vor allem die asiatischen immer beliebter geworden. Die Traditionelle Chinesische Medizin (vor allem in ihrer Form als Akupunktur), die Tibetische Medizin und die Ayurveda-Medizin haben sich rasch einen Platz erobert. Eine Liste aller ärztlich angewandten Methoden (nur durch diplomierte Gesundheitsberufe, Psychotherapeuten und von „gamed“ eingesehene Lehrpläne) ist unter http://www.gamed.or.at/g_lexikon.php abrufbar. Neben den komplementären Methoden Qi Gong, Yoga, Shiatsu, Feldenkrais oder der Ordnungstherapie (um nur einige zu nennen) sollte man Verfahren wie Schwimmen, Joggen, Nordic Walking und Wandern nicht vergessen. Auch ihr Vorsorgeaspekt in Bezug auf die Gesunderhaltung sollte nicht vergessen werden.¹¹²

Zusätzlich zeigt sich, dass die Nachfrage nach Leistungen, die medizinische Aspekte beinhalten und der Gesundheitsförderung dienen, steigt und die Übernahme der Verantwortung für die eigene Gesundheit wächst. Dadurch entsteht ein zunehmendes Interesse an Prävention und fundierten Programmen in den Bereichen Entspannung, Ernährung, Sport und Gesundheit. Aufgrund dieser Tendenzen haben sich neue Sparten gebildet. Eine davon ist „Medical Wellness“. Darunter versteht sich eine Verknüpfung von touristischen und medizinisch-therapeutischen Wellness-Leistungen.

Es wird das Ziel verfolgt, die Lebensqualität des Individuums zu verbessern, die Gesundheit zu stärken und zu einem gesunden Lebensstil zu finden. Ein ärztliches Mitwirken ist dabei Teil des Wellness-Angebotes.¹¹³ Medizinische Wellnessleistungen werden sowohl klassisch von ÄrztInnen und Kliniken wie auch von Nicht-MedizinerInnen wie Hotels und Fitnessstudios angeboten; beide Seiten versuchen mit unterschiedlichen Strategien, den Medical Wellness Markt zu erschließen. Vorwiegend werden SelbstzahlerInnen angesprochen. Zu der Zielgruppe von Medical Wellness gehören nicht nur all diejenigen, die ihre Gesundheit steigern wollen und unter keinen Vorbelastungen leiden, sondern unter anderem auch Personen mit Rückenbeschwerden, rheumatischen Erkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen und mit deren begünstigenden Risikofaktoren wie Diabetes, Bluthochdruck, Übergewicht, Metabolisches Syndrom, Nikotinsucht, aber auch all jene, die unter stressbedingten Beschwerden und Störungen leiden. Ein fachärztliches Mitwirken ist bei Individuen mit Vorerkrankungen erforderlich. Medical Wellness geht im Unterschied zur führenden Tradition des österreichischen Gesundheitswesens der Heilung bzw. der Linderung von Krankheiten vom Salutogenese-Konzept aus, bei welchem die Gesunderhaltung, Prävention und Prophylaxe im Vordergrund stehen.¹¹⁴

Gegensätzlich zu Beauty-, Wellness- und Verwöhn-Urlaube, die eine Domäne der Frauen sind, liegen im Medical Wellness- und Gesundheitstourismus beide Geschlechter fast gleichauf. Unter anderem verjüngt sich auch das Altersprofil; Gesundheit wird immer mehr zum Thema aller Altersstufen.¹¹⁵ Folgende Gebiete beinhalten für Frauen relevante Medical Wellness-Angebote:

110 Frass, 2009

111 Ebd.

112 GAMED, http://www.gamed.or.at/g_pop_ganzmeth.html, (dl 22.10.2010)

113 Franke, 2010, S. 12

114 Dörpinghaus, 2009, S. 4

115 Jelinek, 2007, S. 10

Tabelle 116: Medical Wellness-Angebote

Medical Wellness-Angebote	
Brustkrebs	neben medizinischen Interventionen zusätzliche Wellness-Angebote z.B. Ernährungsberatung, Akupunktur, Akupressur, Aromatherapie, Beratung zur Lebensführung, Bewegungstherapie, Musiktherapie, ...
Komplementäre Therapien	Chinesische Medizin, Homöopathie, Anthroposophische Medizin, ...
Anti-Aging	Hormonsubstitution, kosmetische Behandlung zur Verlangsamung des Alterungsprozesses (präparativ oder apparativ), ...
Body Design	Cellulite-Behandlungen, Bindegewebsstraffung, ...
Lebensphasen-spezifisch	Leistungen während des Klimakteriums, bei Schwangerschaft und Geburt, Burnout, ...
Labordiagnostisch	molekulargenetische Untersuchungen, prädiktive Diagnostik der Infertilität, Reproduktionsmedizin, ...

Quelle: Illing, zitiert nach Grasser, 2005, S. 345

4.1.1 Wirkung der CAM

Komplementärmedizin kommt in der Behandlung erkrankter Menschen und in der Prävention von Erkrankungen beim (Noch)-Gesunden zum Einsatz. 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. Mehrere langfristige Outcome-Studien haben gezeigt, dass z.B. Homöopathie, Akupunktur und Anthroposophische Medizin mindestens genauso wirksam sein können wie konventionelle Methoden, aber mit geringeren Nebenwirkungen verbunden sind und eine höhere Zufriedenheit der PatientInnen aufweisen. Eine Reihe randomisierter klinischer Studien hat gezeigt, dass Homöopathie und Akupunktur Placebo-Anwendungen überlegen sind oder mindestens die gleiche Wirksamkeit zu konventionellen Behandlungen aufzeigen.

Es gibt eine Reihe von Behandlungen für bestimmte Erkrankungen, bei denen die Umsetzung von CAM-Therapien signifikante Kosteneinsparungen bieten würde. Bis 2004 wurden mehr als 50 Evaluationen publiziert, etwa die Hälfte von ihnen bestätigen niedrigere Kosten für CAM als für die herkömmliche Versorgung. Mehrere Studien haben gezeigt, dass PatientInnen, die mit Homöopathie, Akupunktur oder mit anthroposophischer Medizin behandelt wurden weniger Medikamente verwendeten, eine bessere Gesundheit hatten, weniger Fehlzeiten und weniger Besuche bei FachärztInnen aufweisen als PatientInnen konventioneller ÄrztInnen. Während der letzten Jahre wurde die Kosten-Effektivität von Akupunktur nach internationalen Maßstäben für Kopfschmerzen, Schmerzen im unteren Rücken und Nackenschmerzen bestimmt, die für eine große Anzahl von Fehlzeiten unter Europas Arbeitskräften verantwortlich sind. Bezüglich der Homöopathie haben zwei Evaluationen die Ergebnisse und Kosten der Behandlungen von deutschen und französischen AllgemeinmedizinerInnen (HausärztInnen) erfasst, welche die Homöopathie in ihren Praxen integrieren. Im Vergleich mit HausärztInnen, die dies nicht tun, sind die Ergebnisse beider Studien kongruent: HausärztInnen, die Homöopathie in ihrer Praxis integrieren, erzielen bessere Ergebnisse für ähnliche Kosten. ¹¹⁶

4.1.2 Organisationen und AnbieterInnen in Österreich und International

In Österreich existieren Organisationen für schulmedizinisch arbeitende ÄrztInnen, alternativmedizinisch arbeitende ÄrztInnen und alternativmedizinisch behandelnde NichtärztInnen. Zusätzlich dazu gibt es auch internationale Netzwerke an alternativmedizinischen Vereinen und Zusammenschlüssen, welche eine breite Basis zum Austausch und zur Weiterbildung für einzelne AnwenderInnen bieten. Hier einige Beispiele:

- GAMED
- Energetikerdachverband (DEM)
- Forum Integrativmedizin (FIM)
- Plattform Ja-zur-Komplementärmedizin
- Berufsverbände (ÄrztInnen und TherapeutInnen) in Österreich, z.B.:
 - Akupunktur, Österreichische Wissenschaftliche Ärztesgesellschaft für Akupunktur (ÖWÄA)
 - Österreichische Gesellschaft für Kontrollierte Akupunktur und TCM (OGKA)
 - Anthroposophische Medizin; Gesellschaft für Anthroposophische Medizin in Österreich (GAMÖ)
 - Aromatherapie, Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche Aromatherapie und Aromapflege (ÖGwA)
 - Ayurvedische Medizin, Österreichische Ärzte-Gesellschaft für Ayurvedische Medizin
 - Biophysikalische Informationstherapie, Österreichische Ärztesgesellschaft für Biophysikalische Informationstherapie (BIT)
 - Ganzheitliche Zahnheilkunde, ARGE Ganzheitliche Zahnheilkunde im ZIV
 - Homotoxikologie, Ärztesgesellschaft für Homotoxikologie
 - Homöopathische Medizin, Österreichische Gesellschaft für Homöopathische Medizin (ÖGHM)
 - Klassische Homöopathie; Ärztesgesellschaft für Klassische Homöopathie (ÄKH)
 - Kneippärzte, Österreichische Gesellschaft für Kneippmedizin. Traditionelle Europäische Medizin
 - Mayrärzte, Internationale Gesellschaft der Mayr-Ärzte
 - Neuraltherapie-Regulationsforschung, Österreichische Medizinische Gesellschaft für Neuraltherapie und Regulationsforschung (ÖNR)
 - Orthomolekularmedizin, Österreichische Gesellschaft für orthomolekulare Medizin (ÖGOM)
 - Osteopathie, Österreichische Ärztesgesellschaft für Osteopathie, Osteopathische Medizin und Klinische Osteopathie (ÖAGO)
 - Ozon-Sauerstoff-Haemolaser, Österreichische Gesellschaft Ozontherapie (ÖGO)
 - Physioenergetik, Österreichische Ärztesgesellschaft für Physioenergetik
 - Sauerstoff-Ozon-Therapeuten, Interessensgemeinschaft der Sauerstoff-Ozon-Therapeuten
 - Spezifische Mikroimmuntherapie, Österreichische Medizinische Gesellschaft für Mikroimmuntherapie eV (ÖGeMIT)
 - Systemdiagnostik und Therapie nach Beisch, Medizinische Gesellschaft für Systemdiagnostik und -therapie nach Beisch
 - Österreichische Medizinische Gesellschaft für Mikroimmuntherapie
 - Österreichischen Dachverbandes für Shiatsu (ÖDS)

In Deutschland existieren die Hufelandgesellschaft als Dachverband der deutschen Ärztesgesellschaft, die Gesellschaft zur wissenschaftlichen Untersuchung von Parawissenschaften eV, die Gesellschaft für Anomalistik eV (GfA), das Forum Heilpraxis und diverse Berufsverbände von ÄrztInnen und TherapeutInnen.

In der Schweiz gibt es das Forum für Ganzheitsmedizin (ffg) als Plattform von schweizerischen Organisationen aus dem Bereich der Komplementär- und Alternativmedizin und diverse Berufsverbände von ÄrztInnen und TherapeutInnen. In der Schweiz ist die Komplementärmedizin seit der Volksabstimmung vom 17. Mai 2009 verfassungsrechtlich verankert.

Innerhalb der Europäischen Union findet sich

- die EURICAM (European Research Initiative on Complementary and Alternative Medicine). Dies ist eine Plattform für den leichteren Zugang zu komplementärmedizinischer Forschung bzw. zu finanziellen Mitteln;
- die European Sceptics (ECSO). Die ECSO koordiniert Aktivitäten von europäischen Organisationen und Einzelpersonen, die „pseudo-wissenschaftliche“ Aussagen und übersinnliche Phänomene untersuchen und die Ergebnisse einer breiten Öffentlichkeit zugänglich machen;¹¹⁷
- das European Information Centre for Complementary and Alternative Medicine (EICCAM) mit dem Ziel der Bereitstellung und Verbreitung von verständlichen, objektiven und qualitativ hochwertigen Informationen über die Sicherheit, Wirksamkeit und Effizienz der CAM; und
- die CAMDOC Alliance, sie wurde durch das European Committee for Homeopathy (ECH), das European Council of Doctors for Plurality in Medicine (ECPM), das International Council of Medical Acupuncture and Related Techniques (ICMART) und von der International Federation of Anthroposophic Medical Associations (IVAA) gegründet. Die CAMDOC Alliance vertritt 132 Europäische Verbände von ÄrztInnen, welche Komplementärmedizin praktizieren. Die Mission von CAMDOC ist die Entwicklung und die Integration der etablierten und seriösen CAM-Methoden in die europäische Gesundheitspolitik.

Weltweit betrachtet gibt es

- die International Society for Complementary Medicine Research. Ihre Hauptfunktion besteht darin, die Entwicklung von CAM-Forschung international zu erleichtern und ihre Netzwerke, Website, Agenturmeldungen und Newsletter zu nutzen, um mit ihren Mitgliedern zu kommunizieren und CAM-ForscherInnen aus der ganzen Welt zusammen zu bringen und
- das National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). Dieses Center der US-Bundesregierung ist federführend für die wissenschaftliche Forschung bzgl. komplementär und alternative Medizin. Es ist eines der 27 Institute und Zentren, aus denen sich das National Institute of Health (NIH) innerhalb des US-Department of Health and Human Service bildet.

4.2 Praxisbeispiel frauenspezifischer Komplementärmedizin: Klassische Homöopathie in der Frauengesundheit

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Micha Bitschnau MFHom, Fachärztin f. Gynäkologie und Geburtshilfe, Member of the Faculty of Homeopathy, Privatklinik Döbling

Die klassische Homöopathie ist eine Heilmethode, deren ganzheitlicher Ansatz vor allem von Frauen geschätzt und in Anspruch genommen wird. Frauen sind dabei aktiver Teil der Therapie, sie werden als Individuum wahrgenommen und nicht nur als Trägerin einer Diagnose.

4.2.1 Abgrenzung zu anderen medizinischen Behandlungen

Klassische Homöopathie ist kein Sammelbegriff für komplementärmedizinische Heilmethoden, sondern eine eigenständige Therapieform nach einer definierten, nachvollziehbaren Methodik. Sie greift auf einen Wissensschatz aus rund zweihundert Jahren Heilerfahrung seit ihrer Begründung durch den Arzt Samuel Hahnemann (1755-1843) zurück und wird mit Erfolg bei akuten und chronischen Krankheiten angewendet.

Nach Ansicht der klassischen Homöopathie erkrankt nicht ein isoliertes Organ des menschlichen Körpers, sondern - im Sinne der Psychosomatik - der ganze Mensch als Einheit von Körper und Psyche. Neben den körperlichen Beschwerden berücksichtigt die klassische Homöopathie die Lebensgewohnheiten, die Persön-

lichkeit und die Ängste der Patientin. Die Klassische Homöopathie ist eine individualisierende, ganzheitliche Heilmethode. Jede Patientin wird als individuelle Persönlichkeit behandelt und bekommt ein Arzneimittel, das auf ihren spezifischen Krankheitszustand und ihre Person genau abgestimmt ist. Wenn beispielsweise drei Patientinnen an Migräne leiden, so wird jede von ihnen mit einem anderen, speziell für sie ausgewählten Arzneimittel behandelt. Auch wenn die Diagnose dieselbe ist, hat jede Person eine individuelle Ausprägung der Erkrankung. Diese dient der homöopathischen Arzneimittelfindung.

Die Kosten einer homöopathischen Behandlung sind - verglichen mit den anfallenden Kosten einer schulmedizinischen Behandlung - gering, da die Arzneien billig sind. Der hohe Zeitaufwand des homöopathischen Arztes muss allerdings beglichen werden.

Prinzipien der klassischen Homöopathie

Die klassische Homöopathie beruht auf folgenden Grundpfeilern:

- **Ähnlichkeitsgesetz:** Symptome werden durch dasjenige Arzneimittel geheilt, das an einer gesunden Versuchsperson (Proband) getestet, ähnliche Symptome hervorrufen kann.
- **Arzneimittelprüfung:** Durch wiederholte Einnahme entwickelt der/die Gesunde für das jeweilige Arzneimittel typische Symptome;
- **Potenzierung:** Die Ausgangssubstanz (Pflanzen, Salze, Minerale, Krankheitsprodukte, ...) wird in vielen Schritten verdünnt und verschüttelt (potenziert), dann auf Globuli aufgetragen oder in alkoholischer Lösung verabreicht.
- **Anamneseerhebung:** Die individuelle Krankheitsgeschichte sowie eine ausführliche Familien-, Sozial- und psychische Anamnese werden erfasst.
- **Arzneimittelfindung:** Aus den rund 2.000 bekannten Arzneien wird mittels eines Repertoriums (Symptomsammlung) dasjenige Arzneimittel ausgewählt, das die meisten Symptome der Patientin abdeckt.

Klassische Homöopathie wird vorwiegend von Frauen in Anspruch genommen. Frauen lassen auch häufig ihre Kinder homöopathisch behandeln. Generell werden alternative und komplementärmedizinische Verfahren heute in der westlichen Welt von 30-70% der PatientInnen verwendet.¹¹⁸

4.2.2 Kontrollierte Studien zur klinischen Effektivität der Homöopathie

Häufiger Kritikpunkt an der Homöopathie ist, dass sie sich keiner Evaluation durch klassische Studiendesigns unterziehe. Dass dies nicht so ist, sieht man, wenn man z.B. in der größten medizinische Datenbank *pubmed* nach dem Begriff *homeopathy* sucht: in den 4193 (vor 5 Jahren waren es nur knapp über 2000) Suchergebnissen findet man nach Limitation auf clinical trials 240 (138 vor 5 Jahren) Studien, davon sogar 240 (94 vor 5 Jahren) randomisierte klinische Studien, die in renommierten medizinischen Fachzeitschriften publiziert wurden, darunter sind 266 Meta-Analysen(!). Homöopathie in der Frauenheilkunde ist in der Studienlandschaft mit lediglich 4 Einträgen sehr schlecht vertreten, von denen 2 Pilotstudien darstellen.

Im Bereich der Frauenheilkunde wurden bislang wenige Studien zur Wirksamkeit homöopathischer Behandlungen veröffentlicht.

Eine neue Studie aus 2009 Homeopathic treatment of patients with dysmenorrhea: a prospective observational study with 2 years follow-up¹¹⁹ zeigte, dass sich Menstruationsbeschwerden bei Frauen und jungen Mädchen durch homöopathische Therapie signifikant senken ließen.

Ebenso viel versprechende Ergebnisse lieferte eine Studie, die den Effekt der homöopathischen Behandlung bei Wechselbeschwerden untersuchte: Treating hot flushes in menopausal women with homeopathic treatment-

118 Schafer, 2004; Becker-Witt et al., 2004; Eisenberg et al., 1993

119 Witt CM et al. Arch Gynecol Obstet. 2009 Oct;280(4):603-11. Epub 2009 Feb 20

-results of an observational study.¹²⁰ Beide letztgenannten Studien wurden bislang weder randomisiert noch Plazebo kontrolliert durchgeführt.

Ein älteres Beispiel ist eine Studie zur weiblichen Fertilitätsstörungen an der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg durchgeführt.¹²¹ Eine der Studien verglich 21 Frauen, die klassisch homöopathische Therapie erhielten, mit 21 Frauen unter hormoneller Therapie. Alle Patientinnen hatten einen seit mehr als zwei Jahren bestehenden unerfüllten Kinderwunsch und waren hinsichtlich wesentlicher demografischer und medizinischer Kriterien vergleichbar. In der Gruppe mit homöopathischer Therapie wurden nach einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 4,8 Monaten sechs Patientinnen schwanger (29%), bei Patientinnen mit Hormonstörungen sogar 50%. Die Baby-take-home-Rate lag in der klassisch homöopathisch behandelten Gruppe ebenfalls bei 29%, das heißt alle sechs Frauen, die schwanger geworden sind, gebären ein gesundes Kind. Nebenwirkungen der homöopathischen Behandlung waren vorübergehende Hautunreinheiten bei zwei Patientinnen. Anhand von Visuell-Analog-Skalen zur Selbsteinschätzung konnten bei 19% der Patientinnen Verbesserungen des allgemeinen Gesundheitszustands und Wohlbefindens nachgewiesen werden, wie z.B. Steigerung der Libido, Verminderung chronischer Kopfschmerzen und von Obstipation und deutliche Besserung von Heuschnupfen. In der Gruppe der Frauen, die mit Hormonen behandelt worden waren, wurden ebenfalls sechs Patientinnen schwanger, allerdings gingen aus den sechs Schwangerschaften nur zwei gesunde Kinder hervor, vier endeten als Frühaborte (die Baby-take-home-Rate betrug demnach 10%). Die durchschnittliche Therapiedauer lag in dieser Gruppe bei 16,5 Monaten. Bei 29% der Patientinnen musste während der Therapie eine Verschlechterung des Allgemeinbefindens festgestellt werden, die von Hitzewallungen, Atemnot, vaginalem Juckreiz und Libidoverlust bis zu Zysten am Ovar reichten, die zum Therapieabbruch führten.

Ein Vergleich der Kosten von klassisch homöopathischer und hormoneller Behandlung der Fertilitätsstörung zeigte, dass die Arztkosten für beide Methoden gleich waren (die Dauer der homöopathischen Behandlung ist länger, daher teurer, dafür sind Konsultationen seltener als bei Hormonbehandlung). Bei den Medikamentenkosten erwiesen sich Homöopathika um das Zehnfache billiger als die hormonelle Therapie, wobei die Kosten für die in der hormonell behandelten Gruppe häufigeren Ultraschall- und Hormonuntersuchungen nicht inkludiert sind, - diese würden den Unterschied aber noch weiter vergrößern. Die AutorInnen schließen aus den Ergebnissen, dass die homöopathische der hormonellen Therapie in Bezug auf die Häufigkeit eines Eintritts von Schwangerschaften gleichwertig ist, in Bezug auf die Baby-take-home-Rate und die Gesamtkosten aber signifikant überlegen.

Eine aktuelle Studie konnte eine subjektive Besserung der Krankheitsbeschwerden - gemessen mittels des standardisierten Lebensqualitätsfragebogens SF-36 - bei über 900 homöopathisch behandelten PatientInnen nachweisen. Dies erklärt nach Ansicht der ForscherInnen die ansteigende Nachfrage nach alternativmedizinischen Behandlungsmethoden besonders bei vorhergegangener unzureichender schulmedizinischer Behandlung.¹²²

Die meisten homöopathischen Studien, die dem derzeitigen wissenschaftlichen Standard von prospektiv, randomisiert und Plazebo kontrolliert entsprechen, können aus Kostengründen nicht durchgeführt werden, da für jede Studienteilnehmerin eine Versicherung abgeschlossen werden muss, die gleich hoch ist wie jene bei normalen Medikamentenstudien. Die Homöopathie hat aufgrund ihrer billigen Arzneierstellungskosten keine Industrie hinter sich, die solche Kosten übernehmen könnte. An homöopathischen Medikamenten (Einzelmitteln, wie sie in der klassischen Homöopathie verwendet werden), ist nichts zu verdienen. Homöopathische Studien scheitern daher meist an der Finanzierung.

4.2.3 Frauenspezifische homöopathische Angebote in Österreich

Angesichts der zunehmenden Nachfrage nach komplementären Behandlungsangeboten ist zum einen die Frage nach den Ursachen hierfür zu stellen, zum andern müssen die Mechanismen und Prozesse des Aufbaus,

120 Homeopathy, 2008 Jan;97(1):10-5, Bordet MF, Colas A, Marijnen P, Masson J, Trichard M
 121 Gerhard et al., 1993
 122 Guthlin et al., 2004

der Integration und der Organisation von komplementärmedizinischen Angeboten im Krankenhaus hinterfragt werden.

Besonders schwangere und stillende Frauen stehen der Einnahme von Medikamenten skeptisch gegenüber. Die potentielle gesundheitliche Beeinträchtigung des Feten oder Neugeborenen lässt Frauen nach alternativen Heilmethoden fragen. Der Druck auf die ÄrztInnen hinsichtlich umfassender Aufklärung über komplementärmedizinische und alternative Heilmethoden steigt. Besonders jüngere Frauen sind heutzutage gut informiert, da sie z.B. das Internet als Aufklärungsmedium nutzen und sich in Themenforen über die Wirksamkeit bestimmter Behandlungsformen austauschen. Daraus ergibt sich aber das Problem, dass es besonders für Laien schwierig ist, seriöse Informationen von weniger seriösen zu unterscheiden. Daher müssen ÄrztInnen vermehrt auch über alternativmedizinische und komplementäre Heilmethoden Bescheid wissen, um eine sachkundige und objektive PatientInnenberatung durchführen zu können.

In Österreich bieten bereits viele Krankenhäuser besonders im frauenheilkundlichen Bereich komplementäre Behandlungsmethoden an. Die weiteste Verbreitung findet dabei die Akupunktur, die zur Schmerztherapie ebenso eingesetzt wird wie zur Geburtsvorbereitung. Zweithäufigste Methode im Bereich der Frauenheilkunde ist die Homöopathie.

Im Bereich der Geburtshilfe ist die Homöopathie als Behandlungsmethode aus folgenden Gründen problemlos in den Klinikalltag integrierbar:

- Homöopathie wird von den Patientinnen sehr gut angenommen.
- Klassische Homöopathie gilt als Alternative bei für Schwangere problematischen Therapien (Schmerzbehandlung, Hyperemesis, Allergien, rezidivierende vulvovaginale Infekte,...).
- Homöopathie vermag Nebenwirkungen mancher Medikamente und Therapien (Chemo-, Strahlentherapie) zu mildern.
- Die Patientinnenzufriedenheit steigt stark, da Frauen den ganzheitlichen, individuellen Behandlungsansatz schätzen.
- Die Kosten einer homöopathischen Behandlung sind geringer als bei vielen anderen Behandlungen, da kein Bedarf an medizinischen Geräten oder assistierendem Pflegepersonal besteht.

Integration klassischer Homöopathie in den Spitalsalltag

Die Arbeit der homöopathischen Ambulanzen zeigt, dass die klassische Homöopathie als seriöse Heilmethode gut in den Krankenhausbereich integrierbar ist. Das ärztliche Personal, das in diesem Bereich arbeitet, hat zusätzlich zur medizinischen Ausbildung eine fundierte Ausbildung auf dem Gebiet der klassischen Homöopathie. Das Angebot wird von PatientInnen und ÄrztInnen als Zusatzangebot hoch geschätzt. Die Bedeutung der Forschung zur Objektivierung der homöopathisch-medizinischen Therapieerfolge wird als ein wesentliches Qualitätsmerkmal betont.

Da viele PatientInnen nicht über die finanziellen Möglichkeiten verfügen, privat die Arztkosten eines/einer HomöopathIn zu bezahlen, wäre es wichtig, Frauen eine homöopathische Behandlung zukommen zu lassen, die unter kontrollierten Bedingungen von hoch qualifizierten homöopathischen ÄrztInnen an Krankenhäusern ohne Zusatzkosten für die Patientin durchgeführt wird.

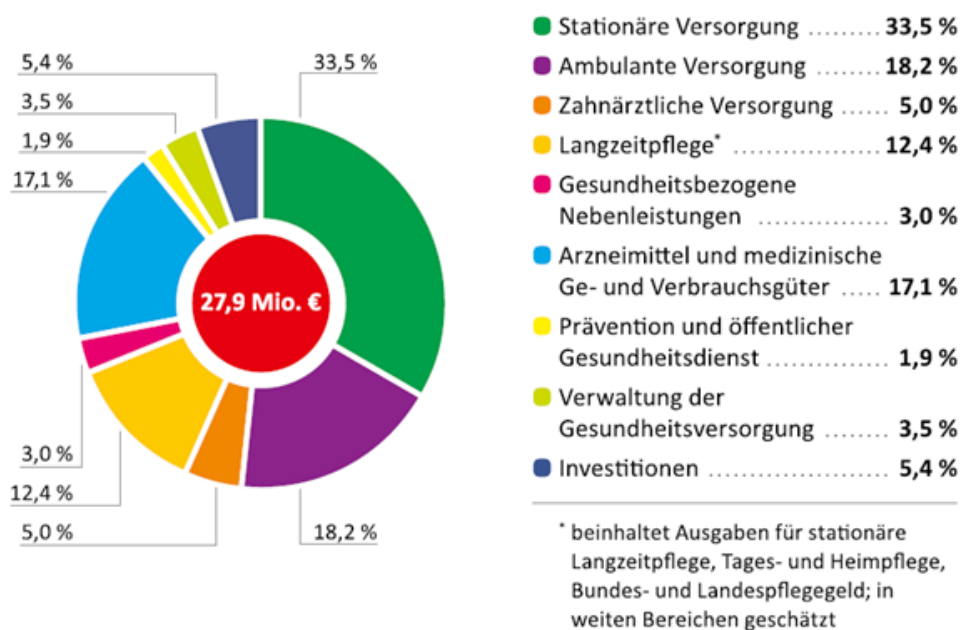
5. Prävention und Gesundheitsförderung

Mag.^a Sonja Kodelitsch MSc., Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

Viktoria Sageder, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

Das Gesundheitssystem finanziert sich durch Beiträge aus einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträgen (13,2 Mrd. Euro im Jahr 2007), aus steuerfinanzierten öffentlichen Geldern und aus privaten Zuzahlungen (direkte und indirekte Kostenbeteiligungen).¹²³ Die Gesundheitsausgaben nach SHA („System of Health Accounts“) setzen sich aus den laufenden Gesundheitsausgaben und den Investitionen im Gesundheitsbereich zusammen. Im Jahre 2008 betragen die Gesundheitsausgaben in Österreich laut SHA 29,5 Mrd. Euro. Davon entfielen 28,0 Mrd. Euro auf die laufenden Gesundheitsausgaben, und 1,5 Mrd. Euro wurden für Investitionen im Gesundheitsbereich ausgegeben. Durchschnittlich sind die Gesundheitsausgaben zwischen 1990 und 2008 jährlich um 5,5% gestiegen. Von 2007 auf 2008 sind die Gesundheitsausgaben von 27,9 Mrd. Euro um 1,6 Mrd. Euro auf 29,5 Mrd. Euro gestiegen – das entspricht einer Steigerung von 5,8% und einer Summe von € 3.360,- pro Kopf. Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist zwischen 2007 und 2008 um 4,1% gewachsen. Durch den Rückgang der Wachstumsrate des BIP verschiebt sich der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP im Vergleich zum Vorjahr, bei gleichbleibender Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben. 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.¹²⁴

Abbildung 119: Verteilung der Gesundheitsausgaben nach Sektoren, 2007

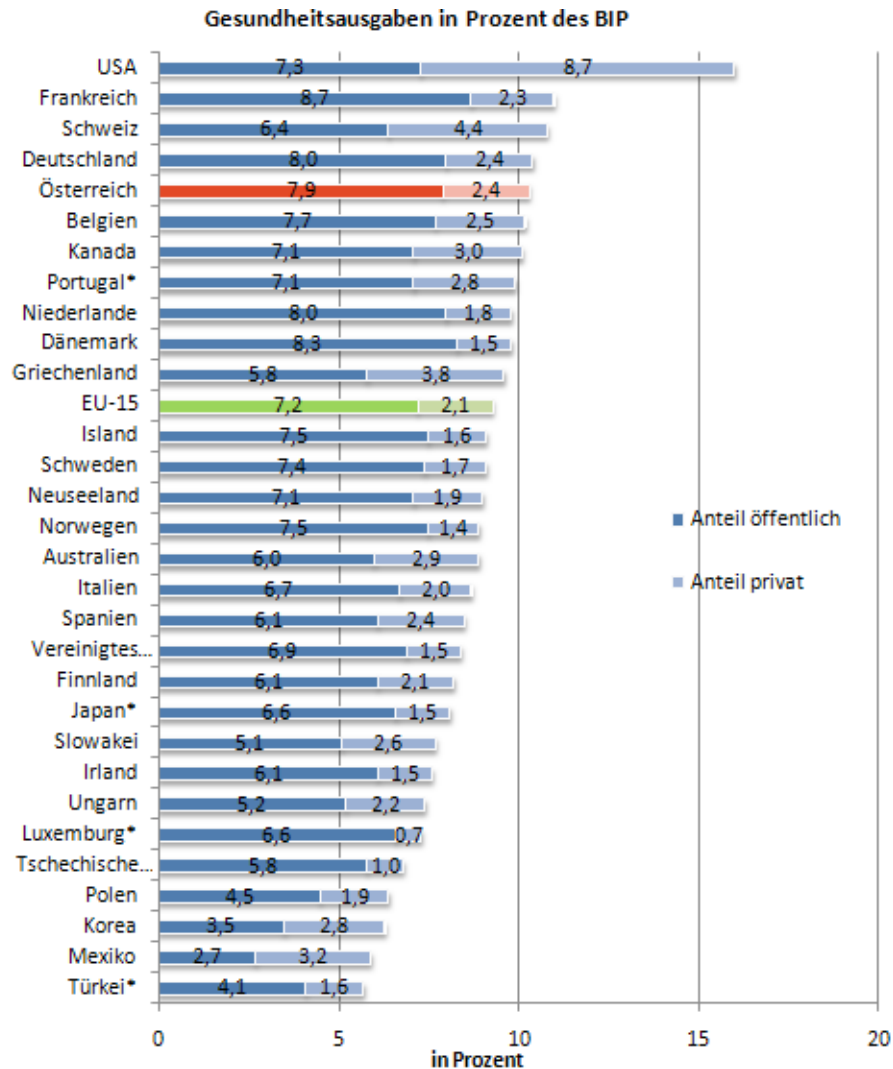


Quelle: Bundesministerium für Gesundheit: Das österreichische Gesundheitssystem. Zahlen-Daten-Fakten. Wien 2010, S 19

123 Bundesministerium für Gesundheit, 2010, Das Österreichische Gesundheitssystem. Zahlen – Daten – Fakten, S. 18
 124 Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html#index1, (dl 28.08.2010)

Im europäischen Vergleich lag Österreich 2007 bei den Gesundheitsausgaben in Bezug auf das Bruttoinlandsprodukt an dritter Stelle.

Abbildung 120: Öffentliche und private Ausgaben im internationalen Vergleich 2007



Quelle: OECD, 2010, *Werte aus 2006 oder letztes verfügbares Jahr

Der Begriff ‚Prävention‘ kam in der Sozialmedizin im 19. Jahrhundert in der Diskussion um soziale Hygiene und Volksgesundheit auf. ‚Gesundheitsförderung‘ ist erheblich jünger und stammt aus diversen Debatten der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Sie inkludiert neben bevölkerungsmedizinischen Indikatoren auch ökonomische, politische, kulturelle und soziale Aspekte. Etabliert wurde dieser Begriff 1986 nach der WHO-Konferenz in Ottawa.

Beide Bezeichnungen beschreiben gezielte öffentliche und/oder professionelle Formen von Interventionen gegen sich abzeichnende Entwicklungen. Prävention steht auf der Krankheitsseite und ist auf Krankheitsvermeidung ausgerichtet. Gesundheitsförderung hingegen steht auf der Seite der Gesundheit, um die Ressourcen und Potentiale für Gesundheit zu stärken. Prävention und Gesundheitsförderung werden als die effektivsten Wege beschrieben, mit chronischen Krankheiten der heutigen Zeit - wie koronare Herzkrankheiten, Krebs, chronische Rückenschmerzen und Depression - fertig zu werden. Trotz aller Erkenntnisse und Daten fällt der Großteil der Gesundheitsausgaben der westlichen Gesellschaften auf die kurativen Dienste (Krankenhäuser, ÄrztInnen, Pharmazie). 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.¹²⁵

5.1 Prävention

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 der Entwicklung und Verlaufsstadien von Krankheitsgeschehen. Die Interventionen der Krankheitsprävention werden laut dem Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswissenschaftler Klaus Hurrelmann basierend auf Eintrittswahrscheinlichkeiten für unerwünschte Ereignisse festgelegt; es wird versucht, auf die Dynamik der Pathogenese einzugreifen (die daraufhin einen anderen Verlauf nimmt). Dem Adressaten der Intervention kann jedoch keine Garantie gegeben werden. Der Gesundheitsgewinn entsteht durch den Abbau bzw. das Zurückdrängen der Risikofaktoren. Die drei Gruppen von Risikofaktoren sind genetische, physiologische und psychologische Dispositionen, behaviorale Dispositionen bzw. Verhaltensweisen und regionale, umweltbezogene Dispositionen, die im weiteren Verlauf zu Krankheiten führen können.¹²⁶

Prävention kann nach dem Zeitpunkt der Intervention eingeteilt werden:

Primärprävention setzt Interventionen zur Verhinderung des Neuauftritts von Krankheiten, d. h. sie zielt auf die Eindämmung bzw. Ausschaltung von Krankheitsursachen (z.B. schulische Tabakprävention) oder auf die Stärkung von Abwehrmechanismen (z.B. Impfen) ab. Sie richtet sich an Gesunde bzw. an Personen ohne manifeste Symptome einer Krankheit. Ziel ist somit die Senkung der Inzidenz.

Die Diskussion, Primärprävention mit Gesundheitsförderung gleichzusetzen, gründet darauf, dass beide die Lebensstile sowie die gesundheitsfördernde und krankheitsmindernde Umwelt in den Vordergrund rücken.

Die Maßnahmen der **Sekundärprävention** dienen der Krankheitsfrüherkennung und -eindämmung. Der pathogenetische Prozess hat bei den Betroffenen begonnen, ist allerdings meist noch nicht wahrnehmbar. Die Adressaten sind Personen, die als Gesunde oder Symptomlose an der Maßnahme teilnehmen (z.B. Mammografie, Suchtprogramme für Jugendliche, die bereits Drogen konsumieren), durch die Diagnostik allerdings zu PatientInnen oder KlientInnen werden (können).

Tertiärprävention richtet sich an Personen, bei denen sich die Krankheit bzw. der unerwünschte Zustand bereits manifestiert hat, deren/dessen Konsequenzen und Folgeschäden gemildert bzw. vermieden werden sollen, wobei auch entsprechenden Rückfällen vorgebeugt werden soll.¹²⁷

In der Prävention finden sich einerseits universelle Strategien, die sich an die Gesamtbevölkerung wenden, sowie auch zielgruppenspezifische (selektive) Programme, die auf definierte Segmente der Bevölkerung abzielen – eingeteilt z.B. nach soziodemografischen (Geschlecht, Alter) oder soziokulturellen Merkmalen (RaucherInnen, SchülerInnen).

Eine weitere Möglichkeit ist die Einteilung nach dem Präventions-Ansatzpunkt. Verhaltensprävention versucht das individuelle Verhalten im Sinne einer gesundheitlichen Veränderung zu beeinflussen (z.B. Rauchen, Bewegungsarmut). 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).

Es gibt edukative und normativ-regulatorische Maßnahmen, sowie auch ökonomische Anreizsysteme bzw. Bestrafungssysteme.

125 Kodelitsch, 2008., S 9ff

126 Kodelitsch, 2008, S. 7f

127 Kodelitsch, 2008, S. 8ff nach Hurrelmann et al.

5.2 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.¹²⁸

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 (z.B. Verbesserung der Bedingungen am Arbeitsplatz und der sozio-ökonomischen Lebenslage),
- Umweltfaktoren (z.B. Luft-, Wasserqualität, soziale Netzwerke),
- Faktoren des Lebensstils (z.B. Ernährung, Bewegung, Entspannung, Drogenkonsum),
- psychologische Faktoren (z.B. Selbstwirksamkeit, Eigenverantwortung) und
- Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen und Institutionen (z.B. Versorgungseinrichtungen, Bildungs- und Sozialeinrichtungen, Freizeitorganisationen).¹²⁹

Wie bereits erwähnt hat der Begriff der Gesundheitsförderung seine Wurzeln in der WHO-Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung von 1986.¹³⁰

Der Settingansatz bildet die Kernstrategie der WHO-Programme zur Gesundheitsförderung. „Setting“ ist der Schauplatz, an dem die Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen: sie wohnen in Gemeinden/Städten, gehen zur Schule oder an ihren Arbeitsplatz. Im Setting-Ansatz richten sich die Interventionen nicht direkt an einzelne Individuen, sondern an die sozialen Gefüge (regionaler oder sozialer Bezug). Im Setting soll die Beteiligungschance der Bevölkerung(sgruppe) erhöht werden, um die Rahmenbedingungen aktiv mitgestalten zu können. Krankheit und Gesundheit können im sozialen System stark geprägt werden, da diese Einfluss auf psychologische und biologische Systeme haben.¹³¹

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.

5.3 Prävention und Gesundheitsförderung in der Gesundheitsversorgung in Österreich

In Österreich sind Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention Themen von zentraler Bedeutung. Den Menschen nicht nur ein längeres Leben zu ermöglichen, sondern diese Lebensjahre auch in besserer subjektiver Lebensqualität zu verbringen, ist das Ziel! Neben den kurativen (medizinischen) Leistungen, gewinnen Prävention und Gesundheitsförderung immer mehr an Bedeutung. Allen Menschen soll - unabhängig von Einkommen und Vermögen - die bestmögliche Gesundheitsversorgung geboten werden.¹³²

128 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001

129 Kodelitsch, 2008, S. 110ff

130 Auf der offiziellen Internetseite der WHO befindet sich die WHO-autorisierte Übersetzung der Ottawa-Charta durch Hildebrandt und Kickbusch: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German. (Eine inhaltliche Beschreibung erfolgt in diesem Bericht nicht.), (dl 25.09.2010)

131 Kodelitsch, 2008, S. 111ff

132 Bundesministerium für Gesundheit, 2010, Das österreichische Gesundheitssystem. Zahlen-Daten-Fakten, S 24f

5.3.1 Gesundheitsförderung und Prävention im öffentlichen Gesundheitsdienst

Die Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes werden hauptsächlich von den AmtsärztInnen der Bezirksverwaltungsbehörden wahrgenommen. Zum primären Sektor zählt die ambulante Versorgung, zum sekundären Sektor die Versorgung in Krankenanstalten und zum tertiären Sektor zählen Rehabilitation und Pflege.

Prävention und Gesundheitsförderung werden als öffentliche Aufgaben ernst- und wahrgenommen und sind als Querschnittsmaterie zu sehen. Insbesondere der Bereich Vorsorgeuntersuchung und Beratung ist hier herauszustreichen: u.a. Mutter-Kind-Pass, Schulärztlicher Dienst und Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene. Seit 1992 ist die Gesundheitsförderung in den gesetzlichen Auftrag der Krankenversicherung einbezogen. Dadurch soll die Rolle der Krankenkassen im Bereich der Prävention gestärkt werden und ihre Bedeutung im Rahmen der öffentlichen Gesundheitspolitik unterstrichen werden.

Von Seiten der Länder stehen öffentliche Subventionen zur Verfügung, die nach bestimmten (bundesländer-spezifischen) Kriterien für Gesundheitsförderungsförderungsprojekte an Institutionen und Vereine vergeben werden können. Auf der Ebene des Bundes bildet das Gesundheitsförderungsgesetz (GfG, BGBl. I Nr. 51/1998) die rechtliche Grundlage.

5.3.2 Gesundheitsförderungsgesetz

Das 1998 verabschiedete Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information (Gesundheitsförderungsgesetz – Gfg) orientiert sich an der Ottawa-Charta der WHO (1986), die sich als fachliches Rahmenkonzept für Gesundheitsförderung bewährt hat, und hat folgende zentrale Zielsetzungen zum Gegenstand:¹³³

- Erhalt, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens;
- Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten sowie über die die Gesundheit beeinflussenden seelischen, geistigen und sozialen Faktoren.

Die Regierung hat sich auf folgende sechs Handlungsbereiche geeinigt:

- Strukturaufbau zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, unter Berücksichtigung und Einbindung bestehender Strukturen und Einrichtungen;
- Entwicklung und Vergabe der Umsetzung von bevölkerungsnahen, kontextbezogenen Programmen und Aktionen in Gemeinden, Städten, Schulen, Betrieben und im öffentlichen Gesundheitswesen;
- Entwicklung zielgruppenspezifischer Informations- und Beratungsprogramme zur Promotion eines gesunden Lebensstils, zur Krankheitsprävention und zum Umgang mit chronischen Krankheiten und Krisensituationen;
- Erarbeitung wissenschaftlicher Programme zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, sowie der Epidemiologie, Evaluation und Qualitätssicherung in diesem Bereich;
- Förderung der Fortbildung von Personen, die in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention tätig sind;
- Abstimmung der Maßnahmen und Initiativen mit bestehenden Aktivitäten.

Beauftragt mit der Durchführung von Maßnahmen und Initiativen im Sinne des Bundesgesetzes wird der gemeinnützige „Fonds Gesundes Österreich“ mit Sitz in Wien (Fonds im Sinne der Bundes-Stiftungs- und Fondsgesetzes BGBl. Nr. 11/1975 in der jeweils geltenden Fassung). Die Finanzierung erfolgt aus dem Umsatzsteueraufkommen der Republik.

133 Regierungsvorlage zum Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information, <http://www.fgoe.org/der-fonds/organisation/g-foerderungsgesetz>, (dl 22.09.2005)

5.3.3 Der Fonds Gesundes Österreich

Aufgabe dieses Fonds ist die Aufklärung der Bevölkerung und ein Bewusstsein für Prävention zu schaffen. Jährlich stehen hierzu 7,25 Millionen Euro an öffentlichen Mitteln zur Verfügung.

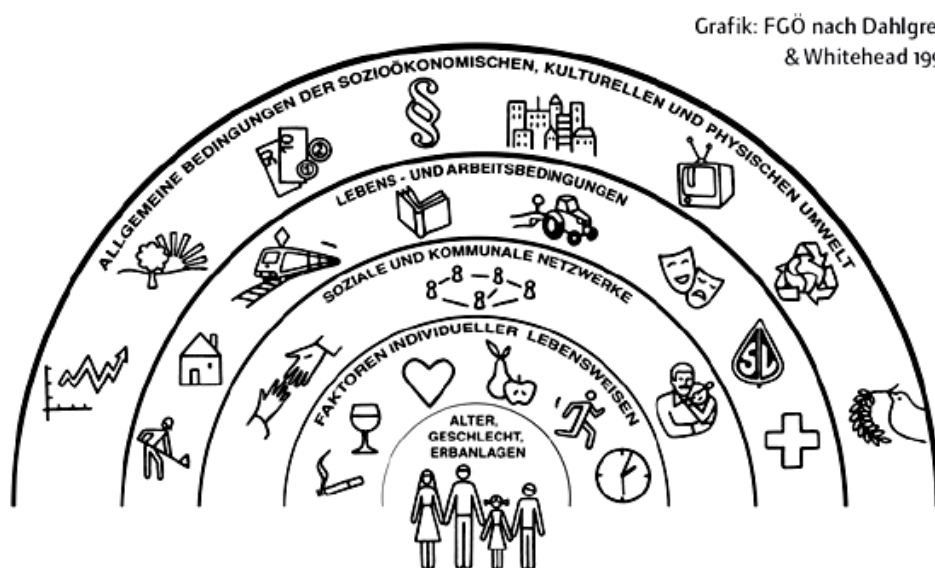
Der Fonds Gesundes Österreich versucht alle in Österreich lebenden Menschen über ein gesundes und aktives Leben zu informieren und dabei das Verhalten der Menschen in sechs Handlungsfeldern zu verändern:

- Bewegung
- Ernährung
- seelische Gesundheit
- Kinder und Jugendliche
- Menschen am Arbeitsplatz
- ältere Menschen

In diesen Bereichen versucht der Fonds, die Personen der jeweiligen Zielgruppen durch gezielte Programme und Förderungen zu einem gesunden und bewussten Leben zu motivieren und das dazu entsprechende Verhalten im Alltag zu verankern.¹³⁴

Maßgeblich für die Arbeit des Fonds ist das sogenannte Konzept der Gesundheitsdeterminanten - Einflüsse, welche angeben, was sich positiv oder negativ auf die Gesundheit auswirken kann. Diese Determinanten helfen dabei, zu erkennen, wie Gesundheit entsteht und in weiterer Folge erhalten werden kann. 1991 haben Dahlgren und Whitehead eine Grafik entwickelt, die die wichtigsten Gesundheitsdeterminanten und deren Aufbau illustriert. Die folgende Grafik zeigt die Einflussbereiche auf die Gesundheit der Menschen:

Abbildung 121: Einflussbereiche auf die Gesundheit der Menschen



Quelle: Fonds Gesundes Österreich: Arbeitsprogramm 2010. Wien, 2009. Seite 12

Der Fonds Gesundes Österreich achtet bei seiner Arbeit auf eine zielgruppengerechte Tätigkeit, da die Ressourcen und Gesundheitschancen in Österreich unterschiedlich verteilt sind. Dabei wird auf die sich unterscheidenden Ausgangsbedingungen und Lebensweisen geachtet. Die drei Hauptkomponenten sind hier Alter, Geschlecht und sozialer Status, aus welchen die Zielgruppen der älteren Menschen und sozial benachteiligten Personen sowie der zu bearbeitende Themenbereich Gender entstehen.

134 FGÖ, <http://www.fgoe.org/der-fonds>, (aktualisiert am 22.09.2005)

5.3.4 Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Mit einem Bundesgesetz, fixiert am 1. August 2006, wurde der FGÖ in die Gesundheit Österreich GmbH eingegliedert. Diese gilt als nationales Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen und als nationale Kompetenz- und Förderstelle für die Gesundheitsförderung. Die beiden anderen Geschäftsbereiche der GÖG sind das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) und das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG). Ziel der Gründung der GÖG waren eine koordinierte und abgestimmte Strukturplanung, Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung und die Nutzung von Synergien im Gesundheitswesen. Alleingesellschafter der GÖG ist der Bund, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit.¹³⁵

5.3.5 Initiierte Netzwerke in Österreich

Das Netzwerken bzw. die Gründung und Unterstützung von Netzwerken ist eines der Prinzipien der Gesundheitsförderung. Im Jahr 1996 wurde in Österreich das „Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“ gegründet, gefolgt vom „Österreichischen Netzwerk Betrieblicher Gesundheitsförderung“ im Jahr 2000.

Das Netzwerk „Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“ (ONGKG) ist ein Subnetzwerk des WHO-gegründeten „Health Promoting Hospitals and Health Services“ (HPH) und als Verein organisiert. Das Netzwerk unterstützt Krankenanstalten und Gesundheitseinrichtungen in der Weiterentwicklung von gesundheitsfördernden Strukturen und Prozessen, die PatientInnen, MitarbeiterInnen und der Bevölkerung im Einzugsgebiet zu Gute kommen. Vernetzung mit anderen GesundheitsakteurInnen ist dabei ein Schwerpunkt – österreichweit und international. Aktuell verfügt das Netzwerk über 24 Mitgliederorganisationen, zwei fördernde Mitglieder (die den Vorstandsvorsitzenden stellen) und 800 internationale HPH-PartnerInnen auf allen Kontinenten. Die Projekte und Maßnahmen, die in den Häusern der Mitgliederorganisationen umgesetzt werden, werden von Seiten des Netzwerks durch verschiedenste Instrumente unterstützt, und Know-how wird zur Verfügung gestellt. Nähere Informationen auf www.ongkg.at

Das Netzwerk „Betriebliche Gesundheitsförderung“ unterstützt Betriebe auf ihrem Weg zu mehr qualitativer Gesundheitsförderung für ihre MitarbeiterInnen, unter der Einhaltung wichtiger Prinzipien. Immer mehr Unternehmen sind von der Wichtigkeit der Maßnahmen auf der Verhältnis- wie auch auf der Verhaltensebene überzeugt. Die Motivation seitens des Netzwerks funktioniert in drei Schritten: die BGF-Charta, das BGF-Gütesiegel und die Einreichung des Projekts zu einer Preisverleihung. In allen Projektphasen können die Betriebe durch verschiedene Instrumente Unterstützung erhalten und sich von den Regionalstellen beraten lassen. Nähere Infos auf www.netzwerk-bgf.at

2006 entschied sich der Bund dafür, eine nationale Stelle des „Europäischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen“ zu gründen, um die Gestaltung der Schule als gesundheitsfördernden Arbeits- und Lernort voran zu treiben.¹³⁶

Im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung gibt es die Netzwerke „Gesunde Stadt“ und „Gesunde Gemeinde“. Beide entsprechen dem Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung und unterstützen Interventionen für die Bevölkerung und für mehr Gesundheit.

5.3.6 Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR)

Das LBI HPR ist ein nationales Forschungsprogramm und untersucht den Zusammenhang zwischen organisierten Lebenswelten und Gesundheit. Gemeinsam mit der Universität Wien, Bielefeld und Edinburgh, dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Unterricht, dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger, der Gesundheit Österreich GmbH, dem Fonds Gesundes Österreich und der Stadt Wien wird anwendungsorientierte Grundlagenforschung im Bereich Gesundheitsförderung auf höchstem

135 GÖG, 2006: <http://www.goeg.at>

136 Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, http://www.bmukk.gv.at/schulen/pwi/init/gesundheitsfoerderung_schule.xml, (dl 25.09.2010)

Niveau umgesetzt. Das LBI besteht für sieben Jahre und wird von Seiten der Ludwig Boltzmann Gesellschaft unterstützt. Das 32-köpfige ForscherInnen-Team ist interdisziplinär zusammengesetzt: ForscherInnen der Soziologie, Psychologie, Erziehungswissenschaft, Politologie, Ernährungswissenschaft, Linguistik, Ergotherapie, Statistik, Public Health- und Kommunikationswissenschaft. Die drei hauptsächlich beforschten Settings der Gesundheitsförderung sind Schule, Krankenhaus und Einrichtungen der Langzeitbetreuung. Ziel ist die Ausarbeitung von Strategien und Konzepten für diese Organisationen (Lebensräume). Darüber hinaus werden setting-übergreifende Ansätze erforscht und spezifische Fragen der Evaluation bearbeitet. Nähere Informationen auf: <http://lbiopr.lbg.ac.at>

5.3.7 Nationaler Aktionsplan Ernährung und FIT für Österreich

Aufgrund des hohen Anteils an Übergewichtigen (42 % der Erwachsenen!) und adipösen Personen (11 % der übergewichtigen Erwachsenen) wurde im Februar 2010 der nationale Aktionsplan Ernährung konzipiert, der das Thema gesunde Ernährung im Bewusstsein der österreichischen Bevölkerung verankern soll.¹³⁷ Ende des Jahres 2010 wird der Aktionsplan veröffentlicht.

Strategische Ziele sind die Steigerung von Gesundheit und Lebensqualität durch ein verbessertes Ernährungsverhalten, der Abbau von gesundheitlichen Ungleichheiten und ein verbesserter Zugang zu gesunder Ernährung für alle. Die inhaltlichen Ziele betreffen die Senkung der Häufigkeit von ernährungs- und lebensstilassozierten Erkrankungen und deren Risikofaktoren, die Verminderung der Zahl an übergewichtigen und adipösen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen und die Verbesserung der Ernährung der österreichischen Bevölkerung im Hinblick auf Ernährungsziele (bis 2020). Ernährungswissenschaftliche Empfehlungen werden als Basis herangezogen. Eine Nationale Ernährungskommission (NEK), bestehend aus VertreterInnen der Ministerien für Gesundheit und Unterricht, Kunst, Kultur, Institutionen der Gesundheitsförderungen, VertreterInnen der Länder, des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger und der Berufsverbände, FachexpertInnen und weiteren Personen, wird einberufen, um eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu fördern.¹³⁸

In folgende zentrale Aktionsfelder werden die Maßnahmen zusammengefasst:

- Stärkung des Bereichs Ernährung im Gesundheitswesen und im öffentlichen Betrieb
- Durchführung integrierter Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention von ernährungs- und lebensstilassozierten Erkrankungen
- Ausbau der Datenbasis zur evidenzbasierten Vorgehensweise und Qualitätskontrolle
- Förderung von Netzwerken auf lokaler, regionaler, nationaler und internationaler Ebene

Um den negativen Konsequenzen von Bewegungsmangel zu entgegnen, fördert das Gesundheitsministerium die Aktion „Fit für Österreich“. Im Rahmen dieser Aktion sollen die Bevölkerung zu mehr körperlicher Aktivität und Sport motiviert, sowie Vereine mit Qualitätssiegeln ausgezeichnet werden. Nähere Infos auf: www.fitfueroesterreich.at

5.3.8 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

137 Bundesministerium für Gesundheit, 2010, Das Österreichische Gesundheitssystem. Zahlen – Daten – Fakten, S 27.

138 Bundesministerium für Gesundheit, http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/5/0/3/CH0525/CMS1264667132176/nape_final_26_01.pdf, S 14ff (Konsultationsentwurf), (dl 27.09.2010)

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 Kindergärten und Schule.¹³⁹

5.3.9 Geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung und Prävention

Die Ottawa-Charta der WHO von 1986 betont die Förderung der Chancengleichheit der Geschlechter im Gesundheitsbereich. Durch unterschiedliche Lebenserwartungen, Krankheitsbilder sowie Schwangerschaften und Geburten ist es notwendig, den Genderaspekt mit einzubeziehen, um dadurch auf die jeweiligen Bedürfnisse eingehen zu können. Die Arbeit im Bereich „Gender Mainstreaming“ ist nicht nur als weiterer Schritt in Richtung Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern, sondern auch als Notwendigkeit der Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung und Prävention zu sehen.¹⁴⁰

In der Gesundheitsförderung und Prävention muss auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Geschlechter - ob nun im Bereich der Pflege oder bei den Behandlungsmöglichkeiten etc. - eingegangen bzw. müssen diese berücksichtigt werden. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der jeweiligen Zielgruppe müssen erkannt und auf theoretischer wie auch auf praktischer Ebene einbezogen werden, um eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung garantieren zu können.

Tabelle 117: 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, ...

139 Bundesministerium für Gesundheit, http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Eltern_und_Kind/Kindergesundheitsdialog, (dl 15.01.2011)

140 Fonds Gesundes Österreich, 2009, Arbeitsprogramm 2010, S. 10ff

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, 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 Alteneinrichtungen, ...
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 2005/2006

5.3.10 Exkurs: Gesundes Altern

Frauen sind im Alter mehr gefährdet, zu verarmen als Männer. Auch die Lebenserwartung der Frau ist höher, wobei ein höheres Alter häufig mit stärkeren Behinderungen gekoppelt ist. Insbesondere diesem Aspekt muss bei der Planung der Maßnahmen Rechnung getragen werden.¹⁴¹ Österreich hat auf politischer Ebene kein eigenes Konzept zur Gesundheitsförderung in Bezug auf gesundes Altern. Einzelne Institutionen greifen dieses Thema allerdings auf und arbeiten damit. Um in Österreich eine Strategie entwickeln und ein ganzheitliches Konzept der Gesundheitsförderung und Prävention entwickeln zu können, ist es erforderlich, dass Politik, Wissenschaft und das praktische Gesundheitswesen zusammenarbeiten. Mögliche Ansatzpunkte könnten dabei ein Gesundheitsförderungsgesetz sein, welches alle gesellschaftlichen Ebenen einbezieht und die Qualität und Durchführung der Förderung sicherstellt, sowie die Einführung von Gesundheitsprogrammen für

die Zielgruppe älterer Menschen, speziell auch für weibliche Patienten. Des Weiteren sollte die Forschung gestärkt werden, die sich beispielsweise damit befasst, wie älteren Menschen ein gesunder und aktiver Lebensstil näher gebracht werden kann.¹⁴²

5.4 Maßnahmen zur Früherkennung

5.4.1 Vorsorgeuntersuchungen

Mag.^a Martha Scholz, Soziologin, Frauengesundheitszentrum Wels, PGA

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. Primärprävention durch Hilfestellung und Unterstützung hinsichtlich der Reduktion eines Risikos erhalten Personen mit entdeckten Risikofaktoren. Sekundärprävention erhalten Personen mit entdeckter Erkrankung im Frühstadium. Dies umfasst therapeutische Maßnahmen zur Verminderung oder Vermeidung des Fortschreitens der Krankheit oder von deren Komplikationen.

Die allgemeinen Ziele einer Vorsorgeuntersuchung sind klar definiert. Aus der Sicht des öffentlichen Gesundheitswesens zählen dazu

- Verhinderung von Krankheit;
- Verhinderung von Risikofaktoren;
- Früherkennung von Krankheit;
- Früherkennung von Risikofaktoren;
- Verbesserung der Lebensqualität;
- Erhöhung der Lebenserwartung durch Früherkennung - Senkung der Mortalität;
- Erhöhung der Gesundheitserwartung - Herabsetzung der Morbidität;
- Erhöhen der Chancen für ein gesünderes Älterwerden und damit Senkung des frühzeitigen Pflegebedarfs und von Langzeitpflege.

Ziele aus Sicht der teilnehmenden Menschen:

1. Bild über den eigenen Gesundheitszustand;
2. Früherkennung von schweren Erkrankungen, die noch rechtzeitig behandelt werden können, wenn die Therapien noch nicht einschneidend und weit reichend sind;
3. Motivation für einen gesünderen Lebensstil;
4. Überprüfung der bereits durchgeführten Maßnahmen aufgrund der Ergebnisse einer früheren Gesundheitsuntersuchung;
5. verbesserte Chancen für ein gesundes Älterwerden;
6. Empowerment: Die Menschen sollen in die Lage versetzt werden, eigenverantwortlich zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und Lebenserwartung beizutragen.¹⁴³

Für Frauen gibt es im Speziellen die gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen:

- Zervixkarzinom (Gebärmutterhals-Krebs)- PAP-Abstrich zur Früherkennung ab 18 Jahren

142 Ebd., S. 15ff

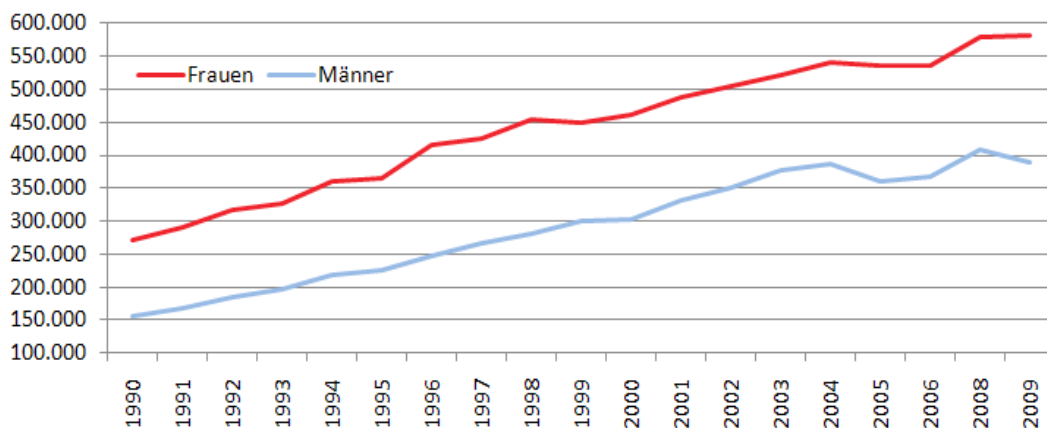
143 Zit.n. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2005, S. 8

- Mamma-Karzinom (Brustkrebs) – Erhebung der Familienanamnese, Mammographie, ärztliche Beratung. Die röntgenologische Untersuchung der Brüste wird für Frauen ab dem 40. Lebensjahr angeboten und kann alle zwei Jahre durchgeführt werden.¹⁴⁴

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)¹⁴⁵. Im Vergleich der Bundesländer zeigt die Häufigkeit der durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen einen besonders hohen Anstieg in Wien, der sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern fast verdoppelte, gefolgt von Oberösterreich und von der Steiermark. Da es laut dem Hauptverband in den Jahren 2006 bis 2008 im Bundesland Wien zu Doppelerfassungen kam, ist eine sinnvolle Interpretation des Verlaufs der Frequenzen nicht möglich. Die anteilmäßige Inanspruchnahme der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung war (wie auch in den Jahren 2007 und 2008) im Burgenland am höchsten, gefolgt von Tirol und Kärnten. Geschlechtsspezifisch zeigt sich hier ein analoges Bild. Die niedrigste anteilmäßige Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2009 zeigte (wie auch in den beiden vorhergehenden Jahren) das Bundesland Niederösterreich. Niederösterreich weist als einziges Bundesland einen Überhang der männlichen Zielgruppe auf.¹⁴⁶

Die altersspezifische Aufschlüsselung im Jahr 2009 zeigt in absoluten Zahlen zum ersten Mal die meisten Vorsorgeuntersuchungen bei der Gruppe der 45- bis 49-Jährigen, gefolgt von der Gruppe der 40- bis 44-Jährigen und der 50- bis 54-Jährigen. In den beiden Vorjahren waren die ersten beiden Plätze vertauscht. Die geringste Inanspruchnahme weist die Gruppe der 18- bis 24-Jährigen auf.

Abbildung 122: Vorsorgeuntersuchung seit 1990 bis 2009, absolut der Bevölkerung



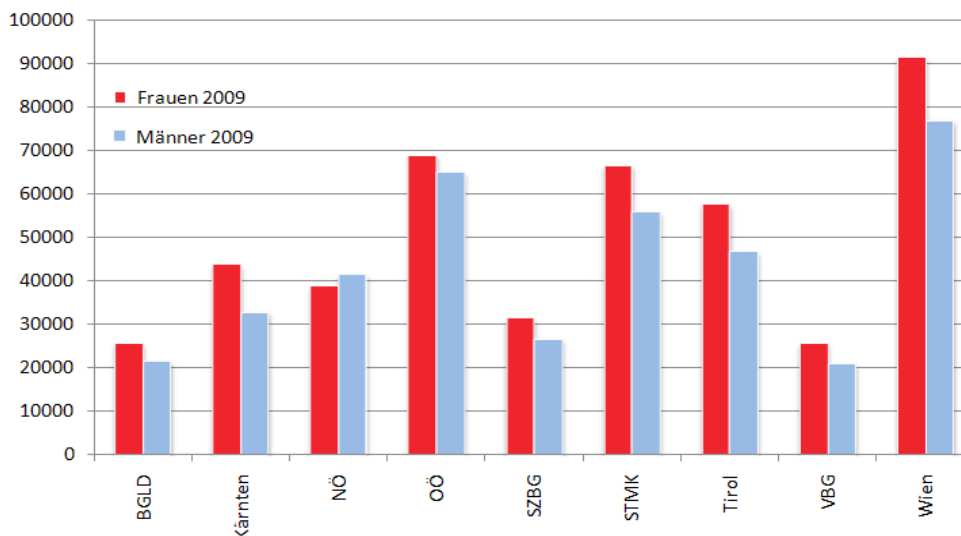
Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

144 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2005

145 Teilweise auf die nach unten korrigierten Frequenzen der allgemeinen Untersuchungen für das Bundesland Wien erklärbar.

146 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2009, S. 27f

Abbildung 123: Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen 2009 nach Geschlecht und Bundesland



Quelle: Bericht des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, S. 27

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. Eine empirische Überprüfung der Wirkung der einzelnen Faktoren und ihrer Wechselwirkungen steht bisher weitgehend aus.¹⁴⁷

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.¹⁴⁸

Tabelle 118: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht 2009

Bundesland	Allg. Untersuchungsprogramm		
	F + M	Männer	Frauen
Österreich	839.360	388.604	450.756
Wien	168.563	77.025	91.538
Niederösterreich	80.515	41.578	38.937
Burgenland	47.438	21.674	25.764
Oberösterreich	134.040	65.024	69.016
Steiermark	122.658	55.968	66.690
Kärnten	76.708	32.873	43.835
Salzburg	58.208	26.712	31.496
Tirol	104.527	46.782	57.745
Vorarlberg	46.703	20.968	25.735

F= Frauen, M= Männer; das gynäkologische Untersuchungsprogramm bezieht sich auf Vorsorgeuntersuchung Neu; Quelle: Bericht des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger an das Bundesministerium für Gesundheit sowie an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz gemäß §447h (4) ASVG für das Jahr 2009

147 RKI, 2004

148 Information von Mag^a (FH) Elisabeth Fasching, Hauptverband der Sozialversicherungsträger

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.

Tabelle 119: Inanspruchnahme gynäkologischer Vorsorgeuntersuchungen im EU-15-Vergleich

Angaben in %	2002		Rangplatz 2002
	Ö	EU-15	
Mammographie	35,8	20,2	1
Selbstuntersuchung der Brust	43,8	27,6	3
Kontrolle der Ovarien	31,8	16,8	2
PAP-Abstrich	52,2	30,7	2
andere gynäkologische Kontrolle	33,9	20,1	2
Osteoporose	15,9	6,9	1
keine gynäkologische Kontrolle	25,1	43,4	2

Quelle: European Commission, 2003; S.3 (Eurobarometer 186/59.0)

5.4.2 Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs durch den PAP-Abstrich

Mag.^a Sylvia Groth MAS, Geschäftsführerin, Medizinsoziologin, Frauengesundheitszentrum, Graz

Frauen in Österreich haben kein hohes Risiko an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken oder zu sterben. Die Sterblichkeit konnte allerdings im letzten Jahrzehnt nur geringfügig gesenkt werden.¹⁴⁹ Um dieses Risiko weiter zu senken, sind konzertierte Anstrengungen notwendig.

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. Die Ergebnisse werden anhand eines Klassensystems kategorisiert. Diese Methode wird nach seinem griechischen Begründer Papanicolaou PAP-Abstrich benannt. Zur Effektivität der Untersuchung liegen allerdings keine prospektiven bevölkerungsbezogenen Studien vor. Die Annahme, dass die Sterblichkeit an Gebärmutterhalskrebs im Zusammenhang mit dem PAP-Abstrich zurück gegangen ist, erfolgte ausschließlich über ökologische Studien. Aus der Sicht der evidenzbasierten Medizin hat diese Studienart eine niedrige Evidenz, da mit diesem Studiendesign ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Früherkennung und Sterblichkeit nicht herzustellen ist. Dass die Wahrscheinlichkeit an Gebärmutterhalskrebs zu sterben abnahm, kann durch viele andere Faktoren bedingt sein, etwa durch veränderte Hygienestandards.

Sensitivität und Spezifität charakterisieren die Gültigkeit eines (Screening)Tests. Sie geben an, wie gut in einer Bevölkerung Kranke zutreffend als krank zu erkennen sind und wie gut Gesunde zutreffend als gesund zu erkennen sind. Die Sensitivität des PAP-Abstrichs liegt zwischen 60 und 80%, wobei die Sensitivität mit zunehmendem Grad an Bösartigkeit der Zellen steigt.¹⁵⁰ Das bedeutet, bei 60 bis 80 von 100 Frauen ist der PAP-Abstrich zutreffend. Bei 20 bis 40 von 100 Frauen ist das Ergebnis falsch-positiv: Eine Zellveränderung wurde fälschlicherweise angezeigt. Diese Wahrscheinlichkeit besteht besonders bei geringgradigen Zellveränderungen. Dies ist bei der Früherkennung mittels PAP-Abstrich der Fall. Hier sucht man nach frühen und daher geringgradigen Zellveränderungen. Die Spezifität, das Erkennen des Nichtvorhandenseins von geringgradigen Zellveränderungen, ist für den PAP-Abstrich mit über 90% sehr hoch. Das Fehlen von Zellveränderungen wird in 90 von 100 PAP-Abstrichen richtig erkannt.

149 Statistik Austria, 2010

150 Nanda, et al. 2000

Zellveränderungen, die im PAP-Abstrich festgestellt werden, können unterschiedliche Ursachen haben, etwa Entzündungen im Genitalbereich. Frauen sollten auf jeden Fall erst Entzündungen behandeln lassen, bevor sie einen PAP-Abstrich machen lassen. Auch wäre ein Abstrich um die Zeit des Eisprungs am aussagekräftigsten.

Festgestellte Zellveränderungen können falschen Alarm bedeuten. Dies passiert häufig, einerseits testbedingt wie vorher beschrieben, andererseits, weil in Österreich ein opportunistisches Screening erfolgt,¹⁵¹ das nicht durchgehend qualitätsgesichert ist. Beide Faktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit von falsch-positiven Befunden. Diese müssen abgeklärt werden. Unter nicht qualitätsgesicherten Bedingungen können solche Überdiagnosen (falsch-positive Ergebnisse) zu Übertherapien führen: Frauen werden behandelt, ohne dass dies notwendig gewesen wäre. Es gibt unterschiedliche Therapieverfahren. Die Konisation (Kegelschnitt aus dem Gebärmutterhals) ist ein Vorgehen, das im Einzelfall notwendig ist. Frauen mit Kinderwunsch können durch eine vorangegangene Konisation, die möglicherweise eine Übertherapie war, Probleme während ihrer Schwangerschaft bekommen, etwa eine Frühgeburt erleiden.

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.

Höhere Sensitivität hofft man in Österreich damit zu erreichen, dass Frauen einmal jährlich zum PAP-Abstrich eingeladen werden – also häufiger, als in anderen europäischen Ländern. Allerdings hat dies auch einen negativen Effekt: Aufgrund der häufigeren PAP-Abstriche sind statistisch auch mehr falsch-positive Befunde zu erwarten. Welche Frauen davon betroffen sind, kann niemand vorhersagen. Die Ergebnisse müssen auf jeden Fall abgeklärt werden. Das bedeutet für die betroffenen Frauen eine psychische Belastung und für die Gesundheitsversorgung finanzielle Kosten und Ressourcenbindung.¹⁵²

Fehlende Qualitätssicherung erhöht die Wahrscheinlichkeit von Überdiagnosen und -therapien. Qualitätssichernde Maßnahmen sind zuverlässige Abnahme der Zellen durch die GynäkologInnen und die zutreffende Beurteilung in den zytologischen Labors. Die Labors bemühen sich in den letzten Jahren verstärkt um freiwillige Selbstkontrollen. Krankenversicherungsträger – als VertreterInnen der Interessen ihrer Versicherten – sollten diese Qualitätssicherung gemeinsam mit ÄrztInnen und mit den Labors weiter vorantreiben.¹⁵³

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.¹⁵⁴

Die Anzahl der sexuell aktiven Frauen, die HPV-infiziert sind, unterliegt starken regionalen Schwankungen. Die Infektionen sind meist akut, nur weniger als 10 von 100 verlaufen chronisch.¹⁵⁵ Chronische Verläufe führen zu pathologischen Zellveränderungen, die sich allerdings wiederum bei über 90 von 100 der Frauen zurückbilden. Bei etwa zwei bis sechs von 100 der HPV-infizierten Frauen entwickelt sich innerhalb von drei Jahren aus einer niedriggradigen intraepithelialen Veränderung eine höhergradige.¹⁵⁶

151 Rásky, 2006

152 Raffle, et al. 2003; Welch, 2004

153 Raffle, et al. 1995; Rásky, 2006

154 U.S. Preventive Services Task Force, www.ahcpr.gov/clinic/3rduspstf/cervcan/cervcanrr.htm, (dl 13.09.2010)

155 Evander, et al. 1995

156 Woodman, et al. 2001

5.4.3 Mutter-Kind-Pass

Mag.^a Martha Scholz, Soziologin, Frauengesundheitszentrum Wels, PGA

Als Konsequenz der hohen Säuglingssterblichkeit Anfang der 1970er Jahre wurde in einer Novelle zum Familienlastenausgleichsgesetz vom Jänner 1974 die ausschließlich ärztliche Untersuchung von Schwangeren und Säuglingen für ganz Österreich durch die Mutter-Kind-Pass-Verordnung 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 mit dem ebenfalls neu eingeführten Kinderbetreuungsgeld in Kraft.¹⁵⁷

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.

Das Programm „Mutter-Kind-Pass“ beinhaltet folgende Schwangerenuntersuchungen und postnatale Untersuchungen des Kindes:

Tabelle 120: Mutter-Kind-Pass Untersuchungen

Mutter	Schwangerschaftswoche
gynäkologische Untersuchung + Anamnese + Laboruntersuchung	bis 16
gynäkologische Untersuchung + Interne Untersuchung	17-20
gynäkologische Untersuchung + Laboruntersuchung	25-28
gynäkologische Untersuchung	30-34
gynäkologische Untersuchung	35-38
Kind	Lebenswoche
kinderärztliche Untersuchung	1
Hüftultraschall	1
kinderärztliche Untersuchung + orthopädische Untersuchung	4-7
kinderärztliche Untersuchung	3-5
kinderärztliche Untersuchung + HNO	7-9
kinderärztliche Untersuchung + 1. Augenuntersuchung	10-14
kinderärztliche Untersuchung + 2. Augenuntersuchung	22-26
kinderärztliche Untersuchung	34-38
kinderärztliche Untersuchung	46-50
kinderärztliche Untersuchung	58-62

Quelle: Öffentliches Gesundheitsportal Österreich, https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Mutter_Kind_Pass_Untersuchungen_fuer_Kinder_HK.html, (dl 28.08.2010)

Die pränatalen Untersuchungen sowie die Untersuchungen bis zum 14. Lebensmonat des Kindes sind Voraussetzung für die Gewährung des Kinderbetreuungsgeldes.

Seit 01.01.2010 gibt es eine Neuerung im Mutter-Kind-Pass-Programm. Es wurde um folgende Untersuchungen erweitert:

Durch eine Ultraschalluntersuchung in der 8.-12. SSW kann sowohl der Entwicklungsstand des ungeborenen Kindes als auch die Tatsache festgestellt werden, ob eine Mehrlingsschwangerschaft vorliegt. Außerdem kann durch diese Untersuchung der voraussichtliche Geburtstermin festgelegt werden.

Bis zum Ende der 16. SSW ist ein HIV-Test vorgesehen, da bei einer bestehenden HIV-Erkrankung der Mutter diese auf den Fötus übertragen werden könnte. Eine weitere Neuerung ist der orale Glukosetoleranztest, oder auch Zuckerbelastungstest. Dieser Test wird in der 25.-28. SSW durchgeführt, um einen möglichen Schwangerschaftsdiabetes feststellen zu können.¹⁵⁸

Das Mutter-Kind-Pass-Verfahren ist in Abschnitt 9, §35 des KBGG geregelt. Die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen können bei VertragsärztInnen der Sozialversicherung kostenlos durchgeführt werden. Frauen, die nicht in Österreich krankenversichert sind, haben die Möglichkeit, bei der Krankenkasse, die für ihren Wohnort zuständig ist, einen Ersatzkrankenschein anzufordern. Die Kosten für die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen übernehmen zu zwei Drittel der Bund und zu einem Drittel der Krankenversicherungsträger. Für Frauen ohne Krankenversicherung trägt der Bund die Kosten zur Gänze.¹⁵⁹

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wird im Zeitraum von April 2010 bis März 2011 das Konzept des Mutter-Kind-Passes, durch das Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, evaluiert. Das bestehende System wird in seiner Tiefe und Breite hinterfragt, international verglichen und hinsichtlich Evidenzbasierung geprüft, mit dem Ziel einer Neuorientierung und Anpassung an einen geänderten Bedarf.¹⁶⁰

158 Bundesministerium für Gesundheit, Mutter-Kind-Pass, <http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0775&doc=CMS1173182087816>, (dl 02.08.2010)

159 Öffentliches Gesundheitsportal Österreich, https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Mutter_Kind_Pass_auf_einen_Blick_HK.html#headline61, (dl 28.08.2010)

160 Ludwig Boltzmann Institut Health Technology Assessment, http://hta.lbg.ac.at/de/projekt_detail.php?iMenuID=80&iProjectID=52, (dl 11.11.2010)

VII Entwicklung der Frauengesundheitsförderung

Österreichischer
Frauengesundheitsbericht 2010/2011

Kapitel 7

VII. ENTWICKLUNG DER FRAUENGESUNDHEITSFÖRDERUNG

1. Die Entwicklung der Frauen- und Männergesundheit	501
2. Gender-Medizin: Beispiele in Österreich	503
2.1 Gender Medizin an den österreichischen Medizinischen Universitäten	504
3. Gender Friendly Hospital	509
3.1 Die Grundprinzipien einer geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung	510
3.2 Die Implementierung von Gender Medizin in ein Krankenhaus	512
3.2.1 Geschlechtsspezifische Aus-, Fort- und Weiterbildung.....	513
3.2.2 Geschlechtssensibler Umgang	514
3.2.3 Transparenz und Public Relation	515
3.2.4 Respektieren und Berücksichtigen der psychosozialen Lebenswelten	515
3.2.5 Bedarfsgerechte geschlechtsspezifische Kranken- und Gesundheitsversorgung	516
3.2.6 Geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung.....	517
3.2.7 Individuelle Beratung, Information und Aufklärung.....	517
3.2.8 Transparenz und Nutzung geschlechtsspezifischer Infrastrukturen - Systemebene...	518
3.2.9 Koordination extra- und intramuraler Nahtstellen - Personenebene	519
3.2.10 Verbessertes Zugang und Reduktion von Barrieren im Krankenhaus	519
3.2.11 PatientInnenzufriedenheit – Evaluierung und Maßnahmen zur Verbesserung	520
3.2.12 Praktische Beispiele in der Umsetzung von „Gender Friendly Hospital“ am AKh Linz	520
4. Geschlechtergerechte Medizin: Prüfung von Medikamenten an Frauen ..	523
4.1 Unterschiede der medikamentösen Therapie in der Kardiologie	525

1. Die Entwicklung der Frauen- und Männergesundheit

Mag.^a Sonja Kodelitsch MSc., Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

Sowohl das biologische, wie auch das soziale Geschlecht beeinflusst die Gesundheit von Frauen und Männern maßgeblich. Das soziale Geschlecht bezieht sich auf verschiedene Rollen im Leben eines Menschen, die sehr weiblich und männlich geprägt sind bzw. geprägt sein können. Hinzu kommen soziale Komponenten – im Sinne von sozialen Ungleichheiten, Bildungs- und Einkommensunterschieden – und auch ethnische Aspekte. Das Geschlecht ist eine maßgebliche Einflussgröße in der Förderung und Erhaltung der Gesundheit, sowie im Entstehen und Bewältigen von Krankheiten. Gesunderhaltende Ressourcen sind sehr stark sozial geprägt, genauso wie gesundheitsschädigendes (Risiko)Verhalten ebenfalls sozial beeinflusst ist. Ausschlaggebend sind ein geschlechtersensibler Zugang, die ganzheitliche Betrachtung der Einflussgrößen auf Gesundheit und Krankheit.

Geschlechtsspezifische Unterschiede machen sich bei Krankheiten bemerkbar, bei der Vorstellung von und Einstellung zu Gesundheit, bei der Wahrnehmung des subjektiven Gesundheitszustandes, im Gesundheitsverhalten und auch in der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten.¹

Ihren Ursprung nahm die Frauengesundheitsbewegung in den 1970er Jahren, u.a. angetrieben durch die sozialwissenschaftliche Frauenforschung. Im Mittelpunkt stand die Kritik an der Medikalisierung des weiblichen Körpers durch das Medizinsystem. Im Laufe der 80er Jahre kam ein Bewusstseinsprozess in Gang für eine vermehrte Selbstbestimmung der Frauen und die Forderung nach frauenfreundlicheren Rahmenbedingungen für Schwangerschaft und Geburt. Hauptkritikpunkte in den 1990er Jahren waren der Ausschluss von Frauen aus klinischen medizinischen Studien und frauenspezifische Forschungsdefizite im Bereich der Medizin. Die Etablierung der Frauengesundheit als eigenständiger Themenbereich im Gesundheitssystem ging von den USA aus, wo ein offizielles Büro für Frauengesundheitsforschung, das „Office of Research on Women’s Health“ gegründet und mit einem Großprojekt („The Women’s Health Initiative“) über 15 Jahre beauftragt wurde. In Europa wurde durch das Europäische Regionalbüro der WHO in Kopenhagen die Initiative „Investition in die Gesundheit von Frauen“ gestartet.²

Auf eine genaue Darstellung des Themenbereichs Frauengesundheit wird an dieser Stelle verzichtet, da deren Bedeutung im ersten Abschnitt des vorliegenden Berichts (Politische Rahmenbedingungen der Frauengesundheit in Österreich), in den Kapiteln 2 und 3 (Gendermainstreaming im Gesundheitsbereich und Fundamente der Frauengesundheit in Österreich) beschrieben werden.

Männergesundheit in Österreich

Seit der Mitte der 1990er Jahre wurden erste Initiativen zur Förderung der Männergesundheit gesetzt. Männer haben eine geringere Lebenserwartung, ein höheres Risiko für gewisse Erkrankungen und eine stärkere Neigung zu gesundheitsschädigendem (Risiko)Verhalten. Darüber hinaus gelten sie als „Vorsorgemuffel“ und nehmen gesundheitsfördernde Angebote seltener als Frauen in Anspruch.

Eine politische Verankerung der Männergesundheitsbewegung ist allerdings – im Gegensatz zur Frauengesundheitsbewegung – nicht festzustellen. Vielmehr kam es in diesem Bereich zu einer Kommerzialisierung

1 Hurrelmann, 2007, S. 319ff

2 Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2005, Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, S. 40ff

von Themen wie Potenz, Sexualität und körperliche Fitness. Seit 2001 haben bislang sieben internationale Weltkongresse für Männergesundheit in Wien stattgefunden.

Folgende Meilensteine wurden für die Verbesserung der Rahmenbedingungen und einen höheren Stellenwert der Männergesundheit in Österreich gesetzt:³

Tabelle 121: Entwicklung der Männergesundheit in Österreich

Chronologie der Entwicklung der Männergesundheit in Österreich

1984	Wiener Männerberatung
1999	Erster Wiener Männergesundheitsbericht
2001	International Society for Men's Health (ISMH) mit Sitz in Wien
2001	Männerpolitische Grundsatzabteilung im BMSG
2001	Erster Weltkongress für Männergesundheit, Wien
2002	Männergesundheitszentrum m.e.n., Wien
2004	Erster Österreichischer Männergesundheitsbericht (ÖBIG im Auftrag des BMSG)
2005	Wiener Erklärung über die Gesundheit von Männern und Jungen in Europa
2010	7. Weltkongress für Männergesundheit, Nizza

3 Aktualisierung des Inhalts Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006

2. Gender-Medizin: Beispiele in Österreich

Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Alexandra Kautzky-Willer, Universitätsprofessorin für Gender Medicine, Internistin, KIM III, Endokrinologie & Stoffwechsel, Gender Medicine Unit, MedUni Wien

Die Gender-Medizin stellt eine der spannendsten Herausforderungen an die Medizin der Zukunft dar. Obwohl der Begriff „Gender-Medicine“ mittlerweile in die Medizin, die Gesundheitspolitik und in die Medien Einzug gefunden hat, ist er immer noch selbst vielen im Medizinberuf Tätigen wenig vertraut. In den letzten Jahren rücken allerdings geschlechtsspezifische Betrachtungsweisen zunehmend in das Blickfeld der medizinischen Forschung und Lehre. 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.

1996 wurde von der Weltgesundheits-Organisation WHO eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die das Bewusstsein für Gender-Themen in der Medizin stärken und geschlechtsspezifische Forschung fördern sollte. Der Rat der Mitgliedsstaaten der europäischen Union hat festgelegt, dass Gender-Medizin in Zukunft wesentlich stärker in der Forschung und nationalen Gesundheitspolitik berücksichtigt werden muss. Die WHO gibt auch vor, dass erst der breite Ansatz der „Gender-based Medicine“ eine tiefere, interdisziplinäre Auseinandersetzung mit Frauenproblemen über die Thematik der Sexualität und Reproduktion hinausgehend in einem ganzheitlichen Kontext ermöglicht hat. Tatsächlich befasst sich die Gender-Medizin mit allen geschlechtsspezifischen Erfahrungen und Problemen – Gesundheit und Krankheit betreffend - über den gesamten Lebenszyklus der Frau.

Die Gender-Medizin führt so auch zu einer umfassenderen Auseinandersetzung mit dem Thema der Frauengesundheit und trägt zur Entwicklung von Frauengesundheitszentren bei. Somit ist Gender-Medizin teilweise auch „Frauenforschung“, da Frauen in vielen Fragestellungen, die beide Geschlechter betreffen, vernachlässigt wurden und insbesondere auch bei Medikamenten-Studien ausgeschlossen waren oder unzureichend untersucht wurden; bisher stand der „Prototyp Mann“ bei Studien im Fokus der Forschung.

Gender-Medizin ist per se interdisziplinär angelegt und erweitert somit den Fokus der naturwissenschaftlichen Medizin um die soziale Dimension. Biologische Faktoren interagieren mit psychosozialen Faktoren in der Entstehung und Progression von Krankheiten. Dem wird im bio-psycho-sozialen Ansatz der Gender-Medizin Rechnung getragen. Klinische Beobachtungen mit „Basic science“ Konzepten zu verbinden ist ein wesentlicher Ansatz in der translationalen Forschung der Gender-Medizin. Kausale Zusammenhänge aufzudecken und neue Behandlungsstrategien abzuleiten ist eine wichtige Aufgabe der Gender-Medizin für die Zukunft.

Gender-Medizin betrifft alle Organsysteme und medizinische Fachbereiche. Gerade bei jenen Erkrankungen, die in ihrer Inzidenz exorbitant ansteigen, nämlich hormonellen und metabolischen Erkrankungen, allen „Lifestyle-Erkrankungen“, degenerativen Prozessen, psychischen und neurologischen Störungen, allergischen Erkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 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.

Gender-Medizin Wissen wird im neuen Curriculum MCW sowohl in Pflichtvorlesungen, Praktika aber auch Ringvorlesungen als Wahlfach angeboten. Ärztinnen und Ärzte können neben verschiedenen Fortbildungsveranstaltungen wie z.B. Symposien der MUW in Kooperation mit der Stadt Wien und der Frauengesundheitsbeauftragten Frau Prof.ⁱⁿ Wimmer-Puchinger (Gender-Medizin: von der Theorie zur Praxis im November 2010 im Wiener Rathaus), Ärztekammer-Seminare, Veranstaltungen in Linz (Kepler Salon 2010) und an der Universität Innsbruck (organisiert durch Prof.ⁱⁿ Hochleitner), sowie Symposien verschiedener Fachgesellschaften (z.B. Österreichische und Europäische Diabetesgesellschaft, Österreichische Adipositasgesellschaft, der

Österreichischen Gesellschaft für Ernährungsmedizin, der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin: Teleky-Vorlesung 2010, lokale Veranstaltungen der NephrologInnen, der OrthopädInnen, sowie der OphthalmologInnen), und auf den nationalen und internationalen Jahrestagungen der Gesellschaften für Geschlechtsspezifische Medizin erworben werden.

Die medizinische Universität Wien hat die Wichtigkeit des neuen Arbeitsgebiets Gender-Medizin für die medizinische Aus- und Weiterbildung und die universitäre Forschung durch 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 deren Verlauf und Therapie vorbereitet.

Ziel der Ausbildung für berufserfahrene Fachkräfte mit einer medizinischen Ausbildung ist die Vermittlung jenes Wissens, das sowohl in der Forschung als auch im klinischen Bereich und der täglichen Praxis dazu beiträgt, auf die individuellen, geschlechtsspezifischen Bedürfnisse von Frauen und Männern im Gesundheitsbereich besser eingehen zu können und damit die Qualität nachhaltig zu verbessern.

Schwerpunkte dieses viersemestrigen Lehrgangs, der mit einem Master of Science (MSc.) abschließt, sind dabei unter anderem die Vermittlung psychosozialen Grundlagenwissens in den einzelnen Fachbereichen, und von praktischen gendersensiblen Kompetenzen und Haltungen, um die AbsolventInnen in ihren jeweiligen Arbeitsfeldern zu befähigen, in ihren Arbeitsfeldern evidenzbasiert geschlechtssensibel zu agieren.

2.1 Gender Medizin an den österreichischen Medizinischen Universitäten

a.o. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Karin Gutiérrez-Lobos, Vizerektorin für Personalentwicklung und Frauenförderung, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien
Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Alexandra Kautzky-Willer, Universitätsprofessorin für Gender Medicine, Internistin, KIM III, Endokrinologie & Stoffwechsel, Gender Medicine Unit, MedUni Wien

Gender Mainstreaming an der Medizinischen Universität Wien⁴

Grundlegende Zielsetzung der Medizinischen Universität Wien (MedUni Wien) ist es, die Potentiale von Frauen zu stärken und strukturelle Bedingungen zu schaffen, die es zukünftig mehr Frauen ermöglichen, Kompetenz und Kreativität in die Leistungen der Universität einzubringen. Die Gleichstellung von Frauen und Männern zählt zu den leitenden Grundsätzen und Aufgaben der Medizinischen Universität Wien. Um dieses Ziel zu erreichen, wird Gender Mainstreaming als allgemeines Leitprinzip an der MedUni Wien verankert und durch ein Portfolio für spezielle Frauenförderungsmaßnahmen ergänzt.⁵

Die Gründung der Medizinischen Universität Wien im Jänner 2004 machte den Neuaufbau einer eigenen, die Spezifika einer Medizinischen Universität berücksichtigenden Dienstleistungseinrichtung notwendig, wobei Forschung und Lehre gleichzeitig mit der PatientInnen-Versorgung in Einklang zu bringen sind. Die MedUni Wien hat daher mit 1. Jänner 2004 die Stabsstelle Gender Mainstreaming als Organisationseinheit zur Koordination der Aufgaben der Gleichstellung, der Frauenförderung sowie der Geschlechterforschung eingerichtet (§ 19 Abs. 2 Z 7 UG 2002). Die Stabsstelle ist im Rektorat angesiedelt und unterstand zunächst direkt dem Rektor, seit 2007 der Vizerektorin Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Karin Gutierrez-Lobos, der Vizerektorin für Personalentwicklung und

4 Links: Vizerektorat für Personalentwicklung und Frauenförderung: <http://www.meduniwien.ac.at/homepage/content/organisation/universitaet-leitung/vizerektorin-fuer-personalentwicklung-und-frauenfoerderung>
Stabsstelle Gender Mainstreaming: <http://www.meduniwien.ac.at/gender/>
Frauenförderungsplan: <http://www.meduniwien.ac.at/index.php?id=302&language=1;>
Mitteilungsblätter: <http://www.meduniwien.ac.at/index.php?id=167;>
Satzung: [http://www.meduniwien.ac.at/files/6/3/mtb9.pdf;](http://www.meduniwien.ac.at/files/6/3/mtb9.pdf)
Entwicklungsplan: [http://www.meduniwien.ac.at/files/6/3/16_mb_17_05.pdf;](http://www.meduniwien.ac.at/files/6/3/16_mb_17_05.pdf)
Studienplan: <http://www.meduniwien.ac.at/index.php?id=94&language=1;>
GenderRing Sommersemester 2005: <http://www.meduniwien.ac.at/index.php?id=302&language=1>

5 Dank an Ass. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Brigitte Litschauer, Institut für Physiologie, MedUni Wien, für die Bereitstellung von Inhalten; Aus dem Entwicklungsplan der MedUni Wien, veröffentlicht im Mitteilungsblatt der MedUni Wien, Stück 16, Studienjahr 2004/2005. Beschlossen vom Universitätsrat in seiner Sitzung vom 3. Mai 2005

Frauenförderung. Somit hat die MedUni Wien als erste und einzige Universität Österreichs ein Vizerektorat für Frauenförderung. Vorrangige Ziele von Frau Vizerektorin Gutiérrez-Lobos sind die Unterstützung der MitarbeiterInnen bei deren beruflicher wie persönlicher Weiterentwicklung und die Förderung einer konstruktiven Kommunikationsbasis innerhalb und zwischen Teams, Abteilungen und Organisationseinheiten. Durch eine zielgruppenspezifische und bedarfsorientierte Personalentwicklung, die auf die Vielfalt der MitarbeiterInnen und deren Stärken und Bedürfnisse eingeht, soll ein konstruktives Miteinander, eine gute Vernetzung untereinander und eine Erhöhung der Chancengleichheit aller MitarbeiterInnen erreicht werden.

Insbesondere wurden qualitätssichernde Maßnahmen im Rahmen von Berufungsverfahren an der MedUni Wien gesetzt, wie zum Beispiel die gezielte Berücksichtigung überfachlicher Qualifikationen von KandidatInnen, die Standardisierung der Hearings, die Schulung von Mitgliedern von Berufungskommissionen zu Fragetechniken sowie das zur Verfügung Stellen von Coachings als Vorbereitung auf das Hearing bzw. die Berufungsverhandlung.

Darüber hinaus wurden weitere Aktivitäten beispielsweise für NachwuchswissenschaftlerInnen gesetzt. In diesem Sinne wird ein Seminar zum Thema „Empowerment für Nachwuchswissenschaftlerinnen“ angeboten sowie das Curriculum „schrittweise“, das ebenfalls einen Fokus auf Nachwuchswissenschaftlerinnen legt.

Die Schwerpunkte der Arbeit lassen sich entsprechend den in der Satzung⁶ und bei einer Gender-Klausur festgelegten Aufgaben in die Bereiche Gender Mainstreaming und Frauenförderung (Stärkung der Berufsposition von Frauen) sowie geschlechtsspezifische Forschung und Lehre gliedern.

Der Fokus der Maßnahmen und Projekte zur Frauenförderung war vorerst auf jene Wissenschaftlerinnen gerichtet, die sich in einer Schwellensituation befinden (z.B. Habilitation), um dem auch für die MedUni Wien feststellbaren leaky pipeline-Effekt⁷ gegenzusteuern. Zur Umsetzung erster konkreter Maßnahmen und Projekte der Frauenförderung wurden im November 2004 ein aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) kofinanziertes medizinspezifisches Mentoring-Programm, Frauen netz.werk Medizin, sowie zielgruppenspezifische Frauenförderprogramme und Qualifizierungsmaßnahmen begonnen (Karriereplanung für Wissenschaftlerinnen, effektive Kommunikationsstrategien für Frauen, Medientraining für Frauen). Weiters wurden auf Initiative von Vizerektorin Gutiérrez-Lobos eigene Arbeitsgruppen gebildet, die Gender Mainstreaming-Indikatoren für die MedUni Wien sowie finanzielle Anreizsysteme (Gender Budgeting) entwickelt haben.

Die MedUni Wien hat sich weiters im Rahmen einer grundsätzlichen Reform der Studien der Humanmedizin (Medizin Curriculum Wien - MCW) für die Integration eines interdisziplinären Schwerpunkts Geschlechterforschung - Women's Health und Gender-based Medicine - in das Gesamtcurriculum entschieden. Bereits in der Studieneingangsphase (Block 1) wird den StudienanfängerInnen mit der Vorlesung Gender in der Medizin ein erster Einstieg ins Thema geboten. Weiters sind die Mitarbeiterinnen der Stabsstelle Gender Mainstreaming in diversen curricularen Planungsteams vertreten, um eine gendergerechte Curriculumsentwicklung sicherzustellen. Im Jahr 2009/2010 wurden zusätzlich von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe der Bedarf an weiteren Anpassungen und Überarbeitungen des Curriculum MCW erarbeitet und Strategien zur Verbesserung der Implementierung von Gender Medizin in das Pflicht-Curriculum vorgeschlagen.

Seit dem Wintersemester 2004/05 werden mindestens zwei jeweils dreistündige Ringvorlesungen GendeRing von der Stabsstelle Gender Mainstreaming geplant und durchgeführt, die im Rahmen der freien Wahlfächer absolviert werden können. Eine Basic Seminarreihe befasst sich dabei mit grundlegenden Unterschieden in den einzelnen Disziplinen, eine Spezialthemen-Serie mit jeweils einem übergeordneten interdisziplinären medizinischen Problem.

Eine weitere Aufgabe der Stabsstelle besteht in der Bündelung, Koordination und Vernetzung vorhandener Forschungsaktivitäten an der MedUni Wien im Bereich der Frauen- und Geschlechterforschung, um dem im Entwicklungsplan festgelegten Ziel, die MedUni Wien als Nationales Zentrum für Frauengesundheit zu positionieren, näher zu kommen.

Zur Stärkung des Schwerpunkts Sex- and Gender-based Medicine in der Wissenschaft und Lehre an der Med-Uni Wien und mit dem Ziel einer besseren geschlechtssensiblen Ausbildung der ÄrztInnen und dadurch

6 Mitteilungsbblatt der MedUni Wien IX vom 23.12.2003

7 Leaky pipeline = wörtlich „versickernde Pipeline“; umschreibt das Phänomen, dass mit steigender Hierarchiestufe der Frauenanteil geringer wird, d.h. Frauen auf dem Weg von Studienbeginn bis zur Etablierung in höheren beruflichen Positionen „versickern“

Versorgung der Bevölkerung wurde an der MedUni Wien eine §98 UG 2002 Professur für Gender Medicine eingerichtet. Diese ist seit Jänner 2010 von Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Alexandra Kautzky-Willer besetzt.

Des Weiteren wurde ein 4-semesteriger postgradueller universitärer Lehrgang für Gender-Medizin erarbeitet, der im Herbst 2010 erstmals - als erster Lehrgang dieser Art in Europa – gestartet ist (www.meduniwien.ac.at/ulg-gendermedicine). Im Weiteren wird in Kooperation mit der Ärztekammer an einem Fortbildungsdiplom der Österreichischen Ärztekammer für Gender Medizin (ÖAK Diplom) gearbeitet.

Forschungsprogramm Gender-Medizin an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg (PMU)⁸

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

Den Auftakt des Forschungsprogramms Gendermedizin bildete die erste Tagung an der neu eröffneten PMU mit dem Titel männer:frauen gesundheit:krankheit, zu dem sich 300 TeilnehmerInnen aus Österreich und Deutschland einfanden. Das Hauptreferat hielt Marianne Legato, Gründerin und Direktorin der Partnership for Genderspecific Medicine, Columbia University, New York.

Thematischer Schwerpunkt ist derzeit der Komplex Depression und Suizid in Zusammenarbeit mit dem Sonderauftrag für Suizidprävention der Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychotherapie 1 an der SALK (Salzburger Universitätsklinikum).

In Kooperation mit dem Genderkompetenzzentrum gendercompetence.net an der Salzburger Verwaltungsakademie werden Aus- und Weiterbildungsveranstaltungen für die MitarbeiterInnen der SALK (Salzburger Universitätsklinikum) konzipiert und durchgeführt.

Medizinische Universität Innsbruck⁹

Gender Medizin ist in der gemeinsamen Einrichtung „Frauengesundheitszentrum an den Universitätskliniken Innsbruck“ (Direktorin: Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Margarethe Hochleitner) verortet. Ziel ist, Gender Medizin in das Curriculum sowie in die Fortbildung aller Gesundheitsberufe zu integrieren, einerseits als Thema eigener Lehr- und Fortbildungsveranstaltungen, andererseits als Querschnittmaterie in die einzelnen Fächer.

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. Derzeit ist es sowohl im 3. Semester als auch seit dem SS 2009 im 10. Semester im Umfang von je 1 Semesterstunde enthalten und damit auch in die verpflichtenden SIP-Prüfungen als Thema integriert.

Eine Ringvorlesung Gender Medizin als freies Wahlfach wird seit dem WS 2006/2007 angeboten. Diese Ringvorlesung wird als Wahlfach für Medizinstudierende, aber auch für Studierende der LFU sowie im Rahmen der Ärztefortbildung sowie für interessiertes Publikum angeboten. Bisher wurden 112 Einzelvorlesungen mit etwa 20.000 HörerInnen durchgeführt. Die Inhalte der Vorlesungen wurden in drei Büchern zusammengefasst.¹⁰

Um Gender Medizin als Querschnittmaterie in den fachspezifischen Unterricht in den einzelnen Fächern einzubauen, wurde gemeinsam mit der Uni Wien eine Gender-Checkliste für Lehrende entwickelt. Daneben wurden in die Gender Medizin Ringvorlesung die Direktoren der Kliniken und Institute integriert; sie wurden gebeten, im Rahmen der Ringvorlesung aus ihrem Fachgebiet einen Vortrag zu Gender Medizin zu halten. In den für Habilitationswerber verpflichtenden Kurs zur Medizindidaktik konnte ein Gendersensibilisierungs-Workshop integriert werden.

8 Beitrag von Dr.ⁱⁿ Silvia Kronberger, Leiterin GenderCompetence.net an der Salzburger Verwaltungsakademie

9 Beitrag von Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Margarethe Hochleitner, Hochschullehrerin, Frauengesundheitszentrum an den Universitätskliniken Innsbruck, Medizinische Universität Innsbruck

10 Hochleitner (Hrsg.), 2008, Gender Medicine. Ringvorlesung an der Medizinischen Universität Innsbruck, Band 1, Facultas.wuv.

Hochleitner (Hrsg.), 2009, Gender Medicine. Ringvorlesung an der Medizinischen Universität Innsbruck, Band 2, Facultas.wuv.

Hochleitner (Hrsg.), 2010, Gender Medicine. Ringvorlesung an der Medizinischen Universität Innsbruck. Sexualität, Band 3, Facultas.wuv.

Zusätzlich wurde mit WS 2010/2011 ein PhD-Studium klinische Medizin gestartet, in welches Gender Medizin als allgemein verpflichtendes Fach integriert ist.

Im Rahmen der Initiative „Verbesserung der Lehre“ wird ein Projekt „Erarbeitung eines gendersensiblen Anamnesebogens“ finanziert.

Im EU-Forschungsprojekt zu Gender Medizin EUGiM ist Hochleitner die österreichische Partnerin. Eine Gender Medizin Sommerschule im Rahmen dieses Projektes wurde im September 2010 in Berlin an der Charité abgehalten. Ein weiteres EU-Projekt, „Inequalities and Multiple Discrimination in Access to Health“, ist bei der FRA eingereicht. Zahlreiche Vorträge bei wissenschaftlichen Kongressen im In- und Ausland, wissenschaftliche Artikel, Mitgliedschaften in einschlägigen Fachgesellschaften im In- und Ausland liegen vor.

Zur Ärztefortbildung zählt einerseits die Ringvorlesung, die als Fortbildung anerkannt ist, andererseits wird im Rahmen der Ärztetage in Grado ein Modul Gender Medizin jährlich angeboten.

Gender als Querschnittsthema an der Medizinischen Universität Graz¹¹

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. So werden Gender-Aspekte in der Medizin z.B. in den Gebieten Neurologie, Orthopädie, Sozialmedizin, Pathophysiologie, als Teil des biopsychosozialen Modells und als Inhalt in Studienmodulen wie „Minority Medicine“ thematisiert und berücksichtigt. Weiters gab es im Jahr 2008 eine eigene Ringvorlesung „Gender Medicine. Geschlechterforschung in der Medizin“. In den Gesundheits- und Pflegewissenschaften wurden in Pflicht- und Wahlmodulen Lehrveranstaltungen mit Gender-Bezug etabliert, z.B. „Gesundheitspsychologie, Geschlechtsspezifisches Gesundheitshandeln“ oder „Public Health“.

Gender Mainstreaming wird aber auch als gesamtuniversitärer Auftrag gesehen. Neben dem Arbeitskreis für Gleichbehandlungsfragen¹² wurde 2006 auch die GENDER:UNIT als Koordinationsstelle für Gleichstellung, Frauenförderung und Diversity Management eingerichtet,¹³ die der Vizerektorin für Personal und Gleichstellung, Univ.Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Andrea Langmann, unterstellt ist. Einige Maßnahmen der Medizinischen Universität Graz zur Gleichstellung und gezielten Förderung von Frauen in der Medizin sind z.B.:

Gender Controlling und Monitoring – Geschlechterverhältnisse (z.B. Beschäftigung generell, Lehre, Reisetätigkeit, Studierende etc.) werden erhoben und über einen gewissen Zeitraum einander gegenübergestellt. Dadurch werden Problemfelder erkannt und immer wieder aufgezeigt.

Gender Mainstreaming – Gender wird als Aspekt in die universitäre Verwaltung integriert (z.B. in Form von Gender Budgeting), um bessere Ausgangssituationen für Frauen zu schaffen.

Spezifisches Weiterbildungsangebot – In Kooperation mit den anderen Grazer Universitäten werden frauenspezifische Weiterbildungsangebote zur Verfügung gestellt z.B. ein einjähriges Karriereprogramm für Wissenschaftlerinnen und Ärztinnen in Ausbildung zur Fachärztin, Workshops zur individuellen Karriereplanung, Seminare zu gendersensibler Didaktik, Coaching zu strategischem Verhandeln etc.

Kinderbetreuung – Als wichtige Maßnahme zur Vereinbarung von Familie und Karriere stellt die Medizinische Universität Graz eine eigene Kinderbetreuung für MitarbeiterInnen und Studierende zur Verfügung. Hier werden momentan vor allem Kinder im Alter von 0 bis 3 Jahren betreut, da es besonders für sehr kleine Kinder einen erhöhten Bedarf an Betreuungsplätzen gibt. Mit dem Betriebstagesmüttermodell bietet die Medizinische Universität ein qualitativ besonders hochwertiges Angebot und ist auch ständig bemüht, dieses zu erweitern und dem Bedarf anzupassen.

Mentoring – Besonders für Frauen ist das gut genutzte Mentoringprogramm der Medizinischen Universität eine weitere Chance, die eigene Karriere aktiv zu gestalten.

wIN Netzwerk – Ein eigenes Frauennetzwerk an der Medizinischen Universität (wIN – Wissenschaftlerinnen-netzwerk) hilft habilitierten und nicht-habilitierten Frauen, sich auszutauschen und sich zu karriererelevanten Themen zu informieren.

Interne Auseinandersetzung mit Gender – Durch eine verpflichtende Gender&Diversity Schulung für Führungskräfte wird top-down eine Sensibilisierung für die Thematik sichergestellt, die optimale Voraussetzungen für

11 Beitrag von Verena Chiara Kuckenberger, MA; GENDER : UNIT; Medizinische Universität Graz

12 <http://www.meduni-graz.at/akgl>

13 www.medunigraz.at/genderunit

die Beschäftigung und Förderung von Frauen schafft. Weitere Schulungen für MitarbeiterInnen zu Themen wie diskriminierungsfreies Verhalten etc. werden ebenfalls laufend angeboten.

Frauenkarrieren in der Medizin – Im Zuge eines Projekts werden an der Medizinischen Universität Graz gezielt Frauen zu ihren Karrieren befragt. Dabei soll erhoben werden, welche Faktoren hier konkret als karrierefördernd oder –hemmend erlebt werden, um zukünftige Frauenförderungsprogramme darauf abstimmen zu können. Zusätzlich werden Frauen möglichst früh in ihrer Laufbahn (z.B. im Karrierecafé der HochschülerInnenschaft für Studentinnen) umfassende Informationen zu möglichen Karriereverläufen und frauenspezifischen Angeboten zur Verfügung gestellt, um wissenschaftliche Karrieren transparenter und planbarer zu machen.

Dual-Career / Karriere zu zweit / Vereinbarkeit von Beruf und Familie – Die fünf Steirischen haben vor kurzem eine Kooperation im Bereich des „Dual Career Service“ unterzeichnet. Dadurch sollen Doppelkarrieren gefördert und unterstützt werden. Unter dem Begriff „Dual Career Couples bzw. Doppelkarriere-Paare“ versteht man Paare, bei denen beide PartnerInnen hochqualifiziert sind und jeweils eine eigene Karriere an einer Universität oder in der Industrie verfolgen. Die Dual Career Servicestellen der Steirischen Universitäten befinden sich gerade im Aufbau und sollen in Zukunft die PartnerInnen von ProfessorInnen, NachwuchswissenschaftlerInnen und administrativen Führungskräften bei Mobilitätsentscheidungen und bei der Entwicklung individueller Lösungen unterstützen und es ihnen ermöglichen, ihre beruflichen und familiären Aufgaben bestmöglich miteinander zu vereinbaren.

3. Gender Friendly Hospital

Dr.ⁱⁿ Anna Maria Dieplinger, Gesundheitssoziologin, Arbeitsgruppe für Gesundheit- und Sozialforschung am Institut für Gesellschaft- und Sozialpolitik; Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz

Frauen und Männer unterscheiden sich hinsichtlich ihres Gesundheitsverhaltens, ihres Gesundheitsbewusstseins, ihres Krankheitsspektrums und ihrer Art der Krankheitsbewältigung. Die Ursachen für diese Unterschiede finden sich einerseits in den jeweiligen biologisch-anatomischen Voraussetzungen, andererseits aber auch ganz wesentlich in den unterschiedlichen Stereotypen der Geschlechtsrollen und den unterschiedlichen soziokulturellen Rahmenbedingungen.

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. Folglich gilt ein Mensch als gesund, wenn ein physiologisches Gleichgewicht vorhanden ist.¹⁴

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wahrnehmung, im Erleben und Bewältigen von Krankheit sowie Unterschiede in der medizinischen Diagnostik und bei Therapieformen bestätigen 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. Die klassische Schulmedizin hat sich in der Vergangenheit am Mann orientiert und Frau oft einzig bei frauenspezifischen Erkrankungen mitbeachtet. Viele Medikamente werden und wurden einzig an Männern getestet und folglich richten sich Dosierung, Beschreibung von Nebenwirkungen etc. eher an den männlichen Patienten. Das über Gesundheit vorhandene Wissen stammt zum Großteil aus einer biomedizinisch und männlich geprägten Forschung, ohne Berücksichtigung von Frauen und deren besonderer Lebenslagen.¹⁵

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.

Im Unterschied zu anderen Organisationen ist die Arbeit im Gesundheitsbereich dadurch gekennzeichnet, dass sehr viele Menschen entweder in der Rolle als PatientIn oder in der Rolle als professionelles Mitglied in ständiger Auseinandersetzung mit Gesundheits- und Krankheitsproblemen sind. Insgesamt arbeiteten 2008 im Gesundheitswesen 119.574 Personen (84.069 Frauen und 35.505 Männer).¹⁶ So genannte „people processing organisations“ sind ideale Einrichtungen, um gesundheitliche Multiplikatoren darzustellen. In dieser Modell- und Vorbildfunktion erreichen MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens viele Menschen in der Gesundheitseinrichtung an sich, im sozialen und erweiterten Umfeld.¹⁷ Gender Medizin ist als Determinante in der Public-Health-Entwicklung der Mikro-, Meso- und Makroebene in der Gesellschaft anzusehen.¹⁸ Mit einer geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung können sowohl Prävention, Kuration, Rehabilitation als auch Krankenpflege an Bedeutung gewinnen.

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 ideale Form zur Implementierung von Frauengesundheit im Sinne der WHO ist eine breit angelegte Informationsplattform mit spezifischen, problemorientierten Abstufungen, die individuell eingesetzt werden

14 Siegrist, 1995

15 Kuhlmann, 1997

16 Statistik Austria, 2009, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik Österreich

17 Pelikan, 2000

18 Mann, 1996

kann.¹⁹ Gut ausgebildetes Personal und das Funktionieren der einzelnen differenzierten Bereiche ist genauso wichtig, wie die Zusammenarbeit mit extramuralen Bereichen. Durch Kontakt zu anderen Institutionen kann Gender Medizin erstens von einer übergeordneten Perspektive betrachtet und zweitens regional bedürfnisorientiert verbessert werden.

3.1 Die Grundprinzipien einer geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung

Die Grundprinzipien einer frauen- (geschlechter-) gerechten Gesundheitsversorgung bilden die Basis eines „Gender Friendly Hospitals“.

Gesundheit wird in aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Theorieansätzen mehrdimensional konstruiert und definiert. Neben der unmittelbaren individuellen Befindlichkeit, der Fähigkeit des Organismus zur Aufrechterhaltung der die Gesundheit stabilisierenden Regulationsmechanismen gehören psychische, psycho- und ökosoziale Rahmenbedingungen genauso wie Verhaltens- und Interaktionsmuster zu den wesentlichen Dimensionen einer begrifflichen Annäherung an das wissenschaftliche Gesundheitsverständnis.²⁰

In programmatischen Überlegungen zur Charakterisierung einer frauengerechten Gesundheitsversorgung wurden von Jahn und Kolip (2003) folgende allgemeine Grundprinzipien genannt:

- 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 von Über-, Unter- und Fehlversorgung durch bedarfsgerechte, evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Behandlungskonzepte unter Einbeziehung schonender Behandlungsalternativen;
- ein Angebot an ausführlicher und umfassender Gesundheitsinformation und -aufklärung als Entscheidungsgrundlage (mündige Patientin, „shared decision making“) unter Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen und Bewältigungsstrategien der Frauen;
- die Reduktion von Ungleichheiten und Barrieren im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung, z.B. von Frauen mit unterschiedlicher ethnischer Zugehörigkeit, sozialer Lebenssituation und in ländlichen Regionen;
- die Nutzung und Förderung vorhandener frauenspezifischer Infrastrukturen (Frauengesundheitszentren, Frauenberatung, Frauengesundheitsforschung) und Erweiterung, z.B. durch Gesundheitskonferenzen oder Koordinationsstellen für Frauengesundheit;
- das Einbeziehen der Diskussion über eine frauengerechte Gesundheitsversorgung in die allgemeine Diskussion des Gesundheitswesens (Finanzierung, NutzerInnenorientierung, Qualitätssicherung);
- 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 (Aus-, Fort- und Weiterbildung durch Vermitteln von Gender- und Diversitätskompetenz).

Die Frage „Frauengesundheit oder Gender Medizin?“ lässt sich anhand der angeführten Unterschiedlichkeiten einfach erkennen. Frauen brauchen in bestimmten Bereichen der Medizin eine andere, eine spezifischere Versorgung als Männer. Umgekehrt ist es ebenso wichtig, das männliche Geschlecht gerade in der Forschung und in der Praxis mit einzubeziehen. Gender Medizin ist eine Disziplin, die noch einen Schritt weiter geht, als einzig den Blick auf die Frau zu konzentrieren. Primär gilt es jedoch, Frauen zu fördern und den Fokus zuerst auf sie zu richten, da diese in unserer Gesellschaft in vielen Lebensbereichen „schlechter“ gestellt sind.

19 WHO, 2005, Gender, women and health

20 Antonovsky, 1987

Der Begriff Gender gehört mittlerweile auch im deutschen Sprachgebrauch zum Standardvokabular von Politik und Wissenschaft und wird im Zusammenhang mit Gender Mainstreaming, Gender Studies etc. häufig verwendet.²¹ Im Englischen existieren zwei Begriffe für das Wort Geschlecht. Während „Sex“ für die Bezeichnung des „biologischen Geschlechts“ verwendet wird, beschreibt „Gender“ das „soziale Geschlecht“. Unter Gender oder sozialem Geschlecht versteht man demnach die Aufgaben, Funktionen und Rollen, die den Frauen und Männern von der Gesellschaft zugeschrieben werden.²²

Da zwischen dem biologischen und dem sozialen Geschlecht kein kausaler Zusammenhang existiert, kann die (soziale) Ungleichheit der Geschlechter nicht auf die biologischen Unterschiede zurückgeführt werden. Biologische Unterschiede bestimmen nur begrenzt das Verhalten von Frauen und Männern. „Typisch weibliche“ und „typisch männliche“ Verhaltensweisen sind sozial geprägt und eng mit gesellschaftlichen Verhältnissen verbunden.²³

Gender Medizin wird in der Literatur als geschlechtsspezifische, geschlechtssensible oder geschlechtergerechte Medizin bezeichnet.²⁴ Diese umfasst alle Fachbereiche der Medizin und meint die vermehrte Miteinbeziehung von geschlechtsspezifischen Aspekten.²⁵ Gender Medizin untersucht, ob Frauen und Männer bei gleichen Erkrankungen auch gleich behandelt werden bzw. wo Unterschiede im Behandlungsverlauf, in der Diagnose, Symptomatik etc. mitbeachtet werden müssen.

Gender Medizin beschränkt sich demnach nicht auf geschlechtsspezifische Erkrankungen wie Gynäkologie, Urologie, Mammare-Chirurgie oder Reproduktionsmedizin, sondern umfasst alle medizinischen Fachbereiche. Wichtig bei den Forschungsansätzen der Gender Medizin ist die Berücksichtigung beider Geschlechter. Nur so lassen sich Defizite in der medizinischen Versorgung, Behandlung etc. erkennen.²⁶

Wesentlich für die Gender Medizin ist, dass neben den biologisch determinierten Unterschieden in der Gesundheitsversorgung und Krankheitsbehandlung auch soziale Aspekte zu berücksichtigen sind. Verhalten und Erleben von Krankheiten, Lebens- und Arbeitsbedingungen und Einflussfaktoren wie Gender Bias in der Behandlung werden in der Gender Medizin aufgezeigt.

Die Definition von Gender Medizin (nach Marianne Legato, Columbia University, 2010)

„Gender-specific medicine is the science of how normal human biology differs between men and women and how the manifestations, mechanisms and treatment of disease vary as a function of gender.“²⁷

Trotz der unzureichenden Beweise über die Auswirkungen von geschlechtsspezifischen Aspekten in der Gesundheitswissenschaft kann man nach Legato davon ausgehen, dass sich nahezu jedes physiologische System des weiblichen und männlichen Körpers unterscheidet. Ebenso ist die subjektive Wahrnehmung von Erkrankungen, wie zum Beispiel die Symptome eines Herzinfarktes, von Gender Aspekten beeinflusst.²⁸

Die Aufgabe der Gender Medizin besteht nun darin, alle biologischen, sozialen und psychologischen Aspekte in Diagnostik und Therapie zu berücksichtigen, um eine optimale Versorgung der PatientInnen gewährleisten zu können.

Es besteht in der Forschung mittlerweile kein Zweifel mehr darüber, dass unsere Gesundheit nicht nur von Genen und Geschlechtshormonen beeinflusst wird, sondern dass soziale Faktoren, wie gesellschaftlicher Status, Einkommen, private Lebensform u.v.a. in hohem Maße für unseren Gesundheitszustand mitverantwortlich sind. Oft ist es sogar nahezu unmöglich zu unterscheiden, ob bestimmte Erkrankungen biologische Ursachen haben oder ob alleine der individuelle Lebensstil bzw. die Lebenssituation dafür verantwortlich ist.²⁹

21 Kuhlmann, Kolip, 2005

22 Jahn, 2002

23 Babitsch, 2005

24 Rieder, Lohff, 2004; vgl. Voß, 2007

25 Wimmer-Puchinger, Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006

26 Dieplinger, 2007

27 Gender Medizin ist „die Wissenschaft über die Unterschiede der normalen menschlichen Biologie zwischen Männern und Frauen und darüber, wie Symptome, Mechanismen und die Behandlung in Abhängigkeit von Gender-Aspekten variieren.“ Marianne Legato, auf deutsch zitiert in http://othes.univie.ac.at/5761/1/2009-07-08_0400832.pdf

28 Wimmer-Puchinger, 2006, Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006

29 Legato, 2004

Um dem Ungleichgewicht in der Gesundheitsversorgung entgegenzuwirken, hat die WHO im Jahre 2003 das „Department of Gender, Women and Health“ (WHO-GWH) eingerichtet.

Die Ziele der WHO sind:

1. die Berücksichtigung der unterschiedlichen Gesundheitsbedürfnisse von Männern und Frauen bei der Prävention und Behandlung;
2. die Ausrichtung der medizinischen Betreuung auf die spezifischen Anliegen der Frauen und Männer. Frauenspezifische Gesundheitseinrichtungen dürfen sich beispielsweise nicht nur auf die reproduktiven Funktionen von Frauen konzentrieren, sondern müssen auch Frauen vor und nach dem reproduktiven Alter adäquat behandeln. Im Gegensatz dazu finden die reproduktiven Gesundheitsbedürfnisse der Männer bislang zu wenig Berücksichtigung im Gesundheitssystem;
3. den ExpertInnen der öffentlichen Gesundheit anhand von speziellen Instrumentarien, Richtlinien und Aus- und Weiterbildungen ein tieferes Verständnis für die Gender Perspektive zu vermitteln;
4. der Ausgleich von geschlechtlichen Benachteiligungen in Gesundheitsberufen;
5. der Ausbau von Forschungsaktivitäten in Bezug auf die Gender Dimension in der öffentlichen Gesundheit;
6. die Schließung von bestehenden Forschungslücken, die zu einer unzureichenden Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals und in weiterer Folge zu Fehldiagnosen führen.³⁰

3.2 Die Implementierung von Gender Medizin in ein Krankenhaus

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.

Zitat Frauengesundheitsbericht, 2005:³¹

„Ziel 7: Qualitätssicherung und Transparenz, sowohl in der primären Gesundheitsversorgung als auch in der Krankenhausversorgung von Frauen“

- Frauengesundheit intersektoral verankern (in gesundheitsfördernden, kurativen, rehabilitativen und unterstützenden Sektoren)
- Förderung der Selbsthilfe des einzelnen Menschen, von Familien und Bevölkerungsgruppen
- stärkere Einbeziehung der Selbsthilfe in die Gesundheitsversorgung
- quantitative und qualitative Sicherstellung der psychosozialen Versorgung
- Weiterentwicklung der niederschweligen und aufsuchenden Angebote zur besseren Erreichung benachteiligter Gruppen
- bessere Koordinierung der Versorgungsebenen
- Sicherstellung der pflegerischen Versorgung
- Berücksichtigung der Patientinnenzufriedenheit im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung
- Erfolgskontrolle der Krankenhausleistungen an PatientInnengesundheit, -zufriedenheit, Epidemiologie
- Bereitstellung von weiblichem Personal für weibliche Patientinnen in Krankenhäusern
- Entwicklung von geschlechtsspezifischem Wissen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe
- Entwicklung frauenspezifischer, evidenzbasierter Leitlinien
- Sensibilisierung des Gesundheitspersonals für geschlechts-/ genderspezifische Gesundheit
- Schaffung spezialisierter Zentren für die gesundheitliche Versorgung von Frauen (Tageskliniken, psychosomatische Ambulanzen, Brustzentren,...)

30 WHO, 2005, Gender, women and health

31 Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2005/2006, Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006

Auf Basis dieser Qualitätskriterien von Frauengesundheit 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.³²

Als Basis für das Erstellen der Leitlinien dienten folgende Arbeiten:

Für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung im Krankenhaus:

- Grundprinzipien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung³³
- WHO Modellprojekt Frauengesundheitsförderung an einer Frauenklinik³⁴
- Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005

Für das Krankenhaus als frauengerechter Arbeitsplatz:

- Rahmen-Gleichbehandlungsprogramm des Magistrat Linz³⁵
- Arbeitsmedizinischer Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die „Gender Friendly Hospital“-Leitlinien

1. Geschlechtsspezifische Aus-, Fort- und Weiterbildung
2. Geschlechtssensibler Umgang
3. Transparenz und Public Relations
4. Respektieren und Berücksichtigen der psychosozialen Lebenswelten
5. Bedarfsgerechte geschlechtsspezifische Kranken- und Gesundheitsversorgung
6. Geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung
7. Individuelle Beratung, Information und Aufklärung
8. Transparenz und Nutzung geschlechtsspezifischer Infrastrukturen
9. Koordination extra- und intramuraler Nahtstellen
10. verbesserter Zugang und Reduktion von Barrieren im Krankenhaus
11. PatientInnenzufriedenheit – Evaluierung und Maßnahmen zur Verbesserung

3.2.1 Geschlechtsspezifische Aus-, Fort- und Weiterbildung

<p>Grundprinzipien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung (Jahn und Kolip 2003):</p> <p>Qualifizierung und Sensibilisierung der in Gesundheitsberufen Tätigen (Fortbildung)</p>	<p>WHO-Modellprojekt (Wimmer-Puchinger, 1993):</p> <p>/</p>	<p>Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005 Ziel 7 (BMGF, verfasst vom Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung):</p> <p>Integration geschlechterspezifischen Wissens in die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe</p> <p>Sensibilisierung des Gesundheitspersonals für genderspezifische Gesundheit</p>
---	--	---

32 Dieplinger, Labek, 2007

33 nach Jahn, Kolip, 2002

34 nach Wimmer-Puchinger, 1996

35 Brandenberger, 2000

Ziel:

- Gender Friendly Professionals

Maßnahmen:

- Implementierung von Gendermainstreaming in die Strategien des Krankenhauses (QM, BSC, Frauenquote)
- Aufgreifen von gendersensiblen Thematiken im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Der Punkt Aus- Fort- und Weiterbildung als Basis für ein „Gender Friendly Hospital“ steht an erster Stelle. Ohne ein grundlegendes Verständnis und eine Sensibilität für geschlechtsspezifische Unterschiede ist die Umsetzung der nachfolgenden Kriterien nicht möglich. Bereits in der Ausbildung zu den verschiedensten Gesundheitsberufen sollte geschlechtsspezifisches Wissen integriert werden. Durch gezielte Fort- und Weiterbildung für das Krankenhauspersonal können spezielle geschlechtsspezifische Themen aufgearbeitet werden. Dazu ist es sicherlich notwendig, Gendermainstreaming in die Strategien des Krankenhauses zu integrieren. Ziel ist die Schaffung von Gender Sensitive Health Care Professionals in allen Fachbereichen.

3.2.2 Geschlechtssensibler Umgang

<p>Grundprinzipien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung (Jahn und Kolip 2003):</p> <p>/</p>	<p>WHO-Modellprojekt (Wimmer-Puchinger, 1993):</p> <p>/</p>	<p>Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005 Ziel 7 (BMGF, verfasst vom Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung):</p> <p>Bereitstellung von weiblichem Personal für weibliche Patientinnen</p>
---	--	---

Ziel:

- genderkompetentes Personal auf allen Ebenen
- gegenderte Dokumentation
- selbstverständliche, kontextbezogene und vorurteilsfreie Bereitstellung von Personal

Maßnahmen:

- Prüfung der BewerberInnen auf Genderkompetenz
- abteilungsspezifische Schaffung einer personellen Infrastruktur
- Gendern von Dokumenten
- kontextbezogene Bereitstellung von Personal mit dem „Blick“ der Geschlechtssensibilität

Die Grundlage eines geschlechtssensiblen Umganges ist geschultes und genderkompetentes Personal in allen Fachbereichen. Bei Neueinstellungen, besonders in der Führungsebene, ist die Genderkompetenz der BewerberInnen zu berücksichtigen.

Die einzelnen Abteilungen des Krankenhauses sollten strukturell und personell die Möglichkeit einer Betreuung von PatientInnen durch weibliches Personal zur Verfügung stellen können. Besonders in Ausnahmesituationen und im kulturellen Kontext sollten die MitarbeiterInnen einen „Blick“ für geschlechtssensiblen Umgang haben. Unter den Punkt „geschlechtssensibler Umgang“ fällt auch die Einführung einer gegenderten Dokumentation.

3.2.3 Transparenz und Public Relation

<p>Grundprinzipien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung (Jahn und Kolip 2003):</p> <p>Einbeziehung einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in die allgemeine Diskussion des Gesundheitswesens (Finanzierung, Qualitätssicherung)</p>	<p>WHO-Modellprojekt (Wimmer-Puchinger, 1993):</p> <p>/</p>	<p>Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005 Ziel 7 (BMGF, verfasst vom Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung):</p> <p>/</p>
--	--	---

Ziel:

- Imageverbesserung des Hauses
- Kundenorientierung

Maßnahmen:

- Implementierung und Institutionalisierung einer geschlechtsspezifischen Kultur und Medizin

Die Einbeziehung des Themas „frauengerechte Gesundheitsversorgung“ in die allgemeine Diskussion im Gesundheitswesen ist zu bedenken. Eine gendergerechte Gesundheitsversorgung sollte als Qualitätsmerkmal für ein Krankenhaus gelten, zur Imageverbesserung führen und zu einer tatsächlichen Kundenorientierung beitragen.

3.2.4 Respektieren und Berücksichtigen der psychosozialen Lebenswelten

<p>Grundprinzipien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung (Jahn und Kolip 2003):</p> <p>Berücksichtigung der jeweiligen Lebenswelten (psychische und soziale Ursachen)</p>	<p>WHO-Modellprojekt (Wimmer-Puchinger, 1993):</p> <p>Respekt für die spezielle Lebenssituation der Frauen</p> <p>Förderung und Unterstützung für Frauen</p> <p>Respekt für die Bedürfnisse der Frauen (Einbeziehung der Partner, Familie, Kontinuität der Behandlung,...)</p>	<p>Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005 Ziel 7 (BMGF, verfasst vom Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung):</p> <p>quantitative und qualitative Sicherstellung der psychosozialen Versorgung</p>
--	---	---

Ziel:

- quantitative und qualitative Sicherstellung der psychosozialen Versorgung
- Förderung von Sicherheit durch Schaffung von Vertrauen und Verständnis
- ganzheitliche und individuelle Betreuung
- sozialer Kontext als integraler Bestandteil von Gesundheit und Gesundheitsförderung

Maßnahmen:

- Entwicklung eines geschlechtsspezifischen Standards der Gesprächsführung und Kontaktaufnahme
- Vernetzung

- Schaffung optimaler Rahmenbedingungen (Zeit, Raum, Atmosphäre, Ressourcen)

Die Berücksichtigung von psychosozialen Lebenswelten und Gesundheit ist ein grundlegender Punkt einer gendersensitiven Versorgung. Die Bedürfnisse und die spezielle Lebenssituation der Frau sollen ausreichend Berücksichtigung finden. Genderbias und Kommunikation allgemein sind vom Behandlungspersonal zu beachten. Die Rahmenbedingungen wie Zeit, Raum, Atmosphäre und Ressourcen sollten so abgestimmt sein, dass eine individuelle Betreuung möglich ist und Vertrauen und Verständnis gefördert werden.

3.2.5 Bedarfsgerechte geschlechtsspezifische Kranken- und Gesundheitsversorgung

<p>Grundprinzipien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung (Jahn und Kolip 2003):</p> <p>Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung (bedarfsgerecht, evidenzbasiert)</p>	<p>WHO-Modellprojekt (Wimmer-Puchinger, 1993):</p> <p>sichere, kontrollierte medizinische Behandlung von hoher Qualität</p> <p>Technologie: soviel wie notwendig, aber so wenig wie möglich</p>	<p>Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005 Ziel 7 (BMGF, verfasst vom Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung):</p> <p>Entwicklung frauenspezifischer, evidenzbasierter Leitlinien</p> <p>Sicherstellung der pflegerischen Versorgung</p>
--	--	--

Ziel:

- Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung

Maßnahmen:

- Entwicklung frauenspezifischer evidenzbasierter Leitlinien
- Qualitätssicherung / Messung der Qualität inklusive geschlechtsspezifischer Auswertung
- Erkennen von Defiziten und Ressourcen in Diagnostik, Therapie und Prävention

Zu den Hauptaufgaben eines Krankenhauses zählt die Krankenversorgung. Hier muss ein besonderes Augenmerk auf geschlechtsspezifische Unterschiede gelegt werden. Medizinisch und pflegerisch ist eine Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden. Ein Schritt in diese Richtung ist die Entwicklung frauenspezifischer, evidenzbasierter Leitlinien. Dies gilt für Therapieschemata, Pflegeabläufe, Medikamentendosierungen und vieles mehr. Der Erfolg und die Qualität der Versorgung sollten gemessen und geschlechtsspezifisch ausgewertet werden, um sowohl Defizite als auch Ressourcen in Diagnostik, Therapie und Prävention zu erkennen.

3.2.6 Geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung

<p>Grundprinzipien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung (Jahn und Kolip 2003):</p> <p>Formulieren und Verfolgen von Gesundheitszielen, die Gender-Aspekte berücksichtigen</p>	<p>WHO-Modellprojekt (Wimmer-Puchinger, 1993):</p> <p>Förderung des gesunden Lebensstils</p> <p>Empowerment und Kooperation; psychologische und soziale Unterstützung</p>	<p>Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005 Ziel 7 (BMGF, verfasst vom Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung):</p> <p>Entwicklung von geschlechts- und zielgruppenspezifischen Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Krankenhaus</p> <p>Förderung und stärkere Einbeziehung der Selbsthilfe in die Gesundheitsversorgung</p>
---	--	--

Ziel:

- Förderung des gesunden Lebensstils
- Empowerment und Kooperation

Maßnahmen:

- intersektorale Vernetzung/Einbindung in Netzwerke (z.B. Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser)
- Entwicklung von geschlechts- und zielgruppenspezifischen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung
- verbessertes Informationsangebot für PatientInnen

Ein wichtiger Aspekt im Krankenhaus ist die Gesundheitsförderung. Um einen gesunden Lebensstil zu fördern, ist es notwendig, den PatientInnen Information in für sie verständlicher Weise und für sie umsetzbarer Art zu bieten. In diesem Zusammenhang bedeutet Empowerment, PatientInnen genug Wissen und Information zu bieten und sie damit zu befähigen, eine für sie richtige Entscheidung auf Basis dieses Wissens zu fällen. Ein entsprechendes genderspezifisches Informationsangebot sollte von der Gesundheitseinrichtung zur Verfügung gestellt werden. Weiters ist eine Einbindung in Netzwerke, z.B. in diejenigen Gesundheitsfördernder Krankenhäuser oder von Frauengesundheitszentren, sinnvoll.

3.2.7 Individuelle Beratung, Information und Aufklärung

<p>Grundprinzipien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung (Jahn und Kolip 2003):</p> <p>Gesundheitsinformation und Aufklärung als Entscheidungsgrundlage</p>	<p>WHO-Modellprojekt (Wimmer-Puchinger, 1993):</p> <p>Information über Behandlungsmethoden (informed consent, informed choice)</p>	<p>Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005 Ziel 7 (BMGF, verfasst vom Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung):</p> <p>/</p>
--	---	---

Ziel:

- informed consent
- informed choice

Maßnahmen:

- wertfreie Information über Behandlungsmöglichkeiten / Methoden und Abläufe
- Berücksichtigung der individuellen PatientInnen-Bedürfnisse

PatientInnen sollten die Chance erhalten, auf Basis einer umfassenden, wertfreien Information und Aufklärung selber über Behandlungsmethoden und Möglichkeiten entscheiden zu können. Die Aufklärung sollte dabei den individuellen Bedürfnissen und Auffassungsmöglichkeiten angepasst sein. Letztendlich ist die Wahl der Behandlung oder Methode eine Entscheidung der PatientInnen und sollte von ihnen auf Grundlage ausreichender Information getroffen werden können.

3.2.8 Transparenz und Nutzung geschlechtsspezifischer Infrastrukturen - Systemebene

<p>Grundprinzipien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung (Jahn und Kolip 2003):</p> <p>Nutzung und Förderung vorhandener frauenspezifischer Infrastrukturen</p>	<p>WHO-Modellprojekt (Wimmer-Puchinger, 1993):</p> <p style="text-align: center;">/</p>	<p>Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005 Ziel 7 (BMGF, verfasst vom Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung):</p> <p>Schaffung spezialisierter Zentren für die gesundheitliche Versorgung von Frauen (Tageskliniken, psychosomatische Ambulanzen,...)</p>
--	--	--

Ziel:

- Nutzung der bereits vorhandenen geschlechtsspezifischen Einrichtungen
- abteilungsspezifische Genderbeauftragte von Medizin, Pflege, BMA etc.

Maßnahmen:

- Vernetzung, Bekanntmachung und Transparenz vorhandener Strukturen
- Koordination und Kooperation zwischen Gleichbehandlungsbeauftragten, Frauenbeauftragten, dem Betriebsärztlichen Dienst (=intramural) und extramuralen Bereichen
- Schulung und Fortbildung von Genderbeauftragten

Geschlechtsspezifische Infrastrukturen wie Frauenkompetenzzentren, Brustzentren etc. sind zu schaffen. Eine Genderbeauftragte ist für Fragen, Probleme, Beratung etc. zuständig.

3.2.9 Koordination extra- und intramuraler Nahtstellen - Personenebene

<p>Grundprinzipien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung (Jahn und Kolip 2003):</p> <p>Förderung von Vernetzung (multiprofessionell, interdisziplinär)</p>	<p>WHO-Modellprojekt (Wimmer-Puchinger, 1993):</p> <p>/</p>	<p>Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005 Ziel 7 (BMGF, verfasst vom Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung):</p> <p>Frauengesundheit intersektorial verankern</p> <p>Bessere Koordinierung der Versorgungsebenen</p>
---	--	--

Ziel:
optimale individuelle Versorgung

Maßnahmen:
Erkennen, Definieren und Umsetzen geschlechtsspezifischer Bedürfnisse

Um eine optimale individuelle Versorgung zu gewährleisten, ist eine intersektorale Verankerung von Frauengesundheit notwendig. Die extra- und intramuralen Versorgungsebenen sollen entsprechend gut koordiniert sein, um auf geschlechtsspezifische Bedürfnisse Rücksicht nehmen zu können.

3.2.10 Verbesserter Zugang und Reduktion von Barrieren im Krankenhaus

<p>Grundprinzipien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung (Jahn und Kolip 2003):</p> <p>Reduktion von Ungleichheiten und Barrieren im Zugang (z.B. ethnische Zugehörigkeit)</p>	<p>WHO-Modellprojekt (Wimmer-Puchinger, 1993):</p> <p>/</p>	<p>Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005 Ziel 7 (BMGF, verfasst vom Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung):</p> <p>Weiterentwicklung der Angebote zur besseren Erreichbarkeit von benachteiligten Gruppen</p>
---	--	--

Ziel:
Bereitstellung optimaler Strukturen

Maßnahmen:
Erkennen und Beseitigen möglicher Barrieren im Krankenhaus
Erkennen von geschlechtsspezifischen Bedürfnissen

Bereits im Zugang zu medizinischer Versorgung finden sich geschlechtsspezifische Unterschiede und Barrieren und somit als weitere Folge eine Unterversorgung benachteiligter Gruppen. Besonders betroffen sind in diesem Bereich alleinerziehende Frauen, Frauen ethnischer Minderheiten (mit Sprachbarrieren) und Frauen, die Angehörige pflegen. Es sollten im Krankenhaus Strukturen geschaffen werden, um auch diesen PatientInnen einen leichteren Zugang zu ermöglichen.

3.2.11 PatientInnenzufriedenheit – Evaluierung und Maßnahmen zur Verbesserung

<p>Grundprinzipien einer frauengerechten Gesundheitsversorgung (Jahn und Kolip 2003):</p> <p style="text-align: center;">/</p>	<p>WHO-Modellprojekt (Wimmer-Puchinger, 1993):</p> <p style="text-align: center;">/</p>	<p>Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005 Ziel 7 (BMGF, verfasst vom Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung):</p> <p>Berücksichtigung der PatientInnenzufriedenheit im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung</p> <p>Erfolgskontrolle der Krankenhausleistung an PatientInnengesundheit, -zufriedenheit, Epidemiologie</p>
---	--	---

Ziel:

Qualitätssicherung

Maßnahmen:

Auswertung des Fehler- und Beschwerdemanagements nach Geschlecht

Maßnahmen zur Fehlerreduktion und -vermeidung

Die Implementierung der Kriterien eines „Gender Friendly Hospitals“ soll letztendlich zu einer Verbesserung an Qualität und PatientInnenzufriedenheit führen. Es ist daher wichtig, diese Parameter anhand von epidemiologischen Daten und durch eine geschlechtsspezifische Auswertung des Fehler- und Beschwerdemanagements zu messen. Qualitätssicherung ist ein notwendiges Ziel, regelmäßige Überprüfungen und Maßnahmen zur Verbesserung sollten Standard sein.

3.2.12 Praktische Beispiele in der Umsetzung von „Gender Friendly Hospital“ am AKh Linz

Erste Leitlinie: „Geschlechtsspezifische Aus-, Fort- und Weiterbildung“

- Vorträge an den Akademien zum Thema Gender Medizin. MitarbeiterInnen des Krankenhauses und Studierende erhalten in Fortbildungsveranstaltungen Informationen zum Thema Gender
- „Gender Dialog“ – eine Veranstaltung, die in Kooperation mit Frauengesundheitszentren unter Einbindung der Region stattfindet
- Männergesundheitstag
- Weiterbildung für Vortragende in der Lehre

Zweite Leitlinie: „Geschlechtssensibler Umgang“

- Überprüfung der Gender Kompetenz bei Bewerbungen

Dritte Leitlinie: „Transparenz und Public Relations“

- Hinterfragen von Studien in Bezug auf geschlechtsspezifische Unterschiede
- Publikation und Pressearbeit

Vierte Leitlinie: „Respektieren und Berücksichtigen der psychosozialen Lebenswelten“

- Geschlechterspezifische Dienstleistungen

- individuelle Motivation und Beratung von Frauen und Männern

Fünfte Leitlinie: „Bedarfsgerecht geschlechtsspezifische Kranken- und Gesundheitsversorgung“

- Analyse spezifischer Diagnosen

Sechste Leitlinie: „Geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung“

- Gesundheitszirkel für Frauen
- Auswertungen von Gesundheitsbefragungen nach dem Geschlecht
- geschlechtsspezifische Gesundheitsfördermaßnahmen

Siebte Leitlinie: „Individuelle Beratung, Information und Aufklärung“

- „MigrantInnen-freundliches Krankenhaus“ – ein Projekt des Krankenhauses 2008.
- Projekt „Gewalt bei Frauen“ – ein Sensibilisierungsprojekt wurde 2009 gestartet.

Neunte Leitlinie: „Koordination extra- und intramuraler Nahtstellen“

- Kooperation mit extramuralen Institutionen
- Vernetzung und Überweisung mit/zu externen Beratungsstellen

Zehnte Leitlinie: „Verbesserter Zugang und Reduktion von Barrieren im Krankenhaus“

- besondere Berücksichtigung der sozialen Situation

Elfte Leitlinie: „PatientInnenzufriedenheit – Evaluierung und Maßnahmen zur Verbesserung“

- geschlechtsspezifische Auswertungen von PatientInnenzufriedenheitsbefragungen
- Gesundheitsangebote für Frauen und Männer

Die Praxis von geschlechtsspezifischer Medizin hat gezeigt, dass „Top-down“- Implementierungsversuche wenig bis gar nicht gelingen. Am ehesten findet Aufklärung, Sensibilisierung und Information zum Thema Gender Anklang. Oft ist zu beobachten, dass viele von Gender reden, jedoch nur wenige wissen, was Gender tatsächlich ist oder ausmacht. Gerade in der Medizin herrscht ein sehr hoher Anspruch auf Wissenschaftlichkeit und Vollständigkeit in der Behandlung von PatientInnen, und gerade dieser Zugang macht es der Gender Medizin einfacher. Mit dem Aufzeigen von Lücken in der Forschung, von unbeantworteten Fragen, nicht erklärbaren Daten und Unstimmigkeiten erreicht man ein sehr hohes Interesse bei allen Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung.

„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.

Im AKh Linz werden Forschungen nach den sozialen Einflussfaktoren hinterfragt und gegebenenfalls Studien in Auftrag gegeben. Untersuchungen wie die soziale Umfeldstudie von chronischen SchmerzpatientInnen, eine soziale Dienstleistungserhebung für PatientInnen und Angehörige, Untersuchungen zur geschlechtsspezifischen Gesundheitsförderung oder zur Gender Medizin aus Sicht der MedizinerInnen, eine Rheuma-Evaluierung, Studien über Gewalt bei Frauen, über Patientinnen mit Migrationshintergrund und über die Medikamentenverschreibung in der Kardiologie sind nur ein paar Beispiele, wie gendermedizinische Aspekte in der Wissenschaft hinterleuchtet werden können.

Die Überprüfung von Zielen und Maßnahmen muss im Bereich der Gender Medizin von zwei wissenschaftlichen Disziplinen betrachtet werden. Einerseits umfasst Gender das soziale Geschlecht und betrifft überwiegend die Forschungsmethoden der Sozialwissenschaften, andererseits ist Gender Medizin ein Fachgebiet der klassischen Naturwissenschaft, also eher quantitativ orientiert. Um ein evaluativ eindeutiges Ergebnis zu erzielen, sind qualitative und quantitative Methoden in der Erhebung unbedingt erforderlich. Das heißt für die Praxis, dass nur ein fachspezifisches, interdisziplinäres, deskriptives und statistisches Erheben von Daten die Vollständigkeit von Gender Medizin gewährleisten kann. Physiologisch erhobene Daten allein können ohne die Mitbeachtung sozialer Umfeldfaktoren nur einen Teilbereich der Fragen beantworten.

Das bedeutet für eine qualitätssichernde Praxis, dass Messparameter nicht einzig in dokumentierten Zahlen oder quantitativ erhobenen Fakten gemessen werden sollen, sondern dass andere Parameter und Determinanten der Gender Medizin in ein Gesamtkonzept implementiert werden müssen.

Kennzahlen der klassischen Qualitätssicherung im Krankenhaus orientieren sich überwiegend an quantitativ erhobenen Daten. Diese können aber im Bereich der Überprüfung von Gender Medizin nur eine Hypothese darstellen, nie jedoch für sich allein eine Forschungsfrage zur Gänze beantworten. Darum kann eine gute, qualitätsgesicherte Gender Medizin im Krankenhaus nur auf zwei Ebenen implementiert werden – auf der konzeptuellen, praxisorientierten Ebene und auf der vollständigen, überprüfaren Ebene.

Bei einem „Gender Friendly Hospital“ handelt es sich um Leitlinien, die konzeptuell und strategisch in einem Krankenhaus oder in einer Gesundheitseinrichtung implementiert werden können.

4. Geschlechtergerechte Medizin: Prüfung von Medikamenten an Frauen

Mag.^a Sonja Kodelitsch MSc., Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

Mag.^a Martha Scholz, Soziologin, Frauengesundheitszentrum Wels, PGA

Frauen und Männer unterscheiden sich sowohl physiologisch als auch psychologisch und in ihrem sozialen Rollenverhalten. Insbesondere physiologische Unterschiede machen sich bei der Einnahme und Wirkung von Medikamenten bemerkbar.

„Etwa zwei Drittel aller Medikamente werden für Frauen verschrieben. Schlafmittel, Psychopharmaka, Präparate gegen Kopfschmerzen und niedrigen Blutdruck werden sogar fast ausnahmslos von Frauen geschluckt – und bisher trotzdem zu selten an Frauen getestet, obwohl einige dieser Stoffe bei Frauen anders wirken als bei Männern. Frauen leiden etwa doppelt so häufig an Nebenwirkungen. ... Insgesamt sind besonders viele Frauen im Alter zwischen 20 und 40 Jahren von unerwünschten Wirkungen betroffen – es ist diejenige Altersgruppe, die zum Schutz möglicher Schwangerschaften von der Erprobung neuer Arzneimittel ausgeschlossen wird.“³⁶

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. Forschungen für ein Medikament zeigen oft nach Phasen der Exposition, dass diese ausschließlich bei einem Geschlecht sinnvolle Wirkungen erzielen. Durch Vermarktung und - in Österreich für rezeptpflichtige Medikamente - Werbung können für beide Geschlechter unterschiedliche Wirkungsweisen in den Vordergrund gespielt werden.³⁷

Besonders umstritten ist die Erforschung der Wirksamkeit von Medikamenten an gebärfähigen Frauen. „Seit dem Contergan-Skandal Anfang der sechziger Jahre, bei dem tausende Menschen starben oder mit Missbildungen zur Welt kamen, wurden Frauen in Studien nahezu tabuisiert.“³⁸ Generell sollten beide Geschlechter in die Wirkungsforschung miteinbezogen werden und die gleichen Chancen zur Teilnahme haben - außer es sprechen folgende Argumente dagegen:³⁹

- 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

36 Zit. n. Legato, 2002, S. 82

37 Jill, et al. 2010

38 Zit.n. Forschen & Entdecken, 2010, S. 8

39 Fachmagazin für Ärzte, 2008, S. 5ff

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. Bei Frauen liegt der pH-Wert (basisch) höher, das Ausmaß und die Geschwindigkeit der Aufnahme von Wirkstoffen im Körper ist somit biologisch vorgegeben. Darüber hinaus ist die Enzymaktivität von Frauen im Verdauungstrakt geringer als bei Männern. Für die Verteilung von Medikamenten im Körper sind darüber hinaus folgende Unterschiede relevant: Frauen haben ein geringeres Körpergewicht, einen höheren Körperfettanteil, ein geringeres Blutplasmavolumen, eine stärkere Organdurchblutung und weniger Körperwasseranteil. Zudem ist die Leistung der Nieren um ca. 10% geringer, und der Abtransport von Arzneien über die Leber ist verlangsamt. Bei Frauen stellt sich der schmerzstillende Effekt ausgeprägter ein, und das Risiko für Nebenwirkungen wie Übelkeit und Erbrechen ist höher.⁴⁰

Besondere Bedeutung für Wirkung und mögliche unerwünschte Wirkungen eines Arzneimittels, so Dr.ⁱⁿ Christiane Körner, hat das so genannte P-450-System, eine Klasse von Proteinen und Enzymen in Leber und Darmtrakt. Hier bestehen bei Männern und Frauen starke Unterschiede in Typ, Konzentration und Aktionsstärke, was für den Stoffwechsel von Arzneimitteln relevant ist. Auch weil die Hormone Östrogen und Progesteron durch das P-450-System in der Leber umgewandelt werden, muss angenommen werden, dass alle Medikamente, die von diesem System verarbeitet werden, bei Frauen anders im Stoffwechsel umgesetzt werden.⁴¹

„Dies muss bei der Dosierung berücksichtigt werden. Dass bei Frauen die Dosierungen oft niedriger angesetzt werden müssen als bei Männern, wird jedoch in Studien und in der Praxis häufig nicht beachtet und in den Fachinformationen nicht ausreichend betont. Der Wirkspiegel eines Arzneimittels ist entscheidend. Wahrscheinlich sind Überdosierungen ganz wesentlich dafür verantwortlich, wenn bei Frauen UAW⁴² insgesamt häufiger vorkommen als bei Männern.“⁴³

Keinesfalls sind Kosten ein akzeptabler Ausschlussgrund für eines der beiden Geschlechter aus Studien. Besonders wichtig erscheint auch, dass Frauen bereits zu Beginn der Erforschung miteinbezogen werden, da in dieser Phase die größten Sicherheitsmaßnahmen in Bezug auf die Exposition mit dem jeweiligen Medikament ergriffen werden.

Frauen sind in der Forschungspraxis als Probandinnen nach wie vor unterrepräsentiert. Ethikkommissionen sollen die gerechte Teilnahme fördern bzw. gewährleisten.

Ethikkommissionen begutachten und beurteilen folgende Aspekte von klinischen Forschungsprojekten: die Eignung der/des Prüferin/Prüfers, der vorhandenen Einrichtungen und der beteiligten Personen, die wissenschaftliche Aussagekraft des Prüfplanes und das Nutzen/Risikoverhältnis sowie die Rekrutierung der ProbandInnen und die Art und Weise der Aufklärung derselben. Eine Ethikkommission muss aus neun Personen (Frauen und Männern) zusammengesetzt sein und unterliegt Minimalanforderungen, aus welchen Berufen diese Mitglieder zu kommen haben (ÄrztIn, FachärztIn, Angehörige/r des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, JuristIn, PharmazeutIn, PatientenvertreterIn, drei weitere Personen aus der Biometrie, Behindertenorganisation und der Seelsorge). Betrachtet man den Frauenanteil in Ethikkommissionen, ist es umso erstaunlicher, dass die Frauen unterrepräsentiert sind, obwohl sie in den genannten Berufssparten sehr gut vertreten sind. Zum Schutz von Frauen im gebärfähigen Alter bzw. zum Schutz des Fötus ist bei Studien darauf zu achten, dass das Nichtvorliegen einer Schwangerschaft laufend festgestellt wird. Klinische Studien mit Schwangeren dürfen nur durchgeführt werden, wenn der direkte Nutzen belegt ist, nicht aber wenn Risiken zu befürchten sind. Im Falle des Eintretens einer Schwangerschaft steht der Schutz der Frau und des ungeborenen Kindes im Vordergrund. 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

40 Fachmagazin für Ärzte, 2007, S. 3ff

41 Dr.ⁱⁿ Christiane Körner, Österreichische Apothekerkammer, Wien, In: Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006

42 unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)

43 Zit.n. Der Arzneimittelbrief, 2010, S. 73

in begründeten Ausnahmefällen und eine Vergabe von Forschungsmitteln an Projekte, die diese Prinzipien berücksichtigen.⁴⁴

4.1 Unterschiede der medikamentösen Therapie in der Kardiologie

OA Dr. med. Sahba Enayati, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, Ernährungsmediziner;
Klinikum Wels-Grieskirchen, V. Interne

Nur wenige Studien haben die medikamentöse Therapie der stabilen ‚Koronaren Herzkrankheit‘ (KHK) auf Geschlechtsunterschiede hin untersucht.

Aufgrund des unterschiedlichen Hormonstatus, der Körperfettverteilung, des Gewichts und des generell höheren Lebensalters der Frau bei Manifestation einer KHK bestehen aller Wahrscheinlichkeit nach Unterschiede in Bezug auf Wirkung, Bioverfügbarkeit und Nebenwirkungen.

In bisherigen Studien konnten keine wesentlichen geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Wirkung von β -Rezeptorblockern festgestellt werden. Untersuchungsergebnisse zeigen jedoch, dass β -Rezeptorblocker zum Zeitpunkt des Infarktes bei Frauen zu einer größeren Reduktion der kardiovaskulären Sterblichkeit führen als bei Männern. So war z.B. im „Timolol Myocardial Infarction Trial“ die Letalität der Frauen um 41% gesenkt, die der Männer hingegen lediglich um 35%.

Die Women’s Health Study (2005) belegt wenig präventive Wirkung von Aspirin (Acetylsalicylsäure = ASS) auf infarktgefährdete Frauen. Bei 39.876 gesunden Frauen im Alter von über 45 Jahren wurden über einen Zeitraum von durchschnittlich 10 Jahren als Primärprävention entweder jeden zweiten Tag 100mg ASS oder ein Placebo verabreicht.⁴⁵ ASS ist bei Frauen zur Myokardinfarkt-Prophylaxe nicht signifikant wirksam. Im deutlichen Gegensatz dazu ist bei gleichaltrigen Männern ASS auch bei primärer Prävention gering wirksam. Das Gesamtrisiko sehr vieler Frauen ist bereits so niedrig, dass von einem Arzneimittel kaum eine zusätzliche präventive Wirkung mehr erwartet werden kann. Der Wirksamkeitsunterschied von ASS bei Frauen und Männern ist also nicht in einer geschlechtstypischen unterschiedlichen Pharmakodynamik der ASS begründet, sondern im primär unterschiedlichen Ausgangsrisiko für die Entwicklung von Gefäßkomplikationen. Bei Frauen mit höherem Gesamtrisiko oder in der Sekundärprävention bei Männern und Frauen ist ASS natürlich relevant wirksam.

Bei der Sekundärprävention kommt es zu einer um 23% reduzierten Sterblichkeit durch die Behandlung mit Acetylsalicylsäure. Die Reduktion der Reinfarktrate beträgt 49%.

Dagegen hat ASS aber eine deutlich höhere Wirksamkeit in der Primärprophylaxe des Schlaganfalls bei Frauen als bei Männern.

Die aktuellen Daten zur Behandlung von Frauen mit ACE-Hemmern bei bzw. nach akutem Myokardinfarkt sind besonders bei Patientinnen mit einer Herzschwäche deutlich schlechter als bei Männern (Reduktion der kardiovaskulären Sterblichkeit von 4%, gegenüber 28% bei Männern. Als Ursache hierfür werden insbesondere Geschlechtsunterschiede im Renin-Angiotensin-System verantwortlich gemacht sowie die häufiger auftretenden Nebenwirkungen (Renin-Blutspiegel korreliert umgekehrt proportional mit Estradiolspiegeln).

Auch Statine sind weniger signifikant als bei Männern, da auch hier bei vielen Frauen das Gesamtrisiko geringer ist als bei Männern. Frauen müssen also seltener mit Statinen behandelt werden. Bei hohem Gesamtrisiko, zum Beispiel in der sekundären Prävention, sind Statine aber auch bei Frauen relevant wirksam.

Zu der Behandlung mit Nitraten liegen keine Studien zu geschlechtsspezifischen Unterschieden vor.

Bei Herzinsuffizienz senken ACE-Hemmer die Morbidität und Mortalität bei Frauen deutlich weniger als bei Männern, was zumindest unter anderem auf das gehäufte Auftreten von unerwünschten Nebenwirkungen unter ACE-Hemmern bei Frauen (wie Hypotonie, gastrointestinale Symptome, Hautausschläge und/oder Hus-

44 Bundeskanzleramt Österreich, 2008, Bioethikkommission: Beschluss der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt vom 15. November 2008
45 Ridker, et al. 2005

ten) zurückgeführt werden muss. Bei einer ACE-Hemmer-Unverträglichkeit sind Angiotensin-Rezeptorblocker (ARB) indiziert, wobei hier keine bekannten Unterschiede zwischen Männern und Frauen vorliegen.

Auch für die Betablockertherapie bei der Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz gibt es keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede im Hinblick auf die Mortalität.

Digitalis in der Therapie der Herzinsuffizienz hat heute nur mehr einen untergeordneten Stellenwert und zeigt bei Frauen negative Auswirkungen (bis zu 4% höheres Mortalitätsrisiko), wobei eine relative Überdosierung als mögliche Ursache der erhöhten Mortalität angenommen werden kann.

Frauen werden z.B. trotz gegebener Indikation (z.B. sekundäre Prävention) aus unerfindlichen Gründen oft weniger intensiv behandelt als Männer.

Sie erhalten nach einer Befragung deutscher ÄrztInnen deutlich seltener Thrombozytenaggregationshemmer (48% vs. 60%), Betablocker (60% vs. 70%), ACE-Hemmer (40% vs. 52%) und Statine (44% vs. 50%) als Männer. Nur AT-II-Rezeptor-Antagonisten erhalten sie häufiger (25% vs. 18%).⁴⁶

46 Kozanli, et al. 2008; Bjarnason-Wehrens, et al. 2008

VIII Handlungsempfehlungen zur Förderung der Frauengesundheit in Österreich

Österreichischer
Frauengesundheitsbericht 2010/2011

Kapitel 8

VIII. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN ZUR FÖRDERUNG DER FRAUENGESUNDHEIT IN ÖSTERREICH

1. Praxisbeispiele für frauenspezifische Gesundheitsförderung	529
2. Handlungsempfehlungen für Frauengesundheit in Österreich	530

1. Praxisbeispiele für frauenspezifische Gesundheitsförderung

Mag.^a Sonja Kodelitsch MSc., Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

Frauengesundheit ist in Österreich bereits in vielen Institutionen etabliert und wird in viele Angebote für die Bevölkerung integriert.

Um einen Überblick über die frauenspezifischen Gesundheitsangebote geben zu können, wurden im Mai 2010 mittels Mailverteiler über 490 Institutionen in Österreich angeschrieben. Es wurde ein Fragebogen beigelegt mit der Bitte, diesen bei Interesse an einer Veröffentlichung ihrer frauenspezifischen Angebote auszufüllen und/oder diesen im eigenen Netzwerk an verwandte Institutionen weiter zu verteilen.

Unter diesen Institutionen waren Beratungsstellen, Gewaltschutzzentren, Frauenhäuser, Frauenambulanzen, Frauenvereine in den Bereichen Gesundheit und Soziales, Gesundheitszentren, Institutionen der Prävention und Gesundheitsförderung, Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereichs u.v.m.

Darüber hinaus wurde im Juni 2010 ein Aufruf im PGA-Newsletter gestartet, und AnbieterInnen frauenspezifischer Angebote wurden über die Beilage zum Bericht informiert.

Die zugesendeten Fragebögen wurden nach Themen geclustert und nach Bundesländern gegliedert:

- Aktivangebote in Fraueneinrichtungen
- Arbeit und Beruf
- Frauengesundheit
- Beratung (umfassend, zu mehreren Lebensbereichen)
- Essstörungen
- Familienplanung, Schwangerschaft, Mütter
- Frauenreferate, Frauenbüros – Öffentlichkeitsarbeit für Frauenthemen
- Krebs
- Mädchen und junge Frauen
- Migrantinnen
- Sexualität, Sexuelle Dienstleistungen
- Wohnen, Wohngemeinschaften

Diese Aufteilung wurde auch beibehalten, wenn aus einem Bundesland nur eine Zusendung kam.

Hinzuzufügen ist, dass einige Angebote nicht eindeutig zuordenbar waren. Manche Institutionen haben ihre frauenspezifischen Angebote einzeln ausgearbeitet, diese konnten in mehreren Bereichen berücksichtigt werden. Andere wiederum haben ihre gesamtes Angebot zusammengefasst – diese wurden z.B. bei Beratung (umfassend, zu mehreren Lebensbereichen) oder auch bei Frauengesundheit eingefügt.

Besonders hervorzuheben sind die Einrichtungen des Gewaltschutzes und Frauenhäuser, da sehr viele dieser Institutionen Interesse zeigten, in der Beilage veröffentlicht zu werden.

Die Sammlung von Angeboten für Frauen in der Beilage zum Österreichischen Frauengesundheitsbericht 2010/2011 erhebt keineswegs den Anspruch auf Vollständigkeit. Wie bereits erwähnt, wurden AnbieterInnen im Bereich Gesundheit und Soziales für Frauen über mehrere Schienen aufgerufen, ihre Angebote im vorliegenden Praxisteil zu veröffentlichen. Alle diejenigen, die diesem Aufruf gefolgt sind, wurden berücksichtigt und werden hier zur Veröffentlichung gebracht.

2. Handlungsempfehlungen für Frauengesundheit in Österreich

Die Formulierung und Auswahl der Zielbereiche und Ebenen für die folgenden Handlungsempfehlungen für die Frauengesundheit in Österreich erfolgte analog dem 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.

Gesundheit 21 ist die Antwort der Europäischen Region der WHO (51 Mitgliedsstaaten und ca. 870 Millionen EinwohnerInnen) auf das globale Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“. Die in diesem Konzept für Europa formulierten Zielbereiche für Gesundheit gelten in diesem Bericht als Leitlinien. Im Folgenden werden die Zielbereiche kurz vorgestellt. Diese Zielbereiche bilden den „Überbau“ bzw. den Rahmen der Handlungsempfehlungen für Frauengesundheit.¹

Die Weltgesundheitsgemeinschaft verabschiedete 1998 bei der 51. Weltgesundheitsversammlung neue Deklarationen und Vorhaben für die Gesundheit. Besonders hervorgehoben wird (neben der Gesundheit als Grundrecht eines jeden Menschen) die Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern, soziale Gerechtigkeit und die Solidarität bzw. die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung unter diesen Prämissen. Gesundheit gilt als Maßstab zur Messung der Fortschritte hinsichtlich der Verringerung von Armut, der Förderung des sozialen Zusammenhalts und der Beseitigung von Diskriminierungen.

Für die Bevölkerung soll das gesamte gesundheitliche Potential ausgeschöpft werden, d. h. die Gesundheit während der gesamten Lebensspanne geschützt und gefördert, sowie die Inzidenz der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen reduziert werden.

„Gesundheit 21“ sollte Bestandteil der gesundheitlichen Entwicklungspolitik jedes Mitgliedsstaats der Region werden, und ihre Prinzipien sollten von allen wichtigen europäischen Organisationen und Institutionen gefördert werden. Das Regionalbüro der WHO soll dabei unterstützen.

21 Ziele für das 21. Jahrhundert werden von den Mitgliedsstaaten verfolgt:

ZIEL 1: Solidarität für die Gesundheit in der Europäischen Region

Das Ziel beinhaltet die Erreichung von mehr Chancengleichheit und Solidarität zwischen den Mitgliedsstaaten sowie innerhalb einzelner Gruppen in der Gesellschaft. Hier stehen die Bekämpfung von Armut und die Aufrechterhaltung bzw. der Ausbau der Sozialsysteme im Vordergrund, sowie stärkere gemeinsame Bemühungen der internationalen Institutionen, Finanzierungsgremien und Geberländer. Auffällig ist das vorhandene Gefälle zwischen westlichen und östlichen Regionen, insbesondere im Bereich der Lebenserwartung, Säuglingssterblichkeit und Lebendgeburten. Einkommensbedingte Unterschiede innerhalb der Länder, Vorurteile, soziale Ausgrenzung, Gewalt und Kriminalität werden bekämpft, sowie die Bildungsunterschiede und Deprivation (dies gilt speziell für Frauen, Kinder und benachteiligte Gruppen).

ZIEL 2 Gesundheitliche Chancengleichheit

Durch eine angemessen gestaltete Finanz-, Bildungs- und Sozialpolitik werden die sozioökonomischen Ungleichheiten und somit deren gesundheitliche Auswirkungen abgebaut. Für benachteiligte Gruppen sollen Sicherheitsnetze im Sozial- und Gesundheitsbereich geschaffen werden.

¹ Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, 1998, Gesundheit 21. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 5., http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/109761/EHFA5-G.pdf (dl 24.11.2010)

ZIEL 3: Ein gesunder Lebensanfang

Qualifizierte Schwangerschaftsberatung und regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft tragen zu einem guten Start ins Leben bei. Darüber hinaus hat die Politik dafür Sorge zu tragen, dass Eltern für ihre Rolle befähigt werden, die nötigen Ressourcen vorfinden und die Rechte der Kinder geschützt werden.

ZIEL 4: Gesundheit junger Menschen

Gezielte Programme sollen die jungen Menschen zu einer gesunden Lebensweise führen, Unfälle, Drogenkonsum sowie ungewollte Schwangerschaften und die Verbreitung von sexuell übertragbaren Krankheiten vermeiden. Eine adäquate Bildungs- und Beschäftigungspolitik gilt als Voraussetzung zur Förderung der jungen Menschen, sowie die Gewinnung von Unternehmen für die Gesundheitsförderung ihrer MitarbeiterInnen.

ZIEL 5: Altern in Gesundheit

Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote, soziale Dienste und Bildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten fördern ein gesundes Altern und stärken die Autonomie bis ins hohe Alter.

ZIEL 6: Verbesserung der psychischen Gesundheit

Gut konzipierte und ausgebaute Gesundheitsprogramme, insbesondere für benachteiligte Gruppen, sollen soziale Beziehungen und gegenseitige Unterstützung in der Bevölkerung fördern. Darüber hinaus braucht es Früherkennungsmechanismen für psychische Störungen und adäquate Strukturen zur Behandlung und Betreuung von psychiatrischen Fällen. Auch hier wird der Arbeitswelt ein wichtiger Faktor für die psychische Gesundheit der Erwerbsbevölkerung zugeschrieben.

ZIEL 7: Verringerung übertragbarer Krankheiten

Zielbereiche sind die Verbesserung und Erhaltung der Grundhygiene, Wasserqualität und Lebensmittelsicherheit, effiziente Impfprogramme und Therapiepläne, d.h. ein integrierter Ansatz und weiterer Ausbau der Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention.

ZIEL 8 Verringerung nichtübertragbarer Krankheiten

Die größten Gesundheitsprobleme gibt es aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Diabetes, chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen und Asthma. Integrierte Programme zur Reduktion der Risikofaktoren (Rauchen, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Alkoholkonsum und Stress) sind in diesem Bereich anzustreben und umzusetzen.

ZIEL 9: Verringerung von Gewalteinwirkung und auf Unfälle zurückzuführender Verletzungen

Wirksame Präventionsmaßnahmen hinsichtlich Gewalt, insbesondere in der Familie, und zur Vermeidung von Unfällen im Verkehr, am Arbeitsplatz oder im Haushalt sind zu implementieren bzw. auszubauen.

ZIEL 10: Eine gesunde und sichere natürliche Umwelt

Die Politik der Mitgliedsstaaten soll die „gesunde Wahl leichter machen“. Umweltsteuern fördern die Gesundheit, weil sie dazu beitragen, die Verschmutzungen geringer zu halten. Sie fördern eine adäquate Nutzung von Energie und Ressourcen und tragen zu einem nachhaltigen Wirtschaftswachstum bei. Die kostspielige Beseitigung von gesundheitsschädigenden Altlasten und Umweltverschmutzung können durch verbesserte Produktionsprozesse vermieden werden.

ZIEL 11: Gesünder Leben

Die Politik hat den Auftrag, im Bereich der Handels- und Landwirtschaftspolitik die Lebensmittelsicherheit sowie einwandfreie Verfahren in der Nahrungskette sicherzustellen (um die gesündere Ernährung der Bevölkerung zu fördern), sowie mehr Anreize für den öffentlichen Verkehr (zur Förderung der Bewegung der Bevölkerung und Schadstoffreduktion) zur Verfügung zu stellen.

ZIEL 12: Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden

Wirkungsvolle Maßnahmen sollen den Tabakkonsum reduzieren: Erhöhung der Steuern, strengere Regelungen für Produkte, bessere Therapie- und Beratungsmöglichkeiten zur Raucherentwöhnung, Verbot der Werbung, Rauchverbote.

Ebenso im Bereich des Alkoholkonsums: Besteuerung alkoholischer Getränke, Kontrolle der direkten und indirekten Werbung, therapeutische Maßnahmen bei Alkoholmissbrauch. Die Umsetzung der Maßnahmen der Europäischen Charta Alkohol von 1995 wird dringend empfohlen.

Der Drogenkonsum beeinträchtigt die Gesundheit und kann dazu beitragen, dass sich Infektionskrankheiten vermehrt verbreiten. Eine Verbesserung der Präventions- und Behandlungsmethoden ist anzustreben, sowie effiziente Substitutionstherapie und Leistungsnetze für opiatabhängige Süchtige. Die Vermeidung von kriminellen Verhalten sollte dabei nicht außer Acht gelassen werden.

ZIEL 13: Settings zur Förderung der Gesundheit

Die Gesundheitsförderung ist am effektivsten, wenn sie in den Lebenswelten der einzelnen Menschen bzw. der Bevölkerungsgruppen ansetzt. (Auf eine genauere Erläuterung wird hier verzichtet, da der Settingansatz weiter oben in diesem Bericht sehr genau dargestellt ist.)

ZIEL 14: Multisektoriale Verantwortung für die Gesundheit

Alle Sektoren der Gesellschaft tragen zur Gesundheit der Bevölkerung bei. Sowohl soziale als auch wirtschaftliche und industrielle Konzepte sollten einer „Gesundheitsverträglichkeitsprüfung“ unterzogen werden, sodass die Auswirkungen auf die Gesundheit transparent werden.

ZIEL 15: Ein integrierter Gesundheitssektor

Innerhalb einer Gemeinde sollten alle Gesundheits- und Sozialdienste im Bereich der Primärversorgung ineinander greifen und zusammenarbeiten, um somit in weiterer Folge stationäre Aufenthalte zu reduzieren. Die primäre Versorgung würde so die Krankenhausdienste unterstützen.

ZIEL 16: Qualitätsbewusstes Management der Versorgung

Die Länder werden dazu motiviert, neue Methoden, Strategien und Managementkonzepte hinsichtlich der Qualitätsverbesserung von diagnostischen und kurativen Interventionen und Kostenwirksamkeit zu entwickeln bzw. auszuprobieren, anstatt an „Altbewährtem“ festzuhalten. Die WHO stellt dafür eine Datenbank zur Verfügung, die bereits getestete Instrumente der Mitgliedsstaaten enthält.

ZIEL 17: Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuweisung

Das System der Gesundheitsversorgung wird über Vergütungssysteme für Leistungserbringer finanziert und kann so gesteuert werden. Auf jeden Fall muss eine allgemeine und gerechte Zugänglichkeit zu den Leistungen für die Bevölkerung gewährleistet sein.

ZIEL 18: Qualifizierung von Fachkräften für gesundheitliche Aufgaben

Die Ausrichtung von Aus- und Fortbildungen sollte nicht nur eine fachliche sein, sondern darüber hinaus die Prinzipien des Rahmenkonzepts „Gesundheit 21“ beinhalten – nicht nur für Berufsgruppen im Bereich Public Health, auch für andere relevante Berufsgruppen, um so einen multisektorialen Ansatz zu fördern.

ZIEL 19: Forschung und Wissen zur Förderung der Gesundheit

Gesundheitsprogramme und -konzepte sollten vermehrt auf Forschungsergebnissen basieren, sowohl auf Grundlagen- wie auch auf angewandter Forschung. Voraussetzung für eine Verlaufsbeobachtung und Zielbewertung sind Gesundheitsinformationssysteme.

ZIEL 20: Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange

Hochrangige Entscheidungsträger in relevanten Ressorts, nationale Vereinigungen der Gesundheitsberufe, Universitäten und Gemeindeverbände arbeiten gemeinsam an „Gesundheit für alle“.

ZIEL 21: Konzepte und Strategien zur „Gesundheit für alle“

Alle Sektoren werden in die Umsetzung von „Gesundheit 21“ miteinbezogen, es werden Netzwerke aufgebaut, Allianzen und Partnerschaften geschlossen, somit wird auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene zusammengearbeitet. Von den Vorteilen durch Investitionen in die Gesundheit können alle Sektoren profitieren.

Die WHO und das Regionalbüro für Europa arbeiten international bzw. überregional an der Umsetzung dieser Prinzipien und den dazugehörigen Partnerschaften, z.B. mit anderen Gruppierungen der Vereinten Nationen, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), dem Europarat, mit Investitionsbanken, nichtstaatlichen Organisationen u.v.m.

Die Umsetzung im nationalen Bereich obliegt den Mitgliedsländern und wird von Seiten der WHO bzw. vom Regionalbüro unterstützt.

Alle Handlungsempfehlungen, die im folgenden Abschnitt formuliert werden, unterstützen das eben beschriebene Konzept der WHO und fügen sich in diese 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>Herz-Kreislauf-Erkrankungen (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 ‚Gesundheitsförderung‘ • 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 Lebensumhängen 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 stadtienspezifischer, 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	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)
Die Frau im reproduktiven Alter	Generell Endometriose Sexualstörungen Kontrazeption Schwangerschaftsabbruch	Stärkung des Selbstwerts von Mädchen <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 Nutzen 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/Be-kannte 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; Resourcensicherung • 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!)

IX Anhang

Österreichischer
Frauengesundheitsbericht 2010/2011

Schlagwortverzeichnis, Literatur- und Quellenangaben

IX. ANHANG

1. Schlagwortverzeichnis	547
2. Literaturverzeichnis, Quellen	552
2.1 Literatur	552
2.2 Internetquellen	568
3. AutorInnenverzeichnis	576

1. Schlagwortverzeichnis

A

Abhängigkeit 63, 84, 125, 158, 194, 244, 275, 281, 284, 286, 299, 344, 357, 358, 365, 366, 373, 381, 383, 384, 405, 413, 430, 431, 511
 Abstrich 119, 146, 492, 494, 495, 496
 Adipositas 60, 63, 70, 148, 170, 189-192, 245-249, 348, 387, 396-398, 418-420, 436, 445-446, 490-491, 536, 540
 Aggression 85, 135
 Aggressivität 84, 467
 Aids 138, 210, 535
 Akupunktur 213, 475, 476, 477, 481
 Alkohol 40, 121, 123, 129, 151, 152, 157, 163-165, 180, 192-193, 197, 271, 373, 374, 375, 376, 377, 381, 382, 395-396, 405, 409, 458, 461, 464, 490-491, 532
 Alkoholabhängigkeit 374-376, 416
 Alkoholikerin 375
 Alkoholmissbrauch 151, 373, 532
 Allergie 60, 347, 463, 466, 468, 471, 481, 490
 Alltag 134, 172, 214, 283, 295, 336, 366, 382, 395, 398, 460, 474, 487
 Alternativmedizin 474, 477
 Alzheimer 123, 131, 132, 149, 270, 445, 468, 535, 563, *Siehe auch* Demenz
 Anatomie 149, 503
 Angst / Ängste 142, 166
 Anonyme Geburt 261, 262
 Anorexia nervosa 158, 387-392
 Antibabypille 43, 380
 Antibiotika 150, 151
 Antidepressiva 122, 125-126, 150, 535
 Appetit 167, 211
 Arbeitslosigkeit 59, 63, 267, 286-288, 297-303, 323, 344, 349, 365, 403, 409, 424, 491, 537
 Arbeitsmarktsegregation 287-289
 Arbeitszeit 128, 307, 322, 330, 432
 Armut 31, 122, 300, 345-346, 364, 365, 403, 409, 416-427, 489, 530, 540
 Arzneimittel 381, 471, 479, 523-525
 Atmung 75, 242
 Aufklärung 31, 135, 143, 195, 198-200, 223, 253-254, 348-349, 359, 365, 369-371, 394, 481, 486-491, 513, 517-524, 536-542
 Augen 168

B

Baby-Blues 262-263
 Babynest 261, 262
 Ballaststoffe 163
 Becken 119, 144, 212, 251-252
 Beckenboden 149
 Befruchtung 212, 230-234, 337-338
 Befund 114, 119, 428, 429
 Behinderung 33, 134, 199, 234, 251, 336, 359-372, 445-446, 459-460, 467, 539
 Bevölkerungsbewegung 52
 Bewältigungsstrategien 283, 284, 401, 431, 510
 Bewegung / Sport 33, 86, 106, 135, 148, 166-176, 211, 249, 271, 281, 330, 334, 362, 380, 396-399, 418, 448, 463, 468, 473-475, 487-491, 531
 Bildung 32, 40, 53, 59-63, 121, 200, 206, 279, 283, 287, 316, 345, 357, 364, 451
 Bildungsgrad 61-64, 94, 278, 281, 299, 355, 366, 424, 474
 Binge Eating Disorder 387, 399
 Blase 119, 149, 212
 Blut 116, 119, 146, 230, 254, 469, 470
 Bluthochdruck 92, 93, 94, 101, 170-171, 347, 377, 467, 475, 534
 Blutzucker 449
 BMI / Body Mass Index 449
 Brust / Brüste 105-106, 114, 211, 409, 493, 495
 Brustkrebs 75, 104-117, 170, 270, 273, 380, 446, 476, 493, 534
 Bulimia nervosa / Bulimie 159, 384-389, 394, 399-400, 491
 Bundesregierung 315, 478
 Burnout 126, 127, 128, 129, 268, 396, 433, 476, 490

C

Cannabis 194, 386
 Chemikalien 106, 294, 463-473
 Chirurgie 105, 113, 149, 152, 320, 437, 446, 511
 Cholesterin 92-93, 163, 449
 Cyberbullying, Cybergrooming 414-416, 540

D

Darm 115, 119, 147, 211-214, 230, 376, 391
 Darmkrebs 104, 115-117, 534
 Darmkrebsvorsorge 115-117, 534
 Darmspiegelung 115-117, 150
 Delogierung 401
 Demenz 123, 131-135, 149, 282, 284, 430, 445, 468, 535
 Depression 33, 38, 59-60, 83, 94, 101, 123-129, 140, 167, 171, 263-265, 294, 303, 338, 347, 355-356, 382, 391, 399, 415, 430, 433, 436, 445-446, 483, 490, 506
 Deprivation 407, 417, 530
 Diabetes 59-60, 69, 91-93, 101, 147, 149, 154-158, 171, 192, 243-249, 277, 347-348, 418-420, 445, 463, 466, 467-468, 473, 475, 490-491, 531, 534
 Diagnose 95, 107-108, 114-128, 132, 136, 139, 143, 146-149, 154-159, 213-214, 244-245, 253, 376, 396, 402, 466, 478-479, 511, 536
 Diät 191
 Dienstverhältnis 321
 Diskriminierung 34-36, 138, 140, 143, 210, 294, 296, 304, 311, 313, 335-338, 349, 363-364, 367, 371, 402, 406, 460, 490, 538
 Disorder 387, 391, 399
 Doppelbelastung 84, 294
 Drogen 121, 142, 193, 386, 395, 532

E

Ehe / Eheschließung 344, 459-460
 Eierstöcke 157-158, 213, 230, 234
 Eileiter 211-213, 229-234, 409
 Einkommen 34-40, 59, 68-70, 122, 126-127, 222, 228, 266, 268, 281-283, 288-289, 297, 310, 324, 330, 333, 356-357, 364-366, 379, 412, 414-426, 430, 458, 460, 474-475, 485, 511-512, 538-539
 Einsamkeit 281-282, 302-303, 336, 396, 399
 Eisprung 198, 210-211, 223-224, 230-231
 Eizelle 210-212, 224, 226, 229-231, 236-237

- Eltern 41-44, 69-70, 125, 128, 188, 195-198, 237, 251, 265-266, 278, 324-327, 337, 370-372, 377, 385-386, 400, 414-416, 428, 434, 435-436, 490-491, 531, 539
- Embryo 231, 236, 377, 381
- Empfängnis 230
- Empowerment 31-36, 122, 315-316, 350-351, 367, 455-456, 485, 492, 505-508, 517, 536-541
- Endometriose 11, 211-215, 229-234, 448, 464, 536
- Entbindung 155-156, 241-243, 253-254, 323-324
- Entlassungsmanagement 432
- Entspannung 161, 174, 179-180, 271-272, 475, 485, 490-498
- Entzug 386, 396-397
- Epidemiologie 75, 104, 126, 138-139, 390, 486, 512-513, 520-526
- Ernährung 34, 155, 166-172, 190, 249, 259, 347-448, 463, 468, 472-475, 487, 48-491, 531, 534
- Erregung 148, 216, 217
- Erschöpfung 127, 180, 243, 252, 262, 302-303, 384, 467
- Essanfall 389
- Essstörung 38, 125, 128, 166, 387, 390-400, 409, 435-436, 446, 490-491, 529
- Essverhalten 166, 167, 394, 397, 398, 399
- EU / Europäische Union 51-55, 77, 109, 111, 124, 130-131, 144, 296, 304-310, 313-315, 330, 336-345, 364, 417, 459-460, 469, 471-472, 495, 507
- Extramural 543
- F**
- Familie 33, 36, 41, 77, 84, 92, 122, 125, 126-130, 172-175, 186-191, 218, 245, 266, 275-278, 282, 286-290, 293, 300-301, 306, 322-323, 327-339, 347, 353-355, 358-359, 364-370, 382, 384, 392-393, 408, 410-422, 447, 451-453, 462-463, 491, 507-508, 512, 515, 531
- Familienberatungsstelle 451
- Familienstand 57
- Familienstand / Familienform 57, 276, 331, 413
- Fehlgeburt 235
- Fertilität 52, 54, 240, 351
- Fett 163, 191, 398-400
- Fettleibigkeit 122, 397, 418, 460, 473
- Fettsucht 396
- Fortpflanzungsorgane 230
- Fötus 168, 251, 386, 497-498, 524
- Frauengesundheitsbericht 9, 41, 77, 84, 136, 338, 373-375, 408, 447, 495, 511-513, 524, 529
- Frauengesundheitsbewegung 43, 224, 271, 501
- Frauengesundheitsförderung 513, 542
- Frauengesundheitszentren 41-42, 109, 254, 372, 394, 403, 411, 415-416, 442-443, 448-450, 461, 492, 503, 506, 510, 517, 520, 541
- Freizeit 36, 86, 127, 171-175, 192, 217, 280-281, 303, 330, 359, 362, 369, 490
- Fristenlösung 228
- Führungsposition 175, 307, 311
- G**
- Gastritis 151
- Gebärmutterhalskrebs 104, 495-496
- Geburt 33-34, 52-55, 68, 76-78, 124, 128, 136, 142, 198, 212, 217, 228, 239-245, 251-265, 270, 282, 324, 351-354, 359, 369, 416, 426, 459, 476, 490, 501, 536-537
- Gender Development Index 35
- Gender Mainstreaming 6, 37-39, 175, 202, 322, 490, 504-507, 511
- Gender Medizin 449, 504-513, 520-522
- Gender Pay Gap 308-310
- Genetik 169
- Genitale 146, 216
- Genitalverstümmelung 407-408, 411, 445
- Geschlechtsorgane 198, 211
- Geschlechtsverkehr 139, 142-144, 196-197, 212-217, 229
- Gesundenuntersuchung 69, 347, 423, 446, 492-494
- Gesundheitsförderung 33, 40-43, 69, 130-131, 170, 189, 200, 272, 295-296, 348, 355, 403, 416, 442-446, 455, 475, 482-491, 513-517, 521, 529-535, 541-542
- Gesundheitsförderungsgesetz 486, 491
- Gesundheitskompetenz 42
- Gesundheitssystem 33, 37, 42, 69, 136, 139, 143, 154, 337, 351, 367, 442, 447, 482, 501, 512, 539
- Gesundheitsverhalten 44, 59-60, 68-69, 75, 135, 186, 337, 346, 418, 501
- Gewalt 32-36, 40, 124-125, 140, 294, 350, 357-359, 365-366, 372, 402-416, 433-435, 445-451, 458, 461, 490, 521, 530-531
- Glasdecke / Gläserne Decke 308, 312
- Gleichstellung 32-33, 175, 287, 304, 310-322, 335, 359, 460-462, 490, 504-507, 538
- Gynäkologie 105, 214, 253, 264, 320, 351, 370, 437, 478, 511
- Gynäkologische Untersuchung 213, 370, 497
- H**
- Harnblase 211, 230
- Harninkontinenz 147-149, 347
- Hauptrisikofaktor 420
- Hebamme 259, 260, 353
- Heirat 55
- Heißhunger 167, 399
- Heroin 385-386
- Herz 38, 75, 79-82, 88, 91-94, 100-104, 122, 151-155, 171, 189, 192, 270, 273, 283, 330, 348, 403, 418-419, 458, 463-467, 473, 475, 490, 531, 534
- Herzinfarkt 63, 88, 90, 94, 97, 101, 273, 380, 420, 445
- Herz-Kreislauf/ Kardiologie/Herzinfarkt/ Herzinsuffizienz 38, 63, 79-81, 88-94, 97, 101, 122, 155, 171-273, 283, 330, 348, 418-420, 445, 449, 463-467, 473, 490, 521, 525, 531
- Herz-Kreislauf-System 466-467
- Hetero 215
- HIV / Aids 11, 31, 43, 138-144, 159, 404-405, 498, 535
- Hochbetagte 275, 282
- Homöopathie 213, 475-481
- Homosexualität 135, 198-199, 335-336
- Hormonbehandlung 269-274, 480
- Hormone 86-88, 158, 212, 216, 230, 269-273, 400, 503, 524
- Hormonersatztherapie 99, 271, 273, 561
- HPV 496
- I**
- Immunsystem 171, 230, 464
- Impfen / Impfstoff 119, 484
- Infektion 118-119, 139-146, 151, 229, 246, 252
- Infektionskrankheit 11, 138, 458, 532
- Inkontinenz 132, 147-148, 276, 447
- Insulin 155, 389, 400

Integration 135, 171, 277-281, 312, 339, 342, 345-348, 354, 358, 364-365, 372, 478, 481-490, 505, 513, 537-540

Intramural 244, 518

In-vitro-Fertilisation / IVF 229-238, 392

J

Juckreiz 480

Jugend 41, 77, 84, 92, 106, 172-173, 194, 199-200, 265, 338, 347, 410-412, 418-424, 451-453, 462, 512

Jugendliche 194-197

Jungen 85-86, 166, 173, 192-193

K

Kaiserschnitt / Sectio 241, 249-254, 262, 353

Kalorien 165

Karenz 323-325

Karies 153, 391

Karriere 32, 130, 171, 175, 217, 286, 303-322, 507-508, 537

Karzinom 493

Kinderbetreuung 32-33, 266-267, 306, 318, 322, 326-330, 430, 451, 507

Kinderwunsch 141-144, 213, 217-221, 224, 229-235, 322, 380, 480, 490, 496

Kind / Kinder 53, 84-86, 136-282, 324-377, 396, 400, 417, 426, 445, 480, 490, 497-498

Klitoris 215

Komplementärmedizin 474-478, 542

Kondom 197, 220-222

Kontrazeption 195, 198, 388, 536

Kopfschmerzen 302-303, 395, 421, 467, 476, 480, 523

Körperbild 349, 392-394, 435-437, 447, 541

Körpergewicht 245, 376, 387-390, 524

Körpergröße 191, 388

Körperverletzung 411

Körperwahrnehmung 151

Kosmetik 393

Krankenstand 128, 214, 293

Krankheitswert 118

Krebsabstrich 69, 347, 423

Krebserkrankung 80, 104, 105, 106, 212, 295, 460-463, 531, 534

L

Laparoskopie 580

Lebenserwartung 34-35, 49-78, 88, 138, 142, 193, 275, 278, 280-283, 346, 362, 397, 427-428, 434, 459-468, 473, 491-492, 501, 530, 570-571

Lebenszeitprävalenz 124-126

Leber 147-150, 169, 211, 270, 524

Lesbisch / Lesbe 335-336

Libido / Libidoverlust 388, 391, 480

Lohn 292, 308-310, 414, 424, 538

Lungenkrebs 104, 117-118, 380, 420, 534

Lust 215, 383

Lustlosigkeit 216-217

M

Mädchen 41-86, 105, 125, 166, 173, 176-239, 336, 359-419, 435-460, 479, 490, 529, 536-541

Magen 147-151, 376, 391, 409

Magersucht 384, 387, 394, 446

Mammografie 69, 75, 106-115, 347, 423, 484

Mammografie-Screening 107, 111

Männergesundheit 501-502, 542

Masturbation 197

Medien 40, 171, 176, 204, 254, 336, 357, 361, 394-395, 414-416, 436-437, 465, 503, 540

Medikamente 40-43, 122, 138, 142, 158-160, 216, 230, 233, 249, 269, 330, 381-385, 409, 464-465, 476, 480-481, 490, 503, 509, 523-524

Medikamenten 40, 43, 249, 269, 381-384, 409, 464-465, 480-481, 503, 523-524, 543

Meditation 475

Mehrfachbelastung 175, 235, 433, 535

Mehrlingsgeburt 240, 251, 324-325

Menopause 84, 88, 93, 99, 100, 124, 157-162, 168-170, 269-271, 295, 380

Menstruation 124, 196-198, 210-214, 226, 349, 380, 405

Menstruationsbeschwerden 211

Migräne 347, 382, 421, 479

Migration 275, 339, 346-349, 354, 538-539

Mobbing 294-297, 338, 367, 415, 490

Müdigkeit 180, 262, 277

Muskel 128, 154, 419

Mutter-Kind-Pass 141, 155, 246-247, 497, 498

Muttermilch 258, 470

Muttermund 119

Mutterschutz 254, 323-324

N

Nährstoff 162, 166, 249

Nahrung 105, 163-165, 259, 387-389, 396-400, 468

Nebenwirkungen 43, 138, 142, 149-150, 161, 223, 228, 384, 437, 476, 480-481, 509, 523-525, 536

Nerven 277, 400

Nervosität 192, 268, 276, 355

Niedergeschlagenheit 250, 268

Nikotin 40, 94, 152, 157, 193, 380, 381, 384, 433, 490, 534

Normalbefund 156

O

Obdachlosigkeit 401, *Siehe auch Wohnungslosigkeit*

Opfer 296, 349, 358, 366, 406-416, 434, 463

Orgasmus 216, 217

Osteoporose 156-160, 169-171, 192, 273, 276, 391, 495

Östrogen 211, 269, 273-274, 524

Ovulation 392

P

PAP / Papilloma-Viren 496

Partnerschaft 84, 94, 122-125, 130, 199, 211, 214, 217-218, 221, 224, 265, 268, 278, 331-337, 359-370, 380-398, 408-409

Patientinnenrecht 43, 445

Pensionistin / Hochbetagte 275-282, 537

Pflege 432

Physiotherapie 160

Pille 197, 213, 220-224, 273-370

Pille danach 223-224

Placebo 150, 273, 476

Plazenta 254

Politische Rahmenbedingungen 371

Pornographie 217

Pornoindustrie 437

Postpartale Depression 445

Präimplantationsdiagnostik 236, 537

Prävalenz 69, 91, 122-126, 141, 150, 166, 170, 178, 211, 244-245, 262-263, 283, 347, 355-356, 420

Prävention 37, 69, 75, 91-92, 114-119, 129, 138, 152-200, 225, 246-282, 348, 359, 369, 394-415, 446-491, 509, 512, 516, 525-542

Primärprävention 106, 484, 492, 525, 542

Prophylaxe 146, 157, 160, 433, 475, 525
 Prostitution 144, 358, 403-408, 540
 Psyche / Psychisch 147, 166, 450, 478
 Psychiatrie 135-137, 262-265, 320, 350, 357, 395, 435, 450, 535
 Psychische Erkrankung 129, 263, 389, 433
 Psychosoziale Versorgung 83, 450
 Psychotherapie 122, 151, 350-351, 357, 395, 416, 452-454, 506
 Pubertät 124, 126, 186-196, 270, 336, 370, 387-388, 392, 464, 536

Q

Qi 178
 Qualitätssicherung 107-112, 120, 233, 368, 437, 443-445, 486-496, 510-522, 534-536

R

Rauchen 60-63, 91, 115-118, 169-172, 186, 193, 276, 348, 377-381, 386, 409, 419, 436, 460, 491, 531
 Regelblutung 195, 211, 226, *Siehe auch* Menstruation
 Rehabilitation 37-38, 75, 101-103, 133, 161, 213, 276, 371, 412, 486, 490, 509, 534
 Reizdarm 149
 Reproduktion 230, 239, 503
 Reproduktive Gesundheit 210, 445-446
 Rheuma 521
 Rücken 268, 277, 294, 302-303, 416, 421, 436

S

Sauerstoff 381, 477
 Schadstoffe 245, 380, 463-470
 Schamgefühl 143
 Scheide / Vagina 243, 437
 Scheidung 55-56, 358, 426
 Schlaf 177-180
 Schlaflosigkeit 262, 268, 395, 400
 Schlaganfall 380, 458
 Schmerzmittel 122, 151, 254, 382-384, 386
 Schnittstellenmanagement 432-433
 Schönheitschirurgie / Schönheitsoperation 436-437, 445-447
 Schönheitsideal 397
 Schulmedizin 474, 509
 Schulpflicht 62, 426
 Schwangerschaft 34, 68, 84, 124-128, 140-168, 194-199, 218-221, 223-

270, 324, 349-391, 409, 416, 445-501, 523-539
 Schwangerschaftsabbruch 198, 223-227, 536
 Schwangerschaftskomplikation 155, 243, 409
 Sekundärprävention 101, 106, 484, 492, 525
 Selbstachtung 171
 Selbstbewusstsein 103, 171, 334-335, 367, 370, 392-395
 Selbsthilfegruppe 143, 448, 457
 Selbsthilfegruppen 357, 393, 451-456, 542
 Selbstmord 75, 82, 83, 84, 122, 397, *Siehe auch* Suizid
 Selbstständigkeit 121, 134, 171, 287, 306, 369, 457, 491
 Selbstuntersuchung 495
 Selbstvertrauen 125, 171, 297, 399
 Selbstwahrnehmung 105, 333-334
 Selbstwert 189-190, 394
 Sensitivität 95-97, 495-496
 Sexuaufklärung 226
 Sexualberatungsstelle 200
 Sexualität 35-36, 137, 194-199, 215-217, 224, 277-278, 333-334, 359, 369-372, 391-392, 451, 503, 529
 Single-Frau 334
 Skelett 154, 216, 418
 Soziale Ungleichheit 44, 346, 418
 Sozialisation 84, 86, 125, 204, 275, 331, 334, 349, 364-369, 409, 535
 Spermien / Sperma 229-231
 Spezifität 95-97, 495
 Sport 271
 Stammzellen 237-238
 Sterben 79, 104-109, 118, 377, 380, 460, 495
 Sterblichkeit / Sterberate 40, 50, 79-88, 104-106, 122, 154, 246, 255, 419, 458-460, 471, 495, 525
 Stereotypen 136, 287, 509, 537
 Sterilisation 220, 233, 370
 Stigmatisierung 108, 138, 335, 385, 394, 401-402
 Stillen 257
 Stillen / Stillzeit 34, 167-168, 257-258, 402
 Stoffwechsel 154, 216, 503, 524
 Stress 147, 167, 235, 294, 395
 Substanzmissbrauch 393
 Sucht 396-397
 Suizid 83, 506

T

Tabu 210
 Tastuntersuchung 114
 Tertiärprävention 484
 Therapie 37, 97-101, 137, 142-156, 213, 234, 246, 270-273, 330, 353-356, 394, 449-454, 475-480, 496, 504, 509, 511, 516, 525-526, 532
 Thrombose 252
 Todesursache 79-82, 88, 460
 Transplantation 236
 Trauma 398
 Traurigkeit 268
 Tripper 405
 Tumor 107, 108, 118

U

Überdiagnose 108
 Überforderung 263, 268, 330, 395, 430
 Übergewicht 63, 69, 92-94, 103, 106, 115, 151, 155, 169-171, 189-192, 245, 248, 276, 348, 370, 396-398, 418, 436, 458, 467, 473-475, 490, 534
 Ultraschall 97, 106, 114, 147, 159, 254, 480, 497
 Umwelt 40, 75, 106, 121, 285, 289, 331-332, 347, 360, 366, 396, 397, 422-423, 463-473, 484, 490, 509, 531, 542
 Unfall / Unfälle 67, 75, 82-87, 193, 216, 294, 490, 531
 Unfruchtbarkeit 212-214, 229-230
 Ungewollte Schwangerschaft 235
 Untergewicht 94, 157
 Unterversorgung 251
 UV-Strahlen 490

V

Vagina 243, 437
 Vaginismus 216
 Verdauung 75, 147
 Vereinbarkeit 32-33, 122, 130, 286-293, 306, 322-327, 429, 508
 Vergesslichkeit 132, 467
 Vergiftung 384
 Verhaltensstörungen 122-129, 375, 386, 452
 Verhaltenstherapie 148, 452
 Verhütung 34, 65, 197-198, 210, 220-224, 228, 370, 433, 490-491, 536
 Verletzung 79-86, 128, 148, 171-74, 216-217, 237, 397-399, 407-409, 530

Vernetzung 111, 128, 322, 402, 412, 444-448, 455, 488, 505, 510, 515-521
Verstopfung 391
Virus 142
Vitamin 115, 157-169
Vorsorgeuntersuchung 65, 492-494, 542
Vulva 118, 243

W

Wechselbeschwerden 479
Wechseljahre 65, 269-272, 380, 537, 561
Wehen 246, 252, 260
Weltfrauenkonferenz 31, 36-37
Wiedereinstieg 32, 198, 307, 322, 328, 537-538
Wiener Frauengesundheitsprogramm 444
Willenskraft 387, 398
Wirbelsäule 154, 171
Wirkstoffe 150, 465
Wohlbefinden 64, 122, 133, 138, 174-177, 186, 217, 247, 276-282, 295, 302-303, 347, 490
Wohnungslosigkeit 401-403, 540, *Siehe auch* Obdachlosigkeit
Wut 262, 395-396

X

Y

Z

Zahnstatus 152
Zwilling 234

2. Literaturverzeichnis, Quellen

2.1 Literatur

- Accenture (2006): The Anatomy of the Glass Ceiling. Barriers to Women's Professional Advancement.
- Ärztchamber OÖ (2010): Presseausendung „Rauchstopp fällt Frauen schwerer als Männer“. Linz: ÄK OÖ, 2010.
- AGES (2010): Spezialauswertung der Österreichischen Kohortenstudie für den Österreichischen Frauengesundheitsbericht.
- Aichhorn, U. (2004): Offene Grenzen für Managerinnen! Wie Frauen mit Selbstverantwortung durchstarten. Wien – Klosterneuburg: Edition Va bene.
- AIDS-Hilfen Österreichs (2008): Positiv Leben ohne Unterschied. Ausgabe 4/2008.
- Anonymous (2000): The requirements of a specialist breast unit, *Eur J Cancer*; 36: 2288-2293.
- Almer, D., Rösslhuber, M., Kronberger, G. (2006): Statistik der Autonomen Österreichischen Frauenhäuser 2005. Hrsg: AÖF, Wien.
- Almer, D., Rösslhuber M., Perka, C., Prettnner, B. (2010): Statistik der Autonomen Österreichischen Frauenhäuser 2009. Hrsg: AÖF, Wien.
- Altgeld, T. (Hrsg.) (2004): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Altmann, S. (2009): Alternativmedizin und ihre Akzeptanz in der Gesellschaft. (Dissertation, Universität Wien).
- American Psychological Association (2008): Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion.
- Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften (Hrsg.), (2008): Leben von Frauen und Männern in Europa. Ein statistisches Porträt – Ausgabe 2008, Luxemburg.
- Amtsblatt der Europäischen Union C68E/607: Frauen und Sport, Entschließung des Europäischen Parlaments zu Frauen und Sport.
- Anderson, GL., Limbacher, M., Assaf, AR. et al. (2004): Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized control trial. *JAMA* 2004 Apr 14;291(14):1701-12.
- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the mystery of health*, Jossey-Bass, San Francisco, London.
- Arbeiterkammer Steiermark, (2010): Burnout – Ergebnis einer wachsenden Kluft zwischen Mensch und Arbeit.
- Arfken, D. E., Bellar, S. L., Helms, M.M. (2004): The ultimate glass ceiling revisited: The presence of women on corporate boards. In: *Journal of Business Ethics*, 50. S. 177 – 186.
- arznei - telegramm 2005; Jg. 36, Nr. 8 Hormone bei Beschwerden der Wechseljahre noch zu rechtfertigen?
- Arznei & Vernunft (2010): Osteoporose. Knochenbruch Krankheit. 3. Auflage, Wien.
- Arzneimittelbrief, Der, Unabhängiges Informationsblatt, (2010): Jahrgang 44, Nr. 10, Berlin, Salzburg, Oktober 2010.
- Athey, J. (2003): Medical Complications of Anorexia nervosa. In: *Primary Care Update for OB/Gyns*.
- Atkin, WS., Edwards, R., Kralj-Hans, I., Wooldrage, K., Hart, AR., Northover, JMA., Parkin, DM., Wardle, J., Duffy, SW., Cuzick, J., UK (2010): Flexible Sigmoidoscopy Trial Investigators. Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer. A multicentre randomised controlled trial. *Lancet*; 375: 1624-1633.
- Auer, S., Sclan, S., Yaffee, R., Reisberg, B. (1994): The neglected Half of Alzheimer Disease: Cognitive and Functional Concomitants of Severe Dementia. *JAGS* 42: 1266-1272
- Auer, S., Donabauer, Y., Span, E., Helm, G., Reitner, M. (2007): Eine neue Struktur zur nicht-pharmakologischen Behandlung von Personen mit Demenz und deren Angehörige. *Zeitschrift für Gerontopsychologie&-psychiatrie*, 20 (4), 257-263.
- Auer, S., Donabauer, Y., Zehetner, F., Span, E. (2007): Entlastung pflegender Angehöriger. *Zeitschrift für Gerontopsychologie&-psychiatrie*, 20 (2/3), 169-174.
- Australian Government – Department of Health and Ageing (2008): Developing a Women's Health Policy for Australia – Setting the Scene, S. 3ff.
- AWMF-Leitlinien, *Z Gastroenterol* (2005); 43: 163-164.
- Babitsch, B. (2005): Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Verlag Hans Huber, Bern.
- Bach, PB., Jett, JR., Pastorino, U., Tockman, MS., Swensen, SJ., Begg, CB. (2007): Computed tomography screening and lung cancer outcomes. *J Am Med Ass*; 297: 953-961
- Bartholomeyczik, S. (2003): Gegenstand, Entwicklung und Fragestellungen pflegewissenschaftlicher Forschung. In: *Rennen-Allhoff, B./ Schaeffer, D. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Studienausgabe*. Weinheim, München: Juventa, S. 67-106.
- Bartholomeyczik, S. (2010): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: *Kreutzer, S. (Hg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Pflegewissenschaft und Pflegebildung*, Bd. 5. Herausgegeben von Hartmut Remmers. Osnabrück: V&R unipress, S. 134-154.
- Bartl, R. (2008): Osteoporose. 3. Auflage, Thieme Verlag, Stuttgart.
- Bauer, A.; Kytir, J. (2010): Demographische Struktur der weiblichen Bevölkerung, in: *Frauenbericht 2010, Bericht betreffend die Situation von Frauen in Österreich im Zeitraum von 1998 bis 2008*, Bundeskanzleramt Österreich, Wien.
- Baumberger, J. (2001): So funktioniert Managed Care. P 191. Anspruch und Wirklichkeit der integrierten Gesundheitsversorgung in Europa. Thieme Verlag. Stuttgart.
- Baxter, NN., Goldwasser, MA., Paszat, LF., Saskin, F., Urbach, DR., Rabeneck, L. (2009): Association of colonoscopy and death from colorectal cancer: a population-based case-control study. *Ann Intern Med*; 150: 1-8.
- Beauvoir, S. DE. (1992): Das andere Geschlecht. Sitte und Sexus der Frau. Reinbeck [1949].
- Bechtler, H. (Hrsg) (1993): Gruppenarbeit mit älteren Menschen (2. Auflage), Freiburg im Breisgau, Lambertus.
- Becker, A.E., Burwell, R.A., Herzog, D.B., u.a. (2002): "Eating Behaviours and Attitudes Following Prolonged Exposure to Television among Ethnic Fijian Adolescent Girls, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 190, Juni 2002, S. 509-514.
- Becker, N., Junkermann, H. (2008): Benefit and risk of mammography screening: considerations from an epidemiological viewpoint. *Dtsch Ärzteblatt*; 105: 133.
- Becker-Witt, C., Ludtke, R., Weissshuhn, TE., Willich, SN. (2004): Diagnoses and treatment in homeopathic medical practice. *Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd* 2004 Apr;11(2):98-103.
- Beemsterboer, PM., Warmerdam, PG., Boer, R., de Koning, HJ. (1998): Radiation risk of mammography related to benefit in screening programmes: a favourable balance? *J Med Screening*; 5: 81-87.
- Bergmann, N., Pimminger, I. – GeM – Koordinationsstelle für Gender Mainstreaming im ESF (2004): *Praxis Handbuch Gender Mainstreaming*. Wien.

- Bergmann, N., Papouschek, U., Sorger, C. & Schönauer, A. (2010): Qualität von Teilzeitbeschäftigung und die Verbesserung der Position von Frauen am Arbeitsmarkt, Forschungsbericht des Bundeskanzleramts Österreich.
- Berliner Gipfel gegen Diätwahn, Emma Nr. 2 (238), März/April 2008.
- Bermejo, I., Ruf, D., Mösko, M., Härter, M. (2010): Epidemiologie psychischer Störungen bei Migrantinnen und Migranten. In: Machleidt W & Heinz A (Hrsg.) Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit.
- Bernt, C. (2009): Beeinflussende Faktoren beim Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Berthold, M. (2000): „...nein, meine Suppe ess ich nicht!“ In: MEDIZIN populär. 1/2000. o.P.
- Bewley, S.; Bewley, T.H. (1992): Drug dependence with oestrogen replacement therapy. *Lancet*, 339: 290-291.
- BfR – Bundesinstitut für Risikobewertung (2010): Krebs erzeugende polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK) in Verbraucherprodukten sollen EU-weit reguliert werden. Risikobewertung des BfR im Rahmen eines Beschränkungsvorschlages unter REACH (Stellungnahme Nr. 032/2010 des BfR vom 26.07.2010).
- Bianzano, I., Lichteblau, P., Lauterbach, J., et. al. (1976): Veränderungen im Körper. *Clio 5 - eine periodische Zeitschrift zur Selbsthilfe. Schwerpunkt Menopause* 1976, 11-12.
- Bierach, B., Thorborg, H. (2006): Oben ohne. Warum es keine Frauen in unseren Chefetagen gibt. Berlin: Econ/Ullstein.
- Birkhäuser MH Journal für Gynäkologische Endokrinologie (2009); 3(1); Ausgabe für Schweiz: 20-31; Mod. Nach Framingham Study, DHEW No. 74, 1974.
- Bischof, K. (2007): Kontrazeption in der Behindertenbetreuung, Dissertation Med. Univ., Wien.
- Bjarnason-Wehrens, B., Mittag, O., Schannwell, CM. (2008): Frauenherzen schlagen anders, *Blickpunkt der Mann* 2008; 6 (4), 32-40.
- Black, WC. (2006): Randomized clinical trials for cancer screening: rationale and design considerations for imaging tests. *J Clin Oncol*; 24: 3252-3260.
- Black, WC., Baron, JA. (2007): CT screening for lung cancer. Spiraling into confusion? *J Am Med Ass*; 297: 995-997.
- Blamey, R., Cataliotti, L. (2000): EUSOMA. The requirements of a specialist Breast Unit. *European Journal of Cancer*; 36: 2288-2293.
- Blanks, RG., Moss, SM., McGahan, CE., et al. (2000): Effects on NHS breast cancer screening programme on mortality from breast cancer in England and Wales, 1990-90: Comparison of observed with predicted mortality. *Brit Med J*; 321: 665-669.
- Bleijenbergh, I., de Bruijn, J., Dickens, L. (1999): European Foundation for the Improvement of Work and Life Conditions, Equal opportunities and collective bargaining in Europe. Dublin: EFIWLC.
- Borgetto, B. & Kolba, N. (2008): Wie anfällig ist die gemeinschaftliche Selbsthilfe für die Reproduktion und Produktion sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit. In: Bauer, U. & Bücher, A. (Hg.), soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung (S. 426-434). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/ GWV Fachverlag GmbH.
- Borkenhagen, A., Brähler, E., Kantenich, H. (2009): *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 106, Heft 11, S 501 – 502.
- Boston Women's Health Collective (1971): *Our Bodies, Ourselves*. New York: Simon & Schuster.
- Bourdieu, P. (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel, Reinhard (Hg.): *Soziale Ungleichheiten*. Göttingen: Schwartz (Soziale Welt/Sonderband, 2), S. 183–198.
- Bowman, MA., Frank, E., Allen, DI. (2002): *Women in Medicine. Career and life management*. 3rd edition, Springer Verlag.
- Bragagna, E., Rainer, P. (2010): *Weiblich, sinnlich, lustvoll, Die Sexualität der Frau*, Verlag Ueberreuter.
- Brandenberger, D. (2000): Rahmen- und Gleichbehandlungsprogramm des Magistrates der Stadt Linz, unveröffentlicht.
- Brandenburg, H., Dorschner, S. (Hg.) (2003): *Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Brauer, M., Gehring, U. (2006): Traffic-Related Air Pollution and Otitis Media. *Environ Health Perspect* 114: 1414–1418.
- Braun, H. (2003): Geschlechterdemokratie wagen! In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.): *Geschlechterdemokratie wagen*. Königstein/Taunus: Helmer. S. 9 – 23.
- Braunegger-Kallinger, G., Forster, R., Krajic, K., Nowak, P., Österreicher, S. & Barcza, A. (2009): PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich – Endbericht. Wien: Institut für Soziologie.
- Brenner, H., Hoffmeister, M., Arndt, V., Haug, U. (2007): Gender differences in colorectal cancer: implications for age at initiation of screening. *Brit J Cancer*; 96: 828-831.
- Brewer, NT., Salz, T., Lillie, SE. (2007): Systematic review: the long-term effects of false-positive mammograms. *Ann Intern Med*; 146: 502-510.
- Breyman, C. (2006): Anämie. In: Schneider, H.; Husslein, P.; Schneider, K.T.M.(2006): *Die Geburtshilfe*. Springer Medizin Verlag: Heidelberg.
- Breyse, P.N.; Diette, G.B.; Matsui, E.C.; Butz, A.M.; Hansel, N.N. & McCormack, M.C. (2010): Indoor air pollution and asthma in children. *Proc Am Thorac Soc*. 2010 May; 7(2): 102–106.
- Brink, L. (2002): Was belastet pflegende Angehörige von Apoplexbetroffenen? In: Schnepf, W. (Hrsg.): *Angehörige pflegen*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, S. 219-238.
- Brody, JG., Moysich, KB., Humblet, O. et al. (2007): Environmental factors in breast cancer. *Environmental pollutants and breast cancer. Epidemiologic studies. Cancer* 2007; 109 (12 Suppl): 2667-2711.
- Bruch, H.: *Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht*. München o. J.
- Brucker S, Krainick U, Bamberg M. (2003): Brustzentren. Rationale, funktionelles Konzept, Definition und Zertifizierung. *Gynäkologe*; 4: 455-473.
- Brück, B., Kahlert, H., Krüll, M., Milz, H., Osterland, A., Wegehaupt-Schneider, I. (1992): *Feministische Soziologie. Eine Einführung*. Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- Brummund, T. (2008): Untersuchung des Schlaf-Wachverhaltens und der Tagesbefindlichkeit berufstätiger Männer und Frauen jenseits des 50. Lebensjahres. Tübingen.
- Bruscoli, M., & Lovestone, S. (2004): Is MCI really just early dementia? A systematic review of conversion studies. *International Psychogeriatrics*, 16, 129-140.
- Buchebner-Ferstl, S., Dörfler, S. Kinn, M. (2009): Kindgerechte außerfamiliäre Kinderbetreuung für unter 3 Jährige. Eine interdisziplinäre Literaturrecherche. Österreichisches Institut für Familienforschung, Bundesministerium für Wirtschaft, Jugend und Familie, Wien.
- Buchinger, B., Gschwandtner, U. (2008): Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen am Salzburger Arbeitsmarkt. Hrsg. Von TEP, Salzburg.
- Bülchmann, G. et al (2001): Die Bedeutung von Ess-Störungen in der gynäkologischen Praxis. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*: S. 569-57, Thieme Verlag.
- Büro für Sozialtechnologie und Evaluationsforschung (Hrsg.), (2007): *Lernbedürfnisse und Lernarrangements von älteren Menschen (Endbericht)*, Wien.
- Bund: Artikel 6 (2008): Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Übersetzung), BGBl. III. Ausgegeben am 23. Oktober 2008 – Nr. 155.
- Bund Deutscher Hebammen (2007): *Psychologie und Psychopathologie für Hebammen. Die Betreuung von Frauen mit psychischen Problemen*. Hippokrates Verlag: Stuttgart.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (2007): *Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe in Österreich, Wohnungslosenhebung 2006-2007-2008 der BAWO*.

- Bundeskanzleramt Österreich, Bundesministerium für Frauen und Öffentlichen Dienst (2009): Bericht betreffend den Abbau von Benachteiligungen von Frauen für den Zeitraum 2007-2008.
- Bundeskanzleramt Österreich, Bioethikkommission: Beschluss der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt vom 15. November 2008, Wien, 2008.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2009): Behindertenbericht 2008. Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen in Österreich 2008, Wien.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2009): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme, Wien.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/ Statistisches Bundesamt (Hrsg.), (2003): Wo bleibt die Zeit? Die Zeitverwendung der Bevölkerung in Deutschland 2001/02, Wiesbaden.
- Bundesministerium für Frauen und Öffentlichen Dienst (2010): Frauenbericht 2010, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit (2007): Der ganz „normale“ Alkoholkonsum. Wien: BMGF, 2007.
- Bundesministerium für Gesundheit (2009): Handbuch Österreich – Alkohol. Zahlen. Daten. Fakten. Trends, 2009, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), (2010): Das Österreichische Gesundheitssystem. Zahlen – Daten – Fakten, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit, Österreichische HIV-Kohortenstudie, AGES (2010): HIV/AIDS in Austria 2010, 17th Report of the Austrian HIV Cohort Study.
- Bundesministerium für Gesundheit (2010): Österreichische AIDS-Statistik, Periodischer Bericht, 1.4.2010.
- Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2005): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Hauptergebnisse und methodische Dokumentation, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (Hrsg.) (2007): Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, (2007): Stillen – ein guter Beginn, Information für Mütter und Väter. Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2004): Gesundheit und Krankheit in Österreich. Gesundheitsbericht 2004, Berichtszeitraum 1992-2001. Gesundheit in Österreich. ÖBIG. ISBN 3-900010-07-X.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006): Rauchverhalten in Österreich, Ergebnisse unterschiedlicher aktueller Quellen einschließlich der österreichischen repräsentativen Bevölkerungsumfrage. Erstellt vom Ludwig Boltzmann Institut für Sucht und market 2005, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006): Illegaler Drogenkonsum in Österreich, Ergebnisse unterschiedlicher aktueller Quellen einschließlich der österreichischen repräsentativen Bevölkerungsumfrage. Erstellt vom Ludwig Boltzmann Institut für Sucht und market 2005, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006): „Auf Erfolgskurs – Die Repräsentanz von Frauen in Führungspositionen in österreichischen Unternehmen sowie in der Selbstverwaltung“
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.), (2006): Österreichischer Gesundheitsbericht 2005/2006, Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit (2010), Kindergesundheitsdialog, http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Eltern_und_Kind/Kindergesundheitsdialog, (dl 15.01.2011)
- Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg), (2000): (Kurzfassung) Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen 1999, Wien.
- Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg), (2000): (Langfassung) Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen 1999, Wien.
- Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2002): Geschlechtsspezifische Disparitäten 2002, Statistische Analysen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in den Bereichen Demographische Strukturen / Lebensformen, Bildung, Erwerbstätigkeit, Einkommen / Lebensstandard, Gesundheit, Freizeit, Familiäre Arbeitsteilung / Institutionelle Unterstützung, EU-Vergleich; Wien.
- Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (2010): 5. Österreichischer Familienbericht – auf einen Blick, Wien.
- Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (2010): Gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen. Ein Leitfaden für Krankenhaus und medizinische Praxis, Wien.
- Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung (2010): Uni:data warehouse. Gender Monitoring: Studierende an Universitäten, Einstiegsquoten, Anteil an StudienanfängerInnen an allen Studierenden. Quelle: Datenmeldungen an Universitäten auf Basis UniStEV. Datenprüfung und –aufbereitung: bm.wf. Abt I/9
- Bundesministerium für Wissenschaft und Verkehr (Hrsg.), (1997): 100 Jahre Frauenstudium. Zur Situation der Frauen an Österreichs Hochschulen. Reihe: Materialien zur Förderung von Frauen in der Wissenschaft, Bd. 6.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), (2010): Jugensexualität. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern – aktueller Schwerpunkt Migration, Köln, Seite 67 ff.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): „Was erhält die Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert.“ Band 06. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007): Verhütungsverhalten Erwachsener. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung 20- bis 44-Jähriger.
- Bung, P. (2006): Schwangerschaft und Ernährung. S. 229. In: Schneider, H.; Husslein, P.; Schneider, K.T.M.(2006): Die Geburtshilfe. Springer Medizin Verlag: Heidelberg.
- Bunge, M., Mühlhauser, I., Steckelberg, A. (2010): What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria. Patient Educ Couns 2010 ; 78 : 316-328.
- Burisch, A. (2006): Das Burnout Syndrom. Heidelberg: Springer.
- Camilleri, M. (2009): New targets for medical therapy. Postgraduate Teaching Programme. Gastro 2009, UEGW/WCOG London.
- Carr, PL., et al. (1998): Relation of family responsibilities and gender to productivity and career satisfaction of medical faculty. Ann Intern med.
- Cataliotti, L., de Wolf, C., Holland, R., et al. (2007): EUSOMA. Guidelines on the standards for the training of specialised health professionals dealing with breast cancer. Eur J Cancer ; 43 : 660-675.
- Catalyst (2000): Census of women corporate officers and top earners. New York: Catalyst.
- CDC – Centre for disease control (2009): Fourth National Report on Human Exposure to Environmental Chemicals. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, GA.
- Chesler, P. (1977) Frauen – das verrückte Geschlecht. Reinbeck: Rowohlt.
- Chlebowski, R. T., Anderson, G.L. et al. for the WHI Investigators. (2010): Estrogen pPlus pProgestin and bBreast cCancer ilcidence and mMortality in pPostmenopausal wWomen. J Am Med Ass JAMA.; 304(15): 1684-1692 (. doi:10.1001/jama.2010.1500).
- Chwosta A. (2002): Gesundheitssituation und Gesundheitsverhalten lesbischer Frauen in Wien.
- Cooper, P. et al. A (2004): Association between childhood feeding problems an maternal eating disorders : the role of the family environment. Br J Psychatry: S 210-5.
- Corraziari, ES. (2009): Diagnostic Criteria for IBS: ROME III. Postgraduate Teaching Programme. Gastro 2009, UEGW/WCOG London.

- Coste, J., Cochand-Priollet, B., de Cremoux, P., et al. (2003): Cross sectional study of conventional cervical smear, monolayer cytology, and human papilloma virus DNA testing for cervical screening. *Brit Med J*; 326: 733-740.
- Crain, D.A., Janssen, S.J., Edwards, T.M., Heindel, J., Ho, S.M., Hunt, P., Iguchi, T., Juul, A., McLachlan, J.A., Schwartz, J., Skakkebaek, N., Soto, A.M., Swan, S., Walker, C., Woodruff, T.K., Woodruff, T.J., Giudice, L.C., Guillette, L.J. jr.(2008): Female reproductive disorders: the roles of endocrine-disrupting compounds and developmental timing. *Fertil Steril*. 90(4): 911-940.
- Crisafulli, E. (2010): EU-Projekt CAMbrella über Komplementärmedizin. Fact-Finding für die Kommission. *Medical Tribune*, 42 (11).
- Dannecker, C., Strauss, A., Deppe, C., Hepp, H. (2004): Intraurethrale Injektionstechniken bei der Behandlung der Belastungsinkontinenz. *Gynäkologie* 2004; 73: 1004-11.
- DBMG – Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit DBMG (2009): Drogen- und Suchtbericht, Rostock: DBMG.
- Degenhardt, A., Thiele, A. (2002): Biomedizinische und biopsychosoziale Modelle S. 89, in: Hurrelmann, Klaus/ Kolip, Petra (Hrsg.), (2002): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*, Verlag Hans Huber.
- Deibl, M. (1993): *Managerinnen. Frauen in einer Männerdomäne*. Wien: Linde.
- DeMay, R.M. (1997): Common problems in Papanicolaou smear interpretation, *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*. 121 : 229-238.
- De Wit, N.J. (2009): Management of psychological aspects. Postgraduate Teaching Programme. *Gastro 2009*, UEGW/WCOG London.
- Deutmeyer, M., Thiekötter, A. (2007): Studienführer Pflege und Gesundheit in Österreich. Ein Beitrag zur Professionalisierung durch Akademisierung. Wien: Facultas.
- Deutmeyer, M., Thiekötter, A. (2009): Herausforderungen, Trends und Potentiale des Gesundheits- und Pflegemanagements im Kontext des demografischen Wandels. In: dies. (Hg.): *Herausforderungen, Trends und Potenziale im österreichischen Gesundheits- und Pflegemanagement*. Wien: Facultas, S. 10-27.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), (2010): *Jahrbuch Sucht 10*, Geesthacht.
- DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2009): *Medikamente*. Berlin: DHS.
- DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (k.A.): *Nicht mehr alles schlucken...! Frauen. Medikamente. Selbsthilfe*. Berlin: DHS, keine Angabe.
- Dieplinger, A. (2007): *Fehldiagnose Frau – wie Krankheiten und Symptome sich bei Frauen anders zeigen*, Böhlau Verlag, Wien, Köln, Weimar.
- Dieplinger, A., Labek, A. (2007): *Gender Friendly Hospital – Entwicklung von Leitlinien für eine Gesundheitseinrichtung*, Schriftreihe Gesundheitswissenschaften, OÖ Gebietskrankenkasse, Linz.
- Dieplinger, A. (2008): *Soziale Dienstleistungen für PatientInnen und Angehörige, Studien und Konzepte zur Orientierung von Sozialarbeit im Krankenhaus*, Böhlau Verlag, Wien, Köln, Weimar.
- Dietachmayr, K. (2009): „Die Situation weiblicher Führungskräfte in OÖ Großunternehmen“; erschienen in der Buchreihe „Linzer Schriften zur Frauenforschung“, Herausgegeben von Ursula Flossmann, Trauner Verlag.
- Diette, G.B., McCormack, M.C., Hansel, N.N., Breyse, P.N., Matsui, E.C. (2008): Environmental issues in managing asthma. *Respir Care*. 53(5): 602-617.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (2008): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F), Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 6. Aufl. Unter Mitarbeit von E. Schulte-Markwort. Bern: Hans Huber.
- DKFZ – Deutsches Krebsforschungszentrum (2008): *Frauen und Rauchen in Deutschland*.
- DKFZ – Deutsches Krebsforschungszentrum (2009): *Tabakatlas Deutschland 2009*. Heidelberg: DKFZ.
- Dobhofer, D., Küng, Z. (2008): *Gender Mainstreaming. Gleichstellungsmanagement als Erfolgsfaktor – das Praxisbuch*. Heidelberg: Springer.
- Döge, P. (2003): *Geschlechterdemokratie als Kritik hegemonialer Männlichkeit*. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.): *Geschlechterdemokratie wagen*. Königstein/Taunus: Helmer. S. 90 – 100.
- Dreßnig, H., Riemann, D. (1994): *Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen*. Stuttgart, Jena, New York: Gustav Fischer.
- Drossman, DA., et al. (1997): Irritable bowel syndrome: a technical review for practice guideline development. *Gastroenterology* 1997; 112 2120-2137.
- Ducki, A. (2010): *Arbeitsbedingte Mobilität und Gesundheit – Überall dabei – Nirgendwo daheim*. In: Badura et al. (2010): *Fehlzeitenreport 2009*. Berlin: Springer Verlag.
- EBDD – EU-Drogenberatungsstelle (2000): *Pressemitteilung aus dem Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der EU*. Lissabon: EBDD.
- Ebner, N., Fischer, G. (2004): *Psychiatrie*, in: Rieder, A., Lohff, B. (Hrsg.): *Gender Medizin, Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis*, Springer Verlag, Wien/New York.
- EC – European Commission (2007): *Commission Working Stuff Document on the implementation of the „Community Strategy for Endocrine Disrupters“ – a range of substances suspected of interfering with the hormone systems of humans and wildlife (COM (1999) 706), (COM (2001) 262) and (SEC (2004) 1372)*.
- Eddy, DM. (1990): Comparing benefits and harms: the balance sheet. *J Am Med Ass*; 263: 2493 -2505.
- Eichbauer, H., Heuermann, A., Krausbar, P. (2004): *Gelebte Integration im Krankenhaus. Abschlussbericht zum Pilotprojekt zur Verbesserung der interkulturellen Kommunikation und Betreuung im Krankenhaus am Beispiel der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Hanusch-Krankenhauses*, Wien.
- Eichler, M., Fuchs, J., Maschewsky-Schneider, U. (2000): *Richtlinien zur Vermeidung von Gender-Bias in der Gesundheitsforschung*. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* (4), 293-310.
- Eisenberg, DM., Kessler, RC., Foster, C., Norlock, FE., Calkins, DR., Delbanco, TL. (1993): Unconventional medicine in the United States – prevalence, costs and patterns of use. *N Engl J Med* 1993, 328:246-252.
- Elkeles, T. (1994): *Arbeitsorganisation in der Krankenpflege - zur Kritik der Funktionspflege*. 5. Auflage. Frankfurt/M.: Mabuse.
- Ellrot, T., Pudel, V. (1997): *Adipositasstherapie. Aktuelle Perspektiven*. Stuttgart.
- Elmore, JG., Barton, MB., Mocer, VM., Polk, S., Arena, PJ., Fletcher, SW. (1998): Ten-year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examination. *N Engl J Med* 1998; 338: 1089-1096.
- Elmore, JG., Armstrong, K., Lehman, CD., Fletcher, SW. (2005): *Screening for Breast Cancer*. *J Am Med Ass* 2005; 293: 1245-1256.
- Enders-Drägässer, U., Sellach, B. (Hrsg.), (1999): *Frauen in der stationären Psychiatrie. Ein interdisziplinärer Bericht*. Lage: Jacobs.
- Ernst, E., Resch, KL., White, AR. (1995): Complementary medicine-what physicians think of it: a meta-analysis. *Arch Intern Med* 1995;155:2405-2408.
- Esserman, L., Shieh, Y., Thompson, I. (2009): Rethinking screening for breast cancer and prostate cancer. *J Am Med Ass* 2009; 302: 1685-1692.
- Europäische Kommission (2004): *Soziale Sicherung für Menschen mit Behinderung. DG Beschäftigung und Soziales, Europäische Gemeinschaften, Luxemburg*.
- European Commission (2003): *Health, Food and Alcohol and Safety. Special Eurobarometer 186 / Wave 59.0. December 2003*. EC.
- European Commission (2006): *European guidelines for quality assurance in mammography screening*. Luxembourg: EC.
- European Council (2003): *Recommendation on Cancer Screening*. Strassbourg, 2003/878/EC.
- European perinatal health report (2008): *better statistics for better health for pregnant women and their babies, by the EURO-PERISTAT project in collaboration with SCPE, EUROCAT & EURONEOSTAT*.

- Eurostat (2009): Europa in Zahlen, Eurostat Jahrbuch 2009, Eurostat Statistische Bücher.
- Evander, M., et al. (1995): Human Papillomavirus infection is transient in young woman: a population-based cohort study. *The Journal of Infectious Diseases* 174: 1026-1030.
- Ewers, M., Schäffer, D. (Hrsg.) (2005): Case Management in Theorie und Praxis, 2. Aufl., Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.
- EWG – Environmental Working Group (2009): Pollution in People. Cord blood determinants in minority newborns.
- Ewinkel, C., Hermes, G. (Hrsg.), (1988): Geschlecht: behindert. Besonderes Merkmal: Frau. München: AG SPAK Publikationen, 3. Auflage.
- Exel, W. (2000): Sucht beginnt meist im Schulalter. In: *Gesund. Das bunte Samstagmagazin für praktische Lebenshilfe*. Nummer 570, 9.12.2000. S 3.
- ExpertInnenkreis „Prostitution“ im Rahmen der Task Force Menschenhandel (Hrsg.), (2008): Prostitution in Österreich. Rechtslage, Auswirkungen, Empfehlungen, Wien.
- Fachmagazin für Ärzte. Ärzte Krone Themenheft Gender 01.06.2007: Gendermedizin. Wien, 2007.
- Fachmagazin für Ärzte. Ärzte Krone Themenheft Gender. 25.04.2008: Gendermedizin. Wien, 2008.
- Fahey, T., Griffiths, S., Peters, T.J. (1995): Evidence based purchasing: understanding results of clinical trials and systematic reviews. *Brit Med J* 1995;311:1056–1059.
- Familienentwicklung in Österreich (2008/09): Erste Ergebnisse des „Generations and Gender Survey (GGS)“.
- Fasching, E. (2010): Länger leben bei guter Gesundheit – Gesundheitsförderung und Prävention mit Frauen und Männern ab 50, Strategische Handlungsempfehlungen und Maßnahmenkatalog der österreichischen Sozialversicherung.
- Faßbender, W.J., Pfeilschifter, J. (2008): Osteoporose Kompakt. Leitlinienbasierte Prävention, Diagnostik und Therapie. Schattauer Verlag.
- Feministisches Frauengesundheitszentrum, Groth, S. (Hrsg.), (1990): Wechseljahre – eine Broschüre zur Selbsthilfe. Berlin: FFGZ.
- Fiala, Eppel, Schneider (2010): „Ungewollt schwanger“ in 'Die Geburtshilfe' von Schneider, Husslein, Schneider, 4. Auflage, Springer Verlag.
- Finer, L.B., Frohvirt L.F., Dauphine L.A. Singh S., Moore A.M. (2005): Reasons U.S. women have abortions: Quantitative and qualitative perspectives. *Perspective on Sexual and Reproductive Health*, 37, 110-118.
- Fischer, G. (2005): Warum Frauen gesünder leben & Männer früher sterben, Geschlechtsbezogene Krankheitsbilder, Verlagshaus der Ärzte GmbH, Wien.
- Fischer, S.; Selisko, T.: Adipositas und Gestationsdiabetes. *Gynäkologe* 2006, 39:959–962; Online publiziert: 9. November 2006 © Springer Medizin Verlag 2006.
- Fleitman, S., Dohnke, B., Balke, K., Rustler, C., Sonntag, U. (2010): Frauen und Rauchen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2010; 2/3: 117-124.
- Flieger, P. (2007): Der partizipatorische Ansatz des Forschungsprojekts Das Bildnis eines behinderten Mannes: Hintergrund – Konzept – Ergebnisse – Empfehlungen, in: Petra Flieger, Volker Schönwiese (Hrsg.): Das Bildnis eines behinderten Mannes. Bildkultur der Behinderung vom 16. bis ins 21. Jahrhundert. Wissenschaftlicher Sammelband. AG SPAK Bücher, Neu Ulm 2007, bidok – Volltextbibliothek: Erstveröffentlichung im Internet Stand: 08.03.2010, S.19-42.
- Fonds Gesundes Österreich, (2006): SIGIS Tipps 2006. Aus Erfahrungen lernen. „Ein Orientierungsrahmen für die Gründung, den Gruppenalltag und die Unterstützung von Selbsthilfegruppen.“ Wien.
- Fonds Gesundes Österreich (2009): Frauen und Rauchen, Wien: FGÖ.
- Forschen & Entdecken, Das Magazin für kluge Köpfe (2006): Nr 04, Wien.
- Franke, A. (2010): Kompetenzprofile im Gesundheitstourismus. (1. Auflage). Norderstedt: Grin.
- Franz, A. (2002): Selbstbestimmt Leben mit Persönlicher Assistenz - Eine alternative Lebensform behinderter Frauen. Hrsg. v. MOBILE - Selbstbestimmtes Leben Behinderter e.V., Neu Ulm: AG SPAK Bücher.
- Franze, T., Weller, M.G., Niesser, R., Poschl, U. (2005): Protein nitration by polluted air. *Environ. Sci. Technol.* 39: 1673–1678.
- Frauengesundheitszentrum (Hrsg. i.A. des Gesundheitsressorts des Landes Steiermark), (2010): Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs – HPV-Infektion. Information und Erfahrungen. Eine Entscheidungshilfe. Graz.
- Fonds Gesundes Österreich (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Tagungsband der 9. österreichischen Präventionstagung. Wien.
- Friedl, W.(2008): Gesundheitliche Ungleichheit – Verhalten und Verhältnisse. In: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Tagungsband der 9. österreichischen Präventionstagung. Wien.
- FUTURE II Study Group (2007). Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high-grade cervical lesions. *The New England Journal of Medicine* 356 : 1915-1927.
- Gartlehner, G., Chapman, A., Strobelberger, M., Thaler, K. (2010): Differences in Efficacy and Safety of Pharmaceutical Treatments between Men and Women: An Umbrella Review. *PLoS ONE* 5(7): e11895. doi:10.1371/journal.pone.0011895.
- Gärtner, K., Schwabe, M., Sommer-Binder, G. (2010): Bildung, in: Frauenbericht 2010, Bericht betreffend die Situation von Frauen in Österreich im Zeitraum von 1998 bis 2008, Bundeskanzleramt Österreich, Wien.
- Gampenrieder, W., Schöppl, I., Zapotoczky, K. (2002.): Schnittstellenoptimierung im Gesundheitswesen. p 160 ff. In: Zapotoczky K (Hrsg.) *Gesundheit – Mensch – Gesellschaft*. Bd II. Universitätsverlag Rudolf Trauner, Linz.
- Garland, S.M. et al. (2007): Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases. *The New England Journal of Medicine* 356: 1928-1943.
- Gastroösophageale Refluxkrankheit –interdisziplinär, Gastroenterologie/Chirurgie KSSG.
- GBPSRSEHN – Greater Boston Physicians for Social Responsibility and Science and Environmental Health Network (2008): Environmental Threats to Healthy Aging. With a Closer Look at Alzheimer's & Parkinson's Diseases.
- Geisberger, T. (2010): Geschlechtsspezifische Lohn- und Gehaltsunterschiede im europäischen Vergleich, in: Frauenbericht 2010, Bericht betreffend die Situation von Frauen in Österreich im Zeitraum von 1998 bis 2008, Bundeskanzleramt Österreich, Wien.
- Geisberger, T., et al. (2010): Niedriglöhne und atypische Beschäftigung in Österreich. In: *Statistische Nachrichten* 6/2010. Einkommen und Löhne.
- Geist, C., Hader U., Stiefel, A. (Hrsg.), (2007): Hebammenkunde; Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. Stuttgart, 2007/ 4. aktualisierte Auflage.
- Gerhard, I., Reimers, G., Keller, C., Schmück, M. (1993): Weibliche Fertilitätsstörungen: Homöopathie vs. Hormontherapie. *Therapiewoche*.
- Gerisch, B., Lindner, R. (2004): Epidemiologie von Suizid und Suizidversuchen. *Nervenheilkunde* 1996;15:495-506.
- Gerischer-Landrock, W., Leprich, C. (2000): Mit Skalpell und Psychologie gegen das Übergewicht. In: *Gesünder Leben*. 6/2000. o.P.
- Gesundheit, Magazin für Ihre Gesundheit und Lebensqualität, 05 Mai 2010.
- GfK Austria (2008): Verhütungsverhalten von Frauen. Repräsentative Erhebung.
- GHUP – Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (2008): Umweltmedizin in Forschung und Praxis, 13, 5.
- Gigerenzer, G., Edwards, A., (2003): Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight. *Brit Med J* 2003; 327: 741–744.

- Gigerenzer, G., Gaissmaier, W., Kurz-Milcke, E., Schwartz, L.M., Woloshin, S. (2008): Helping doctors and patients make sense of health statistics. *Association for Psychological Science*; 8: 53-96.
- Gladziejewski, N. (2003): Entwicklungswege von Frauen in Partnerschaften und Liebe, Universität Hamburg.
- Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm L. (2008): *Grounded theory. Strategien qualitativer Forschung*. 1. Nachdr. Der 2., korrigierten Aufl. Bern: Huber (Gesundheitswissenschaften/Methoden).
- Gleicher, N., Barad, D. (2006): Gender as risk factor for autoimmune diseases. *Journal of Autoimmunity*, Volume 28, Issue 1, February 2007, pp. 1–6.
- Gleichweit, S., Rossa, M., (2009): Erster Österreichischer Demenzbericht. Teil 1: Analyse zur Versorgungssituation durch das CC integrierte Versorgung der Österreichischen Sozialversicherung. Wiener Gebietskrankenkasse (Hrsg.).
- Glier, B., Erim, Y. (2007): Schmerz bei Migranten aus der Türkei. In: B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger, P. Nilges (Hrsg.) *Schmerzpsychotherapie*, 231-243. Heidelberg: Springer.
- Gomáriz, E., Meentzen, A. (2003): Geschlechterdemokratie als Strategie: auf der Suche nach der verlorenen Kohärenz. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.): *Geschlechterdemokratie wagen*. Königstein/Taunus: Helmer. S. 70 – 89.
- Gotzsche, P.C., Nielsen, M. (2009): Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- Grandjean, P., Landrigan, P.J. (2006): Developmental neurotoxicity of industrial chemicals. *The Lancet* 368, 9553: 2167–2178.
- Grasser, G. (2005): Komplementär- und Alternativmedizin. In: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hg.), *Österreichischer Frauengesundheitsbericht* (S. 339). Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Graves, A. B., Larson, E. B., Edland, S.D., Bowen, J. D., McCormick, W. C., McCurry, S.M., et al. (1996): Prevalence of dementia and its subtypes in the Japanese American population of King County, Washington State: The Kame Project. *American Journal of Epidemiology*, 144, 760-771.
- Greifenhagen, A., Fichter, M.M. (1997): Mental illness in homeless women: an epidemiological study in Munich, Germany. *European Archives Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 247, 162-172.
- Greiser, E. (2001): Hormonersatztherapie und erhöhtes Risiko für Mamma-Ca und Endmetrium-Ca in Deutschland. *Ergebnisse einer Schätzung der Attributivrisiken*. *Journal für Menopause* 2001(2):59-64.
- Griffith, D., Derbyshire, S., Stenger, A., Resnick, N. (2005): Bain control of normal and overactive bladder. *Journal of Urology* 2005: 1862-67.
- Gromus, B. (2002): *Sexualstörungen der Frau*, Verlag Hogrefe.
- Gross, W. (1990): *Sucht ohne Drogen*. Frankfurt/Main.
- Groth, S. (1992): Hitze ... und Wut. Die Medikalisierung der Wechseljahre. In: *Sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis für Frauen* (Hrsg.); *AltersWachSinn. Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis* 1992;33:51-61.
- Groth, S. (1994): Die Medikalisierung der Wechseljahre. Argumente gegen eine generelle Hormontherapie. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 1994;70:421-4.
- Groth, S. (2004): Wechseljahre in Bewegung. Frauengesundheitsbewegt Interessen vertreten. In: Jahn, (Hrsg.) *Wechseljahre multidisziplinär. Was wollen Frauen, was brauchen Frauen*. Sankt Augustin, Asgard Verlag Hippe, 119-136.
- Gumpoldsberger, H. (2010): Kinderbetreuung im ländlichen Raum, in: *Frauenbericht 2010, Bericht betreffend die Situation von Frauen in Österreich im Zeitraum von 1998 bis 2008*, Bundeskanzleramt Österreich, Wien.
- Gundacker, C., Graf-Rohrmeister, K., Wittmann, K.J., Vallant, B., Eibenberger, B., Jessernig, V., Fröhlich, S., Gicic, D., Prinz, S., Alber, B., Pollak, A., Husslein, P. (2010): Perinatal mercury and lead exposure in Austria, submitted to *Journal of Pediatrics*.
- Guthlin, C., Lange, O., Walach, H. (2004): Measuring the effects of acupuncture and homeopathy in general practice: an uncontrolled prospective documentation approach. *BMC Public Health* 2004 Mar 04;4(1):6.
- Gutmacher Institute, *Abortion Worldwide* (2009): *A Decade of Uneven Progress*.
- Ha Dat Huong, K. (2008): Ich bin lesbisch. Homosexualität und der Prozess des Coming-Out von Frauen. Universität Wien.
- Habermaas, T. (2008): Klassifikation und Diagnose: Eine historische Betrachtung. In: *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (Herpetz., de Zwaan., Zipfel., Hrg), Springer-Verlag, Heidelberg, S. 4.
- Härtel, U., Gehring, J., Schraudolph, M., Volger, E., Klein, G. (2005): Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Rehabilitation nach erstem Myocardinfarkt. *Ergebnisse der Höhenrieder Studie*. *Herzmedizin*.
- Härtel, U. (k.A.): Geschlechtsspezifische Unterschiede in der kardiologischen Rehabilitation in gender medicine, Ringvorlesung an der Medizinischen Universität Innsbruck, Herausgeber Margarethe Hochleitner.
- Haidinger, T. (2009): *Bewusstsein kardiovaskulärer Risikofaktoren, Prävention und Barrieren zur Herzgesundheit bei Frauen in Österreich*; Diplomarbeit Medizinische Universität Wien.
- Hajak, G., Rütger, E. (1995): *Insomnie. Schlaflosigkeit - Ursachen, Symptomatik und Therapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- HAPO Study Cooperative Research Group (2008): Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 2008; 358: 1991-2002.
- Hargreaves, D., Tiggemann, M. (2003): The effect of "thin ideal" television commercials on body dissatisfaction and schema activation during early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(5), 367-373.
- Haumer, M. (2009): *Lebenszufriedenheit von Frauen im Übergang zur Mutterschaft*. Universität Wien.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2005): *Informationsunterlage 'Chancen und Nutzen der neuen Vorsorgeuntersuchung inklusive Beschreibung der medizinischen Interventionen für Nichtmediziner'*, Wien.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2009): *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung*.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2009): *Bericht des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger an das Bundesministerium für Gesundheit sowie an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz gemäß §447h (4) ASVG für das Jahr 2009; Vorsorgeuntersuchung Neu, Graz*.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2010): *Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen*, 24. Ausgabe: März 2010.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2010): *Masterplan Gesundheit. Einladung zum Dialog, Strategische Handlungsoptionen zur Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens aus Sicht der Sozialversicherung*.
- Hausmann, C. (2009): Burnout-Symptome bei österreichischen PflegeschülerInnen im dritten Ausbildungsjahr. In: *Pflege* 2009, 22. Jg., S. 297-307.
- Heimerl, K. (2000): Autonomie erhalten. Eine qualitative Patientenbefragung in der Hauskrankenpflege. S 102 – 165; In: Seidl/Stankova/Walter (Hrsg.). *Pflegewissenschaft heute*. Band 6. Autonomie im Alter. Wien: Maudrich.
- Herold, G. (k.A.): *Innere Medizin*.
- Heusinger, J., Klünder, M. (2005): „Ich lass' mir nicht die Butter vom Brot nehmen!“. Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag (Wissenschaft, 94).

- HEI – Health Institute (2010): Traffic-Related Air Pollution: A Critical Review of the Literature on Emissions, Exposure, and Health Effects Report. Special Report 17, Health Effects Institute.
- Heintz, B., Nadai, E., Fischer, R., Ummel, H. (1997): Ungleich unter Gleichen - Studien zur geschlechtsspezifischen Segregation des Arbeitsmarktes. Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Hejda, M. (2002): Was belastet pflegende Angehörige dementierender alter Menschen? In: Schnepf, W. (Hrsg.): Angehörige pflegen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, S. 197-218.
- Herbarth, O. (2003): Allergien im Kindesalter. Epidemiologische Studien zum Zusammenhang zwischen lufthygienischen Belastungen und allergischen Erkrankungen. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2003; 46: 732–738.
- Herringer, C. (1989): Die böse Mutter. Warum viele Frauen dick werden und bleiben. München.
- Herrmann, N., Gauthier, S. (2008): Diagnosis and treatment of severe Alzheimer disease. Canadian Medical Association Journal; 179 (12); p. 1281.
- Hindinger, B. (2008): Frauenarbeitslosigkeit. Wiedereinstieg von Frauen in das Berufsleben, Diplomarbeit, Universität Wien.
- HIV / AIDS Surveillance in Europe (2007): End-year report 2006, 2007, No. 75, Reporting of cases of HIV infection and AIDS, 2007. Totals HIV tests performed; EuroHIV European Centre for the Epidemiological Monitoring of HIV / AIDS, WHO and UNAIDS Collaborating Centre on HIV / AIDS.
- Ho, G.Y. et al. (1995): Persistent genital human papillomavirus infection as a risk factor for persistent cervical dysplasia. Journal of the National Cancer Institute 87: 1365-1371.
- Hochleitner, M (2003): "Hier hat niemand auf Sie gewartet!" Frau in der Medizin "Ärztinnenstudie" 2002, Innsbruck university press.
- Hochleitner, M. (Hrsg.), (2008): Gender Medicine. Ringvorlesung an der Medizinischen Universität Innsbruck, Band 1, Facultas.wuv.
- Hochleitner, M. (Hrsg.), (2009): Gender Medicine. Ringvorlesung an der Medizinischen Universität Innsbruck, Band 2, Facultas.wuv.
- Hochleitner, M. (Hrsg.), (2010): Gender Medicine. Ringvorlesung an der Medizinischen Universität Innsbruck. Sexualität, Band 3, Facultas.wuv.
- Holsboer-Trachsler, E. (2005): Die Frau mit Depressionen im mittleren Lebensalter, in: Riecher-Rössler, A./ Bitzer, J. (Hrsg.): Frauengesundheit, Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis, Urban & Fischer, München.
- Hornbacher, M. (2010): Alice im Hungerland, Leben mit Bulimie und Magersucht – Eine Autobiografie. Kap. 1, Ullstein Tb Verlag.
- Huber, E. (2000): Schlank durch Selbstbewusstsein. St. Pölten.
- Hübner, M., Jacob, S. (2006): Sectio caesarea auf mütterlichen Wunsch. NIH State of the Science Konferenz 2006 – eine Zusammenfassung. Gynäkologie 2006, 39: 648-655; Online publiziert 20. Juli 2006; Springer Medizin Verlag 2006.
- Hurrelmann, K. et al. (2007): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Verlag Hans Huber. Bern.
- Hurrelmann, K. (2000): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Weinheim.
- Hurrelmann, K., Kolip, P. (Hrsg.), (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, Verlag Hans Huber.
- Hutter, H.P., Mooshammer, H., Wallner, P., Leitner, B. Kundi, M. (2007): Heatwaves in Vienna: effects on mortality. Wien Klein Wochenschr 119/7–8: 223–227.
- IADPSG Consensus Panel (2010): International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG), Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. Diabetes Care 2010.
- IARC – International Agency for Research on Cancer (2005): Cervix cancer screening. IARC handbooks of cancer prevention. Vol 10. Lyon: IARC Press.
- IMS (Intercontinental Marketing Services): DPMÖ YTD12/1999-2009 (schriftliche Kommunikation).
- Ingrisch, D. (1992): „Alles war das Institut!“ Eine lebensgeschichtliche Untersuchung über die erste Generation von Professorinnen an der Universität Wien. Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung (Hg.), Reihe: Materialien zur Förderung von Frauen in der Wissenschaft, Bd. 2.
- Innocence in Danger Deutsche Sektion e. V. & Bundesverein zur Prävention von sexuellem Missbrauch an Mädchen und Jungen e. V. (Hrsg.), (2007): Mit einem Klick zum nächsten Kick, Aggression und sexuelle Gewalt im Cyberspace, Verlag Mebes und Noack, Köln.
- Innreiter-Moser, C., Littringer, M., Stummer, H. (2006): Führung in Teilzeit – geschlechtsspezifische und organisationale Bedingungen. In: Bendl, R. (Hrsg.): Betriebswirtschaftslehre und Frauen- und Geschlechterforschung. Teil 2 – Empirische Ergebnisse zur Standortbestimmung. Frankfurt: Lang. S. 81 – 101.
- Institut für Frauen- und Männergesundheit (2009): Tätigkeitsbericht. Wien: Institut für Frauen- und Männergesundheit.
- Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik Johannes Kepler Universität Linz (Hrsg.), (2006): Armutsbericht Oberösterreich 2006, Linz.
- Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Johannes Kepler Universität Linz (Hrsg.), (2007): Armutsbericht Oberösterreich 2007, Linz.
- Jacob, J., Köbsell, S., Wollrad, E. (Hrsg.), (2010): Gendering Disability. Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht. Bielefeld: transcript.
- Jahn, I., Kolip, K. (Hrsg.), (2002): Methodische Probleme einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung, in: Hurrelmann, Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, Männer und Frauen im Vergleich, Verlag Hans Huber, Bern
- Legato M. J.: 2004, Principles of Gender-Specific Medicine, Elsevier Academic Press, San Diego.
- Jahn, I. (Hrsg.), (2004): wechselljahre multidisziplinär. was wollen Frauen – was brauchen frauen? Proceedings Kongress „wechselljahre multidisziplinär“, Universität Bremen, 21.-23. Februar 2003. GEK-Edition (2004): Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 28. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Jahoda, M. (1958): Current Concepts of Positive Mental Health. Report to the Joint Commission of Mental Health and Illness. NY Basic Books, New York.
- Jahoda, R. (1999): Anlaufstellen und Motivation. Abstract. 1. Essstörungenenquete „Wände oder Wende“ im Wiener Rathaus am 20. Mai 1999.
- Jelinek, R. (2007): Medical Wellness. Mafo-News Oberösterreich Tourismus.
- Jenull, B., Brunner, E., Mayr, M. (2008): Burnout und Coping in der stationären Altenpflege. Ein regionaler Vergleich an examinierten Pflegekräften. In: Pflege 2008, 21. Jg., S. 16-24.
- Jill, A. Fisher, PhD. et al (2010): Sex, Gender and Pharmaceutical Politics: From Drug Development to Marketing. In: Gender Medicine/Vol.7, No. 4.
- Ironmonger, D. (1996): Counting outputs, capital inputs and caring labor: Estimating gross household product. In: Feminist Economics vol. 2 Nr. 3. Storrs (Connecticut), S. 37-64.
- Joksimovic, I., Bierwirth, J., Kruse, J. (2008): Traumatisierte Flüchtlinge in der Psychotherapie. In: FA Muthny & I Bermejo (Hrsg.) Interkulturelle Medizin, 105-121. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Jonas, S., Rafetseder, O., Wild, C. (2005): Dickdarmkrebs-Früherkennung in Österreich: Integrierung der Koloskopie in die österreichische Vorsorgeuntersuchung. J Gastroenterol Hepatol Erkr; 3: 11-15.
- Jorgensen, KJ., Gotzsche, PC. (2009): Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. Brit Med J 2009;339:b2587; doi:10.1136/bmj.b2587.
- Journal für gyn. Endokrinologie (2009): Essstörungen ein akt. Problem für Gyn. und Geburtshelfer, Langer, Wimmer– Puchinger, 2009; 3(2), Ausgabe für Österreich, 6-13.
- Kahn, L., Halbreich, U. (2005): Estrogen's effect on depression. In: Bergemann, N., Riecher- Rössler, A. (ed). Estrogen effects in psychiatric disorders. Springer, Wien, New York, 2005; 145–73.
- Kainer, F., Husslein, P. (2006): Erkrankungen in der Schwangerschaft. S. 269. In: Schneider, H.; Husslein, P.; Schneider, K.T.M.(2006): Die Geburtshilfe. Springer Medizin Verlag: Heidelberg.

- Kaiser, A. (2010): Transkulturelle Kompetenz in der Geburtsbetreuung. Optimierung der Betreuung von Frauen mit Migrationshintergrund in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. In: FLOSSMANN, Ursula (Hrsg.): Linzer Schriften zur Frauenforschung. Trauner Verlag.
- Kannus, P., Parkkari, J., Niemi, S., Pesanen, M., Palvanen, M., et al. (2000): Prevention of hip fracture in elderly people with use of a hip protector. *New England Journal of Medicine* 2000;343:1506-1513.
- Kanter, R. M. (1977): Men and women of the corporation. New York: Basic Books.
- Kapusta, N. (2009): Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich 2009, Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien.
- Kasper A.S. (1983): Women's Health and the FDA: A case study in Consumer Lobbying. In: Tinker I. (Hrsg.). Women in Washington. Advocates for Public Policy. Beverly Hills: Sage, 276-285.
- Kassoumea, L. (2006): Unterstützungsangebote bei Schwangerschaft und Elternschaft von Menschen mit Lernschwierigkeiten in Wien, Diplomarbeit FH Wien 2006, bidok - Volltextbibliothek: Wiederveröffentlichung im Internet, Stand: 22.05.2007.
- Kautzky-Willer, A. (2006): Komplikationen in Zusammenhang mit Fertilität, Schwangerschaft und Geburt. In: Erster Österreichischer Adipositasbericht 2006. Hrsg: Altern mit Zukunft.
- Kautzky-Willer, A., et al. (2008): The Impact of risk factors and more stringent diagnostic criteria of gestational diabetes on outcomes in Central European Women. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93: 1689-1695.
- Kautzky-Willer, A., et al. (2009): Gestationsdiabetes (GDM). Diabetes mellitus – Leitlinien für die Praxis. Wiener klinische Wochenschrift 2009, Suppl. 5, S 51-57.
- Kickbusch, I. (1981) Die Frauengesundheitsbewegung - ein Forschungsgegenstand? In: Schneider, U. (Hrsg.), Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung. Frankfurt am Main: Campus.
- Kiefer, I. (2004): Orthorexia nervosa. Radiointerview. Radiosender Ö3. 6.2.2004.
- Kitwood, T. M., Müller-Hergl, C. (2004): Demenz, der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Hans Huber Verlag.
- Kinzl, B., Platz, B. (1985), In: Aktuelle Ernährung.
- Kizilhan (2008): Interaktion von Krankheitswahrnehmung und Krankheitsbewältigung bei türkischstämmigen Patienten – Eine vergleichende Studie. In: Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 2008, 29, 4, 352-366. Lengerich: Papst Science Publisher.
- Klapfer, K. (2010): Erwerbstätigkeit von Müttern im ländlichen Raum, in: Frauenbericht 2010, Bericht betreffend die Situation von Frauen in Österreich im Zeitraum von 1998 bis 2008, Bundeskanzleramt Österreich, Wien.
- Klein, U. (2006): Geschlechterverhältnisse und Gleichstellungspolitik in der Europäischen Union. Akteure – Themen – Ergebnisse, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Klier, C., Amon, S., Dressler, S. G., Bergemann, N., Friedrich, M. H. (2009): Ist Prävention von Neonatizid möglich? Veränderung der Anzahl von angezeigten Neonatizidfällen in Österreich im Vergleich zu Finnland und Schweden im Zeitraum 1995 – 2005. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychische Erkrankungen in der Lebensspanne, 25.-28.11.2009, ICC Berlin.
- Klotz, T., Hurrelmann, K. (1998): Adapting the health-care system to the needs of the aging male., *The aging male*, 1.
- Knipschild, P., Kleijnen, J., Riet, G. (1990): Belief in the efficacy of alternative medicine among general practitioners in the Netherlands. *Soc Sci Med* 1990;31:625-626.
- Kodelitsch, S. (2008): Management von Projekten in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Masterthesis zur Erlangung des akademischen Titels „Master of Science in Integrativer Gesundheitsvorsorge und –förderung“. Hall in Tirol.
- Kolip, P. (Hrsg.), (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, Verlag Hans Huber.
- Kolip, P., Hurrelmann, K. (2002): Geschlecht, Gesundheit, Krankheit: Eine Einführung. In: Hurrelmann, K., Kolip, P. (Hrsg.); Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich; Bern: Verlag Hans Huber.
- Kolip, P., Ladenmann, J., Deitermann, B. (2004): Was können Männer von der Frauengesundheitsbewegung lernen? In: Altgeld T (Hrsg.) Männergesundheit. Neue Herausforderungen und Perspektiven für Gesundheitsförderung und Prävention; Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Koller, K., Findl, I., Klaushofer, K., Gerschpacher, H., Kühnel, E. (1992): Rehabilitation von Insulpatienten an einer Internen Abteilung mit überwiegend geriatrischem Krankengut. In: Scherzer E (Hrsg.) Neurophysiologie und Neurorehabilitation. Wien.
- Kopetzki, C. (2008): Stammzellforschung in Österreich – eine Bestandsaufnahme des geltenden Rechts, in: Stammzellforschung – Ethische und rechtliche Aspekte, Ulrich H.J.Körtner, Christian Kopetzki, Springer, Wien.
- Kozanli, I., Jarai, R., Fellner, B., Jakl, G., Huber, K. (2008): Frauen und Herzinsuffizienz, *Journal für Kardiologie – Austrian, Journal of Cardiology* 2008; 15, (9-10), 292-297.
- Krajic, K., Nowak, P., Rappold, E. (2005): Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnose und Lösungsmöglichkeiten. Endbericht. Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie in Zusammenarbeit mit dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien. Wien.
- Krell, G. (2002): „Weibliche Führungsstile“ und Personalpolitik. In: Goldberg, Christine / Rosenberger, Sieglinde K. (Hrsg.): KarriereFrauenKonkurrenz. Innsbruck: Studienverlag. S. 91 – 101.
- Krieger, N., Chen, JT., Waterman, PD (2010): Decline in US breast cancer rates after the women's health initiative: socioeconomic and racial/ethnic differentials. *Am J Public Health* 2010; 100: S132–S139.
- Krüger, Reich, Buchheim, Cierpka (1997): Essstörungen: Diagnostik, Epidemiologie, Verläufe. In Reich, G., Cierpka, M. Psychotherapie der Essstörungen. Georg Thieme Verlag: Stuttgart, New York.
- Kruse, A., Schmitt, E. (2002): Gesundheit und Krankheit im hohen Alter, S. 206ff, in: Hurrelmann, K..
- Kuhlmann, E. (1997): Geschlecht – ein Gesundheitsrisiko?, Eine Anwendung des Gendering-Konzepts in der Gesundheitsforschung, *Feministische Studien*, Heft 1.
- Kuhlmann, E., Kolip, P. (2005): Gender and Public Health, Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik, Juventa Verlag, Weinheim, München.
- Kumpf-Tontsch, A., Schmid-Siegel, B., Klier, CM., Muzik, M., Lenz, G. (2001): Versorgungsstrukturen für Frauen mit postpartalen psychischen Störungen. *Wiener Klinische Wochenschrift* 2001;113(17):641-6.
- Kundi, M., Friedrich, F., Friedrich, F. (2004): Hormonersatztherapie und Mammakarzinomrisiko – zur Interpretation epidemiologischer Evidenz.. *Journal für Menopause* 2004(1):8-17.
- Kytir, J., Schrittwieser, K., Statistik Austria (2003): Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege. Ergebnisse des Mikrozensus September 2002. Herausgegeben von Generationen und Konsumentenschutz Bundesministerium für soziale Sicherheit.
- Kytir, J., Wisbauer, A. (2010): Demographisches Verhalten, in: Frauenbericht 2010, Bericht betreffend die Situation von Frauen in Österreich im Zeitraum von 1998 bis 2008, Bundeskanzleramt Österreich, Wien.

- Lademann, J. (2007): Intensivstation zu Hause. Pflegende Angehörige in High-Tech Home Care. Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Bern: Huber.
- Lamberg, L. (1999): "If I worked hard(er), I will be loved." Roots of physician stress explored. *JAMA*.
- Lampert, T., Thamm, M. (2008): Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum, In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: Jahrbuch Sucht 2008, Neuland, Geesthacht.
- Lang, B. (2010): Deutsches Cochrane Zentrum, Vortrag im Rahmen der wissenschaftlichen Tagung der ÖGPH „Lernen für Gesundheit“ Linz, 17. September 2010.
- Lee, DH., Jacobs, DR., Porta, M. (2007): Association of serum concentrations of persistent organic pollutants with the prevalence of learning disability and attention deficit disorder. *J Epidemiol Community Health* 61,7, 591-6.
- Legato, M. (2002): Evas Rippe. Die Entdeckung der weiblichen Medizin. Köln.
- Lehner, K. (2009): Gefühlschaos in der Schwangerschaft? Eine qualitative Untersuchung des ambivalenten Erlebens von Müttern in ihrer ersten Schwangerschaft, Universität Wien.
- Lehner, E., Findl, I., Pleiner, G., Welsch, K., Spitz, P., Klaushofer, K., Koller, K. (2001): Konzept einer Angehörigenberatung zur Verbesserung der poststationären Betreuung von chronisch Kranken an einer geriatrischen Abteilung. *Wiener Klinische Wochenschrift* 2001; 113(10):12.
- Leitner, A. (2001): Frauenberufe-Männerberufe. Zur Persistenz geschlechtshierarchischer Arbeitsmarktsegregation. Institut für Höhere Studien (IHS). Wien.
- Leitner, B. (2008): Menschen mit Behinderungen, in: *Statistische Nachrichten* 12/2008. Statistik Austria. Wien.
- Leitner, B., Baldaszti, E. (2008): Menschen mit Beeinträchtigungen. Ergebnisse der Mikrozensus-Zusatzfragen, 4. Quartal 2007. *Statistik Austria*. Wien, April 2008.
- Lena Caritas, Beratungsstelle für Menschen, die in der Prostitution gearbeitet haben oder arbeiten (Hrsg.), (2008): Infoblatt Prostitution in Oberösterreich. Linz.
- Leutner, V. (1993): Schlaf, Schlafstörungen, Schlafmittel. 5. Aufl. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
- Levc, B. (2005): Und wer kümmert sich um das Kind? Eine Analyse der sozialen Reaktionen auf Kinderwunsch und Mutterschaft von Frauen mit sichtbaren Behinderungen unter besonderer Berücksichtigung der Unterstützungsmöglichkeiten für behinderte Mütter mit Kindern im Säuglings- und Kleinkindalter in der Steiermark, Diplomarbeit Univ. Graz.
- Levin, B., Lieberman, DA., McFarland, B., Andrews, KS., Brooks, D., Bond, J., et al. (2008): American Cancer Society Colorectal Cancer Advisory Group. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *Gastroenterology* 2008; 134: 1570-1595.
- Levine, et.al. (2002): Body Image Development in Adolescence. In: Cash, T., Pruzinsky T.: *Body Image*. Guilford Press, p 74.
- Levine, MP., Smolak, L. (2007): Prevention of negative body image, disordered eating, and eating disorders: an update. In: Wonderlich S, Mitchell JE, de Zwaan M, Steiger H (eds) *Annual review of eating disorders*. Radcliffe, Oxford, UK, S. 1-13.
- Liao, L-M., Creighton, S.M. (2007), *British Medical Journal*, Volume 334, p 1090 – 1092 –2.
- Limmer, R. (2005): Berufsmobilität und Familie in Deutschland. *Zeitschrift für Familienforschung: Beiträge zu Haushalt, Verwandtschaft und Lebenslauf* 17 (2). S.96-114.
- Lindblad, R., Lindberg, Hjern, A. (2006): Anorexia Nervosa in Young Men. *International Journal of Eating Disorders* 39:8.
- Lindsay, R., Silverman, SL., Cooper, C., Hanley, DA., Barton, I., Broy, SB. et al. (2001): Risk of new vertebral fracture in the year following a fracture. *JAMA* 2001;285:320-323.
- Lippuner, K. (2004): Osteoporose und Stürze im Alter. Diagnostik und Therapie, Risikofaktoren und Konsequenzen. In: Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.); Osteoporose und Stürze im Alter. Ein Public-Health-Ansatz; Bern: BAG.
- Lohsiriwat, V., Sujarittanakarn, S., Akaraviputh, T., Lertakyamane, N., Lohsiriwat, D., Kachinthorn, U. (2009): What are the risk factors of colonoscopic perforation? *BMC Gastroenterol* 2009; 9: 71.
- Loibl, E., Corazza, E. (2003): Frauengerechte Qualitätsstandards / BAWO Frauenarbeitskreis 2003, 9/2003.
- Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (2004) Integrierte Versorgung – Modellprojekt PIK - PatientInnenorientierte Integrierte Krankenbetreuung (in Wien 14. – 17. Bezirk). Abschlussbericht, Wien: LBIMGS.
- Ludwig Boltzmann Institut/LBI, Health Technology Assessment/HTA (2009): Status quo Mammographie-Screening. Evaluationsergebnisse organisierter Programme. Wien: HTA Projektbericht 35.
- Lueger-Schuster, B. (2009): „Psychosoziale Versorgungssysteme – institutionelle und gesundheitliche Rahmenbedingungen, Beschaffung von Information.“ (Skriptum WS 09/10, Universität Wien).
- Mahrhofer, P. (2006): Teenager-Schwangerschaften. In: *Gyn-Aktiv* 1/06.
- Malila, N., Anttila, A., Hakama, M. (2005): Colorectal cancer screening in Finland: details of the national screening programme implemented in autumn 2004. *J Med Screening* 2005; 12: 28-32.
- Malila, N., Oivanen, T., Malminiemi, O. (2008): Test, episode, and programme sensitivities of screening for colorectal cancer as a public health policy in Finland: experimental design. *Brit Med J* 2008; 337: a2261.
- Mandel, JS., Church, TR., Bond, JH., et al. (2000): The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. *N Engl J Med* 2000; 343: 1603-1607.
- Mann, B. (1996): Die Bedeutung der Soziologie für die moderne Public-Health-Entwicklung. In: Heine von Alemann, Annette Vogel (Hrsg.): 1996, *Soziologische Beratung. Berufsverband Deutscher Soziologen*. Leske+Budrich, Opladen.
- Manser, RL., Irving, LB., Stone, C., Byrnes, G., Abramson, M., Campbell, D. (2004): Screening for lung cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; (1): CD001991.
- Manthey M. (2002): *Primary nursing - ein personenbezogenes Pflegesystem*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Marcus, PM., Bergstralh, EJ., Zweig, MH., Harris, A., Offord, KP. (2006): Fontana RS. Extended lung cancer incidence follow-up in the Mayo Lung Project and overdiagnosis. *J Nat Cancer Inst*, 98: 748-756.
- Marik-Lebeck, S. (2010): Frauen im ländlichen Raum, in: *Frauenbericht 2010, Bericht betreffend die Situation von Frauen in Österreich im Zeitraum von 1998 bis 2008*, Bundeskanzleramt Österreich, Wien.
- Marquardt, H., Schäfer, S.G. (2004): *Lehrbuch der Toxikologie*. 2. Auflage. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart. ISBN: 3-8047-17772.
- Marteau, P. (2009) *Diet and Irritable Bowel Syndrome*. Postgraduate Teaching Programme. Gastro 2009, UEGW/WCOG London.
- Marth, C., Daxenbichler, G., Widschwendter, M. (2004): Das Zertifikat „Brustzentrum“. *Krebs:hilfe!* 2004; 4: 50-51.
- Maschke, M. (2003): *Die sozioökonomische Lage behinderter Menschen in Deutschland*. Heidelberg: Verlag für Sozialwiss.
- Masconi, L., de Santi, S., Brys, M., Tsui, W. H., Pirraglia, E., Glodzik-Sobanska, L., et al. (2008): Hypometabolism and altered cerebrospinal fluid markers in normal apolipoprotein E E4 carriers with subjective memory complaints. *Biological Psychiatry*, 63, 609-618.

- Maul, H. (2008): Adipositas und Schwangerschaft. *Gynäkologische Endokrinologie* 2008; 6: 29-34. Online publiziert 31. Januar 2008. Springer Medizin Verlag.
- Maume, D. J. (2004): Is the glass ceiling a unique form of inequality? In: *Work and Occupations*, 31. S. 250 – 274.
- Mayer, E.A. (2008) Irritable Bowel Syndrome. *N Engl J Med* 2008; 358:1692-9.
- McCarthy, M. (2000): The "gender gap" in autoimmune disease. *The Lancet*, Volume 356, Issue 9235: 1088–1088.
- McConnell, R., Berhane, K., Gilliland, F., London, S.J., Vora, H., Avol, E., Gauderman, W.J., Margolis, H.G., Lurmann, F., Thomas, D.C., Peters, J.M. (1999): Air pollution and bronchitic symptoms in Southern California children with asthma. *Environ Health Perspect.* 107: 757–760.
- McFarland, EG., Levin, B., Lieberman, DA., Pickhardt, PJ., Johnson, CD., Glick, SN., Brooks, D., Smith, RA. (2008): American Cancer Society; U.S. Multisociety Task Force on Colorectal Cancer; American College of Radiology. Revised colorectal screening guidelines: joint effort of the American Cancer Society, U.S. Multisociety Task Force on Colorectal Cancer, and American College of Radiology. *Radiology* 2008; 248: 717-720.
- Mechtler, R., Pass, C., Roth, P. (2008): Evaluierung der M.A.S Demenz-Servicestellen in Bad Ischl, Regau und Ottensheim. Institut für Pflege- und Gesundheitsforschung der Johannes Kepler Universität Linz.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest,(2009): JIM 2009, Jugend, Information, (Multi-)Media, Basisstudie zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland, Stuttgart.
- Meise, U., Wancata, J. & Hinterhuber, H. (2008): Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Österreich. In: Rittmannsberger, H. & Wancata, J. (Hg.), *Schizophreniebericht* 2008. (S. 134-145). Linz: BUCHplus.
- Mendola, P., Selevan S., Sherry, G., Gutter, S., Rice, D. (2002): Environmental factors associated with a spectrum of neurodevelopmental deficits. *Mental Retardation and developmental disabilities research reviews.* pp. 188–192.
- Mertz, HR. (2003): Irritable Bowel Syndrome. *N Engl J Med* 2003; 349:2136-2146.
- Mettler, FA., Upton, AC., Kelsey, CA., Ashby, RN., Rosenberg, RD., Linver, MN. (1996): Benefits versus risks from mammography: a critical reassessment. *Cancer* 1996; 77: 903-909.
- Meyer, C., Rumpf, HJ., Hapke, U., Dilling, H., John, U. (2000): Lifetime prevalence of mental disorders in general adult population. Results of TACOS study. *Nervenarzt* 2000; 71: 535–42.
- Meyer, R., Sauter, A. (2000): Gesundheitsförderung statt Risikoprävention? Umweltbeeinflusste Erkrankungen als politische Herausforderung. Studie des Büros für Technikfolgenabschätzung beim deutschen Bundestag 8. ISBN 3-89404-817-4, Edition sigma® rainer bohne verlag, Berlin.
- Meyer, R. (2010):: Publikationen zur Hormonersatztherapie. Fachaufsätze mit Werbebotschaft. *Deutsches Ärzteblatt* 2010; 107(, 38): , 24. September 2010, C 1561-1562.
- Mielck, A. (Hrsg.) (1994): Krankheit und soziale Ungleichheit: Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland. Opladen: Leske und Budrich.
- Mielck, A. (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit, S. 389ff, in: Hurrelmann, Klaus/ Kolip, Petra (Hrsg.), (2002): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*, Verlag Hans Huber.
- Mikosz, B. (2000): Wenn Essen zum Problem wird. Abstract. *Essstörungenkongress*. Innsbruck am 13.10.2000.
- Mixa, E. (2000): Zwischen den Sprossen. Aufstiegsbedingungen und Karrierebarrieren für Medizinerinnen im professionellen und universitären Feld. Bundesministerium für Wissenschaft und Verkehr, Abt. 1/B/1, Reihe: Materialien zur Förderung von Frauen in der Wissenschaft; Bd. 10.
- Mönnikes, H., et al. (2006): Arzneimitteltherapie des Reizdarmsyndroms. *Internist* 2006; 47:1073-1083.
- Moldaschl, K. (1999): Die weibliche Unterrepräsentanz in Führungspositionen. Das weibliche Selbstkonzept als mögliche Ursache. Linz: Trauner.
- Monti, J. M., Monti, D. (2008): Human Sleep. An Overview. In: Verster, Joris C.; Pandi-Perumal, S. R.; Streiner, David L. (Hg.): *Sleep and Quality of Life in Clinical Medicine: Humana Press*, S. 29–36.
- Morisson, A. M., White, R. P., Van Velsor, E. (1987): *Breaking the glass ceiling: Can women reach the top of America's largest corporations?* Reading, MA: Addison-Wesley.
- Morschitzky, H. (2009): *Angststörungen*. Wien: Springer.
- Moser, M., Schenk, M. (2010): *Es reicht! Für alle! Wege aus der Armut*. Deuticke Verlag
- Mühlberger, U., Knittler, Käthe, Guger, A. (2008): *Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge. WIFO*: Wien.
- Mühlhauser, I., Höldke, B. (1999): *Mammographie-Screening – Darstellung der wissenschaftlichen Evidenz-Grundlage zur Kommunikation mit der Frau.* *arzt-telegramm* 1999; 10: 1001-108.
- Mühlhauser, I., Meyer, G. (2004): *Hormontherapie in den Wechseljahren. Kritische Blicke auf die Evidenzbasis*. In: Jahn Ingeborg. (Hrsg.). *Wechseljahre multidisziplinär. Was wollen Frauen - was brauchen Frauen. Dokumentation des gleichnamigen Kongresses in der Universität Bremen*, 21.-23.2.2003. GEK-Edition., Asgard-Verlag, St. Augustin, 2004, 139-162.
- Mühlhauser, I., Steckelberg, A. (2005): *Aufklärung über Krebsfrüherkennung am Beispiel Mammographie- und Darmkrebs-Screening*. *Z Allg Med* 2005; 81: 523-527.
- Müller, M. (k.A.): *Chirurgie für Studium und Praxis*
- Münz, R., Neyer, G., et al. (1986): *Frauenarbeit, Karenzurlaub und berufliche Wiedereingliederung*. Linz: Österreichischen Instituts für Arbeitsmarktpolitik.
- Murauer, V. (2010): *Sonderauswertungen AMS*. Wien 27.07.2010.
- Mushlin, Al., Kouides, RW, Shapiro, DE. (1998): Estimating the accuracy of screening mammography: A meta-analysis. *Am J of Preventive Medicine* 14: 143-153.
- Muth, J., Cash, T. (1997): *Journal of Applied Social Psychology*, Volume 27/16, p 1438-1452).
- N.N.: Süße Sucht. In: *Focus*. Nr. 45, 6. November 2000. S 13.
- N.N.: Sucht. Der Zwang "es" zu tun. In: *People*. 2/2001. S 10.
- N.N.: Ich liebe mich – Ich hasse mich. Magersucht, Bulimie, Esssucht. Wien Vital Folder zur Aufklärung von Essstörungen. Wien o. J.
- N.N.: Shape. *Das Fitness-Magazin für Frauen*. Nr. 9. Sept. 2004. o. O. S 130
- Nanda, K., McCrory, DC., Myers, ER., et al. (2000): Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. *Duke University North Carolina. Ann Intern Med.* 16.5.2000, 132(10):810-9.
- Nauck, B. (1993): *Erwerbstätigkeit und gesundheitliches Wohlbefinden ausländischer Frauen in der Bundesrepublik Deutschland*. In: Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (Hrsg.) *Erfahrung des Fremden. Vorträge im Sommersemester 1992*. Heidelberg: Heidelberger Verlagsanstalt, 57–76.
- Nelson, HD., Tyne, K., Naik, A., Bougatsos, C., Chan, BK., Humphrey, L. (2009): Screening for breast cancer: an update for the U.S. Preventive Task Force. *Ann Intern Med* 2009; 151: 727-737.
- Neujahr-Schwachulla, G., Bauer, S. (1993): *Führungsfrauen. Anforderungen und Chancen in der Wirtschaft*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Neumark-Sztainer, D (2005): *I'm, like, SO fat!* New York: Guilford Press, p 5.
- Nevitt, MC., Ettinger, B., Stone, K., Jamal, SA., Ensrud, K., Segal, M., et al. (1998): The association of radiographically detected vertebral fractures with back pain and function: a prospective study. *Ann Intern Med* 1998;128:793-800.

- Neyer, G. (1993): Risiko oder Sicherheit? Karenzurlaub in Österreich: Wirkungen und Tendenzen. In Goldberg, Christine et al. (1993). Sozial- und Wirtschaftswissenschaftliche Aspekte: Frauen im Erwerbsleben. Beiträge einer Ringvorlesung an der Universität Graz, Wien: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Niebling, W. (2008): Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis. Heidelberg: Springer
- Nigg, J.T., Knottnerus, G.M., Martel, M.M., Nikolas, M., Cavanagh, K., Karmaus, W., Rappley, M.D. (2007): Low Blood Lead Levels Associated with Clinically Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Mediated by Weak Cognitive Control, *Biological Psychiatry* 63, 3: 325–331.
- NIH - National Institutes of Health (2000): Consensus Development Panel 2000. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. NIH consensus statement online.
- Nonnemaker, L. (2000): Women physicians in academic medicine: new insights from cohort studies. *N Engl J Med*.
- Nowak, K., Schoibl, H. (2000): Armut, soziale Ausgrenzung und Wohnungslosigkeit von Frauen in Österreich.
- Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot. Int.* (2000) 15 (3): 259-267.
- Nyström, L., Andersson, I., Bjurstram, N., Frisell, J., Nordenskjöld, B., Rutqvist, LE. (2002): Long-term effects of mammography screening: updated overview of the Swedish randomised trials. *Lancet* 2002; 359: 909-919.
- Oakley, A. (1972): *Sex, Gender and Society*. London.
- Oberaigner, W., Stühlinger, W. (2006): Influence of department volume on cancer survival for gynaecological cancers – a population-based study in Tyrol, Austria. *Gynecol Oncol* 2006; 103: 527-534.
- Ockene, J. K.; Barad D.H. et, al.(2005): Symptom experience after discontinuing use of estrogen plus progestin. *J Am Med AssMA* 2005; 294: ;1183-193.
- ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2005): Endbericht. Situation pflegender Angehöriger. p 11. Projektzahl 4488. Wien.
- ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2005): Situation pflegender Angehöriger. Endbericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Wien.
- ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2006): Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Entwicklungsstatistik 1991-2005. Im Auftrag des BMGF, Wien.
- ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2007): Projekthandbuch. Mammographie-Screening Austria. Leitfaden für Pilotprojekte. Wien: GÖG.
- ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2007): Österreichischer Pflegebericht 2007. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien.
- ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2008): Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Berufsgruppen 1991-2007.
- ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2008): IVF-Register, Jahresbericht 2008.
- ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2008): Brustkrebsbericht 2008. Wien: GÖG.
- ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2009): Bericht zur Drogensituation 2009. Wien: ÖBIG.
- ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2009): Mammographie-Screening Austria – Evaluationsbericht. Wien: GÖG/ÖBIG.
- Oeppen, J., Vaupel, J. (2002): Broken Limits to Life Expectancy. *Science*, Bd. 296, 5570, 1029–1031.
- Österreichische AIDS Gesellschaft (2010): Positionspapier. HIV-Infektion und Kinderwunsch.
- Österreichische AIDS-Statistik (2010): Periodischer Bericht, 1.4.2010, Bundesministerium für Gesundheit, S. 2ff.
- Österreichische Akademie der Wissenschaft & Österreichisches Institut für Familienforschung der Universität Wien. (2009). Familienentwicklung in Österreich. Erste Ergebnisse der „Generations and Gender Survey (GGS)“ 2008/09. Wien.
- Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (2008): Sich(er) lieben. Verhütungsbewusstsein und Verhütungsverhalten junger Klientinnen der First-love Beratungsstelle.
- Österreichische Gesellschaft für Marketing (2002): Umfrage Pflegeberufe. Wien: Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Oktober 2002.
- Österreichische Gesellschaft für Politikberatung und Politikentwicklung ÖGPP (Hrsg.), (2008): 2. Armuts- und Reichtumsbericht für Österreich. Wien.
- Österreichischer Integrationsfonds (Hrsg.), (2009): Migration & Integration. Zahlen Daten Fakten 2009. Wien.
- Österreichisches Institut für Jugendforschung (1995): Abschied von der Kindheit? Die Lebenswelten 11- bis 14-jähriger Kids. Wien: BMJUF.
- Olazaran, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Pena-Casanova, J., del Ser, T., Woods, B., Beck, C., Auer, S., Lai, C., Spector, A, et al. (2010): Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A systematic Review of Efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30:161-178.
- Olsen, O., Gøtzsche, PC. (2001): Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 4.
- Orbach, S. (2010): In: Bodies – Schlachtfelder der Schönheit: S. 13, Arche Literatur-Verlag, Zürich – Hamburg.
- Ornetzeder, S. (2008): Die Zufriedenheit Jugendlicher bei sexualpädagogischen Aufklärungsprojekten am Beispiel von Lovetour Oberösterreich. (Diplomarbeit, FH Joanneum, Bad Gleichenberg).
- Osterloh, M., Littmann-Wernli, S. (2002): Die „gläserne Decke“ – Realität und Widersprüche. In: Peters, Sibylle / Bensel, Norbert (Hrsg.): *Frauen und Männer im Management. Diversity in Diskurs und Praxis*, 2. Auflage. Wiesbaden: Gabler, S. 259 – 275.
- Paavonen, J., et al. (2009): Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-ad-juvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised study in young women. *Lancet* 374: 301-314.
- Paieler, S. (2009): *Gender und Behinderung*. Graz: Bundessozialamt: Steiermark.
- Pammer, C., et al (Hrsg.), (2010): *Migration, Kultur und Gesundheit. Chancen, Herausforderungen und Lösungen*. Linz.
- Parkin, DM., Tappenden, P., Olsen, AH., Patnick, J., Sasieni, P. (2008): Predicting the impact of the screening programme for colorectal cancer in the UK. *J Med Screening* 2008; 14: 163-174.
- Parkin, DM. (2009): Is the recent fall in incidence of postmenopausal breast cancer in UK related to changes in use of hormone replacement therapy? *Eur J Cancer* 2009; 45:1649–1653.
- Peden, D., Reed, C.E. J (2010): Environmental and occupational allergies. *Allergy Clin Immunol*. 125, 2, 150-60.
- Peisser, N., Pribyl, N. (2006): Vom Unterschied kein Mann zu sein: Die Situation von Frauen mit Behinderung am Arbeitsmarkt, Graz.
- Pelikan, J.M. (Hrsg.), (2000): *Frauengesundheit – Männergesundheit, die Darstellung von geschlechtsspezifischen Zuschreibungen im Zusammenhang mit Gesundheitsthemen in Printmedien*, Schriftreihe des Institutes für Soziologie, Universität Wien.
- Peters, K.M. (2002): *Knochenkrankheiten. Klinik, Diagnose, Therapie*. Steinkopff, Darmstadt.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S.C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E, (1991): Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, 56, 303-308.
- Petry, K.U. (2007): Was bedeutet die HPV-Impfung für die gynäkologische Praxis? *Hautarzt* 58: 501-506.
- PGA, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit (2009): Status der Psychotherapie in OÖ 2009, Studie im Auftrag des Vereins für prophylaktische Gesundheitsarbeit – PGA. Institut für Statistische Analysen Jaksch & Partner GmbH, Linz.

- Pickett, K., Wilkinson, R. (2009): Gleichheit ist Glück. Zweitausendeins Verlag, Berlin.
- Piran, N. (2005): Prevention of eating disorders: a review of outcome evaluation research. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 42: S. 172-177.
- Pjrek, et al. (2004): Psychische Erkrankungen des Mannes, Blickpunkt DER MANN 2004, 2(4).
- Pope, C. A., Ezzati, M., & Dockery, D.W. (2009): Fine-Particulate Air Pollution and Life Expectancy in the United States. *N Engl J Med* 2009; 360: 376–386.
- Positionspapier Plattform MoN „Mütter / Eltern ohne Netz“ (k.A).
- Pratscher, H. (2000): „Sportverhalten in Österreich“, Studie im Auftrag des Instituts für Sozialmedizin, in: *Journal für Ernährungsmedizin* 5/2000.
- Preisinger, E., Alacamlıoglu, Y., Pils, K., Bosina, E., Metka, M., Schneider, B. (1996): Exercise therapy for osteoporosis: results of a randomised controlled trial, in: *British Journal Sports Med.* 30, S.209-212.
- Preller, C.C., (2008): So fern und doch so nah? – Traditionsbedingte Gewalt an Frauen. Wien: Bundesministerium für Frauen, Medien und Regionalpolitik.
- Prichet, L. S., John, E. R., Ferris, S. H., Rausch, L., Fang, Z., Cancro, R., et al. (2006): Prediction of longitudinal cognitive decline in normal elderly using electrophysiological imaging. *Neurobiology of Aging*, 27, 471-481.
- Priestley, M. (2003): Worum geht es bei den Disability Studies? Eine britische Sichtweise. In: Anne Waldschmidt (Hrsg.): *Kulturwissenschaftliche Perspektiven der Disability Studies*, Tagungsdokumentation, Kassel: bifos e.V., S. 23–37.
- Princic, L. (2010): Möglichkeiten und Grenzen einer gesetzlichen Regelung der Alternativmedizin. (Dissertation, Rechtswissenschaftliche Fakultät Karl-Franzens-Universität, Graz).
- Pröll, G. (2002): *Meine Tage. Quelle weiblicher Kraft und Intuition*. Freiburg: Bauer.
- QLIF (2007): Improving sustainability in organic and low input food production systems. Proceedings of the 3rd international congress of the European integrated roject Quality low input food (QLIF), Hohenheim.
- Rader, S., Cicero, C. (2010): Was Frauen (be)hindert. Lebenssituation und Empowerment von Frauen mit Behinderung. In: Hilde Wolf, Margit Endler, Beate Wimmer-Puchinger (Hrsg.): *Frauen, Gesundheit, Sozial Lage*. Wien Facultas, S. 92-106.
- Raffle, A.E., Alden, B., Mackenzie, EFD. (1995): Detection rates for abnormal cervical smears: what are we screening for? *Lancet* 1995; 345: 1469-1473.
- Raffle, A.E., Alden, B. (2003): Quinn, M., Babb, P.J., Brett, M.T. Outcomes of screening to prevent cancer: analysis of cumulative incidence of cervical abnormality and modeling of cases and deaths prevented. *British Medical Journal* 2003; 326: 901-906
- Rásky, É., Groth, S. (2004): Informationsmaterialien zum Mammographiescreening in Österreich – Unterstützen sie die informierte Entscheidung von Frauen? *Sozial- und Präventivmedizin*; 49: 391-397.
- Rásky, É. (2006): Qualitätsoffensive PAP-Abstrich. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien.
- Reich, G. (Hrsg.), Gierpka, M. (Hg.), (1997): *Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulüber-greifend*. Stuttgart.
- Reich, O., Regauer, S., Scharf, S. (2009): High Levels of Xenoestrogens in Patients with Low-grade Endometrial Stromal Sarcoma – Report of two Cases, submitted to *Gynecologic oncology*.
- Reisberg, B., Ferris, S.H., de Leon, M.J, et al. (1982): The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*; 139: 1136-1139.
- Reisberg, B., Ferris, S., deLeon, M., Kluger, A., Franssen, E., Borenstein, J., Alba, R. (1989): The stage specific temporal course of Alzheimer’s Disease: Functional and Behavioral Concomitants based upon cross sectional and longitudinal observation. *Alzheimer’s Disease and Related Disorders*, 23-41.
- Reisberg, B., Doody R., Stöffler A., Schmitt F., Ferris S., & Möbius HJ. (2003): For the Memantine Study Group Memantine in moderate-to-severe Alzheimer’s disease. *New England Journal of Medicine*, 348, 1333-1341.
- Resch, H., Dobnig, H., Iglseider, P. (2004): Osteoporose. Ursache, Vorbeugung, Therapie. Krause&Pachernegg.
- Ridgeway, C. L. (2001): Gender, status and leadership. In: *Journal of Social Issues*, 57. S. 637 – 655.
- Ridker, P.M., et al. (WHS = Women’s Health Study), (2005): *N. Engl, J. Med.* 2005, 352, 1293. S.a. *AMB* 2005, 39, 36.
- Riebel J., (2008): *Spotten, Schimpfen, Schlagen ...Gewalt unter Schülern – Bullying und Cyberbullying*, Verlag Empirische Pädagogik, Landau.
- Riecher-Rössler, A., Steiner, M. (2005): Perinatal stress, mood and anxiety disorders – from bench to bedside. Basel: Karger.
- Riecher-Rössler, A. (2008): Geschlechtsspezifische Aspekte der Depression. *Journal für gynäkologische Endikronologie* (1) S. 31-34.
- Rieder A., Lohff, B. (2004): *Gender Medizin, Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis*, Springer Verlag, Wien, New York.
- Rieder, A. (2005): Gesundheit findet nicht im Vakuum statt. *Public Health Herausforderungen unter dem Gender Aspekt*, Tagungsband: 24. Goldegger Dialoge vom 25.-28. Mai 2005, Lebensmittel(l) Arbeit.
- Riggers (2000): Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen. Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales. 12 Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen am 7.Dezember 2000 in Hannover.
- Rille-Pfeiffer, C. (2009): „Kinder – jetzt, später oder nie?“ Generatives Verhalten und Kinderwunsch in Österreich, Schweden und Spanien auf Basis der Qualitative Comparative Analysis (QCA). (Dissertation, Universität Wien).
- Robert Koch Institut (2004): Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsmechanismen. Berlin: RKI.
- Robert Koch Institut (Hrsg.), (2005): *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Berlin.
- Röhring, R.(1987): Krankheit Wechseljahre? Wechseljahre und Hormonersatztherapie. *Clio* 1987; 26 (Weibliche Rhythmen): 1987, 30-38.
- Roohan, P.J., Bickell, N.A., Baptiste, M.S., Therriault, G.D., Ferrara, E.P., Siu, A.L. (1998): Hospital volume differences and five-year survival from breast cancer. *Am J Public Health* 1998; 88: 454-457.
- Ross, T., Malanin, A., Pfäfflin, F. (2004): Stressbelastung, Persönlichkeitsstörungen und Migration. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 25, 3, 345-363.
- Rowhani-Rahbar, A., et al.(2009):Longer term efficacy of a prophylactic monovalent human papillomavirus type 16 vaccine. *Vaccine* 2009;27:5612-5619.
- Rubin, G. (1975): The Traffic in Women. Note on the “Political Economy” of Sex. In: Reiter, R. (Hrsg.) *Toward an Anthropology of Women*. In: *Monthly Review Press*, New York, 157-210.
- Rudolfs, B. (k.A.): Wir zeigen andere Bilder von Frauen, Zur Inszenierung von Geschlechterverhältnissen in den Sportmedien - Österreich im internationalen Vergleich.
- Ryan, M. K., Haslam, S. A. (2007): The glass cliff: Exploring the dynamics surrounding the appointment of women to precarious leadership positions. In: *Academy of Management Review*. Vol. 32, No. 2, S. 549 – 572.
- Sabo, D., Gordon, D. (1995): *Men’s health and illness – Gender, power and the body*, London.
- Sandanger, I., Nygard, J.F., Sorensen, T. (2002): The concept of psychiatric illness – a core problem in psychiatric epidemiology. *Norsk Epidemiologi* 12, 181-187.
- Salomon, J. (2009): Häusliche Pflege zwischen Zusendung und Abgrenzung – Wie lösen pflegende Angehörige ihre Probleme? Eine Studie mit Leitfaden zur Angehörigenberatung. Kuratorium Deutsche Altershilfe. 2. Auflage. Köln.

- Sattelberger, R., Hartl, W., Lorbeer, G., Hutter, H.-P.: Humanbiomonitoring von Moschusduftstoffen. Endbericht an das Ministerium für Gesundheit und Frauen.
- Schäfer-Graf, U.: Diabetes mellitus und Schwangerschaft. In Husslein.
- Schafer, T. (2004): Epidemiology of complementary alternative medicine for asthma and allergy in Europe and Germany. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2004 Aug.
- Schär, M. (2009): Häusliche Gewalt gegen Frauen in Österreich und die Möglichkeiten des Individualbeschwerdeverfahrens der CEDAW. (Diplomarbeit, Fakultät für Sozialwissenschaften der Universität Wien).
- Schannwell, CM., Schoebel, FC., Lazica, D., Marx, R., Plehn, G., Leschke, M., Strauer, BE. (2000): Besonderheiten der koronaren Herzkrankheit in der klinischen Symptomatik und Erstdiagnostik bei Frauen. *Dtsch Med Wochenschr* 2000; 125: 1417–23.
- Scheikl, S. (2010): Einkommen in Städten und im ländlichen Raum, in: Frauenbericht 2010, Bericht betreffend die Situation von Frauen in Österreich im Zeitraum von 1998 bis 2008, Bundeskanzleramt Österreich, Wien.
- Schiffmann, M., et al. (2007): Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet* 370: 890-907.
- Schildberger, B. (2010): Transkulturelle Kompetenz in der Geburtshilfe – Ein neues Paradigma der peripartalen Betreuung im Migrationshintergrund.
- Schildmann, U. (2004): Behinderung. Frauenforschung in der Behindertenpädagogik. In: Ruth Becker, Beate Kortendiek (Hrsg.): *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwiss.
- Schinko, H. (2009): Raucherentwöhnung aus Gendersicht. Linz.
- Schleicher, B., Gesundheit Österreich GmbH. (2010): Gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen, Ein Leitfaden für Krankenhaus und medizinische Praxis. Wien.
- Schlott, N., Louda, J., Marneros, A., Rohde, A. (2009): Von der verdrängten Schwangerschaft bis zur Kindstötung. Relevante Aspekte für Gynäkologen. Online publiziert: 9. Juli 2009, Springer Medizin Verlag.
- Schmeling-Kludas, Ch. (2005): Psychosomatische Rehabilitation von Migranten. In: H-J Assion (Hrsg.) *Migration und seelische Gesundheit*, 187-193. Heidelberg: Springer.
- Schnabel, P. (2000): Familie und Gesundheit. Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung. Juventa Verlag Weinheim und München.
- Schneider, H., Raio, L., Knöfler, M. (2006): Präimplantation, Implantation und Plazentation: Bedeutung für den Schwangerschaftsverlauf. S. 20. In: Schneider, H.; Husslein, P.; Schneider, K.T.M. (2006): *Die Geburtshilfe*. Springer Medizin Verlag: Heidelberg.
- Schneider H., Spätling, L. (2006): Frühgeburt: pränatale und intrapartale Aspekte. S. 464. In: Schneider, H.; Husslein, P.; Schneider, K.T.M.: *Die Geburtshilfe*. Springer Medizin Verlag: Heidelberg.
- Schneider, H. (2007): Natürliche Geburt oder „Wunsch-Sectio“? Wie steht es um die Evidenz? *Gynäkologie* 2008; 41:36-41; Online publiziert: 2. Dezember 2007. Springer Medizin Verlag.
- Schneider, L., Dagerman, K., Davis, S., Insel, P. (2005): Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: Meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of the American Medical Association*, 294, 1934-1943.
- Schönhofer, Peter, schriftliche Kommunikation mit dem arznei-telegramm, 5. Mai 2006.
- Schöppl, I. (2000): Lösungsansätze für ein optimales Schnittstellenmanagement. P 79 f. In: Zapotoczky (Hrsg.). *Gesundheit – Mensch – Gesellschaft*. Bd 5. Vernetzung von Krankenhäusern und extramuralen Bereichen. Universitätsverlag Rudolf Trauner. Linz.
- Schöppl, I. (2002): Probleme und Chancen der Schnittstelle intramuraler – extramuraler Bereich mit besonderer Berücksichtigung der Verantwortungsstruktur. P 210 f. Universitätsverlag Rudolf Trauner. Linz.
- Scholefield, JH., Moss, Sm. (2002): Faecal occult blood screening for colorectal cancer. *J Med Screen* 2002; 9: 54-55.
- Scholz, M. (2004): Kind und Beruf – ein Widerspruch? Zur Erwerbstätigkeit von Müttern in Oberösterreich, Diplomarbeit, Johannes Kepler Universität Linz.
- Schopper, D., de Wolf, C. (2009): How effective are breast cancer screening programmes by mammography? Review of the current evidence. *Eur J Cancer* 2009; 45: 1916.
- Schultze, S., Zylka-Menhorn, V., et al. (2009): Hormontherapie und Brustkrebs. Ein Blick auf die aktuelle Datenlage. *Deutsches Ärzteblatt* 2009; 105 (, 6): , 8. Februar 2009, 230-234.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch U. (2008): Psychotherapeutische Versorgung. Robert Koch Institut (Hg.), *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. (Heft 41). Berlin.
- Schwartz, FW. (Hrsg.), (2003): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Schwartz, LM., Woloshin, S. (2007): Participation in mammography screening. *Brit Med J* 2007; 335: 731-732.
- Schwarzbauer-Steuer, K. (2010): Berufliche Teilhabe junger Frauen und Männer mit verschiedenen Behinderungen am allgemeinen Arbeitsmarkt. Diplomarbeit Univ. Wien.
- Schweizerische Eidgenossenschaft, Bundesamt für Gesundheit (2006): *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006: Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten*.
- Schwenkglenks, M., Szucs, TD. (2004): Epidemiologie der Osteoporose und der Frakturen in der Schweiz. In: Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.), *Osteoporose und Stürze im Alter. Ein Public-Health-Ansatz*; Bern, S. 16-20.
- Seaman, B. (1969): *A Doctor's Case against the Pill*. Alameda.
- Segnan, N., Senore, C., Andreoni, B., Aste, H., Bonelli, L., Crosta, C., Ferraris, R., Gasperoni, S., Penna, A., Risio, M., Rossini, FP., Sciallero, S., Zappa, M., Atkin, WS. (2002): SCORE Working Group Italy. Baseline findings of the Italian multicenter randomized controlled trial of "once-only sigmoidoscopy" SCORE. *J Natl Cancer Inst*; 94: 1763-1772.
- Seif, C., Boy, S., Wefer, B., Dmochowski, R., Braim, P., Jünemann, K. (2008): Botulinumtoxin in der Therapie der überaktiven Blase – ein Überblick. *Urologe* 2008; 47: 46-53.
- Settertobulte, W. (2002): *Gesundheit und Krankheit im Jugendalter*, S. 179ff, in: Hurrelmann, Klaus/ Kolip, Petra (Hrsg.), (2002): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*, Verlag Hans Huber.
- Sherrington, C., Lord, SR. (1998): Increased prevalence of fall risk factors in older people following hip fracture. *Gerontology* 1998(44):340-344.
- Shuttle, P., Redgrove (1980): *Die weise Wunde Menstruation*. Frankfurt: S. Fischer Verlag.
- Siebert, U. et al. (2006): The German cervical cancer screening model: development and validation of a decision-analytic model for cervical cancer screening in Germany. *European Journal of Public Health* 16: 185-192.
- Siegrist, J. (1995): *Medizinische Soziologie*, Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore.
- Siegrist J. (2005): *Ärztliches und pflegerisches Handeln*. P 246 f. In: *Medizinische Soziologie*. 6. Auflage. Urban & Fischer. München.
- Singh, V., Vinnicombe, S. (2004): Why so few women directors in top UK boardrooms? Evidence and theoretical explanations. In: *Corporate Governance: An International Review*, 12. S. 479 – 488.

- Smith-Bindman, R., Lipson, J., Marcus, R., et al. (2009): Radiation dose associated with common computed tomography examinations and the associated lifetime attributable risk of cancer. *Archives Internal Medicine* 2009; 169: 2078-2086.
- Smutny, P. (2009): Frauen haben Rechte. Bundeskanzleramt, Bundesministerium für Frauen und öffentlichen Dienst (Hrsg.), Wien.
- Sonneck, G., Stein, C., Voracek, M. (2002): Statistisch-epidemiologische Untersuchung zur Suizidproblematik von Männern in Österreich. Wien: BMSG.
- Souren, L. E. M., Franssen, E. M. & Reisberg, B. (1995): Contractures and loss of function in patients with Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 650-655.
- Spectra Marktforschung (2005): „Was Frauen wollen – Wünsche und Anforderungen von Frauen beim Thema Verhütung“.
- Springer-Kremser M (2002) Gender-Aspekte in psychiatrischer Klinik und Forschung. In: Ertl M, Keintzel B, Wagner R (Hrsg.); Ich bin 1000 Ich: Probleme, Zugänge und Konzepte zur Therapie von Psychosen; Wien: Facultas-Verlag; S.284-296.
- Stadt Wien (Hrsg.), (1997): Die gesundheitliche Situation von Migrantinnen in Wien. Dokumentationsreihe des WHO-Projektes Wien – Gesunde Stadt. Wien.
- Stadt Wien (Hrsg.), (2003): Lebensstile in Wien. Friedl, W., Stronegger, W.-J. & Neuhold, CH., Wien.
- Stadt Wien (Hrsg.), (2004): Psychische Gesundheit in Wien – subjektives Empfinden und psychosoziale Faktoren. Wien.
- Stadt Wien (Hrsg.), (2006): Wiener Frauengesundheitsbericht 2006. Wien.
- Stamm, I. (2005), Bundesministerium für Gesundheit und Frauen: 2005, Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005, Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheit, Wien.
- Statistik Austria (2002). Statistisches Jahrbuch 2002. Wien: statistic Austria.
- Statistik Austria (2009): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008, Wien.
- Statistik Austria (2009): Armutsgefährdung in Österreich. Wien.
- Statistik Austria (2009): Bericht über die Probezählung 2006, Ergebnisse und Evaluierung. Wien.
- Statistik Austria (2009): Demographische Indikatoren. Indikatoren zur Fertilität. Geburtenentwicklung und Kinderzahl seit 1961.
- Statistik Austria (2009): Einkommen, Armut und Lebensbedingungen, Tabellenband, Ergebnisse aus EU-SILC 2008. Wien.
- Statistik Austria (2009): Lebens- und Arbeitssituation von Migrantinnen und Migranten in Österreich. Wien.
- Statistik Austria (2010): Statistisches Jahrbuch Österreich 2010, Wien.
- Statistik Austria (Hrsg.), (2010): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009. Wien
- Statistik Austria (Hrsg.), (2010): Familien- und Haushaltsstatistik 2009. Ergebnisse der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung. Wien.
- Steckelberg, A., Berger, B., Köpke, S., Heesen, C., Mühlhauser, I. (2005): Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen (EBPI). *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen/ZaeFQ* 2005; 99: 343-351.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnana, C., Bryant, R.A., van Ommeren, M. (2009): Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict And Displacement: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 302, 5, 537-549.
- Stegmann, A.K., et al. (2006): Veränderungen in langjährigen Partnerschaften des mittleren Erwachsenenalters. In: *Zeitschrift für Familienforschung*. 18. Jahrgang, Heft 1/2006.
- Stelzer-Orthofer, C., Kranewitter, H., Kohlfürst, I. (2007): Lebens- und Problemlagen arbeitsloser Menschen in Oberösterreich. Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Linz.
- Stice, E., Mazotti, L., Weibel, D., Agras, WS (2000): Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalisation, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: a preliminary experiment. *Int J Eat Disord* 27: S. 206-217.
- Stolzenberg, R., Sachse, C. (2003): Hormongaben vor, während und nach den Wechseljahren: Soziale Faktoren und Alternativen. Expertise für die Enquete-Kommission „Zukunft eine frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen (Expertise 2). Bremen.
- Stowasser, S. (2004): Barrierefreiheit in den Arztpraxen – bundesweite IST-Stand-Erhebung. In: *Soziale Sicherheit*, Heft Mai Jg. 2004, S. 192-193.
- Strasburger, V.C., Greydanus, D.E. (2000): At risk adolescents: an update for the New century, *Adolescent Medicine*, 11(1).
- Stronegger, W.-J., Rásky, É. (2003): Nutzen des bevölkerungsweiten Mammographie-Screening. *Dtsch Med Wochenschr* 2003; 128: 2329-2330.
- Tariot, P. N., Farlow, M., Grossberg, G. T., Graham, S. M., McDonald, S., & Gergel, I., for the Memantine Study Group (2004): Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer Disease already receiving Donepezil. *Journal of American Medical Association*, 3, 317-324.
- The European Perinatal Health Report 2008, EURO-PERISTAT Project.
- The Future Patient in Switzerland, (2003): Das Gesundheitssystem der Zukunft aus Sicht von Bürgerin und Bürger. SGGP-Schriftenreihe Band 71, Oktober 2003.
- Thiekötter, A. (1999): Krankenpflege und Gesundheitsförderung im Krankenhaus. In: Lissner, C./ Matthies, A.-L./ Rothermel, L./ Simon, T. (Hg.): *Theorieansätze und Reflexionen ausgewählter Praxisfelder. Beiträge aus dem Sozial- und Gesundheitswesen. Schriften der Fachhochschule Magdeburg*. Bd. 1. Magdeburg: Weinert, S. 83-107.
- Thiekötter, A. (2004): Veränderungsprozesse in der pflegerischen Arbeit und ihre Auswirkungen. Neue Aufgaben und Herausforderungen an das Pflegemanagement. In: *Altenpflegerin und Altenpfleger. Fachzeitschrift des Deutschen Berufsverbandes für Altenpflege* e. V. 7-9/ 2004, S. 17-22.
- Tice, J. A., Grady, D. (2006): Alternatives to estrogen for treatment of hot flashes. Are they effective and safe? *J Am Med AssMA* 2006; 291 (, 17);, 2006, 2076 – 2078.
- Tinetti, ME., Baker, DI., McAvay, G., Claus, EB., Garrett, P., Gottschalk, M., et al. (1994): A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *New England J Med* 1994;331:821-827.
- Towler, BP., Irwig, L., Glasziou, P., et al. (2003): Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; 1.
- Trabert, G. (2000): Entwicklungen/Daten/Erkenntnisse der letzten Jahre zur Thematik der Medizinischen Versorgung von wohnungslosen Menschen in Deutschland. In R. Geene & C. Gold (Hrsg.), *Gesundheit für alle! Wie können arme Menschen von präventiver und kurativer Gesundheitsversorgung erreicht werden?* Berlin: b_books Verlag..
- Tribl, G., Schmeiser-Rieder, A., Rosenberger, A., Saletu, B., Bolitschek, J., Kapfhammer, G. et al. (2002): Sleeping habits in the Austrian population. In: *Sleep Medicine*, H. 3.
- Trussell, J. (2007): Contraceptive efficacy. In Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Stewart FH, Kowal D. *Contraceptive Technology: Nineteenth Revised Edition*. New York NY: Ardent Media.
- Uhl, A., Springer, A., Kobrna, U., Gnams, T., Pfarrhofer, D. (2005): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch – Erhebung 2004, Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien.
- Uhl, M. (2004): Schadstoffe – Wirkungen und Relevanz: Eine toxikologische Betrachtung, 1. Fachgespräch „Innenraum und Gesundheit“.
- Uhl, M., Lorbeer, G., Hutter, H.-P. (2006): Polymoschusverbindungen in Humanblut II. Endbericht an das Ministerium für Gesundheit und Frauen.
- UICC Handbuch für Europa Prävention von Krebs (2008): Aktueller Stand und wirksame Strategien. Germering bei München: W. Zuckschwerdt Verlag GmbH.

- UK FSSTI/Flexible Sigmoidoscopy Screening Trial Investigators (2002): Single sigmoidoscopy screening to prevent colorectal cancer: Baseline findings of the UK multicentre randomised trial. *Lancet*; 359: 1291-1300.
- Umweltbundesamt (2005): Spangl, W.; Placer, K.; Moosmann, L. & Schneider, J.: Abschätzung der Gesundheitsauswirkungen von Schwebstaub in Österreich. Reports, Bd. Rep-0020. Umweltbundesamt, Wien.
- Umweltbundesamt (2007): Uhl, M. & Gans, O.: BALL-POP. Mögliche Risiken für die Städtische Bevölkerung durch persistente organische Schadstoffe in der Luft. Reports, Bd. REP-0085. Umweltbundesamt Wien. ISBN: 3-85457-883-0. 83 S.
- Umweltbundesamt (2007): 8. Umweltkontrollbericht. Umweltsituation in Österreich. Reports ISBN 3-85457-904-7.
- Umweltbundesamt (2008): Hohenblum, P.; Tappler, P.; Jansson, M.; Piegler, B.; Wallner, P.; Moshamer, H.; Borsoi, L.; Kociper, K.; Kundi, M.; Hutter, H.-P.; Gundacker, C.; Uhl, M.; Scharf, S.; Moosmann, L.; Fröhlich, M. & Wittmann, K.: LUKI – Luft und Kinder. Langfassung. Einfluss der Innenraumluft auf die Gesundheit von Kindern in Ganztagschulen. Endbericht. Reports, Bd. REP-0182. Umweltbundesamt Wien. ISBN: 3-85457-980-2. 236 S.
- Umweltbundesamt (2009): Riss, A.; Hohenblum, P. & Uhl, M.: 6. Fachgespräch UmWelt und Gesundheit. Umwelt – Gender. Frauen sind anders, Männer auch – ein Thema für die Umweltpolitik? Gendereffekte durch Umweltschadstoffe.
- Umweltbundesamt (2010): Neunter Umweltkontrollbericht. Umweltsituation in Österreich. Reports, Bd. REP- 0286. Umweltbundesamt Wien.
- Umweltmedizinische Jahrestagung (2006): Chronische Entzündungen; Eine Volkskrankheit? Umwelt, Technik und Gesundheit: Risiken und Chancen. 6.–7.10.2006, Berlin.
- Umweltmedizinische Jahrestagung (2010): Neuro-Endokrino-Immunologie. Komplexe Erkrankungen – Umweltmedizin. Wissenschaft trifft Praxis, Jahrestagung der Europäischen Akademie für Umweltmedizin in Würzburg 23-25.4. 2010).
- Unabhängige Verbraucherumfrage von 10.000 Frauen im Alter von 16 bis 30 Jahren zum Thema „Frauen und Sport“ des Marktforschungsunternehmens TNS im Auftrag von Nike in neun europäischen Ländern, (2008).
- UNDP-Human Development Report Office (1999): First Global Forum on Human Development; New York 29.-31.7.1999.
- UNEP – United Nations Environment Programme (2009): Stockholm Convention on Persistent Organic Pollutants. Stockholm. Adoption of amendments to annexes a,b,c 26.08.2009.
- van Oortmarssen, G.J. et al. (1991): Epidemiological evidence for age-dependent regression of pre-invasive cervical cancer. *British Journal of Cancer* 64: 559-565.
- Verein allein erziehende Mütter und Väter Salzburg (Hrsg.), (2008): Befragung Salzburger Alleinerziehender 2008, Ergebnisse und Bericht, Salzburg.
- Vielhaber, B. (2011): Welche Kompetenzen haben Patienten mit HIV/AIDS? In: Berger, Bettina (Hrsg): Patientenkompetenz – Ergebnisse einer Expertentagung. Essen: KVC-Verlag, Februar 2011 (in Arbeit).
- Virnig, BA., Tuttle, TM., Shamliyan, T., Kane, RL. (2010): Ductal carcinoma in situ of the breast: a systematic review of incidence, treatment, and outcomes. *J Nat Cancer Instit* 2010; 102: 170-178.
- von Sydow, K. (1993): *Lebenslust. Weibliche Sexualität von der frühen Kindheit bis ins hohe Alter*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Voß, A. (2007): *Frauen sind anders krank als Männer, Plädoyer für eine geschlechtsspezifische Medizin*, Heinrich Hugendubel Verlag, Kreuzlingen/München.
- Waldron, I. (2002): *Krankheit und Mortalität bei Säuglingen und Kleinkindern*, S. 170ff, in: Hurrelmann, Klaus/ Kolip, Petra (Hrsg.), (2002): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*, Verlag Hans Huber.
- Waldschmidt, A. (2005): *Disability Studies. Individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung*, in: Claudia Bruner, Clemens Dannenbeck (Hrsg.): *Disability Studies, Psychologie & Gesellschaftskritik*, 29. Jg., Nr. 113, Lengerich: Pabst Science Publ, S. 9–32.
- Wall Street Journal (1986): *The corporate woman: A special report*. March 24: 32-page supplement.
- Wang, J. (2010): Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Vortrag im Rahmen der wissenschaftlichen Tagung der ÖGPH Lernen für Gesundheit, Linz, 16. September 2010.
- Warde, CM., et al. (1999): Marital and parental satisfaction of married physicians with children. *J Gen Intern Med* 1999.
- Wardle, J., Miles, A., Atkin, W. (2005): Gender differences in utilization of colorectal cancer screening. *J Med Screening* 2005; 12: 20-27.
- Wassermann, K., Rohde, A. (2009): *Pränataldiagnostik und psychosoziale Beratung*. Aus der Praxis für die Praxis. Schattauer GmbH: Stuttgart.
- Weber, M. (2008): *Gender Mainstreaming in Gesundheitspolitik und –versorgung*. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Vol. 51, N.1.
- Welten, D.C., Kemper, H.C.G. et al. (1994): Weight-bearing activity during youth is a more important factor for peak bone mass than calcium intake, in: *J. Bone Miner. Research* 9, S.1089-1096.
- Wenger-Haargassner, C. (2010): *Lebenslagen im Alter: Individuelle Bewältigungsstrategien alleinlebender hilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen mit Blick auf Gender-Unterschiede*. Unveröffentlichte Magisterarbeit. Mühlheim.
- Wegscheider, A. (2010): *Politik für Menschen mit Behinderung am Beispiel Österreichs: Zur Analyse und Kritik von Innovationsprozessen*. Dissertation Univ. Linz.
- Weichenthal, S., Dufresne, A., Infante-Rivard, C. (2007): Indoor ultrafine particles and childhood asthma: exploring a potential public health concern. *Indoor Air*. 17, 2: 81–91.
- Weidinger, B., Kostenwein, W., Drunecky, G. (2001): *Das erste Mal. Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen*. Wien.
- Weiss, O. (1999): *Einführung in die Soziologie*. Verlag WUV, Wien.
- Weiss, O. et al. (2001): *Sport und Gesundheit. Die Auswirkungen des Sports auf die Gesundheit – eine sozio-ökonomische Analyse*.
- Wesenauer, A.; Sebinger, S. (Hrsg.), (2009): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Frankfurt.
- Westenhöfer (o.A.): *Essstörungen. Anorexia nervosa - Bulimia nervosa - Binge Eating Disorder*. In: *Akt. Ernähr. – Med.* 21. o. J. S 235 - 242.
- Westenreicher, C. (2009): *Komplementärmedizinische Umfrage. OÖ Ärzte. Magazin der Ärztekammer für OÖ*, 224 (Februar 09).
- Wheeler, C.M. et al. (2009) The impact of quadrivalent human papillomavirus (HPV; types 6, 11, 16 and 18) L1 virus-like particle vaccine on infection an disease due to oncogenic nonvaccine HPV types in sexually active women aged 16-26 years. *Journal of Infectious Diseases* 2009; 199: 936-44.
- WHI - Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators (2002): Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 288(3):321-333.
- Whitehead, M., Dahlgren, G. (2006): *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*, Reprint 2007, Copenhagen: WHO European Regional Office.
- Whitlock, EP., Lin, JS., Liles, E., Beil, TL., Fu, R., O'Connor, E., et al. (2008): *Screening for colorectal cancer: an updated systematic review*. Evidence Synthesis No. 65, Part 1. AHRQ publication no. 08-05124-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; October 2008.
- Whitlock, EP., Lin, JS., Liles, E., Beil, TL., Fu, R. (2008): *Screening for colorectal cancer: a targeted, updated systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force*. *Ann Intern Med* 2008; 149: 638-58.
- WHO - World Health Organization (1981): *Research on the menopause report of a WHO scientific group*. WHO technical report series no. 670.

- WHO - World Health Organization (1994): Assessment of fracture risk and its application to screening of postmenopausal osteoporosis. Geneva: WHO Technical Report Series 843.
- WHO – World Health Organization (1994): Principles of the Rights of Patients in Europe: A Common Framework. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO-World Health Organization (2001): Mainstreaming gender in health: the need to move forward. A Discussion paper (“Madrid Statement”). Spanish Ministry of Health, The Spanish Institute of Women, WHO Euro, Madrid 2001. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO - World Health Organization (2001): World Health Report: Mental health: New understanding, new hope.
- WHO – World Health Organization (2002): Global assessment of the state of the science of endocrine disrupters. WHO/IPCS International Programme of Chemical Safety.
- WHO - World Health Organization, Regionalbüro für Europa. (2003). Weltbericht Gewalt und Gesundheit, Zusammenfassung. Dänemark.
- WHO - World Health Organization (2005): Gender, women and health: incorporating a gender perspective into the mainstream of WHO’s policies and programmes, EB 116/13.
- WHO- World Health Organisation (2005) Grünbuch: Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union.
- WHO - World Health Organization (2005): Das Rahmenkonzept “Gesundheit für alle” für die europäische Region der WHO, Aktualisierung 2005, Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 7, Kopenhagen.
- WHO – World Health Organization (2005): Air quality guidelines global update 2005. WHO Regional Publications EUR/07/5046029. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- WHO – World Health Organization (2005): Die Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit: Wie können die neuen Gefahren jetzt bewältigt werden? Faktenblatt EURO/15/05. Kopenhagen, Wien.
- WHO – World Health Organization (2006): Die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten. ISBN 92-890-2185-3. WHO Regionalbüro für Europa. Kopenhagen.
- WHO – World Health Organization (2006): Cancer, Fact Sheet No 297, World Health Organisation, February 2006.
- WHO – World Health Organization (2009): The European Health Report 2009, Health and health systems.
- WHO – World Health Organization (2010): Environment and health risks: a review of the influence and effects of social inequalities. Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Wiener Programm für Frauengesundheit durchgeführt von Karmasin Motivforschung (2008): Einstellung zu Schönheitsoperationen und zur Wahrnehmung des eigenen Körpers. Zu Beziehen bei www.frauengesundheit-wien.at
- Williams, Christine L. (1992): The glass escalator: Hidden advantages for men in the „female“ professions. In: Social Problems, 39. S. 253 – 267.
- Wimmer-Puchinger, B. (1982): Motive zum Schwangerschaftsabbruch. Empirische Untersuchung zur sozialen und psychischen Situation der Frau“.
- Wimmer-Puchinger, B., Gartner, D., Wolf, H. (1998): Die Lebens- und Gesundheitssituation von Frauen im 10. Wiener Gemeindebezirk. Eine Studie des Ludwig Boltzmann Instituts für Frauengesundheitsforschung. Wien.
- Wimmer-Puchinger, B., Guld, S. (2003): Das Wiener Brustkrebs-Früherkennungsprogramm „Die Klügere sieht nach“. In: Stadt Wien (Hrsg.). Chronische Krankheiten in Wien. Wien: Bereichsleitung für Sozial- und Gesundheitsplanung.
- Wimmer-Puchinger, B., Baldaszti, E. (2001): Schwangerschaftskonflikt – Motive für bzw. gegen den Schwangerschaftsabbruch, Ludwig Boltzmann Institut, gefördert vom BM Soziale Sicherheit und Generationen.
- Wimmer-Puchinger, B., Riecher-Rössler, A. (Hrsg.), (2006): Postpartale Depression von der Forschung zur Praxis. Springer Verlag: Wien.
- Wimmer-Puchinger, B. (2006), Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, Wien.
- Wimo A., Prince M. (2010): Alzheimer’s Disease International, World Alzheimer Report 2010. The Global Economic Impact of Dementia.
- Wisbauer, A. (2010): Regionale Disparitäten in der Bildungsstruktur, in: Frauenbericht 2010, Bericht betreffend die Situation von Frauen in Österreich im Zeitraum von 1998 bis 2008, Bundeskanzleramt Österreich, Wien.
- Witt-Löw, K., Breiter, M. (2006): LUZIA - Studie zur Lebenssituation arbeitsmarktfremder Frauen mit Behinderung in Wien. Wien.
- Wolf, B., Rösslhuber, M., Kronberger, G. (2008): Statistik der Autonomen Österreichischen Frauenhäuser 2007. Hrsg: AÖF, Wien.
- Wong, AM., Lin, YC., Chou, SW., Tang, FT. (2001): Coordination exercise and postural stability in elderly people: effect of Tai Chi Chuan. Arch Phys Med Rehabil 2001;82:608-612.
- Woodman, CB., Collins, S., Winter, H., et al. (2001): Natural history of cervical human papillomavirus infection in young women: a longitudinal cohort study. University of Manchester. Lancet 9.6. 2001;357(9271):1831-6.
- World Cancer Research Fund/WCRF, American Institute for Cancer Research/AICR (2007): Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer. A global Perspective. Washington DC: AICR.
- Wurff van der, F. B., Beekman, A. T. F., Dijkshoorn, H., Spijker, J. A., Smits, C. H. M., Stek, M. L., Verhoeff, A. (2004): Prevalance and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands, J Affect Disord., 83, 1, 33-41.
- WWF – World Wildlife Found (2005): A present for life: hazardous chemicals in umbilical cord blood. ISBN: 90-73361-87-7.
- Zackrisson, S., Andersson, I., Janzon, L., Manjer, J., Garne, JP. (2006): Rate of overdiagnosis of breast cancer 15 years after end of Malmö mammographic screening trial: follow-up study. Brit Med J 2006; 332: 689-692.
- Zeitlhofer, J., Schmeiser-Rieder, A., Tribl, G.; Rosenberger, A., Bolitschek, J., Kapfhammer, G. et al. (2000): Sleep and quality of life in the Austrian population. In: Acta Neurologica Scandinavica, H. 102.
- Zeitverwendung 2008/09 - Ein Überblick über geschlechtsspezifische Unterschiede. Endbericht der Bundesanstalt Statistik Österreich an die Bundesministerin für Frauen und Öffentlichen Dienst (GZ: BKA-F140.300/0003-II/1/2008). Wien 2009.
- Zellmann, P., Haslinger, B.: Forschungstelegramm 03/2004. Kurzstudie zum Sportverhalten der Österreicher. Wien LBI
- Zemp, A., Pircher, E. (1996): Weil das alles weh tut mit Gewalt. Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung. Wien: (= Schriftenreihe der Frauenministerin).
- Zorzi, M., Falcini, F., Fedato, C., Grazzini, G., de’ Bianchi, PS., Senore, C., Vettorazzi, M., Visioli, C., Zappa, M. (2008): Screening for colorectal cancer in Italy: 2006 survey. Epidem Prev 2008; 32 (2 Suppl 1): 55-68.

2.2 Internetquellen

- A-Connect e.V. (2010), www.a-connect.de, (dl 26.8.2010)
- Abtreibung (2010), Die Situation in Österreich, <http://abtreibung.at/fur-allgemein-interessierte/infos-und-erfahrungen/die-situation-in-osterreich>, (dl 05.08.2010)
- Abtreibung (2010), Für Fachkräfte, <http://abtreibung.at/fur-fachkraefte>, (dl 05.08.2010)
- Ärztammer Wien (2010), Barrierefreie Arztpraxis, <http://www.aekwien.at/index.php/aerztlichetaetigkeit/niederlassung-praxis>, (dl 27.07.2010)
- Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch nach ICD-10 und DSM-IV (2010), www.psychologie.uni-wuerzburg.de/.../51_Haefner_Alkohol_ICD.ppt (dl 03.09.2010)
- American Society of Plastic Surgery (2008): Minimally reconstructive invasive Statistics <http://www.plasticsurgery.org/Media/stats/2008-cosmetic-reconstructive-plastic-surgery-minimally-invasive-statistics.pdf> (dl 28.08.2010)
- AMS Arbeitsmarktdaten (2010), <http://iambweb.ams.or.at/ambweb/AmbwebServlet?trn=start>, (dl 17.07.2010)
- Anonyme Geburt (2010), www.anonyme-geburt.at, (dl 24.08.2010)
- APA, OTS (2010), Presseausendung, www.ots.at/presseausendung/OTS_20100527_OTS0123/31-mai-weltnichtrauchertag, (dl 23.8.2010)
- Arbeiterkammer (2010), Gesundheitspaket für Ältere, <http://www.arbeiterkammer.at/online/arbeitsmarkt-und-gesundheitspaket-fuer-aeltere-55702.html?mode=711&STARTJAHR=2008> (dl 17.06.2010)
- Arbeiterkammer (2010), Karenz-Regelung, <http://www.arbeiterkammer.at/online/karenz-regelung-2086.html> (dl 06.06.2010)
- Arbeiterkammer (2010), Kindergeld: 5 Modelle zur Wahl, <http://www.arbeiterkammer.at/online/kindergeld-5-modelle-zur-wahl-50747.html> (dl 06.06.2010)
- Arbeiterkammer Wien (2010), Jedes 10. Schulkind ist am Nachmittag allein, <http://wien.arbeiterkammer.at/online/jedes-10-schulkind-ist-am-nachmit-tag-allein-52325.html>, (dl 06.05.2010)
- Arbeiterkammer Wien (2010), Karenz, <http://wien.arbeiterkammer.at/berufundfamilie/karenz.htm>, (dl 06.05.2010)
- Arbeiterkammer Wien (2010), „Frauen in Geschäftsführung und Aufsichtsrat – Eine Untersuchung in den Top 200 Unternehmen. Eine empirische Studie“ (Download möglich unter: http://www.arbeiterkammer.at/bilder/d118/Frauen_in_Geschaeftsfuehrung1.pdf), (dl 15.09.2010)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AMWF), (2009): S 3 Leitlinie Hormontherapie in der Peri- und Postmenopause Langversion <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/015-062.pdf>, Kurzversion <http://leitlinien.net/>, (dl 14.11.2010)
- Arzneitelegramm (2009), www.arznei-telegramm.de/register/B1672BB.pdf, (dl 06.05.2010)
- Autonome Österreichische Frauenhäuser – Hilfe bei Gewalt http://www.aofe.at/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=53&Itemid=59&lang=de, (dl 14.07.2010)
- Autonome Österreichische Frauenhäuser – Frauenhäuser, http://www.aofe.at/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=50&Itemid=60&lang=de, (dl 02.12.2010)
- Bacher, J. (2006): Soziale Ungleichheit beim Schul-/Bildungszugang in Österreich. Auf: <http://www.arbeiterkammer.at/bilder/d81/AbstractBacher.pdf>, (dl 25.01.2011)
- Bauer-Jelinek, C. (2009): Karriere ist ein Minderheitenprogramm, Interview im Standard vom 02.11.2009, <http://derstandard.at/1254312096703/Interview-Karriere-ist-ein-Minderheitenprogramm>, (dl 02.08.2010)
- Bergmann, N., Papouschek, U., Sorger, C. (2010): Qualität von Teilzeitbeschäftigung und die Verbesserung der Position der Frau am Arbeitsmarkt. Unter Mitarbeit von A. Schönauer. Herausgegeben von Bundeskanzleramt – Bundesministerin für Frauen und öffentlichen Dienst, <http://www.digitales.oesterreich.gv.at/DocView.axd?CobId=39062>, (dl 30.10.2010)
- Bermejo I, von Wolff, A. (2009): Gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und transkulturelle Psychologie. In DOSSIER Migration & Gesundheit, 34 – 37, http://www.migration-boell.de/pics/Dossier_Migration_und_Gesundheit.pdf, (dl 15.08.2010)
- Bertelsmannstiftung (2006): „Karrierekick Kinder – Wie Unternehmen mit Müttern in Führungspositionen gewinnen“, Kurzfassung der Studie, http://www.eaf-berlin.de/fileadmin/eaf/Studien/Karrierekick_Kinder_Zusammenfassung.pdf, (dl 05.08.2010)
- Biffi, G. – WIFO - (2006): Maßnahmen zur Erhöhung der Frauenbeschäftigung in Österreich. Beitrag beim Workshop: Strategien für Wachstum und Beschäftigung in Österreich, am 3. März 2006, Nationalbank, http://www.oenb.at/de/img/paper_biffi_vorlaeufig_tcm14-38885.pdf, (dl 02.08.2010)
- Biffi, G., Leoni, T. (2006): Handlungsoptionen für eine Erhöhung der Einkommensgerechtigkeit und Chancengleichheit für Frauen in Oberösterreich. (Download möglich unter: [http://www.wifo.ac.at/wwa/downloadController/displayDbDoc.htm?item=S_2006_CHANCENGLEICHHEIT_26424\\$.PDF](http://www.wifo.ac.at/wwa/downloadController/displayDbDoc.htm?item=S_2006_CHANCENGLEICHHEIT_26424$.PDF)), (dl 01.12.2010)
- Bistum Limburg (2010), http://www.lebensalter.bistumlimburg.de/index.php?_1=168021&_7=m_0=14, (dl 01.11.2010)
- Bizeps (2010), krank, behindert, ungehindert ... in Wien. Broschüre, 2001, letzte Aktualisierung 2010, Wien <http://www.bizeps.or.at/broschueren/krank/broschuere.doc>, (dl 28.07.2010)
- Brigham And Women's Hospital (2010), <http://www.brighamandwomens.org/africanwomenscenter>, (dl 23.03.2010)
- BSO (2010), Österreichische Bundes-Sportorganisation, <http://www.bso.or.at> (dl 15.08.2010)
- BTA (2004), Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB), <http://www.tab.fzk.de>, (dl 02.12.2010)
- Bürger, B. (2005), Wechseljahre http://www.netdokter.at/health_center/frau/wechseljahre.shtml, (dl 05.06.2010)
- Bundeskanzleramt (2004), Präimplantationsdiagnostik (PID), Bericht der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, <http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=6415>, (dl 10.10.2010)
- Bundeskanzleramt (2009), Forschung an humanen embryonalen Stammzellen, <http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=34240> (dl 02.12.2010)
- Bundeskanzleramt Österreich, Bioethikkommission (2010), Presseausendung der Bioethikkommission v. 11.2.2010, http://www.bka.gv.at/site/cob_38210/currentpage_0/6893/default.aspx, (dl 05.11.2010)
- Bundeskanzleramt Österreich – Bundesministerin für Frauen und Öffentlichen Dienst (2010): „Frauenbericht 2010“, <http://www.bka.gv.at/site/7207/default.aspx>, (dl 14.06.2010)
- Bundeskanzleramt Österreich – Bundesministerin für Frauen und Öffentlichen Dienst (2010): „Nationaler Aktionsplan – Gleichstellung von Frauen und Männern am Arbeitsmarkt“, <http://www.oesterreich.gv.at/DocView.axd?CobId=40025>, (dl 11.11.2010)
- Bundeskanzleramt Österreich - Bundesministerin für Frauen und Öffentlichen Dienst (2010), <http://www.frauen.bka.gv.at/site/5548/default.aspx>, <http://www.frauen.bka.gv.at/site/6770/default.aspx> und <http://www.oesterreich.gv.at/site/5463/default.aspx> (dl 28.09.2010)
- Bundeskanzleramt Österreich - Bundesministerin für Frauen und öffentlichen Dienst (2005-2010), Berichte Vereinte Nationen, <http://www.frauen.bka.gv.at/site/5552/default.aspx>, (dl 12.08.2010)

- Bundeskanzleramt Österreich - Bundesministerin für Frauen und öffentlichen Dienst (2010), Konvention zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frauen (CEDAW), <http://www.bka.gv.at/site/5548/default.aspx>, (dl 12.08.2010)
- Bundeskanzleramt Österreich - Bundesministerin für Frauen und öffentlichen Dienst (2010), Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau, BGBl. Nr. 443/1982, <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=20571> (dl 12.08.2010)
- Bundeskoordination Frauengesundheit (2006), Aufgabe und Zielsetzung, http://www.bkfrauengesundheit.de/cms/1_0_wirueberuns/index.html (aktualisiert am 01.11.2006), (dl 02.12.2010)
- Bundesministerin für Frauen und Öffentlichen Dienst (2010), Stalking (Psychoterror), <http://www.frauen.bka.gv.at/site/6769/default.aspx> (dl 03.08.2010)
- Bundesministerium für Gesundheit (2009), Gesundheitsberichterstattung in Österreich, <http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0713&doc=CMS1200057285919>, (dl 28.07.2010)
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), (2010), Nationaler Aktionsplan Ernährung, Konsultationsentwurf. http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/5/0/3/CH0525/CMS1264667132176/nape_final_26_01.pdf, (dl 01.12.2010)
- Bundesministerium für Gesundheit (2010), Österreichische AIDS-Statistik. Periodischer Bericht, <http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0991&doc=CMS1279109580787> (dl 01.12.2010)
- Bundesministerium für Gesundheit (2010), Das Österreichische Gesundheitssystem. Zahlen – Daten – Fakten, <http://www.bmg.gv.at/cms/site/bestellservice.html?channel=CH0521>, (dl 24.10.2010)
- Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (Ed.) (2008), Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen: Konzept und Praxis in Österreich. Wien: BMGFJ. http://lbhpr-pub.lbg.ac.at/publ/EA-PDF_06695.pdf, (dl 25.10.2010)
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2005), Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/6/5/0/CH0772/CMS1126253889077/bericht_interkulturelle_kompetenz_im_gesundheitswesen.pdf, (dl 05.06.2010)
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006), Psychotherapie, Wenn die Seele Hilfe braucht. Wien. http://www.pga.at/uploads/media/psychotherapie_bmgf.pdf (dl 28.11.2011)
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2010), Gesundheitsqualitätsgesetz 2005. www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003883&ShowPrintPreview=True, (dl 6.7.2010)
- Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (2007), Beschäftigte im Alten- und Behindertenbereich im Jahr 2006. Wien. <http://www.goeg.at/index.php?pid=arbeitsbereichedetail&ab=2&smark=Pflege&noreplace=yes>, (dl 24.10.2010)
- Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (2006), Gesundheitsförderung in den Schulen Österreichs, http://www.bmukk.gv.at/schulen/pwi/init/gesundheitsfoerderung_schule.xml. (zuletzt geändert am 14.07.2006), (dl 02.12.2010)
- Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung (2008): Universitätsbericht 2008, http://www.bmwf.gv.at/uploads/tx_contentbox/Universitaetsbericht_2008.pdf (dl 01.12.2010)
- Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung (2010): uni:data, Datawarehouse Hochschulbereich, www.bmwf.gv.at/unidata, (dl 02.08.2010)
- Bundesrecht (2005), Apothekenbetriebsordnung 2005, BGBl. II Nr. 65/2005, <http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40062725/NOR40062725.html>, (dl 24.08.2010)
- Bundesrecht (2009), ASVG, BGBl.Nr. 189/1955 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 147/2009, <http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40114519/NOR40114519.pdf>, (dl 24.08.2010)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Gesundheitsförderung konkret. Band 5. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Köln 2010. www.bzga.de/botmed_60645000.html, (dl 8.7.2010)
- CAMDOC Alliance (2009), http://www.camdoc.eu/Complementary_Medicine/Effectiveness.html, <http://www.camdoc.eu/Survey/Introduction.html>, (dl 20.10.2010)
- Council of Europe (1997), Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine, <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/164.htm>, (dl 02.12.2010)
- Council of Europe (2008), Parliamentary Assembly, <http://assembly.coe.int/main.asp?Link=/documents/adoptedtext/ta08/eres1607.htm>, (dl 02.12.2010)
- CYWHs (2010), Children, Youth and Women's Health Service, <http://www.cywhs.sa.gov.au/Default.aspx?p=98>, (dl 01.12.2010)
- Dachverband Osteologie, www.dv-osteologie.de, (dl 28.01.2011)
- Deutmeyer, M. (2006), Belastungen und Bewältigungsstrategien von erwachsenen Töchtern in der häuslichen Pflege von körperlich und geistig kranken Müttern und Vätern. Zugl. Dissertation Universität Augsburg, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät. http://opus.bibliothek.uni-augsburg.de/volltexte/2008/737/pdf/Dissertation_Deutmeyer.pdf, (dl 24.11.2010)
- Deutsche Stiftung Weltbevölkerung, http://www.weltbevölkerung.de/parlamentarischer_beirat/pbeirat_srgr.shtml?navanchor=10015, (dl 24.01.2011).
- DMDI (Hrsg.), (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), Genf. 2005, <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>, (dl 30.07.2010)
- Dörpinghaus, S. (2009), Medical Wellness – Zukunftsmarkt mit Hindernissen. IAT Forschung, http://www.iat.eu/index.php?article_id=91&clang=0, (dl 28.10.2010)
- Donau Universität Krems (2010), Pressedienst: Wie sinnvoll ist Gender-Medizin, <http://www.donau-uni.ac.at/de/aktuell/presse/archiv/15445/index.php> (dl 16.08.2010)
- Drogenberatung Würzburg (2010), Schwangerschaft, www.drogenberatung-wuerzburg.de/inhalt/b_schwangerschaft.php3, (dl 23.8.2010)
- DSW (2005), Info Weltbevölkerung, http://www.weltbevölkerung.de/pdf/fs_kairo_plus_10.pdf, (dl 16.11.2010)
- EASHW – European Agency of Safety and Health at Work (2003), Gender issues in safety and health at work. A review. <http://agency.osha.eu.int/publications/reports/209/en/ReportgenderEN.pdf>, (dl 02.12.2010)
- EC - European Commission (2008), Health and Consumers Directorate- General: Directorate E Safety of food chain: 21. April 2008 D/530286: Information note: Methyl mercury in fish and fishery products, http://ec.europa.eu/food/food/chemicalsafety/contaminants/information_note_mercury_fish_21-04-2008.pdf, (dl 08.11.2010)
- ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control (2008): Guidance für the introduction of HPV-vaccines in EU countries. Stockholm; www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0801_GUI_Introduction_of_HP_Vaccines_in_EU.pdf, (dl 03.08.2010)
- ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control (2010), www.ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx, (dl 03.08.2010)
- EFSA – European Food Safety Authority (2004): EFSA provides risk assessment on mercury in fish: precautionary advice given to vulnerable groups: http://www.efsa.europa.eu/EFSA/efsa_locale-1178620753812_1178620786349.htm, (dl 01.12.2010)
- Entschließung des Europäischen Parlaments vom 10. April 2008 zur Bekämpfung von Krebs in der erweiterten Europäischen Union; <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P6-TA-2008-0121&language=DE>, (dl 21.09.2010)
- Eurohealth (2010), <http://www.eurohealth.ie/index.html>, (dl 02.12.2010)
- Europäische Kommission (2009), „Frauen in der europäischen Politik – Zeit zu handeln“, S. 53, S. 57, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=418&langId=de&pubId=77&type=2&furtherPubs=yes>, (dl 03.08.2010)

- Europäische Kommission (2010), Datenbank zu Frauen und Männern in Entscheidungspositionen, http://ec.europa.eu/employment_social/women_men_stats/index_de.htm, (dl 03.08.2010)
- Europäische Kommission (2010), Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=732&langId=de>, (dl 28.06.2010)
- Europäische Kommission (2010): „Mehr Frauen in Führungspositionen – ein Schlüssel zu wirtschaftlicher Stabilität und Wachstum“, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=762&langId=en&furtherPubs=yes>, (dl 18.11.2010)
- Europäisches Parlament (2008): Bekämpfung von Krebs in der erweiterten Europäischen Union.
- Entschließung des Europäischen Parlaments vom 10. April 2008 zur Bekämpfung von Krebs in der erweiterten Europäischen Union; <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P6-TA-2008-0121&language=DE>, (dl 24.11.2010)
- European Commission (2008), Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. First Report. Luxembourg: EC, 2008, http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/documents/cancer_screening.pdf, (dl 21.09.2010)
- European Institute for Gender Equality (2010), <http://www.eige.europa.eu>, (dl 28.06.2010)
- European Men's Health Forum (2005), http://www.emhf.org/resource_images/DEViennadeclaration.pdf, (dl 20.07.2010)
- Eurostat (2008), Geschlechtsspezifisches Verdienstgefälle, ohne Anpassungen in Prozent 2008, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=de&pcode=tsiem040>, (dl 15.05.2010)
- Eurostat (2009), Jahrbuch 2009, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-09-001-05/DE/KS-CD-09-001-05-DE.PDF, (dl 07.06.2010)
- Eurostat (2010), Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_pjan&lang=de, (dl 10.06.2010)
- Eurostat (2010), Lebenserwartung bei der Geburt, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/graph.do?tab=graph&plugin=1&pcode=tps00025&language=de&toolbox=data>, (dl 08.06.10)
- Eurostat (2010), Gesamfruchtbarkeitsrate, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=de&pcode=tsdde220&plugin=1>, (dl 07.06.2010)
- Familienberatung. (o.D.), <http://www.familienberatung.gv.at/fragen-antworten/>, (dl 10.10.2010)
- FEANTSA (2010), <http://www.feantsa.org/code/en/hp.asp>, (dl 25.08.2010)
- FeelOK.at, http://www.feelok.at/frameset.asp?program=liebe&module=L_vsm, (dl 22.01.2011)
- Fiala, C., et al (2004), Abortion costs in Europe, FIAPAC Kongress, Wien, 10./11. 9. 2004, www.fiapac.org, (dl 02.10.2010)
- Flieger, P.(2010), Missbrauch, Gewalt und Behinderung, Zeitschrift monat. Juli-August 2010, <http://www.oea.or.at/publikationen/monat-sozialpolitische-rundschau/juli-august-2010/missbrauch-gewalt-und-behinderung>, (dl 28.07.2010)
- Focus (2010), www.focus.de, (dl 26.8.2010)
- Focus on 5 (2009), Women's Health and the MDGs, <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/Focus-on-5.pdf>, (dl 12.07.2010)
- Fonds Gesundes Österreich (2010), <http://www.fgoe.org>, (dl 14.06.2010)
- Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes (Hg.) (2005), Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung. Projektbericht. Wien, http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geofoerderte-projekte/FgoeProject_142171/870792, (dl 26.10.2010)
- Forum Gesundheit (2010), www.forumgesundheit.at, (dl 26.8.2010)
- Frass, M. (2009), Komplementärmedizin in Österreich, http://www.gamed.or.at/ademailbilder/dvkongress_zusammenfassung_0709.pdf, (dl 22.10.2010)
- Frauenärzte im Netz (2010), www.frauenaezte-im-netz.de, (dl 12.07.2010)
- Frauenbericht (2010), Teil I: Statistische Analysen zur Entwicklung der Situation von Frauen in Österreich, <http://www.bka.gv.at/site/7207/default.aspx>, (dl 25.11.2010)
- Frauengesundheitsportal (2010), Alkohol, <http://www.frauengesundheitsportal.de/themen/alkohol/mehr-zum-thema-alkohol> (dl 03.09.2010) Frauengesundheitszentrum (2006), Brustkrebs Früherkennung. Informationen zum Mammografie Screening. Eine Entscheidungshilfe. Graz: Frauengesundheitszentrum 2006, www.fgz.co.at/fileadmin/hochgeladene_dateien/bilder/themen/brustkrebs/FGZ_Mammografie.pdf, (dl 05.10.2010)
- Galatsch, M., Schmidt, S. G., Hasselhorn, H. M. (2010), Die Zufriedenheit mit der Patientenversorgung in unterschiedlichen Pflegesystemen. NEXT Follow-Up. <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1>, (dl 14.11.2010)
- GAMED (o.d.), http://www.gamed.or.at/g_pop_ganzmeth.html und http://www.gamed.or.at/g_pop_ganzhist.html, (dl 22.10.2010)
- Gender Kompetenz Zentrum(2008): Gleichstellungspolitik in Österreich, http://www.genderkompetenz.info/genderkompetenz-2003-2010/w/files/gkompzpdf/gleichstellungspolitik_in_sterreich.pdf, (dl 12.08.2010)
- Gesundheit Österreich GmbH (2010), Zahnstatuserhebung, <http://www.goeg.at/de/Bereich/Zahnstatuserhebungen.html>, (dl 16.08.2010)
- Gesundheitsförderung Schweiz: quint-essenz (2006), Qualität in Gesundheitsförderung und Prävention. www.quint-essenz.ch/de/dimensions, (dl 8.7.2010)
- Gesundheitsinformation.de (2010), Die Wechseljahre, <http://www.gesundheitsinformation.de/die-wechseljahre.161.de.html> und Entscheidungshilfe Hormonbehandlung in den Wechseljahren, [http://www.gesundheitsinformation.de/entscheidungshilfe-hormonbehandlung-in-den-wechseljahren.133.de.pdf?bab\[subpage_id\]=0-1](http://www.gesundheitsinformation.de/entscheidungshilfe-hormonbehandlung-in-den-wechseljahren.133.de.pdf?bab[subpage_id]=0-1), (dl 14.11.2010)
- Gigerenzer, G., Mata, J., Frank, R., Feufel, M. (2009), Wie informiert ist die Bevölkerung über den Nutzen der Krebsfrüherkennung? Europaweite Studie erfasst Kenntnisstand. Onkologie 2009; 5: 8-10, www.harding-center.de/images/stories/artikel_und_pressemeldungen/onkologie_heute.pdf, (dl 05.10.2010)
- Gigerenzer, G., Mata, J., Frank, R. (2009), Public knowledge of benefits of breast and prostate cancer screening in Europe. J Nat Cancer Inst 2009 b; 101: 1216-1220; <http://jnci.oxfordjournals.org/content/101/17/1216.full.pdf>, (dl 05.10.2010)
- Gravididou, M. (2009), Psychische Gesundheit und Armut von Frauen mit Migrationshintergrund. Vortrag gehalten auf der AKF-Tagung Frauengesundheit in sozialer Ungleichheit in Kassel vom 30.10. bis 01.11.09. http://www.akf-info.de/uploads/media/Gavranidou_AKF-Beitrag_2009.pdf, (dl 11.11.2010)
- Groth, S. (2007), Online-Umfrage des Frauengesundheitszentrums. Erfahrungen mit der Hormonspirale. Graz. www.fgz.co.at/fileadmin/hochgeladene_dateien/bilder/themen/Verh_tung/ZusammenfassungUmfrageHormonspirale20.2.2007.pdf, (dl 15.10.2010)
- Grüne (2007), Schwangerschaftsabbruch, www.gruene.at/uploads/media/Studie_ber_Schwangerschaftsabbr_che.pdf, (dl 09.08.2010)
- Gumpoldsberger, H. (2010), Kindertagesheimstatistik. Herausgegeben von Statistik Austria. Online verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/bildung_und_kultur/formales_bildungswesen/kindertagesheime_kinderbetreuung/publdetail?id=133&listid=133&detail=573, (dl 27.10.2010)
- Hauptverband der Sozialversicherungsträger (2008), Beschäftigte nach Bundesländern, Jahresdurchschnitt 2008, http://www.sozvers.at/hvb/statistik/ESV_Statistik/vjahr/hmb_bj.htm, (dl 06.05.2010)
- HBSC Fact-Sheet Nr. 1 (2003), http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/1/5/8/CH0776/CMS1191842242195/hbsc_factsheet_1_internet.pdf, (dl 01.09.2010)

- HBSC Factsheet Nr. 2 (2003), http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/1/5/8/CH0776/CMS1191842242195/hbcs_factsheet_2_internet.pdf (dl 01.09.2010)
- Höpfinger, F. (2009), Hochaltrigkeit – demografische, gesundheitliche und soziale Entwicklungen, <http://www.hoepfinger.com/fhtop/fhalter1J.html>, (dl 01.09.2010)
- Höpfinger, F. (2009), Frauen im Alter – die heimliche Mehrheit, <http://www.hoepfinger.com/fhtop/fhalter1K.html>, (dl 01.09.2010)
- Höpfinger, F. (2009): Soziale Beziehungen im Alter – Entwicklungen und Problemfelder, <http://www.hoepfinger.com/fhtop/Soziale-Kontakte.pdf>, (dl 01.09.2010)
- Horten – Zentrum für praxisorientierten Wissenstransfer (2006), Wie wirksam sind komplementäre und alternative Therapien gegen menopausale Beschwerden?, <http://www.evimed.ch/AGORA/HTZ000/downloads/08.06menoSR.pdf>, (dl 14.11.2010)
- HTA Newsletter Feb 2006, 44, S. 2 HAS/Fr 2005 Value of measuring FSH and LH Levels on women aged 45 or over <http://www.has-sante.fr>, (dl 14.10.2010)
- Huber, J. (2010), Allgemeine Therapie des Klimakteriums, <http://www.drhuber.at/wechseljahre/therapie.html>, (dl 14.11.2010)
- Human Development Reports (2010), Human Development Indices, <http://hdr.undp.org/en/humandev/hdi>, (dl 12.08.2010)
- Human Development Reports (2010), Measuring inequality: Gender-related Development Index (GDI) and Gender Empowerment Measure (GEM), http://hdr.undp.org/en/statistics/indices/gdi_gem, (dl 12.08.2010)
- IDF- International Diabetes Foundation (2009), IDF Diabetes Atlas. Fourth Edition 2009. <http://www.diabetesatlas.org>, (dl 27.10.2010)
- Industriewissenschaftliches Institut – IWI (2008), Potenziale für qualifizierte Teilzeitarbeit in Österreich, http://www.forschungsnetzwerk.at/download-pub/Qualifizierte_Teilzeitarbeit_%20in_oesterreich_Enderbericht_Sep08.pdf, (dl 14.08.2010)
- Infektionsnetz (2010), <http://www.infektionsnetz.at/TextExtEpidemiologie.phtml>, (dl 27.09.2010)
- Institut Suchtprävention (2010), www.praevention.at, (dl 26.8.2010)
- Integrationsfonds (2010), <http://www.integrationsfonds.at/wissen/glossar>, (dl 18.07.2010)
- Integrationsfonds (2010), Lebenserwartung, http://www.integrationsfonds.at/wissen/zahlen_und_fakten_2009/gesundheit_und_lebenserwartung/sterblichkeit_und_lebenserwartung, (dl 20.07.2010)
- International Agency on Research of Cancer (IARC), (2007), Combined estrogen-progestogen contraceptives and combined estrogen-progestogen menopausal therapy. Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, vol. 91. Lyon: IARC, 2007; <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol91/index.php>, (dl 14.11.2010)
- Inter-Parliamentary Union IPU (2010), Women in National Parliaments, per 30.09.2010, <http://www.ipu.org/wmn-e/classif.htm>, (dl 25.10.2010)
- Isfort, M., Weidner, F. et al. (2010), Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Herausgegeben vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln, <http://www.dip.de>, (dl 14.11.2010)
- Kaindl, M., Dörfler, S. (2007), Einstellungen zum Erwerbsverhalten von Müttern. Die Sichtweisen von Müttern, Frauenreferentinnen und Frauenorganisationen. Österreichisches Institut für Familienforschung. (67). Online verfügbar unter <http://www.oif.ac.at/aktuell/aktuell.asp?Rubrik=1>, (19.10.2010)
- Kapella, O., Rille-Pfeiffer, C. (2007), Einstellungen und Werthaltungen zu Themen der Vereinbarkeit von Familie und Erwerb. Deskriptive Ergebnisse einer Einstellungs- und Wertestudie zu Mutter- und Vaterrolle, Kinderbetreuung und Erwerbstätigkeit der Frau. Österreichisches Institut für Familienforschung der Universität Wien. (66), http://www.oif.ac.at/aktuell/wp_66_wertestudie.pdf, (dl 25.09.2010)
- Karl-Trummer, U. et al.: Das Migrantenfreundliche Krankenhaus. Erfahrungen und Ergebnisse aus einem Europäischen Projekt, http://www.ongkg.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/Karl-Trummer_MFH_2006.pdf, (dl 26.01.2011)
- Kinderrechte (2010), <http://www.kinderrechte.gv.at/home/im-fokus/kindheit--gesellschaft/identitaet/mehr-dazu/content.html>, (dl 28.07.2010)
- Klicksafe (2009), https://www.klicksafe.de/cms/upload/user-data/pdf/klicksafe_Materialien/LH_Zusatzmodul_Cyber-Mobbing.pdf, S. 8 (dl 24.10.2010)
- Klindworth, H. et al. (2005), Gesundheitliche Lage alleinerziehender Mütter, <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic=1558&type=infotext&display=2>, (dl 28.09.2010)
- KMU Forschung Austria – Austrian Institute for SME Research (2010), „Unternehmerinnen in Österreich – Status quo 2009 - Zusammenfassung“, Februar 2010, http://www.kmuforschung.ac.at/de/Projekte/Unternehmerinnen%20in%20%C3%96sterreich/Unternehmerinnen2009_Zusammenfassung.pdf, (dl 10.10.2010)
- Krajic, K., Schmidt, C., Christ, R. (2010), Gesundheitsförderung in der Long Term Care in Österreich: eine Status quo Analyse. Soziale Sicherheit (März 2010), 142-148, http://bihrp-pub.lbg.ac.at/publ/EA-PDF10_0294.pdf, (dl 25.10.2010)
- Krings, B.J., Nierling, L., Pedaci, M., Piersanti, M. (2009), Working time, gender and work-life balance. © Work organisation and restructuring in the knowledge society - EU WORKS project (Project number: CIT3-CT-2005-006193) 2009. http://www.worksproject.be/Works_pdf/WP12/D12.7%20Thematic%20Report_WorkingTime_DRUK.pdf, (dl 17.10.2010)
- Kuratorium für Verkehrssicherheit (2010), Verunglückte nach Lebensbereichen, http://www.kfv.at/unfallstatistik/index.php?id=77&no_cache=1&cache_file=ueberblick_nav_cache.html&report_typ=%C3%96sterreich&kap_txt=Unf%C3%A4lle+und+Verletzungen+im+%C3%9Cberblick&tab_txt=Verungl%C3%BCkte+nach+Lebensbereichen+und+Altersgruppen (dl 16.08.2010)
- Legato, M. J. (2007), Partnership of Gender-Specific Medicine at Columbia University, <http://www.cumc.columbia.edu/dept/partnership/index.html>, (dl 05.08.2010)
- Lehner, E. (2002), Väterkarenz eine männliche Herausforderung, http://www.leadingfathers.info/wissen/group_wissen_4content.htm, (dl 24.10.2010)
- Lehner, E., Matkowitz, S., Heger, N. (2010), Projektergebnisse elternorientierte Personalpolitik mit Fokus auf Väter in Niederösterreich. Online verfügbar unter http://www.noeg.at/bilder/d47/zusammenf_FOP_web.pdf?18884, (dl 24.11.2010)
- Lesbengesundheit.de (2008), Körper, <http://www.lesbengesundheit.de/koerper.shtml>, (dl 14.07.2010)
- Lesbengesundheit.de (2008), Krebs, <http://www.lesbengesundheit.de/krebs.shtml>, (dl 14.07.2010)
- Lesbengesundheit.de (2008), Suizid, <http://www.lesbengesundheit.de/suizid.shtml>, (dl 14.07.2010)
- Loibl, E. & Corazza, E. (2003), Frauengerechte Qualitätsstandards. Verfügbar unter www.bawo.at, (dl 21.8.2010)
- Ludwig Boltzmann Institut/LBI, Health Technology Assessment/HTA (2010), Kolonkrebsscreening. Teil 1 und 2. Wien: LBI, http://eprints.hta.lbg.ac.at/874/2/HTA-Projektbericht_Nr41b.pdf, (dl 21.09.2010)
- Ludwig Boltzmann Institut Health Technology Assessment, http://hta.lbg.ac.at/de/projekt_detail.php?iMenuID=80&iProjectID=52, (dl 11.11.2010)
- Machleidt, W. (2009), Interkulturelle Psychiatrie/Psychotherapie und Integration psychisch kranker MigrantInnen. In: DOSSIER Migration & Gesundheit, 27-33. http://www.migration-boell.de/pics/Dossier_Migration_und_Gesundheit.pdf, (dl 23.11.2010)
- Magistrat der Stadt Wien, Antidiskriminierungsstelle (2010), Homosexualität und Bisexualität, <http://www.wien.gv.at/queerwien/defhomo.htm>, (dl 14.07.2010)
- Magistrat der Stadt Wien, Antidiskriminierungsstelle (2010), Lesbischer und schwuler Alltag, <http://www.wien.gv.at/queerwien/bezieh.htm>, (dl 14.07.2010)
- Medizinauskunft (2010), www.medizinauskunft.de, (dl 26.8.2010)

- Mühlhauser, I. (2010), Märchen der Medizin - was und wem sollen Patienten glauben? In: Momburg Martin, Schulte Dietmar. (Hrsg.). Das Verhältnis von Arzt und Patient. Wie menschlich ist die Medizin? Paderborn: Wilhelm Fink Verlag, http://www.chemie.uni-hamburg.de/igtw/Gesundheit/images/pdf/Muehlhauser_Arzt%20und%20Patient.pdf, (dl 14.10.2010)
- Mühlberger, U./ Guger, A./ Knittler, K. / Schratzenstaller, M. (2008): Alternative Finanzierungsformen der Pflegevorsorge. Studie des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz. Wien. <http://www.bmask.gv.at/cms/site/dokument.html?channel=CH0184&doc=CMS1229093595174>, (dl 15.11.2010)
- Netdoktor.at, http://www.netdoktor.at/health_center/frau/menstruation.shtml, (dl 22.01.2011)
- Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren (2003), Gemeinsam für Frauengesundheit - Das Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren 2003, www.fgz.co.at/fileadmin/hochgeladene_dateien/pdfs/Netz.pdf, (dl 08.07.2010)
- Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren: Grundsätze des Netzwerkes der österreichischen Frauengesundheitszentren. www.fgz.co.at/fileadmin/hochgeladene_dateien/pdfs/pdfs_allgemein/grundsuetzenetzwerkoefgzaktuell.pdf, (dl 06.07.2010)
- Netzwerk der österreichischen Frauen- und Mädchenberatungsstellen (2001), Qualitätskriterien in der Frauenberatung 2001, www.wien.gv.at/menschen/frauen/pdf/qualitaetsstandards.pdf, (dl 14.7.2010)
- Netzwerk-Frauenberatung. (o.D.), <http://www.netzwerk-frauenberatung.at/nfb/default.asp>, (dl 10.10.2010)
- Ninilil (2009), Jahresbericht 2009, Wien 2010. <http://www.ninilil.at/dokumente/jahresbericht09.pdf>, (dl 28.07.2010)
- Nowitzky (2009), Psychische Störungen im Wochenbett bei Kaiserschnitt-entbundenen Frauen“, Dissertation Barbara Anna Nowitzky aus München, http://edoc.ub.uni-muenchen.de/9961/1/Nowitzky_Barbara.pdf, (dl 11.10.2010)
- Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (2010), www.ooegkk.at, (dl 02.12.2010)
- ÖBIG (2005), Situation pflegender Angehöriger, http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/4/1/2/CH0161/CMS1228215542463/studie_situation_pfleger_angehoeriger.pdf, (dl 17.10.2010)
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreich (2010): Hausgeburt, https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Hausgeburt_HK.html, (dl 03.01.2011)
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreich (2010), Mutter-Kind-Pass, https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Mutter_Kind_Pass_Untersuchungen_fuer_Kinder_HK.html, (dl 28.08.2010)
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreich (2010), Säuglingssterblichkeit, https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/MKP_Saeuglingssterblichkeit_HK.html, (dl 20.07.2010)
- ÖGPH (2010), Was ist Public Health?, http://www.oeph.at/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=4, (dl 14.11.2010)
- OEKONSULT (2010), www.oekonsult.at/oekonsultportal/web/section8/main.php, (dl 14.09.2010)
- Österreichische Ärztekammer, <http://www.aerztekkammer.at/print.php?type=module&aid=xhtml&id=0000000002010011511111>, (dl 28.01.2011)
- Österreichische Gesellschaft für Public Health (2010), <http://www.oeph.at>, (dl 14.06.2010)
- Österreichische Sozialversicherung (2008), Beschäftigte nach Bundesländern Jahresdurchschnitt 2008, http://www.sozvers.at/hvb/statistik/ESV_Statistik/vjahr/hmb_bj.htm, (dl 06.05.2010)
- Office On Research Of Women's Health (2010), <http://www4.od.nih.gov/orwh>, (dl 18.06.2010)
- ORF, <http://oesterreich.orf.at/stories/196373/>, (dl 23.01.2011)
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD 2010): OECD Health Data 2010, www.oecdlibrary.org, (dl 25.05.2010)
- Osteoporose (2010), <http://www.osteoporose.co.at/start.html>, (dl 15.10.2010)
- Parlamentskorrespondenz Nr. 519 vom 30.06.2004, http://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2004/PK0519/index.shtml, (dl 14.11.2010)
- PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich (o.D.), <http://www.univie.ac.at/pao>, (dl 14.10.2010)
- Perinatal (2010), Konsensusstatement Fetozid, http://www.perinatal.at/sites/konsensus_fetozid.html, (dl 08.08.2010)
- Plattform gegen die Gewalt (2010), http://www.plattformgegengewalt.at/02_de/page.asp?id=752, (dl 03.08.2010)
- Pro familia (2005), Familienplanungsrundbrief, www.profamilia.de/topic/Angebot/Publikationen/Familienplanungs_rundbrief?PHPSESSID=3a4b0bf41b20f439b06c913305fc6779, (dl 16.11.2010)
- Queer Communications GmbH (2004), http://www.queer.de/detail.php?article_id=844, (dl 22.11.2010)
- Rásky, É. (2000), Wege zur Frauenspezifischen Gesundheitsberichterstattung in Österreich. <http://han.ubl.jku.at/han/40421/www.springerlink.com/content/7t535r0v20512kl5/fulltext.pdf>, (dl 14.06.2010), In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 8. JG, Heft 4, S. 323-331
- Regierungsprogramm (2008-2013), <http://spoe.at/bilder/d268/Regierungsprogramm.pdf>, (dl 25.09.2010)
- Regierungsvorlage zum Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information, <http://www.fgoe.org/der-fonds/organisation/g-foerderungsgesetz>, (dl 22.09.2005)
- Republik Österreich (2009), Bundesgesetzblatt I 135/Jg. 2009/Teil I vom 30.12.2009, http://www.hosilinz.at/files/materialien/45/materialien_BGBI_partnerschaftsgesetz_01_01_2010.pdf, (dl 14.11.2010)
- Republik Österreich Parlament (2010), <http://www.parlament.gv.at/WW/NR/STAT/FRAU/frauenanteil.shtml>; Stand 30.06.2010, (dl 26.10.2010)
- Robert Koch Institut (2006), Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/kiggs_elternbroschuere.pdf, (dl 25.11.2010)
- Rohde, A. (2004), Das Prämenstruelle Syndrom. Eine Information für Betroffene und Angehörige. Online-Version, <http://femina.uni-bonn.de>, (dl 02.12.2010)
- Scambor, E., Faßhauer, M. (2006), Strukturelle Rahmenbedingungen aktiver Vaterschaft. Fokus - Karenzregelungen und Teilzeit in Österreich, http://www.maennerberatung.at/docs/forschung_strukturelleRahmenbedingungenAktiverVaterschaft.pdf, (dl 24.11.2010)
- Schöninger, I. (2000), Empowerment – Für eine geschlechtergerechte Entwicklung. In: DED-Rundbrief, Ausgabe 4/2000, <http://www.bpb.de/files/G850XG.pdf>, (dl 10.04.2008)
- Stadt Wien (2010), Wiener Programm für Frauengesundheit, <http://www.diesie.at/literatur/broschueren/index.html>, (dl 28.07.2010)
- Standard (2010), 40%-Frauenquote wirkt nicht in allen Uni-Senaten vom 6.10.2010, <http://derstandard.at/1285200149223/40-Prozent-Frauenquote-wirkt-nicht-in-allen-Uni-Senaten>, (dl 16.10.2010)
- Statista: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/1554/umfrage/schlafen%3A-leichtigkeit-des-einschlafens/>, (dl 23.01.2011)
- Statistik Austria (2007), Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07, Wien, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html, (dl 25.05.2010)
- Statistik Austria (2009), Personalstand in den Krankenanstalten Österreichs seit 1980, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html, (dl 24.10.2010)
- Statistik Austria (2009) – Presse: Gesundheitsrisiko Arbeitsplatz: Belastungsfaktoren, Gesundheitsbeschwerden und Arbeitsunfälle, http://www.statistik.at/web_de/presse/032606, (dl 14.11.2010)

- Statistik Austria (2009), Spitalsentlassungsstatistik. Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen (1 – 28 Tage) in Akutkrankenanstalten nach Standort seit 1989, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_gesamt/index.html, (dl 15.11.2010)
- Statistik Austria (2009), Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Pflegegeldstatistik - Sonderauswertungen. Erstellt am: 14.09.2009, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html, (dl 26.07.2010)
- Statistik Austria (2009), Sterbetafeln bzw. Mikrozensus-Sonderprogramme 1978, 1983, 1991, 1999 und Gesundheitsbefragung 2006/07. Erstellt am 09.10.2009. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html, (dl 27.07.2010)
- Statistik Austria (2010): Kindertagesheime, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bildung_und_kultur/formales_bildungswesen/kindertagesheime_kinderbetreuung/index.html, zuletzt aktualisiert am 15.06.2010, (dl 27.10.2010)
- Statistik Austria (2010), Personal in den Krankenanstalten Österreichs am 31. Dezember 2009 nach Fachrichtungen, Geschlecht und Bundesländern, [http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html), (dl 24.10.2010)
- Statistik Austria (2010), Bevölkerung 1981 bis 2001/2009 nach demographischen Merkmalen, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen/bevoelkerung_nach_demographischen_merkmalen/index.html, (dl 10.05.2010)
- Statistik Austria (2010), Eheschließungen seit 1951, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/eheschliessungen/022158.html, (dl 14.05.2010)
- Statistik Austria (2010), Eheschließungen http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/eheschliessungen/index.html, (dl 07.06.10)
- Statistik Austria (2010), Entwicklung der mittleren Bruttojahreseinkommen nach Geschlecht 1998-2008, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/einkommen/043942.html, (dl 15.05.2010)
- Statistik Austria (2010), Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Österreich, Wien, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/index.html, (dl 15.05.2010)
- Statistik Austria (2010), Krebsinzidenz- und mortalität in Österreich. Wien, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/index.html, (dl 15.05.2010)
- Statistik Austria (2010), Familientypen in Österreich (1971-2009), http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/familien/023078.html (dl 14.05.2010) und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2009, erstellt am 31.03.2010
- Statistik Austria (2010), Gebärmutterhals (C53) – Krebsmortalität (Sterbefälle pro Jahr), Österreich ab 1983, www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheits/krebserkrankungen/gebaermutterhals/index.html, (dl 27.8.2010)
- Statistik Austria (2010), Geborene im Überblick http://www.statistik.at/web_de/static/ergebnisse_im_ueberblick_geborene_022899.xls, (dl 18.08.2010)
- Statistik Austria (2010), Gestorbene nach Altersgruppen und Geschlecht 2009, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/sterbefaelle/index.html, (dl 25.05.2010)
- Statistik Austria (2010), Gesundheitsausgaben in Österreich, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html#index1, (dl 28.08.2010)
- Statistik Austria (2010), Jahresdurchschnittsbevölkerung 2009 nach Alter, Bundesland und Geschlecht, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html (dl 02.04.2010)
- Statistik Austria (2010), Krebsinzidenz- und mortalität in Österreich. Wien, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/index.html, (dl 28.08.2010)
- Statistik Austria (2010), Lebenserwartung in Gesundheit, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html, (dl 08.06.10)
- Statistik Austria (2010), Lebendgeborene seit 1991 nach Geschlecht und Bundesland, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/geburten/index.html, (dl 11.05.10)
- Statistik Austria (2010), Rauchen, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/rauchen/index.html#index2, (dl 10.08.2010)
- Statistik Austria (2010), Spitalsentlassungen 2008 nach Hauptdiagnosen, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_gesamt/index.html, (dl 03.09.2010)
- Statistik Austria (2010), Stationäre Aufenthalte, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_gesamt/index.html, (dl 05.08.2010)
- Statistik Austria (2010), Sterblichkeit und Lebenserwartung Säuglinge http://www.statistik.at/web_de/static/indikatoren_zu_sterblichkeit_und_lebenserwartung_inkl_saeuglingssterblich_023576.xls, (dl 15.06.2010)
- Statistik Austria (2010), Privathaushalte und Familien 1984 bis 2009. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/index.html, (dl 25.11.2010)
- Statistik Austria (2010), Landespflegegeldbezieherinnen und -bezieher 1998-2008, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/landespflegegeld/index.html, (dl 16.11.2010)
- Statistik Austria (2010), Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher nach Pflegegeldstufen 1998-2008. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html, (dl 16.11.2010)
- Statistik Austria (2010), Bevölkerung im Jahresdurchschnitt nach Alter und Geschlecht, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/demographie/043902.html, (dl 16.11.2010)
- Strohmeier, E. (2003): Dokumentation – Die Umsetzung der EU-Antidiskriminierungsrichtlinien in Österreich. http://www.hosilinz.at/files/materialien/12/m_antidiskr_15_06_03.pdf, (dl 01.12.2010)
- SVSS (2010), Schwangerschaftsabbruch weltweit, <http://www.svss-uspda.ch/de/facts/weltweit.htm>, (dl 10.08.2010)
- Thaler-Haag, B. (2008), Strukturelle Gewalt, www.salzburg.gv.at/pdf-strukturelle_gewalt.pdf, (dl 21.09.2010)
- The Lancet (2010), [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60101-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60101-8/abstract), (dl 12.11.2010)
- The Office On Women's Health (2010), <http://www.womenshealth.gov/owh/>, (dl 12.11.2010)
- The Universal Declaration Of Human Rights, <http://www.un.org/en/documents/udhr/>, (dl 25.05.2010)
- Umweltbundesamt Deutschland (2010), Humanbiomonitoring, Gesundheit und Umwelthygiene Umweltsurvey. Umweltbundesamt Dessau 2010 <http://www.umweltbundesamt.de/gesundheitsurvey/index.htm>, (dl 14.07.2010)
- UNECE – United Nations Economic Commission for Europe (2009), Executive body for the convention on long-range transboundary air pollution. Indicators and targets for air pollution effects. ECE/EB.AIR/WG.1/2009/16, 9 July 2009: <http://www.unece.org/env/documents/2009/EB/wge/ece.eb.air.wg.1.2009.16.e.pdf>, (dl 02.12.2010)
- UNEP – United Nations Environment Programme (2001), UNITED NATIONS (2001): Stockholm Convention on Persistent Organic Pollutants. Stockholm 22.05.2001. <http://chm.pops.int/Convention/ThePOPs/tabid/673/language/en-US/Default.aspx>, (dl 02.12.2010)

- UNEP – United Nations Environment Programme (2003), Decision 22/4. Chemicals. Mercury programme: <http://www.chem.unep.ch/mercury/mandate-2003.htm>, (dl 02.12.2010)
- United Nations (2009), Division for the advancement of women, department of economic and social affairs, platform of action, <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/health.htm>, (dl 28.06.2010)
- United Nations (2010), Division for the advancement of women, department of economic and social affairs, Beijing +15, <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing15/index.html>, (dl 21.06.2010)
- United Nations (2010), Factsheet on persons with disabilities, <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=18>, (dl 30.07.2010)
- United Nations (2010), Treaty Collection, Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-8&chapter=4&lang=en, (dl 12.08.2010)
- United Nations (2010), Millennium Development Goals, <http://www.un.org/millenniumgoals/bkgd.shtml>, (dl 21.06.2010)
- United Nations (2010), Population Fund, <http://www.unfpa.org/public/icpd>, (dl 12.08.2010)
- United Nation Development Programme (2007/2008): Human Development Report, http://hdr.undp.org/en/media/HDR_20072008_EN_Indicator_tables.pdf, (dl 12.08.2010)
- Universität Wien, Juridicum Journal (2010), Mahnung an Österreich wegen fehlender Gleichstellung, <http://journal.juridicum.at/?c=143&a=2510>, (dl 25.10.2010)
- UNO-Hauptabteilung Presse und Information (2010), Internationaler Frauentag 2010
Gleiche Rechte, Gleiche Chancen, Fortschritt für Alle, http://www.unis.unvienna.org/pdf/international_days/Beijing15_OnePage_DE.pdf, (dl 28.06.2010)
- US Preventive Services Task Force/USPSTF (2008), Screening for Colorectal Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2008; 149: 627-638; <http://www.annals.org/content/149/9/627.full.pdf+html>, (dl 21.09.2010); <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd09/pocketgd09.pdf>, (dl 21.09.2010)
- Verein Menschen Leben (2010), www.menschen-leben.at/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=6&Itemid=98 (dl 05.06.2010)
- Verordnung der Wiener Landesregierung betreffend Mindeststandards von Pflegeheimen und Pflegestationen (2009), Zusammengestellt von Gertrude Allmer, <http://www.pflegerecht.at/Druck/Versionen-Organisationsrecht/Druckversionen-Pflegeheime/Druckversionen-Wien/Druckversion-Wiener-Pflegeheimverordnung.pdf>, (dl 14.11.2010)
- Weltgesundheitsorganisation Europa (1994), Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen in mittel- und osteuropäischen Ländern, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/114238/E93952G.pdf, (dl 12.08.2010)
- World Economic Forum (2010), The Global Gender Gap Report 2010, <http://www.weforum.org/en/Communities/Women%20Leaders%20and%20Gender%20Parity/GenderGapNetwork/index.htm>, (dl 14.06.2010)
- WHO - World Health Organization (1986), Ottawa Charta der Gesundheitsförderung, www.fgoe.org/hidden/downloads/Ottawa_Charta.pdf, (dl 06.07.2010)
- WHO - World Health Organization (2001): WHO Regional strategy on sexual and reproductive health, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/69529/e74558.pdf (dl 24.01.2011).
- WHO - World Health Organization (2001), Madrider Erklärung zu Gendermainstreaming im Gesundheitswesen, www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/76508/A75328.pdf, (dl 06.07.2010)
- WHO – World Health Organization (2003), Health risks of persistent organic pollutants from long range transboundary air pollution. Joint WHO/Convention Task force on the health effects of air pollution. <http://www.euro.who.int/document/e78963.pdf>, (dl 14.07.2010)
- WHO – World Health Organization (2005): Effects of air pollution on children's health and development. WHO Special Programme Environment and Health . European Centre for Environment and Health. Bonn Office. <http://www.euro.who.int/document/E86575.pdf>, (dl 14.07.2010)
- WHO – World Health Organization (2005): Health effects of transport related air pollution . WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. <http://www.euro.who.int/document/e86650.pdf>, (dl 14.07.2010)
- WHO – World Health Organization (2006): Health risks of particulate matter from long range trans-boundary air pollution Joint WHO/Convention Task Force on the Health effects of air pollution. European Center of Environment and Health, Bonn. <http://www.euro.who.int/document/e88189.pdf>, (dl 14.07.2010)
- WHO – World Health Organization (2006): Physical activity and health in Europe: evidence for action. ISBN 92 890 1387 7. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf, (dl 14.07.2010)
- WHO – World Health Organisation (2006): Lindgren E. & Jaenson T.G.T.: Lyme borreliosis in Europe: Influences of climate and climate change, epidemiology, ecology and adaptation measures, <http://www.euro.who.int/document/E89522.pdf>, (dl 14.07.2010)
- WHO – World Health Organisation (2007), The department of Gender, Women and Health (GWH). <http://www.who.int/gender/en/> (dl 05.08.2010)
- WHO - World Health Organization (2007), Sifting the evidence: gender and tobacco control. Geneva: World Health Organization, <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/Sifting%20the%20evidence.pdf>, (dl 21.09.2010)
- WHO – World Health Organization (2008): Health risks of heavy metals from long range trans-boundary air pollution WHO Regional Publications, European Series, No. 91, WHO, Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/document/E91044.pdf>, (dl 14.07.2010)
- WHO – World Health Organization (2008): Health risks of ozone from long-range transboundary air pollution. Regional Office for Europe, Copenhagen <http://www.euro.who.int/Document/E91843.pdf>, (dl 14.07.2010)
- WHO - World Health Organization (2008), Overview of Gender, Women and Health http://www.who.int/gender/GHW_overview_EN.pdf, (dl 18.08.2010)
- WHO - World Health Organization (2008), Closing the Gap in a Generation. Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health, http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, (dl 07.07.2010)
- WHO - World Health Organization (2008), Gender, http://www.who.int/gender/GHW_overview_EN.pdf, (dl 12.08.2010)
- WHO - World Health Organization (2009), Women and Health. Today's Evidence - Tomorrow's Agenda, http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf, (dl 14.07.2010)
- WHO –World Health Organisation (2009): Night noise guidelines for Europe, Copenhagen, WHO Regional Office for Europ. http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090904_12, (dl 14.07.2010)
- WHO - World Health Organization (2010), Women and Health – Today's Evidence, Tomorrow's Agenda http://www.who.int/gender/women_health_report/en/index.html, (dl 18.08.2010)
- WHO - World Health Organization (2010), Adelaide Statement on Health in all Policies – Moving Towards a Shared Governance of Health and Wellbeing, www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf, (dl 07.07.2010)
- WHO - World Health Organization (2010), The Department of Gender, Women and Health, <http://www.who.int/gender/about/en/index.html>, (dl 21.06.2010)

- WHO - World Health Organization (2010), 20 ways the World Health Organization helps countries reach the Millennium Development Goals, http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/20ways_mdgs_20100517_en.pdf, (dl 20.07.2010)
- WHO - World Health Organization (2010), Family Planning, www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/HRP_RHR_10_06/en/, (dl 12.08.2010)
- Wiener Rotes Kreuz (2001), Entlassungsmanagement durch ambulante Anbieterorganisationen im Hanusch-Krankenhaus der Wiener Gebietskrankenkasse. Case Management an der Schnittstelle Krankenhaus und extramurale Betreuung. Wien. <http://www.dachverband.at/downloads/entl.pdf>, (dl 22.11.2010)
- Williams, B. G., Abdool Karim, S., Gouws, E. & Abdool Karim, Q. (2010), Abstract. Impact of tenofovir gel on the HIV epidemic in South Africa: A mathematical model to estimate the effect of the CAPRISA 004 microbicide trial results, http://blog.aids2010.org/post/2010/07/20/resources_microbicide_trial.aspx, (dl 14.09.2010)
- Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. WHO Chronicle (1968), 22 (11): 473; http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34.pdf, (21.09.2010)
- Wimmer-Puchinger, B. (2006), Frauengesundheit in Österreich, Entwicklung Fakten Modelle. In: Österreichische Pflegezeitschrift 3/06, Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband, http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ_2006/03/wimmer-puchinger.pdf, (dl 12.08.2010)
- Wirtschaftskammer Österreich (2010), Lehrlingsstatistik, <http://wko.at/statistik/jahrbuch/Lehrling3.pdf>, (dl 16.10.2010)
- Wirtschaftskammer Österreich (2010), Lehrlingsstatistik, <http://wko.at/statistik/jahrbuch/Lehrling4.pdf>, (dl 16.10.2010)
- Wirtschaftskammer Österreich (2010), Lehrlingsstatistik, <http://wko.at/statistik/jahrbuch/Lehrling5.pdf>, (dl 16.10.2010)
- Wirtschaftskammer Österreich (2010), Lehrlingsstatistik, <http://wko.at/statistik/jahrbuch/Lehrling6.pdf>, (dl 16.10.2010)
- Wirtschaftskammer Österreich (2010),: Unternehmensneugründungen (EinzelunternehmerInnen) nach Geschlecht, <http://www.wko.at/statistik/jahrbuch/ng-geschlecht.pdf>, (dl 16.10.2010)
- Wirtschaftskammer Österreich: Lebenserwartung Stand 2009, <http://www.wko.at/statistik/eu/europa-lebenserwartung.pdf> (Aktualisierung: Dezember 2010), (dl 28.01.2011)
- Women for Positive Action (2009), Learning Guide. Women and clinical trials in HIV. Download von <http://www.womenforpositiveaction.org/resources/edukit.cfm>, (dl 01.12.2010)
- Womens Health Service (2010), <http://www.whs.org.au>, (dl 01.12.2010)
- WWF – World Wildlife Found (2005), Generations X: Results of WWFs European Family Biomonitoring Survey, WWF, EPO, Brussels. http://www.wwf.de/imperia/md/content/pdf/umweltgifte/GenerationsX_Report_klein.pdf, (dl 17.11.2010)
- Zeitmangel als moderne Plage (2010), Imas Report Nr. 19/2010. Linz 2010. <http://www.imas.at/IMAS-Report/2010>, (dl 17.11.2010)
- Zukunftswerkstatt Gesundheit (2004), <http://www.zwg.at/Download/ZWG02/baumer.pdf>, (dl 17.11.2010)

3. AutorInnenverzeichnis

Alphabetische Auflistung der Autorinnen und Autoren des Österreichischen Frauengesundheitsbericht 2010



Dr.ⁱⁿ Stefanie Auer

Klinische PsychologIn, Wissenschaftliche LeiterIn
M.A.S Alzheimerhilfe, Bad Ischl; Department für Klinische Medizin und Präventionsmedizin, Donau Universität Krems
stefanie.auer@mas.or.at



Mag.^a Dr.ⁱⁿ Micha Bitschnau MFHom

Fachärztin f. Gynäkologie und Geburtshilfe,
Member of the Faculty of Homeopathy
Privatklinik Döbling, 1190 Wien, Heiligenstädterstr. 46-48



Mag. Robert Brandstetter

Klinischer Psychologe
Leitung PGA Akademie
robert.brandstetter@pga.at



Mag.^a(FH) Evelyne Dachgruber

Alumna Gesundheits- und Pflegemanagement
Fachhochschule Kärnten
dachgruber_evelyne@gmx.at



Mag.^a Birgit Dieminger

Ernährungswissenschaftlerin
AGES - Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH,
Kompetenzzentrum Ernährung & Prävention



Dr.ⁱⁿ Anna Maria Dieplinger

Gesundheitssoziologin
Arbeitsgruppe für Gesundheits- und Sozialforschung am Institut für
Gesellschafts- und Sozialpolitik;
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz
anna.dieplinger@jku.at; anna.dieplinger@akh.linz.at



Mag.^a Karin Dietachmayr

Strategie- und Organisationsentwicklerin
karin.dietachmayr@liwest.at



Isabell Eibl, MSc
Leiterin Präventionsabteilung
Aids Hilfe Wien
eibl@aids.at

OA Dr. med. Sahba Enayati
Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie,
Ernährungsmediziner;
Klinikum Wels-Grieskirchen, V. Interne
sahba.enayati@klinikum-wegr.at



Dr. in Dipl.-Kff. Sarvenas Enayati
Managing Director, TwoWings Privatstiftung
Arbeitsgemeinschaft für Sozial- und Gesundheitsforschung am Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik an der Johannes Kepler Universität Linz
enayati@twowings.com

DDr. Christian Fiala,
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
Ärztlicher Leiter des Gynmed Ambulatorium Wien / Salzburg
Gründer und Leiter des Museums für Verhütung und
Schwangerschaftsabbruch
christian.fiala@aon.at, www.gynmed.at, www.muvs.org



Dr. in Daniela Gattringer
Fachärztin für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation,
AKh Linz, Institut für Physikalische Medizin
daniela.gattringer@akh.linz.at

Mag. a Sylvia Groth MAS
Geschäftsführerin, Medizinsoziologin
Frauengesundheitszentrum, Graz
frauen.gesundheit@fgz.co.at; www.fgz.co.at



a.o. Univ.-Prof. in Dr. in Karin Gutiérrez-Lobos
Vize Rektorin für Personalentwicklung und Frauenförderung, Fachärztin für Psychiatrie
und Psychotherapie
Medizinische Universität Wien
vr_personal-frauen@meduniwien.ac.at



Dipl. LSB Susa Haberfellner

Lebens- und Sozialberaterin ,
Sexualpädagogin Selbständig;
Mitarbeit im Frauengesundheitszentrum Wels
susa.h@gmx.at



Mag.ª Julia Hebertshuber
Assistentin der Geschäftsführung
KinderWunschKlinik Wels

julia.hebertshuber@kinderwunschklinik.at, www.kinderwunschklinik.at



Univ.-Prof.ª Dr.ª Margarethe Hochleitner

Hochschullehrerin
Frauengesundheitszentrum an den Universitätskliniken Innsbruck,
Medizinische Universität Innsbruck
margarethe.hochleitner@i-med.ac.at



Dr. Andreas Hochmuth
Urologe
Urologische Abteilung, AKH Linz
andreas.hochmuth@akh.linz.at



DI Philipp Hohenblum
Assistent Programmleitung
Stoffe und Analysen
Umweltbundesamt



Mag.ª Agnes Kaiser
Wissenschaftliche Projektmitarbeiterin
Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik,
Johannes Kepler Universität Linz
agnes.kaiser@gmx.at



Univ. Prof.ª Dr.ª Alexandra Kautzky-Willer

Universitätsprofessorin für Gender Medicine
Internistin
KIM III, Endokrinologie & Stoffwechsel, Gender Medicine Unit, MedUni Wien
alexandra.kautzky-willer@meduniwien.ac.at



Univ.-Prof. Dr. Jörg Keckstein
Chefarzt der Abteilung LKH Villach,
Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
joerg.keckstein@lkh-vil.or.at



Mag.ª Sabine Kessler

Geschäftsführerin FEMAIL
FrauenInformationszentrum FEMAIL
gesundheit@femail.at

Univ.-Doz.ª Mag.ª Dr.ª Ingrid Kiefer

Ernährungswissenschaftlerin,
Gesundheitspsychologin
AGES - Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
GmbH, Leiterin Unternehmenskommunikation und Leiterin
Kompetenzzentrum Ernährung & Prävention
ingrid.kiefer@ages.at



Mag.ª Sonja Kodelitsch MSc.

Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin
Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit
sonja.kodelitsch@pga.at

Priv.-Doz. Dr. med. Steffen Krause

Primar
Klinik für Urologie, AKH Linz
steffen.krause@akh.linz.at



Mag.ª Marion Kremla

Psychologin
asylkoordination österreich
kremla@asyl.at

Mag.ª Dr.ª Silvia Kronberger

Leiterin Forschungsschwerpunkt
Gendermedizin PMU
(Paracelsus Medizinische Privatuniversität)
Leiterin Genderkompetenzzentrum, Salzburger Verwaltungsakademie
Land Salzburg
silvia.kronberger@salzburg.gv.at

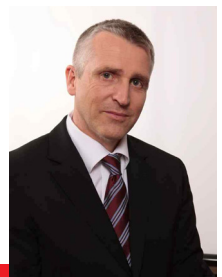


Mag.ª (FH) Sabine Lex

Prävention Frauen und MigrantInnen
Aids Hilfe Wien
lex@aids.at

Primar Dr. med. Leonhard Loimer

Gynäkologe und IVF-Experte,
Leiter der KinderWunschKlinik Wels
office@kinderwunschlinik.at , www.kinderwunschlinik.at





Mag.ª Ingrid Löscher-Weninger

Abteilungsleiterin, Juristin
Bundeskanzleramt, Abteilung II/3
ingrid.loescher-weninger@bka.gv.at



Mag.ª (FH) Sigrid Ornetzeder

Gesundheitsmanagerin
sigrid.ornetzeder@aon.at

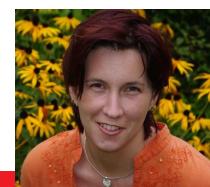


Dr. Andreas Pentsch

Chirurg
Chirurgie II, AKH Linz
Ludwig Boltzmann Institut für operative Laparoskopie
andreas.pentsch@akh.linz.at

Mag.ª Sabine Ploberger

Sozialwirtin im Bildungsmanagement
PGA Akademie
sabine.ploberger@pga.at



Dr.ª in Éva Rásky

Fachärztin für Sozialmedizin
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie,
Medizinische Universität Graz
eva.rasky@medunigraz.at; <http://www.medunigraz.at/sozialmedizin>

OÄ.ª in Dr.ª in Claudia Reiner-Lawugger

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Leiterin der Spezialambulanz für perinatale Psychiatrie, OWS, Wien
claudia.reiner-lawugger@wienkav.at



Lisa Rogl

Studierende JKU;
PGA, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit
lisa.rogl@gmx.at

Dr. Alexander U. Rothe

Chirurg
Chirurgie II, AKH Linz
Ludwig Boltzmann Institut für operative Laparoskopie
alexander.rothe@akh.linz.at



Viktoria Sageder

Studentin der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften,
Studienrichtung Soziologie



Mag.ª Ekim San

Klinische und Gesundheitspsychologin
Frauengesundheitszentrum FEM Süd
ekim.san@wienkav.at

Dr.ª Barbara Schildberger M.A.
Hebamme, Soziologin
FH Gesundheitsberufe OÖ GmbH
barbara.schildberger@fhgooe.ac.at



Mag.ª Martha Scholz

Soziologin,
Leitung Frauengesundheitszentrum Wels, PGA
martha.scholz@pga.at ; www.pga.at

Dr.ª Ilona Schöppl
Soziologin und Gesundheitsökonomien
Fachbuchautorin und Vortragende
ilonaschoepl@hotmail.com



Mag.ª Petra Schweiger

Klinische Psychologin und
Gesundheitspsychologin
Frauengesundheitszentrum ISIS und Gynmed Ambulanz/SALK, Salzburg
www.frauengesundheitszentrum-isis.at, p.schweiger@fgz-isis.at

Mag.ª (FH) Edith Span

Sozialwissenschaftlerin,
Geschäftsführerin M.A.S Alzheimerhilfe;
Department für klinische Medizin und Präventionsmedizin,
Donau-Universität Krems
edith.span@mas.or.at



Univ. Prof.ª Dr.ª Angelika Stary

Ambulatorium für Pilzinfektionen
und andere infektiöse venereo-dermatologische Erkrankungen, Wien
angelika.stary@meduniwien.ac.at

Mag.ª Wilma Steinbacher
Soziologin, Akad. Gerontologin, DBP
Altenbetreuungsschule des Landes OÖ, Linz



Mag.ª Regina Steinhauser

Geschäftsführerin
Frauengesundheitszentrum Kärnten GmbH
fgz.steinhauser@fgz-kaernten.at



Dr. Wolfgang Teufl
Oberarzt
Institut für Nuklearmedizin, Klinikum Wels
wolfgang.teufl@klinikum-wegr.at

Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Andrea Thiekötter

Professur für Pflegemanagement und Forschungsmethoden
(bis WS 2010 Professorin für Pflegewissenschaft
an der FH Kärnten)
Fachhochschule Jena, FB Sozialwesen
andrea.thiekoetter@fh-jena.de, <http://pflege.sw.fh-jena.de>



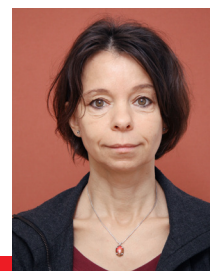
Mag.^a phil. Claudia Maria Traint

Kommunikationswissenschaftlerin,
Gründerin und Leiterin der Schreiblust-Akademie und Schreibexpertin,
Buchautorin „Im Wendekreis der Waage – Eine Abrechnung mit
Schlankheitswahn und Schönheitsindustrie“ Schreiblust – Akademie
für innovatives Schreiben
www.schreiblust.at



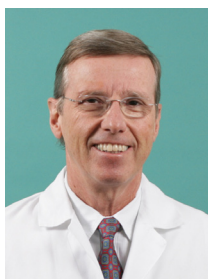
Mag.^a Dr.ⁱⁿ Maria Uhl

Toxikologin der Abteilung Schadstoffe und Mensch
Umweltbundesamt
maria.uhl@umweltbundesamt.at



Prim.Univ.Prof.Dr. Wolfgang U. Wayand

Primar Chirurgie, Chirurgie II, AKH Linz GmbH
Ludwig Boltzmann Institut für operative Laparoskopie
wolfgang.wayand@akh.linz.at



OA Dr. Piotr Wegrzecki

Facharzt für Urologie
Klinik für Urologie, AKH Linz
piotr.wegrzecki@akh.linz.at



Dr.ⁱⁿ Angela Wegscheider

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Johannes Kepler Universität Linz
angela.wegscheider@jku.at





Mag.ª(FH) Martina Weilguny

Gesundheits- und Pflegemanagement AKH Linz GmbH;
Arbeitsgemeinschaft Sozial- und Gesundheitsforschung, JKU
martina.weilguny@akh.linz.at

Mag.ª (FH) Clara Wenger-Haargassner

Gesundheits- und Pflegemanagerin,
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger,
clara.wenger-haargassner@hvb.sozvers.at

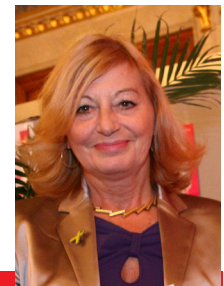


Petra Wimmer

Stv. Geschäftsführerin, Sozialarbeiterin,
Coach Kinesiologin Institut,
Soziales Wohnservice Wels E37
petrawimmer@sws-wels.at

A.o. Univ. Prof.ª Dr.ª Beate Wimmer-Puchinger

Klinische und Gesundheitspsychologin
Stadt Wien, Wiener Programm für Frauengesundheit
beate.wimmer-puchinger@wien.gv.at



Mag.ª Hilde Wolf

Klinische und Gesundheitspsychologin
Frauengesundheitszentrum FEM Süd
hilde.wolf@wienkav.at

Dr.ª Doris Wolfslehner

Leiterin der Geschäftsstelle der Bioethikkommission
Bundeskanzleramt
doris.wolfslehner@bka.gv.at

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